

Regionen: Statistisches Jahrbuch 2006

Daten 2000-2004

Kapitel 9



EUROPÄISCHE
KOMMISSION



THEMENKREIS
Allgemeine und
Regionalstatistiken

Europe Direct soll Ihnen helfen, Antworten auf Ihre Fragen zur Europäischen Union zu finden

**Gebührenfreie Telefonnummer (*):
00 800 6 7 8 9 10 11**

(*): Einige Mobilfunkanbieter gewähren keinen Zugang zu 00 800-Nummern oder berechnen eine Gebühr.

Zahlreiche weitere Informationen zur Europäischen Union sind verfügbar über Internet, Server Europa (<http://europa.eu>).

Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2006

ISBN 92-79-01798-5
ISSN 1681-9292

© Europäische Gemeinschaften, 2006

Copyright der folgenden Fotos: Einband und Seiten 9, 37, 65, 77, 119, 145: Jean-Jacques Patricola; Einband und Seiten 13, 25, 51, 91, 105, 131: GD Regionalpolitik, Europäische Kommission.
Für Reproduktion oder sonstige Verwendung dieser Fotos muss die Genehmigung direkt beim Inhaber des Urheberrechts erfragt werden.

INHALT

■ EINLEITUNG	9
Statistische Daten auf regionaler Ebene	10
Einige Höhepunkte	10
Regionale Aufgliederung	10
Erfassungsbereich	10
Gliederung	11
Mehr zu diesem Thema	11
Interessengruppe im Internet	11
Redaktionsschluss	11
■ 1. BEVÖLKERUNG	13
Einführung	15
Bevölkerung im Wandel	15
... und eine sich ändernde Altersstruktur	20
Was bringt die Zukunft?	22
<i>Methodische Anmerkungen</i>	24
■ 2. REGIONALES BRUTTOINLANDSPRODUKT	27
Was ist das regionale Bruttoinlandsprodukt?	29
Das regionale BIP im Jahr 2003	29
Große regionale Ungleichheit auch innerhalb der Länder	31
Aufholprozess in neuen Mitgliedstaaten nicht überall erfolgreich	33
Heterogene Entwicklung auch innerhalb der Länder	35
Zusammenfassung	35
<i>Kaufkraftparitäten und internationale Volumenvergleiche</i>	37
■ 3. HAUSHALTSKONTEN	39
Einführung: Wohstandsmessung	41
Einkommen der privaten Haushalte	41
Ergebnisse für das Jahr 2003	42
Primäreinkommen und verfügbares Einkommen	42
Einkommen und Sozialleistungen	47
Nicht alle neuen Mitgliedstaaten holen auf	49
Zusammenfassung	50
<i>Die Messeinheit für regionale Vergleiche</i>	51
■ 4. REGIONALER ARBEITSMARKT	53
Einführung	55
Methodik	55
Erwerbstätigkeit – die Altersgruppe 15-64 Jahre	56
Regionen mit hohen Erwerbstätigenquoten	56
Regionen mit Erwerbstätigenquoten knapp unter dem Höchstwert	58
Regionen mit niedrigen Erwerbstätigenquoten	58
Beschäftigung in Bulgarien und Rumänien	60
Erwerbstätigkeit – die Altersgruppe 55-64 Jahre	60
Hohe Erwerbstätigenquoten der 55- bis 64-Jährigen	62

Niedrige Erwerbstätigenquoten der 55- bis 64-Jährigen	62
Erwerbstätigenquoten der 55- bis 64-Jährigen in Bulgarien und Rumänien	63
Erwerbslosigkeit	63
Schlussfolgerung	66
<i>Definitionen</i>	66
■ 5. ARBEITSPRODUKTIVITÄT	69
Einführung	71
Starke Unterschiede der regionalen Arbeitsproduktivität	72
Wachstumsraten der Produktivität: Aufholjagd der neuen Mitgliedstaaten	74
Arbeitsproduktivitäten unter Verwendung von Arbeitsstunden	76
Fazit	78
<i>Methodische Anmerkungen</i>	79
■ 6. STÄDTESTATISTIK	81
Was ist das Urban Audit?	83
Räumliche Einheiten	83
Indikatoren	84
Zeit	84
Städtische Wettbewerbsfähigkeit	84
Outputs	84
Inputs	86
Ergebnisse	92
Ausblick	92
■ 7. WISSENSCHAFT, TECHNOLOGIE UND INNOVATION	95
Einführung	97
Forschung und Entwicklung	98
Humanressourcen in Wissenschaft und Technologie	99
Patente	102
Spitzentechnologiesektoren und wissensintensive Dienstleistungen	105
Schlussfolgerung	107
<i>Methodische Anmerkungen</i>	107
■ 8. STRUKTURELLE UNTERNEHMENSSTATISTIK	109
Einführung	111
Geringste Diversifizierung der Wirtschaft in kleinen Fremdenverkehrsregionen und Hauptstadtregionen	111
Einzelhandel in mehr als der Hälfte der Regionen der wichtigste Wirtschaftszweig	113
Viele Regionen sind stark auf einen bestimmten Wirtschaftszweig spezialisiert	113
Technologieintensive Regionen recht gleichmäßig auf die Mitgliedstaaten verteilt	117
Durchschnittliche Lohnkosten: große Unterschiede zwischen den technologieintensiven Regionen	117
Höchste Investitionsquote in High-Tech-Wirtschaftszweigen in Brüssel	120
Schlussfolgerung	120
<i>Methodische Anmerkungen</i>	122
■ 9. GESUNDHEIT	125
Einführung	127
Sterblichkeit in den EU-Regionen	127

Ischämische Herzkrankheiten	128
Unfälle	129
Gesundheitsressourcen in den EU-Regionen	132
Krankenhausentlassungen	132
Zahnärzte	134
Fazit	134
<i>Methodische Anmerkungen</i>	134
■ 10. VERKEHR	137
Einführung	139
Straßennetz	139
Fahrzeugbestand	141
Verkehrssicherheit	142
Seeverkehr	144
Personenluftverkehr	146
Fazit	148
<i>Methodische Anmerkungen</i>	149
■ 11. LANDWIRTSCHAFT	151
Einführung	153
Hinweise zur Methodik	153
Struktur der landwirtschaftlichen Betriebe	154
Umweltaspekte	160
Statistik über die Entwicklung des ländlichen Raums	162
Das OECD-Konzept	162
Das Eurostat-Konzept des „Grades der Verstädterung“	164
Schlussfolgerung	167
■ EUROPÄISCHE UNION: Regionen auf NUTS-2-Ebene	169
■ BEWERBERLÄNDERN: Statistische Regionen auf Ebene 2	171

Einleitung



Statistische Daten auf regionaler Ebene

Über die Strukturfonds für den Zeitraum 2007-2013 wurde im Dezember 2005 entschieden. Diese Entscheidung stützte sich auf die objektiven Regionalstatistiken, die von Eurostat zusammengestellt wurden. Das macht deutlich, wie wichtig unsere Bemühungen sind, eine große Auswahl vergleichbarer regionaler Angaben zu produzieren.

Im vorliegenden Jahrbuch sind viele Aspekte dieser regionalen Daten ersichtlich und in den verschiedenen Kapiteln werden einige der Analysen vorgestellt, die diese Angaben ermöglichen. Wir laden aber auch Sie, liebe Leserin und lieber Leser, ein, die regionalen Daten, die für die einzelnen Themenbereiche hier vorgelegt werden, selbst weiteren Analysen zu unterziehen. Wir hoffen zudem, dass diese Veröffentlichung Sie dazu verleiten wird, in den von Eurostat (kostenlos im Internet) bereitgestellten statistischen Datenbanken zu stöbern.

Wie es für das regionale Jahrbuch schon Tradition ist, versuchen wir, die Veröffentlichung jedes Jahr ein bisschen neu zu gestalten, aber die Struktur im Prinzip unverändert beizubehalten. So finden sich viele Fachbereiche von Jahr zu Jahr wieder, aber das Thema oder der Schwerpunkt sind immer etwas anders. Dieses Jahr gibt es wieder ein Thema, das für das regionale Jahrbuch ganz neu ist, nämlich „Arbeitsproduktivität“, wo Statistiken über das BIP mit Arbeitsmarktstatistiken auf eine sehr interessante Art kombiniert werden. Ein solcher Querschnitt über verschiedene statistische Gebiete könnte natürlich auch für andere statistische Themen erstellt werden, aber das bleibt einer künftigen Ausgabe des Jahrbuchs vorbehalten.

