



Harald Hagn
Referat Sonderaufgaben und statistische Analysen

Telefon: 0361 37-84 110

E-Mail: Harald.Hagn@statistik.thueringen.de

Europa der Regionen – Gesundheit

Die regionalen Gesundheitsstatistiken von Eurostat umfassen zwei unterschiedliche Bereiche. Zum einen liegen Daten zur Sterblichkeit nach der Ursache vor, wobei die entsprechenden Krankheiten nach einer internationalen Klassifikation definiert und die Daten anhand vergleichbarer Methoden erhoben werden. Diese Statistiken sind Gegenstand des ersten Teils des vorliegenden Aufsatzes. Zum anderen erhebt Eurostat Daten zur gesundheitlichen Infrastruktur im weitesten Sinne und zu den personellen Ressourcen im Gesundheitswesen. Der zweite Teil dieses Aufsatzes ist der Analyse jener Daten gewidmet.

Die Sterblichkeit in den Regionen der Europäischen Union

Wirft man einen Blick auf die Gesamtsterblichkeit in der Europäischen Union (EU-27) im Jahr 2010, so zeigt sich, dass knapp zwei Fünftel (39,1 Prozent) aller Todesfälle auf Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10 Positionen I00-I99)¹⁾ zurückzuführen waren. Mit einem Anteil von 35,7 Prozent bei den Männern und 42,6 Prozent bei den Frauen stellten die Kreislauferkrankungen die jeweils häufigste Todesursache dar. Insbesondere die ältere Bevölkerung war hiervon betroffen. Mehr als vier Fünftel (83,7 Prozent) der durch Krankheiten des Kreislaufsystems verursachten Todesfälle traten bei 70-jährigen oder älteren Menschen auf.

Kreislauferkrankungen mit einem Anteil von knapp zwei Fünftel häufigste Todesursache in der EU

Bösartige Neubildungen (ICD-10 Positionen C00-C97), d. h. Krebs, waren im Jahr 2010 mit mehr als einem Viertel (25,9 Prozent) aller Todesfälle die zweithäufigste Todesursache in der Europäischen Union (29,1 Prozent bei den Männern und 22,6 Prozent bei den Frauen). Auch von bösartigen Neubildungen waren meist ältere Menschen betroffen. Mehr als drei Fünftel (61,5 Prozent) aller von Krebs verursachten Todesfälle betrafen Menschen im Alter von 70 und mehr Jahren. Auf der anderen Seite stellten die bösartigen Neubildungen bei der vorzeitigen Sterblichkeit, d. h. bei Todesfällen von Personen unter 65 Jahren, mit einem Anteil von 36,2 Prozent die quantitativ bedeutsamste Todesursache dar (31,4 Prozent bei den Männern unter 65 Jahren und 46,1 Prozent bei den Frauen unter 65 Jahren).

Meist ältere Menschen sterben an Krebs

Auch äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (ICD-10-Positionen V01-Y89)²⁾ spielten bei den Todesfällen von Personen unter 65 Jahren eine wichtige Rolle. In dieser Altersgruppe waren 13,1 Prozent der Todesfälle auf diese Ursache zurückzuführen (15,5 Prozent bei den Männern und 8,3 Prozent bei den Frauen). Über alle Altersgruppen betrug der Anteil der äußeren Ursachen von Morbidität und Mortalität an den Todesursachen 6,2 Prozent bei den Männern und 3,3 Prozent bei den Frauen. Insgesamt waren es 4,8 Prozent.

1) Die Abkürzung ICD steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“. Die Ziffer 10 bezeichnet deren 10. Revision. Erkrankungen werden durch die ICD-10-Systematik mit den Schlüsselnummern A00 bis T98 und U00-U99 kodiert. Diese Klassifikation wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und wird weltweit eingesetzt.

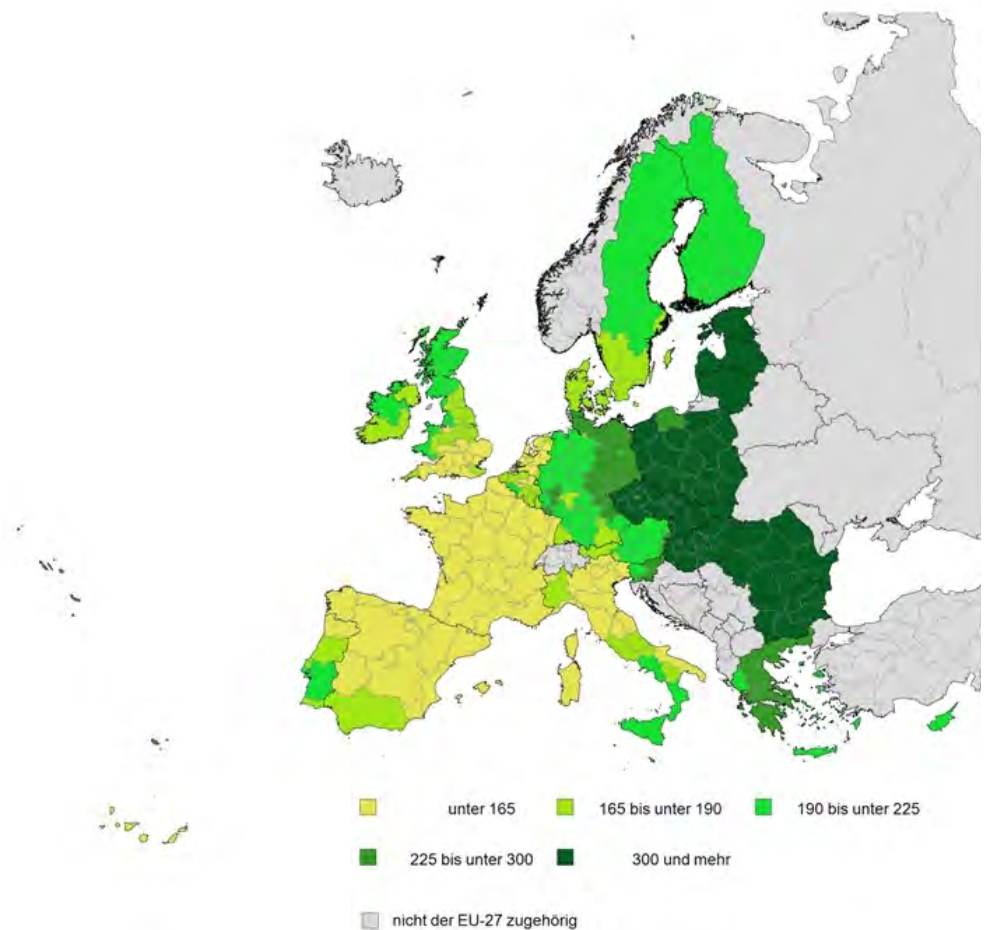
2) Hierzu zählen insbesondere Unfälle und Selbstmorde.

