

2003

Die soziale Lage in der Europäischen Union

- Kurzfassung -



Europäische Kommission

Die soziale Lage in der Europäischen Union 2003

- Kurzfassung -

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
1 Die wichtigsten Entwicklungen der aktuellen sozialen Lage in der Europäischen Union	7
1.1 Die soziale Lage: Chancen und Herausforderungen	7
1.2 Bevölkerungsdynamik	7
1.3 Aktuelle Beschäftigungstrends	8
1.4 Lebensbedingungen	9
1.5 Trends in der Einkommensverteilung	10
1.6 Trends in den Beitrittsländern	11
2 Gesundheit und Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union	12
2.1 Die Gesundheit der Europäer und die derzeitige europäische Agenda	12
2.2 Bevölkerung und Gesundheit	14
2.3 Die Determinanten der Gesundheit der Bevölkerung	15
2.4 Gesundheitssysteme	18
2.5 Künftige Herausforderungen für die Gesundheitssysteme	19
3 Die Belastbarkeit des europäischen Sozialmodells	22
Anhang	
Indikatoren	
Überalterung der Bevölkerung	24
Wanderungsbewegungen und Asylanträge	24
Bildungsabschlüsse	25
Lebenslanges Lernen	25
Beschäftigung	26
Beschäftigung älterer Arbeitnehmer	26
Arbeitslosigkeit	27
Jugendarbeitslosigkeit	27
Langzeitarbeitslosigkeit	28
Sozialschutzausgaben und -einnahmen	28
Sozialleistungen	29
Arbeitsmarktpolitische Ausgaben	29
Einkommensverteilung	30
Haushalte mit niedrigem Einkommen	30
Erwerbslose Haushalte und niedriges Arbeitsentgelt	31
Frauen und Männer in Entscheidungspositionen	31
Beschäftigungssituation von Frauen und Männern	32
Arbeitseinkommen von Frauen und Männern	32
Lebenserwartung und Gesundheitsaussichten	33
Unfälle und arbeitsbedingte gesundheitliche Probleme	33
Soziale Schlüsselindikatoren je Mitgliedstaat	34
Soziale Schlüsselindikatoren je Beitrittslands/Beitrittskandidat	35
Eurostat Dashshops	37

Vorwort

Der Bericht über die soziale Lage befasst sich mit der Lebensqualität der Menschen in Europa. Er bietet einen umfassenden Überblick über die Lage der Bevölkerung und die sozialen Bedingungen als Hintergrund für die Entwicklung der Sozialpolitik. Er trägt dazu bei, die Entwicklungen in den Mitgliedstaaten im sozialen Bereich zu verfolgen.

Die vorliegende Veröffentlichung ist eine kurze Zusammenfassung des Berichts und gliedert sich in zwei Hauptkapitel: Das erste Kapitel gibt einen auf Daten und Zahlen gestützten Überblick über die wichtigsten wirtschaftlichen und sozialen Trends in Europa. Das zweite Kapitel behandelt das diesjährige Hauptthema „Gesundheit“ und befasst sich mit der Frage, ob und

warum sich die gesundheitliche Situation der europäischen Bürgerinnen und Bürger verbessert hat sowie mit einigen Herausforderungen, die sich in Zukunft stellen könnten. Den Abschluss bilden einige Gedanken zum europäischen Sozialmodell.

Wie in den vorausgehenden Jahren enthalten die Anhänge zu dieser Veröffentlichung eine Reihe harmonisierter Sozialindikatoren zu den einzelnen Mitgliedstaaten. Erstmals sind die entsprechenden Indikatoren auch für die Beitritts- und Kandidatenländer angegeben. Die Indikatoren bieten einen ersten Überblick über die soziale Lage und eignen sich hervorragend zur Beobachtung der sozialen Entwicklungen im zeitlichen Verlauf.



Anna Diamantopoulou
Mitglied der Kommission,
Beschäftigung und soziale
Anglegenheiten



Pedro Solbes Mira
Mitglied der Kommission,
Wirtschaft und Finanzen,
Eurostat

1 Die wichtigsten Entwicklungen der aktuellen sozialen Lage in der Europäischen Union

1.1 Die soziale Lage: Chancen und Herausforderungen

Die soziale Lage ist im Wesentlichen das Ergebnis des Zusammenwirkens längerfristiger Entwicklungen der Bevölkerungsstrukturen und kurz- bis mittelfristiger wirtschaftlicher Veränderungen.

Nach fünf Jahren starkem wirtschaftlichem Wachstum, das 12 Millionen neue Arbeitsplätze geschaffen und die Beschäftigungsquote um vier Prozentpunkte auf 64 % der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter erhöht hat, sind die Aussichten inzwischen weniger optimistisch geworden. Im Jahr 2001 sank das Wirtschaftswachstum auf 1,5 %, dies entspricht weniger als der Hälfte des im Jahre 2000 erreichten Niveaus, und 2002 erholte sich die Wirtschaft eher langsam. Das Beschäftigungswachstum verlangsamte sich zwar, stand jedoch noch immer unter einem positiven Vorzeichen.

Inzwischen nehmen die mittelfristigen wirtschaftlichen und sozialen Herausforderungen, welche die Gesellschaft aufgrund der zunehmenden Alterung der europäischen Bevölkerung zu bewältigen hat, konkret Gestalt an. Die Zunahme der europäischen Erwerbsbevölkerung, die seit einem Jahrhundert andauert, wird zum Stillstand kommen, und in weniger als einem Jahrzehnt wird der Eintritt der Babyboom-Jahrgänge in den Ruhestand seine volle Wirkung entfalten.

Die seit 1996 erzielten strukturellen Verbesserungen sowie die erfolgreiche Einführung der einheitlichen Währung haben zu einer besseren wirtschaftlichen Leistung in geldpolitischer und finanzieller Hinsicht sowie zu einer erhöhten Flexibilität auf dem Arbeitsmarkt geführt. Neben den sichtbaren Beiträgen zur Verbesserung der Lebensbedingungen haben sich verstärkt politische Chancen in einer ganzen Reihe von Regionen ergeben. Es wurden neue Möglichkeiten geschaffen, um die Strukturprobleme auf dem Arbeitsmarkt zu bewältigen, etwa die Jugendarbeitslosigkeit und die niedrigen Erwerbsquoten von Frauen und älteren Arbeitnehmern. Der Trend zu geringerer Arbeitslosigkeit wurde durch die demografische Entwicklung hin zu einer schrumpfenden Erwerbsbevölkerung noch verstärkt. Durch das Beschäftigungswachstum wurde etwas von dem Druck genommen, der auf den sozialen Sicherungssystemen lastete, und es entstand größerer Spielraum für Reformen im Bereich der Alterssicherung. Die Ungleichheiten haben sich während der Hochkonjunktur nicht verschärft, und die steigenden Erwerbsquoten und das Wirtschaftswachstum haben neue Möglichkeiten mit sich gebracht, um die anhaltenden Probleme der Armut und der sozialen Ausgrenzung anzupacken.

Im gleichen Zeitraum hat sich auch die Möglichkeit der Mitgliedstaaten, Unterstützung von der EU für ihre politischen Bemühungen zu bekommen, wesentlich verbessert. Die Prozesse der makroökonomischen Koordinierung und der Beschäftigung wurden durch die Zusammenarbeit bei der Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung und der Modernisierung der sozialen Sicherung ergänzt, was zur Bildung eines neuen Potenzials für ein schlagkräftiges Dreieck sich gegenseitig fördernder Wirtschafts-, Beschäftigungs- und Sozialpolitik geführt hat.

Die großen Herausforderungen sind jedoch noch lange nicht bewältigt, und mit der EU-Erweiterung ergeben sich weitere. Es bedarf einer entschlossenen Vorgehensweise, um die Errungenschaften der letzten fünf bis sieben Jahre zu bewahren und um die Chancen zu nutzen, auf dem Weg zu nachhaltigem Wachstum und ständigen Verbesserungen der sozialen Lage weiter voranzukommen¹.

1.2 Bevölkerungsdynamik

Die demografischen Entwicklungen in Europa werden sich erheblich auf die soziale Lage auswirken und stellen eine enorme Herausforderung für die europäische Wirtschaft dar.

Die Bevölkerung in der EU wird immer älter...

Die Bevölkerung in der EU wird immer älter, und die Alterslastquotienten werden ansteigen. Obwohl die Fruchtbarkeit von 1,45 Kindern je Frau 1999 auf 1,47 Kinder im Jahre 2001 leicht gestiegen ist, liegt sie noch immer deutlich unter der Reproduktionsrate von 2,1. Die Lebenserwartung steigt, und die Sterblichkeit ist zunehmend auf das hohe Alter konzentriert. Wenn die Babyboom-Jahrgänge das Rentenalter erreichen, wird die Altersgruppe der älteren Menschen wachsen. Der Anteil der Menschen im Alter von 65 und älter an der Gesamtbevölkerung beträgt heute 16 %, derjenige der unter 15-Jährigen 17 %. Bis 2010 werden diese Quoten 18 % bzw. 16 % betragen. Der drastischste Anstieg wird sich in der Gruppe der "sehr alten" (über 80-jährigen) Menschen vollziehen, deren Anteil in den kommenden 15 Jahren um fast 50 % steigen wird.

...und trotz der jüngeren Altersstruktur der Beitrittsländer wird die Erweiterung keine Trendwende herbeiführen.

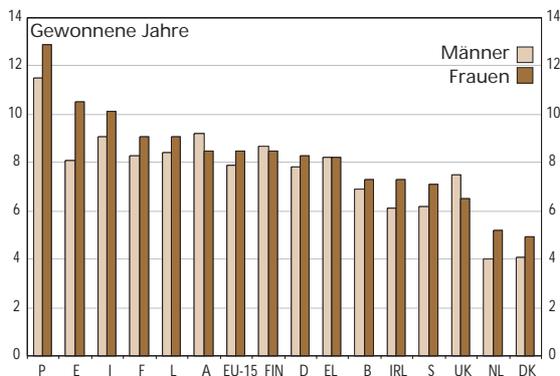
Als Folge der hohen Fruchtbarkeitsziffern in den 70er und 80er Jahren besitzen die Beitrittsländer derzeit eine jüngere Altersstruktur als EU-15 (der Anteil der über 65-Jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung entspricht 13 %, während Kinder unter 15 Jahren einem Anteil von 19 % entsprechen). Die EU-Erweiterung wird daher einen Verjüngungseffekt mit sich bringen. Dieser Effekt ist jedoch relativ gering und vorübergehender Natur. Denn mittel- bis langfristig werden die Beitrittsländer den Bevölkerungsrückgang in der EU tendenziell eher verstärken. Da die Entwicklung extrem niedriger Fertilitätsraten bereits eingesetzt hat und sich hartnäckig fortsetzt, ist der Anteil der Kinder an der Gesamtbevölkerung extrem rückläufig, und derjenige der Senioren wird sich bis 2020 dem Niveau von EU-15 annähern.

Gleichzeitig zerbrechen Familien, und Haushalte werden kleiner...

Die steigenden Alterslastquotienten haben Auswirkungen auf unsere Möglichkeiten, dem Pflegebedarf gerecht zu werden, der durch die Entwicklung der Familien- und Haushaltsstrukturen noch verstärkt wird. Man heiratet weniger und später, und immer mehr Ehen gehen in die Brüche. 2001 gab es lediglich 5 Eheschließungen je 1 000 Einwohner in EU-15 gegenüber fast 8 im Jahr 1970. Außerdem liegt die ge-

¹ Eine umfassende Einschätzung der gesamten Lage in der Europäischen Union Anfang 2003 findet sich in "Entscheidung für Wachstum: Wissen, Innovation und Arbeit in einer auf Zusammenhalt gegründeten Gesellschaft" – Bericht zur Frühjahrstagung des Europäischen Rates am 21. März 2003 über die Lissabonn-Strategie zur wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Erneuerung, KOM(2003) 5 endg.

S.b. 1 Erhöhung der Lebenserwartung zwischen 1960 und 2000



Quelle: Eurostat - Für 2000: geschätzter Wert für EU-15. 1999 Daten für DE und GR. 1960 Daten für DE ohne Ex-DDR

geschätzte Scheidungsrate der 1960 geschlossenen Ehen bei 15 %, während sich diese Zahl bei den Eheschließungen des Jahres 1980 mit 28 % nahezu verdoppelt hat. Der Trend zu kleineren Haushalten und mehr allein lebenden Menschen aller Altersgruppen setzt sich fort. Auch hier ist der Anstieg der Zahl der Kinder, die bei nur einem Elternteil groß werden sowie die rückläufige Zahl von Paaren mit Kindern markant. Im Jahr 2000 lebten 10 % der Kinder zwischen 0 und 14 Jahren bei nur einem Erwachsenen gegenüber 6 % im Jahr 1990. Die überwältigende Mehrheit dieser allein erziehenden Eltern sind Frauen. Mit Ausnahme von Polen und Zypern haben die Familien auch in den Beitrittsländern an Stabilität eingebüßt.

...während die Wanderungsbewegungen eine zunehmend wichtige Rolle für die Bevölkerungsveränderung spielen.

Seit über zehn Jahren ist die Nettozuwanderung der wichtigste Faktor des Bevölkerungswachstums in der Union. Heute sind in allen Mitgliedstaaten hohe Zuwanderungsraten festzustellen, und 2001 lag die jährliche Nettozuwanderung bei 3,1 je 1 000 Einwohner, dies entspricht rund 74 % des gesamten Bevölkerungswachstums. In einigen Beitrittsländern waren die Auswirkungen der Auswanderung auf die demografische Lage deutlich spürbar. So war insbesondere im Baltikum infolge der Auswanderung ein Bevölkerungsrückgang festzustellen.

Die Folgen der Überalterung rücken erheblich stärker in das Bewusstsein politischer Entscheidungsträger...

Das Problembewusstsein im Hinblick auf die Alterung der Bevölkerung und deren wahrscheinlichen Auswirkungen auf die Beschäftigungs- und Sozialpolitik hat sich in den letzten Jahren erheblich verschärft. Die Mitgliedstaaten haben sich verpflichtet, sich im Zusammenhang mit soliden öffentlichen Finanzen, Beschäftigung und sozialer Sicherung auch mit den Fragen des Alterns zu befassen (d. h. Rente, Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege) und ihre natio-

nalen Politiken entsprechend anzupassen. Diese neue Zusammenarbeit in Fragen der Überalterung wurde auch in den Beitrittsländern in vielen Bereichen übernommen.

...die ihrerseits Schritte einleiten, um diese Folgen auf nationaler wie auch auf EU-Ebene aufzugreifen.

Nach der allgemeinen Einschätzung der derzeitigen politischen Bemühungen wollen die meisten Mitgliedstaaten – und Beitrittsländer – das "offene Fenster der Möglichkeiten" nutzen, bevor die großen Kohorten der Babyboom-Jahrgänge das Rentenalter erreichen. Die Länder wollen diese Möglichkeiten nutzen, damit sie in ihren Renten-, Gesundheits- und Pflegesystemen² angesichts des zunehmenden Drucks, der sich aus der Alterung der Bevölkerung ergibt, ihre sozialen Ziele auch weiterhin erreichen und deren finanzielle Nachhaltigkeit bewahren können. Es wurden bereits tief greifende Reformen eingeleitet, und viele sind in Vorbereitung.

1.3 Aktuelle Beschäftigungstrends....

2002 ist die Arbeitslosigkeit seit 1996 erstmals leicht gestiegen. Doch trotz des Konjunkturabschwungs haben sich die Arbeitsmärkte als erstaunlich robust erwiesen. Es wurden mehr Arbeitsplätze geschaffen, als abgebaut wurden, was netto zu einer Beschäftigungszunahme führte.

Dies legt den Schluss nahe, dass die Union dank der Entwicklung und Umsetzung der europäischen Beschäftigungsstrategie und des Schwergewichts, das neuerdings auf die Förderung der sozialen Integration gelegt wird, den Weg eines nachhaltigen und höheren Beschäftigungswachstums eingeschlagen hat, das seit 1996⁴ 1,3 % pro Jahr beträgt. Die Beschäftigungsquote ist 2001 auf 64,0 % gestiegen und wird 2002 vermutlich 64,5 % erreichen; die Arbeitslosenquote ist auf 7,4 % zurückgegangen, den niedrigsten Stand seit zehn Jahren, und ist 2002 erneut gestiegen, allerdings nur geringfügig auf 7,6 %⁵.

Auch wenn die Gesamtbeschäftigungsquote in der erweiterten Union etwas unter derjenigen von EU-15 liegen wird, sind Strukturschwächen trotz unterschiedlicher Ausprägung überwiegend eine Gemeinsamkeit der derzeitigen und künftigen Mitgliedstaaten. Die enormen Herausforderungen für die künftigen Mitgliedstaaten betreffen die Anhebung der Erwerbsbeteiligung und der Beschäftigung, die Erleichterung der Verlagerung der Beschäftigten aus Landwirtschaft und Industrie in das Dienstleistungsgewerbe, ohne die regionalen Diskrepanzen mittelfristig zu verschärfen, sowie die Verbesserung und Anpassung der Qualifikationen an die Anforderungen moderner, wissensbasierter Wirtschaften.

Um die Anforderungen der Lissabon-Agenda zu erfüllen, sind aber noch weitere Fortschritte notwendig, etwa die Forderung nach Vollbeschäftigung, wofür eine entschlossene Vorgehensweise zur Anhebung der Erwerbsbeteiligung und der Beschäftigung, zur Förderung von Qualität und Produktivität am Arbeitsplatz und zur Förderung des Zusammenhalts erforderlich ist.

2 Vorschlag der Kommission für einen Gemeinsamen Bericht der Kommission und des Rates über angemessene und nachhaltige Renten, KOM(2002) 737 endg.
 3 Vorschlag für einen Gemeinsamen Bericht der Kommission und des Rates – Gesundheitsversorgung und Altenpflege: Unterstützung nationaler Strategien zur Sicherung eines hohen Sozialschutzniveaus, KOM(2002) 774 endg..
 4 Für eine umfassendere Bewertung der Beschäftigungsentwicklungen in diesem Zeitraum siehe "FÜNF JAHRE EUROPÄISCHE BESCHÄFTIGUNGSSTRATEGIE – EINE BESTANDSAUFNAHME", KOM (2002) 416 endg..
 5 Ein Vorschlag für eine zukünftige Beschäftigungsstrategie angesichts der aktuellen Ungewissheiten findet sich in: Die Zukunft der Europäischen Beschäftigungsstrategie (EBS) "Eine Strategie für Vollbeschäftigung und bessere Arbeitsplätze für alle", KOM(2003) endg.

Die Sicherung des Angebots von Arbeitskräften hängt immer stärker von der Anhebung der Erwerbstätigen- und Beschäftigungsquoten der Frauen ab...

Zwischen 1996 und 2001 stieg die Beschäftigungsquote der Männer und Frauen in der EU um fast 3 % bzw. 5 %, wodurch die Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf 18 Prozentpunkte zurückgingen. Wie im Fall der Arbeitslosigkeit konnte auch hier die geschlechtsspezifische Diskrepanz abgebaut werden, blieb jedoch im Jahr mit 2,3 Prozentpunkten immer noch hoch. Dieser Abbau der geschlechtsspezifischen Diskrepanz in letzter Zeit ist ein ermutigendes Zeichen dafür, dass die Lücke bei den Arbeitslosenquoten in naher Zukunft geschlossen werden könnte.

Auch in den Beitrittsländern bestehen geschlechtsspezifische Diskrepanzen, allerdings ist der Anteil der Frauen an den Arbeitskräften höher als in den EU-Mitgliedstaaten (46 % gegenüber 42 %). Der Anteil der Frauen in Führungspositionen ist ebenfalls höher: 38 % der Führungskräfte in den Beitrittsländern sind Frauen gegenüber 34 % in der EU. Außerdem ist in den Beitrittsländern Teilzeitarbeit weniger stark ausgeprägt und gleichmäßiger auf die Geschlechter verteilt: so gehen 6 % der Männer (7 % in der EU) und 9 % der Frauen (32 % in der EU) einer Teilzeitbeschäftigung nach.

...aber auch von älteren Arbeitnehmern...

Insgesamt waren 2001 38,5 % der EU-Bevölkerung im Alter von 55 bis 64 Jahren erwerbstätig. Damit lag die EU erheblich unter der Zielvorgabe von 50 %, die in Stockholm für 2010 festgelegt wurde. 2001 lag das Durchschnittsalter für das Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt bei 59,9 Jahren. Es wird eine Herausforderung sein, dieses Alter bis 2010 um rund fünf Jahre anzuheben, wie es vom Europäischen Rat von Barcelona gefordert wurde. Die Verbesserung der Beschäftigungsquoten älterer Menschen in einer Reihe von Mitgliedstaaten in letzter Zeit zeigt, dass sich der Trend einer rückläufigen Erwerbsbeteiligung umkehren lässt, wenn die Bemühungen entsprechend verstärkt werden. In den Beitrittsländern sind die Beschäftigungsquoten von Arbeitnehmern im Alter von 55 bis 64 Jahren sogar noch niedriger, haben sich jedoch in den letzten Jahren stabilisiert und verbessern sich langsam.

Von einer anderen Warte aus – d. h. angesichts der derzeitigen und künftigen Bevölkerungsdynamik, die zu einer Schrumpfung der Erwerbsbevölkerung führt – ist es von großer Bedeutung, dass die meisten Mitgliedstaaten über umfangreiche Arbeitskräftereserven bei Frauen und älteren Arbeitnehmern verfügen. Wenn existierende Hindernisse für deren stärkere Beteiligung beseitigt werden, dann könnte dieses Arbeitskräftepotential dazu genutzt werden, die Auswirkungen der Alterung auf das Gesamtpotenzial abzufedern.

...sowie von Umfang und Form der Einwanderung und der Integration der Einwanderer.

Bevölkerungsszenarios, die von einer stabilen Einwanderung sowie der Voraussetzung ausgehen, dass die beschäftigungspolitischen Ziele von Lissabon verwirklicht werden, zeigen in aller

Regel, dass das Beschäftigungsvolumen insgesamt für EU-15 aufgrund einer schrumpfenden Erwerbsbevölkerung nach 2010 zurückgehen dürfte. Damit werden Produktivitätszuwächse in größerem Maße als früher eine Schlüsselrolle für das wirtschaftliche Wachstum spielen. Auch die Immigration wird diesbezüglich ein wichtiger Faktor sein, insbesondere dann, wenn die derzeitigen Arbeitskräftereserven der Erwerbsbevölkerung voll zum Einsatz gelangen. Es liegt auf der Hand, dass die positiven wirtschaftlichen und sozialen Auswirkungen der Einwanderung davon abhängen, ob es den Mitgliedstaaten gelingt, Neuankömmlinge und deren Familienangehörige uneingeschränkt in die Beschäftigung und das gesamte soziale Gefüge der europäischen Gesellschaften einzugliedern. Eine erfolgreiche Integration von Einwanderern kann dazu beitragen, das Wirtschaftswachstum aufrecht zu erhalten und den sozialen Zusammenhalt zu stärken.

Das Beschäftigungswachstum hat auch zur Schaffung von besseren Arbeitsplätzen geführt.

Über zwei Drittel der zwischen 1996 und 2001 neu geschaffenen Arbeitsplätze waren Arbeitsplätze mit einem hohen Anforderungsprofil, denn die wissensbasierte Wirtschaft ist zur täglichen Realität geworden. Mehr als 50 % aller Arbeitsplätze erfordern heute den Einsatz eines Computers. Jüngste Ausarbeitungen der Kommission haben gezeigt, dass Volkswirtschaften in der EU mit einem höheren Anteil besserer Arbeitsplätze auch im Hinblick auf Beschäftigung und Produktivität besser abschneiden. Daneben gibt es aber auch eine beachtliche Anzahl von Arbeitsplätzen von geringerer Qualität. Während Jugendlichen und hoch Qualifizierten solche Arbeitsplätze häufig als Sprungbrett zu einer stabileren Beschäftigung dienen, gilt dies nicht für ältere und unqualifizierte Arbeitnehmer. Wenn diese Arbeitnehmergruppen auf der Grundlage von Zeitverträgen beschäftigt werden, unfreiwillig Teilzeit arbeiten oder an Arbeitsplätzen tätig sind, die ihnen keine Fortbildungsmöglichkeiten bieten, ist es ihnen oft nicht möglich, aus dem Kreislauf von Arbeitslosigkeit, Nichterwerbstätigkeit und gering qualifizierter Beschäftigung auszubrechen. Daher spielen Bemühungen zur Förderung der Aufstiegsmobilität in höher qualifizierte und hochwertige Arbeitsplätze bei der Förderung von nachhaltig höheren Erwerbsquoten eine maßgebliche Rolle.

1.4 Lebensbedingungen

Gemessen an den Einkommens- und Konsumententwicklungen verbessern sich die Lebensbedingungen ständig. Die durchschnittlichen jährlichen Einkommenszuwächse pro Kopf betragen in den letzten zehn Jahren rund 1,5 %, während das mittlere Jahresnettoeinkommen in EU-15 im Jahr 1998 bei rund 11 700 KKS⁶ lag. Hinter diesem Medianwert verbergen sich offenbar erhebliche Disparitäten zwischen den und innerhalb der Mitgliedstaaten. Die nördliche Hälfte der Union meldete höhere Einkommen und wies geringere Ungleichheiten beim Einkommen auf als die südeuropäischen Mitgliedstaaten. Ebenso ist der durchschnittliche Verbrauch in den letzten Jahren merklich gestiegen. So ist beispielsweise in Deutschland, ein in dieser Hinsicht recht typisches Beispiel für die Mitgliedstaaten, der Verbrauch auf Haushaltsebene um rund 2,6 % pro Jahr angewachsen.

6 Gemessen in Kaufkraftstandards, um der unterschiedlichen Kaufkraft in den einzelnen Ländern Rechnung zu tragen.

Die Lebensbedingungen schlagen sich darin nieder, wie die Bürger ihre Lebensqualität einschätzen.

2002 waren die Europäer sehr oder recht zufrieden mit ihrem Leben allgemein (78 % gegenüber 77 % zwei Jahre zuvor), und davon waren rund 20 % (im Vergleich zu 17 % im Jahr 2000) sehr zufrieden. Die zufriedensten Menschen leben in Schweden (95 %) und Dänemark (94 %), während der Zufriedenheitsgrad in Portugal (50 %) und Griechenland (49 %) am niedrigsten ausfällt. Wie auch in den Vorjahren scheinen Männer mit ihren Lebensumständen glücklicher zu sein als Frauen, Jugendliche mehr als ältere Menschen. Die unterschiedliche Wahrnehmung der Lebensqualität in EU-15 lässt sich weitgehend anhand der Unterschiede bei der Einschätzung des Gesundheitszustands erklären.