Einige Höhepunkte

Wir werden hier nicht den Inhalt aller Kapitel dieses regionalen Jahrbuchs darstellen. Die folgenden Hinweise sollen Sie anspornen, es sorgfältig durchzulesen.

- Im Mittelpunkt des Kapitels über Bevölkerungsstatistiken stehen in diesem Jahr Alten- und Jugendquotienten in den kommenden Jahrzehnten, wobei die drastischen Änderungen der Gesellschaft hervorgehoben werden, mit denen wir fertig werden müssen.

- Das Kapitel über das regionale BIP befasst sich vor allem mit den Wachstumsraten zwischen 1999 und 2003 und gibt interessante Einblicke in regionale Unterschiede.
- Im Kapitel über das so genannte Urban Audit geht es um die Wettbewerbsfähigkeit von Städten, wobei verschiedene Aspekte eines Benchmarkings von Städten, die miteinander im Wettbewerb stehen, analysiert werden.
- Im Kapitel über die strukturelle Unternehmensstatistik werden Regionen betrachtet, die auf verschiedene Industrie- und Dienstleistungsaktivitäten spezialisiert sind. Dies macht deutlich, wie sehr sich europäische Regionen im Hinblick auf den Produktionsprozess und die beruflichen Qualifikationen voneinander unterscheiden.

Regionale Aufgliederung

Alle regionalen Analysen in diesem Jahrbuch basieren auf der NUTS 2003. Inzwischen sind auch die zehn neuen Mitgliedstaaten offiziell (über eine Änderung der NUTS-Verordnung) in die neue Regionalklassifikation aufgenommen. Die Texte der Verordnung und der Änderung sind auf der CD-ROM zu finden, ebenso wie ihr Anhang, in dem die Regionen in den einzelnen Ländern und ihre jeweilige Zuordnung zur Systematik aufgelistet sind.

Erfassungsbereich

Nicht unterschieden wird im Jahrbuch zwischen alten Mitgliedstaaten, den Ländern, die 2004 der EU beigetreten sind, und jenen Ländern, deren Beitritt 2007 oder 2008 ansteht. Soweit Daten für Bulgarien und Rumänien vorliegen, wurden diese selbstverständlich in den Karten und Erläuterungen berücksichtigt. Etwas anders gestaltet sich die Lage im Fall der Türkei und Kroatiens. Für diese beiden Länder liegen bei weitem zu wenige Regionaldaten vor, um ihre Berücksichtigung in den Analysen zu rechtfertigen.

Gliederung

In jedem Kapitel werden die regionalen Verteilungen mit Hilfe von Farbkarten und Grafiken kenntlich gemacht und sodann in den Erläuterungen von Fachleuten bewertet. Der Tradition des Jahrbuchs folgend hat man sich bemüht, Aspekte in den Mittelpunkt zu rücken, die nicht erst kurz zuvor behandelt worden sind.

Um das Verständnis der Karten zu erleichtern, sind die dafür verwendeten Datenreihen als Excel-Dateien auf der CD-ROM gespeichert.

In den Karten werden die Statistiken auf NUTS-2-Ebene dargestellt. In der Einstecktasche auf der Innenseite des Umschlags befindet sich eine Karte mit den Codes der Regionen. Am Ende der Veröffentlichung finden Sie eine Liste aller NUTS-2-Regionen der Europäischen Union sowie eine Liste der statistischen Regionen der Ebene 2 in Bulgarien und Rumänien. Umfassende Angaben zu den regionalen Gliederungen dieser Länder einschließlich Listen der Regionen der Ebenen 2 und 3 sowie die entsprechenden Karten sind auf dem Eurostat-Server RAMON einzusehen ⁽¹⁾.

Mehr zu diesem Thema

Die öffentlich zugängliche REGIO-Datenbank auf der Eurostat-Website enthält umfassendere Zeitreihen (die bis 1970 zurück gehen können) und ausführlichere Statistiken als dieses Jahrbuch, wie nach Lebensalter in Jahren aufgeschlüsselte Bevölkerungs-, Sterbe- und Geburtenziffern, ausführliche Ergebnisse der EU-Arbeitskräfteerhebung usw. Außerdem sind in REGIO mehrere Indikatoren auf NUTS-Ebene 3 erfasst (wie Gebiet, Bevölkerung, Geburten und Todesfälle, Bruttoinlandsprodukt und Arbeitslosenquoten). Dies ist insofern von Bedeutung, als es für acht EU-Mitgliedstaaten (Dänemark, Estland, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Slowenien und Zypern) keine Untergliederung auf der Ebene 2 gibt.

Ausführliche Informationen zum Inhalt der Datenbank REGIO enthält die Eurostat-Veröffentlichung „European Regional and Urban Statistics – Reference Guide 2003“, die im PDF-Format auch auf der Begleit-CD-ROM gespeichert ist.

Zudem können Sie gerne die Web-Versionen der „Porträts der Regionen“ konsultieren, die regionale Profile aller Regionen in ganz Europa enthalten ⁽²⁾. Diese themenbezogenen Regionalprofile beschreiben die Geografie und Geschichte der Region und bewerten im Anschluss daran ihre Stärken und Schwächen im Hinblick auf demografische, wirtschaftliche und kulturelle Aspekte. Dabei werden folgende Aspekte untersucht: Arbeitsmarkt, Bildung, Infrastruktur und Ressourcen.

Interessengruppe im Internet

Das Regionalstatistik-Team von Eurostat hat im Internet (Website „CIRCA“) eine öffentlich zugängliche „Interessengruppe“ mit vielen nützlichen Links und Dokumenten eingerichtet ⁽³⁾.

Dort finden Sie u. a.:

- eine Liste aller Koordinierungsbeauftragten für die Regionalstatistik in den Mitgliedstaaten, den Kandidatenländern und den EFTA-Staaten;
- die neueste Ausgabe des Leitfadens für Regional- und Städtestatistiken „Regional and Urban Reference Guide“;
- Powerpoint-Präsentationen zu den regional- und städtestatistischen Arbeiten von Eurostat;
- die Gebietssystematik NUTS für die Mitgliedstaaten und die Gebietssystematik für die Kandidatenländer.

Redaktionsschluss

Für diese Ausgabe des Jahrbuchs wurden Daten bis zum 15. Mai 2006 berücksichtigt.

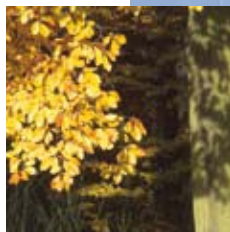
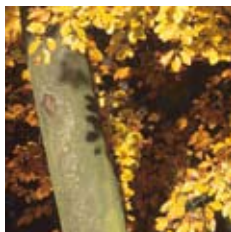
¹ Siehe http://europa.eu.int/comm/eurostat/ramon/index.cfm?TargetUrl=DSP_PUB_WELC

² Siehe <http://forum.europa.eu.int/irc/dsis/regportraits/info/data/en/index.htm>

³ Siehe <http://forum.europa.eu.int/Public/irc/dsis/regstat/information>

Gesundheit

9.



Einführung

Die gesundheits- und sozialpolitischen Regionen werden von den Regierungen der Regionen, Provinzen oder Gemeinden und von den Mitgliedstaaten auf sehr unterschiedliche Weise festgelegt. Da die Regionalverwaltungen in Europa an Bedeutung gewonnen haben, hat sich auch die Rolle der Regionen als Einheiten der Gesundheitspolitik und der einschlägigen Verwaltungstätigkeit verändert. In Spanien z. B., wo die regionalen Körperschaften ein hohes Maß an Autonomie erreicht haben, verwalten sie in der Praxis den gesamten Gesundheitsetat. In Belgien ist die Lage sehr ähnlich. In Frankreich besteht seit der Gesundheitsreform von 1996 die Möglichkeit der regionalen Planung des Gesundheitswesens, wobei die Krankenhäuser für die Vergabe der Mittel zuständig sind. Auch im Vereinigten Königreich wird die Verwaltung des Gesundheitswesens derzeit grundlegend umorganisiert, wobei die Gesundheitsbehörden (NHS Trusts) unterschiedliche Kompetenzen haben. In anderen Mitgliedstaaten (z. B. den Niederlanden und Schweden) sind die Kommunen für das Gesundheitswesen zuständig.

Statistiken zur Gesundheit und zu den ärztlichen/ambulant/stationären Leistungen auf regionaler Ebene gestalten sich u. a. also deshalb so schwierig, weil die Grenzen der örtlichen Gebietskörperschaften und damit die regionalen Gliederungen, die für die Gesundheitsbehörden der Mitgliedstaaten von Interesse sind, nicht immer mit der Systematik NUTS übereinstimmen, was zu gewissen Schwierigkeiten beim Quervergleich regionaler Statistiken führen kann.