Krankheiten des Kreislaufsystems

Deutlich mehr Männer als Frauen sterben an Krankheiten des Kreislaufsystems

Zu den Krankheiten des Kreislaufsystems zählen Krankheiten, die häufig auf Bluthochdruck, Cholesterin, Diabetes und Rauchen zurückzuführen sind. Häufigste Todesursachen sind indes zerebrovaskuläre Erkrankungen³⁾, ischämische und andere Herzkrankheiten⁴⁾. Zwischen 2008 und 2010 betrug in der EU-27 die durchschnittliche standardisierte Sterbeziffer bei Krankheiten des Kreislaufsystems im 3-Jahresdurchschnitt 216,8 je 100 000 Einwohner⁵⁾. Bei den Männern (265,8 je 100 000 Einwohner) fiel die standardisierte Sterbeziffer deutlich höher aus als bei den Frauen (175,6 je 100 000 Einwohner).

Karte 1: Todesfälle durch Erkrankungen des Kreislaufsystems in der EU-27, nach NUTS-2-Regionen, 2008 bis 2010^{*)} (Standardisierte Sterbeziffer je 100 000 Einwohner im 3-Jahresdurchschnitt



*) Belgien 2007 bis 2009; Schottland (UKM) nach NUTS-1-Region, Dänemark und Finnland auf nationaler Ebene
Quelle: Eurostat (Online Datencode: hlth cd ysdr1), zugegriffen am 19.06.2013

3) Zerebrovaskulär bedeutet „die Blutgefäße des Gehirns betreffend“, im weiteren Sinne auch: die Hirndurchblutung betreffend“ (vgl. www.flexikon.doccheck.com/de/Zerebrovaskulär).

4) Ischämisch bedeutet „die Ischämie betreffend“ und „mangelhaft bzw. nicht durchblutet“ (vgl. www.flexikon.doccheck.com/de/Ischämisch).

5) Allgemein gibt die Sterbeziffer die Sterbefälle bezogen auf die Bevölkerung an. Die standardisierte Sterbeziffer ist die Sterbeziffer einer Bevölkerung mit einer Standardaltersgliederung. Da die Todesursache je nach Alter und Geschlecht stark variiert, werden standardisierte Sterbeziffern verwendet, denn sie schalten den Einfluss der unterschiedlichen Altersstrukturen der Bevölkerung auf die Sterbeziffern aus und verbessern damit ihre Darstellung im Zeitablauf und ihre Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Regionen.

Wirft man einen Blick auf die NUTS-2-Regionen der Europäischen Union, so erkennt man unschwer, dass in den Jahren 2008 bis 2010 die höchsten standardisierten Sterbeziffern infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems in den 2004 und 2007 beigetretenen Mitgliedstaaten Mittel- und Osteuropas verbucht wurden. Diese Mitgliedstaaten stellten jene 50 NUTS-2-Regionen mit den höchsten standardisierten Sterbeziffern bei Krankheiten des Kreislaufsystems. Allen voran die drei bulgarischen NUTS-2-Regionen Severozapaden (690,4 je 100 000 Einwohner), Yugoiztochen (665,3 je 100 000 Einwohner) und Severen tsentralen (634,5 je 100 000 Einwohner). Das entspricht in etwa dem Dreifachen des Durchschnitts der Europäischen Union. Sehr hohe Raten finden sich auch in den anderen NUTS-2-Regionen Bulgariens und Rumäniens. Diese Länder stellen sechs bzw. sieben der dreizehn NUTS-2-Regionen mit den höchsten standardisierten Sterbeziffern bei Krankheiten der Kreislaufsystems.

Höchste Sterbeziffern infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems in den neuen Mitgliedstaaten Mittel- und Osteuropas

Am anderen Ende der Skala finden sich weit überwiegend NUTS-2-Regionen Frankreichs und Spaniens. Von den 33 NUTS-2-Regionen mit den niedrigsten Raten entfielen 32 allein auf diese beiden Mitgliedstaaten. Die niedrigsten standardisierten Sterbeziffern bei Krankheiten des Kreislaufsystems wurden für den Zeitraum 2008 bis 2010 in den französischen NUTS-2-Regionen Île de France (97,0 je 100 000 Einwohner), Provence-Alpes-Côte d'Azur (107,4 je 100 000 Einwohner) und Rhône-Alpes (108,6 je 100 000 Einwohner) beobachtet. Es folgen die belgische Hauptstadtregion Rég. Bruxelles/Brussels Gewest mit 109,7 (Jahresdurchschnitt 2007 bis 2009), die spanische Hauptstadtregion Comunidad de Madrid mit 111,4 und die französische NUTS-2-Region Pays de la Loire mit 112,1 Sterbefällen je 100 000 Einwohner.

Niedrige regionale Sterbeziffern bei Krankheiten des Kreislaufsystems in Frankreich und Spanien

In allen NUTS-2-Regionen der Europäischen Union verstarben im Zeitraum 2008 bis 2010 relativ mehr Männer als Frauen an Krankheiten des Kreislaufsystems. Am größten waren die Unterschiede zwischen der Sterbeziffer der Männer und der Frauen in den drei baltischen Mitgliedstaaten Estland, Lettland und Litauen. Aber auch die anderen 2004 und 2007 beigetretenen Mitgliedstaaten Mittel- und Osteuropas wiesen große Unterschiede im Hinblick auf die Sterblichkeit von Männern und Frauen infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems auf. Verhältnismäßig gering hingegen waren die Unterschiede in Griechenland sowie verschiedenen NUTS-2-Regionen auf der Iberischen Halbinsel.