Menschen mit höherem Bildungsstand und höherem Einkommen schätzen ihren Gesundheitszustand und ihre Lebensqualität besser ein, was Ungleichheiten aufgrund der sozioökonomischen Stellung widerspiegelt. Hinzu kommt, dass die Einschätzung der Gesundheit bei älteren Menschen im Allgemeinen schlechter ausfällt.

Die meisten Auskunftspersonen der Eurobarometer-Umfrage 2002 räumten den öffentlichen Gesundheitsausgaben einen höheren Stellenwert ein als anderen Bereichen wie z. B. Bildung oder Sozialhilfe und waren der Auffassung, dass die Qualität des Gesundheitswesens zu den drei wichtigsten Problemen gehört, denen die Gesellschaft von heute gegenübersteht.

1.5 Trends in der Einkommensverteilung

Das Einkommen gehört zu den wichtigsten Faktoren zur Bestimmung des Lebensstandards. Auch die Einkommensverteilung ist in Bezug auf die relative Armut und auf die Gefahren einer sozialen Ausgrenzung von Belang. Der Wohlfahrtsstaat spielt bei der Umverteilung der Primäreinkommen eine wichtige Rolle, denn dabei können Ungleichheiten und Armut abgebaut werden. In einem kürzlich erschienenen Bericht⁷ heißt es, dass sich die Ungleichheiten bei den Einkommen in vielen Ländern zwischen 1980 und 1997 erheblich verändert haben, wobei diese in den meisten Fällen gestiegen sind. Vor dem Hintergrund des wirtschaftlichen Wachstums in der zweiten Hälfte der 90er Jahre ist es schon beachtlich, dass die Ungleichheiten im Durchschnitt tendenziell rückläufig waren.

Darin kommt offenbar die Tatsache zum Ausdruck, dass das Wirtschaftswachstum der jüngsten Zeit weitgehend beschäftigungsbedingt war. Erwerbstätige sind dem Risiko der Armut am wenigsten ausgesetzt⁸, Arbeitslose am meisten (bei ihnen ist die Wahrscheinlichkeit, von Armut bedroht zu werden, fünfmal höher als bei Erwerbstätigen). 1998 war das Armutsrisiko bei Rentnern und Selbständigen zweimal höher als bei Erwerbstätigen, bei Kindern dreimal und bei den übrigen Gruppen der Nichterwerbstätigen viermal so groß.

Armut und soziale Ausgrenzung sind noch immer weit verbreitet ...

Trotz der wichtigen Umverteilungseffekte der sozialen Sicherungssysteme ist die Bekämpfung der Armut und die Förderung der sozialen Integration nach wie vor eine der größten Herausforderungen für die Union. Die Ergebnisse der Eurobarometer-Umfrage 2001 haben ergeben, dass sich noch immer viele Menschen für arm halten in dem Sinne, dass ihr Nettoeinkommen unter dem Betrag liegt, den sie für absolut notwendig erachten. Diese subjektive Armutsmessung schwankt von Mitgliedstaat zu Mitgliedstaat erheblich und reicht von 9 % in Dänemark bis zu 66 % in Portugal. Die Erhebung hat ferner gezeigt, dass auf individueller Ebene die Dauer der Armut in den südeuropäischen Ländern mit vierzehn oder fünfzehn Jahren in der Regel länger andauert als in den nördlichen Ländern mit zwei oder drei Jahren. Die Eurobarometer-Umfrage belegt ferner, dass Armut eng mit sozialer Isolation verbunden ist und stark durch schlechte Qualität der Beschäftigung beeinflusst wird, insbesondere durch niedrig qualifizierte Arbeit, unsichere Arbeitsplätze und unzureichende Ausbildung.

Die soziale Integration ist eng mit Beschäftigung und/oder Einkommen verknüpft. Es ist durchaus erwähnenswert, dass neue Technologien in der Wissensgesellschaft sowohl eine Chance als auch eine Bedrohung für die Eingliederung benachteiligter Gruppen darstellen. Arbeiten von ESDIS (Gruppe hochrangiger Experten für die beschäftigungspolitische und soziale Dimension der Informationsgesellschaft) haben dies zum Ausdruck gebracht. Es ist ferner politisch in den Vordergrund gerückt durch die Beschlüsse des Rates zur digitalen Integration (e-Inclusion) vom Oktober 2001 und zur Teilnahme aller, insbesondere von Menschen mit Behinderungen, an der wissensgestützten Wirtschaft („e-Accessibility“) in 2002.

...und weisen EU-weit erhebliche Unterschiede auf...

Die Armutsraten von privaten Haushalten weichen von Mitgliedstaat zu Mitgliedstaat erheblich voneinander ab (auf der Grundlage von 60 % des nationalen Medianwertes des Äquivalenznettoeinkommens als Armutsschwelle). 1998 betrug der Unterschied zwischen den Mitgliedstaaten mit der höchsten und der niedrigsten Armutsrate 14 %. Zwischen 1995 und 1998 konnten sechs von zwölf Mitgliedstaaten, denen Daten für beide Jahre vorlagen, ihre Armutsraten senken. Dessen ungeachtet war die Armutsrate für gesamt EU-15 im Jahr 1998 genauso hoch wie 1995.

Die südlichen Mitgliedstaaten weisen im Allgemeinen das niedrigste durchschnittliche Äquivalenznettoeinkommen in KKS auf, aber auch die höchsten Einkommensungleichheiten, wie aus der Welle 1998 des Haushaltspanels der Europäischen Gemeinschaft (ECHP) hervorgeht. In den skandinavischen Mitgliedstaaten sind die Ungleichheiten am geringsten, während Luxemburg, Belgien und die Niederlande das höchste mittlere Äquivalenznettoeinkommen aufweisen.

7 Siehe "Income on the Move", Bericht über Einkommensverteilung, Armut und Umverteilung, Amt für Sozial- und Kulturplanung der Niederlande, finanziert von der Europäischen Kommission, GD Beschäftigung und Soziales (E1 Untersuchungsreihe 2002), http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/dec/income_on_move_en.html.

8 Der Begriff "von Armut bedroht" ist definiert als ein Einkommen von weniger als 60 Prozent des Medianwertes des Äquivalenzeinkommens.

...doch in EU-15 wären sie ohne den Umverteilungseffekt der Sozialleistungen noch viel höher.

Der Umverteilungseffekt⁹ von Sozialschutzleistungen übertrifft denjenigen von Steuern bei weitem. Sozialleistungen verringern Einkommensungleichheiten, die nach dem Gini-Koeffizienten¹⁰ berechnet werden, um etwa 30 % bis 40 %. Die regressive Wirkung der Leistungen ist in Deutschland, den Niederlanden, Belgien und im Vereinigten Königreich relativ groß. Haushalte mit niedrigem Einkommen in diesen Ländern erhalten einen im Verhältnis höheren Anteil an Sozialleistungen als in Finnland, Dänemark und Schweden. Dennoch, ist im Fall von Deutschland und dem Vereinigten Königreich die Verringerung der Ungleichheiten zwischen der Marktverteilung und der Verteilung der Bruttoeinkommen relativ gering. Der Grund hierfür liegt darin, dass der Anteil der Sozialversicherung am Volkseinkommen in diesen Ländern relativ gering ist.

Es gibt viele Varianten von Sozialleistungen; diese unterscheiden sich hinsichtlich der Zahl der Leistungsempfänger sowie der Durchschnittsbeträge. Der durch alle Leistungen zusammen bewirkte Abbau der Armut, der einfach anhand eines Vergleichs des Einkommens ‚vor‘ und ‚nach Leistung‘ gemessen wird, beträgt 25 Prozentpunkte¹¹. Die Verringerung der Armut geht weitgehend auf Leistungen für alte Menschen und für Hinterbliebene (15 %) zurück. Arbeitslosigkeit, Leistungen für Familien und im Krankheitsfall bzw. bei Erwerbsunfähigkeit wirken sich alle gleichermaßen zu jeweils etwa 3 Prozentpunkten armutsreduzierend aus.

1.6 Trends in den Beitrittsländern

Fast alle Beitrittsländer konnten die Einkommensschere im Verhältnis zu den EU-Mitgliedstaaten in der zweiten Hälfte der 90er Jahre mehr und mehr schließen, doch sind die Unterschiede noch immer beträchtlich. Im Jahr 2000 betrug in acht Beitrittsländern das BIP pro Kopf weniger als die Hälfte des EU-Durchschnitts, gemessen in Kaufkraftstandards.

Darüber hinaus wird die Einkommensverteilung in den Beitrittsländern tendenziell immer ungleicher. Dies gilt insbesondere für die acht mittel- und osteuropäischen Beitrittsländer¹². In den letzten zehn Jahren ist in Osteuropa die Armut und die Ungleichheit markant angestiegen. Erst in letzter Zeit hat sich die Lage stabilisiert. Ungleichheit und Armut steigen nicht weiter an, doch müssen die sozialen Folgen der raschen Zunahme der Ungleichheit zu Beginn der Übergangszeit weiter im Auge behalten werden.

Das Bewusstsein für diese Probleme nimmt zu ...

Das Thema Armut steht auf der politischen Tagesordnung aller Beitrittsländer, was nicht unbedingt auch für das breitere

gefasste Konzept der sozialen Ausgrenzung gilt, das auf Mehrfachbenachteiligungen zielt. Allerdings ist das Thema soziale Ausgrenzung politisch in den letzten Jahren zunehmend in den Vordergrund gerückt, worin sich häufig die politische Entscheidungsfindung in der EU widerspiegelt. Zu den Faktoren, die zu sozialer Ausgrenzung führen, gehören hauptsächlich Arbeitslosigkeit und die Zerrüttung der Familie, und in vielen Beitrittsländern haben sich die Möglichkeiten der sozialen Sicherungssysteme, für Beschäftigung, angemessene Einkommen und Ressourcen zu sorgen, als problematisch erwiesen. Hinzu kommt, dass es aufgrund des Erfassungsbereichs und der Leistung von Sozialhilfesystemen äußerst schwierig ist, Probleme der sozialen Ausgrenzung wirksam zu bekämpfen.

...wie auch die Möglichkeiten, Unterstützung aus der Zusammenarbeit mit der EU zu beziehen.

Der Stellenwert, welcher der Lösung dieser Probleme zukommt, wurde vor kurzem durch die Annahme der überarbeiteten EU-Ziele zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung durch den Europäischen Rat im Dezember 2002 unterstrichen. Die Revisionen unterstreichen nochmals die Ziele, die zunächst 2000 vom Europäischen Rat von Nizza verabschiedet wurden; es wird jedoch auch den Fragen der Gleichstellung der Geschlechter, den Schwierigkeiten, mit denen Einwanderer zu kämpfen haben und der Verringerung der Zahl der von Armut und sozialer Ausgrenzung bedrohten Menschen stärker Rechnung getragen. Diese Ziele werden der Vorbereitung einer zweiten Generation zweijähriger nationaler Aktionspläne gegen Armut und soziale Ausgrenzung zugute kommen, die von allen Mitgliedstaaten bis spätestens Juli 2003 erstellt werden sollten. Dahinter verbirgt sich die Absicht, den Fortschritt infolge der offenen Koordinationsmethode in Fragen der Armut und sozialen Ausgrenzung, die vom Europäischen Rat von Lissabon 2000 ins Leben gerufen wurde, fester zu verankern und darauf aufzubauen.

Die Erweiterung von EU-15 auf EU-25 steht jetzt unmittelbar bevor. Wir können davon ausgehen, dass diese Erweiterung für die gesamte soziale Lage in der Union einen grundlegenden Wandel mit sich bringen wird. Die politischen Herausforderungen in Verbindung mit sozialer Ausgrenzung, Armut und allgemeiner Ungleichheiten einschließlich des Gesundheitszustands werden zunehmen. Regionale Ungleichheiten und Probleme mit dem sozialen Zusammenhalt werden wachsen. Damit werden mit den spürbar zunehmenden Diskrepanzen zwischen den Mitgliedstaaten Instrumente der Zusammenarbeit gefragt sein, die in der Lage sind, solche Unterschiede zu überbrücken.

⁹ Die Ergebnisse stammen aus "Einkommen im Wandel" und beziehen sich hauptsächlich auf die Welle 1997 des ECHP.

¹⁰ Der Gini-Koeffizient ist ein Index, der die tatsächliche Einkommensverteilung über die gesamte Einkommensspanne hinweg mit einer Art theoretischer Idealverteilung vergleicht, bei der jeder dasselbe Einkommen bezieht (gini = 0 %). Ein Gini von 100 % würde bedeuten, dass eine einzige Person das gesamte Einkommen bezieht.

¹¹ Die Angabe dieses Wertes dient rein illustrativen Zwecken. Da auch andere Variablen diese beiden Größen beeinflussen, kann man die Differenz zwischen den beiden jeweiligen Gini-Koeffizienten nicht allein auf die Wirkung von Sozialleistungen zurück führen.

¹² Europäische Kommission, "Die Erweiterung erfolgreich gestalten", Strategiepapier und Bericht der Europäischen Kommission über die Fortschritte jedes Bewerberlandes auf dem Weg zum Beitritt, S. 13.

2 Gesundheit und Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union

2.1 Die Gesundheit der Europäer und die derzeitige europäische Agenda

Die Gesundheit ist das Spezialthema des diesjährigen Berichts. Gesundheit und Qualität der Gesundheitsversorgung genießen bei den Europäern oberste Priorität (Eurobarometer-Umfrage 2002). In diesem Bericht wird ein Porträt des derzeitigen Gesundheitszustands der Europäer erstellt, und es werden die wichtigsten Determinanten ihrer Gesundheit beschrieben.

Während der Gesundheitssektor bei der Behandlung schlechter Gesundheit eine Schlüsselrolle spielt und auch wichtig ist für die Erhaltung guter Gesundheit, wird der allgemeine Gesundheitszustand der Bürger erheblich von den sozioökonomischen und ökologischen Bedingungen sowie durch den Lebensstil beeinflusst. Der Aufbau der Gesundheits- und Langzeitpflege in der EU unterscheidet sich erheblich. Trotz dieser Unterschiede finden sich jedoch auch starke Ähnlichkeiten, und die Mitgliedstaaten stehen – wie der Bericht zeigt – in der Gesundheitspolitik jetzt und in Zukunft weitgehend vor denselben Herausforderungen. Davon sind zwei besonders relevant. Einerseits besteht ein ständiger Bedarf, die Kosteneffizienz der Gesundheitssysteme angesichts starker Faktoren des Strukturwandels, wie die Überalterung und neue Technologien im Gesundheitswesen, zu optimieren. Andererseits ist ein großer Handlungsspielraum vorhanden, um zu besseren Synergieeffekten zwischen Gesundheitspolitik und anderen Politikbereichen zu gelangen, die sich auf die ökologischen und sozioökonomischen Einflussgrößen der Gesundheit auswirken.

Gesundheit ist Wohlstand

Der Gesundheitszustand der Bürger ist ein wichtiger Faktor der Leistungsfähigkeit einer Gesellschaft, und Verbesserungen der Gesundheit können zu einer Verbesserung des Wachstumspotenzials führen¹³. Dies hängt damit zusammen, dass gesündere Menschen das Potenzial für eine höhere Produktivität, ein längeres Berufsleben und geringere Kosten besitzen (weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten, weniger Behandlungsbedarf, niedrigere Erwerbsunfähigkeit usw.).¹⁴

Die Gesundheitsversorgung ist Teil der Sozialschutzsysteme der Mitgliedstaaten. Als solche ist sie ein wichtiges Thema bei der neuen Zusammenarbeit¹⁵ zur Modernisierung und Verbesserung des Sozialschutzes, die ihrerseits Teil der umfassenderen Lissabonner Strategie sind. Zugänglichkeit, Qualität und

Nachhaltigkeit wurden als gemeinsame Ziele formuliert, die die Mitgliedstaaten in ihrer Gesundheitspolitik anstreben. Dem Gesundheitszustand der Bürger kommt eindeutig auch der Einkommenssicherungseffekt der sozialen Sicherungssysteme zugute. So tragen beispielsweise Rentensysteme weitgehend zum Schutz der Gesundheit älterer Mitbürger bei, denn sie sorgen für einen ausreichend hohen Lebensstandard nach dem Eintritt in den Ruhestand.

Es liegt auf der Hand, dass die Effekte von Investitionen in das Gesundheitswesen nicht nur von der Höhe der Ausgaben, sondern auch davon abhängen, wo, wann und wie die Mittel eingesetzt werden. Die Rentabilität von Investitionen in das Gesundheitswesen kann unter anderem dann besonders hoch sein, wenn die Bemühungen gesellschaftlichen Gruppen oder Regionen zugute kommen, deren Gesundheitszustand im Durchschnitt schlecht oder besonders bedroht ist. Ungleichheiten beim Gesundheitszustand sind mit größeren gesellschaftlichen Ungleichheiten verknüpft. Von Armut oder Ausgrenzung betroffene Personen sind von einem schlechten Gesundheitszustand besonders betroffen. Die politischen Maßnahmen der Mitgliedstaaten zur Bekämpfung von Armut, zur Verringerung von Ungleichheiten und zur Förderung der sozialen Eingliederung sowie auch die neue europäische Zusammenarbeit in diesen Fragen wirken sich positiv auf den Gesundheitszustand von Armen aus und stärken den sozialen Zusammenhalt in der Gesellschaft.

Damit bilden Gesundheit und Gesundheitsversorgung den Schnittpunkt zwischen der europäischen Beschäftigungsstrategie und den Bemühungen der Union zur Modernisierung und Verbesserung des Sozialschutzes.

Die Voraussetzungen für eine gute Gesundheit und für die Inanspruchnahme einer angemessenen und wirksamen Behandlung bei Krankheiten haben sich in den letzten Jahrzehnten in der EU wesentlich verbessert. Dies ist auf staatliche und private Bemühungen in Form von Direktinvestitionen in eine bessere Gesundheitsversorgung zurückzuführen. Doch während Gesundheitssysteme bei der Bekämpfung und Verhütung von Krankheiten eine maßgebliche Rolle spielen, wirken sich auch andere Politikbereiche, die die ökologischen und sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit beeinflussen, etwa Arbeit und Arbeitsbedingungen, signifikant auf den gegenwärtigen und künftigen Gesundheitszustand der Bürger aus.

13 Eine Bewertung dieser Beziehung für die ganze Welt ist im Bericht der Kommission Makroökonomie und Gesundheit unter Vorsitz von Jeffrey D. Sachs (2001) nachzulesen: *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. WHO, Genf.

14 Ein amerikanischer Bericht über die Wissenschaftsliteratur der letzten zehn Jahre gelangt zu dem Schluss, dass gesunde Arbeitnehmer 15 % bis 30 % mehr verdienen als kranke: Jack Hadley (2002): *Sicker and Poorer: the consequences of being uninsured. A review of the research on the relationship between health insurance, health, work, income and education*. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.

15 Vorschlag der Kommission für einen gemeinsamen Kommission/Rat-Bericht über adäquate und nachhaltige Alterseinkommen, KOM(2002) 737 endg. Ebenso: Vorschlag für einen gemeinsamen Kommission/Rat-Bericht über Gesundheitsversorgung und Altenpflege: Unterstützung nationaler Strategien zur Sicherung eines hohen Niveaus sozialer Sicherheit, KOM(2002) 774 endg.

Die europäische politische Agenda zum Thema Gesundheit

Aufgrund der politischen Entwicklungen in den vergangenen zehn Jahren wurde die Gesundheit zuoberst auf die europäische politische Tagesordnung gesetzt.

Im Vertrag von Maastricht (1993) wurde erstmals (§ 129) eine gesetzliche Grundlage für das öffentliche Gesundheitswesen geschaffen, welche die "Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten", die "Verhütung von Krankheiten" und die Förderung der Forschung sowie der Gesundheitsinformation und -erziehung mit beinhalten. Eine Harmonisierung der Rechtsvorschriften wurde nicht im Vertrag verankert. Aufgrund dieser neuen Verpflichtungen hat die Kommission ihre "Mittellung über einen Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit"¹⁶ auf der Grundlage der Einrichtung von acht Programmen für das Gesundheitswesen vorgelegt. Auf EU-Ebene wurde durch Förderung der Bemühungen der Mitgliedstaaten und Verbreitung von "Informationen über bewährte Praxis" ein zusätzlicher Nutzen geschaffen, um die Bestimmungen zum Gesundheitsschutz in der Gemeinschaft ständig zu untermauern.

Gegen Ende der 90er Jahre hat sich der allgemeine Rahmen für die Gesundheitspolitik verändert. Im Bereich öffentliche Gesundheit hat der Vertrag von Amsterdam die Kompetenzen der Gemeinschaft gestärkt. Art. 129 wurde durch einige neue Vorschriften ergänzt und umbenannt in Art. 152. Gemäß Art. 152 sollten Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit dazu beitragen, einen Gesundheitsschutz auf hohem Niveau zu gewährleisten, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, Krankheiten zu verhüten, Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit zu beseitigen und sicher zu stellen, dass alle EU-Politikmaßnahmen die Gesundheit schützen.

In diesem Gesamtzusammenhang hat die Kommission im Mai 2000 eine neue Strategie im Bereich Gesundheit¹⁷ vorgeschlagen, die einen integrierten Ansatz für die Zusammenarbeit in diesem Bereich auf Gemeinschaftsebene fördert. Ein zentrales Element dieser Strategie war ein Vorschlag für ein neues Gemeinschafts-Aktionsprogramm im Bereich öffentliche Gesundheit.¹⁸ Das Programm wird sich auf drei wichtige Handlungsbereiche konzentrieren:

- Verbesserung von Gesundheitsinformationen und des Bewusstseins zur Weiterentwicklung der öffentlichen Gesundheit
- Stärkung der Möglichkeiten, schnell und koordiniert auf große Gefahren für die Gesundheit reagieren zu können
- Anvisierung von gesundheitsfördernden und Krankheiten vermeidenden Maßnahmen

Zusätzlich hat die Kommission ein EU-Gesundheits-Forum ins Leben gerufen, das die einschlägigen Europäischen Institutionen zusammen bringt. Darüber hinaus sorgt das sechste Forschungs-Rahmenprogramm für politikorientierte Forschung, die für den Bereich Sozialpolitik Relevanz hat und sich besonders auf die Implementierung der Europäischen Sozialagenda bezieht.¹⁹

Für die Bereitstellung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung sind die Mitgliedstaaten zuständig.

Diese Zuständigkeit bedeutet jedoch nicht, dass Grundfreiheiten – etwa der freie Dienstleistungsverkehr, der Verkehr medizinischer Leistungen oder die Freizügigkeit der Arbeitnehmer – oder andere gemeinschaftliche Politikbereiche auf diesen Bereich keine Anwendung finden würden. Darüber hinaus ist das Thema Gesundheit ein Querschnittsbereich in der europäischen Sozialagenda und ein bedeutender Punkt in der EU-Strategie für nachhaltige Entwicklung, die beide wichtige Bestandteile der Lissabonner Strategie sind. Hinzu kommt ferner, dass die Gesundheitsversorgung zu einem wichtigen Thema im Rahmen der grenzüberschreitenden Mobilität und der Verbesserung der Qualität der öffentlichen Finanzen geworden ist.

Die Qualität und Nachhaltigkeit der Gesundheitsversorgung wurde als eine der Schlüsselfragen für eine engere Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten anerkannt. Auf der Tagung des Europäischen Rates von Göteborg (Juni 2001) wurden der Ausschuss "Sozialschutz" und der Ausschuss "Wirtschaftspolitik" gebeten, sich mit den Herausforderungen einer alternden Gesellschaft zu befassen und einen ersten Bericht für die Frühjahrstagung des Europäischen Rates 2002²⁰ über Ziele in den Bereichen Gesundheitswesen und Altenpflege zu erstellen. Der Bericht schloss mit der Feststellung, dass die derzeitigen Gesundheits- und Langzeitpflegesysteme in der Europäischen Union aufgrund der demografischen, technologischen und finanziellen Entwicklungen Herausforderungen zu bewältigen haben, bei denen folgende Themen im Vordergrund stehen: Zugang für alle, unabhängig von ihrem Einkommen oder Vermögen, ein hoher Pflegestandard, die finanzielle Nachhaltigkeit der Pflegesysteme.

Diesen drei breit gefassten Zielen hat auch der Rat in einem ersten Orientierungsbericht über Gesundheitswesen und Altenpflege an den Europäischen Rat von Barcelona zugestimmt, der ebenfalls hervorhob, dass alle Gesundheitssysteme in der EU auf den Grundsätzen der Solidarität, Gerechtigkeit und Universalität beruhen. Der Europäische Rat von Barcelona bat die Kommission und den Rat, die Fragen des Zugangs, der Qualität und der finanziellen Nachhaltigkeit noch eingehender zu prüfen. Aufgrund eines in die Mitgliedstaaten verschickten Fragebogens hat die Kommission einen Vorschlag für einen gemeinsamen Bericht über nationale Strategien zur Sicherstellung eines hohen Sozialschutzniveaus²¹ vorgelegt. Angesichts des hohen Anteils des Gesundheits- und Pflegesystems an den öffentlichen Ausgaben ist es wichtig, in diesen Bereichen für finanzielle Nachhaltigkeit und für deren Reformierung zu sorgen. Den Themen Arbeitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz kommt in der europäischen Sozialpolitik ein hoher Stellenwert zu. Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz ist nicht nur auf die Verhinderung von Unfällen oder Berufskrankheiten beschränkt, sondern erstreckt sich auch auf das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden, die für die Qualität der Arbeit und die Produktivität der Arbeitskräfte eine wichtige Rolle spielen. Es wurde eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz für den Zeitraum 2002-2006 entwickelt, die dem Wandel von Gesellschaft und Arbeitswelt Rechnung trägt²². Die Strategie beruht auf einem Gesamtkonzept für das Wohlbefinden am Arbeitsplatz auf der Grundlage von Präventivmaßnahmen und der Bildung von Partnerschaften zwischen allen Beteiligten in den Bereichen Beschäftigung, Gesundheit und Sicherheit.