Derzeit sind zwei Arten von Gesundheitsstatistiken auf regionaler Ebene verfügbar, meist auf

der NUTS-2-Ebene. Zum ersten liegen Daten zur **Sterblichkeit** nach Ursache vor, wobei die entsprechenden Krankheiten nach einer internationalen Klassifikation definiert und die Daten anhand vergleichbarer Methoden erhoben werden. In diesem Kapitel werden die Strukturen der vorzeitigen Sterblichkeit (d. h. der Sterblichkeit der Altersgruppe 0-64 Jahre) nach ausgewählten Ursachen näher betrachtet. Die zweite Art der auf regionaler Ebene vorliegenden Daten betrifft das **Gesundheitswesen**; dabei wird an dieser Stelle die regionale Verteilung von Krankenhausentlassungen und Zahnärzten untersucht.

Sterblichkeit in den EU-Regionen

Die Sterblichkeitsstrukturen variieren beträchtlich nach Alter und Geschlecht wie auch zwischen den verschiedenen Regionen. Sterblichkeitsstrukturen werden von vielen Faktoren beeinflusst, intrinsischen Faktoren wie Alter und Geschlecht, extrinsischen Faktoren wie biologische oder gesellschaftliche Gegebenheiten, Lebens- oder Arbeitsbedingungen und von individuellen Faktoren wie Lebensführung, Rauchen, Alkoholgenuß, Verhalten im Straßenverkehr und Geschlechtsleben.

In der Regel ist die Sterblichkeit bei Männern in allen Altersgruppen höher als bei Frauen. Obwohl es Anzeichen dafür gibt, dass sich die Unterschiede in einigen Mitgliedstaaten verringern, ist eine gesonderte Betrachtung von Frauen und Männern gerechtfertigt.



Ein Blick auf die Gesamtsterblichkeit in EU-25 im Jahr 2003 zeigt, dass 41 % aller Todesfälle auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen sind, die somit die bedeutendste Todesursache darstellen (45 % bei Frauen und 37 % bei Männern). Von diesen Erkrankungen ist die ältere Bevölkerung betroffen. Über 80 % der durch kardiovaskuläre Erkrankungen verursachten Todesfälle treten bei 70-jährigen oder älteren Menschen auf. Bösartige Neubildungen, d. h. Krebs, sind mit 25 % aller Todesfälle in EU-25 die zweithäufigste Todesursache (22 % bei Frauen und 29 % bei Männern). Bösartige Neubildungen befallen meist ältere Menschen. Fast 60 % aller durch Krebs verursachten Todesfälle betreffen Menschen von 70 oder mehr Jahren. Gleichzeitig stellen bösartige Neubildungen bei der vorzeitigen Sterblichkeit, d. h. bei Todesfällen von Personen unter 65 Jahren, mit einem Anteil von 36 % die bedeutendste Todesursache dar (31 % bei Männern unter 65, 45 % bei Frauen unter 65). Äußere Ursachen spielen bei den Todesfällen von Personen unter 65 Jahren ebenfalls eine wesentliche Rolle. In dieser Altersgruppe sind 15 % der Todesfälle auf äußere Ursachen zurückzuführen (Männer: 18 %, Frauen: 10 %), während der entsprechende Anteil für alle Altersgruppen insgesamt nur 5 % beträgt (Männer: 6 %, Frauen: 4 %).

Ischämische Herzkrankheiten

Ischämische Herzkrankheiten umfassen Angina pectoris, akuten Myokardinfarkt und sonstige akute und chronische ischämische Herzkrankheiten. In EU-25 sind 16 % aller Todesfälle und 11 % der Todesfälle von Personen unter 65 Jahren auf ischämische Herzkrankheiten zurückzuführen. Dies entspricht knapp der Hälfte aller Todesfälle im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Menschen unter 65 Jahren. Dabei sind zwischen Männern und Frauen erhebliche Unterschiede zu verzeichnen: Nur 6 % der Frauen unter 65 Jahren sterben an ischämischen Herzkrankheiten gegenüber 13 % der Männer.

Der Quotient aus Männer- und Frauensterblichkeit ermöglicht einen Vergleich der Sterblichkeitsraten von Frauen und Männern. Er wird berechnet, indem die altersstandardisierte Sterbeziffer für Männer einer bestimmten Region und einer bestimmten Todesursache durch die entsprechende standardisierte Sterbeziffer für Frauen geteilt wird (zu den standardisierten Sterbeziffern siehe untenstehende Methodische Anmerkungen).

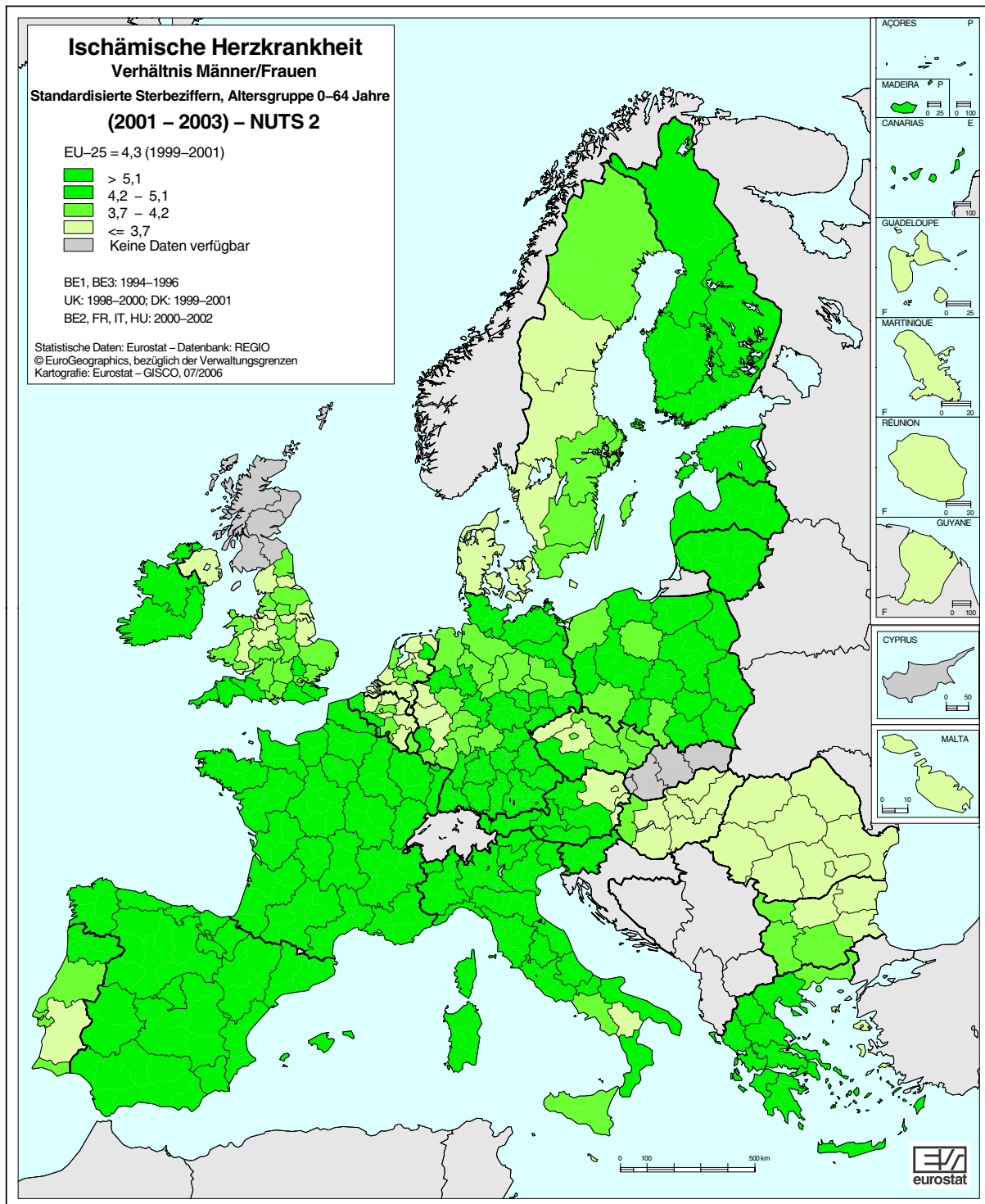
Werte größer als 1 bedeuten eine Übersterblichkeit von Männern, während Werte kleiner als 1 auf eine Übersterblichkeit von Frauen hinweisen.