Die drei bulgarischen NUTS-2-Gebiete mit der höchsten Gesamtsterbeziffer bei Erkrankungen des Kreislaufsystems sind zugleich jene mit der höchsten standardisierten Sterbeziffer bei den Männern: Severozapaden mit 838,8, Yugoiztochen mit 822,7 und Severen tsentralen mit 771,4 je 100 000 Einwohner. Am anderen Ende der Skala finden sich die französische Hauptstadtregion Île de France (127,3 je 100 000 Einwohner), die spanische Hauptstadtregion Comunidad de Madrid (135,6 je 100 000 Einwohner) und das französische Rhône-Alpes (140,2 je 100 000 Einwohner) mit den niedrigsten standardisierten Sterbeziffern der Männer infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems.

Relativ sterben die wenigsten Männer an Erkrankungen des Kreislaufsystems in der französischen Hauptstadtregion

Kreislaufkrankungen auch bei Frauen in der Île de France am niedrigsten

Ähnlich verhält sich die Rangfolge bei der standardisierten Sterbeziffer der Frauen bei Krankheiten des Kreislaufsystems im Zeitraum 2008 bis 2010. Am oberen Ende der Skala finden sich die bulgarischen NUTS-2-Regionen Severozapaden (567,9 je 100 000 Einwohner) und Yugoiztochen (538,8 je 100 000 Einwohner) sowie das rumänische Sud-Vest Oltenia (526,7 je 100 000 Einwohner). Die drei NUTS-2-Regionen mit den niedrigsten Sterbeziffern bei den Frauen finden sich alle in Frankreich: Die Hauptstadtregion Île de France mit 74,4, Provence-Alpes-Côte d'Azur mit 80,9 und Rhône-Alpes mit 84,4 Sterbefälle je 100 000 Einwohner.

In der NUTS-2-Region Thüringen betrug in den Jahren 2008 bis 2010 die standardisierte Gesamtsterbeziffer infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems 246,3 je 100 000 Einwohner. Damit lag der Freistaat sowohl über dem gesamtdeutschen Durchschnitt (216,2 je 100 000 Einwohner) als auch über jenem der Europäischen Union (216,8 je 100 000 Einwohner in der EU-27).

Deutschlandweit niedrigste regionale Sterbeziffer bei Krank- heiten des Kreislauf- systems in Hamburg

Von den insgesamt 38 deutschen NUTS-2-Regionen wiesen lediglich vier eine höhere Gesamtsterbeziffer als Thüringen auf. Hierbei handelte es sich um Brandenburg (255,4 je 100 000 Einwohner), Oberfranken (256,0 je 100 000 Einwohner), Chemnitz (257,5 je 100 000 Einwohner) und Sachsen-Anhalt (275,3 je 100 000 Einwohner). Am geringsten waren dagegen die Gesamtsterbeziffern infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems in den NUTS-2-Regionen Hamburg (184,0 je 100 000 Einwohner), Freiburg (184,7 je 100 000 Einwohner) und Darmstadt (186,4 je 100 000 Einwohner).

Bösartige Neubildungen (Krebserkrankungen)

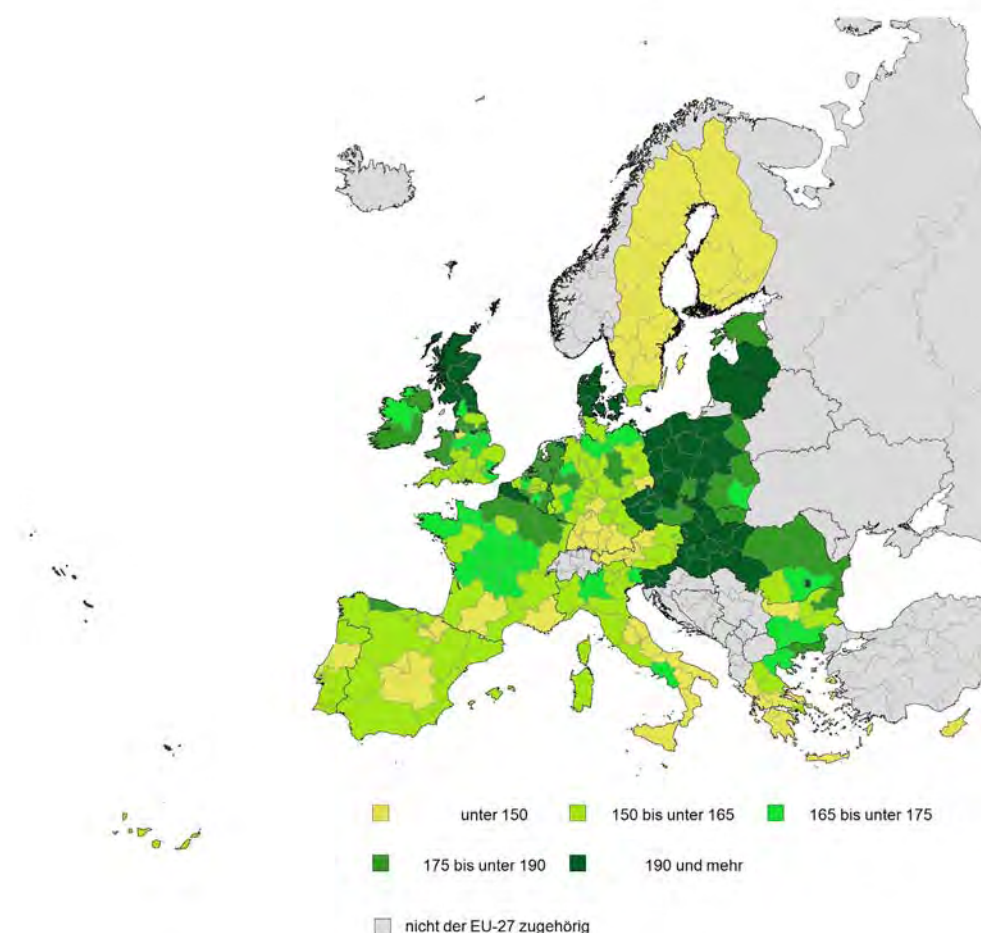
Krebserkrankungen für mehr als ein Viertel aller Todesfälle in der EU verantwortlich

Zu den Krebserkrankungen zählen unter anderem bösartige Neubildungen der Lippe, Mundhöhle und Rachen, der Verdauungsorgane, der Haut, der Brustdrüse und der Harnorgane. Im Jahr 2010 waren bösartige Neubildungen für mehr als ein Viertel (25,9 Prozent) aller Todesfälle in der Europäischen Union verantwortlich. Die durchschnittliche standardisierte Sterbeziffer (2008 bis 2010) bei bösartigen Neubildungen betrug 169,3 je 100 000 Einwohner. Männer (222,6 je 100 000 Einwohner) starben weitaus häufiger an Krebserkrankungen als Frauen (129,8 je 100 000 Einwohner).

