



Harald Hagn
Referat Bereichsübergreifende Analysen, Statistikportal,
Regionalstatistik, Veröffentlichungen, Bibliothek
Telefon: 03 61 5 73 31-91 10
E-Mail: Harald.Hagn@statistik.thueringen.de

Gesundheit in den Regionen der Europäischen Union

Die regionalen Gesundheitsstatistiken von Eurostat umfassen 2 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 innerhalb der Europäischen Union 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-28) im Jahr 2015, so zeigt sich, dass knapp zwei Fünftel (37,1 Prozent) aller Todesfälle auf Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10 Positionen I00-I99)¹⁾ zurückzuführen waren. Mit einem Anteil von 34,1 Prozent bei den Männern und 40,0 Prozent bei den Frauen stellten die Kreislauferkrankungen die jeweils häufigste Todesursache dar. Insbesondere die ältere Bevölkerung war hiervon betroffen. Fast neun Zehntel (89,6 Prozent) der durch Krankheiten des Kreislaufsystems verursachten Todesfälle traten bei 65-jährigen oder älteren Menschen auf.

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

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 Schlüsseln A00 bis T98 und U00-U99 kodiert. Diese Klassifikation wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und wird weltweit eingesetzt.

Meist ältere Menschen sterben an Krebs Bösartige Neubildungen (ICD-10 Positionen C00-C97), d. h. Krebs, waren im Jahr 2015 mit mehr als einem Viertel (25,9 Prozent) aller Todesfälle die zweithäufigste Todesursache in der Europäischen Union (29,2 Prozent bei den Männern und 22,6 Prozent bei den Frauen). Auch von bösartigen Neubildungen waren meist ältere Menschen betroffen. Fast drei Viertel (74,6 Prozent) aller von Krebs verursachten Todesfälle betrafen Menschen im Alter von 65 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 37,4 Prozent die quantitativ bedeutsamste Todesursache dar (32,3 Prozent bei den Männern unter 65 Jahren und 47,4 Prozent bei den Frauen unter 65 Jahren).

Jeder Achte unter 65 Jahren starb durch Unfall, Suizid oder tätlichen Angriff 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 war jeder achte Todesfall (12,5 Prozent) auf diese Ursachen zurückzuführen (14,9 Prozent bei den Männern und 7,9 Prozent bei den Frauen). Über alle Altersgruppen betrug der Anteil der äußeren Ursachen von Morbidität und Mortalität an den Todesursachen 5,9 Prozent bei den Männern und 3,3 Prozent bei den Frauen. Insgesamt waren es 4,6 Prozent.

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⁾. Im Jahr 2015 betrug in der EU-28 die durchschnittliche standardisierte Sterbeziffer bei Krankheiten des Kreislaufsystems 380,9 je 100 000 Einwohner.⁵⁾⁶⁾ Bei den Männern (452,7 je 100 000 Einwohner) fiel die standardisierte Sterbeziffer deutlich höher aus als bei den Frauen (324,9 je 100 000 Einwohner).

2) Hierzu zählen insbesondere Unfälle und Suizide.

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

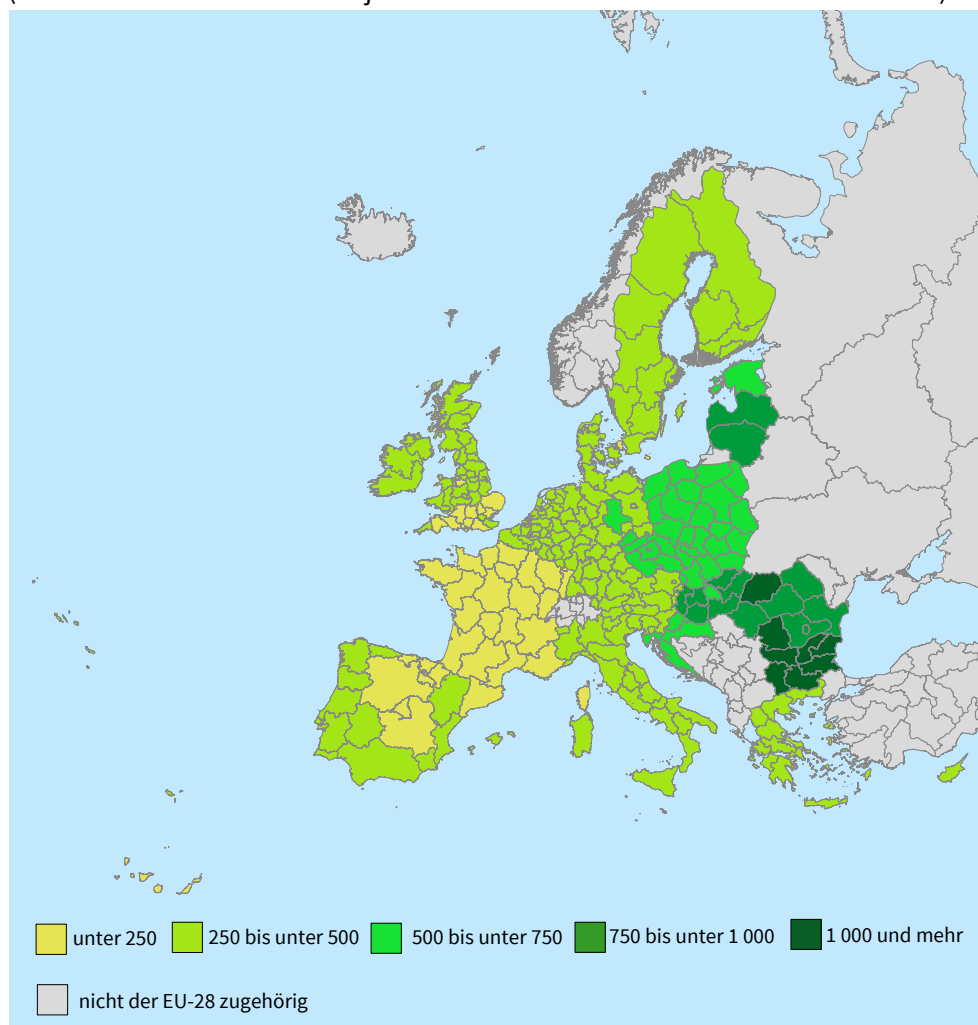
4) Ischämisch bedeutet „die Ischämie betreffend“ und „mangelhaft bzw. nicht durchblutet“ (vgl. www.flexikon.doccheck.com/de/Ischämisch).