Betrachtet man alle Altersgruppen, so wird ersichtlich, dass die Quotienten aus Männer- und Frauensterblichkeit aufgrund von ischämischen Herzkrankheiten in sämtlichen Regionen eine Übersterblichkeit von Männern anzeigen, aber die Abweichungen in EU-25 sind relativ gering. Sie liegen zwischen 1,2 in Guayana (Frankreich) und 3,0 in der Comunidad Foral de Navarra (Spanien). Bei vorzeitigem Tod, also bei den standardisierten Sterbeziffern für die 0- bis 64-Jährigen, ist jedoch in ganz Europa eine deutliche Übersterblichkeit von Männern festzustellen. Selbst die Regionen mit der geringsten Übersterblichkeit von Männern vor Erreichen des 65. Lebensjahrs melden Werte um 2,5. Fünf europäische Regionen verzeichnen Werte über 8: Castilla y León und Comunidad Foral de Navarra (Spanien), Bretagne und Poitou-Charentes (Frankreich) sowie Åland (Finnland).

Für diesen Indikator lässt sich keine eindeutige regionale Struktur erkennen, es zeichnen sich aber einige regionale Besonderheiten ab. In den südeuropäischen Regionen sowie in ganz Frankreich und in den süddeutschen Regionen ist – bis auf wenige Ausnahmen in Portugal [Alentejo und Algarve, Centro (P) und Lissabon] und in Italien (Basilicata, Campania und Sizilien) – eine hohe Übersterblichkeit von Männern festzustellen. Regionen mit einer geringen Übersterblichkeit von Männern sind auf einer Diagonale quer durch Europa angesiedelt, die vom Vereinigten Königreich durch Belgien und die Niederlande sowie einige deutsche Nachbarregionen (Düsseldorf, Köln und Koblenz) bis zur Tschechischen Republik und Österreich verläuft. Im Osten bilden die meisten ungarischen Regionen zusammen mit allen rumänischen und einigen bulgarischen Regionen ein gemeinsames Gebiet mit einer verhältnismäßig geringen Übersterblichkeit von Männern. Im Norden sind in Dänemark und Schweden geringere Unterschiede zwischen Männern und Frauen festzustellen, während in Finnland und den baltischen Staaten eine hohe Übersterblichkeit von Männern durch ischämische Herzkrankheiten vorliegt.

Unfälle

Vor Erreichen des 65. Lebensjahrs spielen Todesfälle durch äußere Ursachen eine wesentliche

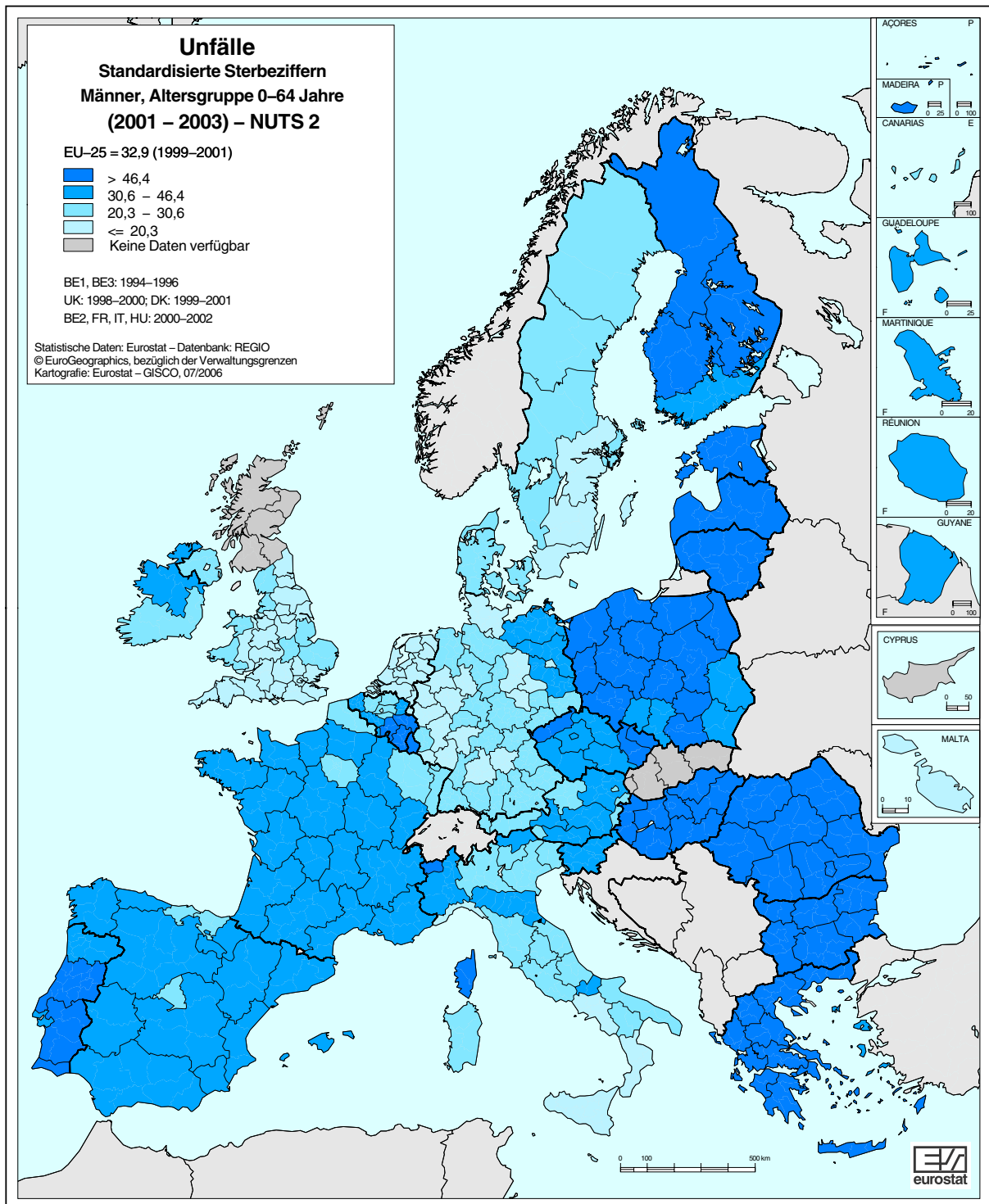


Karte 9.1

Rolle (siehe oben), wobei knapp 60 % aller Todesfälle durch äußere Ursachen auf Unfälle aller Art entfallen, d. h. Verkehrsunfälle, Stürze und andere Unfälle wie Ertrinken, Feuer, akzidentelle Vergiftung, also auf Umstände aller Art, die durchaus vermieden werden können. Unter 65-jährige Männer haben ein doppelt so hohes Risiko wie Frauen, einen tödlichen Unfall zu erleiden; in EU-25 waren 2003 10 % der Todesfälle bei Männern unter 65 Jahren auf einen Unfall zu-

rückzuführen, während der entsprechende Anteil bei Frauen dieser Altersgruppe bei nur 5 % lag.