16 November 1993.

17 KOM(2000) 285 endg. vom 16.5.2000.

18 OJ L 271/1 vom 9.10.2002, Entscheidung 1786/EC

19 Vgl. das spezifische Programm für Forschung, technologische Entwicklung und Demonstration: Integration und Stärkung der Europäischen Forschungsregion (2002-2006).

20 nach KOM(2001) 723 endgültig: Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern.

21 KOM(2002) 774 endg.

22 KOM(2002) 118 endg; Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft: eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002-2006.

2.2 Bevölkerung und Gesundheit

Der Gesundheitszustand der Bürger hat sich in den letzten Jahrzehnten in allen Mitgliedstaaten verbessert...

Im Durchschnitt verbessert sich der Gesundheitszustand der EU-Bürger. 2000 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt für EU-15 78 Jahre (75 für Männer und 81 für Frauen). Damit lag EU-15 über den USA (74 für Männer und 80 Jahre für Frauen), doch unter Japan (78 für Männer und 84 Jahre für Frauen).

Die Lebenserwartung bei der Geburt ist jedoch nicht nur ein sozialer Indikator. Sie ist auch ein wichtiger wirtschaftlicher Indikator. Eine Analyse über Makroökonomie und Gesundheit ergibt, dass die unterschiedlichen wirtschaftlichen Wachstumsraten zu einem beachtlichen Teil durch den Gesundheitszustand bedingt werden²³.

zwischen 1990 und 2000 um 2,5 Jahre gestiegen ist im Vergleich zu 2 Jahren bei den Frauen) und für alle Mitgliedstaaten mit Ausnahme von Griechenland, Spanien, Luxemburg und Portugal beobachtet werden.

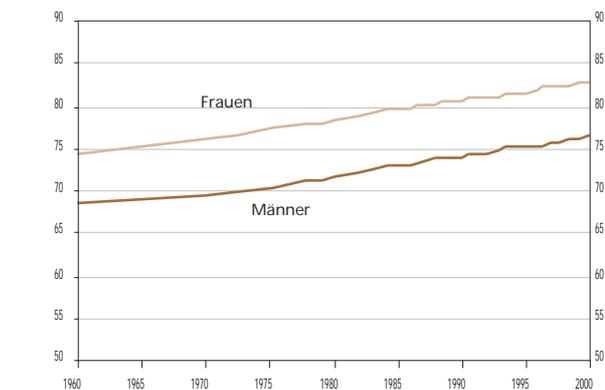
Als Folge der gestiegenen Lebenserwartung und der Änderungen der Fruchtbarkeitsziffern wird die Bevölkerung in der EU immer älter. Diese Alterung der Bevölkerung bedeutet, dass die Zahl der alten Menschen steigt, während der Anteil der Erwerbspersonen (im Alter von 15 bis 64 Jahren) sinkt. Diese demografischen Entwicklungen haben wirtschaftliche und soziale Auswirkungen in vielen Bereichen, auch auf die Gesundheits- und Pflegesysteme.

Eine der für die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung wichtigsten demografischen Entwicklungen ist der wachsende Umfang der Gruppe der sehr alten Menschen (über 80 Jahre). Diese wird zwischen 2010 und 2030 um acht Millionen zunehmen, was einer Zunahme von 44 % entspricht, d. h. einer Zunahme, die sogar noch über den Erwartungen bezüglich der alten Menschen allgemein liegt. Derzeit sind die meisten dieser sehr alten Menschen hilfs- und pflegebedürftig, und diese Pflege wird entweder formell oder informell bereitgestellt – im letzten Fall auch durch Familienmitglieder, was besonders in den südlichen Mitgliedsländern häufig vorkommt. In Zukunft werden die Haushalte kleiner, und die Familien sind möglicherweise weniger in der Lage, den wachsenden Pflegebedarf zu bewältigen; daher spielen professionelle Pflegekräfte wie auch anderweitig bereitgestellte informelle Pflege eine zunehmend wichtige Rolle. Der Alterungsprozess besitzt auch eine ausgeprägte geschlechtsspezifische Komponente: die überwiegende Mehrheit dieser sehr alten Menschen werden Frauen sein. Mit zunehmender Alterung der Bevölkerung fallen die gesundheitlichen Probleme von Frauen im Hinblick auf die zu behandelnden Krankheitsmuster stärker ins Gewicht.

... was neue Mortalitäts- und Morbiditätsentwicklungen mit sich bringt.

Da die Menschen länger leben, verlagern sich Mortalität und Morbidität in immer spätere Lebensabschnitte. Die wichtigsten Todesursachen sind Kreislaufkrankheiten (etwa 40 % aller Todesfälle), Krebs (ein Viertel aller Todesursachen), Erkrankungen der Atmungsorgane, Verdauungsstörungen und äußere Ursachen in Form von Verletzungen und Vergiftungen einschließlich (Verkehrs-)Unfälle.²⁶ Jeder fünfte Todesfall wird durch eine Krankheit verursacht, die vermeidbar gewesen wäre. Dieses allgemeine Muster variiert jedoch je nach Geschlecht und besonders nach Alter. Die Sterblichkeit im ersten Lebensjahr ist in den letzten Jahrzehnten in allen Mitgliedstaaten zurückgegangen, deren aktuelle Zahlen zu den niedrigsten der Welt gehören. Allerdings sind weitere Verbesserungen durchaus noch möglich, da Unterschiede bei diesen Säuglingssterblichkeitsraten zwischen sozialen Gruppen oder Gebieten auch weiterhin fortbestehen. Da die Säuglingssterblichkeit derzeit sehr gering ist, hängen weitere Steigerungen der Lebenserwartung inzwischen von der Verringerung der Mortalität und Morbidität in späteren Lebensabschnitten ab.

S.b. 2 Lebenserwartung von Männer und Frauen, EU-15, 1960-2000



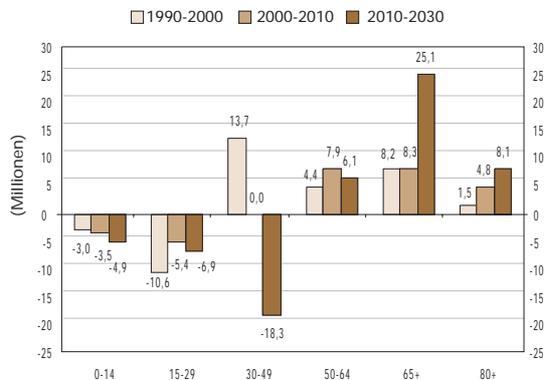
Quelle: Eurostat

Die Lebenserwartung ist im 20. Jahrhundert gestiegen. So hat sie in den ersten 60 Jahren des Jahrhunderts um 25 Jahre zugenommen, während in den letzten vier Jahrzehnten acht Jahre hinzugewonnen werden konnten²⁴. Die Lebenserwartung der Männer stieg von 68 Jahren im Jahr 1970 auf 75 Jahre im Jahr 2000²⁵. Im gleichen Zeitraum stieg die Lebenserwartung von Frauen um 6 Jahre von 75 Jahren 1970 auf 81 im Jahr 2000.

Die geringere Lebenserwartung von Männern ist durch die höhere Sterblichkeit von Männern aller Altersstufen bedingt, ein sehr bekanntes Phänomen in allen Mitgliedstaaten wie auch in den meisten anderen Nationen der Welt. Diese geschlechtsbedingten Ungleichheiten gehen zwar auch auf biologische Faktoren zurück, sind jedoch weitgehend sozialen Ursachen und bestimmten Lebensmustern zuzuschreiben. Heute nähern sich die Verhaltensweisen von Männern und Frauen in der EU zunehmend an, so dass auch die Lebenserwartung beider Geschlechter zunehmend konvergiert. Dies konnte für EU-15 (wo die Lebenserwartung bei der Geburt bei den Männern

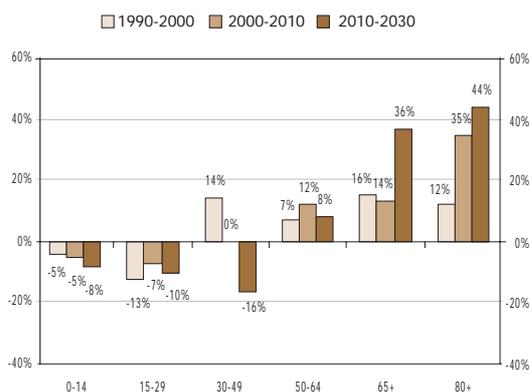
23 Bericht der Kommission über Makroökonomie und Gesundheit – geleitet durch Jeffrey D. Sachs (2001): *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. WHO, Genf (S. 24) : " ... eine zehnpromtente Verbesserung der Lebenserwartung bei der Geburt ist mit einem Anstieg des Wirtschaftswachstums um mindestens 0,3 bis 0,4 Prozentpunkte pro Jahr verbunden, andere Wachstumsfaktoren konstant gehalten" (übersetzt).
 24 Die Beschaffenheit dieses Indikators erklärt diesen Rückgang teilweise. Für ein bestimmtes Jahr entspricht die Lebenserwartung dem durchschnittlichen Lebensalter, das ein neu geborenes Kind den Erwartungen zufolge erreichen kann, falls die Mortalitätsraten dieses Jahres unverändert bleiben. Da die Gesamtzahl von Lebensjahren, die eine Person verliert, welche in ihrem ersten Lebensjahr verstirbt, viel höher ist als die einer Person, die beispielsweise im Alter von 65 verstirbt, reagiert die Lebenserwartung auf den Abbau der Säuglingssterblichkeit viel stärker als auf die Erhöhung der Langlebigkeit von Menschen in vorgerücktem Alter.
 25 Der Anstieg der Lebenserwartung von Männern kam allerdings in der zweiten Hälfte der 80er und Anfang der 90er Jahre in einigen südeuropäischen Mitgliedstaaten zum Stillstand, eine Folge der steigenden Sterblichkeit aufgrund von AIDS und von Verkehrsunfällen junger Männer.
 26 Quelle: Eurostat. Vgl. auch den Bericht der GD Gesundheit und Verbraucherschutz "The health status of the European Population" (Der Gesundheitsstatus der Europäischen Bevölkerung), EC 2001.

S.b. 3 Änderung der Bevölkerung (in Millionen) nach Altersgruppe, EU-15



B:1995, DK: 1996, EL: 1997, E, F, IRL, I, S, UK, EU: 1998
Quelle: Eurostat

S.b. 4 Änderung der Bevölkerung (in %) nach Altersgruppe, EU-15



Quelle: Eurostat

Die Hauptursachen von Morbidität sind neurodegenerative Erkrankungen (etwa Alzheimer und Demenz), Verletzungen, Herz-Kreislaufkrankheiten, Erkrankungen der Skelettmuskulatur und Krebs.²⁷ Da die meisten dieser Krankheiten altersbedingt sind, wird sich die Alterung der Bevölkerung auf den Entwicklungsverlauf der Erkrankungsrate und auf den Bedarf an Gesundheitsversorgung auswirken. Auch psychische Gesundheitsprobleme spielen eine zunehmende Rolle. In der EU geht etwa ein Viertel der neuen Leistungen bei Invalidität auf psychische Erkrankungen zurück.

Auch in den Beitritts- und Kandidatenländern verändert sich die gesundheitliche Situation.

Auch in den Beitrittsländern verbessert sich der Gesundheitsstatus; dieser ist jedoch in den meisten Fällen im Allgemeinen schlechter als in den derzeitigen EU-Mitgliedstaaten. Zwischen den Beitritts- und Kandidatenländern bestehen große Unterschiede, wobei sich Malta und Zypern am Besten positionieren (vergleichbar mit einigen der derzeitigen Mitgliedstaaten oder sogar besser), gefolgt von Slowenien, während es in den baltischen Staaten,

Rumänien, Bulgarien und der Türkei weniger gut um die Lage der Gesundheit bestellt ist. Dies schlägt sich in höheren Säuglingssterblichkeitsraten und einer geringeren Lebenserwartung sowie einem häufigeren Vorkommen von nicht infektiösen Krankheiten (besonders Herzerkrankungen, Kreislauferkrankungen und Krebs), Infektionskrankheiten (einschließlich sexuell übertragbarer Krankheiten und Tuberkulose in einigen Ländern) und gewaltsamen Todesfällen nieder.

Künftige Trends im Bereich Erwerbsunfähigkeit werden mit dem Altersrisiko verknüpft sein.

Ein Merkmal des menschlichen Lebens besteht darin, dass die Zahl von Funktionsstörungen jeder Art mit dem Alter tendenziell zunimmt. Krankheit, eine risikoreiche Lebensweise, Unfälle und sozioökonomische Faktoren lösen zusammen im Lauf der Zeit einen immer stärker werdenden "Schwächungs"-Prozess aus. Daher überrascht es nicht, dass der Anteil Jugendlicher an der Gruppe der Menschen mit Behinderungen 5 % beträgt, während der Anteil von Menschen im erwerbsfähigen Alter bei 46 % liegt und die restlichen 49 % der Personen mit Behinderungen über 60 Jahre alt sind (nach EHP Daten). Mit steigender Lebenserwartung nimmt auch die Häufigkeit von Hör- und Sehschädigungen sowie die Zahl der neurologischen Erkrankungen wie Alzheimer und Demenz zu. Doch werden die künftigen Trends altersspezifischer Risiken einer Behinderung zu einem Schlüsselfaktor werden für die Zahl älterer hilfs- und pflegebedürftiger Menschen.

2.3 Die Determinanten der Gesundheit der Bevölkerung

Die gesundheitlichen Entwicklungen werden zu einem großen Teil von den Umweltbedingungen bestimmt...

Die Menschen in Europa sind aufgrund ihres physischen Umfeldes gesundheitlichen Risiken ausgesetzt, welche weitgehend von den vorherrschenden Lebensweisen und dem damit verbundenen Mitteleinsatz abhängen. Die menschliche Gesundheit hängt von der Verfügbarkeit (und der Qualität) von Lebensmitteln, Wasser, Luft und vom Schutz ab. Sie wird aber auch von Lärm, Verkehrsstaun und Unfällen sowie unzureichenden Abwasserbeseitigungsanlagen beeinflusst. Die rapide Verstädterung hat in vielen Städten ganz besondere Probleme verursacht, die zu Luftverschmutzung und inakzeptablen Wohnbedingungen geführt haben. Gesundheitliche Probleme gehen aber auch auf Wasserverschmutzung und belastete Lebensmittel zurück, die übertragbare Krankheiten verursachen. Allerdings wird ständig versucht, gegen diese nachteiligen Auswirkungen durch Städtesanierung, Verbesserung der Infrastruktur, Überwachung der Schadstoffe und verstärkte Maßnahmen für die Lebensmittelsicherheit anzukämpfen, wodurch die Häufigkeit dieser Krankheiten reduziert werden konnte.

In den letzten zehn Jahren ist die Luftverschmutzung in den Ballungsgebieten in Mittel- und Osteuropa aufgrund strenger technischer Maßnahmen sowie infolge der wirtschaftlichen Stagnation zurückgegangen. Allerdings liegen dort die Wohnbedingungen noch immer unter den westeuropäischen Standards, und die Verkehrsprobleme nehmen erheblich zu.

27 Quelle: Eurostat. Vgl. auch den Bericht der GD Gesundheit und Verbraucherschutz "The health status of the European Population" (Der Gesundheitsstatus der Europäischen Bevölkerung), EC 2001.

S.b. 5 Hauptbestimmungsgründe für die Gesundheit²⁸



... aber auch von den sozioökonomischen Voraussetzungen...

Die Gesundheit steht in einem klaren Zusammenhang zum sozioökonomischen Umfeld. Dieses Konzept wird normalerweise anhand einer Reihe von miteinander verbundenen Indikatoren definiert, etwa beruflicher Status, Geschlecht und Bildungsstand, Einkommen und Vermögen. Aus individueller Sicht bestimmt der sozioökonomischen Status den Zugang zu sozialen und materiellen Ressourcen sowie das Ausmaß der Anfälligkeit für gesundheitliche Risiken.

Für den einzelnen Menschen ist es offenbar so, dass mit der Bildung auch die soziale Kapazität zunimmt, sich die persönlichen Chancen verbessern, das Selbstvertrauen wächst, sich die Qualifikationen und Fähigkeiten verbessern und die Art der Lebensführung gesünder wird, denn das Problembewusstsein für die gesundheitlichen Risiken wird geschärft. Der Eurobarometer-Umfrage zufolge stuften nur 50 % der Menschen mit einem Bildungsabschluss unterhalb der Sekundarstufe II, im Vergleich zu fast 75 % der Menschen mit einem Bildungsabschluss des Tertiärbereichs, ihre Gesundheit als "gut" oder "sehr gut" ein.

Wichtige Einflussgrößen für den Gesundheitszustand sind aber auch Beschäftigung und Arbeitslosigkeit. Hohe Erwerbsquoten bzw. niedrige Arbeitslosenzahlen und ein hohes durchschnittliches Volksvermögen reduzieren die Sterblichkeitsraten innerhalb einer bestimmten Zeit nachweislich erheblich²⁹. Außerdem deuten viele Untersuchungen von Einzelpersonen darauf hin, dass Arbeitslosigkeit und körperliche wie geistige Krankheit bzw. Behinderung in einem positiven Wechselverhältnis zueinander stehen. Arbeitslose Menschen unterliegen einem erheblich höheren Risiko eines schlechten Gesundheitszustands, und sie konsultieren häufiger Ärzte. Das Sterberisiko ist bei Menschen ohne Arbeit höher als bei Menschen, die in einem festen Arbeitsverhältnis stehen. Die Selbstmordraten sind bei arbeitslosen Jugendlichen höher. Allerdings können die negativen Auswirkungen eines Arbeitsplatzverlustes durch soziale Netze oder 'informelle Jobs' bis zu einem gewissen Grad abgefangen werden. Dieser 'Puffereffekt' ist in manchen Mitgliedstaaten stärker ausgeprägt.

Beschäftigung wirkt sich insgesamt positiv auf Lebensdauer und Gesundheit aus, sofern es sich um qualitativ hochwertige Stellen handelt. Arbeitsplätze von schlechter Qualität führen nachweislich zu speziellen berufsbedingten Gesundheitsproblemen (Unfälle, Verletzungen und Berufskrankheiten). Zu den arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen gehören in erster Linie Erkrankungen der Skelettmuskulatur, gefolgt von Stress und Lungen- sowie Herz-Kreislauferkrankungen. Die Art der Branche und des Berufs, des Arbeitsvertrages (Zeitvertrag) oder der Arbeitszeit (Schichtarbeit), Alter und Geschlecht beeinflussen die Häufigkeit des Vorkommens von Krankheiten, die je nach Krankheit variiert. Auch wenn der Anteil von Frauen an den Arbeitskräften 46 % beträgt, liegt ihr Anteil an den Berufskrankheiten im Durchschnitt bei 18 %, obwohl hier auch unterschiedliche Arbeitszeiten zum Tragen kommen.

Die Kosten von geringwertigen Arbeitsplätzen sind erheblich. Die Kosten der präventiven oder heilenden Behandlungen sollten in Bezug zu den Fehlzeiten infolge von Arbeitsunfällen und einem schlechten Gesundheitszustand sowie zu den sich daraus ergebenden Produktions- und Einkommenseinbußen gesetzt werden. Insgesamt gingen in der EU 1998/99 aufgrund von Unfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen 500 Millionen Arbeitstage verloren.

Arbeitnehmer in den Beitrittsländern sind zu einem noch größeren Anteil – 40 % gegenüber 27 % in der EU³⁰ – der Meinung, ihre Gesundheit und Sicherheit sei aufgrund ihrer Arbeit gefährdet. In diesen Ländern werden mehr arbeitsbedingte Probleme gemeldet, insbesondere Übermüdung und Erkrankungen der Skelettmuskulatur. Die Beitrittsländer müssen ihre Gesundheits- und Sicherheitssysteme an die europäischen Rechtsvorschriften anpassen. Da in vielen dieser Länder die Zusammenarbeit aller Beteiligten noch nicht sehr ausgeprägt ist, besteht nach wie vor eine der größten Herausforderungen darin, Arbeitnehmer und Arbeitgeber in die Verbesserung des Systems einzubinden.

...sowie von Ausmaß und Qualität sozialer Netzwerke.

Soziale Unterstützung ist für die Gesundheit wichtig und für einen guten Gesundheitszustand an beiden Enden des Lebenszyklus besonders maßgeblich. Soziale Netze aus Familienangehörigen, Verwandten, Gleichgesinnten und Freunden leisten einen Beitrag zum Schutz und zur Verbesserung der Gesundheit eines jeden Menschen. Sie üben eine Kontrollfunktion über abweichende Verhaltensmuster und die meisten Faktoren aus, die den Lebensstil beeinflussen. Sie können den Zugang zum Gesundheitswesen und zu den entsprechenden Dienstleistungen erleichtern, stellen Nachbarschaftshilfe bzw. informelle Pflege im großen Maßstab bereit und fangen die Auswirkungen negativer Ereignisse ab.

Die Familie ist und bleibt der Inbegriff von Pflege und Unterstützung für Kinder und Erwachsene in allen Mitgliedstaaten, und die Rolle pflegender Angehöriger gilt als wichtig und positiv. Derzeit verbringen 6 % der Europäer ihre Zeit größtenteils mit der Bereitstellung informeller Langzeitpflege für ältere Menschen oder für kranke oder erwerbsunfähige Erwachsene im erwerbsfähigen Alter. Die Fähigkeit der Familien, künftig Langzeitpflege zu übernehmen, hängt von der Entwicklung der Erwerbsquoten von

28 Diese Grafik basiert auf einer Arbeit von Dahlgren und Whitehead (Vgl. Dahlgren / Whitehead: Policies and strategies to promote social equity in health (Politik und Strategien zur Förderung sozialer Gleichheit im Bereich Gesundheit), Institut für Zukunftsstudien, Stockholm 1991)
 29 Prof. H. Brenner: "Unemployment and public health" (Arbeitslosigkeit und öffentliche Gesundheit), Europäische Kommission, GD EMPL.
 30 Erhebung über die Arbeitsbedingungen in den Beitrittsländern 2001 – Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen.

Frauen sowie vom Ausmaß instabiler Familienverhältnisse ab. In allen Mitgliedstaaten ist ein Trend zur Verkleinerung der Haushalte und eine wachsende Zahl von allein lebenden Menschen festzustellen. Szenarien für EU-15 zeigen, dass bis 2020 46 % der über 85-Jährigen alleine leben werden, davon sind 80 % Frauen. Dies hat zur Folge, dass immer mehr ältere Menschen wahrscheinlich professionelle Pflege benötigen, auch wenn die Zahl der Menschen mit gesundheitlichen Funktionsstörungen im Alter weiter abnimmt.

Es ist wichtig, dass eine Vielzahl von Beteiligten in die Strategien zur Förderung einer gesunden Lebensführung einbezogen werden. Um das öffentliche Bewusstsein zu schärfen und das Verständnis für Gesundheitsrisiken zu verbessern, muss ein Gleichgewicht zwischen Maßnahmen auf individueller Ebene, auf Regierungsebene sowie auf Gemeinschaftsebene gefunden werden. Das Potenzial, welches Nichtregierungsorganisationen, Ortsgruppen und andere Beteiligte im Hinblick auf die Gemeinwesenarbeit in sich bergen, wächst und sollte entsprechend Beachtung finden.

Die aktuellen Entwicklungen im Bereich der sozialen Ausgrenzung bringen neue Herausforderungen für die Verringerung der Ungleichheiten bei der Gesundheit mit sich.

In armen Ländern scheint zwischen der Höhe der Einkommen und der Sterblichkeit ein klarer Zusammenhang zu bestehen. Höhere Einkommen gehen häufig mit einer besseren Gesundheit einher. Dieser Zusammenhang ist in reicheren Ländern weniger offensichtlich; dort scheint das Mortalitätsprofil mit der Einkommensungleichheit zusammenzuhängen. Der Hauptgrund hierfür ist, dass niedrige Einkommen und Armut mit schlechten Lebens- und Arbeitsbedingungen und einer ungesunden Lebensführung verbunden sind. In den meisten Mitgliedstaaten ist die Wahrscheinlichkeit, dass arme Menschen ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht empfinden und ein höheres Maß an gesellschaftlicher Vereinsamung sowie weniger potenzielle Unterstützung und eine geringere Bereitstellung von Pflege auf informeller Basis melden, viel höher.

Niedrige Einkommen und Armut bedeuten möglicherweise einen schlechteren Zugang zu präventiver Gesundheitspflege (z. B. Beratung) und zu Heilbehandlungen (beispielsweise medizinische Behandlung und Krankenhausaufenthalte) von ausreichend hoher Qualität – beispielsweise Behandlung, Kommunikation und Nachuntersuchung bzw. Nachsorge. Personen mit höheren Einkommen werden mit größerer Wahrscheinlichkeit die Dienste eines Spezialisten in Anspruch nehmen, während Menschen mit niedrigeren Einkommen in der Regel eher einen Allgemeinmediziner aufsuchen³¹. Bessere Gesundheitsleistungen infolge des Abbaus der Einkommensungleichheiten sind besonders dann wichtig, wenn es in der Gesellschaft Armut gibt. Politisch bedeutet dies, dass die Bekämpfung der Armut und die Beseitigung der Hindernisse für den Zugang zu den Gesundheitssystemen auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung ganz oben stehen sollten.

Die neuen Herausforderungen beziehen sich auch auf die Auswirkungen unterschiedlicher Lebensweisen auf die Gesundheit...

Der Lebensstil wirkt sich erheblich auf den Gesundheitszustand aus. Ernste und zunehmende gesundheitliche Probleme epidemiologischen Ausmaßes gehen auf eine schlechte Lebensführung in Bezug auf Ernährung und den Genuss und Missbrauch von Alkohol, Tabak und Suchtstoffen zurück. Dies mag sich ändern durch öffentliche Gesundheitskampagnen, die das Bewusstsein der Bevölkerung für Gesundheitsprobleme schärfen sowie durch Präventivmaßnahmen.