Die meisten Menschen sterben in Ungarn an Krebs

In der Europäischen Union sterben die meisten Menschen in Ungarn an Krebs. Am höchsten war die standardisierte Sterbeziffer in Észak-Alföld mit 253,6, in Dél-Dunántúl mit 249,8 und in Közép-Dunántúl mit 243,8 je 100 000 Einwohner. Es folgen die restlichen ungarischen NUTS-2-Regionen Észak-Magyarország mit 243,4, Dél-Alföld mit 235,5, Nyugat-Dunántúl mit 234,7 und Közép-Magyarország mit 233,4 je 100 000 Einwohner. Zu den 10 NUTS-2-Regionen mit der höchsten standardisierten Sterbeziffer bei Krebserkrankungen zählen darüber hinaus das polnische Kujawsko-Pomorskie mit 232,5, das tschechische Severozapad mit 228,1 und das britische Merseyside mit 223,3 je Einwohner.

Karte 2: Todesfälle durch bösartige Neubildungen in der EU-27, nach NUTS-2-Regionen, 2008 bis 2010^{*)} (Standardisierte Sterbeziffer je 100 000 Einwohner im 3-Jahresdurchschnitt)



^{*)} Belgien 2007 bis 2009; Schottland (UKM) nach NUTS-1-Region, Dänemark und Finnland auf nationaler Ebene
 Quelle: Eurostat (Online Datencode: hlth cd ysdr1), zugegriffen am 19.06.2013

Zu den 10 NUTS-2-Regionen mit den niedrigsten Sterbeziffern bei bösartigen Neubildungen gehörten die französischen Übersee-Departments Guadeloupe (115,2), Guyana (116,9) und Martinique (134,5) sowie in Skandinavien das finnische Pohjoisja Itä-Suomi (131,8) und das schwedische Övre Norrland (132,1 je 100 000 Einwohner). Viele Regionen mit einer niedrigen Sterbeziffer findet man bei den Mittelmeeranrainern: Hierzu zählen etwa das spanische Ciudad Autónoma de Melilla (120,3), Zypern (120,7), die griechischen Regionen Ionia Nisia (125,0) und Ipeiros (130,3) sowie das italienische Calabria (133,7 je 100 000 Einwohner).

Niedrige Sterbeziffer infolge von Krebs bei vielen Regionen am Mittelmeer

In Thüringen sterben relativ weniger Menschen an Krebs als im gesamtdeutschen Durchschnitt

Vergleichsweise niedrige regionale Sterbeziffern bei bösartigen Neubildungen findet man auch in Süddeutschland. Deutschlandweit waren sie am geringsten in Tübingen (139,3), Stuttgart (140,7), Freiburg (143,6) und Oberbayern (146,0 je 100 000 Einwohner). Die höchsten standardisierten Sterbeziffern (2008 bis 2010) wiesen hingegen die NUTS-2-Regionen Mecklenburg-Vorpommern (174,8), Arnberg (175,6), Düsseldorf (177,6), und Sachsen-Anhalt (179,4 je 100 000 Einwohner) auf. Im bundesweiten Vergleich nahm Thüringen mit einer standardisierten Sterbeziffer von 159,8 je 100 000 Einwohner einen mittleren Rang ein. Es starben hier relativ etwas weniger Menschen an Krebs als im gesamtdeutschen Durchschnitt (160,3 je 100 000 Einwohner).

In der Differenzierung nach Geschlechtern zeigt sich, dass sich die standardisierten Sterbeziffern bei Krebserkrankungen der Männer zwischen 150,3 im französischen Übersee-Department Guyana und 371,5 je 100 000 Einwohner im ungarischen Észak-Alföld bewegten. Bei den Frauen waren die Unterschiede weniger ausgeprägt. Der niedrigste Wert lag hier bei 82,8 im spanischen Ciudad Autónoma de Melilla und 189,4 je 100 000 Einwohner im britischen Merseyside.

Auch im deutschlandweiten Vergleich waren die geschlechtsspezifischen Unterschiede deutlich geringer ausgeprägt. Bei den Männern bewegte sich die regionale Sterbeziffer zwischen 169,4 in Tübingen und 245,1 je 100 000 Einwohner in Sachsen-Anhalt. Bei den Frauen zwischen 112,5 in Dresden und 145,7 je 100 000 Einwohner im Saarland. In Thüringen belief sich die durchschnittliche standardisierte Sterbeziffer im gleichen Zeitraum auf 216,6 bei den Männern und 119,8 bei den Frauen.

Bösartige Neubildungen des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge häufigste Todesursache bei Krebserkrankungen

Von den verschiedenen Arten von Krebserkrankungen sind die bösartigen Neubildungen des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge in der Europäischen Union (EU-27) die mit Abstand häufigste Todesursache. Die durchschnittliche standardisierte Sterbeziffer (2008 bis 2010) belief sich auf 38,8 je 100 000 Einwohner. Männer (63,1 je 100 000 Einwohner) waren von dieser Krebserkrankung mehr als dreimal so häufig betroffen wie Frauen (19,5 je 100 000 Einwohner). Auch die regionalen Unterschiede waren beträchtlich: Die niedrigsten Sterbeziffern finden sich in den französischen Überseedepartements Guadeloupe (12,8), Martinique (12,8) und Guyana (13,5 je 100 000 Einwohner); die höchsten in den ungarischen NUTS-2-Regionen Észak-Magyarország (73,9), Dél-Dunántúl (78,0), und Észak-Alföld (81,3 je 100 000 Einwohner). In Thüringen (29,5 je 100 000 Einwohner) starben an bösartigen Neubildungen des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge deutlich weniger Menschen als im deutschen und europäischen Durchschnitt (34,6 bzw. 38,8 je 100 000 Einwohner).