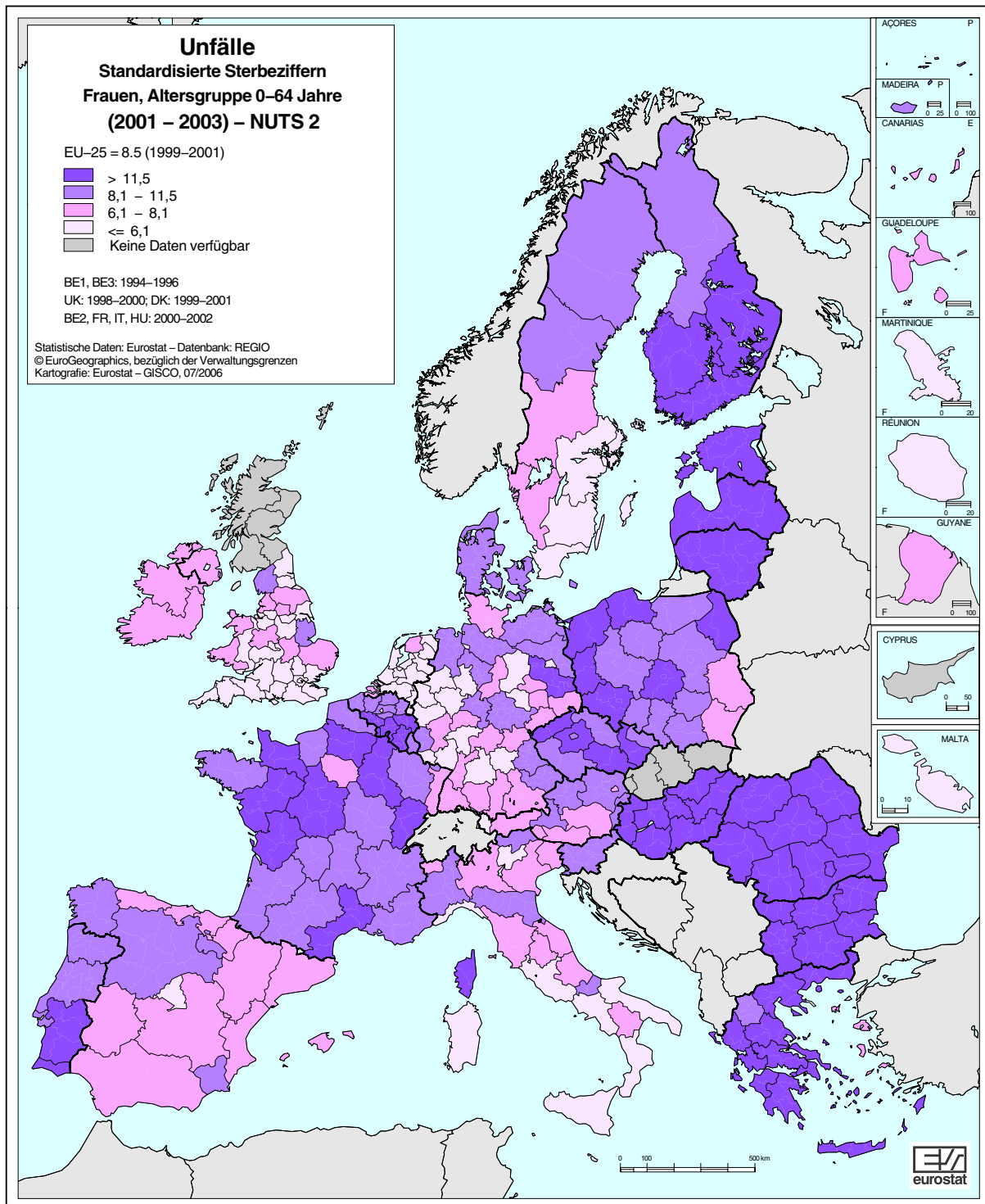
Die regionale Verteilung der vorzeitigen Sterblichkeit von Männern ausgedrückt in standardisierten Sterbeziffern (zu den standardisierten Sterbeziffern siehe untenstehende Methodische Anmerkungen) lässt bei den europäischen Risikogebieten ein ganz klares Muster erkennen. Die höchsten standardisierten Sterbeziffern für Unfälle werden für ein mehr oder weniger zusammenhängendes



Karte 9.2

Gebiet im Osten gemeldet, das sich von Finnland und den baltischen Staaten im äußersten Norden über Polen, die Tschechische Republik und Regionen in Österreich sowie durch Ungarn, Rumänien und Bulgarien bis hinunter nach Griechenland erstreckt. Eine hohe Sterblichkeit aufgrund von Unfällen ist im Allgemeinen auf Verkehrsunfälle zurückzuführen; bei gut der Hälfte aller durch Unfälle bedingten Todesfälle von Männern in EU-25 handelt es sich um Verkehrsunfälle.

Im Westen sind in fast allen Regionen in Frankreich und Spanien hohe standardisierte Sterbeziffern festzustellen, allerdings nicht ganz so hohe wie in den Regionen im Osten. In Frankreich haben die Regionen Elsass, Lothringen, Nord-Pas-de-Calais und die Île-de-France (mit Paris) eine niedrigere Sterblichkeit zu verzeichnen und in Spanien die Regionen Cantabria, País Vasco, Comunidad de Madrid und Canarias. „Sichere“ Länder sind das Vereinigte Königreich,



Karte 9.3

Schweden, Dänemark und die Niederlande, in denen alle Regionen standardisierte Sterbeziffern unter 30,6 (je 100 000 Einwohner) melden. Auch die meisten Regionen in Deutschland und Italien sind mit Blick auf Unfalltod Niedrigrisikoregionen – mit einigen Ausnahmen (standardisierte Sterbeziffern über 35 verzeichnen Brandenburg – Nordost, Brandenburg – Südwest und Mecklenburg-Vorpommern in Deutschland und Werte über 30 verzeichnen Piemonte, Valle d’Aosta/

Aostatal, Provincia Autonoma Bolzano/Bozen, Emilia-Romagna und Molise in Italien).

Die vorzeitige Sterblichkeit von Frauen durch Unfälle ist im Allgemeinen sehr viel niedriger; die standardisierten Sterbeziffern von Frauen liegen zwischen unter 5 je 100 000 Einwohner in Malta und den Niederlanden und über 30 in Estland und Lettland. Für Männer derselben Altersgruppe liegt die niedrigste gemeldete Ziffer bei 14,1

(Niederlande), während die Ziffern in den baltischen Staaten bei 135 und darüber liegen.

Wie bei Männern ist die standardisierte Sterblichkeit von Frauen durch Unfälle in den osteuropäischen Regionen – von Finnland bis Griechenland – verhältnismäßig hoch. Niedrigrisikogebiete für Frauen finden sich hauptsächlich im südlichen Teil des Vereinigten Königreichs, in den Niederlanden, Deutschland und in Süditalien. Aber auch Malta, die Comunidad de Madrid, Vorarlberg (Österreich), Åland (Finnland) sowie vier Regionen im Südosten Schwedens haben außergewöhnlich niedrige unfallbedingte standardisierte Sterbeziffern von Frauen zu verzeichnen.

Was den Quotienten aus Männer- und Frauensterblichkeit aufgrund von Unfällen betrifft, so ist mit Werten größer 5 eine besonders ausgeprägte Übersterblichkeit von Männern in Polen, Slowenien und Malta festzustellen. Auf regionaler Ebene werden die größten Abweichungen

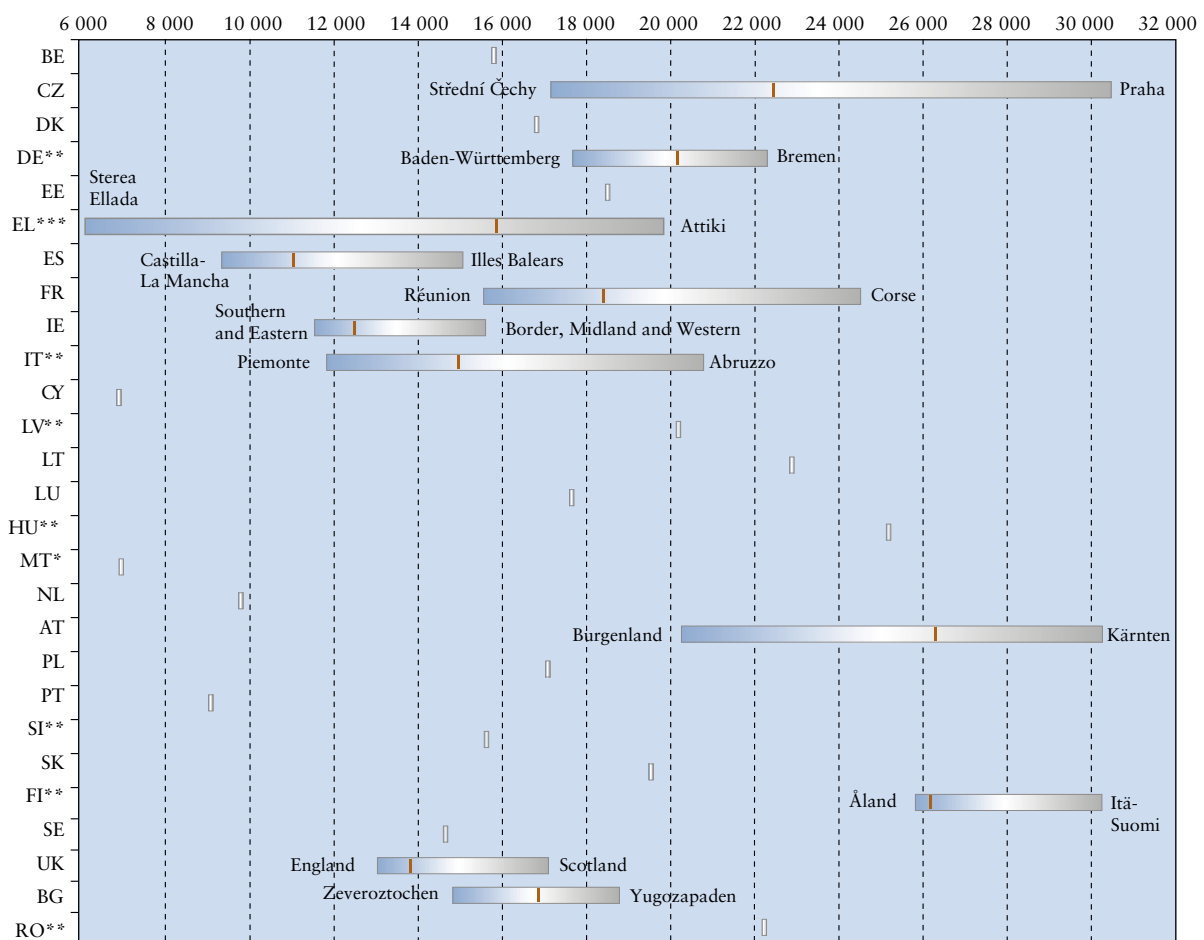
der unfallbedingten Sterblichkeit von Frauen und Männern für Guadeloupe und Martinique (Frankreich), Ciudad Autónoma de Ceuta (Spanien), Valle d'Aosta/Aostatal und die Provincia Autonoma Trento (Italien), die Região Autónoma da Madeira (Portugal), Åland (Finnland) und Lubelskie (Poland) gemeldet – in diesen Regionen werden für die Übersterblichkeit von Männern Werte größer als 6 verzeichnet.