5) Bei den standardisierten Sterbeziffern handelt es sich jeweils um 3-Jahresdurchschnitte.

6) 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.

Karte 1: Todesfälle durch Erkrankungen des Kreislaufsystems in der EU-28, nach NUTS-2-Regionen, 2015

(Standardisierte Sterbeziffer je 100 000 Einwohner im 3-Jahresdurchschnitt)



Quelle: Eurostat (Online Datencode: hlth cd ysd2), zugegriffen am 11.12.2018

Wirft man einen Blick auf die NUTS-2-Regionen der Europäischen Union, so erkennt man unschwer, dass im Jahr 2015 die höchsten standardisierten Sterbeziffern infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems in den seit 2004 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 3 bulgarischen NUTS-2-Regionen Severozapaden (1225,6 je 100 000 Einwohner), Yugoiztochen (1218,5 je 100 000 Einwohner) und Severen tsentralen (1205,4 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 jeweils 6 der 12 NUTS-2-Regionen mit den höchsten standardisierten Sterbeziffern bei Krankheiten der Kreislaufsystems.

Höchste Sterbeziffern infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems in den seit 2004 beigetretenen Mitgliedstaaten Mittel- und Osteuropas

Niedrige regionale Sterbeziffern bei Krankheiten des Kreislaufsystems in Frankreich und Spanien

Am anderen Ende der Skala finden sich weit überwiegend NUTS-2-Regionen Frankreichs und Spaniens. Von den 40 NUTS-2-Regionen mit den niedrigsten Raten entfielen 35 allein auf diese beiden Mitgliedstaaten. Die niedrigsten standardisierten Sterbeziffern bei Krankheiten des Kreislaufsystems wurden 2015 in den französischen NUTS-2-Regionen Île de France (163,0 je 100 000 Einwohner), Guadeloupe (183,9 je 100 000 Einwohner) und Rhône-Alpes (189,7 je 100 000 Einwohner) beobachtet. Es folgen die spanische Hauptstadtregion Comunidad de Madrid mit 193,1 sowie die französischen NUTS-2-Regionen Provence-Alpes-Côte d'Azur mit 193,2 und Midi-Pyrénées mit 195,4 Sterbefällen je 100 000 Einwohner.

In allen NUTS-2-Regionen der Europäischen Union verstarben im Jahr 2015 relativ mehr Männer als Frauen an Krankheiten des Kreislaufsystems. Am größten waren die Unterschiede zwischen der Sterbeziffer der Männer und der Frauen in den 3 baltischen Mitgliedstaaten Estland, Lettland und Litauen. Aber auch die anderen seit 2004 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.

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

Die 3 bulgarischen NUTS-2-Gebiete mit der höchsten Gesamtsterbeziffer bei Erkrankungen des Kreislaufsystems zählen zugleich zu jenen mit der höchsten standardisierten Sterbeziffer bei den Männern: Severozapaden mit 1 454,2, Yugoiztochen mit 1 426,2 und Severen tsentralen mit 1 215,6 je 100 000 Einwohner. Am anderen Ende der Skala finden sich die französische Hauptstadtregion Île de France (211,5 je 100 000 Einwohner), das französische Überseegebiet Guadeloupe (229,6 je 100 000 Einwohner) und die spanische Hauptstadtregion Comunidad de Madrid (231,5 je 100 000 Einwohner) mit den niedrigsten standardisierten Sterbeziffern der Männer infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems.

Kreislaufferkrankungen 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 Jahr 2015. Am oberen Ende der Skala finden sich die bulgarischen NUTS-2-Regionen Yugoiztochen (1 058,6 je 100 000 Einwohner), Severozapaden (1 047,8 je 100 000 Einwohner) sowie Severen tsentralen (1 046,0 je 100 000 Einwohner). Die 3 NUTS-2-Regionen mit den niedrigsten Sterbeziffern bei den Frauen finden sich alle in Frankreich: Die Hauptstadtregion Île de France mit 130,0 sowie Guadeloupe mit 149,2 und Rhône-Alpes mit 153,5 Sterbefälle je 100 000 Einwohner.

In der NUTS-2-Region Thüringen betrug im Jahr die standardisierte Gesamtsterbeziffer infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems 478,2 je 100 000 Einwohner. Damit lag der Freistaat sowohl über dem gesamtdeutschen Durchschnitt (416,0 je 100 000 Einwohner) als auch über jenem der Europäischen Union (380,9 je 100 000 Einwohner in der EU-28).