Frauen sterben häufig an Brustkrebs

Frauen sterben in der Europäischen Union (EU-27) häufig an Brustkrebs. Im Zeitraum 2008 bis 2010 war die standardisierte Sterbeziffer bei Frauen für bösartige Neubildungen der Brustdrüse mit 23,1 je 100 000 Einwohner höher als die entsprechende standardisierte Sterbeziffer bei Krebserkrankungen des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge. In der regionalen Betrachtung starben relativ die meisten Frauen in den niederländischen NUTS-2-Gebieten Overijssel (30,4) und Friesland (31,0) sowie in der portugiesischen Região Autónoma da Madeira (31,8 je 100 000 Einwohner). Die geringsten Sterbeziffern wiesen dagegen die Frauen in dem französischen Übersee-Department Réunion (15,1), dem spanischen Comunidad Foral de Navarra (14,2) und dem griechischen Ipeiros (14,2 je 100 000 Einwohner) auf. Auch in Thüringen starben vergleichsweise wenig Frauen an Brustkrebs (19,6 je 100 000 Einwohner). Dies waren deutlich weniger als im deutschen und europäischen Durchschnitt (24,2 bzw. 23,1 je 100 000 Einwohner).

Eine weitere geschlechtsspezifische Krebserkrankung sind die bösartigen Neubildungen der Prostata. Die diesbezügliche Sterbeziffer bei den Männern (20,5 je 100 000 Einwohner) ist EU-weit in etwa mit jener der Frauen bei Brustkrebs vergleichbar. Nach den bösartigen Neubildungen des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge handelt es sich bei Prostatakrebs um die zweithäufigste Todesursache infolge von Krebs bei den Männern. Die niedrigsten standardisierten Sterbeziffern bei Prostatakrebs verbuchten die rumänischen NUTS-2-Gebiete Sud-Vest Oltenia (10,8) und Sud-Muntenia (12,4) sowie das spanische Ciudad Autónoma de Melilla (12,0 je 100 000 Einwohner); die höchsten standardisierten Sterbeziffern verbuchten die französischen Übersee-Departements Guadeloupe (40,4) und Martinique (42,0) sowie das finnische Åland (47,6 je 100 000). Thüringen lag mit einer standardisierten Sterbeziffer von 20,9 je 100 000 Einwohner etwas über dem Durchschnitt von Deutschland und der Europäischen Union (20,2 bzw. 20,5 je 100 000 Einwohner).

Prostatakrebs häufige Todesursache bei Männern

Transportmittelunfälle

Die Transportmittelunfälle umfassen Unfälle im Straßen-, Schienen- und Luftverkehr (V01-V99). Im Jahr 2010 betrafen mehr als drei Viertel (76,4 Prozent) der tödlichen Transportmittelunfälle in der Europäischen Union (EU-27) Personen unter 65 Jahren. Ein knappes Fünftel (18,2 Prozent) der bei Transportmittelunfällen getöteten Personen gehörte der Altersgruppe der 15 bis unter 25-Jährigen an. In dieser Altersgruppe sind die Transportmittelunfälle in vielen europäischen NUTS-2-Regionen die häufigste Todesursache.

Transportmittelunfälle in vielen Regionen bei jungen Menschen häufigste Todesursache

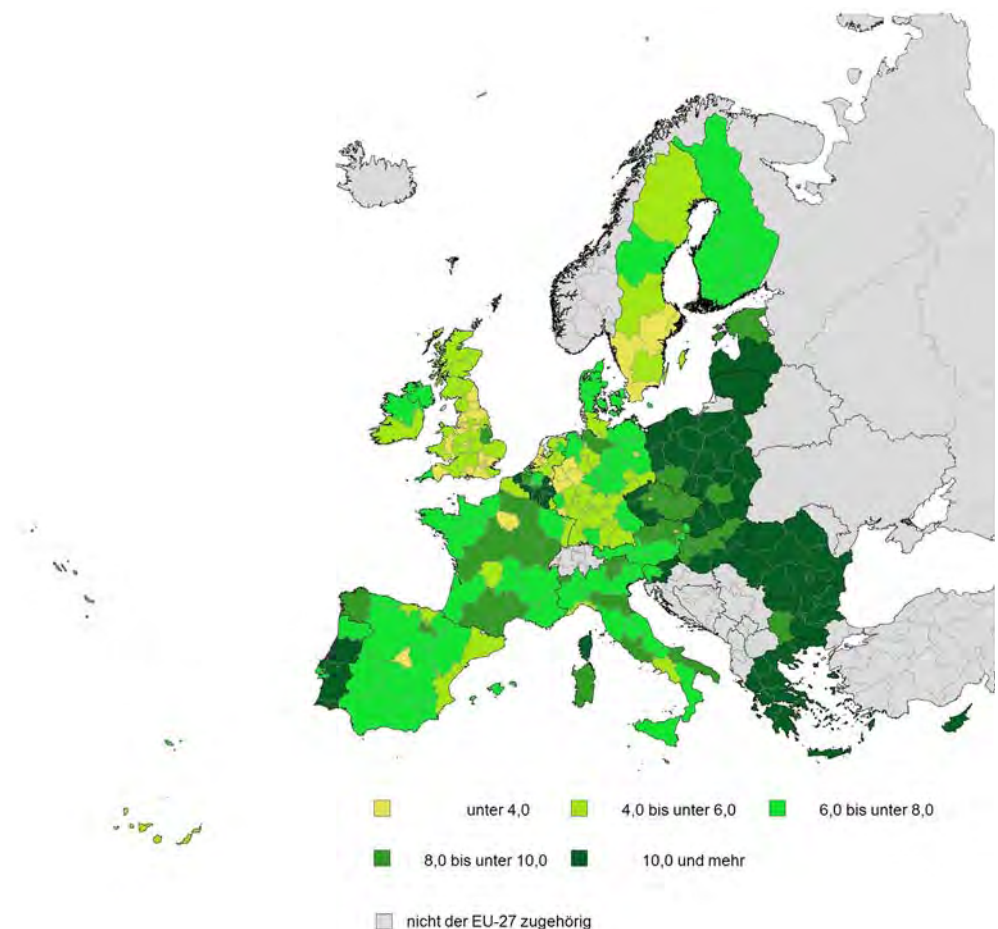
Unfälle im Straßenverkehr sind die mit Abstand häufigsten Transportmittelunfälle. Aus diesem Grunde ist in einer Reihe von NUTS-2-Regionen, bei denen es sich um städtische Ballungsgebiete mit einer größeren Effizienz bei der Notfallversorgung von Unfallopfern und niedrigen Höchstgeschwindigkeiten handelt, eine besonders niedrige Sterblichkeit zu verbuchen. In der Europäischen Union (EU-27) war im Zeitraum 2008 bis 2010 die standardisierte Sterbeziffer am niedrigsten in Hamburg (2,3), der spanischen Exklave Ciudad Autónoma de Melilla (2,4), Berlin (2,5) sowie in den britischen NUTS-2-Gebieten Inner und Outer London (jeweils 2,5 je 100 000 Einwohner). Es folgen mit geringem Abstand Bremen, die spanische Hauptstadtregion Comunidad de Madrid und die schwedische Hauptstadtregion Stockholm (jeweils 2,6 je 100 000 Einwohner).