Gesundheitsressourcen in den EU-Regionen

Krankenhausentlassungen

Statistiken über Krankenhausaufenthalte geben ein umfassendes Bild der Heilbehandlung der

Schaubild 9.1: Krankenhausentlassungen - Rate je 100 000 Einwohner, 2003 - NUTS 2

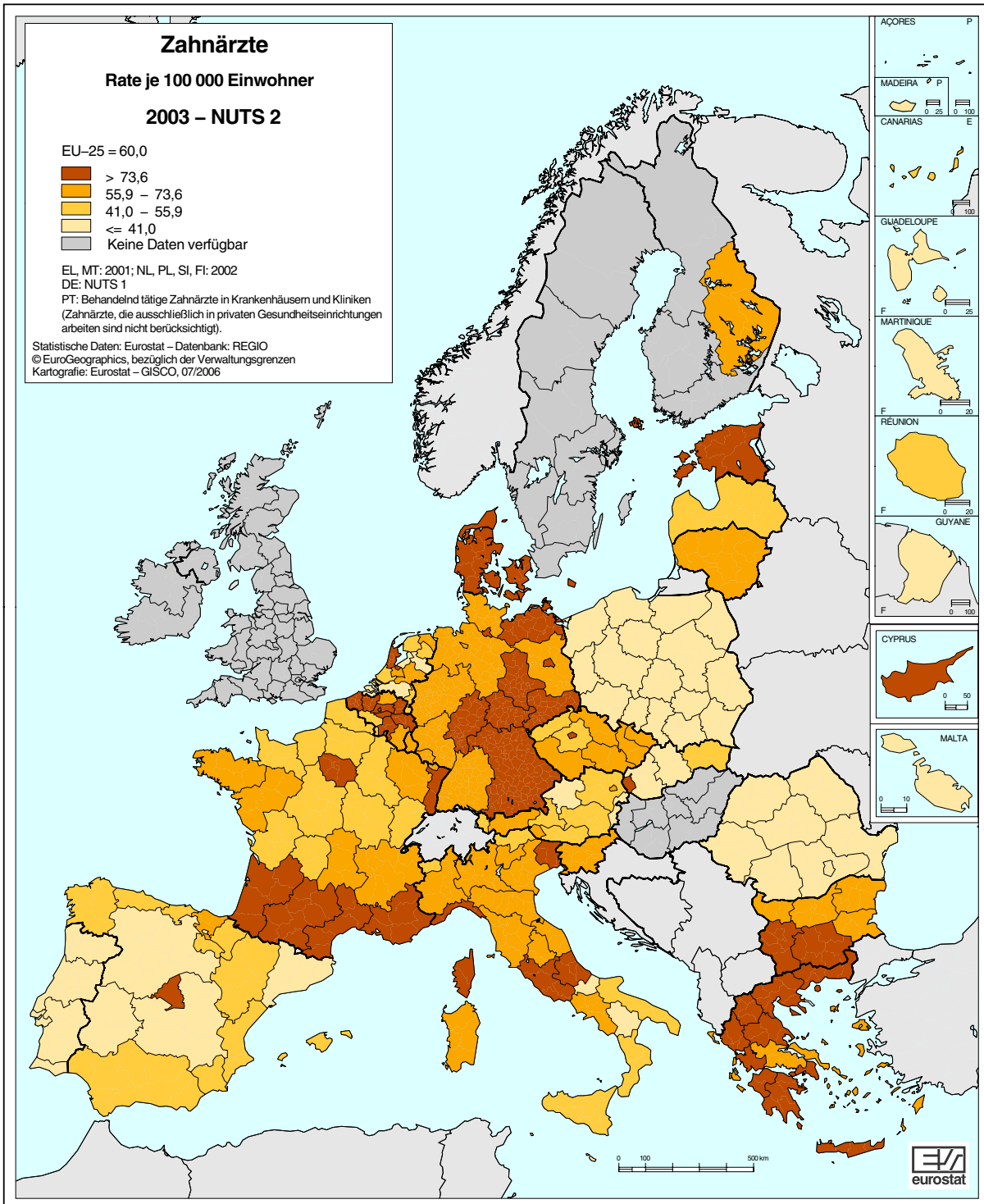


* Daten 2004 ** Daten 2002 *** Daten 1999

| Nationaler Durchschnitt

Bevölkerung und des allgemeinen Gesundheitszustands. 2003 wurden in EU-25 je 100 000 Personen der Bevölkerung ungefähr 15 640 Personen aus Krankenhäusern entlassen. Zwischen den einzelnen Ländern variiert dieser Indikator allerdings erheblich, von unter 7 000 in Zypern und Malta bis über 26 000 in Finnland und Österreich. Diese Unterschiede könnten zum Teil eine unterschiedliche Organisation der Gesundheitsdienste widerspiegeln.

Regionale Daten zu Krankenhausentlassungen von stationär behandelten Patienten stehen erst seit relativ kurzer Zeit zur Verfügung und nicht alle Länder sind bereits in der Lage, Angaben zu Krankenhausentlassungen auf subnationaler Ebene zu machen. Von den Ländern, für die subnationale Daten vorliegen, haben die Tschechische Republik, Griechenland und Italien die größte Schwankungsbreite innerhalb des Landes mit Blick auf die Krankenhausentlassungen je 100 000 Einwohner



Karte 9.4



zu verzeichnen. In der Tschechischen Republik werden in der Prag umfassenden hauptstädtischen Region fast doppelt (1,8) so viele Personen aus Krankenhäusern entlassen wie in der Region Střední Čechy, die die Region Prag geografisch umgibt. In Österreich schwanken die Krankenhausentlassungen innerhalb des Landes um den Faktor 1,5, zwischen Wien und der angrenzenden Region Niederösterreich jedoch nur um den Faktor 1,3. Innerhalb der Länder sind es oft die Hauptstädte oder relativ kleine Regionen mit einer großen Stadt, die die höchsten Entlassungsraten aufweisen: Prag (30 676) in der Tschechischen Republik, Bremen (28 284), das Saarland (24 363) in Deutschland sowie Athen (19 799) in Griechenland. Dies überrascht allerdings nicht besonders, da Krankenhäuser eher in Städten und Ballungszentren konzentriert sind. Die Krankenhäuser befinden sich in den Städten, aber ihr Einzugsgebiet ist viel größer, und Menschen, die in benachbarten Regionen leben, können auch die Behandlungsmöglichkeiten in den Städten in Anspruch nehmen. Relativ hohe Entlassungsraten sind jedoch auch in einigen dünn besiedelten Regionen wie Mecklenburg-Vorpommern (Deutschland) und Limousin (Frankreich) zu verzeichnen (22 068 bzw. 19 391), was teilweise auf die Migration und die Altersstruktur der Bevölkerung zurückgeführt werden kann.