Deutschlandweit niedrigste regionale Sterbeziffer bei Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin

Von den insgesamt 38 deutschen NUTS-2-Regionen wiesen lediglich 4 eine höhere Gesamtsterbeziffer als Thüringen auf. Hierbei handelte es sich um Oberfranken (278,9 je 100 000 Einwohner), Leipzig (479,8 je 100 000 Einwohner), Chemnitz (500,2 je 100 000 Einwohner) und Sachsen-Anhalt (525,7 je 100 000 Einwohner). Am geringsten waren dagegen die Gesamtsterbeziffern infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems in den NUTS-2-Regionen Berlin (337,7 je 100 000 Einwohner), Hamburg (341,9 je 100 000 Einwohner) und Oberbayern (363,8 je 100 000 Einwohner).

Bösartige Neubildungen (Krebserkrankungen)

Zu den Krebserkrankungen zählen unter anderem bösartige Neubildungen der Lippe, Mundhöhle und Rachen, der Verdauungsorgane, der Haut, der Brustdrüse und der Harnorgane. Im Jahr 2015 waren bösartige Neubildungen für mehr als ein Viertel (25,9 Prozent) aller Todesfälle in der Europäischen Union verantwortlich. Die durchschnittliche standardisierte Sterbeziffer bei bösartigen Neubildungen betrug 261,7 je 100 000 Einwohner. Männer (349,0 je 100 000 Einwohner) starben weitaus häufiger an Krebserkrankungen als Frauen (200,9 je 100 000 Einwohner).

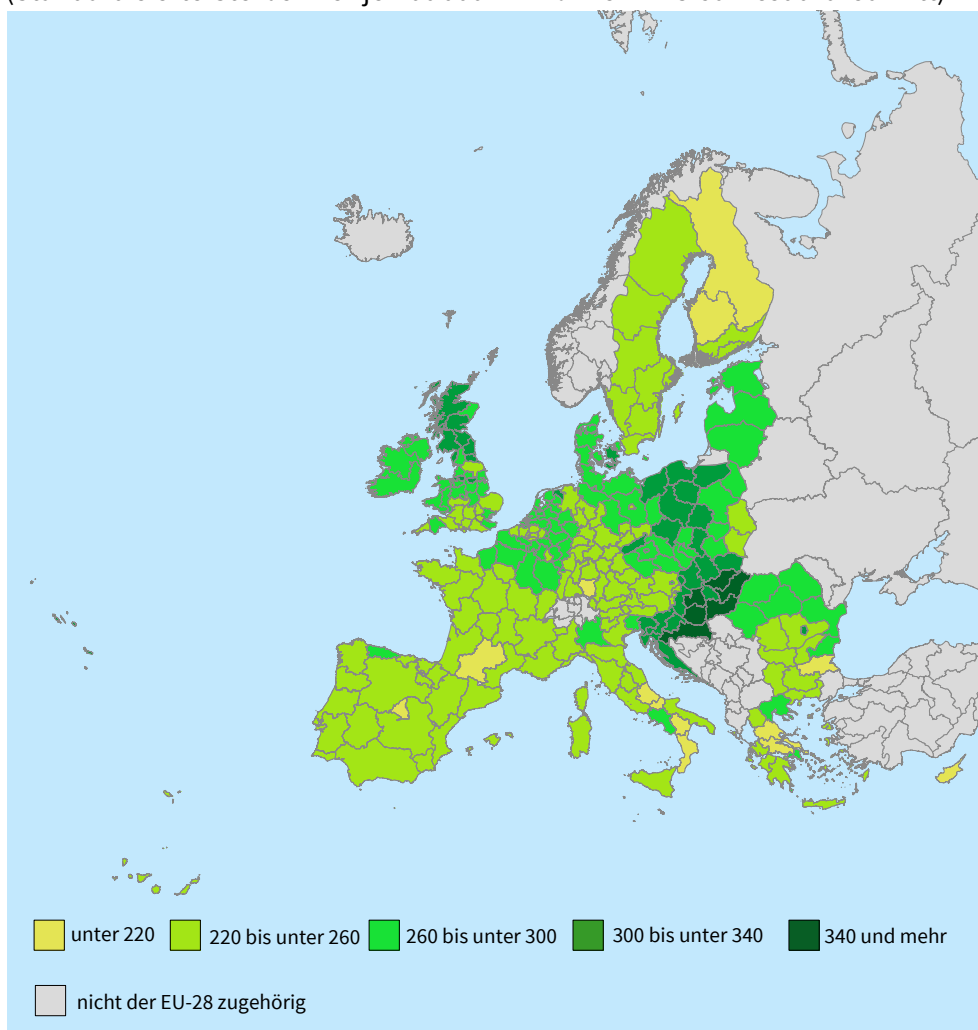
Krebserkrankungen für mehr als ein Viertel aller Todesfälle in der EU verantwortlich

In der Europäischen Union sterben die meisten Menschen in Ungarn an Krebs. Am höchsten war die standardisierte Sterbeziffer in Dél-Dunántúl mit 367,0 sowie in Közép-Dunántúl mit 359,1 und in Észak-Alföld mit 356,2 je 100 000 Einwohner. Es folgen die kroatische NUTS-2-Region Kontinentalna Hrvatska mit 346,3, das britische South Western Scotland mit 339,7 und die ungarische NUTS-2-Region Nyugat-Dunántúl mit 338,4 je 100 000 Einwohner. Zu den 10 NUTS-2-Regionen mit der höchsten standardisierten Sterbeziffer bei Krebserkrankungen zählen darüber hinaus das ungarische Közép-Magyarország mit 337,7, das slowenische Západné Slovensko mit 335,7, das polnische Pomorskie mit 325,4 und das portugiesische Região Autónoma dos Açores mit 324,0 je 100 000 Einwohner.

Die meisten Menschen sterben in Ungarn an Krebs

Karte 2: Todesfälle durch bösartige Neubildungen in der EU-28, nach NUTS-2-Regionen, 2015

(Standardisierte Sterbeziffer je 100 000 Einwohner im 3-Jahresdurchschnitt)



Quelle: Eurostat (Online Datencode: hlth cd ysd2), zugegriffen am 11.12.2018

Niedrige Sterbeziffer infolge von Krebs bei vielen Regionen am Mittelmeer

Zu den 10 NUTS-2-Regionen mit den niedrigsten Sterbeziffern bei bösartigen Neubildungen gehörten die französischen Übersee-Departments Guyana (174,0) und Guadeloupe (174,4). Es folgen Zypern (203,1), das italienische Molise (204,6), das französische Martinique (206,8), das italienische Calabria (211,4), das griechische Kentriki Ellada (211,5) und das finnische Pohjois-ja Itä-Suomi (212,8), das italienische Abruzzo (214,6) und das spanische Comunidad de Madrid (214,8 je 100 000 Einwohner). Viele Regionen mit einer niedrigen Sterbeziffer findet man unter den Mittelmeeranrainern: Hierzu zählen etwa das italienische Basilicata (216,8), die griechischen Regionen Sterea Ellada (217,5), Ipeiros (219,4) und Peloponnises (220,8) sowie das spanische Ciudad Autónoma de Melilla (221,3 je 100 000 Einwohner).

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 (218,2), Stuttgart (223,9), Oberbayern (224,5) und Freiburg (229,9 je 100 000 Einwohner). Die höchsten standardisierten Sterbeziffern wiesen 2015 hingegen die NUTS-2-Regionen Sachsen-Anhalt (283,4), Arnsberg (279,5), Düsseldorf (ebenfalls 279,5), und das Saarland (278,4 je 100 000 Einwohner) auf. Im bundesweiten Vergleich nahm Thüringen mit einer standardisierten Sterbeziffer von 246,6 je 100 000 Einwohner einen mittleren Rang ein. Es starben hier relativ etwas weniger Menschen an Krebs als im gesamtdeutschen Durchschnitt (253,7 je 100 000 Einwohner).

Relativ mehr Männer als Frauen sterben an Krebs

In der Differenzierung nach Geschlechtern zeigt sich, dass sich die standardisierten Sterbeziffern bei Krebserkrankungen der Männer zwischen 238,3 im französischen Übersee-Department Guadeloupe und 511,4 je 100 000 Einwohner im ungarischen Észak-Magyarország bewegten. Bei den Frauen waren die Unterschiede weniger ausgeprägt. Der niedrigste Wert lag hier bei 121,7 französischen Überseedepartment Guyane und 289,7 je 100 000 Einwohner im britischen South West Scotland.

Auch im deutschlandweiten Vergleich waren die geschlechtsspezifischen Unterschiede deutlich geringer ausgeprägt. Bei den Männern bewegte sich die regionale Sterbeziffer zwischen 239,5 in Sachsen-Anhalt und 277,3 je 100 000 Einwohner in Tübingen. Bei den Frauen zwischen 172,2 in Dresden und 228,8 je 100 000 Einwohner in Düsseldorf. In Thüringen belief sich die durchschnittliche standardisierte Sterbeziffer im gleichen Zeitraum auf 337,4 bei den Männern und 185,8 bei den Frauen.

Bösartige Neubildungen der Trachea, der Bronchien und der Lunge häufigste Todesursache bei Krebserkrankungen

Von den verschiedenen Arten von Krebserkrankungen sind die bösartigen Neubildungen der Trachea, der Bronchien und der Lunge in der Europäischen Union (EU-28) die mit Abstand häufigste Todesursache. Die durchschnittliche standardisierte Sterbeziffer belief sich 2015 auf 54,3 je 100 000 Einwohner. Männer (85,0 je 100 000 Einwohner) waren von dieser Krebserkrankung fast dreimal so häufig betroffen wie Frauen (31,0 je 100 000 Einwohner). Auch die regionalen Unterschiede waren beträchtlich: Die niedrigsten Sterbeziffern finden sich in den französischen Überseedepartements Guadeloupe (14,4), Martinique (17,2) und Guyane (26,0 je 100 000 Einwohner); die höchsten in den ungarischen NUTS-2-Regionen Észak-Magyarország (91,3), Dél-Dunántúl (95,1), und Észak-Alföld (98,2 je 100 000 Einwohner). In Thüringen (42,2 je 100 000 Einwohner) starben an bösartigen Neubildungen der Trachea, der Bronchien und der Lunge deutlich weniger Menschen als im deutschen und europäischen Durchschnitt (50,9 bzw. 54,3 je 100 000 Einwohner).

Frauen sterben in der Europäischen Union (EU-28) häufig an Brustkrebs. Im Jahr 2015 war die standardisierte Sterbeziffer bei Frauen für bösartige Neubildungen der Brustdrüse mit 32,8 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 im kroatischen Kontinentalna Hrvatska (43,9), im französischen Nord-Pas-de-Calais (43,7) sowie im slowenischen Západné Slovenska (42,9 je 100 000 Einwohner). Die geringsten Sterbeziffern wiesen dagegen die Frauen im finnischen Åland (15,7), dem französischen Überseedepartment Guyane (16,1) und dem spanischen Foral de Navarra (18,2 je 100 000 Einwohner) auf. Auch in Thüringen starben vergleichsweise wenig Frauen an Brustkrebs (29,7 je 100 000 Einwohner). Dies waren deutlich weniger als im deutschen und europäischen Durchschnitt (35,9 bzw. 32,8 je 100 000 Einwohner).

Frauen sterben häufig an Brustkrebs

Eine weitere geschlechtsspezifische Krebserkrankung sind die bösartigen Neubildungen der Prostata. Die diesbezügliche Sterbeziffer bei den Männern (39,5 je 100 000 Einwohner) ist EU-weit in etwa mit jener der Frauen bei Brustkrebs vergleichbar. Nach den bösartigen Neubildungen der Trachea, 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 italienischen NUTS-2-Gebiete Molise (23,6) und Veneto (23,7) sowie die Emilia-Romagna (23,7 je 100 000 Einwohner); die höchsten standardisierten Sterbeziffern verbuchte das französische Übersee-Departement Martinique (76,5), Estland (72,9) sowie das schwedische Mellersta Norrland (72,2 je 100 000). Thüringen lag mit einer standardisierten Sterbeziffer von 39,4 je 100 000 Einwohner etwas unter dem Durchschnitt von Deutschland und der Europäischen Union (41,3 bzw. 39,5 je 100 000 Einwohner).

Prostatakrebs häufige Todesursache bei Männern

Transportmittelunfälle

Die Transportmittelunfälle umfassen Unfälle im Straßen-, Schienen- und Luftverkehr (V01-V99, Y85). Im Jahr 2015 betrafen beinahe drei Viertel (72,5 Prozent) der tödlichen Transportmittelunfälle in der Europäischen Union (EU-28) Personen unter 65 Jahren. Ein knappes Fünftel (14,9 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-28) war für das Jahr 2015 die standardisierte Sterbeziffer am niedrigsten in den britischen NUTS-2-Gebieten Essex (1,4), Outer London - East and North East (1,4), Outer London - West and North West (1,5) sowie in den ebenfalls britischen NUTS-2-Gebieten Inner London West und Outer London - South (jeweils 1,6 je 100 000 Einwohner). Es folgen mit geringem Abstand Inner London East (1,7), Merseyside (1,8) und Northumberland and Tyne and Wear (2,0). Auf Rang 9 und 10 finden sich die schwedische Hauptstadtregion Stockholm und das spanische Ciudad de Melilla (jeweils 2,0 je 100 000 Einwohner).

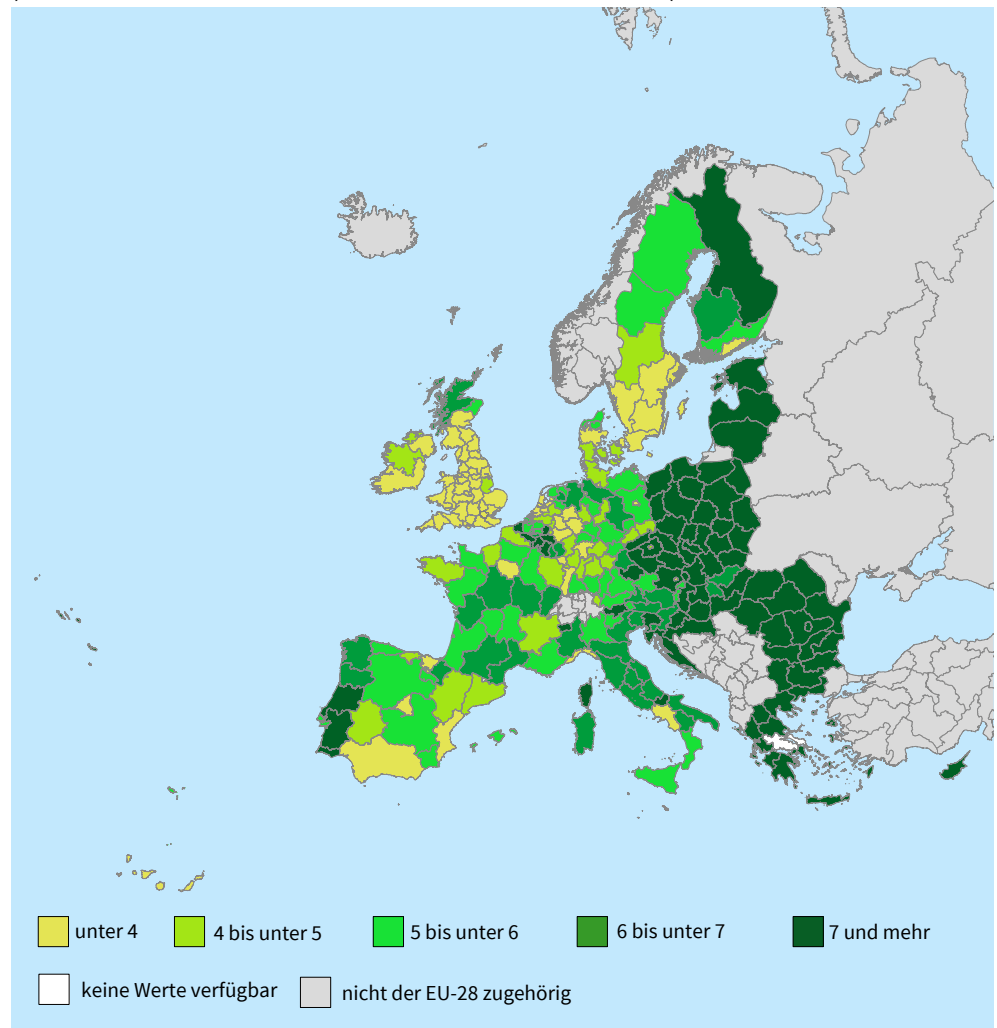
Städtische Ballungsgebiete mit relativ geringer Sterblichkeit bei Transportmittelunfällen

Höchste regionale Sterblichkeit in Portugal, Polen und Rumänien

Die Unterschiede bei den Todesfällen durch Transportmittelunfälle sind in der Europäischen Union (EU-28) sehr deutlich. Neben einigen Regionen in Südeuropa werden die höchsten standardisierten Sterbeziffern für ein mehr oder weniger zusammenhängendes Gebiet verbucht, das sich von den 3 baltischen Staaten über Polen, die Slowakische und die Tschechische Republik, Ungarn, Rumänien und Bulgarien bis nach Griechenland erstreckt. EU-weit waren die standardisierten Sterbeziffern für das Jahr 2015 am höchsten in der rumänischen NUTS-2-Region Vest (16,4) und der portugiesischen NUTS-2-Region Alentejo (14,4 je 100 000 Einwohner). Es folgen das polnische Lubelski (13,2), die portugiesische NUTS-2-Regionen Região Autónoma dos Açores (12,9), das polnische Swietokrzyskie (12,7) sowie das rumänische Sud-Vest Oltenia (12,3 je 100 000 Einwohner).

Karte 3: Todesfälle durch Transportmittelunfälle in der EU-28, nach NUTS-2-Regionen, 2015

(Standardisierte Sterbeziffer im 3-Jahresdurchschnitt)



Quelle: Eurostat (Online Datencode: hlth cd ysdr2), zugegriffen am 11.12.2018

In Deutschland bestehen deutliche Unterschiede zwischen Ost und West, denn die östlichen NUTS-2-Regionen verbuchen mit Ausnahme von Berlin (2,4 je 100 000 Einwohner) eine Übersterblichkeit. Bundesweit wurden für das Jahr 2015 die höchsten standardisierten Sterbeziffern in Niederbayern (7,2), Lüneburg (6,9), Sachsen-Anhalt (6,8) und der Oberpfalz (6,7 je 100 000 Einwohner) verbucht. Auch Thüringen lag mit einer standardisierten Sterbeziffer von 5,7 je 100 000 Einwohner deutlich über dem deutschen Durchschnitt (4,6). Gleichwohl starben hier relativ etwas weniger Menschen durch Transportmittelunfälle als im Durchschnitt der Europäischen Union (5,8 je 100 000 Einwohner).

In Deutschland deutliche Unterschiede zwischen Ost und West

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 2015 gab es in der Europäischen Union (EU-28) im Durchschnitt 356,2 Ärzte je 100 000 Einwohner. Die höchste Konzentration an Ärzten findet man in Griechenland (632,1), Österreich (509,1) und Portugal (461,4 Ärzte je 100 000 Einwohner). Am anderen Ende der Skala rangieren das Vereinigte Königreich (278,9), Rumänien (276,6) und Polen (232,8 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 Portugal

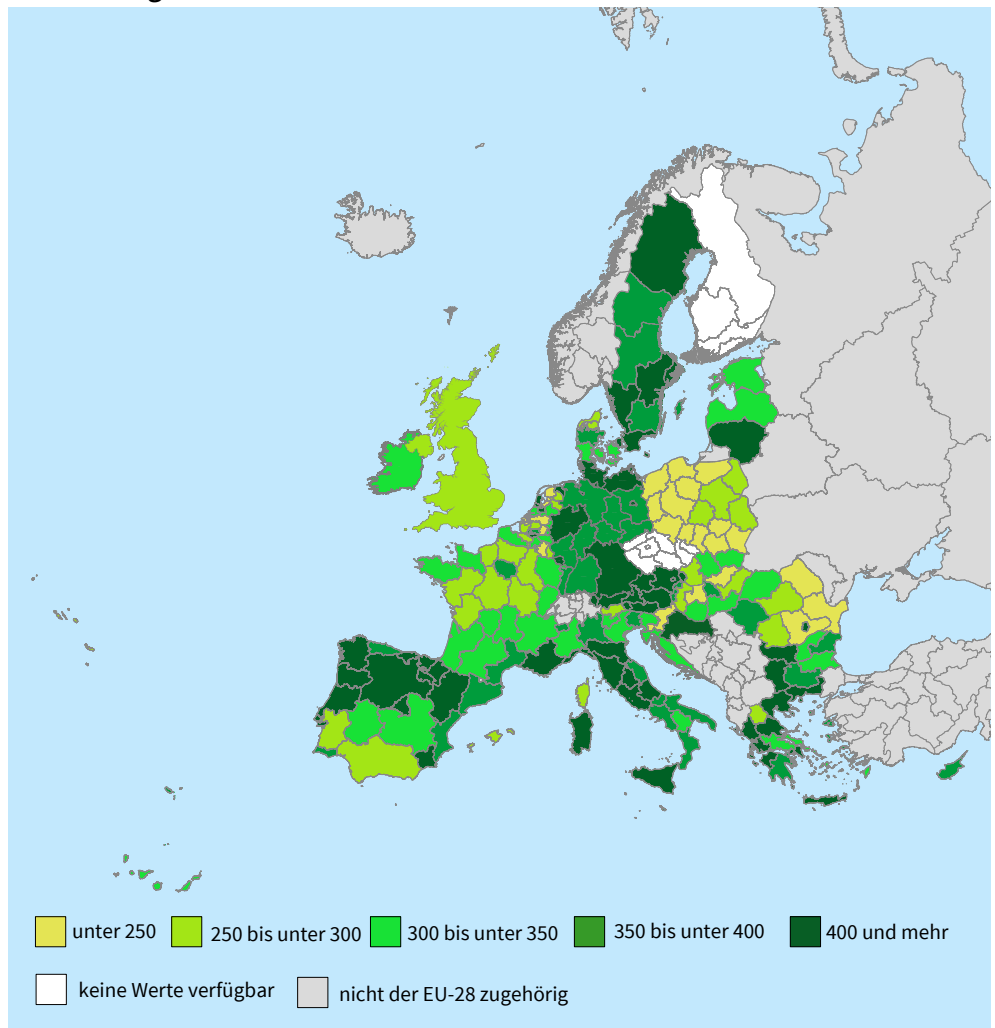
Betrachtet man alle Regionen zusammen, dann reicht die Ärztedichte von weniger als 170 Ärzten je 100 000 Einwohnern im französischen Mayotte (79,6) dem niederländischen Flevoland (128,8), dem rumänischen Sud-Muntenia (149,6) und Sud-Est (163,4) dem polnischen Wielkopolskie (151,6) und dem niederländischen Zeeland bis hin zu mehr als 600 Ärzten je 100 000 Einwohner in einzelnen NUTS-2-Regionen in Portugal, Griechenland, Deutschland, 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 (865,0), das österreichische Wien (684,0), das slowakische Bratislavský kraj (666,4) und die portugiesische NUTS-2-Region Área Metropolitana de Lisboa (603,7 Ärzte je 100 000 Einwohner). Es gibt jedoch auch eine Anzahl von Mitgliedsstaaten, in denen andere NUTS-2-Regionen eine höhere Ärztedichte aufweisen, z.B. Ipeiros (677,8), Kriti (627,5) und Kentriki Makedonia (611,0) in Griechenland sowie Hamburg in Deutschland (611,8 Ärzte je 100 000 Einwohner).

Hauptstadtregionen häufig mit hoher Ärztedichte

Innerhalb Deutschlands folgen die Bundesländer Berlin (524,7), Bremen (521,1) und das Saarland (443,4 Ärzte je 100 000 Einwohner).⁷⁾ Am anderen Ende der Skala rangieren Brandenburg (358,2), Niedersachsen (365,5), Sachsen-Anhalt (379,2), Sachsen (344,9) und Hessen (395,6). Es folgt Thüringen mit einer Ärztedichte von 399,9 je 100 000 Einwohner. Damit ist die Ärztedichte im Freistaat etwas geringer als im gesamten Bundesgebiet (413,9 Ärzte je 100 000 Einwohner).

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.

Karte 4: Anzahl der praktizierenden Ärzte je 100 000 Einwohner nach NUTS-2-Regionen im Jahr 2015^{*)}



^{*)} Irland auf nationaler Ebene und Deutschland 2015 nach NUTS-1-Regionen
Quelle: Eurostat (Online Datencode: hlth rs prsrg), zugegriffen am 11.01.2019

Krankenhausbetten

Die Zahl der Krankenhausbetten in der Europäischen Union geht seit Jahren ständig zurück. In der EU-28 ist sie zwischen den Jahren 2006 und 2016 um etwa 8,9 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 Psychatriebetten für die Langzeitpflege umgewidmet werden.

**Zahl der Krankenhaus-
betten seit Jahren
rückläufig**

Schweden und Dänemark wiesen mit 232,9 bzw. 259,6 Betten je 100 000 Einwohner im Jahr 2016 die wenigsten Krankenhausbetten je Einwohner in der Europäischen Union (EU-28) auf. Die höchsten Werte wurden aus Deutschland (806,3) und Österreich (742,1) gemeldet. Die Regionen mit einer geringen Dichte an Krankenhausbetten liegen vorwiegend im Süden (Portugal, Spanien, Zypern und Griechenland) und im Norden (Irland, Dänemark und Schweden) der Europäischen Union (EU-28). Gleichzeitig erstreckt sich ein Gürtel mit über 600 Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner von Frankreich über Deutschland, Polen, die Tschechische Republik, Österreich, und Ungarn bis Rumänien.⁸⁾

**Regionen mit einer ge-
ringen Dichte an Kran-
kenhausbetten vorwie-
gend im Süden und im
Norden der EU**

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 (156,2 im Jahr 2016), die portugiesische NUTS-2-Region Alentejo (213,2) oder das spanische Andalucía (217,1 Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner). Aber es gibt Ausnahmen von dieser Regel: Hierzu zählen beispielsweise die spanischen NUTS-2-Regionen Ciudad Autónoma de Melilla (189,7) und Ciudad Autónoma de Ceuta (209,8) sowie das schwedische Stockholm (232,5 Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner). Am anderen Ende der Rangliste finden sich das norddeutsche Mecklenburg-Vorpommern (1 282,9), das rumänische Bucuresti-Ilfov (1 022,7) und das polnische Zachodniopomorskie (1 201,8 Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner). Die 3 letztgenannten waren die einzigen NUTS-2-Regionen in der Europäischen Union (EU-28) in denen es mehr als 1 000 verfügbare Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner gab. Es folgt auf Rang 4 Thüringen mit 998,4 verfügbaren Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner.