Städtische Ballungsgebiete mit relativ geringer Sterblichkeit bei Transportmittelunfällen

Die Unterschiede bei den Todesfällen durch Transportmittelunfälle sind in der Europäischen Union (EU-27) sehr deutlich. Neben einigen Regionen in Südeuropa werden die höchsten standardisierten Sterbeziffern für ein mehr oder weniger zusammenhängendes Gebiet verbucht, das sich von den drei baltischen Staaten über Polen, die Slowakische und die Tschechische Republik, Ungarn, Rumänien und Bulgarien bis nach Griechenland erstreckt. EU-weit waren die standardisierten Sterbeziffern im Zeitraum 2008 bis 2010 am höchsten in der griechischen NUTS-2-Region Dytiki-Ellada und der rumänischen NUTS-2-Region Vest (beide 18,1 je 100 000 Einwohner). Es folgen das rumänische Sud-Muntenia (16,0), die griechischen NUTS-2-Regionen Peloponnisos (15,9) und Ipeiros (15,8) sowie das rumänische Sud-Est (15,7 je 100 000 Einwohner).

Höchste regionale Sterblichkeit in Griechenland und Rumänien

Karte 3: Todesfälle durch Transportmittelunfälle in der EU-27, nach NUTS-2-Regionen, 2008 bis 2010^{*)} (Standardisierte Sterbeziffer im 3-Jahresdurchschnitt)



^{*)} Belgien 2007 bis 2009; Schottland (UKM) nach NUTS-1-Region, Dänemark und Finnland auf nationaler Ebene
 Quelle: Eurostat (Online Datencode: hlth cd ysdr1), zugegriffen am 19.06.2013

In Deutschland bestehen deutliche Unterschiede zwischen Ost und West, denn die östlichen NUTS-2-Regionen verbuchen mit Ausnahme von Berlin (2,5), Dresden (4,3) und Leipzig (4,8 je 100 000 Einwohner) eine Übersterblichkeit. Bundesweit wurden im Zeitraum 2008 bis 2010 die höchsten standardisierten Sterbeziffern in Lüneburg (8,6), Niederbayern (7,8), Mecklenburg-Vorpommern (7,7), Sachsen-Anhalt (7,6) und der Oberpfalz (7,4 je 100 000 Einwohner) verbucht. Auch Thüringen lag mit einer standardisierten Sterbeziffer von 7,0 je 100 000 Einwohner deutlich über dem deutschen Durchschnitt (5,0). Gleichwohl starben hier relativ etwas weniger Menschen durch Transportmittelunfälle als im Durchschnitt der Europäischen Union (7,3 je 100 000 Einwohner).

Gesundheitsressourcen in den Regionen der EU

Hinsichtlich der in diesem Aufsatz angewandten Indikatoren zu den Ressourcen im Gesundheitsbereich sei angemerkt, dass Eurostat die statistischen Daten zu den Beschäftigten im Gesundheitswesen (Zahl der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Physiotherapeuten sowie Krankenschwestern/-pfleger und Hebammen/Entbindungspfleger) und zur Zahl der Krankenhausbetten auf regionaler Ebene veröffentlicht.

Ärztedichte

Im Jahr 2010 gab es in der Europäischen Union (EU-27) im Durchschnitt 340,5 Ärzte je 100 000 Einwohner⁶⁾. Die höchste Konzentration an Ärzten findet man in Griechenland (612,6), Österreich (478,0) und Irland (420,6 Ärzte je 100 000 Einwohner). Am anderen Ende der Skala rangieren Slowenien (243,0), Rumänien (236,9) und Polen (217,9 Ärzte je 100 000 Einwohner). Die beigefügte Karte 4 verdeutlicht, dass auch auf regionaler Ebene erhebliche Unterschiede zu beobachten sind.

Höchste Konzentration an Ärzten in Griechenland, Österreich und Irland

Betrachtet man alle Regionen zusammen, dann reicht die Ärztedichte von weniger als 170 Ärzten je 100 000 Einwohnern in den niederländischen NUTS-2-Regionen Flevoland (127,0) und Zeeland (145,7), den rumänischen Sud-Muntenia (136,7) und Sud-Est (163,4) und der polnischen Wielkopolskie (151,7) bis hin zu mehr als 600 Ärzten je 100 000 Einwohner in einzelnen NUTS-2-Regionen in Spanien, Griechenland, Tschechien, der Slowakei und Österreich. Die höchste Konzentration von Ärzten ist in den meisten Ländern in den Hauptstadtregionen zu finden. Beispiele hierfür sind das griechische Attiki (940,8), das österreichische Wien (664,1), das tschechische Praha (656,8) und das slowakische Bratislavský kraj (643,3). Es gibt jedoch auch eine Anzahl von Mitgliedsstaaten, in denen andere NUTS-2-Regionen eine höhere Ärztedichte aufweisen, z.B. die Comunidad Foral de Navarra in Spanien (630,0), Liguria in Italien (596,0) und Hamburg in Deutschland (542,9 Ärzte je 100 000 Einwohner).