Zahnärzte

Für EU-25 liegt die Zahnarztdichte, d. h. die durchschnittliche Anzahl von Zahnärzten je 100 000 Einwohner, bei etwa 60. Auf regionaler Ebene sind bei diesem Indikator erhebliche Unterschiede festzustellen; Karte 9.4 zeigt klar an, wo schwerpunktmäßig zahnärztliche Leistungen bereitgestellt werden. Bezogen auf alle Regionen reicht die Zahnarztdichte von Werten unter 20 in einigen polnischen, rumänischen und portugiesischen Regionen (wobei sich die Daten für die zuletzt genannten Regionen allerdings nur auf Zahnärzte

beziehen, die in Krankenhäusern und Kliniken praktizieren, und somit eine Unterbewertung darstellen) bis hin zu Werten über 100. Acht Regionen in Belgien, Bulgarien, der Tschechischen Republik, Deutschland und Griechenland melden für die Zahnarztdichte diese höchsten Werte, und es überrascht nicht besonders, dass die Hauptstädte von allen fünf Ländern – Brüssel, Sofia, Prag, Berlin und Athen – zu dieser Gruppe gehören. Gleichermaßen sind es in den meisten Ländern, für die regionale Daten vorliegen, wiederum die hauptstädtischen Regionen, die die höchste Zahnarztdichte innerhalb der jeweiligen Länder aufweisen.

Fazit

Die derzeit verfügbaren regionalen Gesundheitsindikatoren geben bereits einen ersten Einblick in Ähnlichkeiten und Besonderheiten innerhalb Europas. Bei der Analyse der Daten muss jedoch beachtet werden, dass die festgestellten Unterschiede auch von der Organisation des Gesundheitswesens und soziokulturellen Faktoren beeinflusst werden. Beispiele für letzteres sind die Meldungen spezieller Todesursachen wie Selbstmord oder durch Alkoholkonsum verursachte Todesfälle und ihre Verbindung zu kulturell bestimmten Konsumgewohnheiten. Die Organisation der Systeme auf nationaler und regionaler Ebene hat auch einen Einfluss auf die im Gesundheitswesen verfügbaren Ressourcen. Mittelfristig sollten die Zahlen über Ressourcen im Gesundheitswesen durch Angaben zu ihrer Effizienz ergänzt werden.

Die Arbeit von Eurostat im Bereich der Statistiken über das Gesundheitswesen konzentriert sich auf weitere Verbesserungen der Qualität und Vergleichbarkeit der Daten sowie auf die Ausweitung der regionalen Abdeckung.

Methodische Anmerkungen

Die **Todesursachenstatistik** (CoD) basiert auf Informationen aus den Totenscheinen. Die Todesursachenstatistiken verzeichnen das **zum Tode führende Grundleiden**, d. h. „jene Krankheit oder Verletzung, die den Ablauf der direkt zum Tode führenden Krankheitszustände auslöste, bzw. die Umstände des Unfalls oder der Gewalteinwirkung, die den tödlichen Ausgang verursachten“. Diese Definition wurde von der Weltgesundheitsorganisation angenommen.

Zusätzlich zu den absoluten Zahlen werden für die Todesursachenstatistiken rohe Sterbeziffern und standardisierte Sterbeziffern auf nationaler und regionaler Ebene vorgelegt. Bei den Angaben für die regionale Ebene handelt es sich um Durchschnittswerte über drei Jahre. Die **rohe Sterbeziffer** gibt Aufschluss über das Verhältnis der Sterblichkeit zur Gesamtbevölkerungszahl. Ausgedrückt je 100 000 Einwohner wird sie berechnet, indem die Anzahl der in der Bevölkerung für einen bestimmten Zeitpunkt gemeldeten Todesfälle durch die Bevölkerungszahl im gleichen Zeitraum dividiert und das Ergebnis mit 100 000 multipliziert wird. Die **rohen Sterbeziffern** werden für Altersgruppen von jeweils fünf Jahren berechnet. In dieser Gliederungstiefe ist der Vergleich zwischen den Ländern und Regionen aussagekräftig. Bei den rohen Sterbeziffern für die Gesamtpopulation (jeden Alters) nach Geschlecht und Alter handelt es sich jedoch um einen gewichteten Durchschnittswert der altersspezifischen Sterbeziffern. Der Gewichtungsfaktor ist die altersmäßige Verteilung der Bevölkerung, deren Sterblichkeit beobachtet wird. Daher beeinflusst die Bevölkerungsstruktur diesen Indikator für breite Altersklassen. In einer relativ „alten“ Bevölkerung wird es mehr Todesfälle geben als in einer „jungen“, da die Mortalität in höheren Altersgruppen zunimmt. Zu Vergleichszwecken kann der Alterseffekt durch die Verwendung einer Standardpopulation einbezogen werden. Die **standardisierte Sterbeziffer** stellt ein gewichtetes Mittel der altersspezifischen Sterblichkeitsraten dar. Der Gewichtungsfaktor ist die Altersverteilung einer standardisierten Referenzpopulation. Bei der verwendeten standardisierten Referenzpopulation handelt es sich um die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte „europäische Standardbevölkerung“. Standardisierte Sterbeziffern werden je **100 000 Einwohner** ausgedrückt und für die Altersgruppe 0-64 („vorzeitige Sterblichkeit“) und alle Altersgruppen berechnet. Die Todesursachen werden entsprechend der 65 Todesursachen der „**Europäischen Kurzliste**“ klassifiziert. Diese Kurzliste basiert auf der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und ver-

wandter Gesundheitsprobleme (ICD), die von der WHO ausgearbeitet und geführt wird.

Eurostat erhebt Statistiken auf regionaler Ebene über das **Personal im Gesundheitswesen** (Anzahl der Ärzte, Zahnärzte und anderer Beschäftigter in Gesundheitsberufen) sowie über die **Krankenhausbetten** (letztere werden in der vorliegenden Veröffentlichung nicht dargestellt, sind aber über die statistischen Datenbanken von Eurostat abrufbar). Regionale Daten über **Krankenhausentlassungen stationärer Patienten** sind seit kurzem verfügbar, jedoch noch nicht für alle Länder. Neben absoluten Zahlen werden für Statistiken des Gesundheitswesens Angaben über die Dichte gemacht. **Angaben über die Dichte** beziehen sich auf die Verfügbarkeit von Ressourcen oder die Häufigkeit geleisteter Dienste, ausgedrückt in einem Wert pro 100 000 Einwohner. Die Dichte wird errechnet, indem die absolute Anzahl der verfügbaren Ressourcen bzw. der in einem bestimmten Zeitraum erfolgten Leistungen durch die entsprechende Bevölkerung im selben Zeitraum dividiert und anschließend mit 100 000 multipliziert wird.

Die Daten über **Zahnärzte** sollten sich auf solche mit „unmittelbarem Dienst am Patienten“ beziehen, d. h. auf Zahnärzte, die direkten Kontakt zu Patienten als Empfängern von Dienstleistungen des Gesundheitswesens haben. Eurostat ist der Ansicht, dass sich dieses Konzept beim Vergleich von Leistungen des Gesundheitswesens zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten am besten zur Darstellung der Verfügbarkeit von Ressourcen des Gesundheitswesens eignet. Allerdings legen die Mitgliedstaaten unterschiedliche Konzepte zugrunde, wenn sie die Zahl der im Gesundheitswesen Beschäftigten – für landesspezifische Zwecke und den internationalen Vergleiche – melden. Daher beziehen sich die Daten einiger Länder unter Umständen auf „approbierte“ Zahnärzte (d. h. auf Zahnärzte mit erfolgreich abgeschlossenem Studium, unabhängig davon, ob sie Patienten behandeln) oder es werden eventuell auch Zahnärzte berücksichtigt, die zwar in ihrem Beruf arbeiten, aber keine Patienten behandeln (d. h. Zahnärzte, die in der Forschung, Verwaltung usw. tätig sind).

Eine **Entlassung** aus dem Krankenhaus oder einer anderen Einrichtung der Gesundheitsfürsorge findet statt, wenn ein Patient durch medizinisch begründete Entlassung, Überweisung, Verlassen der Anstalt entgegen ärztlichen Rat oder Tod ausscheidet. Die Zahl der Entlassungen ist das verbreitetste Maß für die Inanspruchnahme von Krankenhausdienstleistungen. Sie wird der Zahl der Aufnahmen vorgezogen, weil die Angaben über die stationäre Behandlung bei der Entlassung erhoben werden.