Dem neuesten WHO-Bericht zufolge³² ist der Genuss von Tabak mit rund 12 % der gesamten krankheits- und verletzungsbedingten Kostenbelastungen der Risikofaktor Nr. 1. Rauchen ist mit einer ganzen Reihe von zuweilen tödlichen Krankheiten verbunden, die ansonsten vermieden werden könnten (Herz- und Gefäßerkrankungen, Krebs und Lungenerkrankungen). Insgesamt gibt ein Drittel der Bevölkerung in EU-15 an, regelmäßig zu rauchen. In EU-15 rauchen mehr Männer als Frauen (40 % der Männer und 28 % der Frauen), wobei die Zahl der Raucher zunimmt, insbesondere bei jungen Frauen. In Dänemark wurde nachgewiesen, dass Lungenkrebs in Verbindung mit einem hohen Tabakkonsum bei Frauen eine der Ursachen für die relativ niedrige Lebenserwartung dänischer Frauen ist.³³

Bei beiden Geschlechtern sind Alkohol und Blutdruck mit 9 % bis 10 % an den DALYs (Disability-Adjusted Life Years)³⁴ beteiligt, Cholesterin und die Körpermasse mit 6 % bis 7 %. Eine unausgewogene Ernährung, d. h. ein insgesamt schlechtes Ernährungsverhalten, ist mit wichtigen sozioökonomischen Folgen verbunden, denn es kann zu Gesundheitsschäden führen oder aber wirtschaftliche und soziale Kosten verursachen. Die Daten von Eurostat deuten darauf hin, dass etwa 17 % der Erwachsenen in der EU übergewichtig und 6,5 % fettleibig sind. Bei Übergewicht oder Fettleibigkeit steigt das Risiko bestimmter chronischer Krankheiten, etwa Herz-Kreislaufkrankheiten, bestimmter Krebsarten und Diabetes Typ 2. Fettleibigkeit ist auf dem Vormarsch, insbesondere bei Kindern.

... insbesondere bei Jugendlichen...

Die Verbesserung der Gesundheit von Jugendlichen erfolgt nicht im gleichen Rhythmus wie die der Gesellschaft allgemein, und bei Jugendlichen, vor allem jungen Männern, sind die Sterblichkeitsziffern derzeit aufgrund ihres Verhaltens und ihrer Lebensweise relativ hoch. Drogenmissbrauch einschließlich Alkohol ist häufig der Grund für die übermäßig hohe Zahl von Todesfällen bei Jugendlichen, die durch externe Gründe herbeigeführt werden, insbesondere Autounfälle bei jungen Männern im Alter zwischen 15 und 30, aber auch andere Arten eines gewaltsamen Todes, etwa Selbstmord, die zweithäufigste Todesursache bei jungen Männern. Darüber hinaus konsumieren insbesondere junge Erwachsene illegale Suchtstoffe, vornehmlich Männer in Städten: hier ist das Vorkommen bei jungen Erwachsenen fast doppelt so häufig wie bei allen Erwachsenen. Außerdem ist das Sexualverhalten von großer Wichtigkeit in Bezug auf die Gesundheit junger

31 Die Frage des Zugangs zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung für alle schutzbedürftigen Gruppen wurde im Gemeinsamen Bericht über die soziale Eingliederung diskutiert, auf den man sich in Laeken im Dezember 2001 verständigt hat.
 32 World Health Report – 2002: Reducing risks, promoting healthy life (Weltgesundheitsbericht 2002: Risiken reduzieren, ein gesundes Leben fördern).
 33 Vgl. den Bericht der GD Gesundheit und Verbraucherschutz "The health status of the European Population" (Der Gesundheitsstatus der Europäischen Bevölkerung), EC 2001.
 34 Der DALY-Index ist ein Maß zur Quantifizierung der Last von Krankheiten. Er berücksichtigt Lebensjahre, die durch vorzeitigen Tod und durch Leben mit Behinderungen schweren Ausmaßes und langer Dauer "verloren gehen". Ein verlorenes DALY ist mithin ein verlorenes gesundes Lebensjahr.

Menschen (z. B. ungewollte Schwangerschaften, sexuell übertragene Infektionen).

...und in den Beitrittsländern.

Die Probleme in Verbindung mit dem Tabakkonsum sind erheblich, und die Zahl der jugendlichen und weiblichen Raucher steigt. Alkoholkonsum ist ein weiterer Faktor im Zusammenhang mit dem Lebensstil, der bei vielen Todesursachen zum Tragen kommt. Wahrscheinlich ist Alkohol ein wichtigerer Grund für die in den mittel- und osteuropäischen Ländern im Vergleich zur EU häufiger auftretenden Fälle von plötzlichem Herztod³⁵ und von Zirrhose. Die Sterblichkeitsziffern infolge von Verletzungen, insbesondere Verkehrsunfällen, Ertrinken und Bränden sowie von Mord und Selbstmord sind in diesen Ländern ebenfalls höher, was teilweise auf den Alkoholkonsum zurückgeführt werden kann.

2.4 Gesundheitssysteme

Gesundheitssysteme sind für die Gesundheit und für die Wirtschaft in allen Mitgliedstaaten wichtig...

Die Gesundheitssysteme sind für die Bekämpfung von Krankheit von großer Bedeutung und leisten einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheit. Darüber hinaus spielen das Gesundheitswesen und die Langzeitpflege eine wichtige Rolle für Wirtschaft und Beschäftigung. Die Beschäftigung im Gesundheitswesen und im Bereich soziale Arbeit in den fünfzehn Mitgliedstaaten liegt im Durchschnitt bei fast 10 % der Gesamtbeschäftigung. Das Gesundheitswesen ist darüber hinaus ein dynamischer, sich rasch entwickelnder Sektor der Wirtschaft mit einem hohen Potenzial im Hinblick auf seinen künftigen Beitrag zu Wirtschaftswachstum und Beschäftigungsmöglichkeiten. Zwischen 1995 und 2001 haben das Gesundheitswesen und der Sektor Soziale Arbeit in der EU mit 18 % zur Schaffung von Arbeitsplätzen beigetragen³⁶.

...die trotz großer Unterschiede bei der Organisation des Gesundheitswesens vor ähnlichen Herausforderungen stehen.

Die Mitgliedstaaten unterscheiden sich im Hinblick auf die Art der Organisation, Regelung, Finanzierung, Bereitstellung und Inanspruchnahme ihres Gesundheitswesens erheblich voneinander. Die Probleme, die die Gesundheitssysteme bewältigen müssen, ähneln sich jedoch auch stark. Die Alterung der Bevölkerung stellt eine besonders wichtige gemeinsame Herausforderung dar. Die Gewährleistung des Zugangs aller zu einer hochwertigen, nachhaltigen Gesundheits- und Langzeitpflege auch auf dem Höhepunkte der Alterung der Bevölkerung wird allgemein als gemeinsames Ziel angesehen, das die Mitgliedstaaten im Rahmen ihrer Gesundheitspolitik verfolgen.

Die Mitgliedstaaten geben große Beträge für die Gesundheitsversorgung aus...

1999 schwankte der Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt zwischen 10,3 % in Deutschland und 6,1 % in Luxemburg, der gewichtete Durchschnitt betrug 8,4 %. Die Gesundheitsausgaben

insgesamt als Anteil am BIP sind derzeit in Deutschland am höchsten, gefolgt von Frankreich und Belgien. In den USA lag der Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am BIP im Jahr 2000 bei 13 %, wobei sich der öffentliche Anteil auf 44 % bezifferte³⁷. In Kanada rücken die Zahlen mit einem Anteil der Gesundheitsausgaben von 9,1 % am BIP und einem öffentlichen Anteil von 71 % eher in die Nähe des EU-Durchschnitts.

Die Gesundheitssysteme in Europa beruhen auf einer gemischten Finanzierung. In allen Mitgliedstaaten machen die öffentlichen Ausgaben (mit durchschnittlich 75 %), die aus Steuermitteln und Sozialversicherungsabgaben bestritten werden, das Gros der Finanzierung aus. Der Anteil der privaten Ausgaben (Zahlungen in Form von Zuzahlungen und aus privaten Krankenversicherungen) liegt bei weniger als 30 % der gesamten Gesundheitsausgaben, mit Ausnahme von Griechenland, Italien und Portugal. Der Anteil der privaten Zuzahlungen an den gesamten Gesundheitsausgaben in der EU ist in den 90er Jahren leicht gestiegen, 1998 betrug der EU-Durchschnitt 16 %. In Italien und Portugal liegt der Anteil der privaten Zuzahlungen an den gesamten Gesundheitsausgaben bei über 30 %. Offenbar wurde entgegen den Erwartungen der Anstieg der gesamten Gesundheitsausgaben aufgrund der Kostenverlagerung hin zu privaten Finanzierungsquellen nicht gedrosselt.

...und für Langzeitpflege.

Die Kosten und nationalen Entwicklungstrends im Bereich der Langzeit- (bzw. Tertiär-)Pflege sind schwierig zu ermitteln, weil diese Dienste häufig auf verschiedene öffentliche Einrichtungen und Budgets aufgeteilt sind, normalerweise auf das Gesundheitsbudget und das Budget für soziale Dienste. Die besten vorliegenden Schätzungen der öffentlichen Ausgaben für Langzeitpflege weisen einen gewichteten EU-Durchschnitt von 1,3 % des BIP im Jahr 2000 aus sowie eine Spanne, die von 0,7 % in Frankreich, Irland und Österreich bis zu 3 % in Dänemark und 2,8 % in Schweden reicht³⁸.

Die Organisation der Langzeitpflege für alte Menschen unterscheidet sich von Mitgliedstaat zu Mitgliedstaat erheblich. Dänemark verfügt über eine hohe Zahl von Betten für Langzeitpflege, während die südlichen Mitgliedsländer diesbezüglich weit unter dem EU-Durchschnitt liegen; dies geht auf die unterschiedliche Rolle familiärer Netze und informeller Pflege zurück. Dieser Sektor unterliegt einem raschen Wandel, da in den nördlichen und mitteleuropäischen Mitgliedstaaten die Dienste umgebaut oder erneuert und im Süden ausgebaut werden, was teilweise auf den Wandel der Familienstrukturen zurückgeht. Organisationen ohne Erwerbszweck spielen eine zunehmend wichtige Rolle im Gesundheitswesen und im Sektor der sozialen Dienste.

Innerhalb des Gesundheitswesens hat sich das Gleichgewicht zwischen dem primären, dem sekundären und dem tertiären Sektor³⁹ allmählich verschoben. Die sekundäre (hauptsächlich stationäre Krankenhaus-) Versorgung hat an Bedeutung verloren, was in erster Linie auf die Fortschritte bei therapeutischen Behandlungen und auf Verbesserungen im Bereich der primären Versorgung und der Tagespflege zurückzuführen ist. Dadurch ist Bedarf an einer stärkeren Dezentralisierung der Gesundheitsversorgung und an einer neuen Koordinierung

35 Britton, A. & McKee, M. 2000 'The relationship between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe' Journal of Epidemiological Community Health 2000, 54: 328-332.

36 Beschäftigung in Europa, 2002.

37 OECD Gesundheitsdaten – 2002.

38 Finanzielle Herausforderungen aufgrund der Überalterung der Bevölkerung – Wirtschaftspolitischer Ausschuss (2001).

zwischen den Beteiligten auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene entstanden. Die sich wandelnden Beziehungen zwischen Staat, Markt und gemeinnützigem Sektor im Gesundheitswesen haben zusammen mit einem wachsenden Anteil des Privatsektors neue Herausforderungen im Hinblick auf die Regelung und das Management der Gesundheitsversorgung und auf die Erreichung der Ziele der Versorgungsgerechtigkeit mit sich gebracht.

Die meisten Mitgliedstaaten sorgen für einen flächendeckenden allgemeinen Zugang ...

In jedem Mitgliedstaat sind universelle oder nahezu universelle Rechte auf Gesundheitsversorgung gewährleistet. Dies gehörte zu den wichtigsten Errungenschaften der letzten Jahrzehnte in der EU. Mit der Einführung der flächendeckenden Versorgung im Januar 2000 gesellt sich Frankreich jetzt zu Dänemark, Finnland, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, Portugal, Schweden und dem Vereinigten Königreich hinzu. Dies betrifft die Bereitstellung einer gesetzlich vorgeschriebenen allgemeinen medizinischen Grundversorgung, mit der die Gefahr einer sozialen Ausgrenzung vom Gesundheitswesen erheblich reduziert wird. Im Vergleich hierzu wird geschätzt, dass in den USA 40 Millionen Amerikaner, dies entspricht 14 % der Bevölkerung, nicht krankenversichert sind⁴⁰.

Doch trotz des universellen oder nahezu universellen Charakters der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben die Probleme des Zugangs aufgrund zahlreicher Versorgungslücken in den Mitgliedstaaten auch weiterhin bestehen. Diese Probleme kommen auf zweierlei Art und Weise zum Ausdruck: als Folge des Ausschlusses besonderer Behandlungen vom Leistungsumfang, der gesetzlichen Krankenversicherungen oder als Folge einer zunehmenden Bedeutung von Zuzahlungen durch den Nutzer.

...und entwickeln Qualitätsstandards.

Die meisten Mitgliedstaaten konnten bei der Entwicklung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen Fortschritte erzielen.⁴¹ Dies hat sich in manchen Bereichen, beispielsweise bei ambulanten Patienten und bei der Einführung von ergebnisabhängigen Standards als schwierig erwiesen. Der Druck, eine bessere Pflegequalität für die Patienten zu gewährleisten steigt ebenso wie der Kostendruck. Aufgrund des wachsenden Bewusstseins darüber, dass durch Ausgaben für unwirksame Technologien die Opportunitätskosten für andere Patienten steigen, wird zunehmend der Ruf nach Nachweisen für die finanziellen Auswirkungen und die Kosteneffizienz von Interventionen im Rahmen einer Bewertung der Gesundheitstechnologien laut. Qualitätsbeurteilungen der Gesundheitsversorgung finden sich in der einen oder anderen Form in allen EU-Mitgliedstaaten⁴².

In den Beitritts- und Kandidatenländern sind andere Strukturen zu beobachten.

Die meisten Beitritts- und Kandidatenländer geben im Vergleich zum EU-Durchschnitt einen geringeren Teil ihres Bruttoinlandsprodukts für die Gesundheitsversorgung aus.

Dieser Anteil schwankt und reicht von 2,6 % in Rumänien bis zu mehr als 8 % in Malta. In den Beitrittsländern besteht eine starke Neigung zur Einweisung von Patienten ins Krankenhaus, was hauptsächlich auf die unterentwickelten Primärversorgungssysteme zurückzuführen ist. In vielen dieser Länder ist die Zahl der Angehörigen des medizinischen Personals pro Einwohner niedriger, und die Krankenhausinfrastruktur sowie andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sind relativ schlecht entwickelt.⁴³ Theoretisch besteht auch heute noch ein allgemeiner Leistungsanspruch im Gesundheitswesen, und in den meisten Ländern ist die universelle Versorgung sichergestellt. In der Praxis jedoch werden die Leistungen rationiert, und informelle Zahlungen sind nicht ungewöhnlich⁴⁴. In manchen Beitrittsländern ist ein gewisser Trend zur Privatisierung der Gesundheitsversorgung zu beobachten. Dieser geht mit einem höheren Einsatz von Privatmitteln für die Gesundheit in Form von privaten Zuzahlungen und einer Risikoabsicherung über eine private Krankenversicherung einher.

2.5 Künftige Herausforderungen für die Gesundheitssysteme

Die Gesundheitssysteme stehen vor neuen Herausforderungen in Bezug auf finanzielle Nachhaltigkeit, Qualität und Zugang, ...

Die Nachfrage nach Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege ist in den letzten Jahrzehnten gestiegen, hauptsächlich aufgrund der Fortschritte in der Medizintechnologie und bei Behandlungen sowie der steigenden Erwartungen in unseren wohlhabenderen Gesellschaften. Die politischen Entscheidungsträger werden sich auch dem neuen strukturellen Entwicklungstrend steigender Erwartungen seitens der Nachfrager nach Gesundheitsleistungen stellen müssen. Änderungen der Lebensführung, der Arbeitsweise, der Einkommen, des Bildungsstandes und der Familienstrukturen bewirken eine Änderung der Einstellung der Menschen gegenüber der Gesundheitsversorgung. Mit der Informationsgesellschaft kann sich jeder, der über einen Internetanschluss verfügt, unmittelbar Zugang zu Kenntnissen über die neuesten Behandlungen verschaffen: Websites zu Gesundheitsfragen gehören zu den am meisten besuchten Seiten im Internet überhaupt. Eine sich ändernde Einstellung zu Fragen der Gesundheit umfasst aber auch ein gesteigertes Bewusstsein über die Rechte und Pflichten der Patienten, eine niedrigere Toleranzschwelle gegenüber Benachteiligungen und weniger Respekt gegenüber medizinischem Personal. Der Wunsch nach mehr Wahlmöglichkeiten und mehr maßgeschneiderten Dienstleistungen zusammen mit dem Zugang zu einer breiteren Palette ärztlicher Behandlungen einschließlich derjenigen, die jenseits der Grenzen des traditionellen Gesundheitssystems liegen, ist nachweislich weit verbreitet. Daher ist es wichtig, die zugrunde liegenden Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung richtig zu bewerten und diese anzugehen. Dies kann dazu beitragen, unwirksame oder sogar schädliche Behandlungen vom Leistungskatalog zu eliminieren.

39 Der sekundäre Sektor erstreckt sich auf stationäre Krankenhausversorgung; der tertiäre auf Langzeitpflege.

40 Jack Hadley (2002): Sicker and Poorer: the consequences of being uninsured. A review of the research on the relationship between health insurance, health, work, income and education. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.

41 Zu einer Diskussion der Qualitätsstandards vgl. die Mitteilung der Kommission "Health care and care for the elderly: Supporting national strategies for ensuring a high level of social protection" (2003)

42 Eine detailliertere Diskussion der Gesundheitstechnologie-Bewertung ist in Abschnitt 2.3 des Berichtes "Die soziale Lage in der Europäischen Union 2003" der Europäischen Kommission enthalten (GD Beschäftigung und Soziales, GD Eurostat).

43 Vgl. Wallace, C., Haerpfer, C., Mateeva, L., Institute for Advanced Studies, Wien, "Health and Health Care Systems in the Applicant Countries", August 2002, S. 8

44 Das Sozialschutzsystem in 13 Beitrittsländern – Bericht an die Europäische Kommission, GD Beschäftigung und Soziales – November 2002.

... aber auch in Bezug auf die technologische und therapeutische Entwicklung...

Der Fortschritt der Medizintechnologie und der medizinischen Behandlungen hat in den letzten Jahrzehnten zu einem Kostenanstieg geführt. Neue Technologien können auch die Behandlungskosten bei bestimmten Krankheiten senken, doch sie können dann zu einer Ausgabensteigerung führen, wenn Erkrankungen behandelt werden, für die es zuvor keine oder weniger wirksame Behandlungen gab, oder wenn sie bei Erkrankungen verschrieben werden, für die es kostengünstigere Behandlungsalternativen gibt. Die Auswirkungen neuer Technologien auf die künftigen Gesundheitsausgaben lassen sich nur schwer vorhersagen, doch mithilfe einer systematischen Bewertung der medizinischen Technologien und Behandlungen könnte gewährleistet werden, dass erhöhte Ausgaben ausschließlich durch den eigentlichen Prozess verursacht und Einsparmöglichkeiten tatsächlich auch genutzt werden. Eine derartige Beurteilung – und die Verbreitung und Implementierung ihrer Ergebnisse – ist für die Verwirklichung der drei Ziele Zugänglichkeit, Qualität und Nachhaltigkeit ausschlaggebend. Doch hängt die Überwachung des Fortschritts derzeit stark von der Qualität der Gesundheitsdaten ab. In der EU sind noch immer große Schwächen zu beobachten, sowohl im Hinblick auf die Datenverfügbarkeit als auch auf die Vereinheitlichung der Definitionen und Datenerhebungsmethoden.

Wie in anderen Teilen der Wirtschaft, so wurden auch im Gesundheitswesen Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) eingeführt. Mit ihrer Hilfe kann der Aufbau des Gesundheitswesens wesentlich verbessert werden. Nach Auskunft einer Reihe von Gesundheitsbehörden entfallen derzeit 20 % ihrer Anlageinvestitionen auf IKT. Eine allgemeine Verbreitung von IKT könnte neue Hindernisse für benachteiligte Gruppen beim Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung mit sich bringen, falls dies vom Patienten ein gewisses Maß an digitalen Kenntnissen erfordert.

...die Überalterung der Bevölkerung...

Als Folge anhaltend niedriger Geburtenraten und einer steigenden Lebenserwartung wird die Bevölkerung in Europa immer älter. Die ersten Kohorten der Babyboomer gehen in den kommenden zehn bis fünfzehn Jahren in Rente, was zunächst zu einer Steigerung der Rentenausgaben führen wird. Zehn Jahre später, wenn diese Kohorten den vierten Lebensabschnitt erreicht haben, werden sie allein aufgrund ihrer Zahl aller Wahrscheinlichkeit nach einen größeren Bedarf an Gesundheitsversorgung und insbesondere an Langzeitpflege haben. Doch hängt der Versorgungsbedarf zu einem gewissen Teil von der Wirksamkeit früherer und künftiger Strategien zur Gesundheitsförderung ab.

Die Auswirkungen der Alterung der Bevölkerung auf die künftigen Gesundheitskosten lassen sich nur schwer vorhersagen⁴⁵. Sie betreffen sowohl die Nachfrage als auch das Angebot an Gesundheitspflege und hängen eindeutig mit den Lebensbedingungen, der Lebensweise, der Unterstützung durch die Familie und mit der sozioökonomischen Situation

zusammen. Der für die Gesundheitsversorgung wichtigste demografische Entwicklungstrend ist die wachsende Zahl von sehr alten Menschen (über 80) vor dem Hintergrund der Verkleinerung der Haushalte und von Familien, die immer weniger in der Lage oder bereit sind, die Pflege zu übernehmen. Einerseits müssen die Gesundheitssysteme an die sich wandelnden Krankheitsmuster und an den veränderten Versorgungsbedarf angepasst werden, wobei die Altenheilkunde und die Versorgung chronisch Kranker ausgebaut werden und einen höheren Stellenwert erhalten müssen. Andererseits müssen sich professionelle Gesundheitssysteme auf eine Situation einstellen, in der sie einen wesentlich größeren Pflegebedarf bewältigen müssen, da in vielen Mitgliedstaaten die Rolle der pflegenden Angehörigen an Bedeutung verliert. Darüber hinaus geht der Anteil der sehr alten langzeitpflegebedürftigen Menschen möglicherweise als Folge einer besseren Gesundheit und geringerer Invaliditätsraten zwar zurück, doch wird die absolute Zahl dieser Menschen mit großer Wahrscheinlichkeit weiter steigen.

...und die Alterung des medizinischen Personals.

Die Probleme im Zusammenhang mit der Rekrutierung und der Verhinderung von Abwanderung medizinischen Personals, die in manchen Mitgliedstaaten bereits zutage getreten sind, werden sich aufgrund des allgemeinen Trends der Alterung und Schrumpfung des Arbeitskräftepotenzials in diesem Sektor noch verschärfen, was dazu führt, dass die Arbeitskräfte noch härter umkämpft sein werden. Beide Trends könnten sich in Kostensteigerungen niederschlagen. Damit muss sich der Gesundheitssektor auf die Auswirkungen der Alterung auf sein Personal wie auch auf seine "Kunden" einstellen. Dies gilt insbesondere für Krankenschwestern: so sind in sieben Mitgliedstaaten 40 % der Krankenschwestern bereits älter als 45 Jahre, und in weiteren fünf Mitgliedstaaten hat fast jede zweite Krankenschwester dieses Alter bereits erreicht. Der Mangel an Krankenschwestern geht aber ganz wesentlich noch auf zwei weitere Faktoren zurück: die so genannten 'Stop and go'-Trends bei der Einstellungspolitik und, was am wichtigsten ist: strapaziöse Arbeitsbedingungen zusammen mit einer bescheidenen Vergütung schlagen sich in einer hohen Personalfuktuation nieder. Die Rekrutierung von Einwanderern, um Engpässen im Gesundheitssektor zu begegnen, dürfte an Bedeutung gewinnen.

Die EU-Erweiterung kann in personeller Hinsicht neue Herausforderungen mit sich bringen. Sobald die Freizügigkeit in den neuen Mitgliedstaaten uneingeschränkt gilt, werden diese Länder im Hinblick auf das Behandlungs- und Dienstangebot vor Probleme gestellt, da sich viele Menschen in anderen Mitgliedstaaten ärztlich behandeln lassen und die höheren Löhne in den derzeitigen EU-Mitgliedstaaten medizinisches Personal anlocken.

Als Reaktion darauf wird der Gesundheitssektor einen ständigen Wandel durchleben und bessere Synergieeffekte mit anderen Politikbereichen erzielen.

Die Auswirkungen des technologischen Fortschritts, steigender Einkommen und Erwartungen und der Alterung der Bevölkerung zusammengenommen führen zu einem

⁴⁵ Die Vorausschätzungen auf der Grundlage der Basis-Varianten-Bevölkerungsszenarios von Eurostat deuten darauf hin, dass in der EU im Durchschnitt der Umfang der gesamten Gesundheitsausgaben ceteris paribus in den nächsten 25 Jahren aufgrund der geänderten Altersstruktur der Bevölkerung um fast 0,6 % pro Jahr real zunehmen könnte. Darüber hinaus hat der Wirtschaftspolitische Ausschuss geschätzt, dass der altersbedingte Anstieg der öffentlichen Ausgaben für Gesundheits- und Langzeitpflege im Zeitraum 2000 bis 2050 bei 2 % bis 3 % des BIP liegen könnte. Bei diesen Vorausschätzungen ist jedoch Vorsicht geboten, da sie sich auf sehr lange Zeiträume beziehen und von mehreren Annahmen über die künftigen wirtschaftlichen und Verhaltensentwicklungen ausgehen.

Strukturtrend hin zu steigenden Gesundheitsausgaben. Daher wird eine Hauptaufgabe der künftigen Gesundheitspolitik darin bestehen, Gesundheitsdienstleistungen so wirksam und kosteneffizient zu gestalten, dass ein breiter Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege im Sinne der Nachhaltigkeit geschaffen wird, auch angesichts dieser Trends. Hierzu ist ein entschlossenes Vorgehen im Hinblick auf eine bessere Verwaltung und Bewertung der Auswirkungen von Eingriffen, Behandlungen und Technologien im Gesundheitswesen erforderlich.

Mit der Alterung wächst auch der Druck auf die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen und Langzeitpflege. Langfristig werden die politischen Entscheidungsträger und Verwaltungsbeamten vor einen ganzen Komplex von Herausforderungen gestellt, denn sie müssen sich an unvermittelte Veränderungen der Krankheitsbilder anpassen und zugleich versuchen, dem Bedarf an Arbeitskräften gerecht zu werden und dabei den Zielen der Nachhaltigkeit, Qualität und Zugänglichkeit zu entsprechen.

Die engen Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Faktoren (insbesondere Bildungsstand, Familienstrukturen, geschlechtsspezifische Ungleichheiten, Einkommen und

Beschäftigung) und Gesundheit können in allen Mitgliedstaaten beobachtet werden, und die Ungleichheiten beim Gesundheitszustand sind noch immer erheblich. Diese Ungleichheiten können zwar von der Beschaffenheit der Gesundheitssysteme nicht völlig losgelöst werden, stehen jedoch in erster Linie mit gesellschaftlichen Ungleichheiten im weiteren Sinne in Zusammenhang, die sich in den sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit widerspiegeln. Auf dieser Grundlage kann man den Standpunkt vertreten, dass eine Politik, die Beschäftigung fördert, die Qualität der Arbeitsplätze verbessert oder Ungleichheiten zu beseitigen versucht, den Gesundheitszustand der Bevölkerung wesentlich verbessern kann. Eine der Erkenntnisse dieses Berichts lautet, dass neben der Gesundheitspolitik auch die Sozial- und Beschäftigungspolitik zusammen mit der Wirtschaftspolitik wesentlich zur Erreichung und zum Erhalt eines guten Gesundheitszustandes beitragen können. Daher besteht eine weitere große Herausforderung darin, Möglichkeiten zu finden, um die Synergieeffekte zwischen der Gesundheits- und anderen Politikbereichen, die die sozioökonomischen und ökologischen Determinanten der Gesundheit beeinflussen, besser zu nutzen, damit gute, gesunde Lebensbedingungen für alle Europäer in allen Lebensphasen geschaffen werden können.⁴⁶

46 Die Mitteilung der Kommission über Impact Assessment (Beurteilung von Wirkungen), KOM(2002)276 endg., ist für diese Diskussion relevant.

3 Die Belastbarkeit des europäischen Sozialmodells

Als der Europäische Rat von Kopenhagen sich 1993 die Frage stellte, weshalb die Union im Hinblick auf Wachstumspotenzial, Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung hinter anderen großen Wirtschaftsräumen hinterherhinkte, wurde von mehreren Seiten darauf hingewiesen, dass das schlechtere Abschneiden der Union auf grundlegende Schwächen des europäischen Gesellschaftsmodells zurückzuführen sei. Andere wiederum behaupteten, die Grundsätze des europäischen Gesellschaftsmodells seien voll und ganz mit den Bemühungen vereinbar, die Leistung der Union insgesamt wesentlich zu verbessern. Zehn Jahre später scheinen die für den Bericht über "Die soziale Lage in der Europäischen Union" erhobenen Daten zu bestätigen, dass die Union und ihre Mitgliedstaaten beschlossen haben, das Konzept zum Schutz der Solidarität und des sozialen Zusammenhalts beizubehalten⁴⁷.

Die in diesem Bericht erwähnten Indikatoren für Beschäftigung, Bildung, Gesundheit und das allgemeine Wohlbefinden bestätigen im Allgemeinen, dass wesentliche Fortschritte erzielt wurden und Europa in der Lage ist, wie andere große Wirtschaftsräume auch, gute Lebensbedingungen für den weitaus größten Teil seiner Bürger zu schaffen.

Die Förderung der Beschäftigung und die Modernisierung des Sozialschutzes sind in den letzten zehn Jahren in zunehmendem Maße zu den wichtigsten Prioritäten geworden, die im Mittelpunkt der Gesamtstrategie der Union stehen. Die Beschäftigungs- und Sozialpolitik in den Mitgliedstaaten hat einen raschen Wandel erlebt; ein Teil des Rückstandes konnte aufgeholt werden, und es fand eine Annäherung statt. Daher konnte man beobachten, dass die europäischen Konzepte auf der Grundlage einer Kombination aus Marktdynamik und Anstrengungen des Staates nicht von der Bildfläche verschwunden sind, sondern dass ganz im Gegenteil das europäische Sozialmodell gestärkt und weiterentwickelt wurde.

Inzwischen ist allgemein anerkannt, dass eine hochwertige Sozialpolitik, die auch auf hohe Beschäftigung ausgerichtet ist, die Wirtschaftskraft stärken kann. Das Gesundheitswesen ist ein gutes Beispiel für diese Synergie zwischen der sozialen und

der wirtschaftlichen Dimension. Auf der einen Seite trägt dieser Sektor zur Lebensqualität bei, und eine bessere Gesundheit schlägt sich in einer besseren wirtschaftlichen Leistungskraft nieder (höhere Produktivität, geringere Fehlzeiten, weniger Bedarf an Gesundheitsversorgung usw.). Auf der anderen Seite wirkt ein besser entwickeltes Gesundheitswesen wie ein Motor für das Beschäftigungswachstum. Im Gesundheits- und Sozialsektor wurden zwischen 1995 und 2001 über 2 Millionen Arbeitsplätze geschaffen, dies entspricht 18 % der in diesem Zeitraum insgesamt neu geschaffenen Stellen; der Anteil dieses Sektors an der Gesamtbeschäftigung beträgt inzwischen fast 10 %.

Wie bereits im diesjährigen zusammenfassenden Bericht erwähnt⁴⁸, handelt es sich bei den Mitgliedstaaten, in denen die wesentlichen Indikatoren am besten abschneiden, genau um diejenigen, in denen die Grundsätze des aktiven Wohlfahrtsstaates mit der größten Konsequenz und mit dem größten Engagement umgesetzt werden. Die Leistung dieser Mitgliedstaaten zeigt, dass ein Potenzial für weitere Fortschritte vorhanden ist, welches in den kommenden Jahren besser erschlossen werden muss. Die europäische Beschäftigungsstrategie und die weiteren Fortschritte bei der Modernisierung des Sozialschutzes und der Förderung der sozialen Eingliederung sind so konzipiert, dass alle Mitgliedstaaten in die Lage versetzt werden, aus einem gemeinsamen Wissensfundus zu der Frage zu schöpfen, wie Europa auf dem Weg zur wirtschaftlichen und sozialen Nachhaltigkeit weiter voranschreiten kann.

Sicherlich bleiben noch viele Probleme ungelöst, und die Union wird in den kommenden zehn Jahren mit noch größeren Herausforderungen konfrontiert werden, als dies in den letzten Jahren bereits der Fall war. So ist beispielsweise die Entwicklung im Hinblick auf die junge Generation, wie mehrmals im Bericht über die soziale Lage erwähnt wird, noch immer besorgniserregend: anhaltende Arbeitslosigkeit, besonders hohe Sterberaten und eine hohe Zahl von Arbeitsunfällen oder auch mangelnde Berufsbildung. Einen weiteren Anlass zur Sorge bieten die fortbestehenden Armutsfälle. Doch weisen hier, wie diejenigen Mitgliedstaaten gezeigt haben, die am besten abschneiden, die Verbesserung und Modernisierung der Funktionsweise des europäischen Sozialmodells den Weg.

47 Wachstum, Wettbewerbsfähigkeit, Beschäftigung – Herausforderungen der Gegenwart und Wege ins 21. Jahrhundert; Kommission, 1993.

48 "Entscheidung für Wachstum: Wissen, Innovation und Arbeit in einer auf Zusammenhalt gegründeten Gesellschaft" – Bericht für die Frühjahrstagung des Europäischen Rates am 21. März 2003 über die Lissabonner Strategie zur wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Erneuerung, KOM(2003) 5 endg.

Anhang

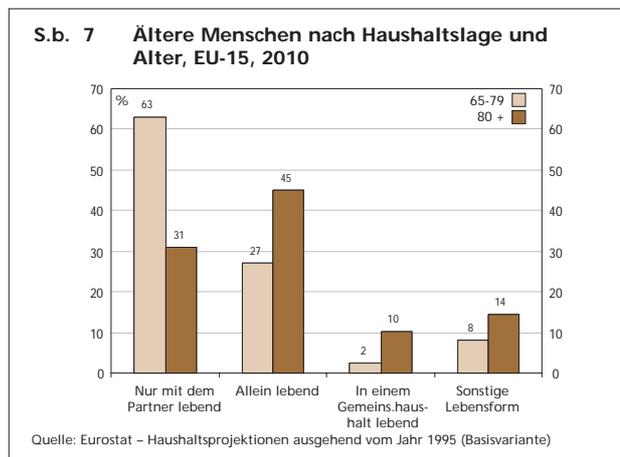
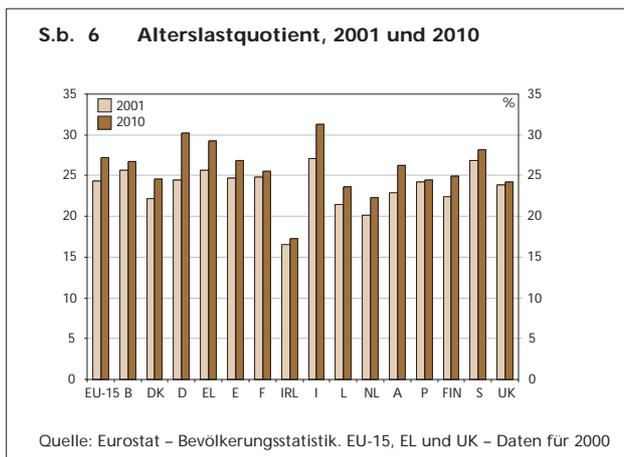
Überalterung der Bevölkerung

Im Jahr 2001 gab es in der EU 62 Millionen Menschen im Alter von 65 Jahren und älter gegenüber nur 34 Millionen im Jahr 1960. Heute stellen die älteren Menschen 16 % der Gesamtbevölkerung bzw. 24 % der Gruppe, die als Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter bezeichnet wird (15-64 Jahre). Bis zum Jahr 2010 wird mit einem Anstieg dieser Quote auf 27 % gerechnet. In den nächsten fünfzehn Jahren wird der Anteil der „sehr Alten“ (80 Jahre und darüber) um fast 50 % zunehmen.

Schlüsselindikator

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Alterslastquotient (Bevölkerung ab 65 Jahre im Verhältnis zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15-64 Jahre), Stichtag 1. Januar)																
1990	21,6	22,1	23,2	21,6	20,4	20,2	21,1	18,6	21,5	19,3	18,6	22,1	20,0	19,8	27,7	24,0
1995	23,0	23,8	22,7	22,5	22,8	22,3	23,0	17,8	24,1	20,6	19,3	22,4	21,6	21,1	27,4	24,3
2000	24,3	25,5	22,2	23,9	25,6	24,6	24,6	16,8	26,6	21,4	20,0	22,9	23,8	22,2	26,9	23,9
2001	:	25,7	22,2	24,5	:	24,7	24,8	16,6	27,1	21,5	20,1	22,9	24,2	22,4	26,8	:
2010	27,3	26,7	24,6	30,3	29,2	26,8	25,5	17,3	31,3	23,6	22,3	26,3	24,5	24,9	28,1	24,2

Quelle: Eurostat – Bevölkerungsstatistik



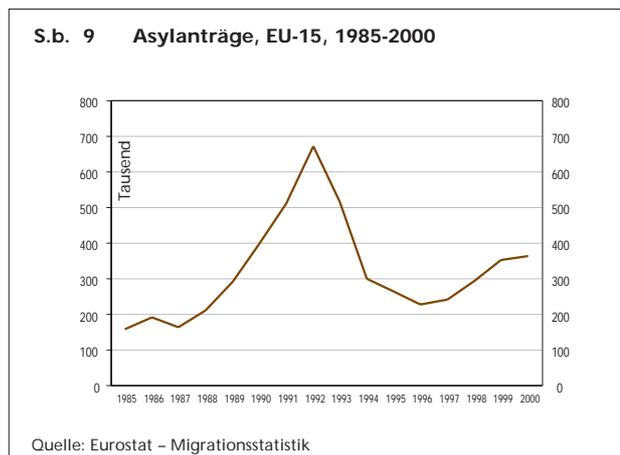
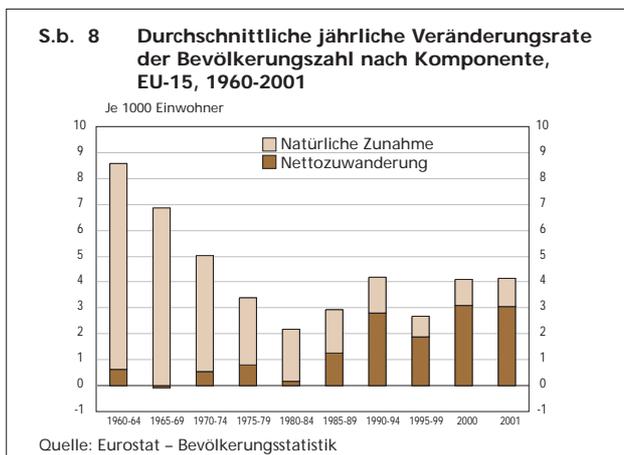
Wanderungsbewegungen und Asylanträge

Seit 1989 stellt die Nettozuwanderung die wichtigste Komponente der jährlichen Bevölkerungsentwicklung in der Union dar. Im Jahr 2001 betrug die jährliche Nettozuwanderungsquote 3,1 je 1000 Einwohner, was rund 74 % des gesamten Bevölkerungswachstums entspricht. Im Jahr 2000 waren rund 5 % der EU-Bevölkerung Ausländer (3,4 % Staatsangehörige von Drittländern und 1,5 % Bürger der EU). In den 15 Mitgliedstaaten wurden knapp über 363 000 Asylanträge gestellt.

Schlüsselindikator

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Nettozuwanderungsquote (je 1000 Einwohner)																
2001	3,1	3,2	2,3	3,2	3,3	5,8	1,0	7,8	2,9	7,5	3,1	2,2	6,3	1,2	3,2	2,6
2000	3,1	1,3	1,9	2,0	1,2	8,8	0,8	7,0	3,1	8,3	3,6	2,1	4,9	0,5	2,7	3,3
Durchschnittliche jährliche Nettozuwanderungsquote																
1995-99	1,9	1,1	3,0	2,5	1,9	1,1	0,7	4,3	2,1	10,0	2,0	1,0	1,1	0,8	1,1	2,0
1990-94	2,8	1,9	2,0	7,0	5,7	0,4	1,3	-0,4	1,9	10,5	2,7	7,5	-1,3	1,8	3,7	1,3

Quelle: Eurostat – Bevölkerungsstatistik



Bildungsabschlüsse

Das Bildungsniveau der Bevölkerung ist in den letzten dreißig Jahren beträchtlich gestiegen, insbesondere bei den Frauen. Heute haben 75 % der jungen Menschen im Alter zwischen 25 und 29 Jahren in der Union einen Abschluss der Sekundarstufe II. Gleichzeitig verlassen jedoch 19 % der 18-24-Jährigen das Bildungssystem bestenfalls mit einem Abschluss der Sekundarstufe I.

Schlüsselindikator

Schulabbrecher, die nicht an einer Weiterbildungs- oder Berufsbildungsmaßnahme teilnehmen (Anteil der 18-24-Jährigen mit einem Schulabschluss geringer als Sekundarstufe II (ISCED 0-2) außerhalb des Bildungs- und Ausbildungssystems, 2001

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2001	19	14	17	13	17	29	14	19	26	18	15	10	45	10	11	:

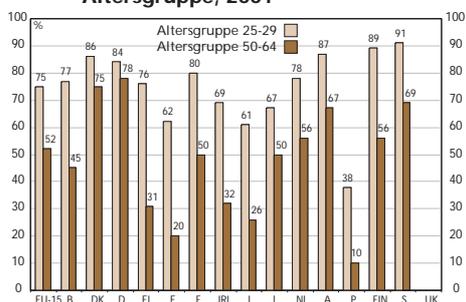
18-24-Jährige nach Beschäftigungsstatus (%), 2001

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Innerh. des Bildungs- und Besch.systems	16	6	37	27	2	7	9	11	3	8	44	15	7	28	19	30
Innerh. des Bildungs- und außerh. des Besch.systems	36	49	25	29	45	45	47	32	45	49	18	30	36	30	31	19
Außerh. des Bildungs- und innerh. des Besch.systems	34	33	32	33	32	36	31	42	31	36	33	46	48	31	40	38
Weder im Bildungs- noch im Besch.system	14	12	6	11	21	13	13	14	22	7	5	8	10	12	9	13

Quelle: Eurostat – Arbeitskräfteerhebung in der Europäischen Union.

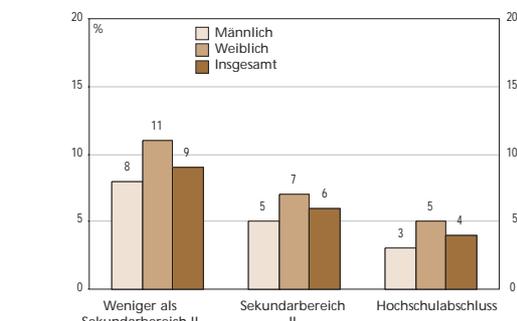
Anmerkung: IRL – Daten für 1997. UK – Keine Daten zu Schulabbrechern. Eine einheitliche Definition der Sekundarstufe II steht noch aus.

S.b. 10 Bevölkerungsanteil, der zumindest die Sekundarstufe II abgeschlossen hat, nach Altersgruppe, 2001



Quelle: Eurostat – Arbeitskräfteerhebung in der Europäischen Union
Anmerkung: IRL – Daten für 1997. Keine Daten zu UK. Eine einheitliche Definition der Sekundarstufe II steht noch aus.

S.b. 11 Arbeitslosenquoten der Altersgruppe 25-64 nach Geschlecht und Bildungsabschluss, EU-15, 2001



Quelle: Eurostat – Arbeitskräfteerhebung in der Europäischen Union
Anmerkung: UK – GCSE 'O'-Abschlüsse sind in Sekundarstufe II (ISCED 3) enthalten.

Lebenslanges Lernen

Im Jahr 2001 hatten EU-weit 8 % der Bevölkerung im Alter zwischen 25 und 64 Jahren in den vier Wochen vor der Erhebung an Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen teilgenommen. Besonders verbreitet sind solche Bildungsmaßnahmen offenbar in den nordischen Ländern, den Niederlanden und im Vereinigten Königreich. Älteren Menschen wird seltener eine Fortbildung zuteil als jüngeren. Personen mit einer höheren Qualifikation nehmen häufiger an solchen Maßnahmen teil als gering Qualifizierte.

Schlüsselindikator

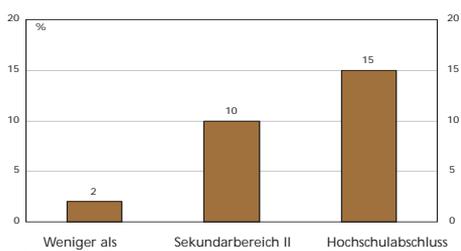
Lebenslanges Lernen (Anteil der 25 bis 64 Jährigen, die in den 4 Wochen vor dem Stichtag an Maßnahmen der allgemeinen und beruflichen Bildung teilgenommen haben), 2001

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Insgesamt, 25-64	8	7	18	5	1	5	3	5	5	5	16	8	3	19	17	22
25-34	14	12	27	13	4	11	6	9	12	9	25	14	8	28	25	26
35-44	8	8	19	5	1	3	2	5	3	6	18	8	2	21	18	24
45-54	6	5	14	3	0	2	1	3	2	3	13	7	1	18	15	20
55-64	3	2	8	1	0	1	0	1	1	1	7	2	0	8	10	13

Anmerkung: F – Die Bildungsmaßnahme muss zur Zeit des Interviews stattfinden, um erfasst zu werden. IRL – Daten für 1997.

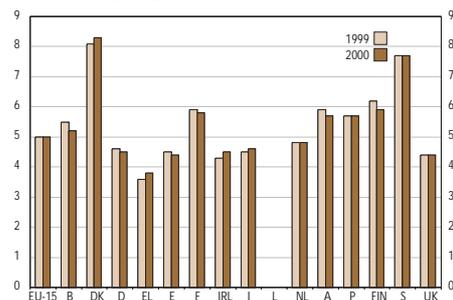
Quelle: Eurostat – Arbeitskräfteerhebung in der Europäischen Union.

S.b. 12 Lebenslanges Lernen (Anteil der 25 bis 64 Jährigen, die in den 4 Wochen vor dem Stichtag an Maßnahmen der allgemeinen und beruflichen Bildung teilgenommen haben), nach Bildungsabschluss, EU-15, 2001



Quelle: Eurostat – Arbeitskräfteerhebung in der Europäischen Union. Anmerkung: F – Die Bildungsmaßnahme muss zur Zeit des Interviews stattfinden, um erfasst zu werden. IRL – Daten für 1997. UK – GCSE 'O'-Abschlüsse sind in Sekundarstufe II (ISCED 3) enthalten

S.b. 13 Ausgaben für Humanressourcen (Öffentliche Bildungsausgaben insgesamt in Prozent des BIP), 1999 oder 2000



Quelle: Eurostat Bildungsstatistik

Beschäftigung

Im Jahr 2001 waren in der Union schätzungsweise 168 Millionen Menschen erwerbstätig, über 12 Millionen mehr als im Jahr 1996. Das entspricht einer jährlichen Zunahme von etwa 1,5 %. Im Jahr 2001 stieg die Beschäftigung um 1,2 %. Die Beschäftigungsquote für die Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren lag 2001 bei 64 %.

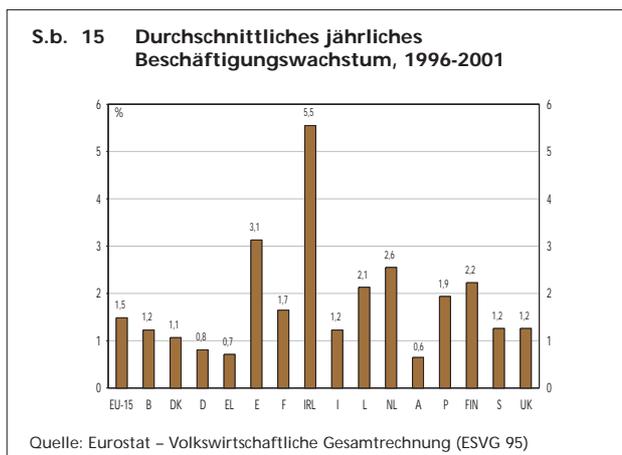
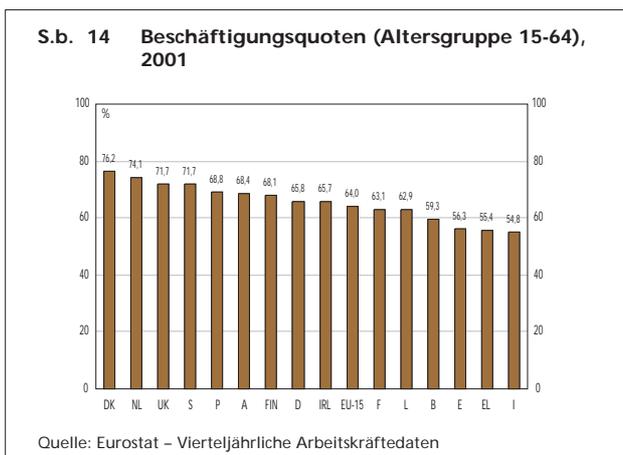
Schlüsselindikator

Beschäftigungsquote, Altersgruppe 15-64	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2001	64,0	59,3	76,2	65,8	55,4	56,3	63,1	65,7	54,8	62,9	74,1	68,4	68,8	68,1	71,7	71,7
2000	63,2	60,5	76,3	65,4	55,7	54,8	62,0	65,2	53,7	62,7	72,9	68,4	68,3	67,3	70,8	71,5

Beschäftigungstrend

Gesamtbeschäftigung 2001 (Millionen)	167,9	4,0	2,8	38,8	3,9	16,0	24,8	1,7	23,5	0,3	8,3	4,0	5,0	2,3	4,3	28,2
Gesamtbeschäftigung 2000 (Millionen)	165,8	3,9	2,8	38,7	3,9	15,6	24,3	1,7	23,1	0,3	8,1	4,0	4,9	2,3	4,2	27,9
Gesamtbeschäftigung 1996 (Millionen)	156,1	3,7	2,6	37,3	3,8	13,7	22,8	1,3	22,1	0,2	7,3	3,9	4,5	2,1	4,1	26,5
2001/1996 (durchschnittliches Jahreswachstum in %)	1,5	1,2	1,1	0,8	0,7	3,1	1,7	5,5	1,2	2,1	2,6	0,6	1,9	2,2	1,2	1,2
2001/2000 (jährliches Wachstum in %)	1,2	1,2	0,2	0,2	0,2	2,5	2,0	2,9	1,6	2,2	2,1	0,2	1,6	1,2	1,9	0,9

Quelle: Eurostat – Vierteljährliche Arbeitskräfte-daten



Beschäftigung älterer Arbeitnehmer

Die Beschäftigungsquote der Männer im Alter von 55 bis 64 Jahren in der EU ist zwar in den letzten vier Jahren um 1,5 Prozentpunkte auf 48,7 % im Jahr 2001 gestiegen, liegt damit jedoch immer noch unter der Quote von 1991 (51,2 %). Die vergleichbare Quote der Frauen ist im Gegensatz dazu stetig auf 29 % im Jahr 2001 angestiegen. Insgesamt waren im Jahr 2001 38,6 % der Bevölkerung zwischen 55 und 64 Jahren erwerbstätig. Das durchschnittliche Alter der Männer, die 2001 aus dem Erwerbsleben ausschieden, lag bei 60,5, während Frauen etwa 1,5 Jahre früher in den Ruhestand gingen. Das entsprechende Austrittsalter für beide Gruppen lag bei 60 Jahren.

Schlüsselindikator

Beschäftigungsquote älterer Arbeitnehmer (erwerbstätige ältere Arbeitnehmer (im Alter von 55 – 64 Jahren) als Anteil an der gesamten Bevölkerung im Alters 55 – 64, 2001	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Insgesamt	38,6	26,5	58,0	37,7	38,0	38,9	31,0	46,8	28,0	24,4	39,6	28,6	50,3	45,7	66,5	52,3
Männlich	48,7	36,5	65,5	46,1	55,0	57,4	35,4	64,7	40,4	34,8	51,1	40,0	61,6	46,7	69,1	61,7
Weiblich	28,9	16,9	49,8	29,5	22,5	21,8	26,7	28,8	16,2	14,0	28,0	17,9	40,6	44,8	63,8	43,1

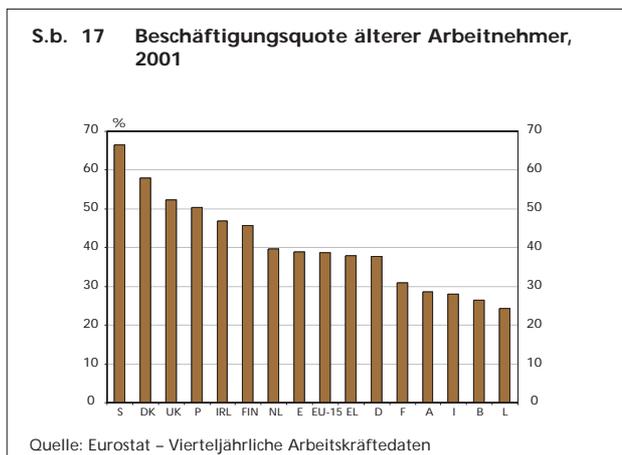
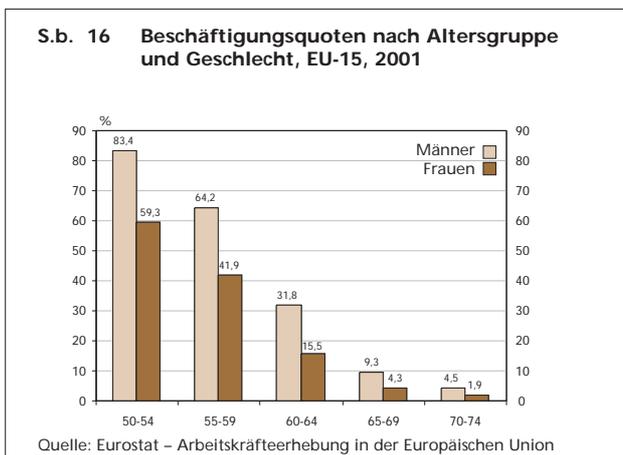
Effektives durchschnittliches Austrittsalter aus dem Berufsleben (Durchschnitt der Austrittsalter gewichtet mit der Wahrscheinlichkeit eines Ausscheidens aus dem Arbeitsmarkt), 2001

Insgesamt	59,9	57,0	61,9	60,7	59,6	60,6	58,1	63,1	59,4	56,8	60,9	59,6	62,0	61,6	62,0	62,1
Männlich	60,5	57,8	62,2	60,9	61,2	60,7	58,2	63,2	59,6	57,5	61,1	60,0	62,0	61,6	62,1	63,1
Weiblich	59,1	55,9	61,1	60,4	57,7	60,2	58,0	62,2	59,2	55,3	60,3	58,6	61,5	61,4	61,9	61,0

Erwerbstätige 55-64 Jahre, 2001 (1000)

	16662	259	352	4398	489	1578	1754	158	2002	16	654	270	542	254	695	3240
--	-------	-----	-----	------	-----	------	------	-----	------	----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Quelle: Eurostat – Arbeitskräfteerhebung in der Europäischen Union und Vierteljährliche Arbeitskräfte-daten



Arbeitslosigkeit

Im Jahr 2001 sank die Gesamtzahl der Arbeitslosen in der Europäischen Union auf 12,8 Millionen. Diese Zahl entspricht einer Arbeitslosenquote von 7,4 %, der niedrigsten Quote seit 1992. Zwischen 2000 und 2001 verzeichneten Spanien, Frankreich, Finnland und Schweden den größten Rückgang ihrer Arbeitslosenquote, obwohl Spanien nach wie vor die höchste Quote aufweist (10,6 %), geringfügig mehr als Griechenland (10,5 %). Die Quote ging in allen Mitgliedstaaten zurück, außer in Portugal, wo sie auf dem niedrigsten Stand von 4,1 % blieb.

Schlüsselindikator

Arbeitslosenquote (Anteil der Arbeitslosen an der gesamten Erwerbsbevölkerung. Harmonisierte Reihen.)

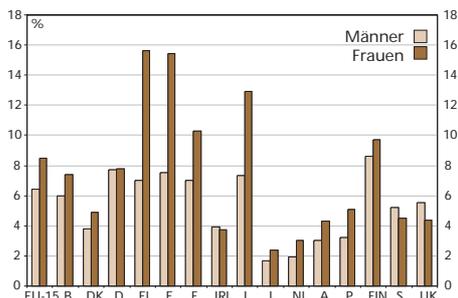
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2001 Insgesamt	7,4	6,6	4,3	7,7	10,5	10,6	8,6	3,8	9,4	2,0	2,4	3,6	4,1	9,1	4,9	5,0
2001 Männlich	6,4	6,0	3,8	7,7	7,0	7,5	7,0	3,9	7,3	1,7	1,9	3,0	3,2	8,6	5,2	5,5
2001 Weiblich	8,5	7,4	4,9	7,8	15,6	15,4	10,3	3,7	12,9	2,4	3,0	4,3	5,1	9,7	4,5	4,4
2000 Insgesamt	7,8	6,9	4,4	7,8	11,1	11,3	9,3	4,2	10,4	2,3	2,8	3,7	4,1	9,8	5,8	5,4
1994 Insgesamt	10,5	9,8	7,7	8,2	8,9	19,8	11,8	14,3	11,0	3,2	6,8	3,8	6,9	16,6	9,4	9,4

Arbeitslosigkeit (1000), 2001

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
	12861	286	123	3073	457	1892	2221	68	2248	4	198	137	212	238	225	1485

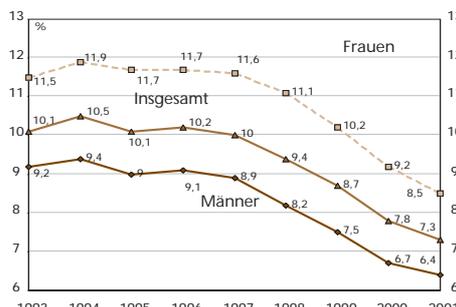
Quelle: Eurostat – Arbeitslosenquoten (IAO-Definition)

S.b. 18 Arbeitslosenquoten nach Geschlecht, 2001



Quelle: Eurostat – Arbeitslosenquoten (IAO-Definition)

S.b. 19 Trend der Arbeitslosenquote nach Geschlecht, EU-15, 1993-2001



Quelle: Eurostat – Arbeitslosenquoten (IAO-Definition)

Jugendarbeitslosigkeit

In der EU waren im Jahr 2001 7,3 % der jungen Menschen (im Alter von 15 bis 24 Jahren) ohne Beschäftigung. Die Arbeitslosenquote (als Prozentsatz der Erwerbsbevölkerung) der Jugendlichen betrug 14,7 %. Bei diesen beiden Prozentzahlen gibt es deutliche länderspezifische Unterschiede, die sich möglicherweise z. T. dadurch erklären lassen, dass sich ein erheblicher Teil dieser Altersgruppe noch in der Ausbildung befindet. Das Jugendarbeitslosigkeit/Bevölkerungs-Verhältnis ist zwischen 2000 und 2001 nicht dem rückläufigen Trend der allgemeinen Arbeitslosigkeit gefolgt; in fünf Mitgliedstaaten hat es zugenommen, in fünf ist es konstant geblieben, in den verbleibenden fünf Mitgliedstaaten ist es gefallen.

Schlüsselindikator

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Quotient Jugendarbeitslosigkeit/Bevölkerung																
2001	7,3	5,8	5,9	4,7	10,2	10,8	6,9	3,3	10,2	2,5	4,1	3,2	4,5	10,3	5,2	7,7
2000	7,6	6,1	5,0	4,6	11,1	11,3	6,9	3,3	11,6	2,5	4,1	2,9	4,1	11,1	5,1	8,0
1994	10,4	8,2	7,0	4,8	10,3	19,3	10,1	10,7	12,4	3,3	6,6	3,5	6,5	14,8	10,6	10,9

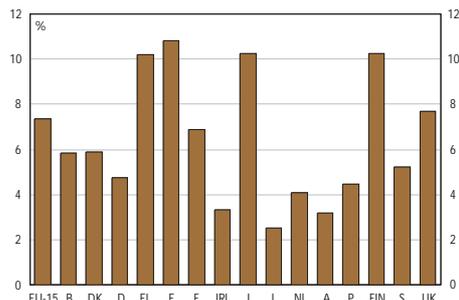
Quelle: Eurostat – Vierteljährliche Arbeitskräfteindizes

Jugendarbeitslosenquote

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2001 Insgesamt	14,7	17,6	8,5	8,2	28,1	21,5	19,3	6,6	28,1	7,5	5,5	5,8	9,3	19,7	11,0	11,9
2001 Männlich	13,8	16,5	7,6	9,2	21,7	16,6	17,2	6,8	24,9	8,5	4,7	5,1	7,3	19,5	12,2	13,2
2001 Weiblich	15,7	19,1	9,5	7,1	35,1	27,9	21,9	6,3	32,0	6,3	6,3	6,7	11,8	20,0	9,8	10,3
2000 Insgesamt	15,4	17,0	7,0	8,5	29,5	22,6	19,7	6,5	30,7	7,2	5,6	5,3	8,8	21,3	11,2	12,3
1994 Insgesamt	20,9	23,2	10,2	8,4	27,7	40,2	28,7	23,0	31,9	7,1	10,9	5,7	15,0	34,0	22,0	16,4

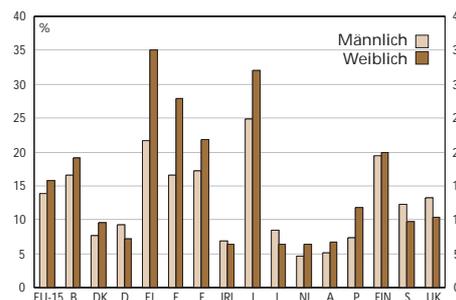
Quelle: Eurostat – Arbeitslosenquoten (IAO-Definition)

S.b. 20 Quotient Jugendarbeitslosigkeit/Bevölkerung (15-24 Jahre), 2001



Quelle: Eurostat – Arbeitslosenquoten (IAO-Definition)

S.b. 21 Jugendarbeitslosenquoten (15-24 Jahre) nach Geschlecht, 2001



Quelle: Eurostat – Arbeitslosenquoten (IAO-Definition)

Langzeitarbeitslosigkeit

Im Jahr 2001 waren 3,3 % der Erwerbsbevölkerung in EU-15 von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen. Das bedeutet, dass 44 % der erwerbslosen Personen mindestens ein Jahr lang ohne Arbeit waren. Die Langzeitarbeitslosenquote ist zwar in den letzten Jahren gesunken, liegt aber in Griechenland, Spanien und Italien immer noch bei 5 % und mehr. In der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre waren 6,9 % der Erwerbsbevölkerung der EU mindestens sechs Monate arbeitslos.

Schlüsselindikator

Langzeitarbeitslosenquote (Langzeitarbeitslose Bevölkerung (über 12 Monate) in Prozent der Erwerbsbevölkerung insgesamt im Alter von 15-64 Jahren – harmonisierte Reihen.)	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2001 - insgesamt	3,2	3,3	0,9	3,9	5,4	5,1	2,9	1,3	5,9	0,5	0,8	0,9	1,5	2,5	1,2	1,3
2001 - männlich	2,8	:	0,8	:	3,2	3,0	:	1,6	4,5	:	0,7	0,9	1,2	2,7	1,4	1,7
2001 - weiblich	3,9	:	1,0	:	8,7	8,1	:	0,8	8,0	:	1,0	1,0	1,9	2,3	1,0	0,8
2000	3,7	3,8	1,0	4,0	6,1	5,9	3,7	1,6	6,4	0,5	1,1	1,0	1,6	2,8	1,7	1,5
1994	5,2	5,6	2,9	3,8	4,4	12,9	4,7	9,4	6,7	0,9	3,1	1,0	2,6	6,1	2,5	4,2

Quelle: Eurostat – Vierteljährliche Arbeitskräfteerhebungen

Anteil der 12 oder mehr Monate arbeitslosen Personen an der Gesamtzahl der Arbeitslosen

2001	43,8	49,5	21,0	50,2	51,5	47,9	33,7	32,9	62,5	26,3	35,3	26,2	36,5	27,6	24,5	25,4
2000	47,0	55,1	22,8	51,2	54,9	52,4	40,1	39,1	61,8	23,4	39,6	26,5	39,1	28,8	28,5	27,6
1994	49,7	56,8	37,7	46,4	49,1	65,1	40,1	65,6	61,0	29,0	46,1	25,2	37,5	36,8	26,3	44,8

Quelle: Eurostat – Arbeitskräfteerhebung in der Europäischen Union und Vierteljährliche Arbeitskräfteerhebungen

Langzeitarbeitslosigkeit der Jugendlichen (6 Monate oder länger)

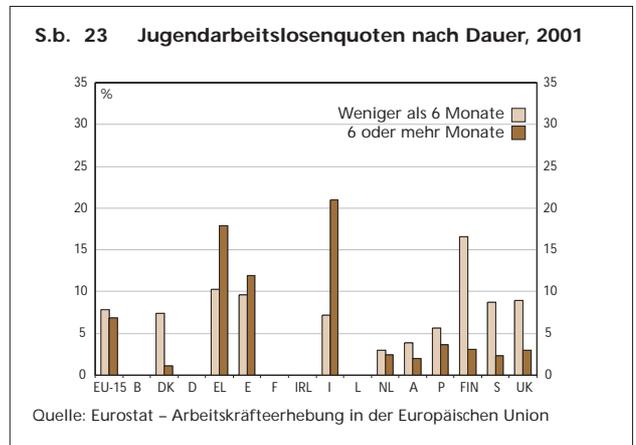
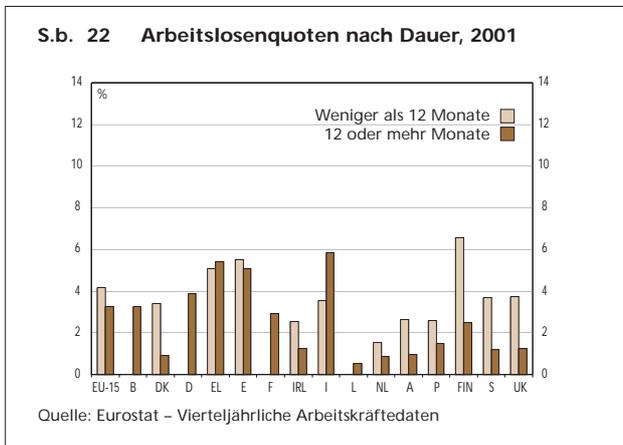
2001	6,9	:	1,1	:	17,9	11,9	:	:	21,0	:	2,5	2,0	3,7	3,1	2,3	3,0
2000	7,7	7,8	0,5	3,7	20,3	12,9	8,3	0,5	22,5	1,8	3,1	1,6	3,2	3,8	2,5	3,3
1994	13,1	12,8	3,4	4,4	19,3	30,2	13,9	17,0	25,1	4,1	10,0	1,7	7,1	7,6	10,0	8,0

Quelle: Eurostat – Arbeitskräfteerhebung in der Europäischen Union

Anteil der 6 oder mehr Monate arbeitslosen Jugendlichen an der Gesamtzahl der arbeitslosen Jugendlichen

2001	47,3	:	12,6	:	63,5	48,2	:	:	74,3	:	54,0	34,5	40,0	15,9	27,5	25,1
2000	48,5	44,7	7,6	44,0	68,7	49,1	42,6	7,4	72,4	27,3	54,0	31,4	37,5	17,9	28,4	27,0

Quelle: Eurostat – Arbeitskräfteerhebung in der Europäischen Union



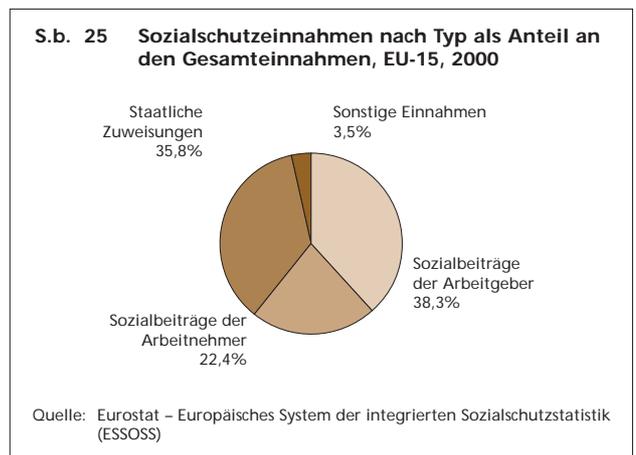
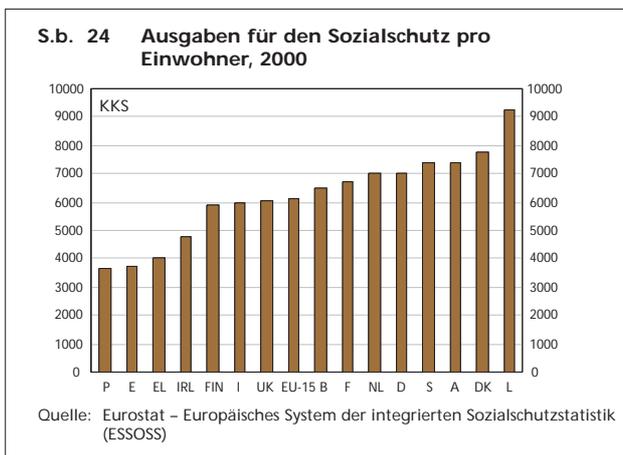
Sozialschutzausgaben und -einnahmen

Im Jahr 2000 war ein realer Rückgang der Sozialschutzausgaben in der Europäischen Union zu verzeichnen: Sie beliefen sich auf 27,3 % des BIP, d. h. diese Quote ist einen Punkt niedriger als im Jahr 1996. Zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten gibt es erhebliche Unterschiede; das Verhältnis zwischen den Pro-Kopf-Ausgaben in KKS in dem Land mit den höchsten Ausgaben und dem Land mit den geringsten Ausgaben beträgt 2,5. Auch in der Art der Finanzierung des Sozialschutzes weisen die Länder deutliche Unterschiede auf: Manche bevorzugen Sozialbeiträge, andere öffentliche Abgaben.

Schlüsselindikator

Sozialschutzausgaben als Anteil des BIP	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2000	27,3	26,7	28,8	29,5	26,4	20,1	29,7	14,1	25,2	21,0	27,4	28,7	22,7	25,2	32,3	26,8
1996	28,4	28,6	31,4	29,9	22,9	21,9	31,0	17,8	24,8	24,0	30,1	29,5	21,2	31,6	34,7	28,1
1991	26,4	27,1	29,7	26,1	21,6	21,2	28,4	19,6	25,2	22,5	32,6	27,0	17,2	29,8	34,3	25,7

Quelle: Eurostat – Europäisches System der integrierten Sozialschutzstatistik (ESSOSS)



Sozialleistungen

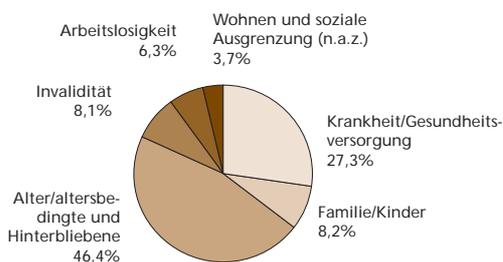
Im Jahr 2000 entfiel in den meisten Mitgliedstaaten der größte Teil der Sozialausgaben auf die Alters- und Hinterbliebenenversorgung. Das galt insbesondere für Italien, wo dieser Bereich 63,4 % der Gesamtleistungen (gegenüber 46,4 % im EU-Durchschnitt) ausmachte. EU-weit stiegen im Zeitraum 1995-2000 die Pro-Kopf-Leistungen im Rahmen der Alters- und Hinterbliebenenversorgung real um 12 % an, gegenüber einem Zuwachs der Gesamtleistungen von 9 %. Dieser Anstieg ist vor allem durch die Bevölkerungsentwicklung zu erklären. Außerdem wirken sich auch Verrentungsmaßnahmen (insbesondere der Vorruhestand) auf die Entwicklung dieser Leistungen aus.

Schlüsselindikator

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Alters- und Hinterbliebenenversorgung in Prozent der gesamten Sozialleistungen																
1999	46,4	43,8	38,1	42,2	49,4	46,3	44,1	25,4	63,4	40,0	42,4	48,3	45,6	35,8	39,1	47,7
1990	44,6	41,8	35,8	42,9	52,9	41,4	42,8	29,6	58,7	47,5	37,3	49,9	40,8	32,8	:	43,7

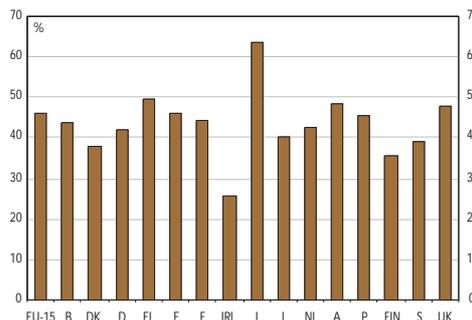
Quelle: Eurostat – Europäisches System der integrierten Sozialstatistik (ESSOSS)

S.b. 26 Sozialleistungen nach Funktionsgruppen in Prozent der Gesamtleistungen, EU-15, 2000



Quelle: Eurostat – Europäisches System der integrierten Sozialstatistik (ESSOSS)

S.b. 27 Alters- und Hinterbliebenenversorgung in Prozent der gesamten Sozialleistungen, 2000



Quelle: Eurostat – Europäisches System der integrierten Sozialstatistik (ESSOSS)

Arbeitsmarktpolitische Ausgaben

Im Jahr 1999 beliefen sich die gesamten arbeitsmarktpolitischen Ausgaben auf 2,04 % des BIP, davon wurden 0,68 Prozentpunkte für aktiv-arbeitsmarktpolitische Ausgaben aufgewendet. Trotz erheblicher Unterschiede zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten besteht kein deutliches Nord-Süd-Gefälle. Bei zwei Ländern lagen die Ausgaben über 3 % (Belgien und Dänemark), bei sechs Ländern zwischen 2 % und 3 % (Deutschland, Spanien, Frankreich, Niederlande, Finnland und Schweden) und bei weiteren sechs unter 2 % (Griechenland, Irland, Italien, Österreich, Portugal und Vereinigtes Königreich).

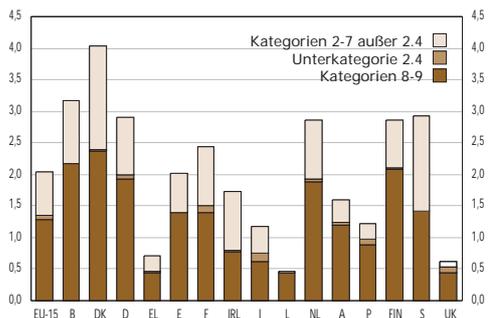
Schlüsselindikator

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Öffentliche Ausgaben für aktive arbeitsmarktpolitische Maßnahmen als Anteil des BIP – 2000																
Kategorien 2-7 außer 2.4	0,681	1,000	1,641	0,917	0,253	0,632	0,931	0,929	0,436	:	0,920	0,365	0,254	0,742	1,507	0,089
Unterkategorie 2.4	0,075	-	0,026	0,061	0,016	-	0,109	0,018	0,135	0,036	0,040	0,033	0,098	0,023	-	0,104
Kategorien 8-9	1,282	2,178	2,378	1,924	0,449	1,393	1,401	0,786	0,611	0,439	1,890	1,204	0,876	2,093	1,409	0,434
Insgesamt	2,037	3,177	4,045	2,901	0,718	2,025	2,441	1,733	1,182	:	2,850	1,602	1,228	2,859	2,916	0,627

Kategorien 2-7: Aus- und Weiterbildung – Jobrotation und Jobsharing – Beschäftigungsanreize – Eingliederung von Behinderten – Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen – Gründungsinitiativen. Unterkategorie 2.4: Spezielle Beihilfen für die Lehrlingsausbildung. Kategorien 8-9: Einkommensunterstützung für Arbeitslose – Vorruhestand

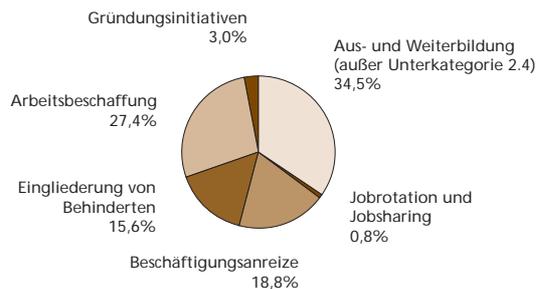
Quelle: Eurostat – Datenbank zur Arbeitsmarktpolitik (AMP)

S.b. 28 Öffentliche Gesamtausgaben für arbeitsmarktpolitische Maßnahmen als Anteil des BIP, 2000



Quelle: Eurostat – Datenbank zur Arbeitsmarktpolitik (AMP)

S.b. 29 Arbeitsmarktpolitische Ausgaben nach Eingriffsart (Kategorien 2-7, EU-15, 2000)



Quelle: Eurostat – Datenbank zur Arbeitsmarktpolitik (AMP)

Einkommensverteilung

Als mit der Bevölkerung gewichteter EU-Durchschnitt erzielten die reichsten 20% der Bevölkerung im Jahr 1999 einen 4,6-mal größeren Teil des Gesamteinkommens wie die ärmsten 20% der Bevölkerung. Am kleinsten ist diese Kluft zwischen den Reichsten und den Ärmsten in Dänemark und Schweden (3,2), gefolgt von Finnland, Deutschland, den Niederlanden und Österreich. Am größten ist sie in den südlichen Mitgliedstaaten, dem Vereinigten Königreich und Irland.

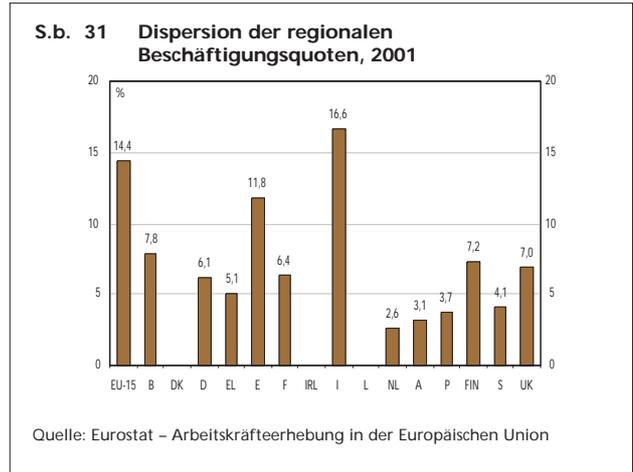
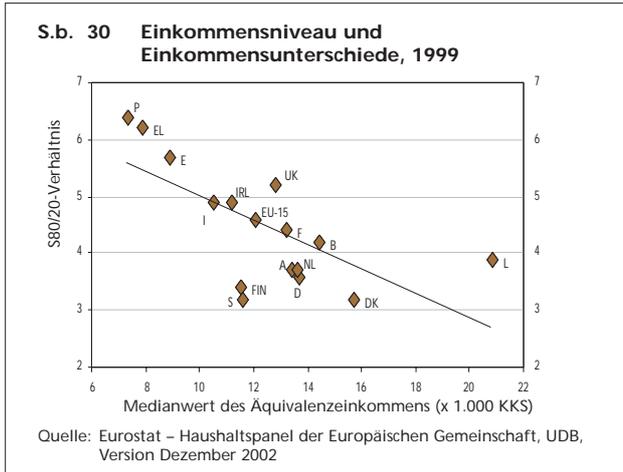
Schlüsselindikator

Ungleichheit der Einkommensverteilung

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1999	4,6*	4,2	3,2	3,6	6,2	5,7*	4,4	4,9	4,9	3,9	3,7	3,7	6,4	3,4	3,2	5,2

Ungleichheit der Einkommensverteilung (Einkommensquintil-Anteilsverhältnis) – Das Verhältnis des gesamten Einkommens, das von den 20% der Bevölkerung mit den höchsten Einkommen (oberstes Quintil) erzielt wird, zu demjenigen Einkommen, das von den 20% der Bevölkerung mit den niedrigsten Einkommen (unterstes Quintil) erzielt wird. Einkommen meint hier verfügbares Äquivalenzeinkommen.

Quelle: Eurostat – Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft, UDB, Version Dezember 2002



Haushalte mit niedrigem Einkommen

Bei Betrachtung der Gesamtbevölkerung verfügten rund 15 % der EU-Bürger über ein Äquivalenzeinkommen, das 1999 weniger als 60 % des nationalen Medianwerts betrug. Dies entspricht etwa 56 Millionen Menschen. Nimmt man 60 % des nationalen Medianwerts als Schwellenwert, dann war der Anteil der von Armut bedrohten Menschen relativ hoch (über 21 %) in Griechenland und Portugal und relativ niedrig in Belgien, Dänemark, Deutschland, Luxemburg, den Niederlanden, Österreich und Finnland (11 bis 13 %). Besonders niedrig war er in Schweden (9 %). Durch die Sozialleistungen verringert sich der Anteil der von Armut bedrohten Menschen in allen Mitgliedstaaten, jedoch in unterschiedlichem Maße: Der Rückgang reicht von 5 % in Griechenland bis zu fast 70 % in Schweden.

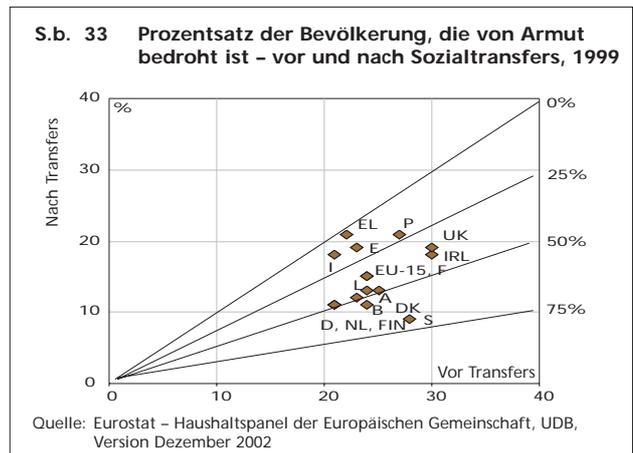
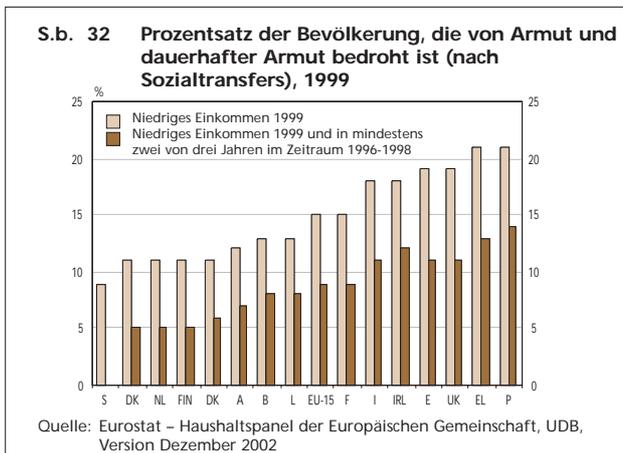
Schlüsselindikator

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Prozentsatz der Bevölkerung, die von Armut bedroht ist – vor Sozialtransfers. Der Anteil von Personen mit einem verfügbaren Äquivalenzeinkommen (vor Sozialtransfer) unterhalb der Armutsgrenze, welche mit 60% des nationalen Medians der verfügbaren Äquivalenzeinkommen (nach Sozialtransfer) angenommen wird. Alters- und Hinterbliebenenrenten werden als Einkommen vor Sozialtransfer betrachtet und nicht als Sozialtransfer, 1999	24*	25	24	21	22	23*	24	30	21	24	21	23	27	21	28	30

Prozentsatz der Bevölkerung, die von Armut bedroht ist – nach Sozialtransfers. Der Anteil von Personen mit einem verfügbaren Äquivalenzeinkommen unterhalb der Armutsgrenze, welche mit 60% des nationalen Medians der verfügbaren Äquivalenzeinkommen angenommen wird, 1999	15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19
---	-----	----	----	----	----	-----	----	----	----	----	----	----	----	----	---	----

60 % des Medianw. des Jahreseink. (€)	7334*	8 531	11 649	8 754	3 810	4491*	8 289	6 656	5 557	12 716	7 668	8 621	3 168	8 154	8 503	8 289
60 % des Medianw. des Jahreseink. (KKS)	7263*	8 659	9 414	8 236	4 753	5347*	7 944	6 721	6 305	12 532	8 067	8 158	4 400	6 921	6 942	7 694

Quelle: Eurostat – Europäisches Haushaltspanel UDB, Version Dezember 2002.



Erwerbslose Haushalte und niedriges Arbeitsentgelt

Zwei wichtige Ursachen von Armut und sozialer Ausgrenzung sind Arbeitslosigkeit und niedriges Arbeitsentgelt. 1998 betrug die Rate der von Armut bedrohten Personen in Haushalten, in denen keine Person im Erwerbsalter erwerbstätig ist, 51 % – diese Quote ist fast 3-mal so hoch wie die Quote in Haushalten mit mindestens einer erwerbstätigen Person.

Schlüsselindikator

Bevölkerung in erwerbslosen Haushalten – Personen im Alter von 0 – 65: Prozentsatz der Personen in Haushalten, in denen kein Mitglied einer Erwerbstätigkeit nachgeht als Anteil an der Gesamtbevölkerung (Personen in Haushalten, in denen alle Mitglieder jünger sind als 18 Jahre oder 18-24 Jahre und in Ausbildung oder mindestens 65 Jahre und nicht arbeitend sind ausgenommen), 2002

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
	12,1	16,3	:	13,8	10,1	8,1	13,1	9,8	11,5	8,9*	9,5*	9,9*	5,4	:	:	14,3

Bevölkerung in erwerbslosen Haushalten – Personen im Alter von 0 – 60: Prozentsatz der Personen in Haushalten, in denen kein Mitglied einer Erwerbstätigkeit nachgeht als Anteil an der Gesamtbevölkerung (Personen in Haushalten, in denen alle Mitglieder jünger sind als 18 Jahre oder 18-24 Jahre und in Ausbildung oder mindestens 65 Jahre und nicht arbeitend sind ausgenommen) 2002

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
	8,9	12,9	:	8,9	7,2	6,2	9,8	8,5	8,5	5,6*	6,3*	6,5*	3,7	:	:	12,0

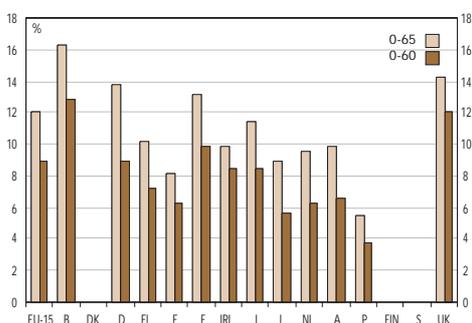
Quelle: Eurostat – Arbeitskräfteerhebung in der Europäischen Union 2002.

Prozentsatz der Bevölkerung, die von Armut bedroht ist in Haushalten, in denen ... Personen im Erwerbsalter erwerbstätig sind, 1999

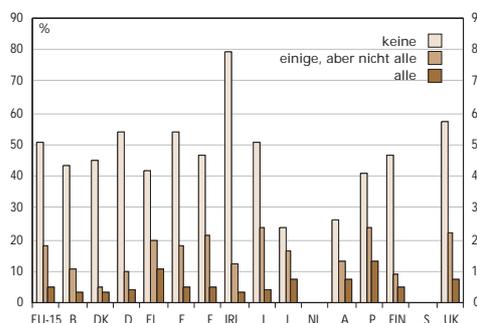
	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
... keine ...	51,0	43,0	45,0	54,0	42,0	54,0	47,0	79,0	51,0	24,0	:	26,0	41,0	47,0	:	57,0
... einige, aber nicht alle ...	18,0	11,0	5,0	10,0	20,0	18,0	21,0	12,0	24,0	16,0	:	13,0	24,0	9,0	:	22,0
... alle ...	5,0	3,0	3,0	4,0	11,0	5,0	5,0	3,0	4,0	7,0	:	7,0	13,0	5,0	:	7,0

Quelle: Eurostat – Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft, UDB, Version Dezember 2002

S.b. 34 Bevölkerung in Erwerbslosenhaushalten, 2002



S.b. 35 Prozentsatz der Bevölkerung, die von Armut bedroht ist in Haushalten, in denen ... Personen im Erwerbsalter erwerbstätig sind, 1999



Frauen und Männer in Entscheidungspositionen

Auf EU-Ebene hat sich der Anteil von Frauen im Europäischen Parlament seit 1984 bei jeder Wahl stetig erhöht und liegt jetzt bei 30 %. In den nationalen Parlamenten sind die Frauen in allen Mitgliedstaaten nach wie vor unterrepräsentiert, wobei der Anteil weiblicher Parlamentsabgeordneter von 9 % in Griechenland bis zu 44 % in Schweden reicht.

Schlüsselindikator

Anteil der weiblichen Abgeordneten in den nationalen Parlamenten (oder Unterhaus), Frühjahr 2001

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
	23	23	38	32	9	28	10	13	11	17	35	28	20	37	44	18

Anteil der weiblichen Abgeordneten im Europäischen Parlament, Wahl Juni 1999

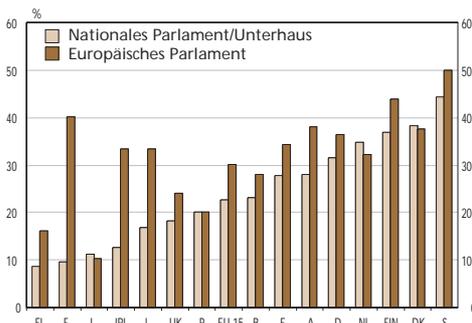
	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
	30	28	38	36	16	34	40	33	10	33	32	38	20	44	50	24

Frauenanteil in den nationalen Regierungen, Frühjahr 2001

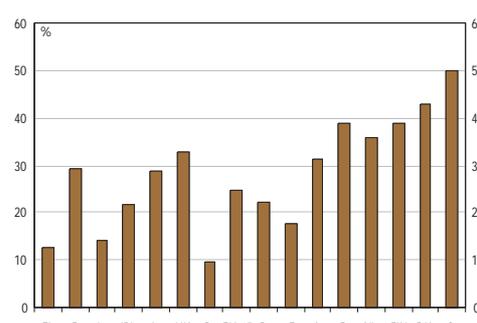
	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
	25	22	43	39	13	18	29	22	14	29	36	31	10	39	50	33

Quelle: Europäische Datenbank – Frauen in Entscheidungspositionen

S.b. 36 Anteil der weiblichen Abgeordneten in den Parlamenten, 2001



S.b. 37 Frauenanteil in den nationalen Regierungen, Frühjahr 2001



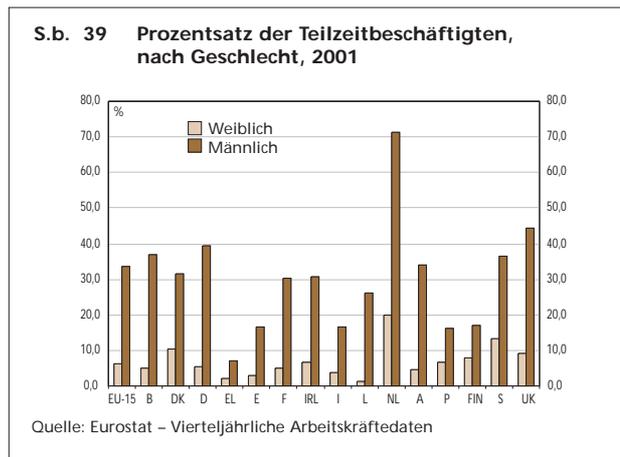
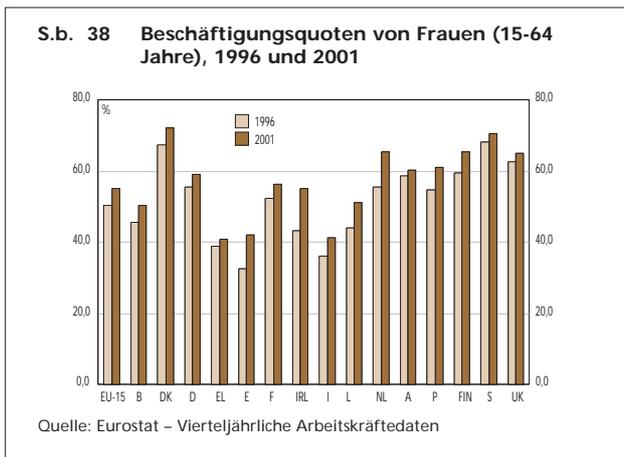
Beschäftigungssituation von Frauen und Männern

Zwischen 1996 und 2001 ist die Beschäftigungsquote der Männer in der EU um fast 3 Punkte gestiegen. Im gleichen Zeitraum stieg die Quote der Frauen um fast 5 Punkte an, wodurch sich die Kluft zwischen den Geschlechtern verringerte. Dennoch liegt die Quote der Männer (73,0 %) immer noch beträchtlich über der der Frauen (54,9 %). Die höchste Quote der Frauen ist in den drei nordischen Ländern, im Vereinigten Königreich und in den Niederlanden zu verzeichnen.

Schlüsselindikator

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Beschäftigungsquote (15-64 Jahre), 2001																
Weiblich	54,9	50,3	72,0	58,8	40,9	41,9	56,1	55,0	41,1	50,9	65,2	60,1	61,1	65,4	70,4	65,1
Männlich	73,0	68,2	80,2	72,6	70,8	70,9	70,3	76,4	68,5	74,8	82,8	76,7	76,9	70,9	73,0	78,3

Quelle: Eurostat – Vierteljährliche Arbeitskräftedaten



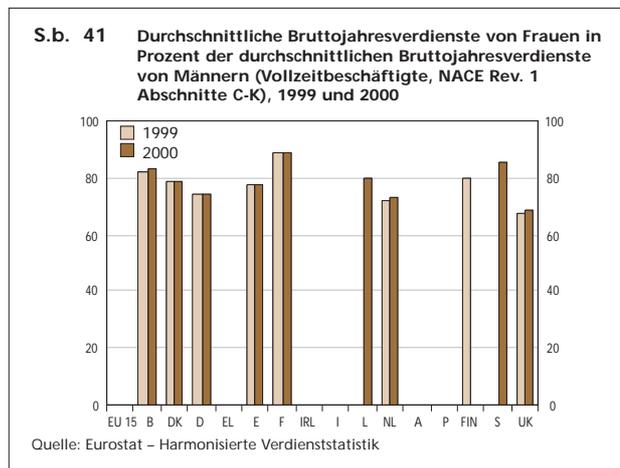
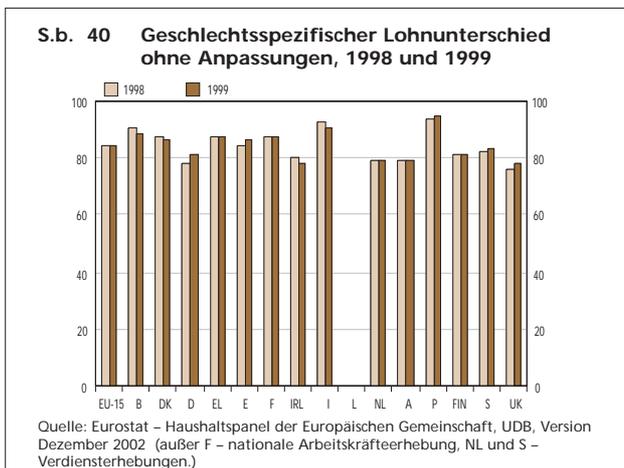
Arbeitseinkommen von Frauen und Männern

Im Jahr 1999 lag der durchschnittliche Bruttostundenverdienst der Frauen EU-weit um schätzungsweise 16 % unter dem der Männer. Am geringsten sind die Unterschiede in Portugal, Italien, Belgien und Frankreich, am größten im Vereinigten Königreich und in Irland. Auf EU-Ebene ist das Lohngefälle im Vergleich zu 1998, 1997 und 1996 unverändert. Um hier Abhilfe zu schaffen, muss sowohl bei der unmittelbar entgeltbezogenen Diskriminierung als auch bei der mittelbaren Diskriminierung im Zusammenhang mit der Beteiligung am Arbeitsmarkt, Berufswahl und Aufstiegschancen angesetzt werden.

Schlüsselindikator

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Geschlechtsspezifischer Lohnunterschied ohne Anpassungen (durchschnittliche Bruttostundenverdienste von Frauen in Prozent der durchschnittlichen Bruttostundenverdienste von Männern. Die Population umfasst alle Arbeitnehmer im Alter zwischen 16 und 64 Jahren, die pro Woche 15 Stunden oder mehr bezahlte Arbeit leisten.)																
1999	84*	89	86	81	87	86*	88	78	91	:	79	79	95	81	83	78
1998	84*	91	88	78	88	84*	88	80	93	:	79	79	94	81	82	76
1997	84*	90	87	79	87	86*	88	81	93	:	78	78	93	82	83	79
1996	84*	90	85	79	85	86*	87	79	92	82	77	80	94	83	83	76
1995	83*	88	85	79	83	87*	87	80	92	81	77	78	95	:	85	74
1994	84*	87	89	79	87	90	87	81	92	83	77	:	90	:	84	72

Quelle: Eurostat – Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft, UDB, Version Dezember 2002. (außer F – nationale Arbeitskräfteerhebung, NL und S – Verdiensterhebungen.)



Lebenserwartung und Gesundheitsaussichten

Die Lebenserwartung steigt weiter und liegt jetzt bei 81 Jahren für Frauen und 75 Jahren für Männer. In allen Mitgliedstaaten leben Frauen länger als Männer. EU-weit leben Frauen im Durchschnitt 66 und Männer 63 Jahre ohne jede Behinderung.

Schlüsselindikator

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Lebenserwartung bei der Geburt, 2000																
Männer	75,3	74,6	74,5	74,7	75,5	75,5	75,2	74,2	76,3	74,9	75,5	75,4	72,7	74,2	77,4	75,4
Frauen	81,4	80,8	79,3	80,7	80,6	82,7	82,7	79,2	82,4	81,3	80,5	81,2	79,7	81,0	82,0	80,2

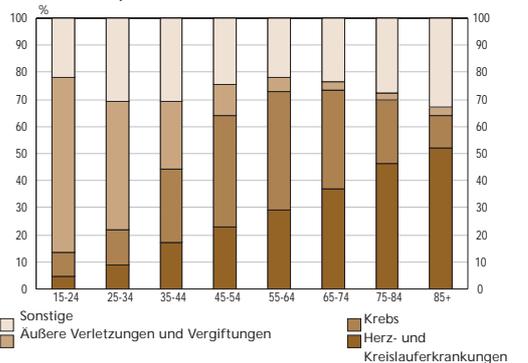
Anmerkung: D, EL – 1999.
Quelle: Eurostat – Bevölkerungsstatistik

Gesunde Lebenserwartung (Behinderungsfreie Lebenserwartung bei der Geburt), 1996

Männer	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
Frauen	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62

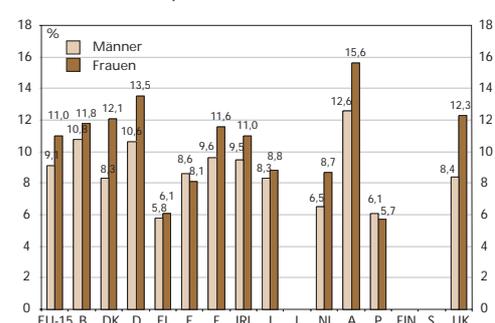
Quelle: Eurostat – Sterblichkeitsstatistik und Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft

S.b. 42 Häufigste Todesursachen nach Altersgruppe, EU-15, 1998



Quelle: Eurostat – Sterblichkeitsstatistik und Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft

S.b. 43 Anteil an Krankenhauspatienten der letzten 12 Monate, 1998



Quelle: Eurostat – Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft, UDB, Version Dezember 2001

Unfälle und arbeitsbedingte gesundheitliche Probleme

Im Jahr 2000 erlitten rund 4,0 % der Arbeitskräfte in der EU einen Arbeitsunfall, der eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen nach sich zog. In 6,3 % der Fälle kam es zu keiner Arbeitsunfähigkeit bzw. einer Arbeitsunfähigkeit von bis zu drei Tagen. Seit 1994 ist die Zahl der Arbeitsunfälle mit mehr als drei Tagen Arbeitsunfähigkeit um 11 % zurückgegangen (Index 1998 = 100, wobei 2000 = 99 und 1994 = 111). 1998/1999 litten 5,4 % der Arbeitnehmer pro Jahr unter arbeitsbedingten gesundheitlichen Problemen. 1999 gingen ca. 510 Millionen Arbeitstage durch Arbeitsunfälle (160 Millionen Tage) und durch arbeitsbedingte gesundheitliche Probleme (350 Millionen Tage) verloren. Die Zahl der Verkehrstoten ist seit 1970 zwar um 46 % zurückgegangen, aber dennoch fanden im Jahr 2001 immer noch rund 40 000 Menschen den Tod auf den Straßen der EU.

Schlüsselindikator

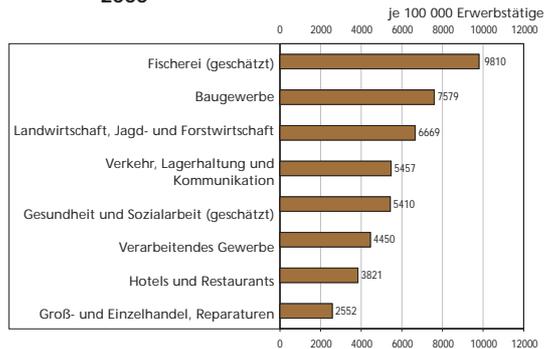
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Schwere Arbeitsunfälle (Index der Anzahl schwerer Arbeitsunfälle je 100 000 Erwerbstätige (1998=100)), 2000																
Insgesamt	99*	82-b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
Männliche Bevölkerung	98*	80-b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
Weibliche Bevölkerung	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118

Tödliche Arbeitsunfälle (Index der Zahl der Arbeitsunfälle mit tödlichem Ausgang je 100 000 Erwerbstätige (1998 = 100)), 2000

Insgesamt	79*	100	61	70	73	85	85	39	66	149*	115	100	79*	88	85	88
-----------	-----	-----	----	----	----	----	----	----	----	------	-----	-----	-----	----	----	----

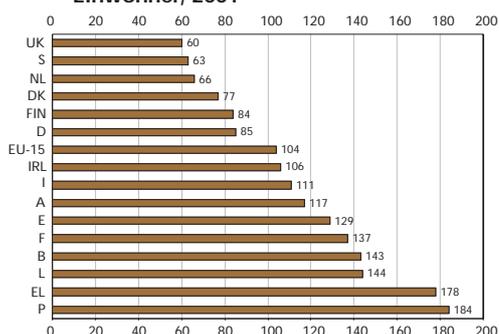
Quelle: Eurostat – Europäische Arbeitsunfallstatistik (ESAW)

S.b. 44 Arbeitsunfälle nach Art der Tätigkeit, EU-15, 2000



Quelle: Eurostat – Europäische Arbeitsunfallstatistik (ESAW)

S.b. 45 Anzahl der Verkehrstoten pro Million Einwohner, 2001



Quelle: CARE (gemeinschaftliche Datenbank über Straßenverkehrsunfälle) und Eurostat – Bevölkerungsstatistik. Anmerkung: B, I und UK – Daten für 2000 aus nationalen Quellen. Alle Daten für 2001 sind Schätzwerte.

Soziale Schlüsselindikatoren je Mitgliedstaat

Nr.	Schlüsselindikator	Recheneinheit	Jahr	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
3	Alterslastquotient	%	2001	24,3°	25,7	22,2	24,5	25,6°	24,7	24,8	16,6	27,1	21,5	20,1	22,9	24,2	22,4	26,8	23,9°
4	Nettozuwanderungsrate je 1000 Einwohner		2001	3,1	3,2	2,3	3,2	3,3	5,8	1,0	7,8	2,9	7,5	3,1	2,2	6,3	1,2	3,2	2,6
5t	Schulabbrecher, die nicht an einer Weiterbildungs- oder Berufsbildungsmaßnahme teilnehmen – insgesamt	%	2001	19,4	13,6	16,8	12,5	16,5	28,6	13,5	18,9	26,4	18,1	15,3	10,2	45,2	10,3	10,5	:
5m	Schulabbrecher, die nicht an einer Weiterbildungs- oder Berufsbildungsmaßnahme teilnehmen – männliche Bevölkerung	%	2001	21,9	15,0	16,9	12,2	20,4	34,9	15,0	22,6	30,2	19,0	16,5	9,7	52,3	13,0	11,3	:
5f	Schulabbrecher, die nicht an einer Weiterbildungs- oder Berufsbildungsmaßnahme teilnehmen – weibliche Bevölkerung	%	2001	16,8	12,3	16,7	12,8	13,0	22,2	12,0	15,1	22,6	17,2	14,1	10,7	38,0	7,7	9,7	:
6t	Lebenslanges Lernen – insgesamt	%	2001	8,4	7,3	17,8	5,2	1,4	4,9	2,7	5,2	5,1	5,3	16,3	8,2	3,3	19,3	17,5	21,7
6m	Lebenslanges Lernen – männliche Bevölkerung	%	2001	7,9	7,7	16,4	5,7	1,5	4,3	2,5	5,2	4,9	5,9	17,0	8,7	3,0	17,1	15,4	18,0
6f	Lebenslanges Lernen – weibliche Bevölkerung	%	2001	8,9	6,9	19,1	4,8	1,2	5,5	3,0	5,3	5,2	4,7	15,5	7,7	3,7	21,4	19,7	25,7
7	Beschäftigungsquote (s. Nr. 19m u. 19f)	%	2001	64,0	59,3	76,2	65,8	55,4	56,3	63,1	65,7	54,8	62,9	74,1	68,4	68,8	68,1	71,7	71,7
8at	Beschäftigungsquote älterer Arbeitnehmer – insgesamt	%	2001	38,6	26,5	58,0	37,7	38,0	38,9	31,0	46,8	28,0	24,4	39,6	28,6	50,3	45,7	66,5	52,3
8am	Beschäftigungsquote älterer Arbeitnehmer – männlich	%	2001	48,7	36,5	65,5	46,1	55,0	57,4	35,4	64,7	40,4	34,8	51,1	40,0	61,6	46,7	69,1	61,7
8af	Beschäftigungsquote älterer Arbeitnehmer – weiblich	%	2001	28,9	16,9	49,8	29,5	22,5	21,8	26,7	28,8	16,2	14,0	28,0	17,9	40,6	44,8	63,8	43,1
8bt	Effektives durchschnittliches Austrittsalter aus dem Berufsleben – insgesamt	Jahre	2001	59,9	57,0	61,9	60,7	59,6	60,6	58,1	63,1	59,4	56,8	60,9	59,6	62,0	61,6	62,0	62,1
8bm	Effektives durchschnittliches Austrittsalter aus dem Berufsleben – männlich	Jahre	2001	60,5	57,8	62,2	60,9	61,2	60,7	58,2	63,2	59,6	57,5	61,1	60,0	62,0	61,6	62,1	63,1
8bf	Effektives durchschnittliches Austrittsalter aus dem Berufsleben – weiblich	Jahre	2001	59,1	55,9	61,1	60,4	57,7	60,2	58,0	62,2	59,2	55,3	60,3	58,6	61,5	61,4	61,9	61,0
9t	Arbeitslosenquote – insgesamt	%	2001	7,4	6,6	4,3	7,7	10,5	10,6	8,6	3,8	9,4	2,0	2,4	3,6	4,1	9,1	4,9	5,0
9m	Arbeitslosenquote – männlich	%	2001	6,4	6,0	3,8	7,7	7,0	7,5	7,0	3,9	7,3	1,7	1,9	3,0	3,2	8,6	5,2	5,5
9f	Arbeitslosenquote – weiblich	%	2001	8,5	7,4	4,9	7,8	15,6	15,4	10,3	3,7	12,9	2,4	3,0	4,3	5,1	9,7	4,5	4,4
10	Quotient Jugendarbeitslosigkeit/Bevölkerung	%	2001	7,3	5,8	5,9	4,7	10,2	10,8	6,9	3,3	10,2	2,5	4,1	3,2	4,5	10,3	5,2	7,7
11t	Langzeitarbeitslosenquote – insgesamt	%	2001	3,2	3,3	0,9	3,9	5,4	5,1	2,9	1,3	5,9	0,5	0,8	0,9	1,5	2,5	1,2	1,3
11m	Langzeitarbeitslosenquote – männlich	%	2001	2,8	:	0,8	:	3,2	3	:	1,6	4,5	:	0,7	0,9	1,2	2,7	1,4	1,7
11f	Langzeitarbeitslosenquote – weiblich	%	2001	3,9	:	1,0	:	8,7	8,1	:	0,8	8,0	:	1,0	1,0	1,9	2,3	1,0	0,8
12	Sozialschutzausgaben in Prozent des BIP	%	2000	27,3	26,7	28,8	29,5	26,4	20,1	29,7	14,1	25,2	21,0	27,4	28,7	22,7	25,2	32,3	26,8
13	Alters- und Hinterbliebenenversorgung in Prozent der gesamten Sozialleistungen	%	2000	46,4	43,8	38,1	42,2	49,4	46,3	44,1	25,4	63,4	40,0	42,4	48,3	45,6	35,8	39,1	47,7
14	Öffentliche Ausgaben für aktive arbeitsmarktpolitische Maßnahmen als Anteil des BIP	%	2000	0,681	1,000	1,641	0,917	0,253	0,632	0,931	0,929	0,436	:	0,920	0,365	0,254	0,742	1,507	0,089
15	Ungleichheit der Einkommensverteilung (Verteilungsquintil)	Quotient	1999	4,6	4,2	3,2	3,6	6,2	5,7	4,4	4,9	4,9	3,9	3,7	3,7	6,4	3,4	3,2	5,2
16a	Rate der von Armut bedrohten Personen vor Sozialtransfers	%	1999	24*	25	24	21	22	23*	24	30	21	24	21	23	27	21	28	30
16b	Rate der von Armut bedrohten Personen nach Sozialtransfers	%	1999	15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19
17a	Bevölkerung in erwerbslosen Haushalten Personen im Alter von 0 – 65 Jahren	%	2002	12,1	16,3	:	13,8	10,1	8,1	13,1	9,8	11,5	8,9*	9,5*	9,9*	5,4	:	:	14,3
17b	Bevölkerung in erwerbslosen Haushalten Personen im Alter von 0 – 60 Jahren	%	2002	8,9	12,9	:	8,9	7,2	6,2	9,8	8,5	8,5	5,6*	6,3*	6,5*	3,7	:	:	12,0
18	Frauenanteil in nationalen Parlamenten	%	2001	23	23	38	32	9	28	10	13	11	17	35	28	20	37	44	18
19m	Beschäftigungsquote – männlich (s. Nr. 7)	%	2001	73,0	68,2	80,2	72,6	70,8	70,9	70,3	76,4	68,5	74,8	82,8	76,7	76,9	70,9	73,0	78,3
19f	Beschäftigungsquote – weiblich (s. Nr. 7)	%	2001	54,9	50,3	72,0	58,8	40,9	41,9	56,1	55,0	41,1	50,9	65,2	60,1	61,1	65,4	70,4	65,1
20	Geschlechtsspezifischer Lohnunterschied ohne Anpassungen	%	1999	84*	89	86	81	87	86*	88	78	91	82*	79	79	95	81	83	78
21am	Lebenserwartung bei der Geburt – Männer	Jahre	2000	75,3	74,6	74,5	74,7	75,5	75,5	75,2	74,2	76,3	74,9	75,5	75,4	72,7	74,2	77,4	75,4
21af	Lebenserwartung bei der Geburt – Frauen	Jahre	2000	81,4	80,8	79,3	80,7	80,6	82,7	82,7	79,2	82,4	81,3	80,5	81,2	79,7	81,0	82,0	80,2
21bm	Gesunde Lebenserwartung – Männer	Jahre	1996	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
21bf	Gesunde Lebenserwartung – Frauen	Jahre	1996	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62
22at	Arbeitsunfälle (schwer) – insgesamt	Indexpunkte (1998 = 100)	2000	99*	82-b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
22am	Arbeitsunfälle (schwer) – männliche Bevölkerung	Indexpunkte (1998 = 100)	2000	98*	80-b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
22af	Arbeitsunfälle (schwer) – weibliche Bevölkerung	Indexpunkte (1998 = 100)	2000	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118
22b	Arbeitsunfälle (tödlich)	Indexpunkte (1998 = 100)	2000	79*	100	61	70	73	85	85	39	66	149*	115	100	79*	88	85	88

* = siehe Kommentare im entsprechenden Porträt. Die Zahlenangabe kann aus einem anderen Jahr stammen (neueste verfügbare Zahlen) oder auf andere Weise eingeschränkt sein

Anmerkungen zu den einzelnen Schlüsselindikatoren S. 36

Soziale Schlüsselindikatoren je Beitrittsland/Beitrittskandidat

Nr.	Schlüsselindikator	Recheneinheit	Year	EU-15	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
3	Alterslastquotient	% 2001	24,3°	24,0	17,3	19,8	22,7	21,4°	22,6	20,2	18,1	17,8	19,6	16,5	20,2	:	:
4	Nettozuwanderungsrate je 1000 Einwohner	2000	3,1°	0,0	1,5	0,6	0,2	0,0	-0,8	0,0	3,5	-0,5	-0,2	0,3	1,4	:	:
5t	Schulabbrecher, die nicht an einer Weiterbildungs- oder Berufsbildungsmaßnahme teilnehmen	% 2001	19,4	20,3	14,8	:	14,5	13,2	:	14,2	:	7,3	21,3	:	8,3	:	:
5m	Schulabbrecher, die nicht an einer Weiterbildungs- oder Berufsbildungsmaßnahme teilnehmen	% 2001	21,9	21,1	18,2	:	17,5	13,4	:	18,6	:	9,1	21,4	:	10,3	:	:
5f	Schulabbrecher, die nicht an einer Weiterbildungs- oder Berufsbildungsmaßnahme teilnehmen	% 2001	16,8	19,5	12,0	:	11,4	12,9	:	10,0	:	5,6	21,3	:	6,3	:	:
6t	Lebenslanges Lernen	% 2001	8,4	:	3,4	:	5,3	3,0	:	3,7	:	5,2	1,1	:	3,7	:	:
6m	Lebenslanges Lernen	% 2001	7,9	:	3,4	:	4,0	2,5	:	2,4	:	4,6	1,1	:	3,4	:	:
6f	Lebenslanges Lernen	% 2001	8,9	:	3,4	:	6,3	3,5	:	4,9	:	5,9	1,0	:	4,0	:	:
7	Beschäftigungsquote (s. Nr. 19m u. 19f)	% 2001	64,0	49,6	65,9°	65,1	61,3	56,5	58,7	60,1°	54,2	55,0°	62,4	56,8	63,8	50,6	:
8at	Beschäftigungsquote älterer Arbeitnehmer	% 2001	38,6	23,9	49,2°	37,1	48,4	24,1	36,9	41,6°	31,0	28,4°	48,2	22,4	25,5	34,1	:
8am	Beschäftigungsquote älterer Arbeitnehmer	% 2001	48,7	34,2	67,3°	52,6	56,6	34,9	46,2	51,8°	52,5	36,7°	54,3	37,7	35,9	50,8	:
8af	Beschäftigungsquote älterer Arbeitnehmer	% 2001	28,9	14,7	32,0°	23,2	42,1	15,3	30,0	33,9°	11,3	21,4°	42,9	9,8	15,8	18,4	:
8t	Effektives durchschnittliches Austrittsalter aus dem Berufsleben	Jahre 2001	59,9	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8m	Effektives durchschnittliches Austrittsalter aus dem Berufsleben	Jahre 2001	60,5	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8f	Effective average exit age	Jahre 2001	59,1	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
9t	Arbeitslosenquote	% 2001	7,4	19,6	4,5	8,0	12,3	5,7	12,8	16,1	6,8	18,6	6,8	19,7	6,0	8,5	:
9m	Arbeitslosenquote	% 2001	6,4	20,5	3,0	6,8	12,0	6,4	14,1	18,4	6,2	17,2	7,3	20,5	5,7	8,8	:
9f	Arbeitslosenquote – weiblich	% 2001	8,5	18,6	6,5	9,9	12,5	5,0	11,6	13,8	8,2	20,3	6,3	18,8	6,3	7,9	:
10	Quotient Jugendarbeitslosigkeit/ Bevölkerung	%2000Q2	7,6	10,2	4,0	7,5	8,5	4,6	8,2	10,1	:	13,4	7,4	16,5	6,1	:	:
11t	Langzeitarbeitslosenquote	% 2001	3,2	12,6	1,2°	4,3	6,2	2,6	7,4	8,1°	2,9	7,4°	3,3	11,3	3,7	2,4	:
11m	Langzeitarbeitslosenquote	% 2001	2,8	13,2	0,5°	3,5	6,8	3,0	8,3	9,9°	3,3	6,0°	3,5	11,3	3,5	:	:
11f	Langzeitarbeitslosenquote	% 2001	3,9	11,9	2,1°	5,2	5,4	2,1	6,4	6,2°	1,7	9,1°	3,0	11,3	4,0	:	:
12	Sozialschutzausgaben in Prozent des BIP	% 2000	27,3	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	20,0	26,6	:	:
13	Alters- und Hinterbliebenenversorgung in Prozent der gesamten Sozialleistungen	% 2000	46,4	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	38,4	45,2	:	:
14	Öffentliche Ausgaben für aktive arbeitsmarktpolitische Maßnahmen als Anteil des BIP	% 2000	0,681	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
15	Ungleichheit der Einkommensverteilung (Verteilungsquintil)	Quotient 1999	4,6*	3,6	4,4°	:	6,3°	:	5,1	5,0	4,5°	4,2	4,4	:	3,2	10,9°	:
16a	Rate der von Armut bedrohten Personen vor Sozialtransfers	% 1999	24*	17	18°	:	26°	:	22	22	21°	28	22	:	18	26°	:
16b	Rate der von Armut bedrohten Personen nach Sozialtransfers	% 1999	15*	14	16°	:	18°	:	16	17	15°	15	16	:	11	23°	:
17a	Bevölkerung in erwerbslosen Haushalten Personen im Alter von 0 – 65 Jahren	% 2002	12,1	18,3	6,0	9,9	11,3	15,6*	11,8	11,2*	:	11,3°	11,1	12,9	8,1*	:	:
17b	Bevölkerung in erwerbslosen Haushalten Personen im Alter von 0 – 60 Jahren	% 2002	8,9	15,1	4,4	6,9	9,0	12,4*	9,0	8,1*	:	8,5°	9,0	10,6	5,4*	:	:
18	Frauenanteil in nationalen Parlamenten	% 1998	23°	:	:	15	18	8	:	:	9	13	:	:	12	:	:
19m	Beschäftigungsquote – männlich (s. Nr. 7)	% 2001	73,0	52,6	79,1°	73,3	65,5	63,4	61,9	61,9°	76,4	61,2°	67,8	62,0	68,6	74,3	:
19f	Beschäftigungsquote – weiblich (s. Nr. 7)	% 2001	54,9	46,8	53,2°	57,0	57,3	49,8	55,7	58,5°	31,6	48,9°	57,1	51,8	58,8	26,7	:
20	Geschlechtsspezifischer Lohnunterschied ohne Anpassungen	% 1999	84	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
21am	Lebenserwartung bei der Geburt – Männer	Jahre 2000	75,3	68,5	75,3°	71,7	65,6	67,2	65,0	67,5	75,1	69,7	67,7	69,2	72,3	66,5°	:
21af	Lebenserwartung bei der Geburt – Frauen	Jahre 2000	81,4	75,1	80,4°	78,4	76,4	75,7	76,1	77,7	79,3	77,9	74,6	77,4	79,7	71,2°	:
21bm	Gesunde Lebenserwartung – Männer	Jahre 1996	63	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
21bf	Gesunde Lebenserwartung – Frauen	Jahre 1996	66	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22at	Arbeitsunfälle (schwer) – insgesamt	Indexpunkte (1998 = 100) 2000	99*	100-b	112	91	105	94	66	94	94	79	106	88	98	85	:
22am	Arbeitsunfälle (schwer) – männliche Bevölkerung	Indexpunkte (1998 = 100) 2000	98*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22af	Arbeitsunfälle (schwer) – weibliche Bevölkerung	Indexpunkte (1998 = 100) 2000	104*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22b	Arbeitsunfälle (tödlich)	Indexpunkte (1998 = 100) 2000	79*	100-b	46*	96	56	95	90	78	41*	97	103	71	83	68-b	:

Anmerkungen zu den einzelnen Schlüsselindikatoren

- 3 Im Jahr 2001 machte die Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und darüber EU-weit 24,3 % der Gruppe aus, die als Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter bezeichnet wird (die 15- bis 64-Jährigen).
- 4 Die Nettozuwanderungsquote lag in der Union im Jahr 2001 bei 3,1 je 1000 Einwohner.
- 5t Im Jahr 2001 wiesen 19,4 % der 18-24-Jährigen in der EU beim Ausscheiden aus den Bildungssystemen keine Qualifikation auf, die über die Sekundarstufe I hinausgeht.
- 6t Im Jahr 2001 hatten EU-weit 8,4 % der Bevölkerung im Alter zwischen 25 und 64 Jahren in den vier Wochen vor Stichtag der Erhebung an Bildungs-/Ausbildungsmaßnahmen teilgenommen.
- 7 2001 waren 64,0 % der EU-Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren erwerbstätig.
- 8at 2001 waren 38,6 % der EU-Bevölkerung zwischen 55 und 64 Jahren erwerbstätig.
- 8bt Im Jahr 2001 lag das durchschnittliche Austrittsalter aus dem Berufsleben bei 59,9 Jahren.
- 9t 2001 waren 7,4 % der Erwerbsbevölkerung in der EU (Beschäftigte und Arbeitsuchende) arbeitslos.
- 10 2001 waren 7,3 % der EU-Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren arbeitslos.
- 11t 2001 waren 3,2 % der Erwerbsbevölkerung in der EU (Beschäftigte und Arbeitsuchende) mindestens ein Jahr arbeitslos.
- 12 Im Jahr 2000 lag der Anteil der Sozialschutzausgaben in der EU am Bruttoinlandsprodukt (BIP) bei 27,3 %.
- 13 EU-weit machen die Leistungen für Altersversorgung und Hinterbliebene den größten Anteil an den Sozialschutzausgaben aus (46,4 % der Gesamtleistungen im Jahr 2000).
- 14 Im Jahr 2000 machten die öffentlichen Ausgaben für aktive arbeitsmarktpolitische Maßnahmen in der EU 0,681 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) aus.
- 15 Durchschnittlich erzielte 1999 das reichste Fünftel der Bevölkerung in den einzelnen EU-Mitgliedstaaten ein Einkommen, das dem 4,6-fachen des Gesamteinkommens des ärmsten Fünftels der Bevölkerung entsprach.
- 16a EU-weit hätten im Jahr 1999 24 % der Bevölkerung ohne Transfer von Sozialleistungen unterhalb der Armutsgrenze gelebt.
- 16b EU-weit lebten im Jahr 1999 15 % der Bevölkerung nach dem Transfer von Sozialleistungen unterhalb der Armutsgrenze.
- 17a EU-weit lebten 12,1 % der Bevölkerung in Haushalten, in denen kein Mitglied einer Erwerbstätigkeit nachgeht (Personen in Haushalten, in denen alle Mitglieder jünger sind als 18 Jahre oder 18-24 Jahre und in Ausbildung oder mindestens 65 Jahre und nicht arbeitend sind ausgenommen)
- 18 EU-weit waren im Jahr 2001 23 % der Abgeordneten in den nationalen Parlamenten (Unterhaus) Frauen.
- 19 2001 waren 73,0 % der männlichen bzw. 54,9 % der weiblichen Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren erwerbstätig.
- 20 Im Jahr 1999 lag der durchschnittliche Bruttostundenverdienst der Frauen EU-weit bei 84 % des durchschnittlichen Bruttostundenverdiensts der Männer. Die Population umfasst alle Arbeitnehmer im Alter zwischen 16 und 64 Jahren, die pro Woche 15 Stunden oder mehr bezahlte Arbeit leisten.
- 21a Im Jahr 2000 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt bei den Männern in der EU 75,3 Jahre, bei den Frauen 81,4 Jahre.
- 21b Männer sollten in der EU im Schnitt ohne Behinderung 63 Jahre alt werden, Frauen 66 Jahre (Daten von 1996).
- 22at Im Jahr 2000 ereigneten sich EU-weit 1 % weniger schwere Arbeitsunfälle (die eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen zur Folge hatten) je 100 000 Erwerbstätige als 1998.
- 22b Im Jahr 2000 ereigneten sich EU-weit 21 % weniger tödliche Arbeitsunfälle je 100 000 Erwerbstätige als 1998.

Eurostat Data Shops

Belgique/België

Eurostat Data Shop Bruxelles/Brussel

Planistat Belgique
Rue du Commerce 124
Handelsstraat 124
B-1000 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 234 67 50
Fax (32-2) 234 67 51
E-mail: datashop@planistat.be
URL: <http://www.datashop.org/>

Sprachen:
ES, DE, EN, FR

France

INSEE Info service

Eurostat Data Shop
195, rue de Bercy
Tour Gamma A
F-75582 Paris Cedex 12
Tél. (33) 1 53 17 88 44
Fax (33) 1 53 17 88 22
E-mail: datashop@insee.fr
Mitglied des MIDAS-Netzes

Sprachen:
FR

Danmark

DANMARKS STATISTIK

Bibliotek og Information
Eurostat Data Shop
Sejrøgade 11
DK-2100 København Ø
Tlf. (45) 39 17 30 30
Fax (45) 39 17 30 03
E-mail: bib@dst.dk
Internet: <http://www.dst.dk/bibliotek>

Sprachen:
DA, EN

Italia - Roma

ISTAT

Centro di informazione statistica
— Sede di Roma
Eurostat Data Shop
Via Cesare Balbo, 11a
I-00184 Roma
Tel. (39) 06 46 73 31 02/06
Fax (39) 06 46 73 31 01/07
E-mail: dipdiff@istat.it
Mitglied des MIDAS-Netzes

Sprachen:
IT

Deutschland

Statistisches Bundesamt

Eurostat Data Shop Berlin
Otto-Braun-Straße 70-72
(Eingang: Karl-Marx-Allee)
D-10178 Berlin
Tel. (49) 1888-644 94 27/28
Fax (49) 1888-644 94 30
E-Mail: datashop@destatis.de
URL: <http://www.eu-datashop.de/>

Sprachen:
DE, EN

Italia - Milano

ISTAT

Ufficio regionale per la Lombardia
Eurostat Data Shop
Via Fieno, 3
I-20123 Milano
Tel. (39) 02 80 61 32 460
Fax (39) 02 80 61 32 304
E-mail: mileuro@tin.it
Mitglied des MIDAS-Netzes

Sprachen:
IT

España

INE

Eurostat Data Shop
Paseo de la Castellana, 183
Despacho 011B
Entrada por Estébanez Calderón
E-28046 Madrid
Tel. (34) 91 583 91 67 / 91 583 95 00
Fax (34) 91 583 03 57
E-mail: datashop.eurostat@ine.es
URL: <http://www.datashop.org/>
Mitglied des MIDAS-Netzes

Sprachen:
ES, EN, FR

Luxembourg

Eurostat Data Shop Luxembourg

46A, avenue J.F. Kennedy
B.P. 1452
L-1014 Luxembourg
Tél. (352) 43 35-2251
Fax (352) 43 35-2221
E-mail: dslux@eurostat.datashop.lu
URL: <http://www.datashop.org/>
Mitglied des MIDAS-Netzes

Sprachen:
ES, DE, EN, FR, IT

Nederland

STATISTICS NETHERLANDS

Eurostat Data Shop — Voorburg
Postbus 4000
2270 JM Voorburg
Nederland
Tel. (31-70) 337 49 00
Fax (31-70) 337 59 84
E-mail: datashop@cbs.nl

Sprachen:
EN, NL

Portugal

Eurostat Data Shop Lisboa

INE/Serviço de Difusão
Av. António José de Almeida, 2
P-1000-043 Lisboa
Tel. (351) 21 842 61 00
Fax (351) 21 842 63 64
E-mail: data.shop@ine.pt

Sprachen:
EN, FR, PT

Suomi/Finland

STATISTICS FINLAND

Eurostat DataShop Helsinki
Tilastokirjasto
PL 2B
FIN-00022 Tilastokeskus
Työpajakatu 13 B, 2. Kerros, Helsinki
P. (358-9) 17 34 22 21
F. (358-9) 17 34 22 79
Sähköposti: datashop@stat.fi
URL: <http://tilastokeskus.fi/tk/kk/datashop/>

Sprachen:
EN, FI, SV

Sverige

STATISTICS SWEDEN

Information service
Eurostat Data Shop
Karlavägen 100
Box 24 300
S-104 51 Stockholm
Tfn (46-8) 50 69 48 01
Fax (46-8) 50 69 48 99
E-post: infoservice@scb.se
Internet: <http://www.scb.se/tjanster/datashop/datashop.asp>

Sprachen:
EN, SV

United Kingdom

Eurostat Data Shop

Office for National Statistics
Room 1.015
Cardiff Road
Newport
South Wales
NP10 8XG
UK
Tel: (44) 1633 813369
Fax: (44) 1633 813333
E-mail: eurostat.datashop@ons.gov.uk

Sprachen:
EN

Norge

Statistics Norway

Library and Information Centre
Eurostat Data Shop
Kongens gate 6
Boks 8131 Dep.
N-0033 Oslo
Tel. (47) 21 09 46 42/43
Fax (47) 21 09 45 04
E-mail: Datashop@ssb.no

Sprachen:
EN, NO

**Schweiz/Suisse/
Svizzera**

Statistisches Amt des Kantons Zürich

Eurostat Data Shop
Bleicherweg 5
CH-8090 Zürich
Tel. (41) 1 225 12 12
Fax (41) 1 225 12 99
E-mail: datashop@statistik.zh.ch
Internet: <http://www.statistik.zh.ch>

Sprachen:
DE, EN

USA

HAVER ANALYTICS

Eurostat Data Shop
60 East 42nd Street
Suite 3310
New York, NY 10165
Tel. (1-212) 986 93 00
Fax (1-212) 986 69 81
E-mail: eurodata@haver.com

Sprachen:
EN

Eurostat-Homepage
www.europa.eu.int/comm/eurostat/