

# 3. GESUNDHEIT



**Todesursachen**  
**Potenzielle weitverbreitete Ursachen gesundheitlicher Probleme**  
**Gesundheitsversorgung**  
**Arbeitsicherheit**





	<b>Gesundheit</b>	<b>101</b>
	Todesursachen	102
Potenzielle weitverbreitete Ursachen gesundheitlicher Probleme		107
	Gesundheitsversorgung	108
	Arbeitsicherheit	111

### 3. GESUNDHEIT

Die Gesundheitspolitik berührt zahlreiche Aspekte der Europäischen Sozialagenda und ist ein wichtiger Teil der EU-Strategie für nachhaltige Entwicklung; beides sind wesentliche Elemente der Lissabon-Strategie.

Im Mai 2000 unterbreitete die Kommission einen Vorschlag für eine neue Gesundheitsstrategie, die einen integrierten Ansatz für gesundheitspolitische Maßnahmen auf Gemeinschaftsebene unterstützt. Auf dieser Grundlage wurde 2002 ein neues Aktionsprogramm im Bereich der öffentlichen Gesundheit für den Zeitraum 2003-08 verabschiedet. Den Schwerpunkt des Programms bilden entsprechend den Anforderungen des Aktionsprogramms der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit <sup>(23)</sup> drei Hauptaktionsstränge, nämlich:

- Verbesserung des Informations- und Wissensstandes im Interesse der Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens;
- Verbesserung der Fähigkeit zur schnellen und koordinierten Reaktion auf Gesundheitsgefahren; und
- Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten durch Berücksichtigung gesundheitsrelevanter Faktoren generell in der Politik und allen Tätigkeiten.

In der Mitteilung der Kommission vom 6. April 2005 <sup>(24)</sup> an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen „*Mehr Gesundheit, Sicherheit und Zuversicht für die Bürger — Eine Gesundheits- und Verbraucherschutzstrategie*“ als auch im Vorschlag für einen Beschluss des Europäischen Parlaments und des Rates über ein zweites Aktionsprogramm der Gemeinschaft

<sup>(23)</sup> Beschluss Nr. 1786/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008) (ABl L 271, 9.10.2002, S. 1) ([http://europa.eu/eur-lex/pri/de/oj/dat/2002/l\\_271/l\\_27120021009de00010011.pdf](http://europa.eu/eur-lex/pri/de/oj/dat/2002/l_271/l_27120021009de00010011.pdf)).

<sup>(24)</sup> KOM(2005) 115 endg. ([http://europa.eu/eur-lex/lex/LexUriServ/site/de/com/2005/com2005\\_0115de01.pdf](http://europa.eu/eur-lex/lex/LexUriServ/site/de/com/2005/com2005_0115de01.pdf)).

Eurostat verfügt in diesem Bereich über ein breites Spektrum an Daten über:

- Todesursachen;
- Lebensstil und Gesundheitsverhalten (beispielsweise Rauchen, Alkohol, Übergewicht);
- Gesundheitszustand der Bevölkerung (beispielsweise Selbsteinschätzung der Gesundheit, chronische Erkrankungen, Invalidität);
- Aktivität des Sektors Gesundheitswesen (z. B. Zahl der Krankenhausbetten, Entlassungen oder Ausgaben für das Gesundheitswesen);
- Personal des Gesundheitswesens (z. B. Zahl der praktizierenden Ärzte);
- Arbeitsunfälle;
- Berufskrankheiten.

im Bereich der Gesundheit (2007-13 <sup>(25)</sup>) wird die Notwendigkeit festgehalten, die europäische Gesundheitsüberwachung auszuweiten.

Der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz <sup>(26)</sup> zufolge hat die Förderung von Gesundheit und vernünftiger Lebensführung ein großes Potenzial zur Verringerung von Krankheit und Tod. EU-Bürger mit besseren Arbeitsplätzen, mehr Bildung oder höheren Einkommen sind im Durchschnitt gesünder und leben länger. Der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen den am meisten begünstigten und den am stärksten benachteiligten Gesellschaftsgruppen beträgt fünf Jahre oder mehr. Maßnahmen zur Verringerung von Ungleichheiten im Bereich Gesundheit sind darauf ausgerichtet:

- das Gesundheitsniveau aller Menschen in Richtung des Niveaus der am meisten Begünstigten zu verbessern;
- sicherzustellen, dass die gesundheitlichen Bedürfnisse der am meisten Benachteiligten voll berücksichtigt werden;
- Hilfe bei der schnelleren Verbesserung der Gesundheit von Menschen in Ländern und Regionen mit niedrigerem Gesundheitsniveau zu leisten.

Die Verhütung der Übertragung neu auftretender Krankheitserreger und der wieder stärkeren Ausbreitung anderer Krankheiten sowie eine schnellere und besser abgestimmte Reaktionsfähigkeit auf diese Gefahren ist eine Verantwortung, die von den nationalen Gesundheitsbehörden und der Europäischen Kommission gemeinsam getragen wird. Das Auftreten von HIV und AIDS, das Wiederauftreten von Tuberkulose, das Auftauchen der Creutzfeld-Jakob-Krankheit oder der Vogelgrippe-Epidemie sind Beispiele für das Spektrum der Faktoren, die die Verbreitung von Krankheiten beeinflussen.

Mit dem Programm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit wird gemäß der Entscheidung der Kommission vom 19. März 2002 <sup>(27)</sup> versucht, diese Probleme durch den Informationsaustausch zwischen den Mitgliedstaaten in Angriff zu nehmen, um frühzeitig vor potenziellen Gesundheitsbedrohungen zu warnen.

Anhand von Inzidenzindikatoren wird die Zahl der Fälle erfasst, die in einem festgelegten Zeitraum neu auftreten. Diese Indikatoren werden oft als neu auftretende Fälle einer Krankheit (oder Leiden) pro 100 000 Einwohner ausgedrückt. In ähnlicher Weise beziehen sich die standardisierten Sterberaten auf die Zahl der Todesfälle aufgrund einer bestimmten Ursache (basierend auf einem ähnlichen Verhältnis pro 100 000 Einwohner).

<sup>(25)</sup> KOM(2006) 234 endg. ([http://europa.eu/eur-lex/lex/LexUriServ/site/de/com/2006/com2006\\_0234de01.pdf](http://europa.eu/eur-lex/lex/LexUriServ/site/de/com/2006/com2006_0234de01.pdf)).

<sup>(26)</sup> Nähere Informationen siehe [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/healthdeterminants\\_de.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/healthdeterminants_de.htm)

<sup>(27)</sup> Entscheidung der Kommission (2002/253/EG) zur Festlegung von Falldefinitionen für die Meldung übertragbarer Krankheiten an das Gemeinschaftsnetz (ABI L 86, 3.4.2002, S. 44) ([http://europa.eu.int/eur-lex/pri/de/obj/dat/2002/l\\_086/l\\_08620020403de00440062.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/pri/de/obj/dat/2002/l_086/l_08620020403de00440062.pdf)).

## TODESURSACHEN

Die wichtigsten Todesursachen bei Männern und Frauen in EU-25 waren 2001 Krebs (bösartige Neubildungen) und ischämische Herzkrankheiten. Jedoch waren die standardisierten Sterberaten von Männern und Frauen sehr unterschiedlich; die standardisierte Sterberate von Männern für die Todesursache Krebs (2001: 253 pro 100 000 Personen) war höher als jene von Frauen (142). Die standardisierte Sterberate durch die Todesursache ischämische Herzkrankheiten war bei Männern (147) etwa doppelt so hoch wie bei Frauen (75).

Tatsächlich wurden für Männer höhere standardisierte Sterberaten für alle wichtigen Todesursachen gemeldet – sie waren für Drogenabhängigkeit, Alkoholmissbrauch und AIDS (HIV) vier- bis fünfmal so hoch wie bei Frauen, während der Tod durch Selbstmord und Verkehrsunfälle bei Männern 3,6- bzw. 2,5-mal so wahrscheinlich war.

Todesfälle durch Krebs (bösartige Neubildungen) waren in mehreren der 10 Mitgliedstaaten, die der EU 2004 beitraten, relativ häufig – 2004 mehr als 300 Todesfälle pro 100 000 männlichen Einwohnern in der Tschechischen Republik, Ungarn und Polen. Die baltischen Staaten meldeten die meisten Todesfälle aufgrund von ischämischen Herzkrankheiten bei Männern, mit Raten von mehr als 400 pro 100 000 männliche Einwohner. Die baltischen Staaten meldeten ferner die höchsten standardisierten Sterberaten für Männer aufgrund von Selbstmord und Verkehrsunfällen (abgesehen von einer etwas niedrigeren Sterberate durch Verkehrsunfälle in Estland). Bei Frauen wurden die höchsten standardisierten Sterberaten für Krebs (bösartige Neubildungen) in Dänemark (197 Todesfälle pro 100 000), Ungarn (188) und der Tschechischen Republik (172) verzeichnet.

Gegenüber 1994 ging die Inzidenz von vier der wichtigsten Todesursachen bei Männern in EU-15 bis 2001 zurück; es kam zu einem Gesamtrückgang von 21,9 % bei Todesfällen aufgrund von ischämischen Herzkrankheiten, 18,3 % bei Verkehrsunfällen, 14,6 % bei Selbstmorden und 9,2 % bei Krebs (bösartige Neubildungen). Ein ähnliches Muster war bei Frauen festzustellen, mit einem Rückgang von 23,0 % bei Verkehrsunfällen und 7,4 % bei Todesfällen durch Krebs (bösartige Neubildungen).

Tabelle 3.1: Todesursachen – standardisierte Sterberate, 2004

(pro 100 000 Einwohner)

TPS00116 TPS00119 TPS00122 TPS00125 TPS00128 TPS00131

TPS00134 TPS00137 TPS00140 TPS00143 TPS00146 TPS00149

	Herz- erkran- kun- gen		Un- fälle	Lun- gen- ent- zün- dung	Chroni- sche Hepa- titis	Selbst- mord (3)	Krank- heiten des Nerven- systems	Diabetes mellitus	Alko- hol- miss- brauch (HIV)	Tät- licher Angriff	Dro- gen	
	Krebs (1)	(2)										
<b>EU-25 (4)</b>	187,7	106,1	28,5	16,0	14,3	11,5	16,2	13,9	2,8	1,2	1,2	0,7
<b>EU-15 (4)</b>	180,5	93,4	25,0	15,7	12,9	10,1	16,8	14,0	2,8	1,4	0,9	0,8
<b>Eurozone (4)</b>	180,1	87,6	26,4	13,4	13,7	10,8	15,9	14,7	2,9	1,7	1,0	0,7
<b>Belgien</b>	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
<b>Tschech. Republik</b>	229,9	163,5	40,8	18,9	15,7	14,0	15,9	10,3	1,5	:	1,1	0,0
<b>Dänemark (4)</b>	218,8	111,5	29,0	13,4	13,9	12,2	16,6	17,9	8,6	0,6	0,9	0,6
<b>Deutschland</b>	169,8	110,1	18,0	13,4	15,5	11,0	13,6	17,0	4,9	0,6	0,6	0,8
<b>Estland (5)</b>	194,5	312,5	87,0	18,5	20,0	23,7	13,5	9,0	10,6	0,5	10,8	:
<b>Griechenland</b>	162,0	88,5	29,3	5,0	4,7	2,8	7,9	6,0	0,1	0,1	0,8	0,0
<b>Spanien</b>	164,2	57,3	23,5	9,9	9,5	7,0	19,9	13,7	0,7	3,3	1,3	0,4
<b>Frankreich (5)</b>	181,0	45,3	34,6	11,4	12,6	16,4	26,2	12,8	4,9	1,7	0,8	0,2
<b>Irland</b>	186,5	122,7	17,3	42,3	5,0	10,3	16,4	10,3	1,5	0,3	0,6	2,2
<b>Italien (6)</b>	175,3	72,4	26,1	8,3	12,7	6,0	14,3	17,0	0,3	1,5	0,9	0,7
<b>Zypern</b>	122,9	76,9	35,9	11,7	6,0	0,7	12,7	41,6	0,4	0,1	1,5	:
<b>Lettland (5)</b>	193,9	291,6	88,5	16,2	14,0	24,1	14,5	9,2	2,5	0,5	10,3	:
<b>Litauen</b>	194,9	330,2	85,7	13,6	21,1	38,9	11,3	7,2	0,8	0,2	8,3	0,3
<b>Luxemburg</b>	165,0	76,2	30,0	17,9	11,8	13,2	17,5	7,2	3,9	0,9	0,5	:
<b>Ungarn</b>	260,8	233,6	48,9	6,7	51,0	24,3	13,9	17,0	4,1	0,1	2,0	:
<b>Malta</b>	151,8	131,9	20,7	16,6	5,5	5,4	14,0	23,3	0,5	0,5	1,4	:
<b>Niederlande</b>	191,2	64,0	16,0	21,4	4,4	8,7	15,8	16,9	1,0	0,5	1,2	0,1
<b>Österreich</b>	170,7	115,2	24,2	10,4	17,5	15,2	15,3	29,6	4,0	0,6	0,7	2,3
<b>Polen</b>	213,8	117,5	39,0	18,3	14,1	15,1	10,0	11,6	4,0	0,3	1,5	0,1
<b>Portugal</b>	155,6	57,1	26,9	20,9	13,3	9,6	15,1	27,5	1,0	8,1	1,7	0,1
<b>Slowenien</b>	198,6	82,0	32,7	30,1	27,2	22,7	9,9	23,0	4,6	0,1	1,8	0,2
<b>Slowakei (4)</b>	225,6	290,0	37,3	29,7	25,7	12,7	10,9	14,2	:	0,0	2,1	0,0
<b>Finnland</b>	143,8	145,4	47,5	19,8	16,0	19,3	30,9	7,4	4,0	0,2	2,4	0,6
<b>Schweden (5)</b>	155,5	113,2	22,2	13,8	5,7	11,4	15,2	11,9	3,8	0,3	0,9	0,3
<b>Verein. Königreich (5)</b>	185,6	122,7	16,8	36,4	11,0	6,4	19,5	7,9	1,4	0,4	0,5	1,7
<b>Bulgarien</b>	156,5	171,6	29,0	16,1	15,0	11,0	7,7	16,8	0,9	0,0	2,7	0,1
<b>Kroatien (6)</b>	213,3	159,5	35,3	18,2	26,0	17,4	9,0	14,9	2,7	0,1	1,4	0,8
<b>EJR Mazedonien</b>	160,5	108,8	24,9	5,6	7,6	9,1	9,3	36,1	1,1	:	2,8	0,2
<b>Rumänien (5)</b>	178,0	228,4	45,1	28,9	46,6	12,8	8,2	8,3	4,4	1,2	3,8	:
<b>Island</b>	160,2	112,2	17,9	15,3	2,1	11,9	29,8	6,1	1,8	0,3	1,4	:
<b>Norwegen</b>	168,0	88,9	33,9	16,3	5,1	11,4	19,0	8,5	3,4	0,5	0,9	0,8
<b>Schweiz</b>	149,2	72,3	20,3	10,5	7,0	15,0	21,1	12,4	2,6	1,0	0,9	2,5

(1) Bösartige Neubildung.

(2) Ischämische Herzkrankheiten.

(3) Selbstmord und vorsätzliche Selbstbeschädigung.

(4) 2001.

(5) 2003.

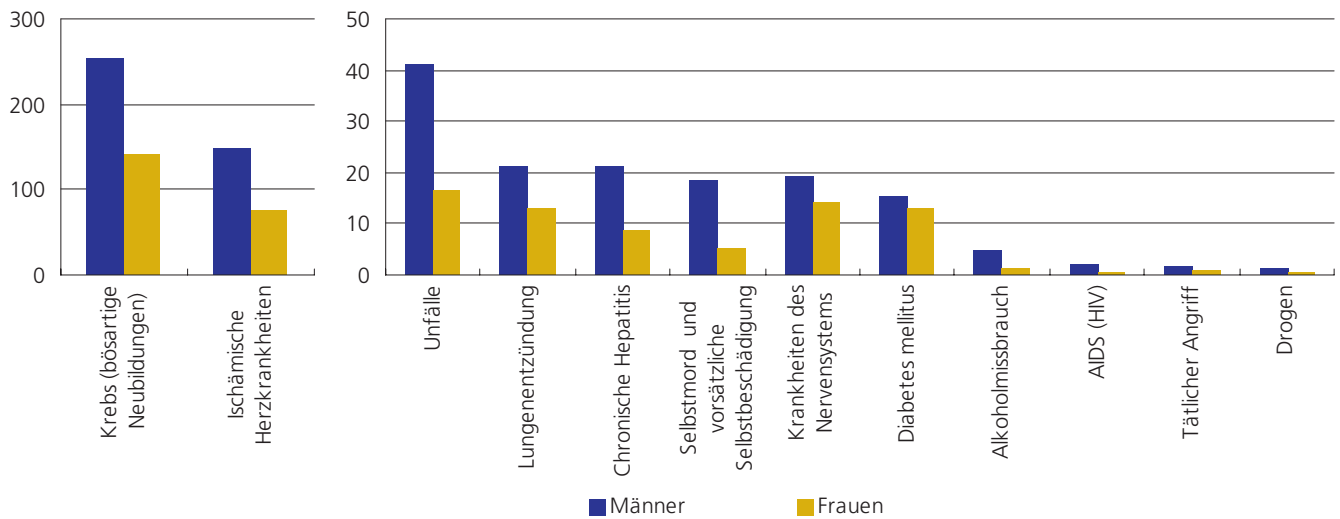
(6) 2002.

Altersspezifische standardisierte Sterberate einer Bevölkerung; da die meisten Todesursachen je nach Alter und Geschlecht erheblich variieren können, wird anhand von standardisierten Sterberaten versucht, die Sterberaten unabhängig von der unterschiedlichen Altersstruktur der jeweiligen Bevölkerung zu messen, wodurch sich die Vergleichbarkeit im Zeitablauf und zwischen Ländern verbessert. Bei der verwendeten standardisierten Referenzpopulation handelt es sich um die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte europäische Standardbevölkerung.

**Abbildung 3.1: Todesursachen – standardisierte Sterberate, EU-25, 2001 (1)**

(pro 100 000 Einwohner)

TPS00116 TPS00119 TPS00122 TPS00125 TPS00128 TPS00131  
TPS00134 TPS00137 TPS00140 TPS00143 TPS00146 TPS00149



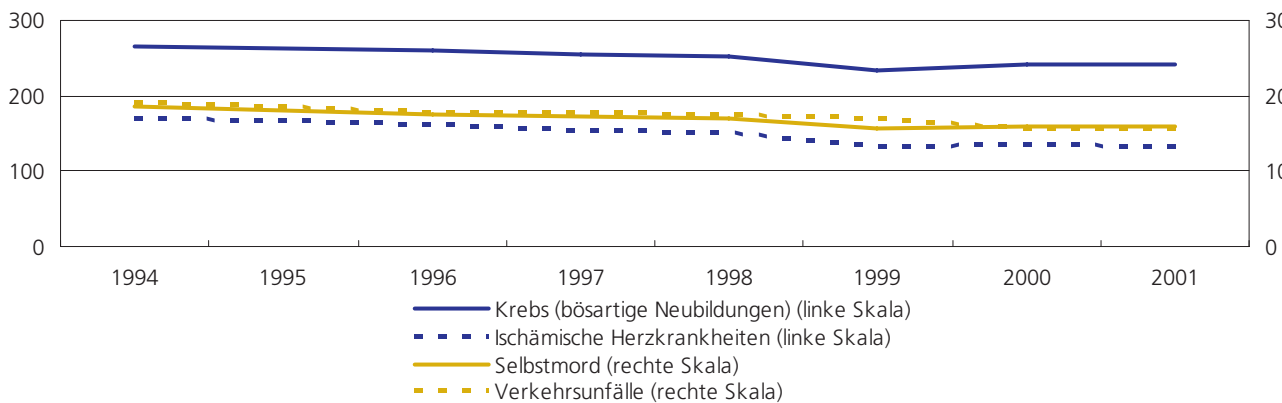
(1) Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalen in den beiden Teilen der Abbildung.

Altersspezifische standardisierte Sterberate einer Bevölkerung; da die meisten Todesursachen je nach Alter und Geschlecht erheblich variieren können, wird anhand von standardisierten Sterberaten versucht, die Sterberaten unabhängig von der unterschiedlichen Altersstruktur der jeweiligen Bevölkerung zu messen, wodurch sich die Vergleichbarkeit im Zeitablauf und zwischen Ländern verbessert. Bei der verwendeten standardisierten Referenzpopulation handelt es sich um die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte europäische Standardbevölkerung.

**Abbildung 3.2: Todesursachen von Männern – standardisierte Sterberate, EU-15**

(pro 100 000 Einwohner)

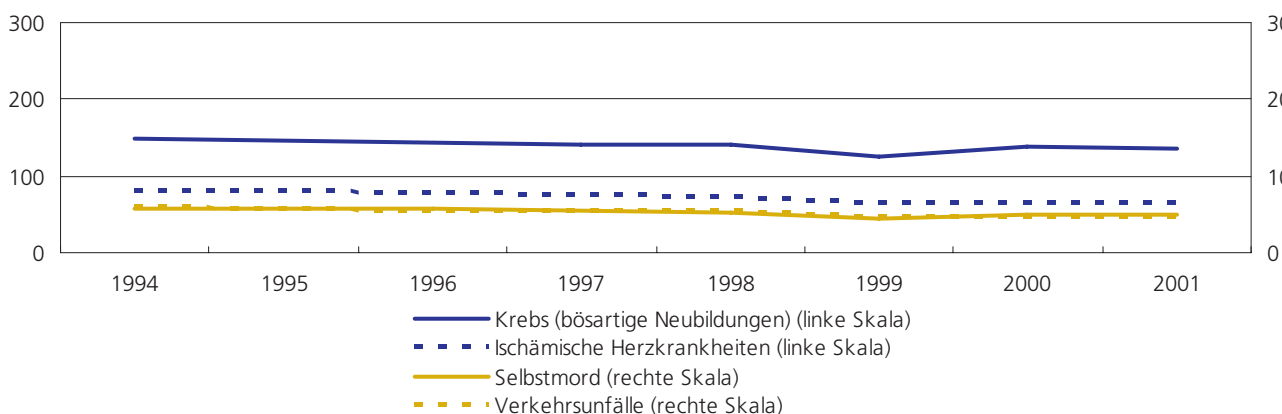
TPS00117 TPS00120 TPS00123 TPS00165



**Abbildung 3.3: Todesursachen von Frauen – standardisierte Sterberate, EU-15**

(pro 100 000 Einwohner)

TPS00118 TPS00121 TPS00124 TPS00166

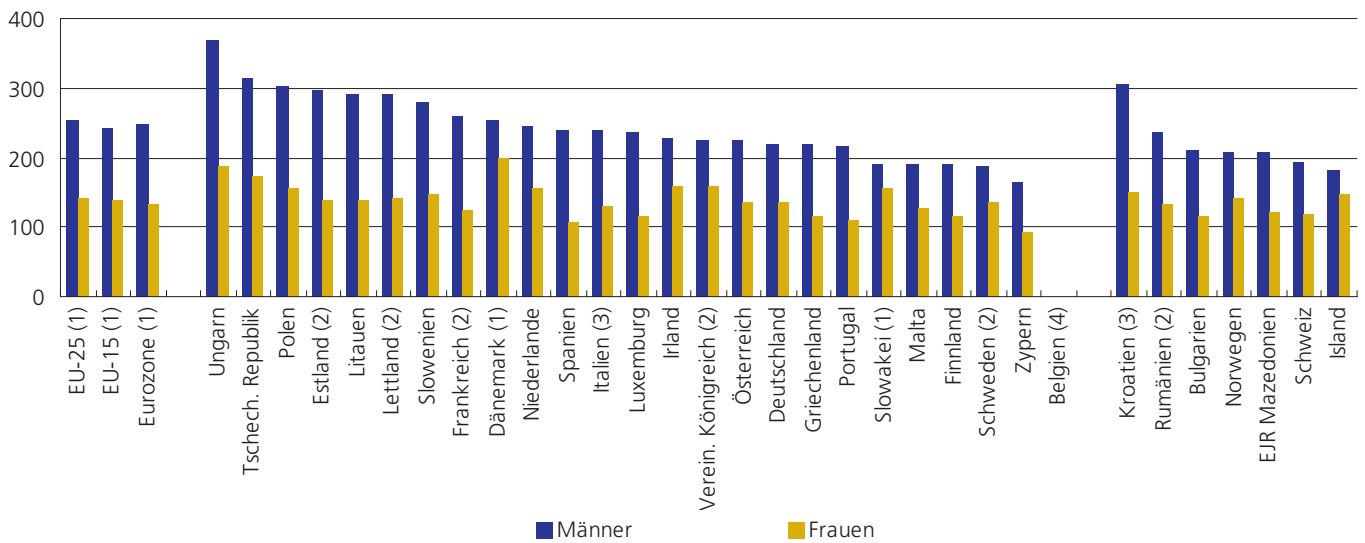




**Abbildung 3.4: Todesfälle durch Krebs (bösartige Neubildungen) – standardisierte Sterberate, 2004**

(pro 100 000 Einwohner)

TPS00117 TPS00118

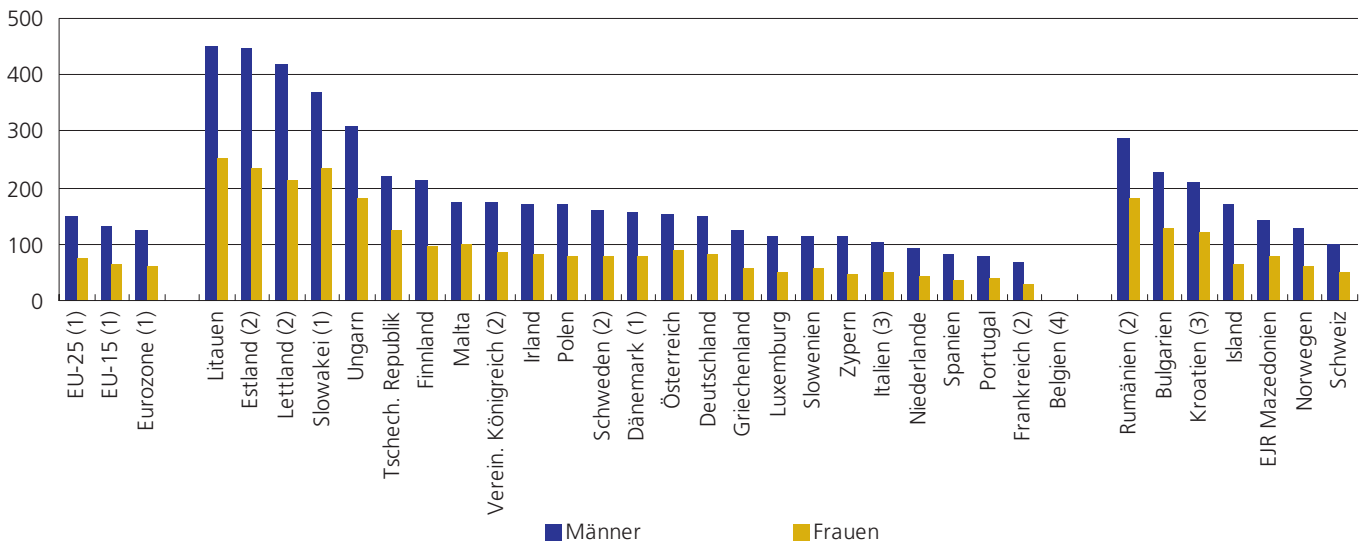


- (1) 2001.
- (2) 2003.
- (3) 2002.
- (4) Nicht verfügbar.

**Abbildung 3.5: Todesfälle durch ischämische Herzkrankheiten – standardisierte Sterberate, 2004**

(pro 100 000 Einwohner)

TPS00120 TPS00121

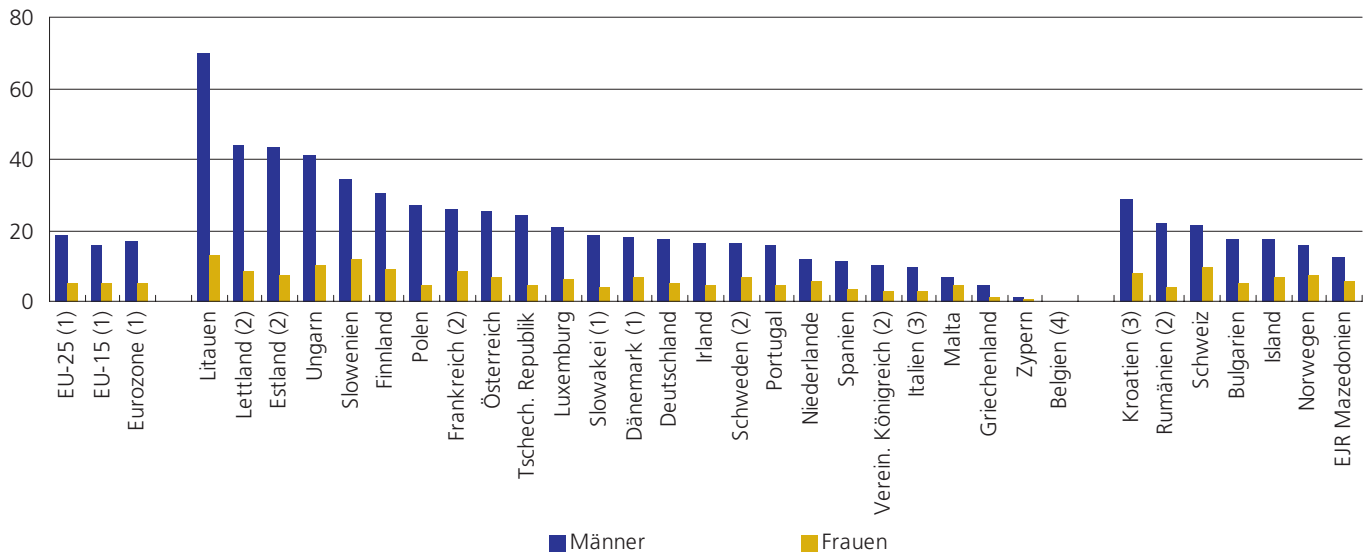


- (1) 2001.
- (2) 2003.
- (3) 2002.
- (4) Nicht verfügbar.

Abbildung 3.6: Todesfälle durch Selbstmord – standardisierte Sterberate, 2004

(pro 100 000 Einwohner)

TPS00123 TPS00124



(1) 2001.

(2) 2003.

(3) 2002.

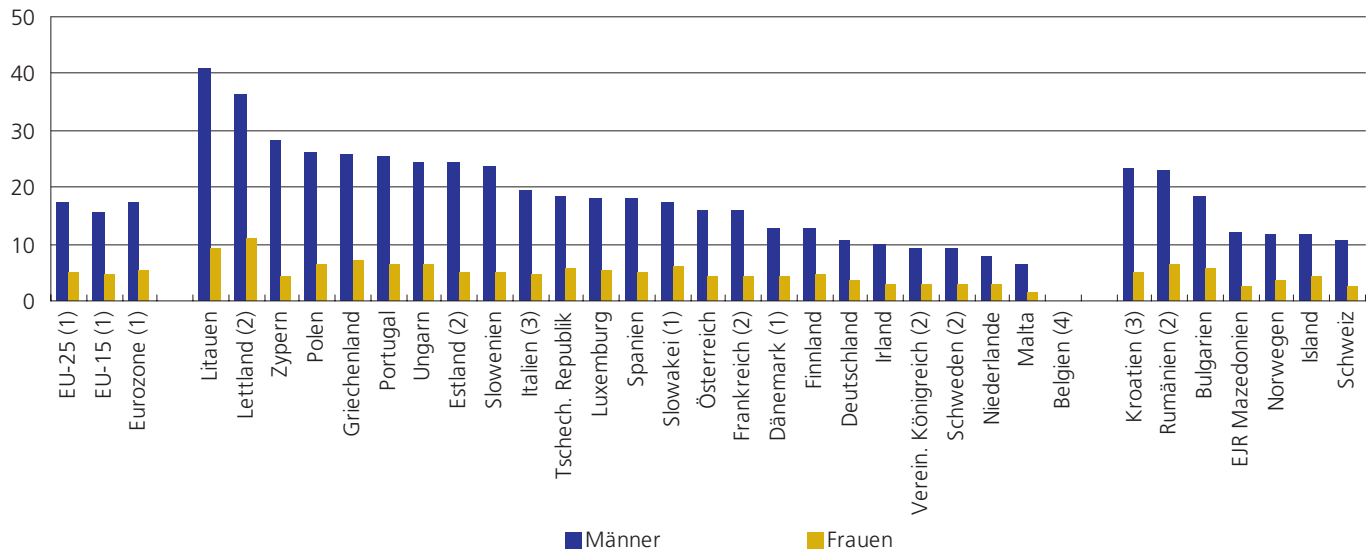
(4) Nicht verfügbar.

Altersspezifische standardisierte Sterberate einer Bevölkerung; da die meisten Todesursachen je nach Alter und Geschlecht erheblich variieren können, wird anhand von standardisierten Sterberaten versucht, die Sterberaten unabhängig von der unterschiedlichen Altersstruktur der jeweiligen Bevölkerung zu messen, wodurch sich die Vergleichbarkeit im Zeitablauf und zwischen Ländern verbessert. Bei der verwendeten standardisierten Referenzpopulation handelt es sich um die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte europäische Standardbevölkerung.

Abbildung 3.7: Todesfälle durch Verkehrsunfälle – standardisierte Sterberate, 2004

(pro 100 000 Einwohner)

TPS00165 TPS00166



(1) 2001.

(2) 2003.

(3) 2002.

(4) Nicht verfügbar.



### POTENZIELLE WEITVERBREITETE URSACHEN GESUNDHEITLICHER PROBLEME

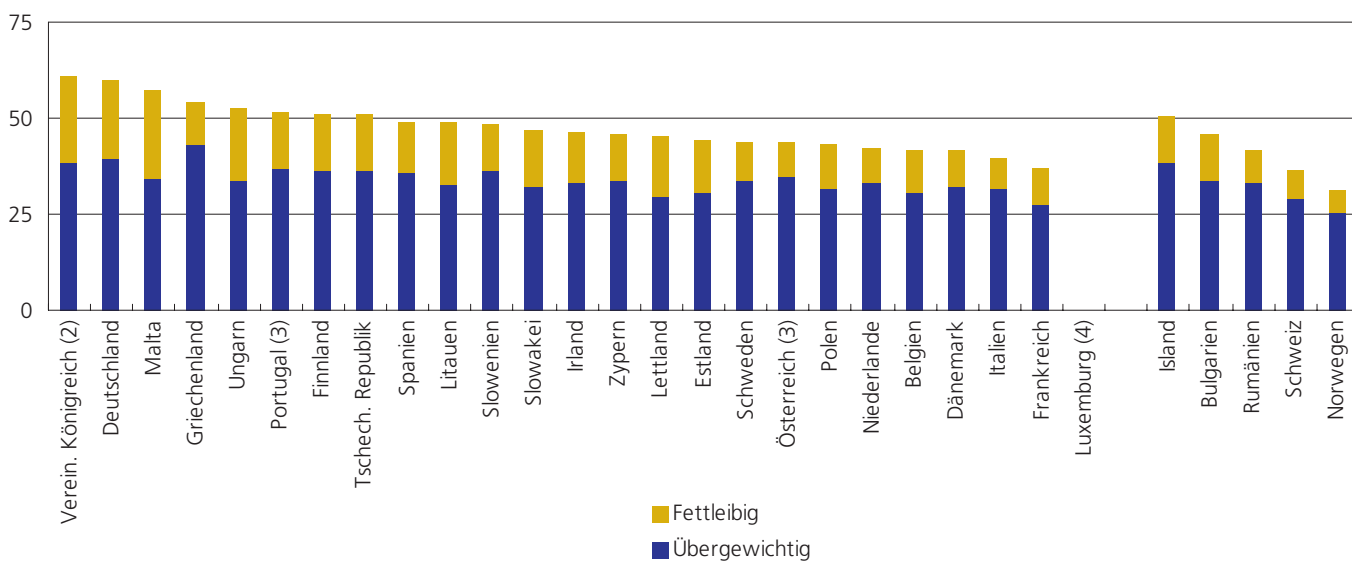
Potenzielle weitverbreitete Ursachen gesundheitlicher Probleme sind unter anderem Übergewicht, Alkohol und Rauchen. Der letztgenannten Ursache wurde in den vergangenen Jahren in der Gesetzgebung besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Eine steigende Zahl von Mitgliedstaaten hat Nichtrauchervorschriften verabschiedet, durch die das Rauchen in öffentlichen Räumen und/oder am Arbeitsplatz eingeschränkt oder verboten wird und Passivraucher geschützt werden.

Daten aus nationalen Erhebungen zur Gesundheit (Health interview surveys, HIS) zufolge rauchten 2003 etwa 50 % der Männer in Lettland, Estland und Slowenien. Bei Frauen verzeichneten Österreich und Dänemark die höchste Inzidenz — knapp über 30 % der Frauen rauchten täglich. Der niedrigste Anteil von Rauchern an der Bevölkerung wurde 2003 in Schweden (16,5 %) und Finnland (21,6 %) für Männer und in Portugal (6,8 %) für Frauen erfasst. Die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den Raucheranteilen wurden in den baltischen Staaten beobachtet. Alle Länder meldeten höhere Raucheranteile bei Männern als bei Frauen, mit Ausnahme Schwedens, das einen etwas höheren Frauenanteil bei Rauchern aufwies.

Übergewicht und Fettleibigkeit sind schwerwiegende gesundheitliche Probleme, weil sie das Risiko des vorzeitigen Todes und von Behinderungen erhöhen. Sie hängen mit schlechten Essgewohnheiten und mangelnder körperlicher Aktivität zusammen. Der Body Mass Index (BMI) ist ein Maß, das das Gewicht einer Person ins Verhältnis zu ihrer Körpergröße setzt und somit relativ gut Auskunft über die Menge des körperlichen Fettgewebes bei Erwachsenen gibt. Der BMI wird von Sachverständigen als sinnvollstes Maß (wenn nur Daten zu Größe und Gewicht vorliegen) für die Bestimmung von Übergewicht oder Fettleibigkeit angesehen. Der BMI wird errechnet, indem das Körpergewicht (in Kilogramm) durch das Quadrat der Körpergröße (in Metern) geteilt wird. Eine Person mit einem BMI von 25 oder mehr gilt als übergewichtig. 2003 waren in 11 der 25 Mitgliedstaaten mindestens 50 % der Bevölkerung übergewichtig.

#### Abbildung 3.8: Übergewichtige Personen, 2003 (1)

(in % der Gesamtbevölkerung)



(1) Daten aus nationalen Erhebungen zur Gesundheit (HIS), 1996-2003 je nach Land.

(2) Nur England.

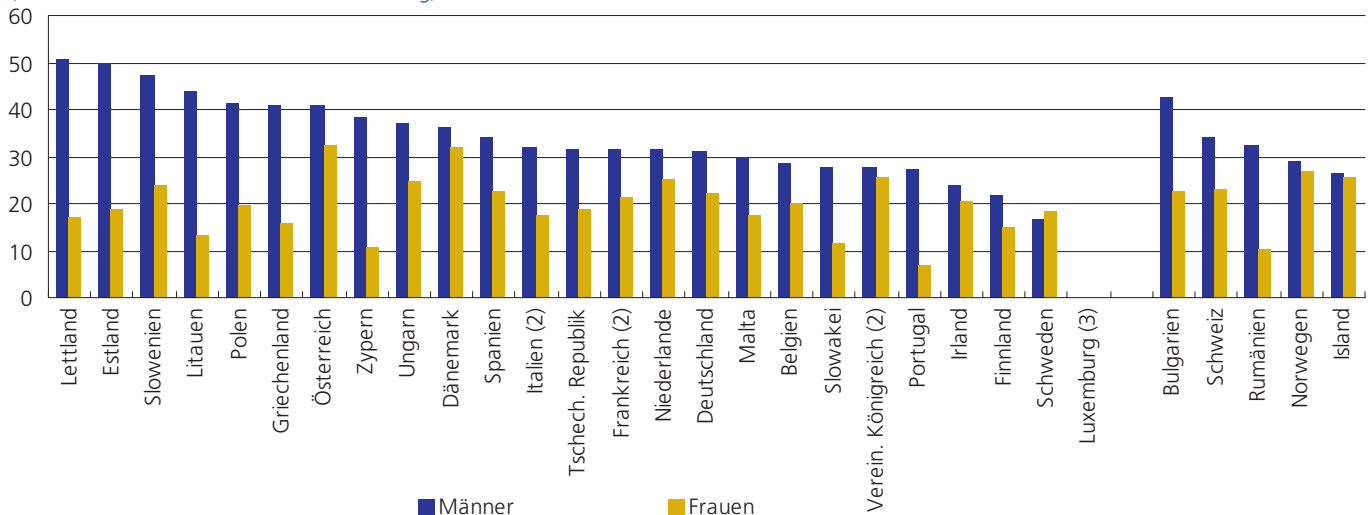
(3) ECHP-Daten, 2001.

(4) Nicht verfügbar.

Übergewichtig sind Personen mit einem Body-Mass-Index (BMI) von 25 oder mehr; dazu gehören Personen, die stark übergewichtig (fettleibig) sind und einen BMI 30 oder mehr aufweisen; der BMI ist eine Maßeinheit für das körperliche Fettgewebe von Erwachsenen und wird errechnet als Verhältnis zwischen dem Gewicht in Kilogramm und dem Quadrat der Körpergröße in Metern.

Abbildung 3.9: Tägliches Rauchen, 2003 (1)

(in % der männlichen/weiblichen Bevölkerung)



- (1) Daten aus nationalen Erhebungen zur Gesundheit (HIS), 1996-2003 je nach Land.  
 (2) Keine Unterscheidung zwischen täglichem und gelegentlichem Rauchen.  
 (3) Nicht verfügbar.

### GESUNDHEITSVERSORGUNG

Da dieser Sektor volkswirtschaftlich bedeutend ist, ist das Verständnis der Faktoren, die das Niveau der Gesundheitsausgaben eines Landes bestimmen, wesentlich. Es gibt keine einfache Antwort auf die Frage, wieviel ein Land für das Gesundheitswesen ausgeben sollte, weil die einzelnen Mitgliedstaaten sich unterschiedlichen Krankheiten gegenüber sehen, ihre jeweilige Bevölkerung unterschiedliche Erwartungen hat und es geografische Zwänge gibt.

Die zur angemessenen Finanzierung des Gesundheitswesens erforderlichen Mittel hängen von einer Vielzahl von Variablen ab. Am offensichtlichsten ist vielleicht die Belastung durch behandlungsbedürftige Krankheiten, weil eine kränkere Bevölkerung mehr Gesundheitsfürsorge braucht – obwohl es keine einfache lineare Beziehung zwischen der Belastung durch Krankheiten und dem Mittelbedarf gibt, da einige Krankheiten leicht und mit geringen Kosten behandelt werden können, während andere eine komplexere und kostspieligere Versorgung erfordern. Ein zweiter Faktor besteht darin, in welchem Umfang die im Allgemeinen auf die Gesundheits- und Sozialfürsorgesysteme übertragene Pflege von Familie und Freunden wahrgenommen wird. Darüber hinaus müssen Probleme wie die geografische Streuung berücksichtigt werden, weil es teurer ist, abgelegene Gebiete zu versorgen und Möglichkeiten zur Verfügung zu stellen, die es den Bewohnern solcher Gebiete erlauben, anderswo Spezialisten aufzusuchen<sup>(28)</sup>.

(28) Eine ausführlichere Erörterung dieser Probleme ist enthalten in „Der Beitrag der Gesundheit zur Wirtschaft in der Europäischen Union“, Europäische Kommission, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/healthdeterminants\\_de.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/healthdeterminants_de.htm)).

In einer Mitteilung<sup>(29)</sup> der Kommission wurde ein gemeinsamer Rahmen für die Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Reform und Entwicklung der Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege festgelegt. Die Gesundheitsausgaben – hier definiert als Ausgaben für die Gesundheitsversorgung nach dem Europäischen System der integrierten Sozialschutzstatistik (ESSOSS) – als Teil des BIP betragen 2003 in EU-25 7,6 % (verglichen mit beispielsweise 5,2 % für Bildung). Deutschland, Frankreich, die Niederlande und Schweden verzeichneten Anteile von mehr als 8 %, während am anderen Ende der Skala in den baltischen Staaten, Zypern oder Polen weniger als 4 % des BIP für das Gesundheitswesen aufgewandt wurden.

Auf Grundlage der vorliegenden Daten für 18 Mitgliedstaaten verzeichneten zwischen 1998 und 2003 Belgien, Griechenland, Italien, Schweden und das Vereinigte Königreich die höchsten Anstiege der Gesundheitsausgaben, wo die Ausgaben für das Gesundheitswesen (als Teil des BIP) um mindestens einen Prozentpunkt stiegen.

2002 gab es in EU-25 durchschnittlich 618 Krankenhausbetten pro 100 000 Einwohner gegenüber 715 Betten im Jahr 1995 (eine Verringerung von insgesamt über 10 %). Der Rückgang der Zahl der Krankenhausbetten ist möglicherweise auf eine effizientere Nutzung der Ressourcen zurückzuführen, wobei die Zahl der ambulanten Operationen steigt und die im Anschluss an eine Operation im Krankenhaus verbrachte Zeit kürzer wird.

Litauen (395), Belgien (394) und die Tschechische Republik (389) meldeten 2003 die höchsten Zahlen für praktizierende Ärzte pro 100 000 Einwohner (von den Staaten, für die Daten vorliegen). Am anderen Ende der Skala wies das Vereinigte Königreich durchschnittlich 216 praktizierende Ärzte auf.

(29) Modernisierung des Sozialschutzes für die Entwicklung einer hochwertigen, zugänglichen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege: Unterstützung der einzelstaatlichen Strategien durch die „offene Koordinierungsmethode“, KOM(2004) 304 endg. vom 20. April 2004 ([http://ec.europa.eu/employment\\_social/soc-prot/healthcare/com\\_04\\_304\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare/com_04_304_de.pdf)).

Tabelle 3.2: Indikatoren für das Gesundheitswesen

TPS00044 TPS00046 TPS00048

	Krankenhaus- betten (pro 100 000 Einwohner)		Zahl der praktizierenden Ärzte (pro 100 000 Einwohner)		Krankenhaus- entlassungen (pro 100 000 Einwohner) (1)		Gesundheits- ausgaben (in % des BIP)	
	1995	2003	1995	2003	1995	2002	1995	2003
	EU-25 (2)	719	618	:	:	:	:	:
EU-15 (2)	690	593	:	:	:	:	7,4	7,7
Eurozone (2)	745	641	:	:	:	:	:	:
<b>Belgien</b>	744	686	345	394	7 158	:	6,3	7,6
<b>Tschech. Republik (3)</b>	939	868	346	389	9 070	9 838	6,4	7,1
<b>Dänemark</b>	489	398	251	285	8 509	:	5,5	6,1
<b>Deutschland</b>	970	874	307	337	8 337	:	8,4	8,1
<b>Estland</b>	804	591	307	315	:	9 438	:	4,2
<b>Griechenland</b>	500	:	393	:	5 971	:	5,6	6,7
<b>Spanien (2) (3)</b>	395	358	268	329	4 249	5 057	6,1	5,9
<b>Frankreich (4)</b>	890	796	:	:	:	:	8,1	8,9
<b>Irland</b>	1 015	1 007	:	:	:	5 954	6,5	6,6
<b>Italien</b>	622	418	:	:	:	7 032	5,5	6,5
<b>Zypern (5)</b>	452	431	220	263	2 170	2 379	:	4,1
<b>Lettland</b>	1 099	779	278	278	9 526	9 522	:	3,0
<b>Litauen</b>	1 083	866	405	395	9 955	11 009	:	3,9
<b>Luxemburg (2)</b>	1 096	644	204	245	:	8 610	5,7	5,8
<b>Ungarn</b>	909	:	303	324	:	12 177	:	6,2
<b>Malta</b>	545	750	:	:	:	2 434	4,2	4,8
<b>Niederlande (2)</b>	533	463	186	:	4 800	4 369	8,3	8,2
<b>Österreich</b>	755	836	266	338	11 247	13 835	7,1	7,1
<b>Polen</b>	769	668	232	243	5 552	:	:	4,3
<b>Portugal (2)</b>	392	365	255	269	:	4 213	7,0	6,5
<b>Slowenien (2) (6)</b>	574	509	:	228	:	6 465	:	7,8
<b>Slowakei</b>	:	724	292	328	8 481	8 237	6,0	5,8
<b>Finnland</b>	801	724	:	:	11 595	11 672	6,4	6,5
<b>Schweden</b>	609	:	286	333	8 127	7 183	7,5	8,5
<b>Verein. Königreich</b>	:	397	173	216	7 579	8 925	6,5	7,7
<b>Bulgarien</b>	1 034	627	345	356	:	8 673	:	:
<b>Kroatien (2) (6)</b>	588	568	204	239	3 583	4 763	:	:
<b>Rumänien</b>	763	656	:	200	7 984	10 370	:	:
<b>Türkei</b>	247	235	:	139	:	:	:	:
<b>Island</b>	911	:	303	363	:	7 067	7,2	8,5
<b>Norwegen</b>	406	428	279	329	7 568	:	7,4	9,4
<b>Schweiz (6)</b>	701	584	176	198	:	6 312	5,8	7,1
<b>Japan</b>	1 330	:	:	:	:	:	:	:
<b>USA (3)</b>	413	:	203	:	4 799	4 720	:	:

(1) Entlassungen im Zusammenhang mit Krebs (bösartige Neubildungen), Krankheiten des Kreislaufsystems, Krankheiten des Atmungssystems, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes und Komplikationen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

(2) Krankenhausbetten, 2002 anstatt 2003.

(3) Entlassungen aus dem Krankenhaus, 2001 anstatt 2002.

(4) Französisches Mutterland.

(5) Ausgaben für das Gesundheitswesen, 2000 anstatt 2003.

(6) Praktizierende Ärzte, 2002 anstatt 2003.

Betten für Patienten, die offiziell in einer stationären Versorgungseinrichtung oder einer Einrichtung, die auch stationäre Versorgung anbietet, aufgenommen wurden und dort mindestens eine Nacht verbringen; stationäre Versorgung wird von Krankenhäusern, Krankenpflege- und Pflegeheimen geleistet, aber auch von anderen Einrichtungen, die nach ihrer Hauptpflegetätigkeit zu ambulanten Versorgungseinrichtungen gerechnet werden, aber als Nebentätigkeit auch stationäre Versorgung anbieten.

Ärzte können als zugelassen, erwerbstätig oder praktizierend erfasst werden, in den meisten Mitgliedstaaten liegen Daten zu zwei oder mehr Konzepten vor; praktizierende Ärzte sind Ärzte, die in einem Krankenhaus, einer Praxis oder an einem anderen Ort Patienten behandeln.

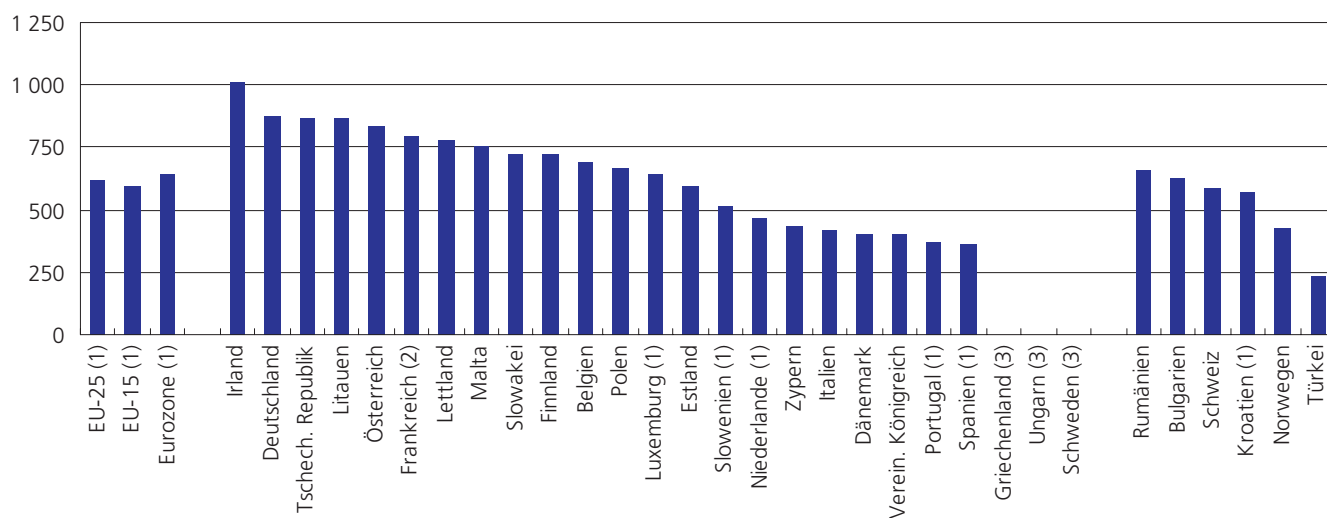
Als Entlassung aus dem Krankenhaus oder einer sonstigen Gesundheitseinrichtung gilt, wenn ein Patient (oder Heimbewohner) die Einrichtung auf Grund von Tod, Entlassung, Verlassen der Einrichtung gegen ärztlichen Rat oder Verlegung verlässt; die Zahl der Entlassungen wird am häufigsten als Maß für die Nutzung von Krankenhausdienstleistungen verwendet; Entlassungen werden gegenüber der Aufnahme von Patienten bevorzugt, da in Kurzberichten von Krankenhäusern über die Pflege stationärer Patienten die vorhandenen Informationen zum Zeitpunkt der Entlassung verwendet werden.

Gesundheitsausgaben werden definiert als Anteil der Ausgaben für das Gesundheitswesen am BIP; diese Ausgaben umfassen Geldleistungen als teilweisen oder vollständigen Ersatz für Verdienstaufschlag bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Verletzung sowie die im Rahmen des Sozialschutzes gewährte medizinische Versorgung zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes der erfassten Personen.

Abbildung 3.10: Krankenhausbetten, 2003

(pro 100 000 Einwohner)

TPS00046



(1) 2002 anstatt 2003.

(2) Französisches Mutterland.

(3) Nicht verfügbar.

Betten für Patienten, die offiziell in einer stationären Versorgungseinrichtung oder einer Einrichtung, die auch stationäre Versorgung anbietet, aufgenommen wurden und dort mindestens eine Nacht verbringen; Stationäre Versorgung wird von Krankenhäusern, Krankenpflege- und Pflegeheimen geleistet, aber auch von anderen Einrichtungen, die nach ihrer Hauptpflegetätigkeit zu ambulanten Versorgungseinrichtungen gerechnet werden, aber als Nebentätigkeit auch stationäre Versorgung anbieten.

Abbildung 3.11: Krankenhausbetten, EU-25

(pro 100 000 Einwohner)

TPS00046

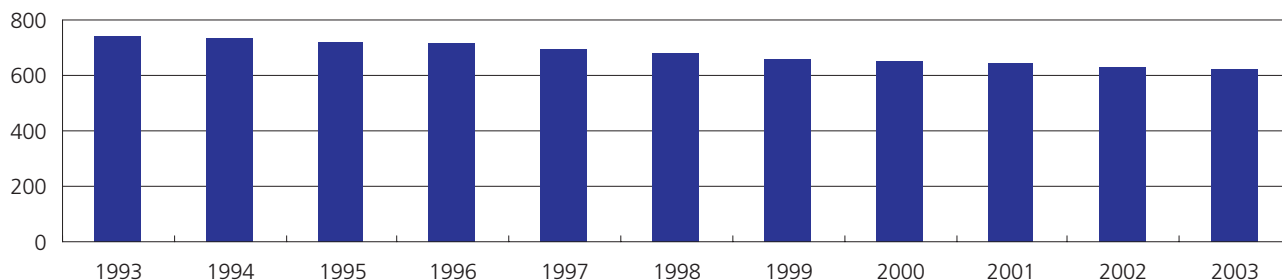
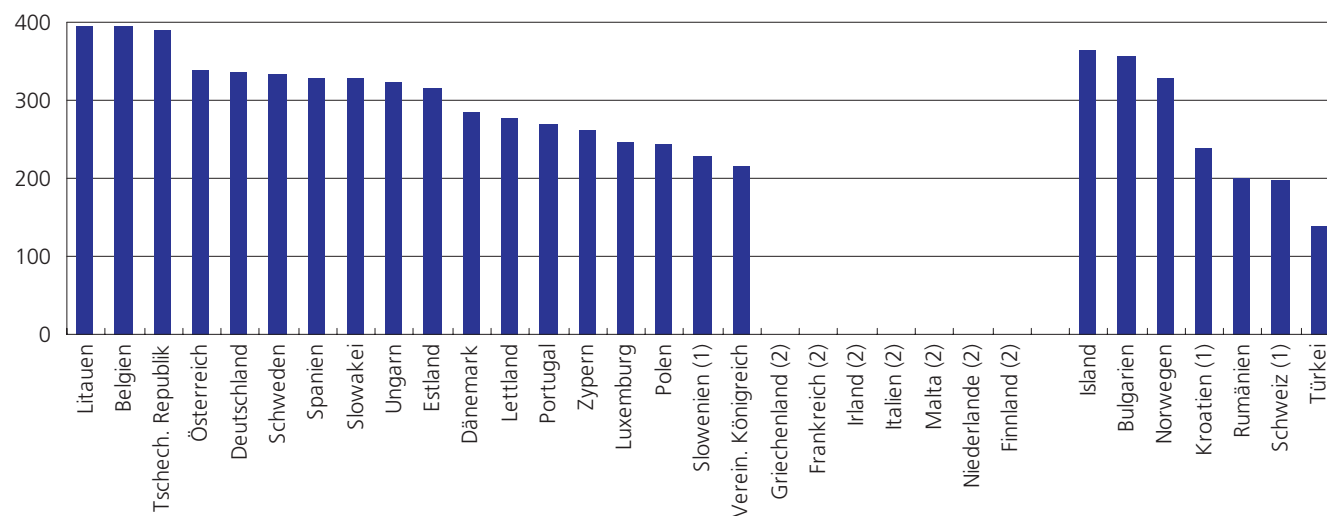


Abbildung 3.12: Zahl der praktizierenden Ärzte, 2003

(pro 100 000 Einwohner)

TPS00044



(1) 2002.

(2) Nicht verfügbar.

Ärzte können als zugelassen, erwerbstätig oder praktizierend erfasst werden; in den meisten Mitgliedstaaten liegen Daten zu zwei oder mehr Konzepten vor; praktizierende Ärzte sind Ärzte, die in einem Krankenhaus, einer Praxis oder an einem anderen Ort Patienten behandeln.

**ARBEITSSICHERHEIT**

Die europäischen Statistik über Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten entspricht den Anforderungen der Gemeinschaftsstrategie für Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002-06<sup>(30)</sup>, die dem Wandel von Gesellschaft und Arbeitswelt Rechnung trägt. Sie beruht auf einem Gesamtkonzept für das Wohlbefinden am Arbeitsplatz auf der Grundlage von Präventivmaßnahmen und der Bildung von Partnerschaften aller Akteure in den Bereichen Beschäftigung, Gesundheit und Sicherheit.

Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz ist nicht nur auf die Verhinderung von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten beschränkt, sondern erstreckt sich auch auf das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden, das für die Qualität der Arbeit und die Produktivität der Beschäftigten eine wichtige Rolle spielt.

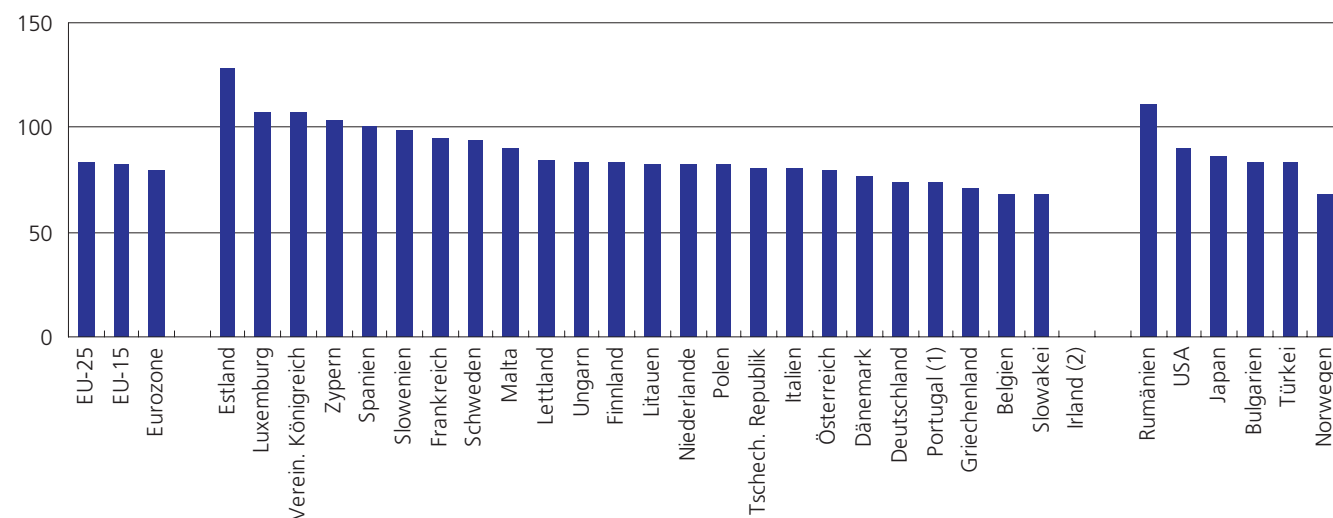
(30) Entschließung des Rates über eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz (2002-2006) 2002/C 161/01 vom 3. Juni 2002 (ABl L 161, 5.7.2002, S. 1) ([http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/oj/2002/c\\_161/c\\_16120020705de00010004.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/oj/2002/c_161/c_16120020705de00010004.pdf)).

Ein Arbeitsunfall ist ein deutlich abzugrenztes Ereignis, das zu einem physischen oder psychischen Schaden führt; dazu zählen nicht Wegeunfälle zwischen der Wohnung und dem Arbeitsplatz. Von 1998 bis 2003 ist die Inzidenzrate schwerer Arbeitsunfälle in EU-25 um 17 % zurückgegangen; das trifft auch auf die meisten Mitgliedstaaten (für die Daten vorliegen) zu, mit Ausnahme Estlands, Luxemburgs und des Vereinigten Königreichs.

Die Inzidenzrate tödlicher Arbeitsunfälle in EU-25 ging von 1998 bis 2003 um 23 % zurück. Es sei darauf hingewiesen, dass diese Zahlen zum Teil von der strukturellen Verlagerung der Wirtschaft hin zu Dienstleistungen beeinflusst sein können, wo die Wahrscheinlichkeit tödlicher Arbeitsunfälle normalerweise geringer ist als in Landwirtschaft, Industrie oder Baugewerbe.

**Abbildung 3.13: Schwere Arbeitsunfälle, 2003**

(1998 = 100, auf Basis der Anzahl der schweren Arbeitsunfälle pro 100 000 Erwerbstätige)



(1) 2002.

(2) Nicht verfügbar.

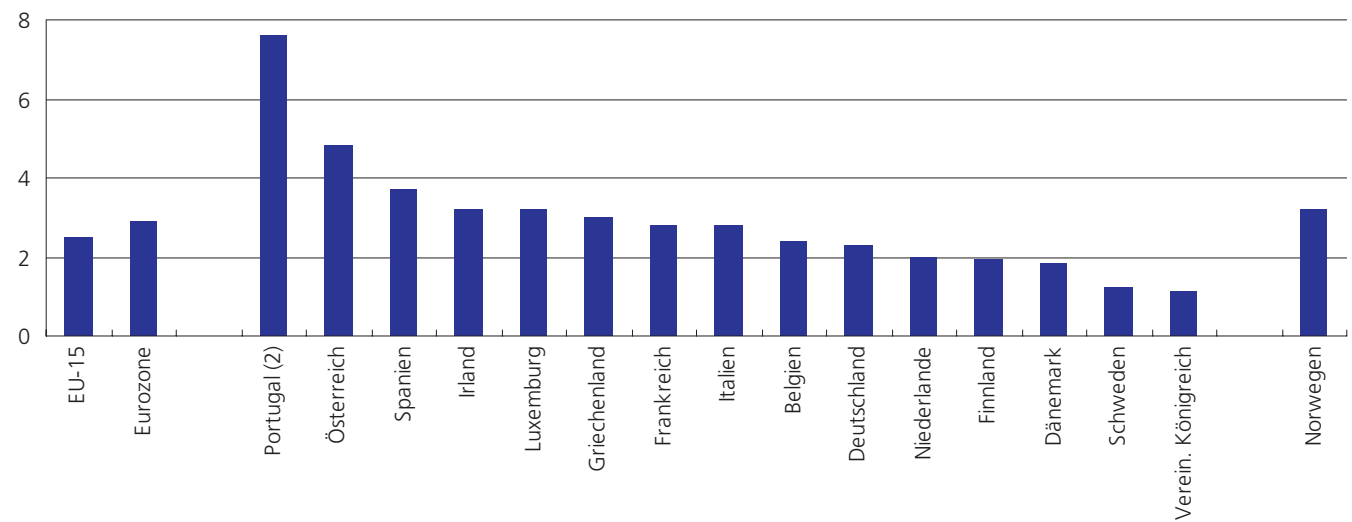
Der Index zeigt die Entwicklung der Inzidenzrate schwerer Arbeitsunfälle gegenüber 1998 (= 100); Inzidenzrate = Zahl der Arbeitsunfälle mit mehr als dreitägiger Abwesenheit, die während des Jahres auftraten/Zahl der Erwerbstätigen in der Referenzpopulation x 100 000. Ein Arbeitsunfall ist ein während der Arbeit eintretendes deutlich abzugrenztes Ereignis, das zu einem physischen oder psychischen Schaden führt; eingeschlossen sind Unfälle, die das Opfer bei der Verrichtung einer Tätigkeit außerhalb des Betriebsgeländes erleidet, auch wenn sie durch Dritte verursacht wurden sowie akute Vergiftungen; nicht dazu zählen Wegeunfälle zwischen Wohnung und Arbeitsplatz, Fälle, die rein medizinische Ursachen haben sowie Berufskrankheiten.



Abbildung 3.14: Tödliche Arbeitsunfälle, 2003 (1)

(pro 100 000 Beschäftigte)

TPS00043



(1) Ohne Verkehrsunfälle während der Arbeitszeit; für die 10 Mitgliedstaaten, die der EU 2004 beitraten, liegen keine Informationen vor.  
 (2) 2002.

*Inzidenzrate = Zahl der Arbeitsunfälle mit mehr als dreitägiger Abwesenheit, die während des Jahres auftraten / Zahl der Erwerbstätigen in der Referenzpopulation x 100 000. Ein tödlicher Arbeitsunfall ist ein während der Arbeit eintretendes deutlich abzugrenztes Ereignis, das zu einem physischen oder psychischen Schaden führt, der binnen eines Jahres nach dem Unfall zum Tod führt; nicht dazu zählen Wegeunfälle zwischen Wohnung und Arbeitsplatz, Fälle, die rein medizinische Ursachen haben sowie Berufskrankheiten; um Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten hinsichtlich der Verteilung der Arbeitskräfte auf Wirtschaftszweige, die einem Risiko ausgesetzt sind, auszugleichen, wird eine Standardisierung vorgenommen, die jedem Wirtschaftszweig auf nationaler Ebene dasselbe Gewicht verleiht wie in der Europäischen Union insgesamt.*