EUROPÄISCHE UNION: Regionen auf NUTS-2-Ebene

BE10	Région de Bruxelles-Capitale/Brussels Hoofdstedelijk Gewest	DEB2	Trier	FR26	Bourgogne
BE21	Prov. Antwerpen	DEB3	Rheinhausen-Pfalz	FR30	Nord – Pas-de-Calais
BE22	Prov. Limburg (BE)	DEC0	Saarland	FR41	Lorraine
BE23	Prov. Oost-Vlaanderen	DED1	Chemnitz	FR42	Alsace
BE24	Prov. Vlaams-Brabant	DED2	Dresden	FR43	Franche-Comté
BE25	Prov. West-Vlaanderen	DED3	Leipzig	FR51	Pays de la Loire
BE31	Prov. Brabant Wallon	DEE1	Dessau	FR52	Bretagne
BE32	Prov. Hainaut	DEE2	Halle	FR53	Poitou-Charentes
BE33	Prov. Liège	DEE3	Magdeburg	FR61	Aquitaine
BE34	Prov. Luxembourg (BE)	DEF0	Schleswig-Holstein	FR62	Midi-Pyrénées
BE35	Prov. Namur	DEG0	Thüringen	FR63	Limousin
CZ01	Praha	EE00	Eesti	FR71	Rhône-Alpes
CZ02	Střední Čechy	GR11	Anatoliki Makedonia, Thraci	FR72	Auvergne
CZ03	Jihozápad	GR12	Kentriki Makedonia	FR81	Languedoc-Roussillon
CZ04	Severozápad	GR13	Dytiki Makedonia	FR82	Provence-Alpes-Côte d'Azur
CZ05	Severovýchod	GR14	Thessalia	FR83	Corse
CZ06	Jihovýchod	GR21	Ipeiros	FR91	Guadeloupe
CZ07	Střední Morava	GR22	Ionia Nisia	FR92	Martinique
CZ08	Moravskoslezsko	GR23	Dytiki Ellada	FR93	Guyane
DK00	Danmark	GR24	Stereia Ellada	FR94	Réunion
DE11	Stuttgart	GR25	Peloponnisos	IE01	Border, Midland and Western
DE12	Karlsruhe	GR30	Attiki	IE02	Southern and Eastern
DE13	Freiburg	GR41	Voreio Aigaio	ITC1	Piemonte
DE14	Tübingen	GR42	Notio Aigaio	ITC2	Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste
DE21	Oberbayern	GR43	Kriti	ITC3	Liguria
DE22	Niederbayern	ES11	Galicia	ITC4	Lombardia
DE23	Oberpfalz	ES12	Principado de Asturias	ITD1	Provincia Autonoma Bolzano/Bozen
DE24	Oberfranken	ES13	Cantabria	ITD2	Provincia Autonoma Trento
DE25	Mittelfranken	ES21	País Vasco	ITD3	Veneto
DE26	Unterfranken	ES22	Comunidad Foral de Navarra	ITD4	Friuli-Venezia Giulia
DE27	Schwaben	ES23	La Rioja	ITD5	Emilia-Romagna
DE30	Berlin	ES24	Aragón	ITE1	Toscana
DE41	Brandenburg — Nordost	ES30	Comunidad de Madrid	ITE2	Umbria
DE42	Brandenburg — Südwest	ES41	Castilla y León	ITE3	Marche
DE50	Bremen	ES42	Castilla-La Mancha	ITE4	Lazio
DE60	Hamburg	ES43	Extremadura	ITF1	Abruzzo
DE71	Darmstadt	ES51	Cataluña	ITF2	Molise
DE72	Gießen	ES52	Comunidad Valenciana	ITF3	Campania
DE73	Kassel	ES53	Illes Balears	ITF4	Puglia
DE80	Mecklenburg-Vorpommern	ES61	Andalucía	ITF5	Basilicata
DE91	Braunschweig	ES62	Región de Murcia	ITF6	Calabria
DE92	Hannover	ES63	Ciudad Autónoma de Ceuta	ITG1	Sicilia
DE93	Lüneburg	ES64	Ciudad Autónoma de Melilla	ITG2	Sardegna
DE94	Weser-Ems	ES70	Canarias	CY00	Kypros/Kıbrıs
DEA1	Düsseldorf	FR10	Île-de-France	LV00	Latvija
DEA2	Köln	FR21	Champagne-Ardenne	LT00	Lietuva
DEA3	Münster	FR22	Picardie	LU00	Luxembourg (Grand-Duché)
DEA4	Detmold	FR23	Haute-Normandie	HU10	Közép-Magyarország
DEA5	Arnsberg	FR24	Centre	HU21	Közép-Dunántúl
DEB1	Koblenz	FR25	Basse-Normandie	HU22	Nyugat-Dunántúl

HU23	Dél-Dunántúl	PT15	Algarve	UKF2	Leicestershire, Rutland and Northamptonshire
HU31	Észak-Magyarország	PT16	Centro (PT)	UKF3	Lincolnshire
HU32	Észak-Alföld	PT17	Lisboa	UKG1	Herefordshire, Worcestershire and Warwickshire
HU33	Dél-Alföld	PT18	Alentejo	UKG2	Shropshire and Staffordshire
MT00	Malta	PT20	Região Autónoma dos Açores	UKG3	West Midlands
NL11	Groningen	PT30	Região Autónoma da Madeira	UKH1	East Anglia
NL12	Friesland	SI00	Slovenija	UKH2	Bedfordshire and Hertfordshire
NL13	Drenthe	SK01	Bratislavský kraj	UKH3	Essex
NL21	Overijssel	SK02	Západné Slovensko	UKI1	Inner London
NL22	Gelderland	SK03	Stredné Slovensko	UKI2	Outer London
NL23	Flevoland	SK04	Východné Slovensko	UKJ1	Berkshire, Buckingham- shire and Oxfordshire
NL31	Utrecht	FI13	Itä-Suomi	UKJ2	Surrey, East and West Sussex
NL32	Noord-Holland	FI18	Etelä-Suomi	UKJ3	Hampshire and Isle of Wight
NL33	Zuid-Holland	FI19	Länsi-Suomi	UKJ4	Kent
NL34	Zeeland	FI1A	Pohjois-Suomi	UKK1	Gloucestershire, Wiltshire and North Somerset
NL41	Noord-Brabant	FI20	Åland	UKK2	Dorset and Somerset
NL42	Limburg (NL)	SE01	Stockholm	UKK3	Cornwall and Isles of Scilly
AT11	Burgenland	SE02	Östra Mellansverige	UKK4	Devon
AT12	Niederösterreich	SE04	Sydsverige	UKL1	West Wales and the Valleys
AT13	Wien	SE06	Norra Mellansverige	UKL2	East Wales
AT21	Kärnten	SE07	Mellersta Norrland	UKM1	North Eastern Scotland
AT22	Steiermark	SE08	Övre Norrland	UKM2	Eastern Scotland
AT31	Oberösterreich	SE09	Småland med öarna	UKM3	South Western Scotland
AT32	Salzburg	SE0A	Västssverige	UKM4	Highlands and Islands
AT33	Tirol	UKC1	Tees Valley and Durham	UKN0	Northern Ireland
AT34	Vorarlberg	UKC2	Northumberland and Tyne and Wear		
PL11	Łódzkie	UKD1	Cumbria		
PL12	Mazowieckie	UKD2	Cheshire		
PL21	Małopolskie	UKD3	Greater Manchester		
PL22	Śląskie	UKD4	Lancashire		
PL31	Lubelskie	UKD5	Merseyside		
PL32	Podkarpackie	UKE1	East Riding and North Lincolnshire		
PL33	Świętokrzyskie	UKE2	North Yorkshire		
PL34	Podlaskie	UKE3	South Yorkshire		
PL41	Wielkopolskie	UKE4	West Yorkshire		
PL42	Zachodniopomorskie	UKF1	Derbyshire and Nottinghamshire		
PL43	Lubuskie				
PL51	Dolnośląskie				
PL52	Opolskie				
PL61	Kujawsko-Pomorskie				
PL62	Warmińsko-Mazurskie				
PL63	Pomorskie				
PT11	Norte				

BEWERBERLÄNDER: Statistische Regionen auf Ebene 2

BG11 Severozapaden
BG12 Severen tsentralen
BG13 Severoiztochen
BG21 Yugozapaden
BG22 Yuzhen tsentralen
BG23 Yugoiztochen
RO01 Nord-Est
RO02 Sud-Est
RO03 Sud
RO04 Sud-Vest
RO05 Vest
RO06 Nord-Vest
RO07 Centru
RO08 București