Hauptstadtregionen häufig mit hoher Ärztedichte

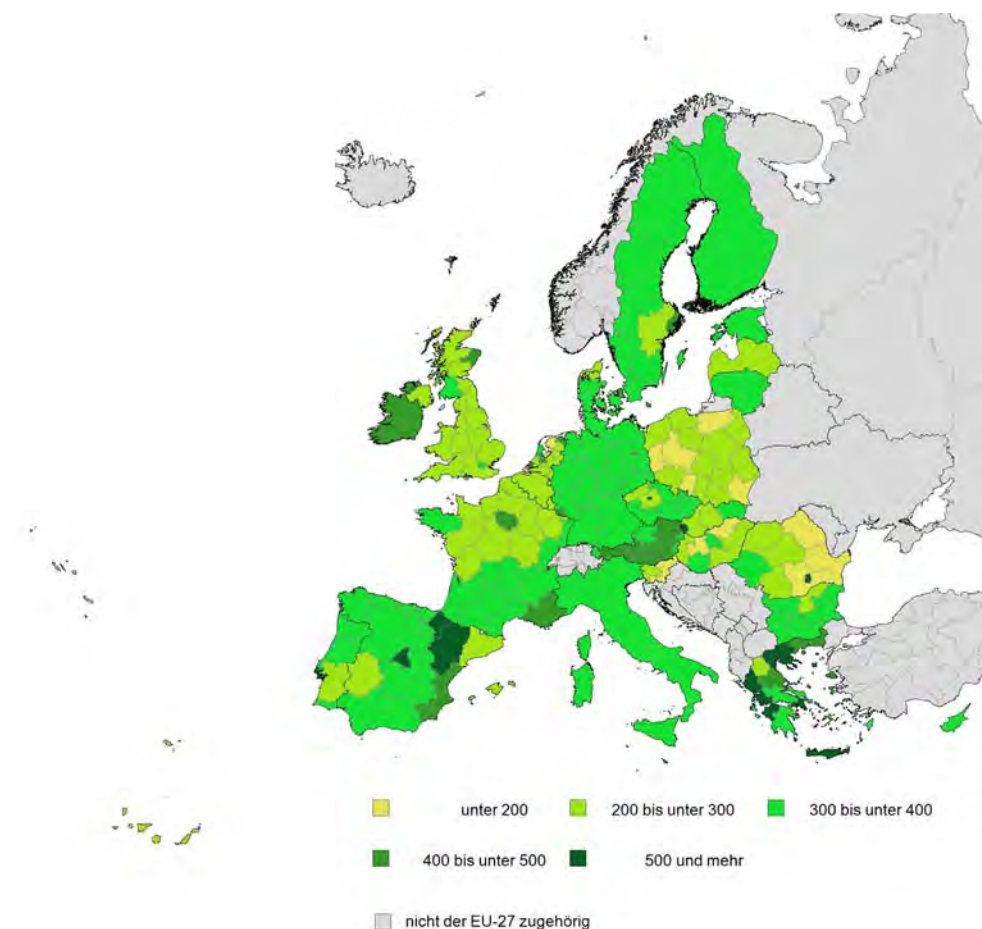
Innerhalb Deutschlands folgen die Bundesländer Bremen (490,7), Berlin (453,8) und das Saarland (406,0 Ärzte je 100 000 Einwohner)⁷⁾. Am anderen Ende der Skala rangieren Brandenburg (316,3), Niedersachsen (325,8), Sachsen-Anhalt (331,2) und Sachsen (344,9). Es folgt Thüringen mit einer Ärztedichte von 348,4 je 100 000 Einwohner. Damit ist die Ärztedichte im Freistaat etwas geringer als im deutschen Durchschnitt (373,1 Ärzte je 100 000 Einwohner)⁸⁾.

6) Einfaches arithmetisches Mittel der Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU-27). Für die Mitgliedstaaten Dänemark, die Niederlande und Schweden wurde die jeweilige Zahl des Jahres 2009 für die Berechnung herangezogen.

7) Für Deutschland liegen Ergebnisse zur Ärztedichte nur auf NUTS-1-Ebene, d. h. auf der Ebene der Bundesländer, vor. Viele kleinere Bundesländer, wie beispielsweise Thüringen, Sachsen-Anhalt, Berlin u. a. m., sind aber sowohl NUTS-1-Regionen als auch NUTS-2-Regionen.

8) Einfaches arithmetisches Mittel der deutschen Bundesländer

Karte 4: Anzahl der praktizierenden Ärzte je 100 000 Einwohner nach NUTS-2-Regionen im Jahr 2010^{*)}



^{*)} Dänemark, die Niederlande und Schweden im Jahr 2009, Deutschland, England und Wales 2010 nach NUTS-1-Regionen, Belgien, Finnland, Italien und Irland 2010 auf nationaler Ebene
 Quelle: Eurostat (Online Datencode: hlth rs prsr), zugegriffen am 30.07.2013

Krankenhausbetten

Zahl der Krankenhausbetten seit Jahren rückläufig

Die Zahl der Krankenhausbetten in der Europäischen Union geht seit Jahren ständig zurück. In der EU-27 ist sie zwischen den Jahren 2000 und 2010 um etwa 12,7 Prozent gesunken. Der Rückgang der Bettenzahl erklärt sich zum einen durch Fortschritte in der Medizin, die eine Verkürzung der mittleren Verweildauer für eine gegebene Krankheit ermöglicht haben. Zum anderen haben finanzielle Zwänge zu Rationalisierungen im Gesundheitswesen geführt. Darüber hinaus wird auf die gewachsene Nachfrage – häufig chronisch kranker und behinderter – alter Menschen nach Gesundheitsleistungen vielfach damit reagiert, dass Akut- oder Psychiatriebetten für die Langzeitpflege umgewidmet werden.

Regionen mit einer geringen Dichte an Krankenhausbetten vorwiegend im Süden und im Norden der EU

Schweden und das Vereinigte Königreich wiesen mit 272,6 bzw. 295,5 Betten je 100 000 Einwohner im Jahr 2010 die wenigsten Krankenhausbetten je Einwohner in der Europäischen Union (EU-27) auf. Die höchsten Werte wurden aus Deutschland (824,8) und Österreich (762,9) gemeldet. Die Regionen mit einer geringen Dichte an Krankenhausbetten liegen vorwiegend im Süden (Portugal, Spanien, Italien und Griechenland) und im Norden (Irland, Vereinigtes Königreich, Dänemark und Schweden) der Europäischen Union (EU-27). Gleichzeitig erstreckt sich ein Gürtel mit über 600 Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner von Frankreich und Belgien über Deutschland, Polen, die Tschechische Republik, Österreich, die Slowakei und Ungarn bis Rumänien.