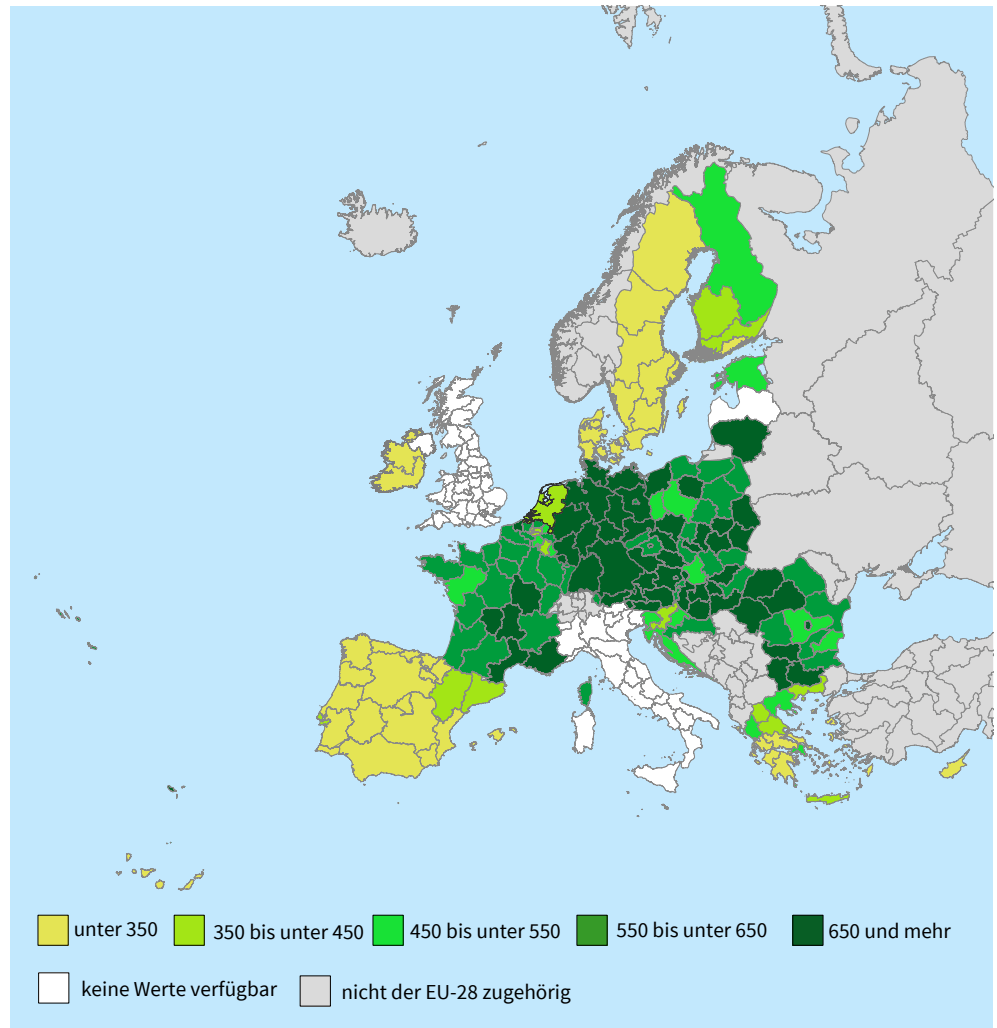
**Die meisten Kranken-
hausbetten gibt es
relativ in Mecklenburg-
Vorpommern und der
polnischen Nachbarregi-
on Zachodniopomorskie**

Wie unmittelbar ersichtlich ist, belegte Thüringen mit diesem Ergebnis unter den deutschen Bundesländern nach Mecklenburg-Vorpommern den zweiten Rang. Es folgen Schleswig-Holstein mit 921,7 und das Saarland mit 920,2 verfügbare Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner. Am anderen Ende der Skala finden sich Berlin (580,8), Hamburg (718,8) und Niedersachsen (746,4 verfügbare Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner). Mit seinen 998,4 verfügbaren Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner lag Thüringen deutlich über dem gesamtdeutschen Durchschnitt (806,3) und beträchtlich über jenem der EU-28 (509,3).

**Thüringen bei Kranken-
hausbetten deutsch-
landweit auf Rang 2 und
europaweit auf Rang 4**

8) Für Tschechien, Finnland und das Vereinigte Königreich lagen zum Zeitpunkt des Zugriffs (11.01.19) keine Angaben vor.

Karte 5: Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner nach NUTS-2-Regionen im Jahr 2016^{*)}



^{*)} Das Vereinigte Königreich auf nationaler Ebene, Deutschland nach NUTS-1-Regionen
Quelle: Eurostat (Online Datencode: hlth rs bdsrg), zugegriffen am 14.12.2018

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.