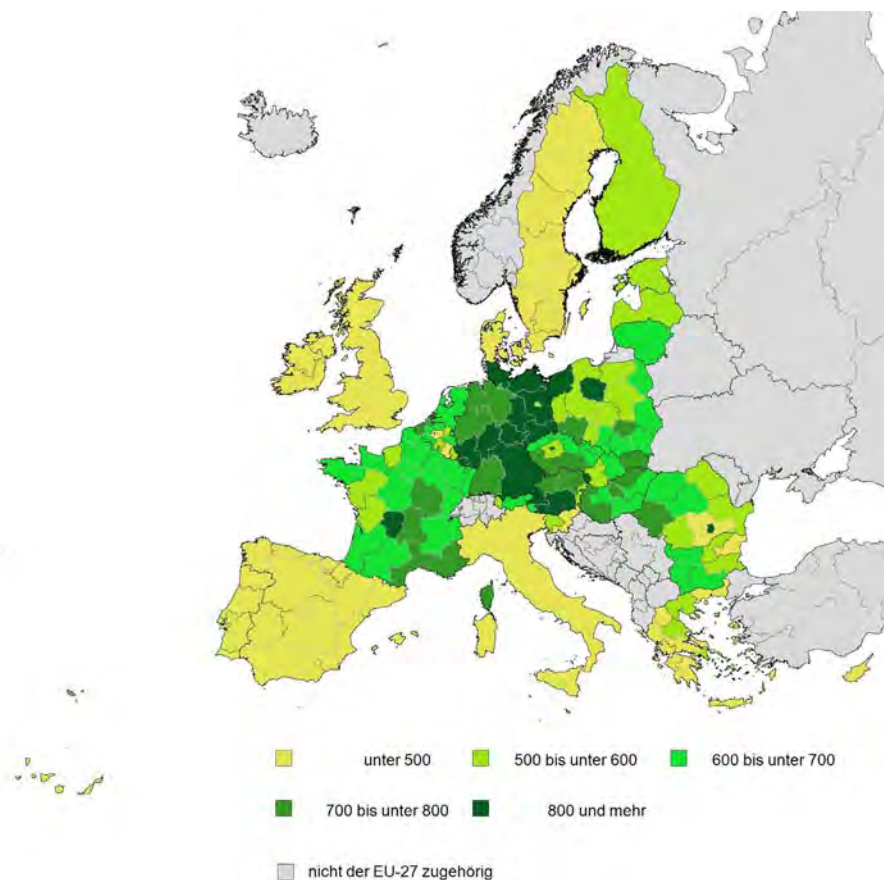
In der regionalen Betrachtung handelt es sich bei den NUTS-2-Regionen am unteren Ende der Rangskala häufig um ländliche Gebiete mit relativ geringer Bevölkerungsdichte. Hierzu zählen beispielsweise das griechische Sterea Ellada (189,4 im Jahr 2009), die portugiesischen NUTS-2-Regionen Alentejo (209,7) und Algarve (212,7) oder das spanische Andalucía (231,4 Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner). Aber es gibt Ausnahmen von dieser Regel: Hierzu zählen beispielsweise das spanische Ciudad Autónoma de Melilla (230,3) und das schwedische Stockholm (240,9 Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner). Am anderen Ende der Rangliste finden sich das norddeutsche Mecklenburg-Vorpommern (1 264,8) und die angrenzende polnische Nachbarregion Zachodniopomorskie (1 194,4 Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner). Die beiden letztgenannten waren die einzigen NUTS-2-Regionen in der Europäischen Union (EU-27) in denen es mehr als 1 000 verfügbare Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner gab. Es folgen auf Rang 3 Bucurestillov mit 990,1 und Rang 4 Thüringen mit 984,9 verfügbaren Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner.

Die meisten Krankenhausbetten gibt es relativ in Mecklenburg-Vorpommern und der polnischen Nachbarregion Zachodniopomorskie

Wie unmittelbar ersichtlich ist, belegte Thüringen mit diesem Ergebnis unter den deutschen Bundesländern nach Mecklenburg-Vorpommern den zweiten Rang. Es folgen Schleswig-Holstein mit 944,6 und das Saarland mit 940,9 verfügbaren Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner. Am anderen Ende der Skala finden sich Berlin (592,6), Hamburg (675,7) und Niedersachsen (758,3 verfügbare Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner). Mit seinen 984,9 verfügbaren Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner lag Thüringen deutlich über dem gesamtdeutschen Durchschnitt (824,8) und beträchtlich über jenem der EU-27 (538,2).

Thüringen bei Krankenhausbetten deutschlandweit auf Rang 2 und europaweit auf Rang 4

Karte 5: Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner nach NUTS-2-Regionen im Jahr 2010^{*)}



^{*)} Griechenland im Jahr 2009, die Niederlande 2009 auf nationaler Ebene, Deutschland 2010 nach NUTS-1-Regionen, Finnland, Italien und das Vereinigte Königreich 2010 auf nationaler Ebene
 Quelle: Eurostat (Online Datencode: hlth rs bdrsg), zugegriffen am 30.07.2013

Schlussbemerkung

Statistische Daten über die Gesundheit der Bevölkerung und das Gesundheitswesen eines Landes sind notwendig, um die Effizienz der Gesundheitspolitik überprüfen zu können. Die gegenwärtig von Eurostat zur Verfügung gestellten Gesundheitsindikatoren gewährleisten einen guten Überblick über die Ähnlichkeiten und Verschiedenheiten des Gesundheitswesens in der Europäischen Union. Insbesondere zeigen sie aber auch auf, welche Gegensätze auf regionaler Ebene in der Europäischen Union bestehen. Die eingehende Analyse der Abweichungen und Entwicklungstendenzen der regionalen Gesundheitsindikatoren ist eine unabdingbare Voraussetzung für die Planung und Überwachung von Maßnahmen und Programmen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens.