

# Die soziale Lage in der Europäischen Union

# 2003



Europäische Kommission



# **Die soziale Lage in der Europäischen Union 2003**

---

## Anerkennung

Die Generaldirektion Beschäftigung und Soziales bedankt sich bei all denjenigen, die zu diesem Bericht beigetragen haben, insbesondere bei der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz, der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, dem Institute for Prospective Technological Studies und dem Europäischen Zentrum für die Förderung der Berufsbildung (CEDEFOP). Darüber hinaus bedankt sich die Generaldirektion Beschäftigung und Soziales bei folgenden Experten für Ihre wertvollen Beiträge zu diesem Bericht: Professor Elias Mossialos von LSE; Professor Géry Coomans von ISMEA; Professor Dr. M. Harvey Brenner von der Technischen Universität Berlin und Johns Hopkins University; Professor Yannis Yfantopoulos von der Universität von Athen; Professor Christian Haerpfer und Dr. Claire Wallace vom Institut für Höhere Studien, Wien; und Dr. Sjoerd Kooiker und Drs. JeanMarie Wildeboer Schut vom Sociaal en Cultureel Planbureau, Niederlande.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>		5
<b>Abschnitt 1 Die soziale Situation in Kürze</b>		
Einleitung		9
1.1 Die wichtigsten Entwicklungen der aktuellen sozialen Lage in der Europäischen Union		11
1.2 Gesundheit und Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union		16
1.3 Die Belastbarkeit des europäischen Sozialmodells		26
<b>Abschnitt 2 Die soziale Dimension der Gesundheit</b>		
2.1 Entwicklungstrends im Gesundheitswesen bei der europäischen Bevölkerung		29
2.2 Sozioökonomische Einflussgrößen der Gesundheit		51
2.3 Gesundheitssysteme in Europa		69
2.4 Gesellschaft und Gesundheit		89
<b>Abschnitt 3 Sozialpolitische Themen – statistische Profile</b>		107
1 Wirtschaftliche Lage		110
2 Demografie, Haushalte und Familien		114
3 Überalterung der Bevölkerung		117
4 Wanderung und Asyl		120
5 Bildungsabschlüsse		122
6 Lebenslanges Lernen		125
7 Beschäftigung		128
8 Beschäftigung älterer Arbeitnehmer		131
9 Arbeitslosigkeit		134
10 Jugendarbeitslosigkeit		136
11 Langzeitarbeitslosigkeit		138
12 Sozialschutzausgaben und -einnahmen		140
13 Sozialleistungen		143
14 Arbeitsmarktpolitische Ausgaben		146
15 Einkommensverteilung		148
16 Haushalte mit niedrigem Einkommen		151
17 Erwerbslose Haushalte und niedriges Arbeitsentgelt		154
18 Frauen und Männer in Entscheidungspositionen		156
19 Beschäftigungssituation von Frauen und Männern		159
20 Arbeitseinkommen von Frauen und Männern		162
21 Lebenserwartung und Gesundheitsaussichten		165
22 Unfälle und arbeitsbedingte gesundheitliche Probleme		168
<b>Anhänge</b>		173
Anhang I Soziale Schlüsselindikatoren je Mitgliedstaat		175
Anhang II Statistische Daten - EU-Mitgliedstaaten		177
Anhang III Soziale Schlüsselindikatoren je Beitrittsland/Beitrittskandidat		195
Anhang IV Statistische Daten – EU-Beitritts-/Kandidatenländer		197
Anhang V Symbole, Länder und Ländergruppen, Abkürzungen und Akronyme		207
Anhang VI Eurostat-Datashops		209



# Vorwort

Der Bericht über die soziale Lage in der Europäischen Union, der seit dem Jahr 2000 jährlich veröffentlicht wird, bietet den umfassendsten Überblick über die soziale Dimension in der Europäischen Union. Er ermöglicht einen ganzheitlichen Blick auf die Bevölkerung und die sozialen Bedingungen als Hintergrund für die Entwicklung der Sozialpolitik und trägt dazu bei, die Trends auf sozialem Gebiet in den Mitgliedstaaten zu überwachen. Darüber hinaus stellt er Verbindungen her zu anderen Veröffentlichungen der Kommission wie "Beschäftigung in Europa", "Arbeitsbeziehungen in Europa" und den "Bericht über die Gleichstellung der Geschlechter".

Ein spezielles Merkmal dieses Berichtes ist, dass er zahlenmäßige Informationen mit Daten aus Meinungsumfragen verbindet und diese harmonisiert. Auf diese Weise stellt er ein Referenzdokument dar, das zum Gesamtbild von der sozialen Lage die Empfindungen und Haltungen der Menschen hinzufügt, die in Europa leben.

In diesem Jahr befasst sich der Bericht mit der Analyse und Erforschung der Gesundheit der Menschen in der Europäischen Union. Zusätzlich beinhaltet der Bericht umfassende statistische Informationen auf EU-Ebene, welche ein starkes Instrument zur Überwachung der sozialen Entwicklungen im Zeitablauf darstellen.



Anna Diamantopoulou  
Mitglied der Kommission,  
Beschäftigung und soziale  
Anglegenheiten



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



# Abschnitt 1

Die soziale Situation in Kürze



# Einleitung

Der vierte jährliche Bericht über die soziale Lage in der Europäischen Union untergliedert sich in drei Abschnitte. Abschnitt 1 präsentiert eine Zusammenfassung der wichtigsten sozialen und wirtschaftlichen Entwicklungen in Europa – mit Fakten und Zahlen auf europäischer Ebene. Darüber hinaus präsentiert er eine Zusammenfassung und einige Bemerkungen zum diesjährigen Hauptthema, das sich mit der Frage befasst, wie und warum sich die Gesundheitssituation der europäischen Bürger verbessert hat. Es wird ferner auf potenzielle künftige Herausforderungen hingewiesen. Abschnitt 1 schließt mit einer kurzen Betrachtung des europäischen Sozialmodells.

Abschnitt 2 setzt sich detailliert mit den Entwicklungen und sozialen Trends auseinander, die mit der Gesundheit im Zusammenhang stehen. Analysen und Forschung – sowohl qualitativ als auch quantitativ – werden unter vier Überschriften präsentiert: Entwicklungstrends im Gesundheitswesen bei der europäischen Bevölkerung; Sozioökonomische Einflussgrößen der Gesundheit; Gesundheitssysteme in Europa sowie Gesellschaft und Gesundheit.

Abschnitt 3 präsentiert – wie in den vergangenen Jahren – eine Reihe harmonisierter Sozialindikatoren für jeden Mitgliedstaat, die einen ersten Überblick über die soziale Situation ermöglichen. Zusätzlich sind diese Indikatoren ein starkes Instrument zur Beobachtung der sozialen Entwicklungen im Zeitverlauf.



## 1.1 Die wichtigsten Entwicklungen der aktuellen sozialen Lage in der Europäischen Union

### 1.1.1 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 voranzukommen<sup>1</sup>.

### 1.1.2 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.

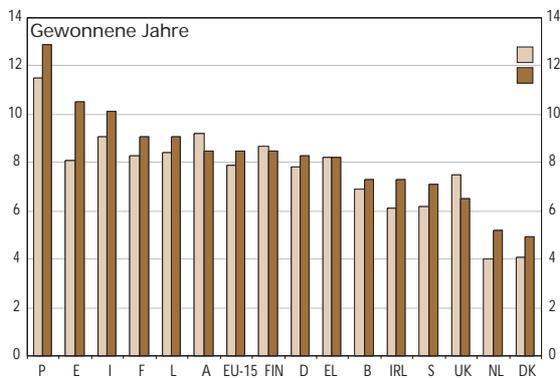
Als Folge der hohen Fruchtbarkeitsziffern in den 70er und 80er Jahren besitzen die Beitrittsländer derzeit eine jüngere Altersstruktur als EU-15 (der Anteil der über 65-Jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung entspricht 13 %, während Kinder unter 15 Jahren einem Anteil von 19 % entsprechen). Die 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-

<sup>1</sup> 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 Lissabon-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 nationalen 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-<sup>2</sup>, Gesundheits- und Pflegesystemen<sup>3</sup> 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.

### 1.1.3 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 1996<sup>4</sup> 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 %<sup>5</sup>.

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) 6 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 Arbeitskräftepotenzial 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 nachhaltiger höheren Erwerbsquoten eine maßgebliche Rolle.

#### **1.1.4 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 KKS<sup>6</sup> 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 zufriedenen 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.

#### 1.1.5 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 Bericht<sup>7</sup> 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 ausgesetzt<sup>8</sup>, 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 Äquivalenzz Nettoeinkommens 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 Äquivalenzz Nettoeinkommen 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 Äquivalenzz Nettoeinkommen 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](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 % des Medianwertes des Äquivalenzeinkommens.

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

Der Umverteilungseffekt<sup>9</sup> von Sozialschutzleistungen übertrifft denjenigen von Steuern bei weitem. Sozialleistungen verringern Einkommensungleichheiten, die nach dem Gini-Koeffizienten<sup>10</sup> berechnet werden, um etwa 30 % bis 40 %. Die regressiv 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 Prozentpunkte<sup>11</sup>. 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.

### 1.1.6 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 Beitrittsländer<sup>12</sup>. In den letzten zehn Jahren sind 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 breiter 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 allgemeinen 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.

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

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> 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 zurückführen.

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

## 1.2 Gesundheit und Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union

### 1.2.1 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 führen<sup>13</sup>. 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.).<sup>14</sup>

Die Gesundheitsversorgung ist Teil der Sozialschutzsysteme der Mitgliedstaaten. Als solche ist sie ein wichtiges Thema bei der neuen Zusammenarbeit<sup>15</sup> 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 (Art. 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 "Mitteilung über einen Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit"<sup>16</sup> 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 Gesundheit<sup>17</sup> 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.<sup>18</sup> 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-Gesundheitsforum ins Leben gerufen, das die einschlägigen Europäischen Institutionen zusammenbringt. 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.<sup>19</sup>

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 2002<sup>20</sup> 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 Sozialschutzniveaus<sup>21</sup> 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 trägt<sup>22</sup>. 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.

**1.2.2 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 werden<sup>23</sup>.

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.

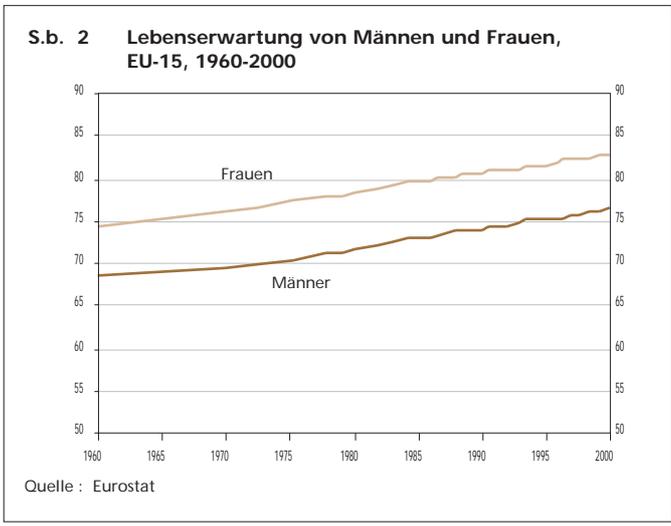
Eine der für die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung wichtigsten demografischen Entwicklungen ist der wachsende Umfang der Gruppe der sehr alten Menschen (über 80 Jahre). Diese wird zwischen 2010 und 2030 um acht Millionen zunehmen, was einer Zunahme von 44 % entspricht, d. h. einer Zunahme, die 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.**

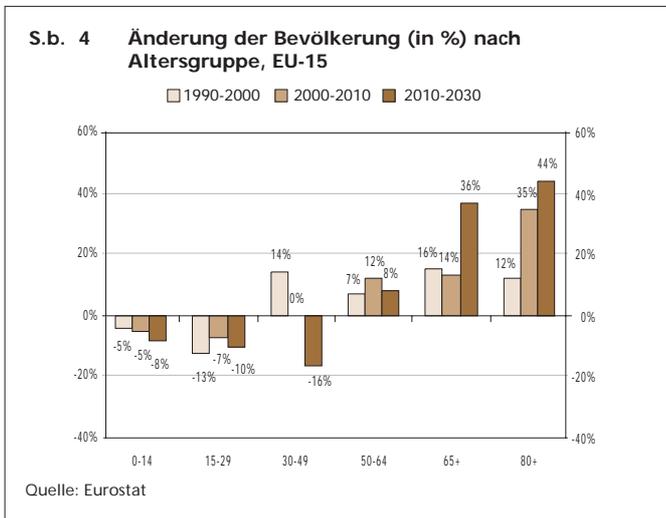
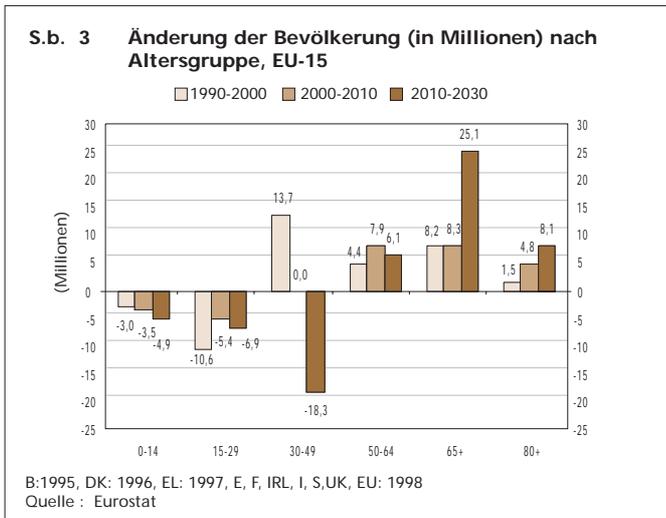
Da die Menschen länger leben, verlagern sich Mortalität und Morbidität in immer spätere Lebensabschnitte. Die wichtigsten Todesursachen sind Kreislaufkrankheiten (etwa 40 % aller Todesfälle), Krebs (ein Viertel aller Todesursachen), Erkrankungen der Atmungsorgane, Verdauungsstörungen und äußere Ursachen in Form von Verletzungen und Vergiftungen einschließlich (Verkehrs-)Unfällen.<sup>26</sup> 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.

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 konnten<sup>24</sup>. Die Lebenserwartung der Männer stieg von 68 Jahren im Jahr 1970 auf 75 Jahre im Jahr 2000<sup>25</sup>. 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.



Die Hauptursachen von Morbidität sind neurodegenerative Erkrankungen (etwa Alzheimer und Demenz), Verletzungen, Herz-Kreislaufkrankheiten, Erkrankungen der Skelettmuskulatur und Krebs.<sup>27</sup> 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.

**1.2.3 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 Gesundheit<sup>28</sup>**



**... 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 sozioökonomische 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 erheblich<sup>29</sup>. 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-Kreislaufkrankungen. 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 EU<sup>30</sup> – 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 Beschäftigung und Soziales.

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 aufsuchen<sup>31</sup>. 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 zufolge<sup>32</sup> 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.<sup>33</sup>

Bei beiden Geschlechtern sind Alkohol und Blutdruck mit 9 % bis 10 % an den DALYs (Disability-Adjusted Life Years)<sup>34</sup> 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 Herztod<sup>35</sup> 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.

### 1.2.4 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 beigetragen<sup>36</sup>.

#### **... 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 insge-

samt 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 % bezifferte<sup>37</sup>. 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 reicht<sup>38</sup>.

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 Sektor<sup>39</sup> 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 zwischen den

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).

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 sind<sup>40</sup>.

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.<sup>41</sup> 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-Mitgliedstaaten<sup>42</sup>.

### **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.<sup>43</sup> 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 ungewöhnlich<sup>44</sup>. 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.

### **1.2.5 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., Haerper, 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 vorhersagen<sup>45</sup>. 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 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

<sup>45</sup> 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.<sup>46</sup>

---

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

### 1.3 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 beizubehalten<sup>47</sup>.

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 erwähnt<sup>48</sup>, 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 Armutfallen. Doch weisen hier, wie diejenigen Mitgliedstaaten gezeigt haben, die am besten abschneiden, die Verbesserung und Modernisierung der Funktionsweise des europäischen Sozialmodells den Weg.

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

<sup>48</sup> "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.

## Abschnitt 2

### Die soziale Dimension der Gesundheit



## 2.1 Entwicklungstrends im Gesundheitswesen bei der europäischen Bevölkerung

- Der Gesundheitszustand der EU-Bürger hat sich wesentlich verbessert, was sich in der Entwicklung der Mortalitäts- und Morbiditätsraten niederschlägt. Die EU-Bevölkerung zeichnet sich durch niedrige Sterberaten und eine hohe Lebenserwartung bei der Geburt aus. Dieser letztgenannte Indikator ist in den letzten vierzig Jahren für beide Geschlechter um acht Jahre gestiegen. Obwohl die Lebenserwartung der Frauen sechs Jahre höher ist als die der Männer, was auf eine durchgängige Übersterblichkeit der Männer über den ganzen Lebenszyklus hinweg zurückzuführen ist, beginnt sich die Lücke langsam zu schließen, da die Lebenserwartung der Männer in den meisten Mitgliedstaaten in den letzten zehn Jahren stärker gestiegen ist.
- Die Sterblichkeit verlagert sich zunehmend in höhere Altersstufen, und angesichts der derzeit äußerst niedrigen Säuglingssterblichkeit hängen weitere Steigerungen der Lebenserwartung heute von einer Verringerung der Sterberaten älterer Menschen und damit von der Verlängerung der Lebenserwartung ab.
- Von diesem allgemeinen Trend – steigende Sterblichkeit mit zunehmendem Alter – gibt es zwei Ausnahmen: Säuglings- und Jugendsterblichkeit. Die weitere Reduktion von Säuglings- und Jugendsterblichkeit kann immer noch als Herausforderung für die öffentliche Gesundheit betrachtet werden.
  - Selbst in entwickelten Gesellschaften birgt das erste Lebensjahr spezifische Sterblichkeitsrisiken, die sich in den Säuglingssterblichkeitsziffern widerspiegeln. Diese sind in den vergangenen Jahrzehnten in allen Mitgliedstaaten gesunken und sind derzeit auf einem Niveau, das zu den niedrigsten der Welt gehört. Dennoch: Unterschiede bei der Säuglingssterblichkeit, die zwischen sozialen Gruppen oder Regionen immer noch bestehen, sind Indiz dafür, dass nach wie vor weiteres Potenzial für Verbesserungen besteht.
  - Die Verbesserung der Gesundheit von Jugendlichen hat mit derjenigen der Gesellschaft allgemein nicht Schritt gehalten; bei Jugendlichen, vor allem jungen Männern, sind die Sterblichkeitsziffern derzeit aufgrund ihrer Verhaltensmuster und ihrer Lebensweise sehr hoch. Drogen- und Alkoholmissbrauch ist häufig der Grund für die übermäßig hohe Zahl von Todesfällen bei Jugendlichen, die durch externe Ursachen herbeigeführt werden, insbesondere Autounfälle, aber auch andere gewaltsame Todesarten, Suizid usw.
- Da sich die Sterbewahrscheinlichkeit zunehmend in spätere Lebensabschnitte verlagert, gewinnen degenerative und chronische Krankheiten als Todesursachen an Bedeutung. Die häufigsten Todesursachen sind Kreislauf-erkrankungen (etwa 40 % aller Todesfälle) und Krebs (ein Viertel aller Todesursachen). Dieses allgemeine Muster variiert jedoch nach dem Geschlecht und besonders nach dem Alter.
- Auch die Neuerkrankungsrate konzentriert sich zunehmend auf ältere Menschen. Die vorliegenden Anhaltspunkte bestätigen, dass geistige (neuropsychiatrische) Störungen, Verletzungen, Herz-Kreislauf-erkrankungen, Skelett- und Muskelkrankheiten und Krebs die häufigsten Ursachen für Behinderungen sind.
- Infolge der steigenden Lebenserwartung zusammen mit Änderungen der Fruchtbarkeitsziffern wird die EU-Bevölkerung 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 Folgen in vielerlei Bereichen, auch für die Gesundheits- und Pflegesysteme, denn Mortalität und Morbidität verlagern sich in spätere Lebensabschnitte.
- Die Auswirkungen der Überalterung auf die künftigen Gesundheitskosten sind ein Thema, das im Mittelpunkt der Debatte steht. Die Zahl älterer Menschen ist nur einer von mehreren Faktoren, die diese künftigen Kosten verursachen, welche sich sowohl auf die Nachfrage nach als auch auf das Angebot an Gesundheitspflegeleistungen beziehen. Welche Kombination aus allen Nachfrage- und Angebotsfaktoren sich letztendlich daraus ergibt, lässt sich nur schwer vorhersagen, und entsprechende Vorausschätzungen sind mit Vorsicht zu behandeln. 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 der Familien, die immer weniger in der Lage oder bereit sind, dem steigenden Pflegebedarf gerecht zu werden.
- Obwohl sich auch in den Beitritts- und den Kandidatenländern die Gesundheitsstandards derzeit verbessern, sind sie im Allgemeinen niedriger als in den derzeitigen EU-Mitgliedstaaten, mit Ausnahme von Malta und Zypern. Die Mortalitäts- und Säuglingssterblichkeitsziffern sind dort höher, die Lebenserwartung jedoch geringer, bei einer hohen Inzidenz von nicht infektiösen Krankheiten (besonders Herzerkrankungen, Erkrankungen des Kreislaufsystems und Krebs), Infektionskrankheiten und gewaltsamen Todesfällen. Unter den Beitritts- und Kandidatenländern bestehen große Unterschiede hinsichtlich der Gesundheit. Doch werden diese Länder künftig aufgrund des derzeitigen Wandels der Altersstruktur (Alterung) sowie der Haushaltsstruktur vor ähnlichen bevölkerungspolitischen Herausforderungen im Hinblick auf Fragen der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung stehen wie die derzeitigen Mitgliedstaaten.

### Einleitung

Die Bevölkerungsentwicklung ist einer der Kernpunkte für die Entwicklungen im Gesundheitswesen. Daher beginnt unsere sozialpolitisch orientierte Präsentation von Daten und Fragen in Verbindung mit der Gesundheit der Europäer mit einer Analyse der Auswirkungen der aktuellen demografischen Entwicklungen in der EU auf die Gesundheit.

Man geht davon aus, dass die Alterung der europäischen Bevölkerung zu einem wachsenden Bedarf an Gesundheits- und Langzeitpflege führt. Diese Erwartungen beruhen auf zwei Entwicklungen. Zunächst steigt die (absolute und relative) Zahl alter und sehr alter Menschen. Zweitens verlagern sich Mortalität und Morbidität zunehmend auf diese älteren Altersgruppen.

#### 2.1.1 Die Auswirkungen der Bevölkerungsdynamik auf die Gesundheit

##### Die Bevölkerungsentwicklung und ihre Auswirkungen: die Bevölkerung in der EU wird immer älter ...

Die Bevölkerung in der EU wird immer älter. Eine steigende Lebenserwartung führt zusammen mit Änderungen der Fertilitätsraten zwangsläufig dazu, dass die Alterung in den Mitgliedstaaten in den kommenden Jahrzehnten noch stärker zunimmt, wenn die in der Nachkriegszeit geborenen Babyboomer das Rentenalter erreichen werden (ab 2010). Die Basis-Varianten-Szenarios von Eurostat zeigen, dass die Zahl der über 65-Jährigen zwischen 2010 und 2030 um 25 Millionen zunehmen wird (dies entspricht einem Wachstum von 36 %), während die Bevölkerung unter 50 Jahren abnimmt. Dieser Trend wird sich bis Mitte der 2040er Jahre fortsetzen, wenn der Anteil älterer Menschen zurückgehen wird, da die Kohorte der Babyboomer durch jüngere Generationen ersetzt wird, die zahlenmäßig kleiner sind. Diese Bevölkerungsentwicklungen haben wirtschaftliche und soziale Auswirkungen in vielen Bereichen und sind mit bedeutenden politischen Folgen verbunden, d. h. für die Beschäftigung und die Arbeitsmärkte, die Rentensysteme und die Gesundheits- und Pflegesysteme.

Eine der wichtigsten demografischen Entwicklungen für die Gesundheitsversorgung 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 über dem liegt, was alte Menschen allgemein erleben. Dieser Trend ist mit einer zusätzlichen Herausforderung verbunden: derzeit werden die meisten dieser sehr alten Menschen, die dauerhaft betreuungs- und pflegebedürftig sind, zu Hause von ihren Familien versorgt, was in den meisten Mitgliedstaaten außerhalb des staatlichen Gesundheitssystems erfolgt, und der Anteil professioneller Pflegekräfte ist noch relativ niedrig. In Zukunft werden die Haushalte jedoch kleiner werden. Die Familien wiederum werden weniger in der Lage sein, den wachsenden

Pflegebedarf zu bewältigen; daher gewinnen professionelle Pflegekräfte und informelle Pflege an Bedeutung. Diese Auswirkungen werden besonders dadurch verschärft, dass die Babyboomer der Nachkriegszeit ein Alter erreichen, in dem sie stark pflegebedürftig werden, denn ihre eigenen Fruchtbarkeitsziffern lagen erheblich unter denjenigen ihrer Eltern.

##### ... und Mortalität und Morbidität verlagern sich zunehmend auf spätere Lebensabschnitte.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wurde in den 70er Jahren das so genannte 'epidemiologische Übergangs-Modell' zur Erklärung der Schwankungen der Sterblichkeitsraten entwickelt<sup>1</sup>. An die Stelle früherer Sterblichkeitsentwicklungen, die durch eine hohe Säuglingssterblichkeit und den starken Einfluss von Infektionskrankheiten geprägt waren, waren neue Verlaufsentwicklungen getreten, bei denen sich die Sterbewahrscheinlichkeit zunehmend auf ein höheres Alter verlagert und Krebs- und Kreislauferkrankungen zu den Haupttodesursachen gehören.

Diesem epidemiologischen Übergangmodell zufolge ist die Verbesserung der Sterblichkeitsraten das Ergebnis einer komplexen Reihe von Faktoren in Verbindung mit der Modernisierung der Gesellschaft. Die wichtigsten Faktoren für die Europäische Union sind der soziale und wirtschaftliche Fortschritt, der an eine Verbesserung der Lebensqualität gekoppelt ist, gefolgt von Verbesserungen in Wissenschaft, Medizin und Gesundheitsversorgung.

Im Anschluss an das epidemiologische Übergangmodell wurde Mitte der 80er Jahre das 'Gesundheitsübergangs-Modell' eingeführt<sup>2</sup>. Dieses Gesundheitsübergangmodell fragt nach den Gründen für die Entwicklung des Gesundheitszustandes anhand des ökologischen, biologischen, sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Wandels, um die Mortalitäts- und Morbiditätsraten der Vergangenheit zu erklären und die gegenwärtigen Unterschiede hinsichtlich der gesundheitlichen Situation und deren mögliche künftige Entwicklung zu beschreiben. Im Rahmen dieser Analyse werden die Veränderungen der Mortalitäts- und Morbiditätsentwicklungen als Teil des Prozesses der Verlagerung von Infektionskrankheiten zu degenerativen und chronischen Erkrankungen gesehen, von denen zunehmend ältere Menschen betroffen sind<sup>3</sup>. Vor diesem Hintergrund kann die künftige Entwicklung der Altersstruktur und die sich daraus ergebende steigende Zahl älterer Menschen in der Debatte über die Zukunft der europäischen Gesundheits- und Pflegesysteme als Herausforderung gesehen werden.

In diesem Kapitel wird auf die aktuellen Merkmale von Mortalität und Morbidität in der Europäischen Union näher eingegangen, wobei abschließend einige Überlegungen zu den Folgen der Alterung der Bevölkerung auf die Gesundheitskosten angestellt werden.

1 A. R. Omram (1971): "The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change", *Milbank Mem. Fund. Q.* (49), S. 509-583.

2 Diese Theorie wurde u. a. am besten von Frenk beschrieben. Siehe z. B. J. Frenk et al. (1991): *Elements for a theory of the health transition*, *Health transition review* (1), S. 21-37.

3 In den Industrieländern war der Prozess, der im 19. Jahrhundert einsetzte, auf Änderungen der Risikofaktoren wie z. B. die bessere Verfügbarkeit von Lebensmitteln und die Infrastruktur des öffentlichen Gesundheitswesens sowie die Lebensführung der Menschen zurückzuführen. Diese Umwälzungen wurden durch den sozialen und wirtschaftlichen Wandel infolge der Industrialisierung und Modernisierung möglich. Auf der anderen Seite hat in den Entwicklungsländern, in denen die Sterblichkeitsraten erst sehr viel später zurückgingen, der medizinische Fortschritt (Impfstoffe, neue Medikamente und bessere Behandlung in den Krankenhäusern) zur Verringerung der Mortalitätsraten beigetragen, ohne dadurch das Risikoniveau in der Bevölkerung insgesamt zu beeinflussen.

### 2.1.2. Die Entwicklung der Sterblichkeitsziffern in der Europäischen Union

Die Sterblichkeit der Bevölkerung der EU, gemessen anhand des unter der Bezeichnung nicht standardisierte bzw. rohe Sterbeziffer<sup>4</sup> bekannten Indikators, ist in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zurückgegangen. Die wichtigsten Gründe hierfür waren bessere Lebensbedingungen hinsichtlich Hygiene, Bildung und Nahrung, gefolgt von anderen Faktoren wie z. B. der Entwicklung der nationalen Gesundheitssysteme und dem medizinischen und wissenschaftlichen Fortschritt. Dieser rückläufige Trend wurde erst durch bestimmte Ereignisse unterbrochen, etwa Epidemien (beispielsweise 1918 die spanische Grippe) und die beiden Weltkriege.

Die rohe Sterblichkeit war jedoch in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts mit Sterberaten, die bei etwa 10 Todesfällen je 1 000 Einwohner lagen, stabiler. Diese Stabilität (bzw. sogar eine Zunahme in mehreren Mitgliedstaaten) ist angesichts einer steigenden Lebenserwartung hauptsächlich auf den Alterungsprozess zurückzuführen: der Indikator wird durch den Wandel der Altersstruktur der Bevölkerung beeinflusst<sup>5</sup>. Daher sind andere Indikatoren, die von standardisierten Altersstrukturen ausgehen, etwa standardisierte Sterberaten oder die Lebenserwartung, bessere Indikatoren der Mortalitätsentwicklung.

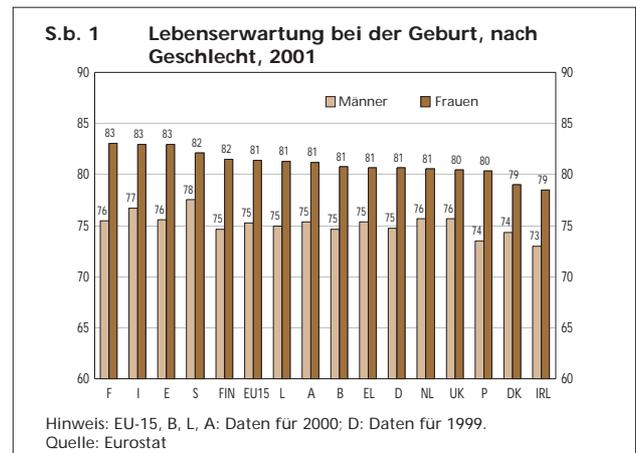
#### Die Lebenserwartung bei der Geburt nimmt zwar noch zu, allerdings langsamer.

2000 lag die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt in EU-15 bei 78 Jahren (75 für Männer und 81 für Frauen). Damit lag EU-15 leicht vor den USA (74 für Männer und 80 Jahre für Frauen)<sup>6</sup>. Die aktuelle Zahl entspricht einer Zunahme um 33 Jahre im 20. Jahrhundert, ausgehend von einer geschätzten durchschnittlichen Lebenserwartung von 45 Jahren im Jahre 1900<sup>7</sup>. 1960 betrug die Lebenserwartung in EU-15 fast 70 Jahre (67 Jahre für Männer und 73 für Frauen). In den letzten vier Jahrzehnten wurden hingegen nur 8,2 Jahre hinzugewonnen<sup>8</sup> (7,9 für Männer und 8,5 für Frauen). Die Lebenserwartung der Männer stieg 1970 auf 68 Jahre, 1980 auf 71, 1990<sup>9</sup> auf 73 und schließlich 2000 auf 75 Jahre. Im gleichen Zeitraum betrug die Lebenserwartung von Frauen 1970 75 Jahre, 1980 77 Jahre, 1990 79 Jahre und erreichte 2000 81 Jahre.

Vor den 50er Jahren war der rasche Anstieg der Lebenserwartung bei der Geburt in erster Linie die Folge einer Verringerung der Säuglingssterblichkeit und der Eindämmung von Infektionskrankheiten. Angesichts immer besserer Lebensbedingungen wurde dieser beachtliche Fortschritt u. a. durch die Verbreitung von Impfstoffen und die Entdeckung von Sulfonamiden in der Zeit zwischen den Kriegen sowie anschließend von Antibiotika im Zweiten Weltkrieg beschleunigt.

Anfang der 60er Jahre waren die Vorteile dieser Verringerung der Säuglingssterblichkeit und der Infektionskrankheiten jedoch nahezu ausgeschöpft. Die Mortalität verlagerte sich zunehmend auf spätere Lebensabschnitte, und Herz-Kreislaufkrankheiten und Krebs entwickelten sich zu den wichtigsten Todesursachen<sup>10</sup>.

Als Folge dieser neuen Entwicklung verlangsamte sich nach 1960 der Anstieg der Lebenserwartung, wobei zwischen Ost- und Westeuropa erhebliche Unterschiede bestanden. Während in allen westeuropäischen Ländern die durch Herz-Kreislaufkrankheiten bedingten Todesfälle zurückgingen und die Lebenserwartung in der Europäischen Union dadurch anstieg, nahmen diese in Mittel- und Osteuropa zwischen 1965 und 1985 zu. Der politische und wirtschaftliche Übergang Anfang der 90er Jahre war ebenfalls mit schwerwiegenden Auswirkungen in den mittel- und osteuropäischen Ländern verbunden; er führte zu einem Anstieg der Sterbezahlen (insbesondere gewaltsamer Tod einschließlich Suizid) und zu einer Verringerung der Lebenserwartung. Infolge dieser Entwicklungen ist die Lebenserwartung bei der Geburt in den EU-Mitgliedstaaten (einzelstaatliche Werte: 73 bis 78 Jahre für Männer und 79 bis 83 Jahre für Frauen) derzeit höher als in den mittel- und osteuropäischen Beitritts- und Kandidatenländern (65 bis 72 Jahre für Männer und 75 bis 78 Jahre für Frauen)<sup>11</sup>. Außerdem sind die Werte in anderen Ländern im Osten, wie Russland, Ukraine usw., noch wesentlich niedriger.



Heute hängen angesichts der äußerst niedrigen Sterbeziffern von Jugendlichen in der EU weitere Steigerungen der Lebenserwartung bei der Geburt zunehmend davon ab, ob es uns gelingt, die Lebensdauer älterer Menschen zu verlängern und die Zahl vermeidbarer Todesursachen zu verringern (etwa Unfälle im Straßenverkehr).

4 Diese wird für ein bestimmtes Gebiet anhand der Zahl der Todesfälle in einem bestimmten Zeitraum, geteilt durch die durchschnittliche Gesamtzahl der Einwohner in diesem Zeitraum, ermittelt.

5 Die Alterung ist mit einer größeren Zahl älterer Menschen in einer Zeit verbunden, in der die Mortalität sich mehr auf spätere Lebensabschnitte konzentriert.

6 Quelle: Eurostat, Datenbank NewCronos.

7 Durchschnitt über 43 europäische Länder. Quelle: J. Vallin, F. Meslé (2001): "Trends in mortality and differential mortality" (Europarat, Straßburg).

8 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 Lebenserwartung von Menschen in vorgerücktem Alter.

9 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 Mortalität aufgrund von AIDS und von Verkehrsunfällen junger Männer. Ein ähnlicher Trend ist in einigen skandinavischen Mitgliedstaaten bei Frauen beobachtet worden. Die Erkenntnisse für Dänemark zeigen, dass Lungenkrebs in Verbindung mit einem hohen Tabakkonsum bei Frauen einer der Gründe für die relativ geringe Lebenserwartung dänischer Frauen ist.

10 Quelle: J. Vallin, F. Meslé (2001): "Trends in mortality and differential mortality" (Europarat, Straßburg).

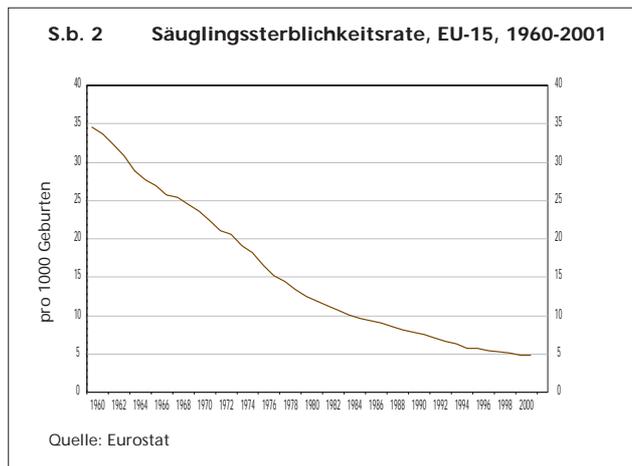
11 Quelle: Eurostat, Datenbank NewCronos.

**Sterblichkeitsmerkmale in den EU-Mitgliedstaaten**

Tödliche Gefahren und damit die Sterberaten hängen u. a. von Faktoren wie Alter, Geschlecht, Familienstand und Wohnort ab. Diese Unterschiede bei den Sterberaten sowie die Entwicklungen nach Todesursachen werden nachstehend ausführlich beschrieben.

Mortalitätsentwicklungen nach Alter

Die Fortschritte bei der Verringerung der Mortalität waren bei besonders jungen Menschen besonders signifikant, wie anhand der Säuglingssterblichkeitsrate deutlich wird<sup>12</sup>. Dieser Indikator bewegt sich derzeit auf einem sehr niedrigen Niveau, da er das ganze 20. Jahrhundert hindurch gesenkt wurde. Hierfür war in erster Linie ein Abbau der (durch äußere Ursachen verursachten) exogenen Mortalität verantwortlich, insbesondere Todesfälle durch Infektionskrankheiten in Verbindung mit dem soziologischen, wirtschaftlichen und medizinischen Wandel – beispielsweise bessere Lebensmittel, Verbreitung einer Politik der Gesundheitsprävention und wissenschaftliche und medizinische Fortschritte.



Die Säuglingssterblichkeit ist in den Mitgliedstaaten zwar weiterhin rückläufig, allerdings verlangsamt sich dieser Rückgang. Dies hat zwei Gründe. Erstens sind weitere Verbesserungen angesichts der derzeit äußerst niedrigen Raten schwer umzusetzen. Zweitens ist die derzeitige Säuglingssterblichkeit weitgehend nicht auf externe, sondern auf interne Faktoren zurückzuführen, etwa auf angeborene Probleme, die schwieriger anzugehen sind. Vorkommen dieser Art der Mortalität gehen jedoch aufgrund der erzielten Fortschritte bei medizinischen Behandlungen in den Bereichen Geburtshilfe und Neonatologie, beispielsweise bei Frühgeburten, zurück. Außerdem zeigen die weiterhin anhaltenden Unterschiede bei den derzeitigen Säuglingssterblichkeitsraten zwischen sozialen Gruppen oder Gebieten, dass weitere Verbesserungen durchaus möglich sind, falls eine auf Risikogruppen ausgerichtete Gesundheitspolitik betrieben wird. In diesem Sinne könnte die Säuglingssterblichkeitsrate stellvertretend für bestehende Ungleichheiten innerhalb der Bevölkerung angesehen werden. Eine weitere Gruppe, bei der sich in den letzten Jahrzehnten die Sterblichkeitsmerkmale geändert haben, sind Jugendliche.

Für diese Altersgruppe verlief der Wandel allerdings nicht positiv, denn er wurde durch spezielle verhaltensbedingte Todesursachen bei Jugendlichen bedingt, insbesondere bei jungen Männern. Daher hängt die Verringerung ihrer Vorkommen weniger vom medizinischen Fortschritt, als vielmehr von einer Änderung des Lebensstils ab. So gehören Unfälle, Vergiftungen und Gewalt – alles externe Ursachen – zu den führenden Todesursachen bei Jugendlichen (im Alter von 15 bis 24) in allen Mitgliedstaaten. Bei einer näheren Untersuchung dieser Entwicklung ist festzustellen, dass Autounfälle einen Großteil der unfallbedingten Todesfälle ausmachen, wobei sich die Länder und Geschlechter erheblich voneinander unterscheiden. So sind die Werte bei Männern viel höher als bei Frauen. Dies gilt auch für Selbstmord: die Selbstmordrate von Männern beträgt das Dreifache der Selbstmordrate von Frauen. Außerdem schwanken die Suizidraten zwischen den Mitgliedstaaten ungefähr um den Faktor zehn bei beiden Geschlechtern, wobei Griechenland die niedrigsten und Finnland die höchsten Werte aufweist<sup>13</sup>. Es muss jedoch darauf verwiesen werden, dass aus kulturellen Gründen in manchen Mitgliedstaaten die Dunkelziffer bei den Suiziden recht hoch ist.

Aktuelle Studien aus Finnland, die sich mit diesen Entwicklungen näher befassen, haben ergeben, dass sich hinter dem durch externe Umstände verursachten Tod und den Suizidfällen bei Jugendlichen häufig der Missbrauch von Suchtstoffen einschließlich Alkohol als gemeinsames Merkmal verbirgt. Dies macht deutlich, dass eine Verhaltensänderung notwendig ist, wenn die Zahl der Fälle dieser Todesursachen verringert werden soll.

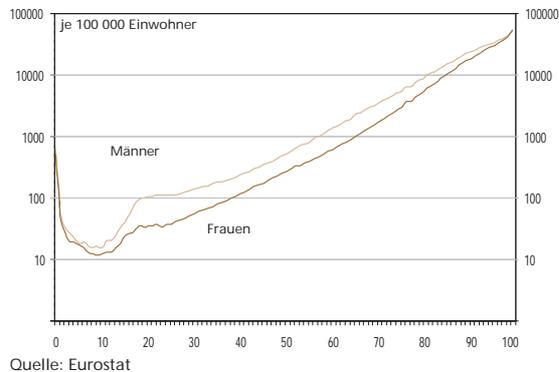
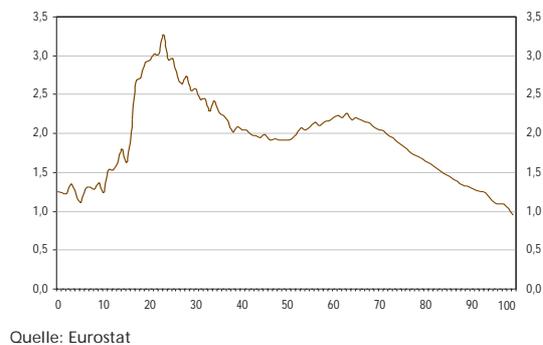
Diese aktuellen Entwicklungen der Sterbeziffern von Jugendlichen stellen jedoch eine Ausnahme von der allgemeinen Regel dar, wonach sich in der EU der Tod in spätere Lebensabschnitte verschiebt und die Lebenserwartung steigt. Da sich die Sterbewahrscheinlichkeit zunehmend auf ältere Altersgruppen konzentriert, wird die Lebenserwartung eher durch individuelle Merkmale in Verbindung mit dem Lebensstil und mit biologischen Faktoren und nicht nur von traditionellen wirtschaftlichen und sozialen Faktoren beeinflusst<sup>14</sup>. Es sind jedoch noch mehr Anhaltspunkte erforderlich, um die unterschiedliche Lebenserwartung in einem sehr hohen Alter zu erklären und die Faktoren zu beleuchten, die die Lebenserwartung beeinflussen.

Die Mortalitätsentwicklungen in den verschiedenen Altersgruppen gehen aus der folgenden Grafik hervor, in welcher die aktuellen EU-Sterberaten nach Alter für Männer und Frauen dargestellt sind. Wie bereits erläutert, steigen die Sterberaten in aller Regel mit dem Alter. Allerdings ist selbst in hoch entwickelten Ländern das erste Lebensjahr weiterhin eine relativ gefährliche Zeit. Die männlichen Raten steigen schneller als die weiblichen, da sie stärker von Verkehrsunfällen und anderen, unfallbedingten Todesursachen, Suiziden, AIDS und anderen Krankheiten, die mit dem 'männlichen Lebensstil' zusammenhängen könnten, betroffen sind. Dieser Lebensstil ist einer der Gründe für die niedrigere männliche Lebenserwartung, obwohl sich dieser Trend inzwischen in mehreren Mitgliedstaaten verändert, wie der folgenden Diskussion zu entnehmen ist.

12 Verhältnis zwischen der Zahl der Todesfälle bei Kindern unter einem Jahr und der Zahl der Geburten.

13 Quelle: Eurostat, Datenbank NewCronos.

14 Beispielsweise haben aktuelle Forschungen über Hundertjährige auf mehreren Mittelmeerinseln wie Kreta und Sardinien die Bedeutung genetischer Faktoren und des Lebensstils (etwa gesunde Ernährung und regelmäßige Bewegung) hervorgehoben. Vgl. Poulain, M. et. al. (2001) Evidence of an exceptional longevity in the Sardinian mountainous population". Europäische Bevölkerungskonferenz, Helsinki, 7. – 9. Juni 2001.

**S.b. 3 Sterbewahrscheinlichkeit nach Alter, EU-15, 1996****S.b. 4 Übersterblichkeit: Sterbewahrscheinlichkeit nach Alter, Männer im Vergleich zu Frauen (=1), EU-15, 1996**

### Die geschlechtsspezifische Dimension der Mortalitätsentwicklung

Die Übersterblichkeit bei Männern als Ursache der geringeren Lebenserwartung von Männern ist in allen Mitgliedstaaten, aber auch in den meisten anderen Nationen der Welt, ein bekanntes Phänomen<sup>15</sup>. Außerdem ist diese geschlechtsspezifische Diskrepanz im letzten Jahrhundert größer geworden.

Das Schaubild oben zeigt, dass Männer aller Altersstufen einem höheren Sterblichkeitsrisiko ausgesetzt sind als Frauen. Diese überhöhte Sterblichkeit ist im Alter von 20 und 25 besonders stark ausgeprägt; in diesem Alter ist die Sterbewahrscheinlichkeit von Männern dreimal höher als von Frauen. Die männliche Übersterblichkeit erreicht im Alter zwischen 50 und 70 einen weiteren Spitzenwert; in diesem Alter ist die Sterbewahrscheinlichkeit von Männern doppelt so hoch wie die von Frauen. Die überhöhte Sterblichkeit von Männern in der Altersgruppe der 70-Jährigen ist auch maßgeblich für die unterschiedliche Lebenserwartung von Männern und Frauen verantwortlich, und obwohl die höhere Sterbewahrscheinlichkeit in der jüngeren Altersgruppe weniger stark ausgeprägt ist, ist die Zahl der Betroffenen größer.

Eine Analyse der Haupttodesursachen in den Altersgruppen, in denen die männliche Sterbewahrscheinlichkeit höher ist<sup>16</sup>, ergibt, dass ein Zusammenhang zu bestimmten Verhaltensweisen besteht, die als 'männlicher Lebensstil' bezeichnet werden können. Dieser 'männliche Lebensstil' ist mit einem größeren Konsum von Tabak, Alkohol und anderen Suchtstoffen und einer höheren Inzidenzrate tödlicher Arbeits- und Verkehrsunfälle verbunden und führt dazu, dass Männer für Risikofaktoren anfälliger sind als Frauen. Daher sind Ungleichheiten bei der Sterblichkeit nach dem Alter zwar durch biologische Faktoren bedingt, jedoch in erster Linie sozialen Ursachen zuzuschreiben.

Die sozialen Faktoren, die für die männliche Übersterblichkeit ausschlaggebend sind, sind jedoch nicht unveränderlich. Die Verhaltensweisen von Männern und Frauen in der EU nähern sich zunehmend an, da Frauen traditionell männliche Praktiken übernehmen. Daher konvergiert jetzt die Lebenserwartung von Männern und Frauen, die im letzten Jahrhundert divergierte, zunehmend. Dies wurde bereits für EU-15 (wo die Lebenserwartung bei der Geburt zwischen 1990 und 2000 um 2,5 Jahre für Männer gegenüber von nur 2 Jahren für Frauen gestiegen ist) als auch in den meisten Mitgliedstaaten beobachtet. In den letzten zehn Jahren war die Zunahme der Lebenserwartung der Frauen nur in Griechenland, Spanien und Luxemburg höher, während der Anstieg für beide Geschlechter in Portugal gleich hoch war<sup>17</sup>.

Auch bei der Säuglingssterblichkeit (bei Kindern unter 1 Jahr) ist bei männlichen Säuglingen eine gewisse Übersterblichkeit festzustellen. In diesem Alter spielen exogene Mortalitätsfaktoren (Ursachen in Verbindung mit dem Umfeld) eine geringere Rolle als die endogene Mortalität (in Verbindung mit genetischen Faktoren), wobei männliche Babys von der endogenen Mortalität stärker betroffen sind. Daher ist dies der einzige Fall, in dem biologische Ursachen zur Erklärung der Übersterblichkeit von Männern stärker ins Gewicht fallen als soziale.

### Mortalitätsentwicklung nach Familienstand

Mehrere Untersuchungen belegen, dass Verheiratete eine längere Lebenserwartung haben als Ledige, Geschiedene und Verwitwete<sup>18</sup>. Nach Aussagen von Forschern hat sich der Unterschied zwischen den beiden Gruppen in allen Ländern, für die Daten vorliegen, seit den 50er Jahren bis zu den 70er oder sogar bis Anfang der 80er Jahre vergrößert. Allerdings fallen die Ergebnisse bei einer genaueren Untersuchung der absoluten und relativen Zahlen über die Unterschiede bei den Sterberaten schon komplexer aus, wenn Erwerbstätige und ältere Menschen gesondert untersucht werden<sup>19</sup>.

- Die Daten über Personen im Alter von 45 bis 54 ergeben, dass die relative Übersterblichkeit nicht verheirateter Erwerbstätiger bei Männern und Frauen gestiegen ist, während sie in absoluten Zahlen aufgrund der gesunkenen Sterblichkeitsraten rückläufig ist. Große Unterschiede ergeben sich auch zwischen den Ländern. Während die absolute und relative Übersterblichkeit in Ungarn zugenommen hat, ist sie in Schweden gesunken.

15 Nur in einigen Entwicklungsländern, in denen sich Frauen in einer besonders ungünstigen sozialen, kulturellen und politischen Situation befinden, ist eine Übersterblichkeit von Frauen festzustellen.

16 Herz-Kreislaufkrankungen und Krebs bei den 50- bis 70-jährigen und Unfälle bei jungen Männern.

17 Quelle: Eurostat, Datenbank NewCronos.

18 Quelle: Y. Hu, N. Goldman (1990): "Mortality differentials by marital status: An international comparison". In *Demography*, 27 (2), S. 233-250.

19 T. Valkonen (2001): "Trends in mortality and differential mortality" (Europarat).

- Die Analyse der Mortalitätsunterschiede nach dem Familienstand bei den 65- bis 74-Jährigen ergibt, dass sowohl die absolute als auch die relative Übersterblichkeit nicht verheirateter Menschen gestiegen ist, insbesondere bei Frauen (in allen Ländern außer Polen und Griechenland).

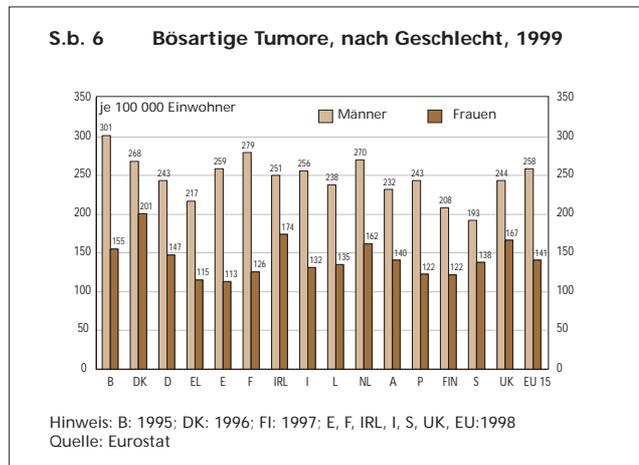
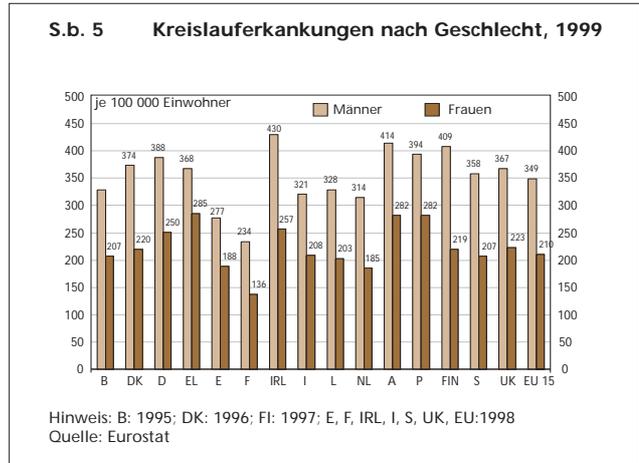
Die Schutzwirkung der Ehe bzw. der Umkehrerffekt bei Unverheirateten hat sich daher offenbar verstärkt, allerdings mit einigen Ausnahmen. Valkonen vertritt jedoch den Standpunkt, dass diese Entwicklung nicht genau erklärt werden kann; so ist es unwahrscheinlich, dass sie lediglich auf den negativen Selektionseffekt bei allein Lebenden zurückgeführt werden kann, da die Übersterblichkeit auch bei nicht Verheirateten mit einem anderen Status zu beobachten ist. Die wichtige Funktion sozialer Netzwerke (und insbesondere schwacher sozialer Netzwerke von nicht Verheirateten) könnte zum Teil als Erklärung für diese Unterschiede herangezogen werden. Nachweise hierfür liegen für Finnland vor; darauf wird in Kapitel 2.4 dieses Berichts näher eingegangen. Fest steht jedoch, dass weitere Untersuchungen zu diesem Thema erforderlich sind, bevor diese Entwicklung geklärt werden kann.

Mortalitätsentwicklungen nach Haupttodesursachen

Die Europäische Union durchlebt derzeit die letzten Übergangsphasen von einer Bevölkerung mit einer hohen Sterblichkeitsrate und einer geringen Lebenserwartung hin zu einer Bevölkerung mit einer niedrigen Sterblichkeitsrate und einer hohen Lebenserwartung. Dabei verlagert sich die Mortalität zunehmend auf ältere Menschen, wobei degenerative und chronische Krankheiten als Todesursache immer stärker zunehmen. Neben dieser Entwicklung steigt die Zahl der noch verbleibenden Lebensjahre aufgrund der durch Unfälle und andere Zivilisationskrankheiten<sup>20</sup> verursachten Todesfälle, auch wenn diese in absoluten Zahlen nicht besonders signifikant sind; dadurch verringert sich die Lebenserwartung.

Die Gesundheitsstatistik über die wichtigsten Todesursachen in der EU<sup>21</sup> ergibt folgendes Bild:

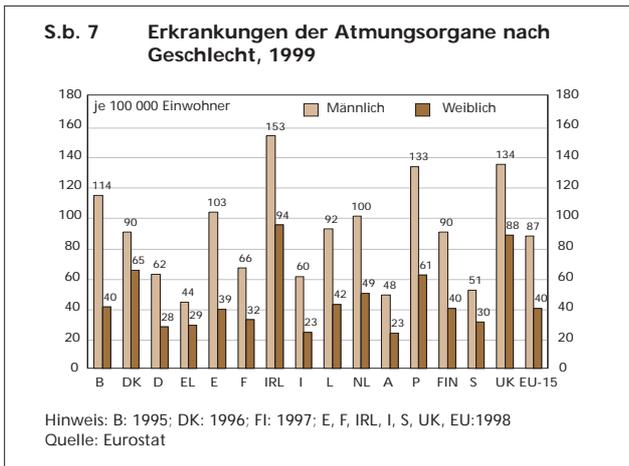
- Die häufigsten Todesursachen sind **Kreislaufkrankungen** (vornehmlich Herzanfälle und Schlaganfälle), die jährlich zu über 600 000 Todesfällen in der EU führen. Dies entsprach im Jahr 1998 etwa 42 % aller Todesfälle – 45 % bei den Frauen und 38 % bei den Männern. Sie sind die Haupttodesursache von Frauen in allen 15 EU-Mitgliedstaaten, was mit Ausnahme von Frankreich auch für Männer in allen Ländern der Fall ist<sup>22</sup>. Allerdings ist diese Todesursache rückläufig: so ist die standardisierte Sterberate bei dieser Todesursache zwischen 1994 und 1999 für beide Geschlechter um 12 % gesunken, wobei der Anteil zerebrovaskulärer Erkrankungen (Schlaganfälle) stärker gesunken ist als derjenige ischämischer Herzerkrankungen (IHK). Europa ist durch ein klares Ost-West-Gefälle gekennzeichnet, das mit sehr viel höheren Sterblichkeitsraten infolge von Herz-Kreislaufkrankungen in den mittel- und osteuropäischen Ländern im Vergleich zu den EU-Mitgliedstaaten verbunden ist<sup>23</sup>.



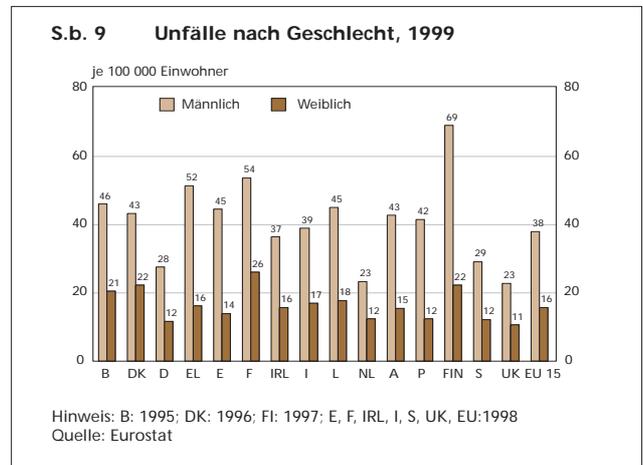
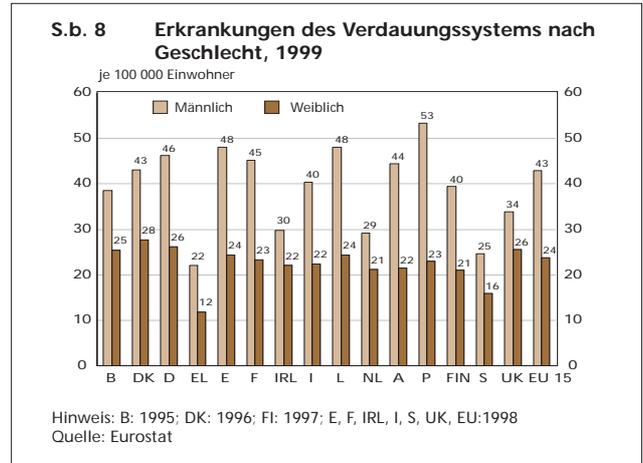
- Die zweithäufigste Todesursache ist **Krebs**, der für etwa ein Viertel aller Todesfälle verantwortlich ist – 29 % bei Männern und 23 % bei Frauen. Obwohl der relative Anteil von Krebs seit 1980 steigt, ist diese Todesursache relativ gesehen (ein Rückgang von 7 % bei Männern und von 6 % bei Frauen) im Vergleich zu den standardisierten Sterberaten von 1994 und 1999 auch in der EU rückläufig<sup>24</sup>. Dieser Rückgang ist bei Magenkrebs (19 %), Gebärmutterkrebs (13 %), Blasenkrebs (12 %) und Brustkrebs (9 % Rückgang) noch höher. Die Sterblichkeitsraten bei Larynx- und Trachealkarzinom, Bronchen- und Lungenkrebs sind zwischen 1994 und 1998 bei Männern ebenfalls um 9 % zurückgegangen, bei Frauen jedoch um 5 % gestiegen. Dies ist zumindest teilweise eine Folge des zunehmenden Tabakkonsums von Frauen in den letzten Jahrzehnten. Diese Krebsart ist jedoch noch immer häufiger bei Männern (krebsbedingte Todesursache Nummer Eins mit 8 % aller Todesfälle) zu finden als bei Frauen (2 % aller Todesfälle), bei denen Brustkrebs die häufigste krebsbedingte Todesursache ist (4 %). Prostatakrebs ist bei Männern in 3 % aller Todesfälle die Hauptursache, gefolgt von Darm- und Magenkrebs sowie Leukämie mit jeweils rund 2 % aller Todesfälle.

20 Die Zivilisations- oder "hausgemachten" Krankheiten führen aufgrund spezifischer sozialer Verhaltensmuster oder Gewohnheiten in Verbindung mit dem Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen zu einem vorzeitigen Tod, aber auch zu Todesfällen, die durch Verkehrsunfälle oder sogar AIDS verursacht werden (die Verbreitung von AIDS ist auch mit einer verhaltensbedingten Komponente verbunden, d. h. risikoreiche Verhaltensweisen).  
 21 Quelle: Eurostat, Datenbank NewCronos, sofern keine anderen Quellen angegeben sind.  
 22 Bei Männern, die in EU-Mitgliedstaaten leben, führen Herz-Kreislaufkrankungen in 49 % (Schweden) und 29 % (Frankreich) der Fälle zum Tod, bei den Frauen liegen die Anteile bei 59 % (Österreich) und 36 % (Frankreich).  
 23 Quelle: WHO (2001): "Der Europäische Gesundheitsbericht".

- Die dritthäufigste Todesursache sind Erkrankungen der **Atmungsorgane**, die mit 9 % aller Todesfälle ein viel geringeres Vorkommen aufweisen, wobei der Anteil der betroffenen Männer leicht über dem der Frauen liegt. Diese Erkrankungen nehmen jedoch zu: so ist die standardisierte Sterberate bei dieser Todesursache zwischen 1994 und 1999 bei Frauen um 8 % gestiegen, während sie bei den Männern etwas stabiler ausfällt.



- Die nachstehend genannten Todesursachen verursachen jeweils etwa 5 % aller Todesfälle. Dabei handelt es sich um **Erkrankungen des Verdauungsapparates** (die vierthäufigste Todesursache bei Frauen: 4,3 % aller Todesfälle bei Frauen, und die fünftthäufigste Ursache bei Männern: 4,6 % der Todesfälle) sowie um **externe Ursachen** in Verbindung mit Verletzungen und Vergiftungen (die vierthäufigste Ursache bei Männern mit 6,3 % aller männlichen Todesfälle gegenüber von nur 3,6 % bei den Frauen), die u. a. (Verkehrs-) Unfälle, Selbstmorde und Morde einschließen. Beide Todesursachen sind im Zeitraum 1994-1999 zahlenmäßig gesunken, was sich in den standardisierten Sterberaten niederschlägt: die durch Verdauungserkrankungen verursachten Sterbefälle bei Männern sind um 9 % und bei Frauen um 7 % zurückgegangen, während gewalttätige Todesfälle bei Männern um 9 % und bei Frauen um 10 % gesunken sind. Die Zahl der durch Erkrankungen des Verdauungssystems sowie durch Unfall verursachten Todesfälle ist in den beiden nachstehenden Grafiken dargestellt.
- Die übrigen Todesursachen sind eher zweitrangig. So betrug beispielsweise der Anteil von **Infektions- und parasitären Krankheiten**, die vor einigen Jahrzehnten bedeutende Todesursachen darstellten, an den Todesfällen in der EU insgesamt 1998 weniger als 2 %, mit klarem Abwärtstrend. Innerhalb dieser Gruppe gibt es jedoch Krankheiten mit einem ganz anderen Verlauf. Die Zahl der durch Tuberkulose und AIDS verursachten Todesfälle ist zwischen 1994 und 1999 stark gesunken, ebenso die damit verbundenen standardisierten Sterberaten, während sich die durch



Virushepatitis verursachten Sterberaten bei Männern mehr als verdoppelt und bei Frauen mehr als verdreifacht haben.

Die Mortalitätsentwicklung nach Ursache verläuft unterschiedlich, nicht nur nach dem Geschlecht, sondern auch nach dem Alter:

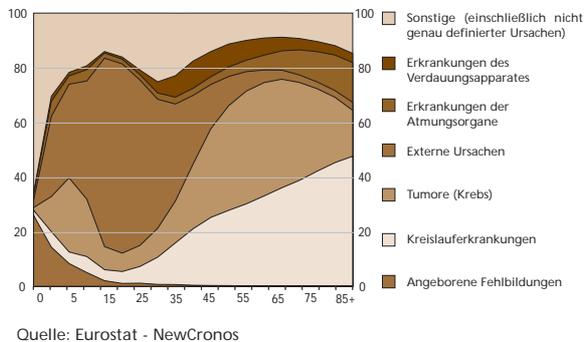
- Perinatale Probleme<sup>24</sup> und angeborene Missbildungen gehören zu den Haupttodesursachen im ersten Lebensjahr.
- Zwischen dem 15. und dem 39. Lebensjahr sind externe Ursachen (insbesondere Verkehrsunfälle) die vorherrschende Todesursache, gefolgt von Krankheiten in Verbindung mit AIDS<sup>25</sup> und Krebs.
- Krebs ist die Haupttodesursache im Alter von 40 bis 69, gefolgt von Kreislauferkrankungen.
- Und schließlich sind Erkrankungen des Kreislaufsystems, die mit chronischen und degenerativen Prozessen verbunden sind, gefolgt von Krebs und Erkrankungen der Atmungsorgane, ab dem 70. Lebensjahr die Haupttodesursache.

24 Dagegen nehmen die krebisbedingten Mortalitätsraten in den mittel- und osteuropäischen Ländern, die vor 30 Jahren niedrigere Ziffern auswiesen, zu. Inzwischen sind in diesen Ländern die Mortalitätsraten und -entwicklungen infolge von Krebs viel schlimmer, und die Kluft vergrößert sich. Unterschiede im Lebensstil und dem Ausgesetztsein von Umwelteinflüssen sind die wahrscheinlichsten Ursachen, die zwangsläufig mit politischen, sozialen und wirtschaftlichen Ungleichheiten in Zusammenhang stehen. Quelle: L. Dobrossy (2002): "Cancer mortality in central-eastern Europe: Facts behind the figures". In The Lancet Oncology, Vol. 3.

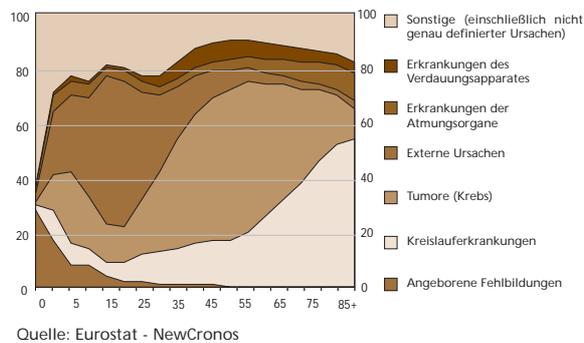
25 Unter die perinatale Mortalität fällt auch die pränatale Sterblichkeit während eines Spätstadiums der Fetalperiode sowie die Kindersterblichkeit innerhalb der ersten Lebenswoche.

26 AIDS ist in letzter Zeit zwar deutlich zurückgegangen, gehört jedoch noch immer zu den Haupttodesursachen in der Altersgruppe 25 bis 49. Konkret bedeutet dies, dass mehr als ein Viertel aller durch AIDS bedingten Todesfälle die Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen betrifft.

**S.b. 10 Haupttodesursachen nach Alter, Männer, EU-15, 1998**



**S.b. 11 Haupttodesursachen nach Alter, Frauen, EU-15, 1998**

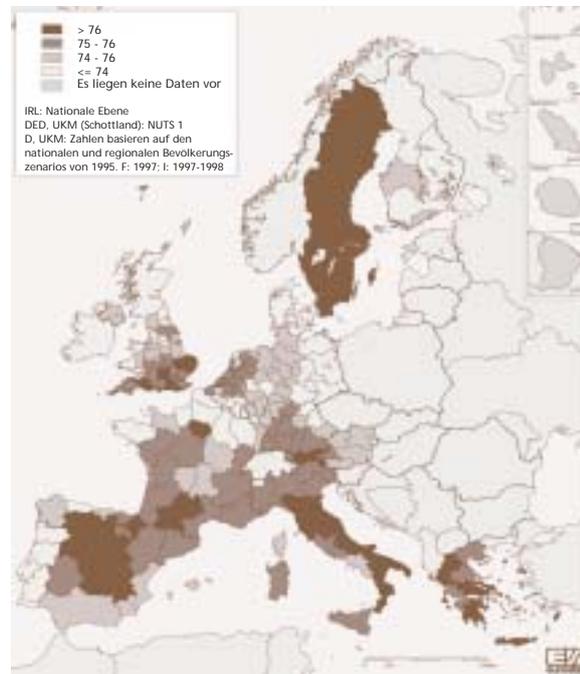


Diese Entwicklungen werden in den obigen Schaubildern deutlich, in denen der Anteil der Haupttodesursachen nach dem Alter für beide Geschlechter dargestellt wird. Sie vermitteln einen Eindruck von der relativen Bedeutung jeder einzelnen Todesursache während eines Lebenszyklus, jedoch nicht von der absoluten Zahl der Todesfälle. So sterben beispielsweise mehr Menschen im Alter von 20 Jahren an Krebs als im Alter von 5 Jahren, der relative Anteil der krebserkrankten Todesfälle ist jedoch im Alter von 20 niedriger, da die absolute Zahl der Todesfälle in diesem Alter höher ist.

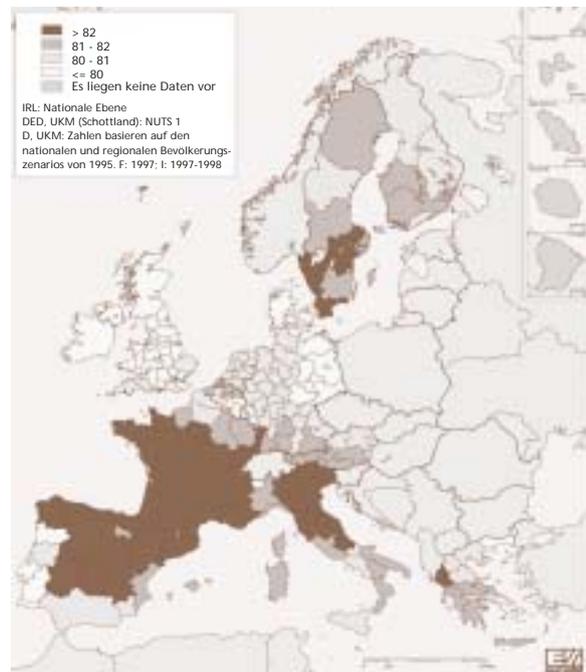
Regionale Unterschiede bei der Mortalitätsentwicklung

Bei der Analyse der regionalen Unterschiede bei der Lebenserwartung ergeben sich in den meisten Ländern für beide Geschlechter ähnliche Trends. Anders ausgedrückt ist die Lebenserwartung von Männern und Frauen in ein und derselben Region für beide hoch oder für beide gering<sup>27</sup>. In manchen Mitgliedstaaten kann die regionale Ungleichheit jedoch für eines der Geschlechter stärker ausgeprägt sein. Aus den folgenden Karten gehen einige der Entwicklungen der regionalen Sterblichkeit in den Mitgliedstaaten für beide Geschlechter hervor<sup>28</sup>. So ist die Lebenserwartung beispielsweise in Frankreich und im Norden des Vereinigten Königreichs niedriger. Dieses Nord-Süd-Gefälle ist auch in Finnland und Schweden (zumindest für Frauen) sowie in

**Landk. 1 Lebenserwartung bei der Geburt in den EU-Mitgliedstaaten, Durchschnitt der 3 Jahre 1997-1999. NUTS 2**

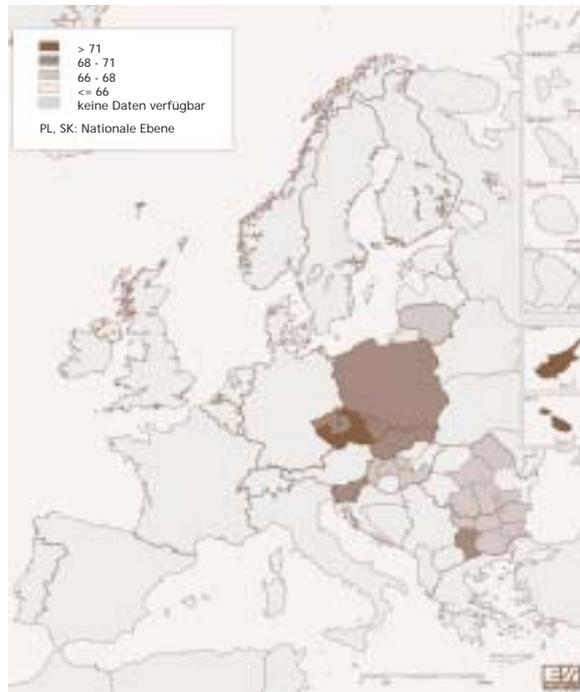


**Landk. 2 Lebenserwartung bei der Geburt in den beitretenden Ländern, Durchschnitt der drei Jahre 1997-1999. NUTS 2**



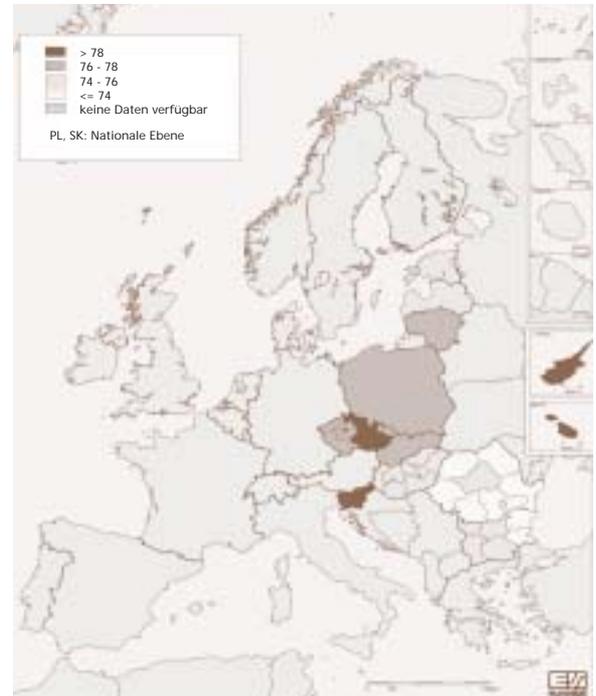
27 Siehe hierzu T. Valkonen (2001) in "Trends in mortality and differential mortality" (Europarat), der regionale Unterschiede bei der Lebenserwartung anhand der Daten von acht Mitgliedstaaten und drei mittel- und osteuropäischen Ländern für den Zeitraum der 70er bis 90er Jahre ausgewertet hat.  
 28 Quelle: Eurostat, Datenbank NewCronos.

**Landk. 3 Lebenserwartung bei der Geburt in den beitretenden Ländern, Durchschnitt der drei Jahre 1997-1999. NUTS 2 - Männer**



Kartenmaterial: Eurostat - GISCO, 12/2002 Statistisches Datenmaterial: Eurostat

**Landk. 4 Lebenserwartung bei der Geburt in den beitretenden Ländern, Durchschnitt der drei Jahre 1997-1999. NUTS 2 - Frauen**



Kartenmaterial: Eurostat - GISCO, 12/2002 Statistisches Datenmaterial: Eurostat

Deutschland zu beobachten, wo die höchste Lebenserwartung ebenfalls im Süden zu verzeichnen ist, während die höchsten Mortalitätsentwicklungen in den östlichen Regionen festzustellen sind, was auch für Österreich und Griechenland der Fall ist. Ein umgekehrtes Nord-Süd-Gefälle mit einer niedrigeren Lebenserwartung in den südlichen Regionen weisen Belgien, Italien (Frauen) und Spanien (Frauen) auf.

Diese geografischen Unterschiede können anhand der Verteilung der Haupttodesursachen erklärt werden. Anhand der Karten der regionalen Verteilung der Sterberaten infolge von Kreislauferkrankungen, die die Todesursache Nummer eins sind, ist festzustellen, dass das Vorkommen (Inzidenz) für Männer insgesamt häufiger ist, die regionale Verteilung für beide Geschlechter jedoch ähnlich ausfällt. Höhere Sterberaten infolge von Herz-Kreislauferkrankungen sind in einigen Regionen in Ostdeutschland und in Österreich, im Norden von Großbritannien, Irland und Schweden sowie in einigen Regionen in Portugal und Griechenland zu beobachten. In Frankreich (außer Nordfrankreich), Mittelspanien sowie in mehreren Regionen Italiens, vornehmlich in den mittleren und nördlichen Teilen des Landes, sind die Raten niedriger.

Bei der geschlechtsspezifischen Verteilung der krebsbedingten Todesfälle, die zweithäufigste Todesursache, sind die Unterschiede schon signifikanter. Bei den Männern sind die Sterberaten in Nordfrankreich, im Norden von Großbritannien, im Nordosten von Deutschland und im Nordosten von Italien höher und in Schweden, Finnland, Süditalien, Südfrankreich,

im Süden von Großbritannien sowie in den meisten Regionen von Portugal und Griechenland wie auch in manchen spanischen Regionen im Landesinnern niedriger.

Bei den Frauen werden die höchsten krebsbedingten Sterberaten in Dänemark, Irland und mehreren Regionen im Vereinigten Königreich (insbesondere im Norden von England, Schottland und Wales) gemessen. Niedrigere Werte werden für die meisten Regionen in Portugal, Spanien und Griechenland sowie Südfrankreich, Süditalien und Nordfinland gemeldet. Wie zu erwarten ist, ist Krebs bei Männern und Frauen geografisch unterschiedlich verteilt, denn es gibt sehr verschiedenartige Krebsarten, an denen zum Teil nur eines der Geschlechter erkrankt, und andere mit völlig unterschiedlichen Häufigkeiten bei Männern und Frauen.

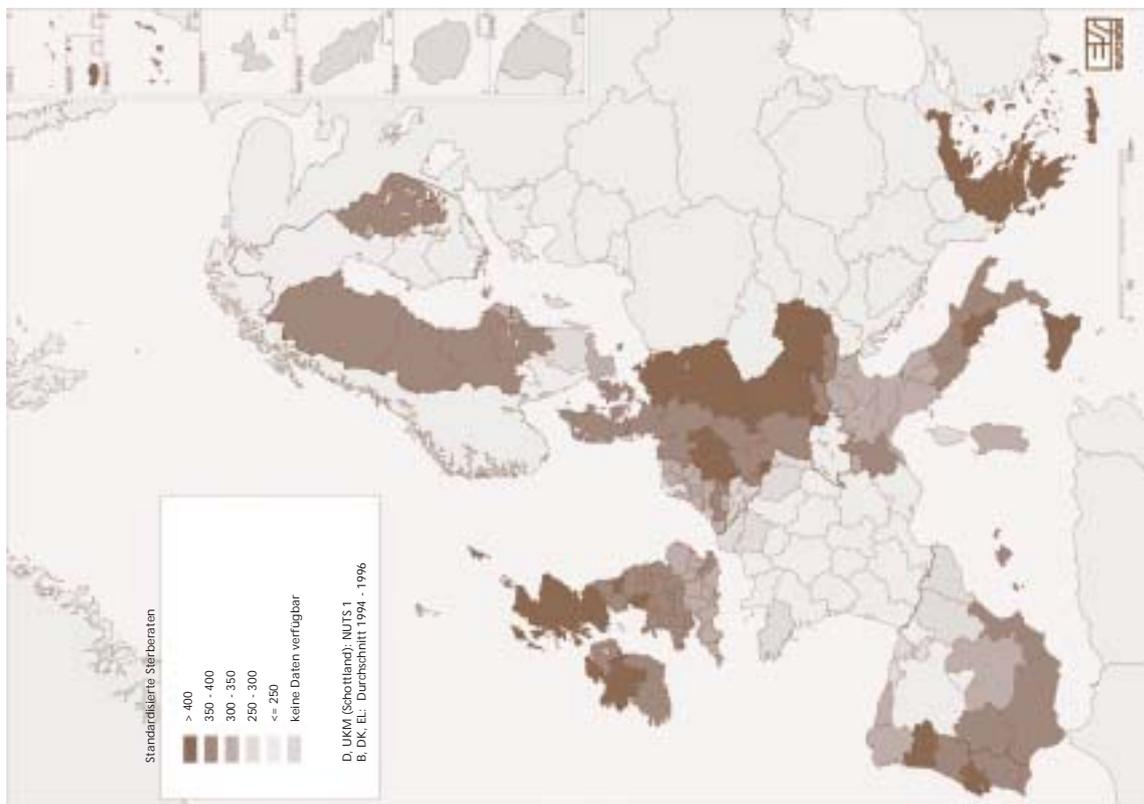
Allgemein gilt, dass diese regionalen Entwicklungen bei der Lebenserwartung nach Geschlecht in allen Ländern seit den 60er Jahren trotz erheblicher Änderungen der Gesamtwerte recht stabil verlaufen. Trotzdem gibt es bei diesen Entwicklungen einige Unterschiede. So sind in sechs der elf von Valkonen<sup>29</sup> untersuchten Länder (Finnland, Schweden, Frankreich, Italien, Rumänien und Russland) die regionalen Diskrepanzen zwischen Männern und Frauen zurückgegangen. In zwei Ländern (Spanien<sup>30</sup> und Polen) sind sie bei beiden Geschlechtern angestiegen und in zwei weiteren Ländern (Österreich und Dänemark) bei den Männern konstant geblieben, während sie bei den Frauen gestiegen sind<sup>31</sup>.

29 Vgl. T. Valkonen (2001): "Trends in mortality and differential mortality" (Europarat, Straßburg)

30 In Spanien haben sich die regionalen Unterschiede für Männer und Frauen in den 70er Jahren verschärft, bevor sie in den 80er Jahren wieder zurückgegangen sind.

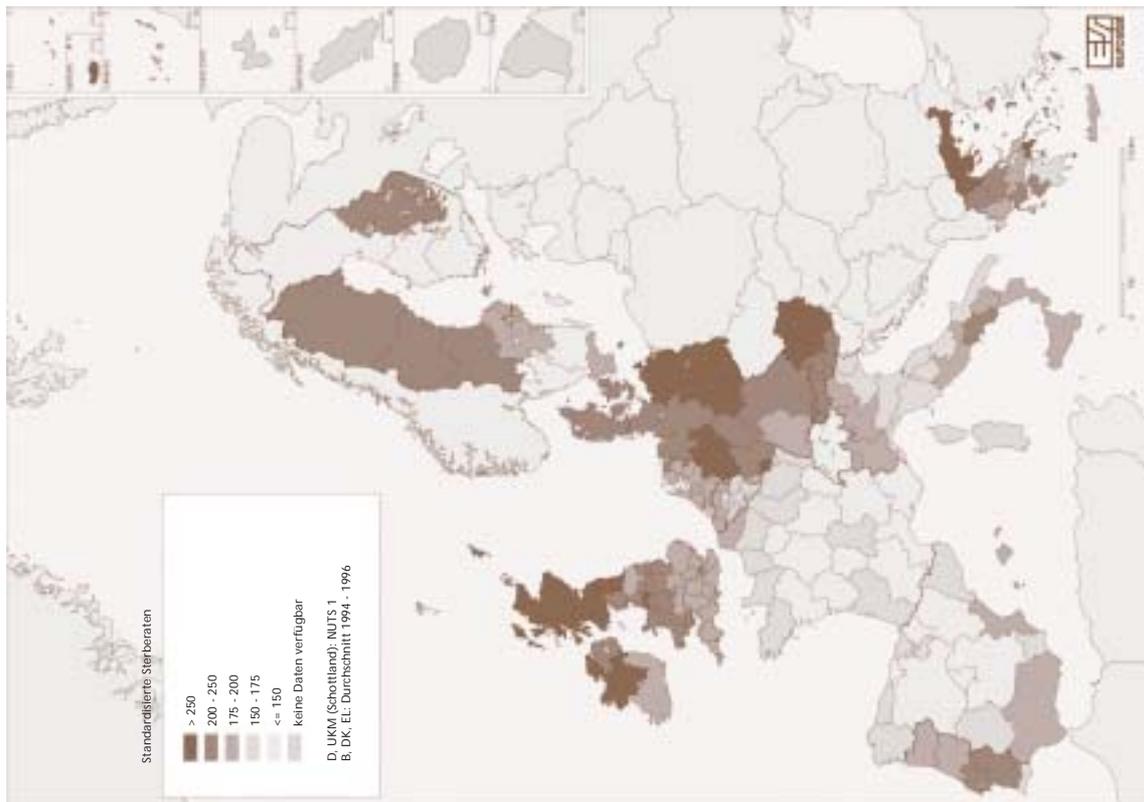
31 Im Fall von Österreich hat sich die regionale Diskrepanz bei den Frauen verdoppelt, was in erster Linie auf die Verringerung der weiblichen Mortalität im Großraum Wien zurückzuführen ist. In Dänemark bestehen Unterschiede zwischen Kopenhagen und den übrigen Landesteilen.

**Landk. 5** Sterberaten aufgrund von Kreislaufkrankungen, Männer  
1997/1999 - NUTS 2



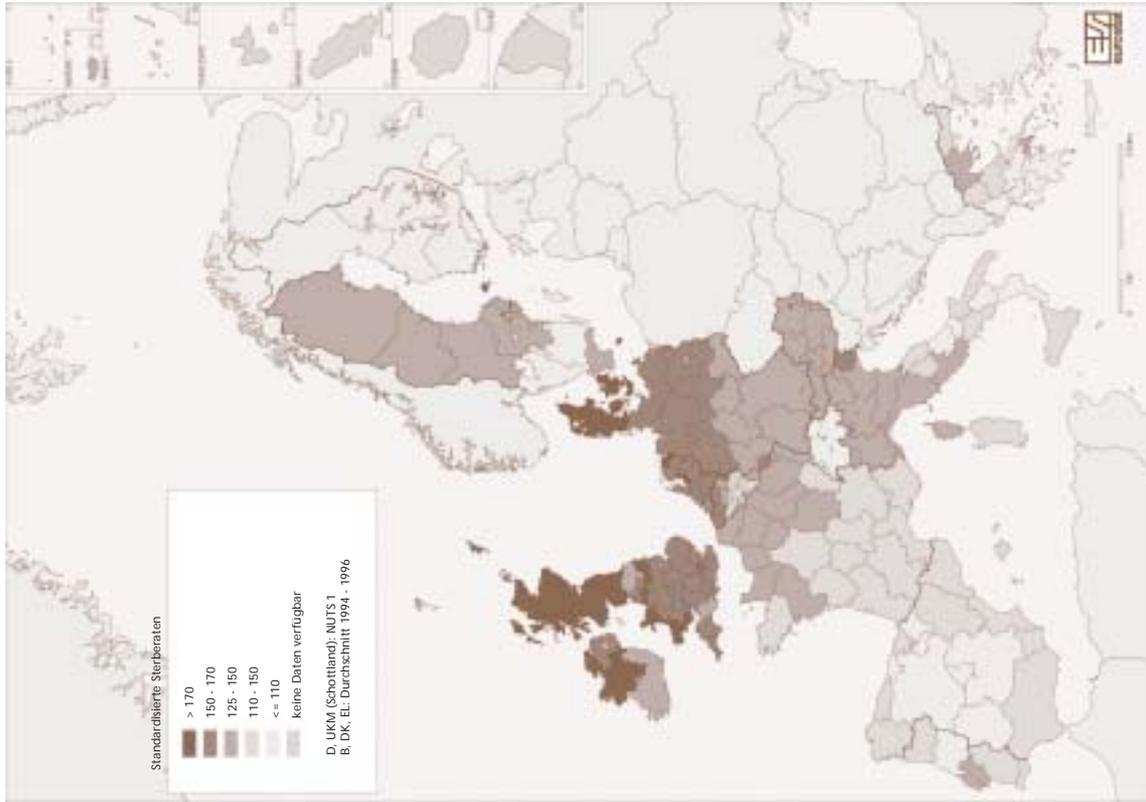
Kartenmaterial: Eurostat - GISCO, 12/2003 Statistisches Datenmaterial: Eurostat

**Landk. 6** Sterberaten aufgrund von Kreislaufkrankungen, Frauen  
1997/1999 - NUTS 2



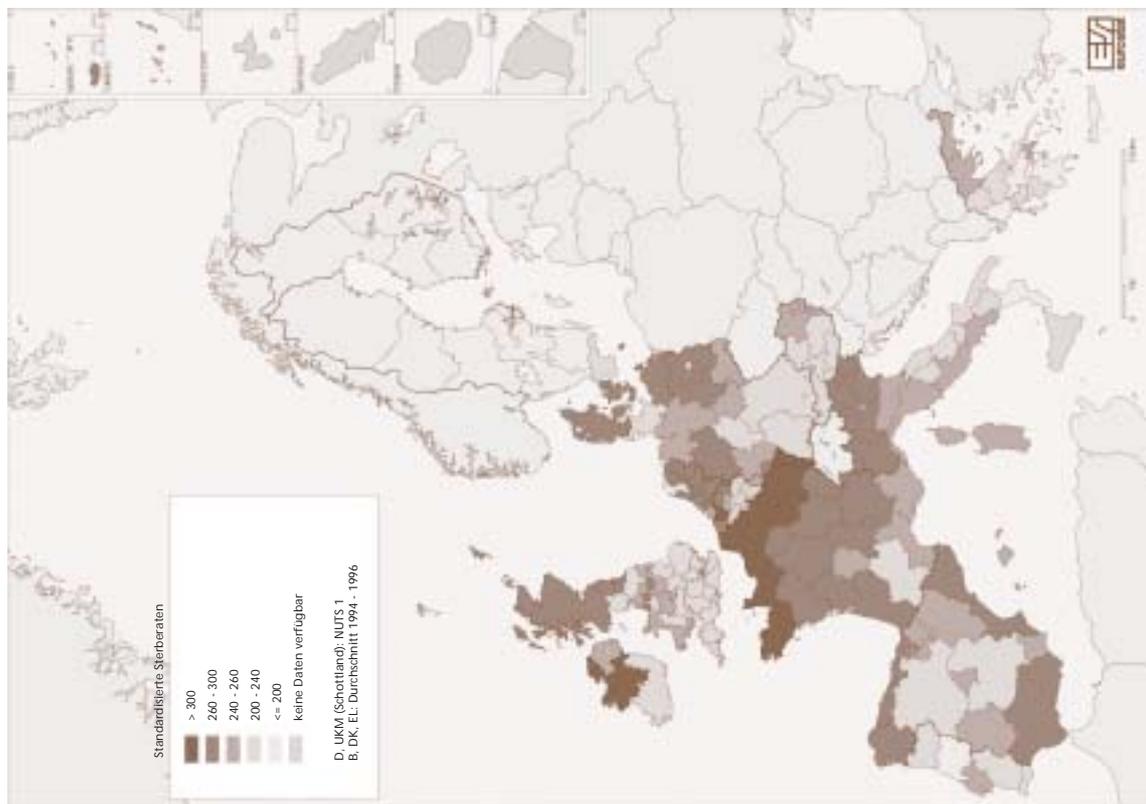
Kartenmaterial: Eurostat - GISCO, 12/2003 Statistisches Datenmaterial: Eurostat

**Landk. 8** Sterberaten aufgrund von bösartigen Tumoren, Frauen  
1997/1999 - NUTS 2



Kartenmaterial: Eurostat - GISCO, 12/2003 Statistisches Datenmaterial: Eurostat

**Landk. 7** Sterberaten aufgrund von bösartigen Tumoren, Männer  
1997/1999 - NUTS 2



Kartenmaterial: Eurostat - GISCO, 12/2003 Statistisches Datenmaterial: Eurostat

Interessant ist auch ein Vergleich der Lebenserwartung in Städten und auf dem Land. Ein solcher Vergleich war jedoch nur in fünf Ländern möglich, für die geeignete Daten vorliegen<sup>32</sup>: Russland, Rumänien, Finnland, Polen und Ostdeutschland. Bei den Ergebnissen zwischen den beiden ärmsten sowie den übrigen Ländern besteht eine eindeutige Diskrepanz. In Russland und Rumänien ist die Lebenserwartung auf dem Land geringer als in den Städten, eine Situation, die in den letzten dreißig Jahren unverändert geblieben ist, während in anderen Ländern die Sterberate in Städten und auf dem Land praktisch identisch ist.

### Vermeidbare Todesfälle

Die Frage, inwieweit die Gesundheitsversorgung die Gesundheit der Bevölkerung in der EU beeinflusst, steht häufig im Mittelpunkt der Diskussion. Mit dieser Frage haben sich Ellen Nolte und Martin McKee in einer Studie näher befasst. Darin wird das Konzept der vermeidbaren Sterblichkeit verwendet, das definiert wird als Todesfälle, die bei einer effizienten Versorgung und bei rechtzeitiger Behandlung nicht auftreten sollten. Die Studie befasst sich mit dem Wandel der Mortalitätsstrukturen in den EU-Mitgliedstaaten. Die Autoren zeigen, wie Todesfälle, die in vielen Ländern in den 80er Jahren noch relativ häufig auftraten, vermieden werden könnten. Die Verringerung der Zahl dieser Todesfälle hat allerdings erheblich zu der tief greifenden Veränderung der Lebenserwartung zwischen der Geburt und dem 75. Lebensjahr beigetragen, die in den 80er Jahren eingetreten ist. Den größten Beitrag zu dieser Verringerung hat die rückläufige Säuglingssterblichkeit geleistet, doch in einigen Ländern war die Verringerung der Zahl der Todesfälle bei Menschen mittleren Alters genauso hoch oder sogar noch höher. Bei diesen Ländern handelte es sich um Dänemark, die Niederlande, das Vereinigte Königreich, Frankreich (Männer) und Schweden (Frauen).

In den 90er Jahren hingegen fiel der Beitrag der Reduzierung der vermeidbaren Sterblichkeit zu einer längeren Lebenserwartung kleiner aus, insbesondere in nordeuropäischen Ländern. In Südeuropa dagegen, insbesondere in Portugal und Griechenland, wo die Sterberaten ursprünglich höher gewesen waren, waren die Auswirkungen dieser Reduzierung weiterhin sehr hoch.

Diese Ergebnisse zeigen ganz klar, dass der bessere Zugang zu einer effizienten Gesundheitsversorgung in vielen Ländern in den 80er und 90er Jahren messbare Auswirkungen hatte, insbesondere durch den Abbau der Säuglingssterblichkeit und der Sterblichkeit bei den mittleren und älteren Jahrgängen, vornehmlich bei Frauen. Allerdings spiegelt das Ausmaß der Auswirkungen in erheblichem Maße auch das Ausgangsniveau wider. So überrascht es nicht, dass Länder, in denen Anfang der 80er Jahre die Säuglingssterblichkeit relativ hoch und vieles verbesserungsbedürftig war, wie Griechenland und Portugal, auch den stärksten Rückgang der vermeidbaren Säuglingssterblichkeit aufwiesen. Dagegen bestand in Ländern, in denen die Säuglingssterblichkeit Anfang der 90er Jahre bereits sehr niedrig war, wie Schweden, nur wenig Spielraum für weitere Verbesserungen. Ähnlich war das Potenzial für die Verringerung der vermeidbaren Sterberaten bei Erwachsenen in Ländern, in denen die anfänglichen Werte am höchsten waren, auch am größten.

### Künftige Mortalitätsentwicklungen

Bezüglich der Frage der künftigen Mortalitätsentwicklung und der biologischen Lebensgrenze gibt es zwei entgegengesetzte Standpunkte. 'Optimistische' Forscher vertreten expansive Theorien einer endlosen Steigerung der Lebenserwartung, während eher 'pessimistische' Wissenschaftler der Auffassung sind, dass es eine unüberwindliche biologische Schwelle gibt.

Erstere berufen sich bei ihrer Argumentation auf den wissenschaftlichen Fortschritt: im Rahmen signifikanter Erkenntnisse in Bereichen wie Biologie und Gentechnik besteht durchaus ein Potenzial für eine Verlängerung der menschlichen Lebenserwartung. So haben die meisten früheren Vorausschätzungen den Rückgang der Mortalität bei älteren Menschen und den Anstieg der Lebenserwartung unterschätzt. Wenn man diesem Argument Glauben schenkt, dann sind die derzeitigen Vorausschätzungen der Lebenserwartung möglicherweise zu niedrig angesetzt.

Dieses optimistische Bild könnte jedoch sicherlich durch Faktoren im Zusammenhang mit ökologischen und ernährungsbedingten Risiken sowie durch einen Wandel der Verhaltensmuster negativ beeinflusst werden. So könnte beispielsweise für beide Geschlechter eine Änderung der Verhaltensmuster bezüglich des sich An- bzw. Abgewöhns des Rauchens dazu führen, dass in einer ganzen Reihe von Mitgliedstaaten in einigen Jahren die Zahl der Raucherinnen diejenige der Raucher übersteigt. So gibt es derzeit in Dänemark in den jüngeren Altersgruppen mehr Frauen als Männer, die rauchen. All diese Änderungen werden sich auf die Sterberaten auswirken und damit dem Anstieg der Lebenserwartung Grenzen auferlegen<sup>33</sup>. Die Sterblichkeit könnte daher bei Aufgabe ungesunder Gewohnheiten wie Tabakkonsum weiter gesenkt werden.

### **2.1.3 Morbidität in der Europäischen Union**

#### **Ein Indikator des Gesundheitszustandes: behinderungsfreie Lebenserwartung.**

Ein Indikator, dem eine ähnliche Methodik wie der Lebenserwartung zugrunde liegt und der über die Morbidität (Erkrankungsrate), Behinderungen und den Gesundheitszustand Auskunft gibt, ist die 'Lebenserwartung ohne (schwere) Behinderung'. Er wird mithilfe einer Sterbetafel mit Daten über Mortalität und Behinderungen errechnet. Allerdings ist bei der Interpretation der Ergebnisse Vorsicht geboten, da es sich bei Morbidität und Behinderung im Vergleich zur Mortalität um weniger klar gefasste Konzepte handelt, die sich mit verschiedenen Aspekten der Gesundheit befassen, etwa Krankheit, funktioneller Status oder Gesundheit laut Selbsteinschätzung. Daher sind die Daten über Behinderungen von Land zu Land äußerst verschieden, was sich auf die endgültige Lebenserwartung ohne schwere Behinderung sowie auf die nationalen Indikatoren der behinderungsfreien Lebenserwartung auswirkt. In diesen unterschiedlichen Graden der Behinderung (GdB) kommen weniger die tatsächlichen Unterschiede bei den Graden der Behinderung im täglichen Leben, als vielmehr die verschiedenen sprachlichen oder kulturellen Bedeutungen von Behinderungen in den Mitgliedstaaten bzw. verschiedene Arten oder Schweregrade der Behinderungen zum Ausdruck.

32 Quelle: T. Valkonen (2001): "Trends in mortality and differential mortality" (Europarat).

33 Vor dem Hintergrund des hohen Tabakkonsums dänischer Frauen war Lungenkrebs dafür verantwortlich, dass Däninnen eine um 1 bis 6 Monate geringere Lebenserwartung haben als ihre Geschlechtsgenossinnen in den anderen europäischen Ländern. Quelle: K. Juel, P. Bjerregaard, M. Madsen (2000): "Mortality and life expectancy in Denmark and in other European countries. What is happening to middle-aged Danish?". In The European Journal of Public Health, Vol. 10, S. 93-100.

Schätzungen von REVES (Réseau Espérance de Vie en Santé) zufolge, die sich auf Daten von Eurostat (einschließlich Daten des ECHP über die Behinderungen von Menschen außerhalb von Einrichtungen) auf EU-Ebene für das Jahr 1994 beziehen, ergeben: je höher die Lebenserwartung, desto geringer der Anteil der Jahre ohne Schwerbehinderung. Dies würde bedeuten, dass aufgrund der steigenden Lebenserwartung der Anteil der Lebensjahre mit einer (schweren) Behinderung stärker zunimmt als der Anteil ohne Behinderungen<sup>34</sup>. Eine solche Schlussfolgerung ergibt sich jedoch nur aus den Daten für ein einziges Jahr. Wie fallen die Ergebnisse bei einem Vergleich von Zeitreihen aus? Obwohl die aus nationalen Quellen vorliegenden Daten über die Lebenserwartung ohne (schwere) Behinderung nicht uneingeschränkt vergleichbar sind, ergeben sich bei einer Aggregation umfangreicher Datenreihen für verschiedene Industrienationen folgende Entwicklungen: Zunächst deuten die Daten der letzten 15 Jahre auf einen leichten Aufwärtstrend bei der behinderungsfreien Lebenserwartung (jedoch weniger bei der Lebenserwartung) hin. Zweitens ergibt die Auswertung der Daten über die Lebenserwartung ohne schwere Behinderung, dass sich dieser Indikator parallel zur Lebenserwartung entwickelt. Daher geht der Anstieg der Lebenserwartung offenbar mit einem Rückgang der Lebenserwartung mit Schwerstbehinderungen und einem Anstieg der Lebenserwartung mit den geringsten Behinderungsgraden einher<sup>35</sup>.

Ein Vergleich verschiedener sozioökonomischer Gruppen ergibt, dass benachteiligte Gruppen offenbar nicht nur eine kürzere Lebensdauer haben, sondern auch den höchsten Anteil an Lebensjahren mit Behinderung aufweisen. Daher gibt es offenbar keinen Trade-Off zwischen Quantität und Qualität; und es wäre durchaus denkbar, dass Menschen gleichzeitig länger und gesünder leben. Der Trade-Off existiert eher zwischen den Graden der Behinderung als zwischen Lebenserwartung und Behinderung. Auf diesem Gebiet muss jedoch noch weiter geforscht werden.

### Die wichtigsten Krankheiten der EU-Bürger.

Eurostat und die GD Gesundheit und Verbraucherschutz versuchen, die über die Morbidität (Erkrankungsrate) vorliegenden Daten zu verbessern<sup>36</sup>. Derzeit besteht jedoch allgemein das Problem eines Mangels an harmonisierten Daten über die Morbidität der gesamten EU-Bevölkerung, mit Ausnahme von Krebs und einer Reihe von übertragbaren Krankheiten. Die vorliegenden Daten zeigen, dass Herz-Kreislauferkrankungen, Krebs, neuropsychiatrische Störungen und Skelett- und Muskelkrankheiten zu den wichtigsten Morbiditätsfaktoren gehören<sup>37</sup>.

Nachstehend wird auf einige der Entwicklungen der wichtigsten Krankheiten anhand von Eurostat-Daten sowie von

Angaben der GD Gesundheit und Verbraucherschutz und weiteren Quellen näher eingegangen (Als Quelle wurden die "Key Data on Health 2000" von Eurostat herangezogen, sofern keine anderen Quellenangaben gemacht werden).

### Herz-Kreislauferkrankungen

Erkrankungen von Herz und Kreislauf gefährden das Leben am meisten; sie sind nicht nur die Haupttodesursache in den EU-Mitgliedstaaten, sondern führen bei tausenden von Menschen auch zu Behinderungen. In Europa als Ganzes waren im Jahr 2000 ischämische Herzerkrankungen der Krankheitsfaktor Nummer Eins (vorzeitiger Tod und nicht tödliche Folgeerscheinungen infolge von Neuerkrankungen), die 10 % der gesamten Belastung durch Krankheiten und Verletzungen ausmachen, wobei sich die Anteile von Männern (11 %) und Frauen (9 %) etwa die Waage halten. Die zweithäufigste Ursache (für beide Geschlechter zusammen) waren zerebrovaskuläre Erkrankungen, von denen Frauen erheblich stärker (8,3 %) betroffen waren als Männer (5,6 %) <sup>38</sup>. In der EU gehen über 8 Millionen DALYs (Disability Adjusted Life Years, um Phasen mit Behinderungen bereinigte Lebensjahre) aufgrund von Herz-Kreislauferkrankungen verloren, davon mehr als 4 Millionen aufgrund von Herzerkrankungen und über 2 Millionen aufgrund von Schlaganfällen<sup>39</sup>. Da das Risiko von Kreislauferkrankungen mit dem Alter zunimmt, werden diese Zahlen möglicherweise aufgrund der Entwicklung der Altersstruktur noch steigen, auch wenn die relativen Erkrankungsraten rückläufig sind.

Bleiben vorzeitige Todesfälle unberücksichtigt, dann gehören Kreislauferkrankungen zwar nicht zu den Hauptursachen der aufgrund von Behinderung verlorenen Lebensjahre im Vergleich zu neuropsychiatrischen Störungen und Verletzungen, sind aber eine wichtige Ursache, insbesondere in den mittel- und osteuropäischen Ländern, aber auch in der EU. So werden allein in der EU 1,4 Millionen Jahre mit Behinderung durch Herz-Kreislauferkrankungen ausgelöst, davon gehen mehr als die Hälfte durch Schlaganfälle verloren<sup>40</sup>.

Die Häufigkeit des Vorkommens von Kreislauferkrankungen steht in engem Zusammenhang mit körperlicher Bewegung und insbesondere mit der Ernährung. Bei einer Ernährung mit viel Obst und Gemüse, unbehandeltem Getreide und einer angemessenen Menge an Fettsäuren sinkt das Risiko von Kreislauferkrankungen, während eine cholesterinreiche Ernährung mit höheren Risiken verbunden ist, insbesondere, wenn sie mit Nikotin, Bluthochdruck, Fettleibigkeit und Bewegungsmangel einhergeht<sup>41</sup>. Die Folgen der Ernährung erklären die derzeitige Verteilung der Morbidität infolge von Kreislauferkrankungen, bei der die Mittelmeerländer im Allgemeinen gut abschneiden. Den erfassten EU-Daten (Fallstudien ab Mitte der 80er bis Mitte der 90er Jahre) zufol-

34 Gleiches gilt für die Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Die Daten von REVES weisen darauf hin, dass Frauen auch mehr Jahre ohne Behinderung (61,5 Jahre 1994 auf EU-Ebene) und mehr Jahre ohne schwere Behinderung (74,3) als Männer erleben (59,7 bzw. 69,2 Jahre). Allerdings ist der Anteil der Jahre ohne (schwere) Behinderung an der Lebenserwartung bei der weiblichen Bevölkerung insgesamt niedriger: 77 % des gesamten behinderungsfreien Lebens auf EU-Ebene (16 % mit einem gewissen Grad der Behinderung und 7 % mit Schwerbehinderung) im Vergleich zu 81 %, 13 % bzw. 6 % bei den Männern.

35 J.-M. Robine in "Can we hope for both long life and good health?". Hintergrundpapier für das "Panel on a Research Agenda and New Data for an Ageing World", organisiert durch den Nationalen Forschungsrat, London, 16.-17. September 1999.

36 Etwa durch Erforschung methodischer Fragen wie z. B. der Auswirkungen der verschiedenen Methoden, Daten über die Inzidenz und Prävalenz in den einzelnen Ländern zu beschaffen. Es gibt zwei grundlegende Arten von Morbiditätsstatistiken: die eine befasst sich mit der Inzidenz, die andere mit der Prävalenz einer Krankheit. Bei der Inzidenz wird die in einem bestimmten Zeitraum registrierte Zahl der Neuerkrankungen einer definierten Krankheit für eine bestimmte Bevölkerung gemessen (z. B. die Zahl der Neuerkrankungen je 1 000 Einwohner in einem Jahr), während bei der Prävalenz beispielsweise der Anteil der Bevölkerung gemessen wird, der zu einem bestimmten Zeitpunkt an der Krankheit leidet.

37 Herz-Kreislauferkrankungen und Krebs sind auch die Haupttodesursachen, was für neuropsychiatrische Störungen und Skelett- und Muskelkrankheiten nicht der Fall ist. Dies deutet darauf hin, dass die Entwicklung von Mortalität und Morbidität manchmal, jedoch nicht immer, in einem Zusammenhang steht.

38 Quelle: Weltgesundheitsorganisation (WHO): "Der Europäische Gesundheitsbericht 2002".

39 Das DALY bzw. Disability-Adjusted Life Year ist eine Messung zur mengenmäßigen Erfassung der Krankheitsbelastung, bei der die infolge einer vorzeitigen Mortalität verlorenen Lebensjahre sowie die mit einer Behinderung eines bestimmten Schweregrades verbrachten Lebensjahre berücksichtigt werden. Ein (verlorenes) DALY entspricht damit einem verlorenen gesunden Lebensjahr. Alle Arten von Herz-Kreislauferkrankungen zusammengenommen sind die Hauptursache der in den ehemaligen sozialistischen Ländern Europas verlorenen DALYs, gefolgt von neuropsychiatrischen Störungen in den westeuropäischen Ländern.

40 Quelle: British Hearth Foundation – Coronary heart disease statistics.

41 Quelle: Société Française de Santé Publique (2000): "Health and Human Nutrition: Element for European Action".

ge treten die meisten Herzinfälle im Durchschnitt in bestimmten Gebieten im Vereinigten Königreich und in Finnland bei Männern und im Vereinigten Königreich bei Frauen auf. Die niedrigsten Raten sind in Spanien und Frankreich (Männer und Frauen), in der Schweiz (Männer) und in Italien (Frauen) festgestellt worden.

Krebs

Die Häufigkeit von Krebs steigt mit dem Alter und erreicht um das 70. Lebensjahr eine maximale Erkrankungsrate. Daraus folgt, dass Krebs in entwickelten Gesellschaften mit einer hohen Lebenserwartung sehr viel häufiger auftritt. In Europa sieht es so aus, dass die Häufigkeit einer Krebserkrankung in Ländern mit hohen Überlebenschancen hoch und in Ländern mit höherer Sterberate niedrig ist.

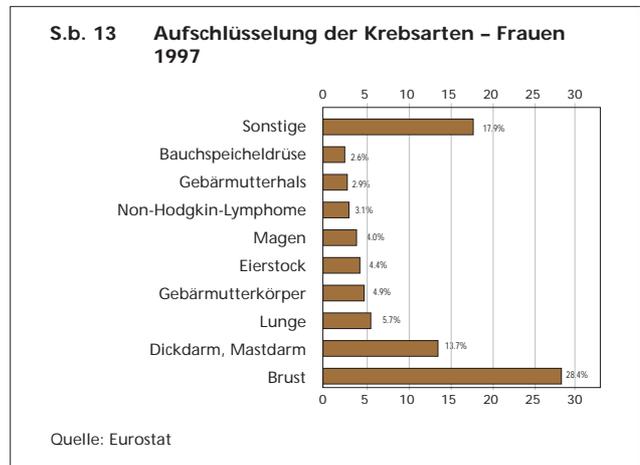
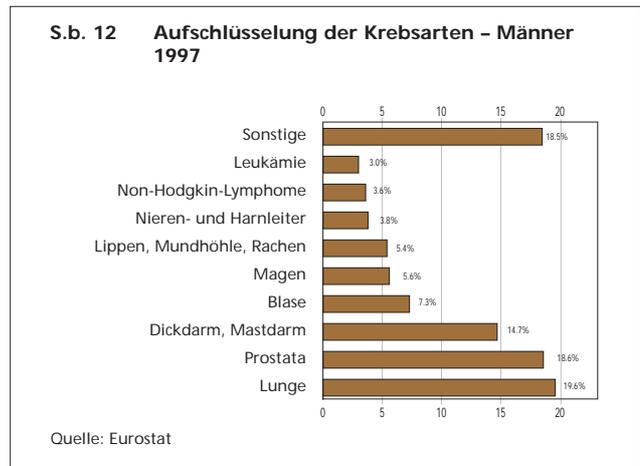
Die Anzahl neuer Fälle wurde im Jahre 1995 in der gesamten EU auf 1,5 Millionen geschätzt mit einer geschätzten relativen Überlebensrate<sup>42</sup> erwachsener Krebspatienten von etwa 40 % bei Männern bzw. 50 % bei Frauen (letzte Angabe basierend auf Daten von 1985/1989).

Auch wenn in allen Ländern mehr Männer an Krebs erkranken als Frauen, lassen sich doch eine Reihe von regionalen Unterschieden feststellen. So wird die höchste, altersbereinigte Erkrankungsrate für Männer in Frankreich und für Frauen in Dänemark gemeldet. Die niedrigsten Werte für Männer und Frauen gleichermaßen finden sich in Spanien, Griechenland und Portugal. Im Hinblick auf die Krebsart traten Lungen-, Dickdarm- und Mastdarmkrebs am häufigsten auf. Lungenkrebs war die bei Männern häufigste Krebsart, während Frauen am häufigsten an Brustkrebs erkrankten. Außerdem sind die Überlebenschancen in der EU unterschiedlich.

Die Lebensführung (insbesondere Tabak- und Alkoholkonsum) und die Ernährung stehen offenbar in einem Zusammenhang mit dem Vorkommen von Krebserkrankungen. Eine Ernährung mit viel Obst und Gemüse, wenig Alkohol und frei von Tabak kann mit einem geringeren Risiko verbunden sein, an Mund-, Rachen-, Speiseröhren-, Magen und Lungenkrebs zu erkranken<sup>43</sup>.

Die hohen Inzidenzraten von **Lungenkrebs** bei Männern sind in erster Linie auf den Tabakkonsum, aber auch auf eine stärkere Gefährdung von Männern durch berufliche und Umweltrisiken zurückzuführen. Der Anstieg der Neuerkrankungen bei Männern ist offenbar zu einem Stillstand gekommen, während die Inzidenz bei Frauen in den südlichen Mitgliedstaaten jedoch zunimmt.

**Brustkrebs** ist die am häufigsten auftretende Krebsart bei Frauen in der EU; sein Anteil an allen Krebsneuerkrankungen von Frauen beträgt beinahe 30 %. Während jedoch die Erkrankungsraten in allen Mitgliedstaaten steigen, beginnt die Mortalität bei jüngeren Frauen (20 bis 49 Jahre) in den meisten EU-Mitgliedstaaten seit der zweiten Hälfte der 80er Jahre zu sinken, vermutlich ein Ergebnis der höheren Überlebenschancen infolge der Mammografie und therapeutischer Fortschritte. Die Überlebenschancen sind unterschiedlich hoch, je nachdem, ob der Krebs lokalisiert wurde oder bereits über den diagnostizierten Bereich hinaus Metastasen gebildet wurden. Die Überlebensrate liegt bei über 90 %, sofern der Krebs



auf die Brust beschränkt ist, bei 75 %, wenn er sich auf benachbarte Gewebereiche ausgedehnt hat, jedoch unter 20 %, wenn er weiter entfernt gelegene Körperteile erreicht hat.

**Zervixkarzinome** sind der einzige bei Frauen auftretende Krebstyp, bei dem kein Nord-Süd-Gefälle festzustellen ist. Der Rückgang ist insbesondere auf den Erfolg von Vorsorgeuntersuchungen zurückzuführen.

**Prostatakrebs** ist die zweithäufigste Krebsart bei Männern. Auch hier ist die Inzidenz im Norden höher als im Süden. Möglicherweise kann der Anstieg der Neuerkrankungen auf neue Möglichkeiten zur Erkennung der Krankheit zurückgeführt werden.

Die Inzidenzraten von **Dickdarm- und Mastdarmkrebs** (Kolon- und Rektalkarzinom) haben sich stabilisiert oder sind EU-weit sogar rückläufig, obwohl es hier ein klares Nord-Süd-Gefälle gibt. Die nördlichen und westlichen Mitgliedstaaten weisen die höchsten Erkrankungs- und Sterberaten auf, die südlichen Staaten die geringsten.

Die Erkrankungsraten bei **Magenkrebs** sind bei Männern doppelt so hoch wie bei Frauen. Auch hier gibt es ein klares Nord-Süd-Gefälle, wobei die Werte in den südlichen Ländern mindestens doppelt so hoch sind wie in den nördlichen<sup>44</sup>.

42 Relative Überlebensraten vergleichen die Sterblichkeit von Personen, die an Krebs leiden, mit den durchschnittlichen Sterblichkeitsniveaus der Gesamtbevölkerung.

43 Quelle: Société Française de Santé Publique (2000): "Health and Human Nutrition: Element for European Action".

44 Mit der Verbesserung der sozioökonomischen Stellung in Südeuropa sind die Erkrankungsraten von Magenkrebs zurückgegangen.

**Lippen-, Mundhöhlen- und Rachenkarzinome** sind bei französischen Männern besonders häufig zu beobachten. Diese weisen nach Indien die zweithöchsten Erkrankungsraten der Welt auf. Die Raten bei Männern in den übrigen EU-Mitgliedstaaten steigen. Im Vergleich zu den männlichen Werten sind diejenigen der Frauen erheblich niedriger.

**Non-Hodgkin-Lymphome** weisen EU-weit eine recht einheitliche Verteilung auf, wobei die Inzidenzraten in den letzten 25 Jahren gestiegen sind. In manchen Fällen werden sie durch Virusinfektionen ausgelöst, und auch in Verbindung mit AIDS steigt das Risiko.

Die **Erkrankungs- und Sterberaten bei Nierenkarzinom** in der EU schwanken stark. Die nördlichen Mitgliedstaaten einschließlich Deutschland weisen die höchsten Werte auf, Portugal die niedrigsten. Rauchen ist eine der Hauptursachen für diese Krebsart.

Unter **Leukämie** leiden 60 % mehr Männer als Frauen, allerdings ist die geografische Verteilung hier nicht klar. Die Inzidenzraten sind weitgehend stabil.

Die Erkrankungsraten bei **Pankreaskarzinom** sind im Norden hoch und in Griechenland, Portugal und Spanien niedrig, wobei zwischen Männern und Frauen keine großen Unterschiede bestehen. Obwohl diese Krebsart sehr viel seltener auftritt als Magenkrebs, führt sie häufiger zum Tode.

**Melanome** kommen im Norden viel häufiger vor als im Süden. Die Inzidenz ist allerdings EU-weit steil gestiegen. Im Vergleich zum Vorkommen sind die Sterberaten relativ niedrig.

An **Leberkarzinom** leiden Männer sechsmal häufiger, und die Erkrankung tritt fünfmal häufiger bei Frauen auf, wenn man den Süden Europas mit den nördlichen Mitgliedstaaten vergleicht.

#### Psychische und Verhaltensstörungen

Das Ausmaß der Belastung durch psychische Störungen wird im Allgemeinen unterschätzt. Auch wenn keine vergleichbaren Daten über spezielle psychische Störungen vorliegen und weniger schwerwiegende Störungen häufig nicht erfasst werden, schwanken Schätzungen der Prävalenz psychischer Krankheiten zwischen 9 % (Meldungen durch die Betroffenen selbst) und 17 % (klinisch diagnostiziert) der Gesamtbevölkerung. Neuropsychiatrische Störungen sind offenbar nach den Herz-Kreislauferkrankungen die zweithäufigste Krankheitsursache in Europa – und Ursache Nummer Eins, wenn nur Behinderungen und keine vorzeitigen Todesfälle in Betracht gezogen werden. Sie belaufen sich schätzungsweise auf 20 % aller 2000 verlorenen DALYs<sup>45</sup>. Psychische Probleme sind auch eine wichtige indirekte Todesursache, da sie u. a. zu Selbstmorden, Morden und Unfällen beitragen. Die aktuelle Entwicklung deutet auf eine Stabilisierung der Erkrankungen an **Paranoia, Schizophrenie und manisch-depressiven Krankheiten** hin, während **Demenz und Störungen als Reaktion auf das soziale Umfeld** (wie Depressionen, Angstzustände und Alkohol- oder Drogenabhängigkeit) zunehmen. Auf die mentale Gesundheit wird in Kapitel 2.4 näher eingegangen.

#### Neurodegenerative Krankheiten im Alter

Die Parkinson-Krankheit mit einer Prävalenzrate, die von 6 je 1 000 Einwohner im Alter von 65 bis zu 30 je 1 000 Einwohner ab 85 reicht, wie auch Demenz gehören zu den am weitesten verbreiteten neurodegenerativen Krankheiten älterer Menschen. Es gibt hauptsächlich zwei Arten von Demenz: Alzheimer-Krankheit, wenn keine Demenzursachen erkannt werden können (70 % aller Demenzfälle), und Dementia apoplectica, die durch Gehirnschläge verursacht wird. Wie auch bei der Parkinson-Krankheit nimmt Demenz mit dem Alter zu. Von der Parkinson-Krankheit sind in der Altersgruppe über 75 allerdings mehr Männer betroffen als Frauen, während es in der Altersgruppe über 80 mehr weibliche Demenzpatienten (insbesondere Alzheimer) gibt als männliche.

#### Skelett- und Muskelkrankheiten

Chronische rheumatische Krankheiten verursachen eine Vielzahl von Behinderungen, die mit hohen Gesundheitskosten und einem enormen Verlust an Produktivität verbunden sind. Vergleichbare Daten liegen allerdings nur über Osteoporose vor, wo das Vorkommen von Hüftfrakturen, von denen insbesondere Frauen nach der Menopause betroffen sind, zunehmen. Mit zunehmender Alterung der Bevölkerung wird sich dieser Entwicklungstrend sicherlich fortsetzen. Skelett- und Muskelkrankheiten sind ein großes Problem im Zusammenhang mit arbeitsbedingten gesundheitlichen Problemen, wie in Kapitel 2.2 noch zu sehen sein wird.

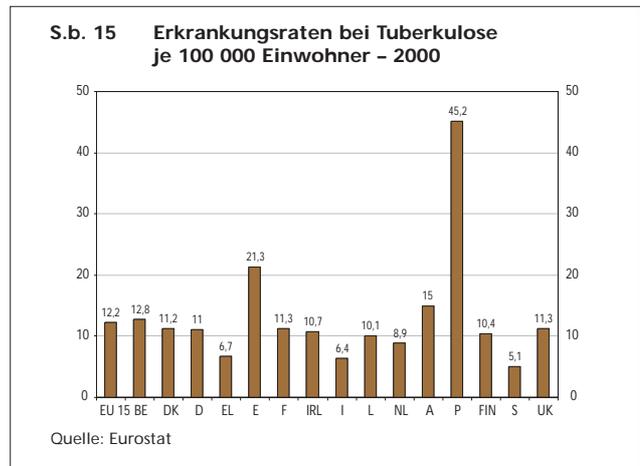
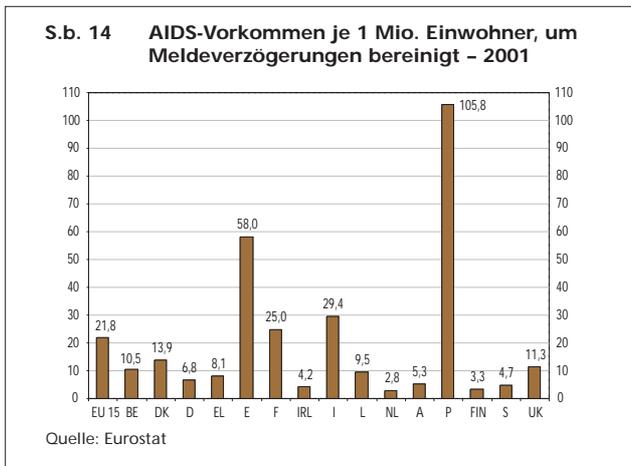
#### AIDS

1998 gab es 12 367 neue Fälle von AIDS, dies entspricht alles in allem über 200 000 AIDS-Kranken in der EU seit 1983. Im dritten Jahr in Folge ist die Zahl der Neuerkrankungen zurückgegangen, dies entspricht einem Rückgang von 23 % zwischen 1997 und 1998. Die Gruppen, in denen die Zahl der Neuerkrankungen am stärksten gesunken ist, waren Konsumenten injizierter Drogen und homosexuelle und bisexuelle Männer. Bei den Männern allerdings macht die erstgenannte Gruppe noch immer die höchste Zahl der diagnostizierten Neuerkrankungen aus. 21 % der 1998 diagnostizierten Fälle bei Erwachsenen/Heranwachsenden, von denen fast die Hälfte durch heterosexuelle Kontakte infiziert wurden (häufig durch Partner, die ihrerseits "harte Drogen" konsumieren), waren Frauen. Beinahe die Hälfte aller Neuerkrankungen treten in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen auf.

In allen Ländern ist seit Mitte der 90er Jahre die Häufigkeit neuer Fälle zurückgegangen, mit Ausnahme von Portugal, wo die Inzidenzrate leicht angezogen hat.

Man geht davon aus, dass der Rückgang der Erkrankungsrate von AIDS in jüngster Zeit auf den zunehmenden Einsatz hoch wirksamer antiretroviraler Behandlungen seit 1996 sowie auf die Tatsache zurückzuführen ist, dass die Neuerkrankungsrate bei HIV Mitte der 80er Jahre ihren bisherigen Höhepunkt erreicht haben. Der derzeitige Rückgang der Zahl der AIDS-Fälle bedeutet jedoch nicht, dass HIV rückläufig ist; die gemeldeten HIV-Daten deuten darauf hin, dass die Übertragungsraten in den letzten

45 Quelle: WHO: "Der Europäische Gesundheitsbericht 2002".



Jahren stabil geblieben sind.

Andere sexuell übertragbare Krankheiten

Bei dieser Gruppe von Krankheiten sind die meldepflichtigen Krankheiten (Syphilis und Gonorrhoe) in den letzten 20 Jahren zurückgegangen. Die Inzidenzrate von **Syphilis** in der EU ist von 5,6 1985 auf 1,5 1997 gesunken, während **Gonorrhoe** von 60,2 je 100 000 Einwohner 1986 auf 7,6 1997 zurückgegangen ist. Allerdings belegen Daten aus jüngerer Zeit, dass Gonorrhoe in Frankreich (1998) und England (1997) wieder zunimmt. Derzeit zählen Warzen an den Geschlechtsorganen, unspezifische Vaginitis, unspezifische Harnröhrenentzündung, Herpes genitalis und Chlamydia zu den häufigsten sexuell übertragbaren Krankheiten.

Auf die sexuell übertragbaren Krankheiten bei Jugendlichen wird in Kapitel 2.2 gesondert eingegangen.

Tuberkulose

Die Zahl der Fälle ist seit 1975 in den meisten Mitgliedstaaten gesunken und hat sich dann eingependelt, bevor sie in einigen Ländern Ende der 80er/Anfang der 90er Jahre wieder gestiegen ist. Die jüngste Epidemie wurde weitgehend durch die an AIDS erkrankten jungen Erwachsenen beeinflusst. Im Jahr 2000 wurden in der gesamten EU rund 45 000 neue Fälle von Tuberkulose gemeldet, davon 61 % Männer; in Portugal ist Tuberkulose ein großes Problem: 45,2 Fälle auf 100 000 Einwohner im Jahr 2000 gegenüber einem EU-Durchschnitt von 12,2. Auch wenn ältere Menschen aufgrund einer erneuten Aktivierung früherer Infektionen an Tuberkulose erkranken, tritt die Krankheit in den meisten Fällen bei neu Infizierten auf.

Angeborene Fehlbildungen (Anomalien)

1980 bis 1994 wurden in 15 europäischen Ländern (12 Mitgliedstaaten plus 3 Nichtmitgliedstaaten) bei rund 2,4 % aller Geburten angeborene schwere Anomalien festgestellt, allerdings mit starken geografischen Unterschieden. Die häufigsten Fälle betreffen Fehlbildungen der Gliedmaßen (25 % aller Fälle), gefolgt von vererbten Herzerkrankungen (fast 23 %). Der Anteil der während der Schwangerschaft als Aneuploidie ("Krötenkopf", "Froschkopf") oder Down-Syndrom diagnostizierten Fälle steigt, allerdings bestehen weiterhin geografische Unterschiede.

Andere Krankheiten

- **Malaria:** Die Erkrankungsrate in der EU ist von 0,6 je 100 000 Einwohner 1974 auf 2,9 1997 gestiegen, wobei die Daten von 0,1 in Griechenland bis 9,2 in Frankreich reichen. Die Krankheit wird von Menschen eingeschleppt, die sich in Ländern infizieren, in denen Malaria endemisch auftritt.
- **Hepatitis C:** Die Prävalenz in der Gesamtbevölkerung in den Mitgliedstaaten ist unterschiedlich und reicht von 1,5 % in Griechenland bis 0,9 % in Belgien. In bestimmten Gruppen wie z. B. Drogenabhängigen erreichen die Prävalenzraten jedoch bis zu 70 %.
- **Hepatitis B:** Das Vorkommen von Hepatitis B, die durch den Ausbruch der HIV-Epidemie bei Erwachsenen, die mit beiden Krankheiten infiziert sind, und der Massenimpfung seit 1994 beeinflusst wird, nimmt ab (der EU-Durchschnitt 1997 liegt bei 4,1 je 100 000 Einwohner). Allerdings wurde die Krankheit noch nicht ausgerottet. In Portugal wurde zwischen 1992 und 1995 ein Anstieg der Erkrankungsraten beobachtet, danach sanken die Werte jedoch stark.
- **Grippe:** Diese durch Viren verursachte Infektionskrankheit kann auch heute noch Massenerkrankungen sowie eine erhöhte Mortalität bei älteren Menschen auslösen.
- **Diabetes mellitus:** Die Häufigkeit dieser chronischen Krankheit, die durch eine vererbte oder erworbene Insuffizienz bei der Insulinproduktion durch die Bauchspeicheldrüse hervorgerufen wird, nimmt aufgrund der immer älter werdenden Bevölkerung, einer ungesunden Ernährung, Fettleibigkeit und Bewegungsmangel durch häufiges Sitzen zu. Die nationalen Erkrankungsraten reichen von 2,1 % in Irland bis zu 5 % in Italien, wobei der EU-Durchschnitt (ohne Griechenland) 1994 bei 3,4 % lag, doch könnte die Zahl der Fälle in diesem Jahrzehnt aufgrund einer Zunahme des ursächlichen Verhaltens um fast 20 % steigen.
- **Asthma und Allergien:** Hierbei handelt es sich um die am weitesten verbreiteten und sich rasch ausbreitenden chronischen Krankheiten bei Jugendlichen, von denen über ein Drittel aller Jugendlichen irgendwann einmal in ihrem Leben betroffen sind. Im Vereinigten Königreich leidet ein Drittel der Kinder im Alter von 13 bis 14 Jahren an ständig wiederkehrenden Symptomen von Asthma, in Irland beträgt der Anteil rund 30 %. Dagegen liegen die Erkrankungsraten in Finnland, Deutschland, Schweden, Belgien und Österreich bei etwa 15 %, und in Südeuropa sind sie noch niedriger (etwa 10 %). Griechenland weist mit 3 % die niedrigste

gemeldete Erkrankungsrate auf. Diese Unterschiede lassen sich möglicherweise zum Teil anhand von Umweltfaktoren erklären, doch sie können, da sie auf Inzidenzraten beruhen, die von den Betroffenen selbst gemeldet werden, auch durch den Grad der Bewusstseinsbildung erklärt werden<sup>46</sup>.

#### 2.1.4 Mortalität und Morbidität in den Beitritts- und Kandidatenländern: ein Überblick

##### Ein Wandel der demografischen und gesundheitlichen Entwicklungen in den Beitritts- und Kandidatenländern ...

Aufgrund der politischen Regime der Vergangenheit besaßen die mittel- und osteuropäischen Länder ein patriarchalisches staatliches Gesundheitssystem. Dieses bewirkte eine passive Einstellung der Patienten in Gesundheitsfragen, wobei die Prävention im Großen und Ganzen als unwichtig galt und die medizinische Grundversorgung häufig unterentwickelt war. Darüber hinaus war der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP im Vergleich zu den westeuropäischen Industrienationen gering. Die Folge war, dass sich in der Nachkriegszeit die rasche Verbesserung der Lebenserwartung aufgrund einer Eindämmung der Infektionskrankheiten (als in den mittel- und osteuropäischen Ländern und der ehemaligen UdSSR die Sterberaten ebenso hoch waren wie in Westeuropa) in diesen Ländern nach 1965 nicht einstellte und die Lebenserwartung zwischen Ost- und Westeuropa zunehmend auseinander klappte.

Der Beginn des politischen Übergangs in den mittel- und osteuropäischen Beitritts- und Kandidatenländern, der zu einem wirtschaftlichen Abschwung führte, hatte dramatische Folgen für die Bevölkerungsentwicklung – sinkende Geburtenziffern, steigende Sterberaten und eine sinkende Lebenserwartung. Und schließlich hat der wirtschaftliche Aufschwung in der zweiten Hälfte der 90er Jahre einen allgemeinen Rückgang der Sterbeziffern und einen allgemeinen Anstieg der Lebenserwartung bewirkt, während auch die Säuglingssterblichkeit rückläufig war. Das Ausmaß und das zeitliche Einsetzen dieses Aufschwungs sind allerdings von Land zu Land unterschiedlich, wobei die mitteleuropäischen beitretenden Länder im Vergleich zum Baltikum oder zu Rumänien und Bulgarien bessere Mortalitäts- und Morbiditätsraten aufweisen<sup>47</sup>.

Innerhalb der einzelnen Beitritts- und Kandidatenländer ist die Lebenserwartung von Frauen höher als die der Männer, wobei die Unterschiede allerdings variieren. In den baltischen Staaten beträgt der Unterschied zwischen der Lebenserwartung von Männern und Frauen 11 Jahre. Daher sind von diesem schlechten Gesundheitszustand im Baltikum vornehmlich Männer betroffen, was darauf hindeuten könnte, dass er mit bestimmten Aspekten der geschlechtsspezifischen Rollen bzw. mit geschlechtsbedingten Lebensweisen zusammenhängt.

##### ... mit einer höheren Inzidenz von Infektionskrankheiten ...

Bei den Infektionskrankheiten sind die Inzidenzraten in den mittel- und osteuropäischen Beitritts- und Kandidatenländern hoch, und in manchen Fällen, beispielsweise bei Tuberkulose, sind sie

seit Beginn der Übergangszeit alarmierend gestiegen. Ähnlich nehmen auch sexuell übertragbare Krankheiten wie Syphilis in den letzten zehn Jahren in einigen Beitritts- und Kandidatenländern zu, während die Neuerkrankungsrate in der EU kontinuierlich niedrig ist. Hinsichtlich von HIV-Infektionen zeichnet sich die Situation durch recht komplexe Unterschiede aus. So weist Lettland die bei weitem höchste Zahl von HIV-positiven Personen auf (möglicherweise infolge von Drogenkonsum). Die Zahl der HIV-Positiven in den übrigen Beitritts- und Kandidatenländern liegt jedoch unter bzw. weit unter dem EU-Durchschnitt, wobei die Tschechische Republik, die Slowakei und die Türkei die niedrigsten Inzidenzraten aufweisen.

##### ... sowie von nicht ansteckenden Krankheiten, Unfällen und gewaltsamen Todesfällen

Die Mortalität infolge nicht ansteckender Krankheiten in den Beitritts- und Kandidatenländern ist erheblich höher als in der EU generell; so sind in nahezu allen Beitrittsländern die Sterberaten infolge chronischer Krankheiten wie Herzerkrankungen, Kreislauferkrankungen und Krebs signifikant. Nur Malta entspricht dem EU-Durchschnitt bzw. schneidet sogar besser ab, gefolgt von Slowenien. Bei den Herzkreislauferkrankungen und bei Krebs ergibt sich jedoch ein anderes Bild. Herz-Kreislauferkrankungen traten in Bulgarien, Lettland, Estland, Rumänien und in geringerem Maße in Ungarn besonders häufig auf. Krebs war in Ungarn, der Slowakei, der Tschechischen Republik, Polen und Rumänien besonders häufig. Dies könnte auf einen unterschiedlichen Umweltverschmutzungsgrad oder auf einen anderen Lebensstil in diesen Ländern zurückgeführt werden.

Ein Faktor, der mit der Lebensweise zusammenhängt und bei vielen Todesursachen eine Rolle spielt, ist der Alkoholkonsum. Die Wahrscheinlichkeit, dass Alkohol für die im Vergleich zur EU höhere Zahl von Fällen von plötzlichem Herztod<sup>48</sup> und Zirrhose in den mittel- und osteuropäischen Beitritts- und Kandidatenländern ein wichtigerer Faktor ist, ist groß. Die Sterblichkeitsraten aufgrund von Verletzungen, insbesondere Verkehrsunfällen, Ertrinken und Bränden sowie Morden und Selbstmorden sind in diesen Ländern ebenfalls höher, was teilweise auf den Alkoholkonsum zurückgeführt werden kann.

Abschließend kann festgestellt werden, dass sich die Gesundheitsstandards in den Beitritts- und Kandidatenländern derzeit zwar verbessern, jedoch im Allgemeinen unter denjenigen der EU-Mitgliedstaaten liegen. Zugleich können bei Vergleichen zwischen gesundheitsbezogenen Daten große Unterschiede zwischen den einzelnen Beitritts- und Kandidatenländern festgestellt werden. So kommen in der Regel Malta und Zypern im Hinblick auf den Gesundheitszustand und die Gesundheitsversorgung dem Standard in der aktuellen EU sehr nahe oder schneiden sogar noch besser ab. Innerhalb der mittel- und osteuropäischen Länder ist die gesundheitliche Situation in den baltischen Staaten, in Rumänien und Bulgarien am schlechtesten. Die Türkei ist weniger entwickelt, holt den Rückstand jedoch recht schnell auf, so dass sich dieses Land dem durchschnittlichen Standard der übrigen Beitritts- und Kandidatenländer schnell annähert.

Allerdings werden die Beitritts- und die Kandidatenländer

46 Die Lage in Zypern und Malta gestaltet sich allerdings völlig anders; dort liegen die Sterberaten unter dem EU-Durchschnitt (wobei die Lebenserwartung von Frauen leicht unter dem EU-Durchschnitt liegt, während die der Männer geringfügig darüber liegt); die Geburtenraten sind zwar höher, gehen längerfristig jedoch kontinuierlich zurück. Und schließlich liegen in der Türkei die Mortalitäts- und Fertilitätsraten über dem EU-Durchschnitt.

47 Die Lage in Zypern und Malta gestaltet sich allerdings völlig anders; dort liegen die Sterberaten unter dem EU-Durchschnitt (wobei die Lebenserwartung von Frauen leicht unter dem EU-Durchschnitt liegt, während die der Männer geringfügig darüber liegt); die Geburtenraten sind zwar höher, gehen längerfristig jedoch kontinuierlich zurück. Und schließlich liegen in der Türkei die Mortalitäts- und Fertilitätsraten über dem EU-Durchschnitt.

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

aufgrund des derzeitigen Wandels der Altersstruktur (Alterung) sowie der Haushaltsstruktur vor ähnliche bevölkerungspolitische Herausforderungen im Hinblick auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung gestellt werden, wie dies für die aktuellen Mitgliedstaaten bereits der Fall ist.

**1.2.5 Alterung und Gesundheitskosten**

Die Auswirkungen der Alterung der Bevölkerung auf die künftigen Gesundheitskosten sind in den Mittelpunkt der Debatte gerückt. Die wichtigsten Kostenfaktoren hierbei beziehen sich auf die Nachfrage nach und das Angebot von Gesundheitsversorgung. Welche Kombination aus diesen Kräften sich letztlich einstellt, ist noch nicht absehbar, und Vorausschätzungen, die auf diesen Faktoren beruhen, sind mit Vorsicht zu behandeln. Beispielsweise ist auf der Nachfrageseite der Wandel der Verhaltensmuster und des Lebensstils älterer Menschen zu berücksichtigen: der Bildungsstand der vor dem Zweiten Weltkrieg geborenen Generationen war erheblich niedriger als derjenige der nach dem Krieg geborenen Babyboomer – eine Entwicklung, die sich in den folgenden Generationen fortgesetzt hat. Mit besseren Bildungsabschlüssen, höheren Einkommen und einer gesünderen Lebensführung ist es durchaus denkbar, dass die Dienstleistungen des Gesundheitswesens weniger in Anspruch genommen werden. Gewöhnlich nutzen Menschen mit höherem Bildungsstand weniger die medizinische Grundversorgung (Besuch bei praktischen Ärzten), sondern vielmehr das sekundäre Versorgungssystem (stationäre Versorgung/Pflege).

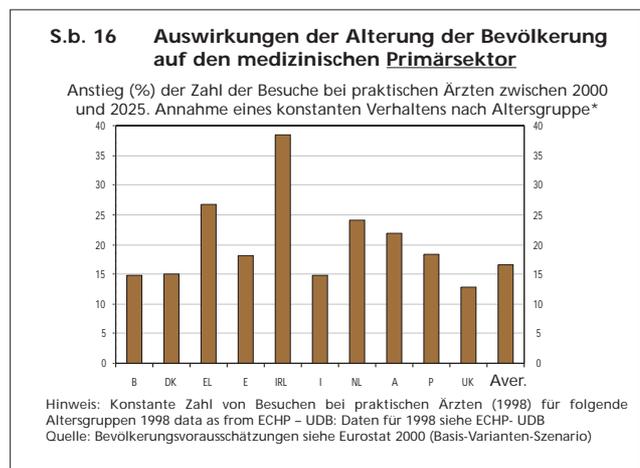
Auch auf der Angebotsseite sind mehrere Unsicherheitsfaktoren vorhanden; einer der wichtigsten betrifft den technologischen Wandel, dessen Ziel darin besteht, neue Diagnosemethoden zu entdecken und Behandlungen zu ermöglichen, die mit weniger schweren Eingriffen verbunden sind. Einige dieser Entwicklungen können durchaus zu Kostensenkungen führen, beispielsweise neue Medikamente, die möglicherweise bestimmte Arten der stationären Krankenhauspflege ersetzen, oder nichtinvasive operative Eingriffe, die die Dauer des Krankenhausaufenthalts stationärer Patienten verkürzen. Dieser Kosteneinspareffekt kann jedoch keinesfalls als gegeben vorausgesetzt werden; so ist es durchaus denkbar, dass neue Medikamente mit hohen Kosten verbunden sind oder neue, lebensverlängernde Behandlungsmethoden die Dauer der stationären Pflege verlängern. Anders ausgedrückt, eine Krebsimpfung könnte die finanziellen Kosten drastisch senken, was für eine effizientere Chemotherapie nicht notgedrungen der Fall wäre. Daher ist eine Vorhersage der Auswirkungen des wissenschaftlichen und technologischen Wandels auf die Kosten im Gesundheitswesen äußerst schwierig.

Außerdem hängt der Beitrag des wissenschaftlichen und technologischen Wandels zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen auch davon ab, welche Art von Krankheit behandelt werden soll. Dabei gilt es zu bedenken, dass Kreislauferkrankungen und Krebs die beiden Haupttodesursachen sind. Unterstellt man konstante Erkrankungsraten des Jahres 1998, nach Geschlecht und Altersgruppen von jeweils 5 Jahren so könnten die durch Kreislauferkrankungen verursachten Todesfälle in den kommenden 25 Jahren um 23 % ansteigen, während die krebisbedingten Todesfälle um nur 8 % zunehmen. Daher würde der technologische Wandel zur Steigerung

der Kosteneffizienz bei der Versorgung von Kreislauferpatienten bei einer alternden Bevölkerung am ehesten zur Kostendämpfung beitragen.

Um zu verstehen, wie die Gesundheitssysteme potenziell von der Überalterung betroffen sein könnten, kann von einem konstanten Verhalten der einzelnen Altersgruppen ausgegangen werden. Dabei wird vorausgesetzt, dass die Menschen einer bestimmten Alterskohorte in Zukunft das Gesundheitssystem genauso in Anspruch nehmen werden, wie dies für diese Altersgruppe derzeit der Fall ist. Dabei sollte man sich stets vor Augen halten, dass dies nur eines von vielen möglichen Zukunftsszenarios ist. Ferner ist es angesichts der vorangegangenen Ausführungen schwierig vorherzusagen, wie nahe dieses Szenario der tatsächlichen Inanspruchnahme des Gesundheitssystems in den kommenden 25 Jahren kommen wird; es sollte daher mit Vorsicht behandelt werden. Dessen ungeachtet macht das Szenario u. a. deutlich, wo (d. h. in welchem Segment des Gesundheitssystems und in welchen Mitgliedstaaten) aufgrund der Verlagerung der Alterung ein hoher Druck entstehen wird. Darauf gehen die folgenden Unterpunkte näher ein.

- In nachstehender Grafik wird geschätzt, dass in den kommenden 25 Jahren die Zahl der Besuche bei praktischen Ärzten insgesamt um ein Sechstel zunehmen wird<sup>49</sup>. Diese Zunahme beträgt in Irland, Griechenland, den Niederlanden und Österreich mehr als ein Fünftel. Auch wenn die Zahl der Besuche bei praktischen Ärzten stabil bliebe und nicht zurückginge, wie es die medizinische Demografie nahe legt, würde diese steigende Nachfrage den Druck auf die praktischen Ärzte erheblich verstärken. Auch wenn die Nachfrage aufgrund des immer höheren Bildungsstandes der künftigen Generationen zurückgehen würde, könnte sie diesen demografisch induzierten erhöhten Druck nicht ausgleichen. Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass sich die Produktivitätseffekte des wissenschaftlichen und technologischen Wandels nicht auf die medizinische Grundversorgung beschränken werden.
- Was den sekundären Sektor betrifft, wird der Druck infolge des demografischen Alterungsprozesses wahrscheinlich zunehmen. Das nachstehende Schaubild zeigt einen geschätzten Anstieg von 23 % in den nächsten 25 Jahren, wobei der Anstieg in den oben bereits genannten vier Mitgliedstaaten noch höher ausfallen wird. Der sekundäre Sektor könnte durchaus derjenige sein, in dem aufgrund



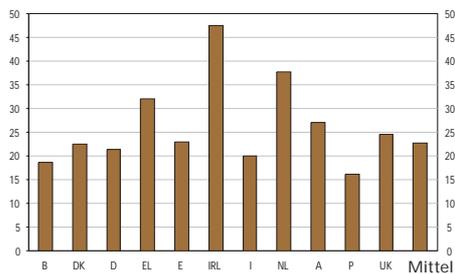
49 Derzeit liegen nur für 10 der 15 Mitgliedstaaten Daten vor.

neuer Technologien die Kosteneffizienz am stärksten gesteigert wird.

- Angesichts der Alterung der Bevölkerung und der unterschiedlichen Gesundheitskosten je nach Alter lassen diese demografischen Vorausschätzungen den Schluss zu, dass in der EU im Durchschnitt der Umfang der gesamten Gesundheitsaufwendungen in den nächsten 25 Jahren real um fast 0,6 % pro Jahr steigen wird.

#### S.b. 17 Auswirkungen der Alterung der Bevölkerung auf das sekundäre Versorgungs-/Pflegesystem

Anstieg (%) der Zahl der Besuche bei praktischen Ärzten zwischen 2000 und 2025. Annahme eines konstanten Verhaltens nach Altersgruppe\*



Hinweis: Konstante Zahl von Besuchen bei praktischen Ärzten (1998) für folgende Altersgruppen 1998 – UDB: Daten für 1998 siehe ECHP- UDB  
Quelle: Bevölkerungsvorausschätzungen siehe Eurostat 2000 (Basis-Varianten-Szenario)

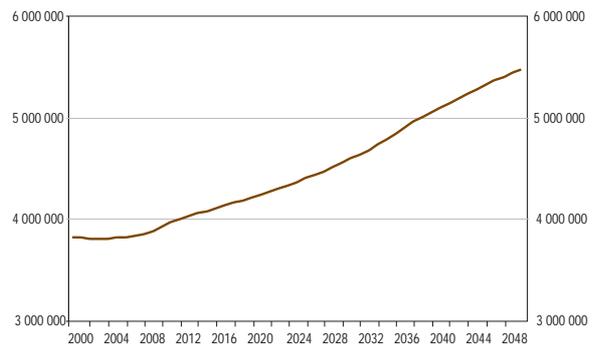
Manche Wissenschaftler argumentieren, dass die steigenden Ausgaben in einen Zusammenhang mit dem nahenden Tod und weniger mit der Verlagerung in spätere Lebensabschnitte gebracht werden sollten, da die meisten Gesundheitsausgaben in den letzten Lebensjahren anfallen<sup>50</sup>. Das Basis-Varianten-Szenario für die Zahl der Todesfälle in der EU (siehe nachstehende Grafik) deutet auf einen ähnlichen Trend bei den Gesundheitsausgaben insgesamt hin, die bis 2025 im Durchschnitt um 0,6 % pro Jahr steigen werden. Dem Schaubild zufolge wird sich vor 2010 nur wenig bewegen, danach soll es jedoch einen ständigen Anstieg von 0,9 % pro Jahr geben, vermutlich dann, wenn die Sterblichkeit bei den nach 1945 geborenen Babyboomern am höchsten sein wird.

Darüber hinaus lautet bei einer Vermischung der verschiedenen Indikatoren in Verbindung mit dem altersspezifischen Verhalten und der Alterung der Bevölkerung (Entwicklung der Altersverteilung und der Zahl der Todesfälle) die allgemeine Schlussfolgerung, dass der Druck infolge der Überalterung in den nächsten 25 Jahren in Luxemburg, den Niederlanden und Irland am höchsten sein wird. Alle anderen Mitgliedstaaten werden einen ähnlich hohen Druck erleben, mit Ausnahme des Vereinigten Königreichs und Schwedens, wo dieser Druck wahrscheinlich nicht ganz so stark sein wird.

Zusammen mit dem Umfang der betroffenen Personen könnte die tendenziell höhere Lebenserwartung dazu führen, dass ältere Menschen das Gesundheitssystem stärker in Anspruch nehmen werden. Daher ist die Frage der Altersstruktur bei spezifischen Behinderungsrisiken eine besonders wichtige Frage in diesem Zusammenhang, die im folgenden Kasten erörtert wird.

Generell lässt sich folgern, dass die Auswirkungen der Alterung auf die Gesundheitskosten zweifelsohne ein Thema sind, welches eingehender untersucht werden muss.

#### S.b. 18 Zahl der Todesfälle in EU-15, 2000-2050



Quelle: Bevölkerungsvorausschätzungen, Eurostat 2000 (Basis-Varianten-Szenario)

50 Lubitz and Riley 1993 "Trends in Medicare payments in the last years of life", New England Journal Medicine 328: 1092-6; Zweifel, Felder et al. 1999 "Ageing of Population and Health Care Expenditure: A red herring?" Health Economics vol 8: 485-96.

### **Zukunftsszenarios: ein demografisches Konzept\***

Die Europäer leben länger, doch gehen die zusätzlich gewonnenen Lebensjahre auch mit mehr Behinderungen einher? Verlagert sich mit steigender Lebenserwartung auch das Vorkommen von Behinderungen in einen späteren Lebensabschnitt?

Man würde erwarten, dass die Zahl der Menschen mit Behinderungen und Funktionsstörungen in Europa in den nächsten Jahrzehnten rapide ansteigen wird, da immer mehr Menschen ein Alter erreichen, in dem die Invaliditätsraten sehr hoch sind. Dies ist jedoch nicht unbedingt der Fall, wenn die Altersstruktur bestimmter Invaliditätsrisiken weiterhin in spätere Lebensabschnitte verlagert wird, d. h. wenn das Risiko von Schädigungen in einem bestimmten Alter abnimmt.

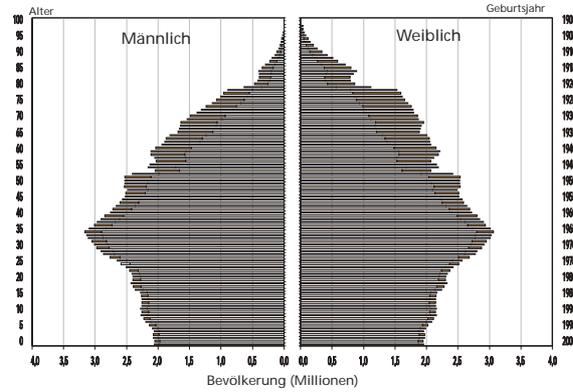
Das erste der umseitigen Schaubilder (Schaubild 19) zeigt die Bevölkerung von EU-15 im Jahre 2000 nach Alter, Geschlecht und Behinderungsstatus, gemessen im Rahmen der neuesten Gesundheitsumfragen. Der rote Bereich umfasst dabei sowohl Schwerbehinderte als auch Menschen mit einer leichteren Behinderung. Die Alterspyramide zeigt, dass es in der Altersgruppe 55 bis 80 derzeit mehr behinderte Frauen als Männer gibt.

Im zweiten und dritten Schaubild auf der nächsten Seite (Schaubilder 20 und 21) sind zwei Alternativszenarios für das Jahr 2030 abgebildet. Beide beruhen auf derselben Vorausschätzung der Gesamtbevölkerung von EU-15, und diese umfasst auch die Annahme, dass sich die gesamte Lebenserwartung alle 10 Jahre um zwei weitere Jahre erhöht.

- Im zweiten Schaubild (Schaubild 20) ist die prognostizierte Alterspyramide dargestellt, wobei davon ausgegangen wird, dass die derzeit beobachteten altersspezifischen Anteile behinderter Menschen im Laufe der Zeit konstant bleiben. Dies bedeutet, dass sich für alle Altersgruppen die Wahrscheinlichkeit, behindert zu werden, nicht ändert, und führt zu einem Anstieg der Zahl behinderter Menschen von derzeit etwa 60 Millionen auf rund 75 Millionen bis 2030.
- Das dritte Schaubild (Schaubild 21) geht davon aus, dass sich die Lebenserwartung alle 10 Jahre um zwei Jahre erhöht und damit die altersspezifischen Anteile behinderter Menschen ebenfalls alle 10 Jahre um zwei Jahre nach hinten verschieben. Dies bedeutet beispielsweise, dass im Jahr 2030 das Risiko, im Alter von 70 behindert zu werden, genauso hoch ist wie im Jahre 2000 im Alter von 64. Bei diesem Szenario ergibt sich aufgrund der Ergebnisse nahezu kein Anstieg der Zahl der behinderten Menschen in Europa, denn die Gesamtzahl steigt bis zum Jahr 2030 nur von 60 auf 62 Millionen. Erweitert man das Szenario bis 2050, so ergibt sich sogar ein leichter Rückgang der Zahl der behinderten Menschen.

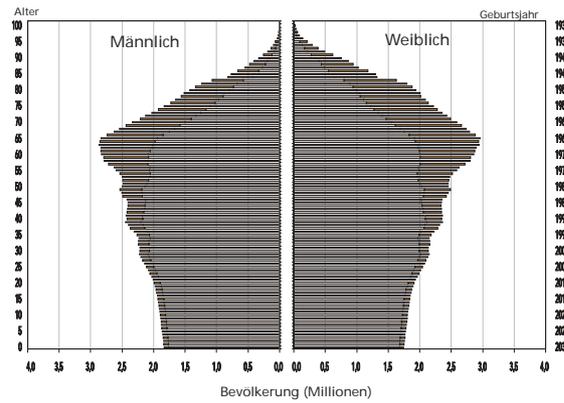
Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Zahl älterer hilfs- und pflegebedürftiger Menschen nicht unbedingt als eine Folge der Alterung der Bevölkerung steigen wird. Der Schlüsselfaktor ist die künftige Entwicklung der altersspezifischen Risiken, von einer Behinderung betroffen zu sein. In diesem Bereich können präventive Medizin und Maßnahmen im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens offenbar vieles bewirken (Dieser Hinweis stammt aus den Arbeiten der europäischen Beobachtungsstelle zur Sozialen Situation, Demografie und Familie).

**S.b. 19 Profil der EU-Gesamtbevölkerung und Anteil der behinderten Menschen**  
Europäische Union, 2000, Gesamt- und behinderte Bevölkerung



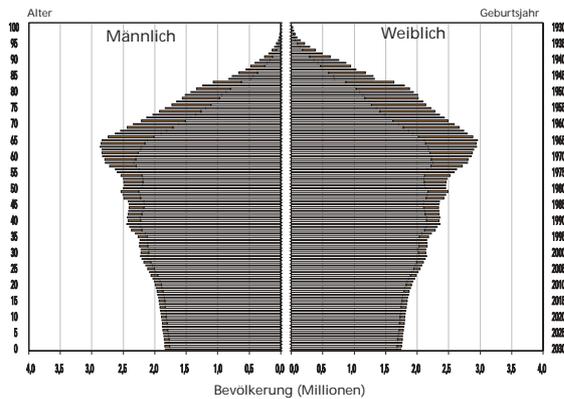
Quelle: Eurostat

**S.b. 20 Vorausschätzung der Menschen mit Behinderungen bis 2030, Änderung der angenommenen altersspezifischen Behinderungsinzidenz**  
Europäische Union, 2000, Gesamt- und behinderte Bevölkerung Szenario eines konstanten Behindertenanteils



Quelle: Eurostat

**S.b. 21 Vorausschätzung der Menschen mit Behinderungen bis 2030, keine Änderung der angenommenen altersspezifischen Behinderungsinzidenz**  
Europäische Union, 2000, Gesamt- und behinderte Bevölkerung Szenario einer Verlagerung des Anteils behinderter Menschen



Quelle: Eurostat



## 2.2 Sozioökonomische Einflussgrößen der Gesundheit

- Das physische und soziale Umfeld wirkt sich stark auf den Gesundheitszustand aus. In diesem Zusammenhang beschränkt sich der Begriff der Lebensbedingungen nicht nur auf die finanziellen Mittel, die für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen, sondern erstreckt sich auch auf das gesamte Spektrum sozioökonomischer und ökologischer Einflussgrößen, die die Anfälligkeit für spezifische Gesundheitsrisiken bestimmen. Bei der Beschreibung der sozioökonomischen Stellung einer Person sind eine Reihe von Faktoren einschließlich Bildungsstand, berufliche Qualifikationen, Stellung im Beruf, Entscheidungsbefugnisse am Arbeitsplatz, Lebensführung und Maß der Einbindung in soziale Netzwerke zu berücksichtigen, die alle miteinander verwoben sind. All diese Faktoren stehen in einem komplexen Wechselverhältnis zueinander und bestimmen, inwieweit die Person besonderen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt ist. Da diese Anfälligkeit innerhalb der Gesellschaft unterschiedlich ausgeprägt ist, erklärt dies bis zu einem gewissen Grad auch die bestehenden Ungleichheiten bei der Gesundheit.
- Die menschliche Gesundheit hängt von der Verfügbarkeit und der Qualität von Nahrung, Wasser, Luft und Wohnraum ab. Diese ökologischen Voraussetzungen wiederum hängen davon ab, wie wir mit unseren Ressourcen umgehen. Die rapide Verstädterung hat in vielen Städten ganz besondere Probleme verursacht, die zu Luftverschmutzung, nicht hinnehmbarer Lärmbelastigung, Verkehrsstaus und Unfällen sowie unzureichenden Abwasserbeseitigungsanlagen und in manchen Bezirken auch zu schlechten Wohnbedingungen geführt haben. Andere gesundheitliche Probleme gehen aber auch auf Wasserverschmutzung und belastete Lebensmittel zurück, die viele übertragbare Krankheiten verursachen. Es wird jedoch versucht, gegen diese nachteiligen Auswirkungen durch Städtesanierung, Verbesserung der Infrastruktur, Überwachung der Schadstoffe und verstärkte Maßnahmen im Bereich der Lebensmittelsicherheit anzukämpfen.
- Einer der bereits genannten Schlüsselfaktoren ist die Stellung im Beruf, die für den Gesundheitszustand von maßgeblicher Bedeutung ist. Hohe Beschäftigungsquoten und eine niedrige Arbeitslosenquote reduzieren die Sterblichkeit erheblich, insbesondere, weil die Häufigkeit von Herz-Kreislaufkrankheiten abnimmt. Das Sterblichkeitsrisiko von Erwerbslosen ist fünfmal höher als von Erwerbstätigen. Außerdem kommt es bei Arbeitslosen häufiger vor, dass sie ihre Gesundheit als schlecht einstufen und Ärzte aufsuchen. Auch wenn die negativen Folgen eines Arbeitsplatzverlustes durch soziale Unterstützung und Netzwerke oder durch Jobs im Rahmen der Nachbarschaftshilfe bis zu einem gewissen Grade abgefangen werden können, könnte eine erfolgreiche Beschäftigungsstrategie zur Verbesserung des Gesundheitszustands beitragen.
- Trotz der positiven Auswirkungen der Beschäftigung insgesamt auf Lebensdauer und Gesundheit führen spezielle Risikofaktoren in Verbindung mit der Branche, den Arbeitsbedingungen und der Art des Arbeitsplatzes – die auch mit dem Bildungsabschluss und dem Geschlecht zusammenhängen – zu bestimmten arbeitsbedingten gesundheitlichen Problemen wie eine relativ hohe Häufigkeit von Unfällen oder arbeitsbedingte Krankheiten. Die meisten arbeitsbedingten Gesundheitsprobleme betreffen Skelett- und Muskelkrankheiten, gefolgt von Stress und von Lungenerkrankungen und Herz-Kreislaufstörungen.
- Die Kosten einer präventiven oder einer Heilbehandlung sollten in Bezug zu den Fehlzeiten und damit zu den sich daraus ergebenden Produktions- und Einkommenseinbußen infolge von Arbeitsunfällen und einem schlechten Gesundheitszustand gesetzt werden. Insgesamt gingen in der EU 1998/99 aufgrund von Unfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen 500 Millionen Arbeitstage verloren. Dies ist mit weit reichenden arbeitsbedingten Krankheitskosten verbunden, die sich auch auf Fragen wie z. B. die Beschäftigung von Zeitarbeitern, die Einstellung neuer Mitarbeiter oder die Erbringung von Leistungen an kranke Arbeitnehmer erstrecken.
- Einkommen und Ungleichheiten beim Einkommen sind eng mit dem Gesundheitszustand korreliert. Der Grund dafür ist, dass der Zugang zur Vorbeugung und zu Heilbehandlungen (in Verbindung mit einer Versicherung und mit hohem Einkommen) für die Gesundheit von großer Bedeutung ist, und zwar nicht nur im Hinblick auf den Zugang zu medizinischer Versorgung (z. B. Einweisung ins Krankenhaus, Konsultation eines Arztes), sondern auch auf die Qualität der Versorgung und Pflege (z. B. Behandlung, Kommunikation und Nachsorge). In diesem Zusammenhang sei auch darauf verwiesen, dass zusätzliche Gesundheitsleistungen infolge geringerer Einkommensungleichheiten besonders dann wichtig sind, wenn es in der Gesellschaft auch Armut gibt. Dies ist ein besonders wichtiger Punkt, da zusätzliche Gesundheitsleistungen mit steigendem Einkommen abnehmen.
- Und schließlich liegen die Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Faktoren und dem Gesundheitszustand nicht unbedingt auf der Hand. Der Mechanismus, der einen pathologischen Prozess auslöst, hängt nicht nur von Gesamtgrößen wie Einkommen oder Beschäftigung ab, sondern auch von persönlichen Erfahrungen und vom sozialen Umfeld im Laufe des Lebens, zusammen mit weiteren Faktoren, wie etwa gesellschaftliche Stellung oder Vertrauen, die wiederum mit dem hierarchischen oder egalitären Aufbau unserer Gesellschaften verbunden sind.

**Einleitung**

Die allgemeine Gesundheitssituation der Europäer ist das Produkt verschiedener Bestimmungsfaktoren, von denen Umwelteinflüsse und sozioökonomische Faktoren von besonderer Bedeutung sind, während die Gesundheitssysteme eine eher begrenzte Rolle spielen.

Da die Gesundheit stark von den allgemeinen Lebens- und Arbeitsbedingungen abhängt, können Politikbereiche wie Beschäftigung, Bildung, soziale Sicherung und Wohnen einen erheblichen Beitrag zum Erreichen gesundheitspolitischer Ziele leisten. Die Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitszustand und den allgemeinen Lebensumständen machen es wichtig, diesen Faktoren verstärkt Aufmerksamkeit zu schenken und Synergien zu entwickeln zwischen den relevanten sozialen Politikbereichen und den Gesundheitssystemen.

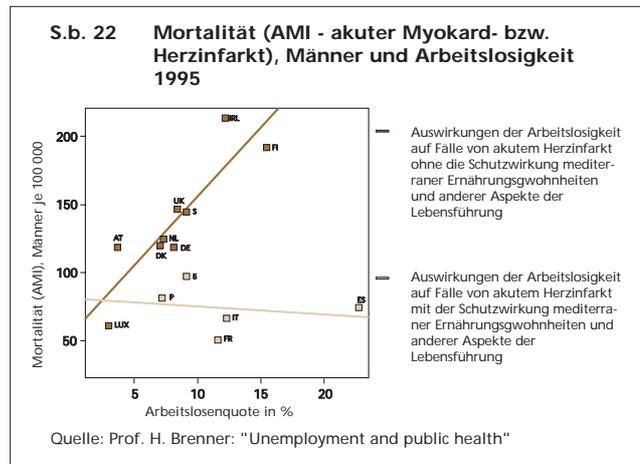
**2.2.1 Die Rolle von Beschäftigung und Arbeitslosigkeit.**

**Der Beschäftigungsstatus wirkt sich auf den Gesundheitszustand aus.**

Es hat sich gezeigt, dass hohe Beschäftigungsquoten bzw. niedrige Arbeitslosenquoten zusammen mit einem durchschnittlich hohen Volksvermögen die Mortalitätsraten innerhalb eines bestimmten Zeitraums erheblich senken, insbesondere als Folge einer Reduzierung der Zahl von Herz-Kreislaufkrankungen<sup>51</sup>. Diese Parameter wirken sich nachweislich eindeutig auf die Mortalität aus, wenn man die Einflüsse anderer Faktoren heraus rechnet. So können Änderungen der Beschäftigungsquoten weitgehend herangezogen werden, um Änderungen der Mortalitätsrate zu erklären. Diese Erkenntnisse werden auch bestätigt, wenn man nicht nur die jährlichen Raten innerhalb der 15 Mitgliedstaaten, sondern auch die jährlichen Veränderungen dieser Raten miteinander vergleicht. Ähnlich sind die jährlichen landesspezifischen Arbeitslosenquoten in der EU zum Teil für die unterschiedlichen Mortalitätsraten infolge von Herzkrankheiten verantwortlich.

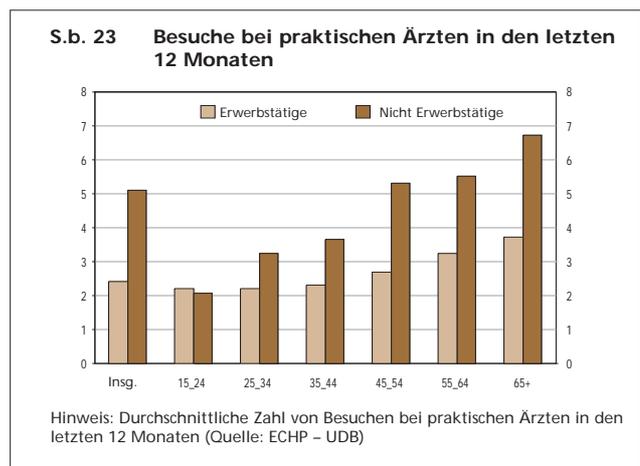
Aus dem Schaubild 22<sup>52</sup> wird deutlich, dass sich die Arbeitslosigkeit zwar negativ auf die Lebenserwartung auswirkt, doch wirken sich hohe Arbeitslosenquoten in den Mittelmeerländern anders aus als in den übrigen EU-Mitgliedstaaten. Es sollte jedoch darauf verwiesen werden, dass dort, wo die Schattenwirtschaft oder ähnliche soziale Gegebenheiten Chancen zur Eingliederung von nicht am Arbeitsmarkt aktiven Personen bieten, die negativen Auswirkungen auf die Gesundheit abgemildert werden können. In diesem Fall wirken soziale Netzwerke als 'Puffer', die vor negativen wirtschaftlichen Veränderungen schützen (siehe hierzu weiter unten den Abschnitt über Einkommen und Armut).

Darüber hinaus deuten viele Untersuchungen auf individueller Ebene auf einen positiven Zusammenhang zwischen



Arbeitslosigkeit und Krankheit bzw. Behinderung im körperlichen und geistigen Sinne hin. So sind beispielsweise die Selbstmordraten bei arbeitslosen Jugendlichen relativ hoch. Die Verbindung zwischen der Stellung im Beruf einerseits und der Mortalität andererseits kann mithilfe des Status und des Lebensstils im weitesten Wortsinne erklärt werden.

Auf die Bedeutung der sozioökonomischen Stellung für Gesundheit und Mortalität (ohne Berücksichtigung anderer Merkmale wie Geschlecht und Alter) wurde in vielen epidemiologischen Untersuchungen hingewiesen. Die zahlreichen Dimensionen, die für die soziale Stellung typisch sind, bewirken eine unterschiedliche Anfälligkeit für gesundheitliche Risiken<sup>53</sup>. Des Weiteren wurde aufgezeigt, dass eine niedrigere sozioökonomische Stellung mit einer höheren Mortalität verbunden ist<sup>54</sup> und dass Gesundheitssysteme in der Regel für Menschen mit einer geringeren Stellung weniger angemessene Behandlungen bieten. In diesem Zusammenhang muss nochmals auf die kumulierenden positiven oder negativen Auswirkungen von Änderungen der sozioökonomischen Gegebenheiten auf die Gesundheit im Laufe des Lebens verwiesen werden.



51 Professor H. Brenner, e.a. "Unemployment and public health", Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung und Soziales. Vorgestellt anlässlich eines Seminars in Brüssel im Mai 2002 mit Beiträgen von Professor Perucci und Professor Siegrist.  
 52 Beitrag von Prof. H. Brenner: Das Schaubild macht das statistisch signifikante Verhältnis zwischen der Arbeitslosenquote innerhalb und außerhalb der Mittelmeerländer und akutem Herzinfarkt (AMI) bei Männern deutlich. Die Auswirkungen der Arbeitslosenquoten und der schützenden Faktoren des mediterranen Lebensstils erklären die unterschiedlichen Mortalitätsraten zwischen den EU-Ländern bei Männern aufgrund von akutem Herzinfarkt (AMI) zu 81 %.  
 53 Diese Dimensionen sind im Allgemeinen das Ergebnis der Wirtschafts- und Sozialpolitik.  
 54 In den 80er Jahren hatten war die Rest-Lebenserwartung von Ingenieuren im Alter von 60 Jahren weitere 22 Lebensjahre, diejenige körperlich arbeitender Menschen dagegen betrug nur 17 Jahre (siehe hierzu Annette Leclerc et al: Les inégalités sociales de santé, Editions La Découverte, Paris 2000).

Generell schätzen Arbeitslose, häuslich gebundene Personen oder Rentner ihren Gesundheitszustand häufiger als schlecht ein als Erwerbstätige<sup>55</sup>. 'Inaktive' beispielsweise gehen häufiger<sup>56</sup> zu praktischen Ärzten (5,1 mal pro Jahr) als Erwerbstätige (2,4 mal pro Jahr).

Andererseits führt eine Reaktivierung bzw. Wiedereinstellung von Arbeitslosen nicht unbedingt zu einem Abbau der gesundheitlichen Risiken, denn die neuen Stellen sind möglicherweise unsicher, es sind Zeitarbeitsplätze, sie führen zu Unbehagen oder sind mit viel Stress verbunden. All dies bringt zusätzliche berufsbedingte Gesundheitsrisiken mit sich.

Für Personen, die nicht in Beschäftigung sind, ist das Mortalitätsrisiko nachweislich fast fünfmal höher als für Menschen, die in einem festen Arbeitsverhältnis stehen. Außerdem ist die Mortalitätsrate bei Menschen, die wieder auf den Arbeitsmarkt zurückkehren, beinahe 1,5 Mal höher als bei Personen mit einem festen Arbeitsplatz. Obwohl die Ergebnisse im Vergleich zu denjenigen anderer Studien gut abschneiden<sup>57</sup>, können sich hinter den Zahlen natürlich noch andere Faktoren verbergen, etwa Gesundheitsprobleme; d. h. die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen mit solchen Problemen ihren Arbeitsplatz verlieren, ist möglicherweise höher.

**Tabelle 1 Verläufe des Berufslebens und Sterblichkeit**

Turin 1991-96 (Beruf 1976, 81, 86, 91)		Cardano et. al, 1999	
Verläufe des Berufslebens		%	Relatives Risiko
Stetige Beschäftigung		73.8	1.00
Arbeitslosigkeit gefolgt von Beschäftigung		2.5	1.43
Beschäftigung mit Unterbrechungen		6.6	1.52
Beschäftigung gefolgt von Ruhestand (nicht körperlich arbeitend)		6.3	1.61
Beschäftigung gefolgt von Ruhestand (körperlich arbeitend)		6.0	2.22
Beschäftigung gefolgt von Arbeitslosigkeit		3.3	2.29
Stetige Arbeitslosigkeit		0.4	2.61
Arbeitslosigkeit gefolgt von Inaktivität		0.4	3.85
Stetig aus dem Erwerbsleben (inaktiv)		0.8	4.81

Quelle: Cardano et al.

### Der Einfluss des Gesundheitszustandes auf den Beschäftigungsstatus

Während die Stellung im Beruf die Gesundheit beeinflusst, haben empirische Untersuchungen ergeben, dass auch der Umkehrschluss zutrifft: eine schlechte Gesundheit, ob arbeitsbedingt oder nicht, führt bei Arbeitnehmern zu Fehlzeiten. Oder umgekehrt ausgedrückt: "ein Arbeitsplatz ist gut für die Gesundheit, doch ein guter Arbeitsplatz ist noch besser."

Bei einem Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen in Verbindung mit der Arbeitsbelastung und der Fähigkeit der Beschäftigten, diesen Anforderungen gerecht zu werden, können stressbedingte gesundheitliche Probleme entstehen (siehe auch das so genannte "Anforderungs-Kontroll-Unterstützungs-Modell", auf welches in diesem Kapitel später noch ein-

### Die EU-Strategie zu Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz

Den Themen Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz kommt in der europäischen Sozialpolitik ein hoher Stellenwert zu. Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz ist nicht nur auf das Nichtvorhandensein von Unfällen oder Berufskrankheiten beschränkt, sondern erstreckt sich auch auf das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden, was für die Qualität der Arbeit und die Produktivität der Arbeitskräfte eine wichtige Rolle spielt.

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 trägt. 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. Die Mitgliedstaaten werden nicht nur gebeten, eine echte Kultur der Risikoprävention durch bessere Umsetzung der bestehenden Rechtsvorschriften und bessere Kenntnisse der arbeitsbedingten Risiken zu entwickeln, sondern auch, nationale Ziele zur Senkung der Zahl der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten zu verabschieden.

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

gegangen wird). Studien haben gezeigt<sup>59</sup>, dass 'Position' und das 'Gefühl, alles im Griff zu haben' maßgebliche Bestimmungsfaktoren für Gesundheit und Mortalität sind. Ein solches Ungleichgewicht zwischen Arbeitsbelastung und der eigenen Einschätzung, diese (noch) unter Kontrolle zu haben, kann zu vorübergehenden Fehlzeiten führen. Der gesamte Prozess wird durch individuelle (biologische und psychologische), beschäftigungsbedingte (Arbeitsorganisation, Stress und Unfälle) und gesellschaftliche Faktoren (Umfeld) beeinflusst<sup>60</sup>. Dies mag selbstverständlich klingen, doch muss hervorgehoben werden, dass Fehlzeiten zum Teil Ausdruck des Zusammenspiels verschiedener arbeitsplatzbedingter Faktoren sind, die entsprechend angepasst werden könnten. Es konnte aufgezeigt werden<sup>61</sup>, dass sich die Qualität der Arbeit – die Schaffung von "besseren Arbeitsplätzen" – positiv auf die Erwerbsbeteiligung auswirkt, insbesondere bei Frauen und älteren Menschen, und die Produktivität der Arbeitskräfte fördert. Das Verhältnis zwischen Qualität der Arbeit und arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen wird nachstehend ausführlicher untersucht.

Das Fernbleiben vom Arbeitsplatz ist mit Kosten für die Gesellschaft verbunden, die Fehlzeiten nehmen zu. In diesem Zusammenhang ist interessant, dass 1998/99 aufgrund von arbeitsbedingten Unfällen und gesundheitlichen Problemen 500 Millionen Arbeitstage verloren gegangen sind<sup>62</sup>.

55 Eurobarometer Befragung 57.2, Frühjahr 2002, S. 73.

56 Selbstverständlich mag in diesen Fällen eher der schlechte Gesundheitszustand zur Inaktivität geführt haben als umgekehrt.

57 Die Zahlen beruhen auf der Turiner Längsschnitt-Stichprobenerhebung über Mortalität (1976, 81, 86, 91). (Prof. C. Perucci: siehe Fußnote 6); siehe ferner Fußnote 20.

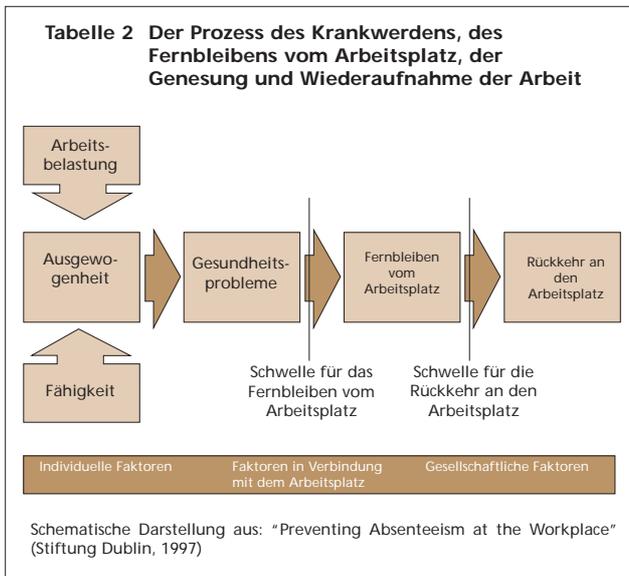
58 Annie Mesrine: La surmortalité des chômeurs-un effet catalyseur du chômage?; INSEE, Economie et statistique no 334, 2000. Siehe auch: L. Berkman & I. Kawachi (ed): Social Epidemiology, Kap. 6.

59 M. Marmot: The influence of Income on Health; Health Affairs März/April 2002.

60 Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen: Preventing Absenteeism at the Workplace, Dublin, 1997.

61 Beschäftigung in Europa 2002: Synergien zwischen Qualität und Quantität auf den europäischen Arbeitsmärkten (Kapitel 3).

62 Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen: Dritte europäische Erhebung über Arbeitsbedingungen 2000. Im Durchschnitt gingen 2000 je Beschäftigter 1,26 Arbeitstage infolge von Arbeitsunfällen sowie 1,80 Tage wegen arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme verloren. 2000 waren insgesamt 164 702 000 Menschen erwerbstätig.

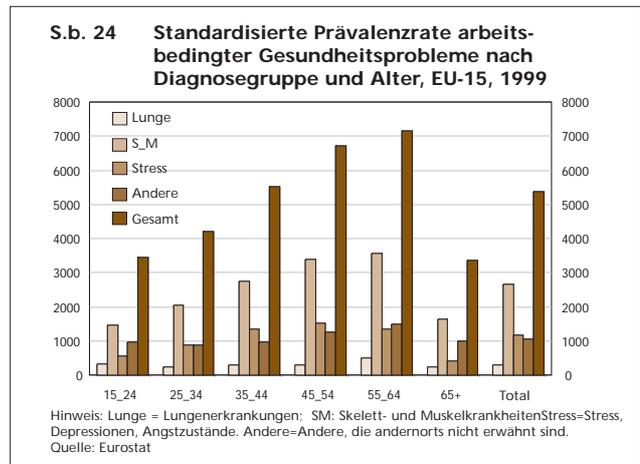


Der dritten europäischen Erhebung über Arbeitsbedingungen (2000) zufolge sind 27 % aller Beschäftigten in EU-15 gegenüber 40 % in den Beitritts- und Kandidatenländern der Auffassung, dass ihre Gesundheit oder Sicherheit aufgrund ihrer Arbeit gefährdet ist, insbesondere in den Wirtschaftszweigen Bauwirtschaft, Landwirtschaft, Fischerei, Verkehr, verarbeitendes Gewerbe und Bergbau. Handwerker, Maschinenbediener und Fachkräfte in der Landwirtschaft waren gegenüber anderen Berufsgruppen allgemein stärker Lärm, Schwingungen, Dämpfen, Rauch und Staub, ermüdenden Körperhaltungen oder schweren Lasten ausgesetzt, wobei sich der Trend in den letzten zehn Jahren eher verschlimmert hat. Zugleich hat sich der Arbeitsrhythmus für eine wachsende Zahl von Auskunfts-personen beschleunigt, insbesondere für Maschinenbediener und Handwerker, was Stress auslösen könnte.

**Die Häufigkeit arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme hängt von einer ganzen Reihe von Faktoren ab.**

Nachstehend werden einige der wichtigsten Schlussfolgerungen im Hinblick auf arbeitsbedingte gesundheitliche Probleme mithilfe der standardisierten Prävalenzrate (SPR) vorgestellt<sup>63</sup>:

- Die standardisierte Prävalenzrate unterscheidet sich von Mitgliedstaat zu Mitgliedstaat ganz erheblich, wobei Spanien und Portugal unter der Hälfte des EU-Durchschnitts und die drei skandinavischen Mitgliedstaaten weit darüber liegen. Mehr als 40 % der gemeldeten arbeitsbedingten gesundheitlichen Probleme sind Skelett- und Muskelkrankheiten, 14 % "Stress, Depressionen und Angstzustände" und 6 % Lungenerkrankungen.
- Das Alter erweist sich als eine starke Einflussgröße: so ist die standardisierte Prävalenzrate insgesamt in der Altersgruppe 15 bis 24 am niedrigsten und steigt dann kontinuierlich auf einen Höchstwert in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen an.



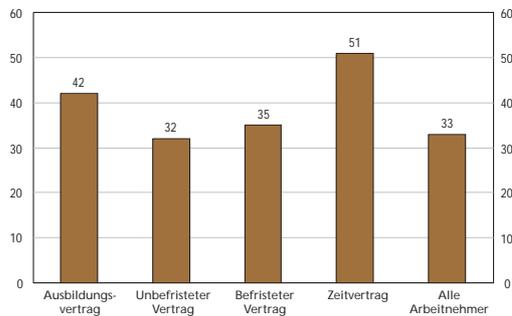
- Unterschiedliche Wirtschaftszweige sind mit unterschiedlichen Typen arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme und deren unterschiedlichen Eintrittswahrscheinlichkeiten verbunden. So weisen die Sektoren Gesundheit, Sozialarbeit und Bildung die höchsten Vorkommensraten auf, insbesondere (das Doppelte des Gesamtdurchschnitts) bei Stress, Depressionen und Angstzuständen.
- Auch die berufliche Tätigkeit beeinflusst die Wahrscheinlichkeit und die Art von arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen. Stress ist bei Personen der obersten Leitungsebene<sup>64</sup> (leitende Verwaltungsbedienstete und Führungskräfte) sechsmal wahrscheinlicher als auf der untersten Leitungsebene. Dagegen halbiert sich die Inzidenz von Skelett- und Muskelkrankheiten von der untersten bis zur höchsten Leitungsebene, und auch die Schwere nimmt erheblich ab.

Im Zusammenhang mit arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen wurde ebenfalls nachgewiesen<sup>65</sup>, dass zwischen dem Risiko einer Herzkrankheit und einer mit Stress verbundenen Arbeitssituation, die sich durch hohe Anforderungen, wenig Kontrolle und auch wenig soziale Unterstützung auszeichnet, ein quantifizierbares Verhältnis besteht<sup>66</sup>. Daher ist es beunruhigend, dass 33 % aller Beschäftigten berichten<sup>67</sup>, dass sie ihren Arbeitsrhythmus nicht steuern können, und 24 % ständig unter hohem Druck arbeiten. Ähnliche Zahlen werden für die beitretenden Länder gemeldet. Dies gilt insbesondere für unsichere Arbeitsplätze und für Personen mit geringer sozioökonomischer Stellung<sup>68</sup>. Bei einem kontinuierlich hohen Arbeitstempo stauen sich stressbedingte Gesundheitsrisiken an und führen zu Muskelschmerzen, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen und allgemeiner Erschöpfung, die mit negativen gesundheitlichen Folgen und Fehlzeiten verbunden sein können.

Stresssituationen stehen häufig in Zusammenhang mit einer Veränderung der Arbeitssituation und mit unsicheren Arbeitsplätzen, was bei Zeitarbeitern häufiger der Fall ist. Im Jahr 2000 haben etwa 28 % der Männer und 29 % der Frauen ihre Arbeit als stressig empfunden, insbesondere in der Gruppe der Fachkräfte, Techniker und Führungskräfte.

63 Nach den Daten von Eurostat auf der Grundlage allgemeiner standardisierter Prävalenzraten (d. h. der aus Vergleichsgründen nach Alter und Geschlecht standardisierte Bevölkerungsanteil, der zu einem bestimmten Zeitpunkt im Jahr an einer Krankheit oder Störung leidet).  
64 ISCO (d. h. Internationale Standard-Klassifikation der Berufe). Siehe auch Eurobarometer Befragung 56.1.  
65 Prof J. Siegrist in seinem Beitrag zum Seminar in Brüssel vom 21.05.2002 zum Thema "Arbeitslosigkeit und öffentliche Gesundheit".  
66 Siehe auch Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, Bilbao, <http://europe.osha.eu.int>  
67 Dritte europäische Erhebung über Arbeitsbedingungen 2000 (siehe oben).  
68 Ungeachtet der sozialen Determinanten der öffentlichen Gesundheit sollte nicht vergessen werden, dass ein alterndes Arbeitskräftepotential (demografische Determinante) anfälliger für gesundheitliche Probleme werden wird. Siehe auch Eurobarometer Befragung 56.1.

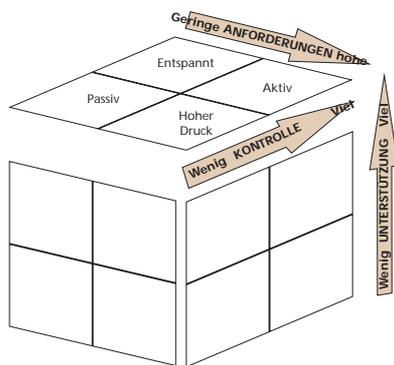
**S.b. 25 Anteil der Beschäftigten, die ihr Arbeitstempo nicht beeinflussen können - nach Vertragstyp**



Quelle: Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen - 3. Erhebung über Lebens- und Arbeitsbedingungen, Dublin 2000.

Stress und Gesundheit stehen in einem teils direkten, teils indirekten Zusammenhang, wobei Stress sich auf das neuroendokrine System auswirkt, welches zu ungesundem Verhalten in Form von Rauchen und Trinken führt. Diese Zusammenhänge werden im Schaubild links dargestellt, in dem die Untersuchungen über die Arbeitsorganisation und ihre Folgen für die Gesundheit zusammenfassend dargestellt werden<sup>69</sup>. Beschäftigte, die ihre Aufgaben und Arbeitssituation nicht steuern können und von denen eine hohe Arbeitsleistung erwartet wird, stehen unter hohem psychologischem Druck und neigen zu gesundheitlichen Defiziten. Eine stärkere Einbeziehung in die Arbeitsorganisation einschließlich Lebenslanges Lernen bringt neue Einstellungen und Verhaltensweisen hervor, die sich motivierend auf die Beschäftigten auswirken und stressbedingte Krankheiten vermindern. Bezieht man eine dritte Dimension, die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz, mit ein, unterstreicht dies die Bedeutung sozialer Netzwerke als 'Puffer' zum Schutz vor Krankheiten.

**Tabelle 3 Das Anforderungs-Kontroll-Unterstützungs-Modell (Karasek und Theorell, 1990; Johnson und Hall, 1998)**

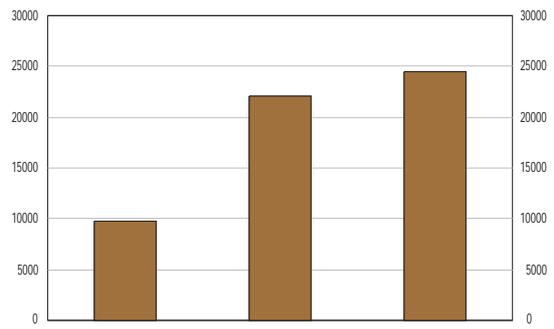


Wenn die arbeitsbedingten Anforderungen unkontrollierbar sind und die Fähigkeiten des Beschäftigten übersteigen, führt die Situation zu Stress (Quadrant "Hohe Belastung"), das Risiko, krank zu werden, steigt. Bei hohen Anforderungen, die der Arbeitnehmer bis zu einem gewissen Grade kontrollieren kann, wird die Situation zu einer Herausforderung (Quadrant "Aktiv"). Das Maß an sozialer Unterstützung durch Geschäftsleitung und Kollegen kann in Stresssituationen als "Puffer" wirken. (Aus: Stress am Arbeitsplatz – ein Leitfadens, GD Beschäftigung und Soziales, 1999).

**Das Vorkommen von Berufskrankheiten.**

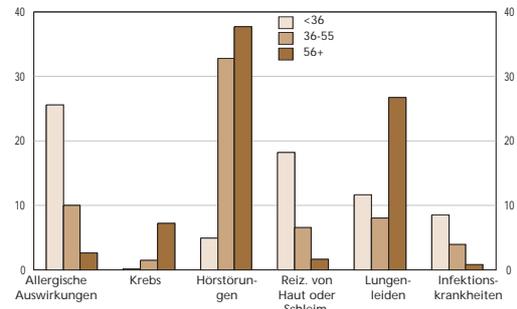
Von Berufskrankheiten sind in erster Linie ältere Arbeitnehmer betroffen. Der Anteil derjenigen über 56 macht 43 % aller Fälle aus, jedoch nur 10 % aller Arbeitskräfte. Arbeitnehmer unter 36 machen lediglich ein Sechstel aller Fälle aus, entsprechen jedoch der Hälfte der Arbeitskräfte. Nachstehend wird auf die wichtigsten Sachverhalte im Zusammenhang mit Berufskrankheiten näher eingegangen.

**S.b. 26 Berufskrankheiten – EU-15 – 1995 Zahl der Fälle pro Altersgruppe**



Quelle: Eurostat

**S.b. 27 Berufskrankheiten – EU-15 – 1995 Die wichtigsten Fälle pro Altersgruppe (in % je Altersgruppe)**



Quelle: Eurostat - Quarterly Labour Force Data (QLFD).

- Ein Großteil der Berufskrankheiten geht auf wenige Ursachen zurück. Mehr als die Hälfte aller Berufskrankheiten gehen auf äußere Ursachen zurück, davon macht Lärm über 60 % aus. Der Anteil der Erkrankungen der Atmungsorgane an den Berufskrankheiten insgesamt beträgt 17 %, davon wird nahezu ein Drittel durch Asbest und ein Viertel durch Staublunge verursacht. Berufsbedingte Allergien machen fast 10 % aus, gefolgt von Skelett- und Muskelkrankheiten (7 %). Die Häufigkeit dieser Krankheiten ist unterschiedlich, je nach Alter. So nehmen beispielsweise Allergien, Krankheiten, die mit Reizungen der Haut oder der Schleimhäute verbunden sind und Infektionskrankheiten mit dem Alter rapide ab, während umgekehrt Krebs, Hörstörungen und Lungenkrankheiten positiv mit dem Alter korrelieren.

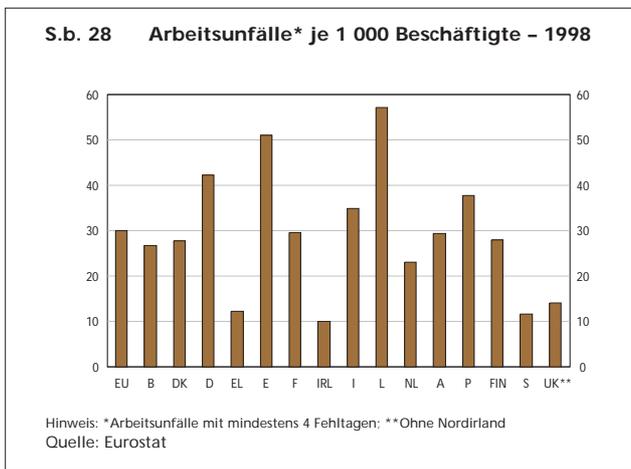
69 Für eine umfassendere Diskussion siehe: L. Berkman & I. Kawachi (ed): Social Epidemiology, Kap. 5.

- Berufskrankheiten finden sich hauptsächlich in Sektoren außerhalb des Dienstleistungssektors: 43 % aller Krankheiten treten im verarbeitenden Gewerbe auf, davon sind 40 % lärmbedingt. Weitere 12 % kommen im Bergbau vor, wo 40 % aller Fälle auf Staublunge zurückgehen. Und schließlich treten 13 % aller Fälle im Baugewerbe auf.
- Obwohl der Anteil der Frauen an den Arbeitskräften bei 46 % liegt, ist der weibliche Anteil an den Berufskrankheiten mit durchschnittlich nur 18 % wesentlich niedriger<sup>70</sup>. Dieser Anteil an den gemeldeten Berufskrankheiten Krebs (4 %), Hörstörungen (3 %) und Lungenkrankheiten (4 %) ist sogar noch geringer. Allerdings sind Frauen bei neurologischen Störungen mit 55 % überrepräsentiert, insbesondere bei Infektionskrankheiten (60 %).

**Arbeitsunfälle sind mit vielen verlorenen Arbeitstagen verbunden ...**

In der EU gab es 1998 fast 4,7 Millionen Arbeitsunfälle, die mit mindestens vier Tagen Abwesenheit vom Arbeitsplatz verbunden waren, dies entspricht 70 Millionen verlorener Arbeitstage. Über die Hälfte (53 %) aller Arbeitsunfälle<sup>71</sup> sind mit Abwesenheit von mehr als einem Monat verbunden. Nähere Angaben zu den Arbeitsunfällen folgen nachstehend.

- Die Mitgliedstaaten unterscheiden sich erheblich voneinander. Die Zahl der Arbeitsunfälle je 1 000 Beschäftigte bezifferte sich 1998 über alle Mitgliedstaaten hinweg auf durchschnittlich 30, betrug jedoch in Irland, Schweden, Griechenland und im Vereinigten Königreich weniger als die Hälfte dieses Durchschnittswerts und lag in Deutschland, Spanien und Luxemburg bei über 40. 80 % der Arbeitsunfälle betrafen Männer.

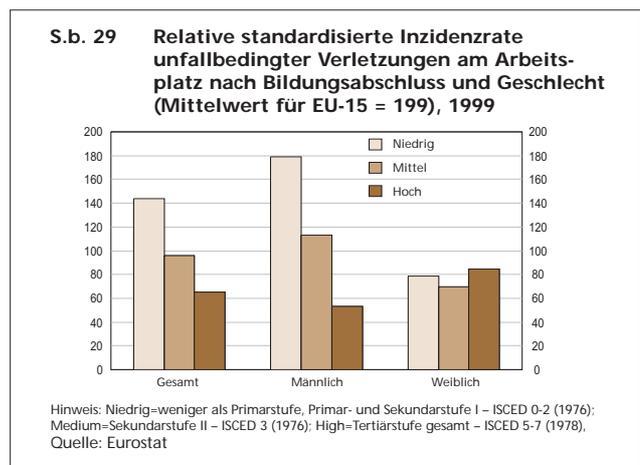


- Arbeitsunfälle können verschiedene Körperbereiche betreffen. So sind in 41 % der Fälle die oberen Extremitäten betroffen, in 26 % der Fälle die unteren sowie in 9 % der Kopf. Wichtig ist auch darauf hinzuweisen, dass 28 % aller tödlichen Unfälle den Kopf betreffen.

- 1998 betrug die durchschnittliche Zahl der tödlichen Arbeitsunfälle in der EU (ohne Verkehrsunfälle während der Arbeit) 1,9 je 100 000 Beschäftigte<sup>72</sup>. EU-weit schwanken die Zahlen: in Schweden und im Vereinigten Königreich liegen sie darunter, in Luxemburg, Österreich und Portugal bei über 3,5. Aufgeschlüsselt nach dem Alter werden die höchsten Zahlen tödlicher Unfälle in der Altersgruppe zwischen 45 und 54 Jahren festgestellt (2,2), insbesondere in der Altersgruppe 55 bis 64 (3).
- Und schließlich betrug 1998 die Zahl der Unfälle im Pendelverkehr mit mindestens vier Fehltagen 420 000 bzw. 2,8 je 1 000 Beschäftigte. Junge Arbeitnehmer (unter 25) waren dabei besonders überrepräsentiert; ihr Anteil an den Arbeitskräften beträgt 11 %, an den Pendelunfällen jedoch 22 %, und ihr Anteil an den 2 067 tödlichen Unfällen von Pendlern fällt ähnlich hoch aus.

**... während das Auftreten unfallbedingter Verletzungen von einer ganzen Reihe von Faktoren abhängt.**

- An unfallbedingten Verletzungen sind mehr männliche als weibliche Arbeitskräfte beteiligt: wenn der Gesamtdurchschnitt der EU einem Index von 100 gleichgesetzt wird, liegen die Inzidenzraten für Männer und Frauen bei 115 bzw. 74. Diese Häufigkeit bei Männern geht weitgehend auf die Geschlechterverteilung nach Wirtschaftszweig und Beruf zurück. So betragen die Werte beispielsweise im verarbeitenden Gewerbe für Männer und Frauen 137 bzw. 65.
- Der Bildungsabschluss ist offenbar eine der wichtigsten Einflussgrößen, jedoch nur bei männlichen Arbeitnehmern. Für männliche Arbeitnehmer mit niedrigem, mittlerem und hohem Bildungsabschluss liegen die Inzidenzraten bei 179, 113 bzw. 53. Bei den Frauen bewegen sie sich innerhalb einer erheblich kleineren Spanne von 70 bis 85.
- Auch das Alter ist eine wichtige Determinante. Die Inzidenzraten zwischen den Altersgruppen 15 bis 24 und 45 bis 54 sind rückläufig, steigen jedoch in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen wieder an. Bei einer unfallbedingten



70 Hinweis: Diese statistischen Daten sind nicht nach Arbeitszeit oder Berufszweig bereinigt.

71 Sofern die Dauer der Abwesenheit vom Arbeitsplatz gemeldet wird.

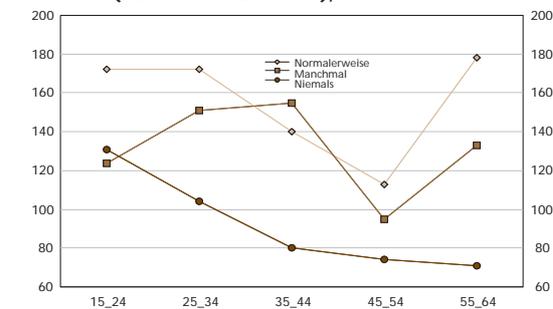
72 Dies entspricht fast 3 000 tödlichen Unfällen. Diese Zahl steigt auf 5 400, wenn Verkehrsunfälle und Unfälle bei der Benutzung von Verkehrsmitteln während der Arbeit hinzugerechnet werden. In 94 % dieser Unfälle waren männliche Arbeitskräfte verwickelt.

Verletzung benötigen Beschäftigte höherer Altersgruppen eine wesentlich längere Erholungszeit, und ihr Anteil an den dauerhaft Erwerbsunfähigen ist höher. Jüngere Arbeitnehmer haben häufiger Schnittverletzungen und verbrennen sich häufiger, während sich ältere Beschäftigte eher Frakturen zuziehen.

- Beschäftigte mit einer kürzeren Arbeitswoche weisen höhere Inzidenzraten bei unfallbedingten Verletzungen auf. Die Inzidenzrate bei Männern, die weniger als zehn Wochenstunden arbeiten, ist fünfmal höher als der gesamte männliche Durchschnitt. Die entsprechende Zahl bei den Frauen, die weniger als zehn Wochenstunden berufstätig sind, beträgt beinahe das Doppelte des weiblichen Durchschnitts. Gleiches gilt für Zeitverträge: Befristete weisen höhere Inzidenzraten und schwerere Verletzungen auf als fest Angestellte oder Auszubildende.
- Die Inzidenzrate unfallbedingter Verletzungen ist bei Schichtarbeit hoch: diejenigen, die angeben, "normalerweise" Schicht zu arbeiten, weisen höhere Inzidenzraten auf als diejenigen, die nur "manchmal" Schicht arbeiten. Beschäftigte, die "niemals" Schicht arbeiten, weisen die niedrigsten Werte auf, die Verletzungshäufigkeit nimmt mit dem Alter ab. Ebenso ist die Inzidenzrate von unfallbedingten Verletzungen am Arbeitsplatz dort, wo häufig nachts gearbeitet wird, höher, besonders bei jungen Arbeitnehmern und Beschäftigten ab 55 Jahren. Nachtarbeit ist in der Altersgruppe ab 55 außerdem mit einem sehr viel höheren Risiko schwererer Verletzungen verbunden.

Bemühungen zur Verbesserung der Qualität der Arbeitsplätze und der Beschäftigungsfähigkeit der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter über Fortbildung oder eine geeignete Arbeitsorganisation im Einklang mit den Zielen von Lissabon können sich auch positiv auf die öffentliche Gesundheit auswirken. Weniger Fehlzeiten infolge von arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen steigern Arbeitsproduktivität und Arbeitsleistung und senken die kurzfristigen Gesundheitsausgaben ('präventiver Ansatz'). Da sich die Gesundheitsversorgung auch positiv auf die Arbeitsfähigkeit

**S.b. 30 Relative Inzidenzrate unfallbedingter Verletzungen am Arbeitsplatz nach Häufigkeit der Schichtarbeit und nach Alter (Mittelwert EU = 100), 1999**



von Erwerbslosen oder Nichterwerbstätigen auswirkt ('heilender Ansatz'), wird die Zugänglichkeit und Effizienz der Gesundheitssysteme zu einem Bestandteil einer integrativen, beschäftigungsfördernden Strategie der Mitgliedstaaten.

Die direkten Kosten in Verbindung mit Präventiv- oder Heilmaßnahmen sollten den reduzierten sozioökonomischen Kosten und marginalen Steigerungen der Arbeitsleistung und des Einkommen gegenübergestellt werden. Nachweise aus Europa vom Beginn der 90er Jahre zeigen, dass sich die sozioökonomischen Kosten (Ertragseinbußen und Schäden am Eigentum, Kosten medizinischer Behandlungen und Verwaltungskosten) infolge von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten auf etwa 2 % bis 3 % des BIP beziffern. Anhaltspunkten aus den USA zufolge lag das Jahreseinkommen von gesunden Männern mit einer Vollzeitbeschäftigung 10 % über demjenigen von weniger gesunden Männern.

## 2.2.2 Der Einfluss von Bildung und lebenslangem Lernen.

**Bildung ist auf kollektiver und auf individueller Ebene wichtig für die Gesundheit.**

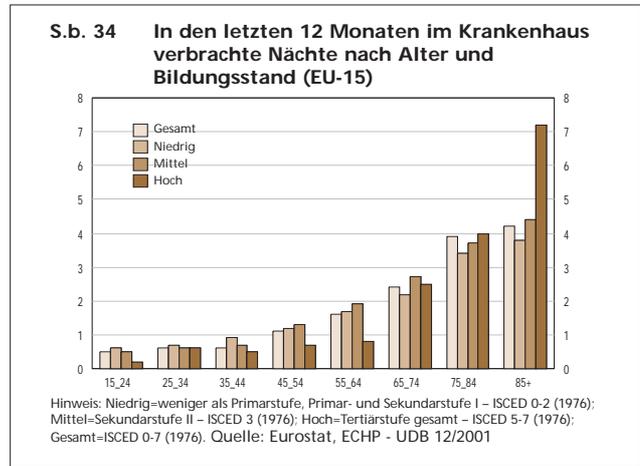
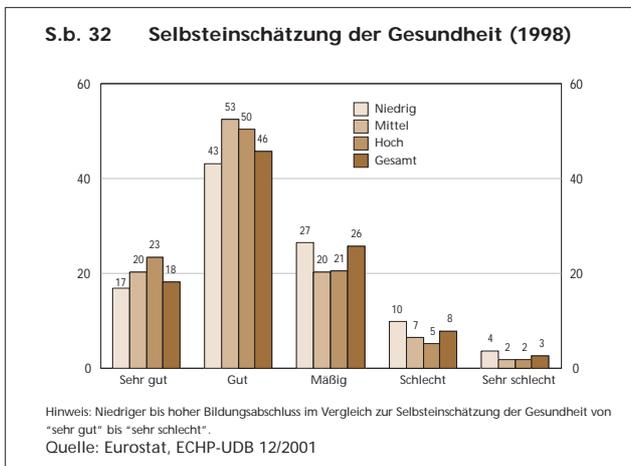
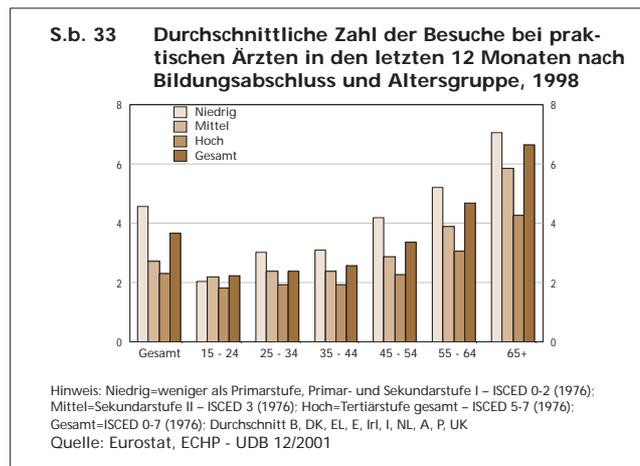
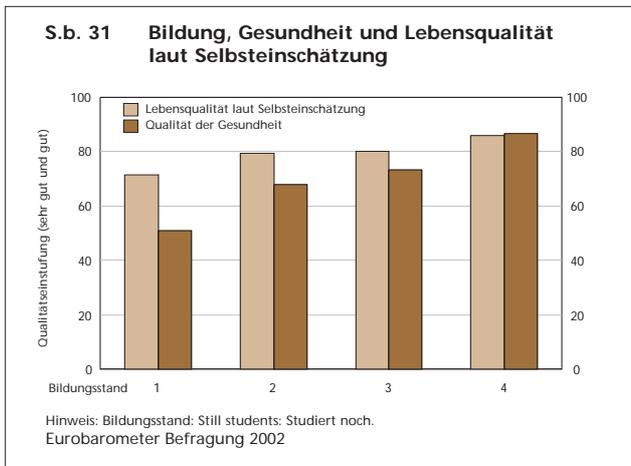
Der Bildungsstand ist eine wichtige Dimension der sozioökonomischen Stellung und steht im Zusammenhang mit dem Konzept des menschlichen Potenzials. Auf makroökonomischer Ebene gilt, dass Arbeitskräfte mit einem höheren Bildungsniveau externe Effekte schaffen, die der Beschäftigung, der technologischen Neuerung und der Produktivität zugute kommen. Für den einzelnen Menschen ist es offenbar so, dass mit der Bildung auch die sozialen Kompetenzen zunehmen, die persönlichen Chancen steigen, das Selbstvertrauen wächst, die Qualifikationen und Fähigkeiten zunehmen und die Lebensführung gesünder wird, denn das Problembewusstsein für die gesundheitlichen Risiken wird geschärft. Einer Eurobarometer-Befragung zufolge empfinden 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".

Die berufliche Tätigkeit hängt häufig mit dem Bildungsabschluss zusammen und bestätigt damit erneut das bereits erwartete Resultat, wonach Führungskräfte und nicht körperlich Arbeitende, die typischerweise einen höheren Bildungsabschluss besitzen, ihre Gesundheit positiver einschätzen als gewerbliche Arbeitnehmer.

Ein weiterer Gesundheitsindikator ist die Zahl der Besuche bei praktischen Ärzten in den letzten 12 Monaten. Aus der nachstehenden Grafik geht deutlich hervor, dass zwischen Bildungsabschluss und Zahl der Arztbesuche in jeder Altersgruppe über 24 ein Zusammenhang besteht. Gebildete Menschen gehen im Durchschnitt 2,3 mal pro Jahr zum praktischen Arzt gegenüber 4,6 Arztbesuchen pro Jahr bei Menschen mit niedrigen Bildungsabschlüssen. Diese Unterschiede nehmen mit dem Alter zu.

73 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions: Preventing Absenteeism at the Workplace. Dublin 1997. Siehe ähnliche Zahlen in WHO European Health Report 2002.

74 The Kaiser Commission on Medic aid and the Uninsured: "Sicker and Poorer-The Consequences of being Uninsured, May 2002.



Bei einer Untersuchung der Zahl der in den letzten zwölf Monaten im Krankenhaus verbrachten Nächte ergibt sich ein ähnliches Bild. Menschen mit höherem Bildungsabschluss verbringen gewöhnlich weniger Nächte im Krankenhaus, solange sie im erwerbsfähigen Alter sind, doch nimmt die Zahl der Nächte rapide zu, sobald das Rentenalter erreicht ist, und liegt dann über der Zahl anderer Bildungskategorien<sup>75</sup>.

**Lebenslanges Lernen**

Ein weiterer Aspekt der Bildung ist das lebenslange Lernen. Über 8 % der Arbeitskräfte nahmen 2001 an Fortbildungsmaßnahmen teil<sup>76</sup>. Diese Fortbildungsmaßnahmen sind Ausdruck der Verpflichtung des Arbeitgebers und des Arbeitnehmers, und es kann davon ausgegangen werden, dass sich das Ergebnis positiv auf die Arbeitsorganisation und die Produktivität im Unternehmen auswirkt. Eine erfolgreiche Fortbildung führt dazu, dass die Beteiligten ihre Gesundheit positiver einschätzen, und dieser Zusammenhang ist mehrdimensionaler Natur, auch wenn andere, durch Stress oder das Arbeitstempo bedingte Aspekte die unmittelbaren Folgen zunächst abschwächen können.

**2.2.3 Die Rolle der Umweltbedingungen**

**Nachhaltige Entwicklung ist eines der obersten Ziele der Europäischen Union.**

Fragen der Gesundheit gehören zu den Kernbereichen, die vom Europäischen Rat von Göteborg im Juni 2001 hervorgehoben wurden, als die europäische Strategie für die nachhaltige Entwicklung auf den Weg gebracht wurde. Dabei wurde die Notwendigkeit hervorgehoben, auf die Sorgen der Bürger hinsichtlich der Sicherheit und Qualität von Lebensmitteln, des Einsatzes von Chemikalien und Fragen im Hinblick auf den Ausbruch von Infektionskrankheiten und die Antibiotikaresistenz eine Antwort zu finden.

**Die Umwelt wirkt sich auf die Gesundheit des Menschen aus**

Die menschliche Gesundheit hängt von der Verfügbarkeit hochwertiger Lebensmittel, Wasser, Luft und Geborgenheit ab. Die positiven Veränderungen der grundlegenden Gesundheitsindikatoren wie Lebenserwartung und Mortalität, die seit dem Zweiten Weltkrieg eingesetzt haben, sind weitgehend auf den Wandel des Lebensstils und auf eine bessere medizinische Versorgung zurückzuführen, gehen jedoch auch teilweise auf Verbesserungen der Lebens- und Umweltbedingungen zurück.

75 W ie bereits erwähnt, kommen bei der Selbsteinschätzung des (guten oder schlechten) Gesundheitszustandes auch noch andere Dimensionen im Zusammenhang mit dem Bildungsabschluss zum Tragen, wie Arbeitsumfeld oder soziale Beziehungen.

76 Quelle: Eurostat-Statistik über die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen von Personen im Alter zwischen 25 und 64.

Es muss ferner darauf hingewiesen werden, dass die Gesundheit der europäischen Bevölkerung durch vielfältige Umweltfaktoren wie Luft- und Wasserverschmutzung, belastete Lebensmittel, hohe Lärmpegel oder Verkehrsprobleme negativ beeinflusst wird. Diese Risikofaktoren können zum Teil auch mit Naturkatastrophen in Verbindung stehen (wie z. B. Hochwasser, Erosion, Feuer und Erdbeben), doch die meisten sind 'hausgemacht' und damit eher unfallbedingt (z. B. Chernobyl, "Prestige" und BSE) oder einfach eine Folge der Routine unseres Alltags und des Einsatzes von Ressourcen. Inwieweit sich die Anfälligkeit für Umweltfaktoren auf die Gesundheit auswirkt, lässt sich allerdings nur schwer beziffern, da verlässliche Daten fehlen und es schwierig ist, ursächliche Zusammenhänge zwischen der Umweltverschmutzung und der menschlichen Gesundheit herzustellen<sup>77</sup>.

**Ein Wandel unserer Lebensgewohnheiten wirkt sich auch auf unsere Umwelt aus.**

**Mehr als zwei Drittel der Gesamtbevölkerung in Europa leben heute in städtischen Ballungsgebieten**, eine Folge der Wanderungsbewegungen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Die rasche Verstädterung und der Verfall der Städte haben die Lebensqualität der Stadtbevölkerung in vielen Bereichen negativ beeinflusst. In vielen Städten gibt es zahlreiche Bezirke, die aufgrund der Probleme in Verbindung mit Armut und sozialer Ausgrenzung, häufig zusammen mit schlechten Wohnverhältnissen, zu sozialen Brennpunkten geworden sind. Angesichts des Verfalls in den 80er Jahren haben viele Städte Programme zur Stadterneuerung und Umstrukturierungen zur Verbesserung der Qualität des städtischen Umfelds und zur Förderung der wirtschaftlichen und sozialen Regeneration vor Ort aufgelegt. Zu den größten Problemen in den meisten Städten im Hinblick auf die Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit gehören die Luftqualität, hohe Lärmpegel, Verkehrsunfälle und die Wohnqualität.

- Zu den wichtigsten Ursachen der Luftverschmutzung in städtischen Gebieten gehören Schwefeldioxyde, Feststoffteilchen, Stickstoffoxide, Kohlenmonoxid, Blei, andere Schwermetalle sowie organische Verbindungen aus verschiedenen Quellen wie Heizungen, Stromerzeugung, industrielle Tätigkeiten und Straßenverkehr. Es wurde versucht, die Luftverschmutzung zu reduzieren. Seit 1980 haben alle EU-Mitgliedstaaten ihren Schwefeloxidausstoß um durchschnittlich 70 % gesenkt, die Stickstoffemissionen sind um 11 % zurückgegangen, Kohlenstoffemissionen sind stabil geblieben.

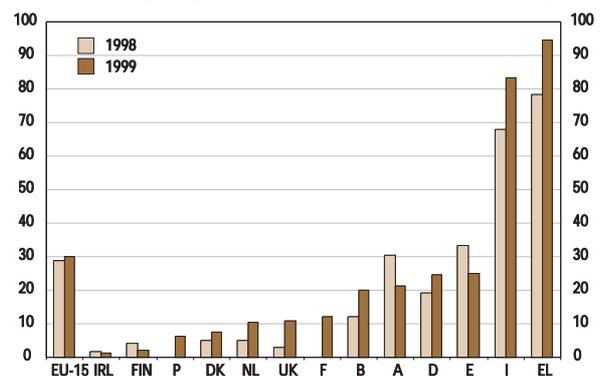
Die Bleikonzentrationen in der Luft sind ebenfalls in der zweiten Hälfte der 80er Jahre erheblich gefallen, da die zulässigen Bleiwerte in Kraftstoffen schrittweise gesenkt wurden. In den Stadtgebieten in Mittel- und Osteuropa konnten die Schwefeldioxyd-Konzentrationen in den letzten zehn Jahren infolge technischer Fortschritte und einer rückläufigen Wirtschaftstätigkeit gesenkt werden.

Eine weitere Ursache der Verschmutzung ist "Ruß" (black smoke) – oder auch Feststoffkonzentrationen -, bei denen in mehreren Städten insbesondere in Mittel- und Osteuropa, aber auch in Südeuropa, ein Aufwärtstrend zu beobachten ist. Die Konzentrationen von Stickstoffoxiden und Kohlenmonoxiden steigen in allen europäischen Städten, insbesondere aufgrund des zunehmenden Stadtverkehrs. In westeuropäis-

chen Städten trägt der Straßenverkehr erheblich zu den Emissionen bei; der Anteil an den Stickstoffoxiden insgesamt liegt bei 30 % bis 50 %, derjenige der Kohlenmonoxidemissionen bei 90 %.

- **Lärm** ist ein großes Problem in Großstädten, wo der Anteil der Menschen, die einem nicht hinnehmbaren Lärmpegel ausgesetzt sind, zwei- bis dreimal höher ist als der Landesdurchschnitt. Lärm ist nicht nur eine Frage der Lebensqualität, sondern ist auch gesundheitsschädlich (Schlafstörungen und psychophysiologische Effekte) und kann sich auch negativ auf das soziale Verhalten (Kommunikation und Arbeitsleistung) und die kognitive Entwicklung (Lärm beeinträchtigt die Lernfähigkeit von Kindern) auswirken. Im Durchschnitt sind 10 % bis 20 % der Westeuropäer sowie in manchen Fällen bis zu 50 % der Mittel- und Osteuropäer Lärmpegeln über die zulässigen Höchstwerte von 65 dB(A) hinaus ausgesetzt.

**S. b. 35 Luftqualität in Städten - Ozonbelastung oberhalb der Grenzwerte - durchschnittliche Anzahl von Tagen, an denen die Bevölkerung einer hohen Luftverschmutzung ausgesetzt war, als dies den Standards entspricht**



Hinweis: keine Date für Schweden und Luxemburg  
Quelle: Eurostat

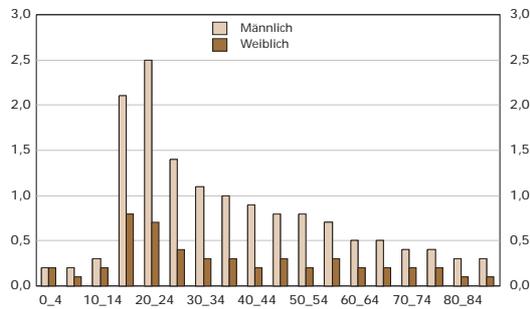
- **Verkehrsprobleme** gehören zu den größten Umweltproblemen in den Städten, wobei der Anteil der Pkws, deren Besitzer Personen sind, die in immer größerer Entfernung von ihrem Arbeitsplatz leben, am Verkehr wächst. Der zunehmende Straßenverkehr wirkt sich auf die Luftverschmutzung, den Lärmpegel und die Unfallhäufigkeit aus. Die sozialen Kosten von Todesfällen infolge von Unfällen Jugendlicher sind erheblich. Die Kosten einer Vielzahl nicht tödlicher Verletzungen infolge von Verkehrsunfällen sind ebenfalls gewaltig und haben u. a. vorübergehende oder ständige Einschränkungen der menschlichen Aktivitäten und Behinderungen zur Folge.

#### Die Folgen für die Gesundheit.

- Die Belastung durch übermäßige **Schadstoffkonzentrationen in der Luft** können zu Erkrankungen der Atmungsorgane oder zu zahlreichen Allergien führen und auch das Krebsrisiko erhöhen. Davon ist ein Großteil der europäischen Bevölkerung betroffen, und die vorliegenden Nachweise belegen, dass jährlich 40 000 bis 150 000

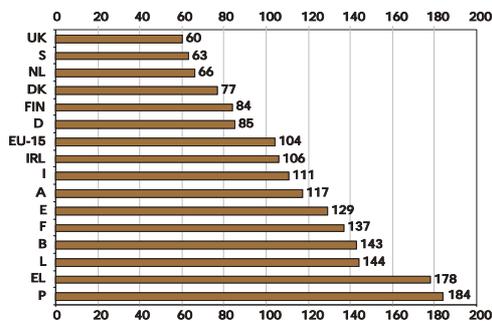
77 Dieser Teil beruht auf : Europäische Umweltagentur, Die Umwelt in Europa -Dobris Lagebericht, 2001 <http://www.eea.eu.int>

**S.b. 36** Verkehrsunfälle nach Alter (standardisierte Mortalitätsraten je 100 000 Einwohner), 1998



Quelle: Eurostat

**S.b. 37** Zahl der Verkehrstoten je 1 Mio. Einwohner, 2001



: B, I und UK: Alle Daten für 2000 stammen aus nationalen Quellen. Alle Daten für 2001 sind Schätzwerte. Quelle: CARE (Community Road Accident Database) und Eurostat – Bevölkerungsstatistik

Todesfälle von Erwachsenen in Europa durch Schadstoffe in der Luft verursacht werden. "Ruß" (black smoke) gilt als das größte potenzielle Gesundheitsrisiko und könnte die Ursache für 15 % aller Asthmafälle in Europa sein. Schon geringe Konzentrationen von Schwebstoffen können gesundheitsschädlich sein und sich in Form von Herz- und Lungenleiden auswirken. Andere Formen von Luftverschmutzung stellen Schwefel- und Stickstoffdioxid dar, die bis zu 30 % der Bevölkerung in Europa betreffen könnten.

- **Schadstoffe in geschlossenen Räumen** stellen ein weiteres erhebliches Gesundheitsrisiko dar. Bei Luftschadstoffen in geschlossenen Räumen handelt es sich um Kohlenstoffmonoxid und Stickstoffdioxid, die durch Heizquellen, Tabakrauch, flüchtige organische Verbindungen (z. B. aus Farben und Reinigungsmitteln) und Asbestfasern stammen. Das Risiko, dass sich Kinder, deren Eltern zu Hause rauchen, eine Erkrankung der unteren Atemwege zuziehen, ist etwa 50 % bis 100 % höher, und die Gefahr, dass Nichtraucher, die mit Rauchern verheiratet und Zigarettenrauch ausgesetzt sind, an Lungenkrebs erkranken, ist 20 % bis 30 % höher.

- Die wichtigste Ursache für die Belastung der Bevölkerung durch **ionisierende Strahlung** ist natürlich vorkommendes Radon und dessen Abbauprodukte. Die am stärksten gefährdeten Risikogruppen sind Bergarbeiter und Einwohner von Gegenden, in denen Radon natürlich aus dem Boden abgegeben wird. Es wird geschätzt, dass in Europa etwa zwei Millionen Menschen aus diesem Grunde gesundheitlich erheblich gefährdet sind. Jüngste Untersuchungen aus Finnland, Norwegen und Schweden weisen darauf hin, dass immerhin 10 % bis 20 % aller Fälle von Lungenkrebs in diesen Ländern darauf zurückgeführt werden können, dass die Anwohner Radon ausgesetzt sind. Für die EU wird geschätzt, dass bis zu 10 000 krebsbedingte Todesfälle pro Jahr, d. h. 1 % aller durch Krebs verursachten Todesfälle insgesamt, auf Radon zurückgehen.
- **Wasser- und Lebensmittelverunreinigung** kann zahlreiche übertragbare und Magen-Darmkrankheiten, wie Hepatitis A und Salmonellenerkrankungen, hervorrufen. Zur Minderung des Gesundheitsrisikos wurde eine entsprechende Infrastruktur geschaffen. Damit ist die Menge des nicht wiederaufbereiteten Abwassers in der EU, wenn auch ungleichmäßig, zurückgegangen. So lagen 1970 die Werte in einigen Mitgliedstaaten bei über 50 m<sup>3</sup>, während sie Ende des letzten Jahrzehnts zwischen null und 30 m<sup>3</sup> betragen. In manchen Ländern (Rumänien, Bulgarien, ehemalige UdSSR, Polen) wurde eine hohe Neuerkrankungsrate an Hepatitis B und Tuberkulose beobachtet, die teilweise auf Defizite bei grundlegenden ökologischen Bedingungen zurückzuführen war, etwa angemessene Abwasserbeseitigungsanlagen. Am stärksten dürften sich diese Faktoren auf übertragbare Krankheiten, die bei Kindern auftreten, und auf die Säuglingssterblichkeit auswirken.

### 2.2.4 Die Rolle von Einkommen und Armut

**Höhere Einkommen sind häufig mit einem besseren Gesundheitszustand verbunden.**

Die Einkommenshöhe beeinflusst die Auswirkungen der sozialen Stellung auf die Gesundheit, und eine Politik der Einkommenssicherung spielt in diesem Prozess eine wichtige Rolle. In den Ländern selbst stehen Einkommen und Gesundheit in einer engen Wechselbeziehung, d. h. die Gesundheit wird mit steigendem Einkommen besser. Diese Verbindung zwischen Einkommen bzw. Vermögen und Gesundheit ist in den meisten Fällen allerdings nicht linear<sup>78</sup>. So ist bei höheren Einkommen die Verbesserung der Gesundheit infolge einer bestimmten Einkommenserhöhung kleiner. In der Literatur sind allerdings Fälle beschrieben, bei denen dieser Zusammenhang offenbar eher linearer Natur ist, insbesondere in den skandinavischen Mitgliedstaaten, wo davon ausgegangen werden kann, dass die Einkommensverteilung egalitärer<sup>79</sup> und soziale Defizite im Verhältnis kleiner sind.

Eine Studie über 12 Mitgliedstaaten hat sich mit dem Verhältnis zwischen dem standardisierten verfügbaren Haushaltseinkommen einerseits und der Selbsteinschätzung

<sup>78</sup> Siehe M. Benzeval, K. Judge, "Income and health: the time dimension", Social Science & Medicine, vol. 52 (2001) S. 1371-1390.

<sup>79</sup> Martikainen et al "Income differences in mortality: a register-based follow-up study of three million men and women", International journal of Epidemiology, vol 30, S. 1397-1405, 2001. Osler et al "Income inequality, individual income, and mortality in Danish Adults: analysis of pooled data from two cohort studies", British Medical Journal, vol 324, S. 1-4, 2002. Dabei ist zu beachten, dass diese beiden Studien, die in relativ egalitären Gesellschaften durchgeführt wurden, große einkommensbedingte Mortalitätsunterschiede insbesondere bei Männern aufzeigten, siehe S. Kooiker / J. Wildeboer Schut (Social and Cultural Planning Office, Den Haag, Niederlande), "Income and health – a review of the literature and an empirical analysis", Studie im Auftrag der Europäischen Kommission, GD Beschäftigung und Soziales (E/1), 2003, S. 6-7.

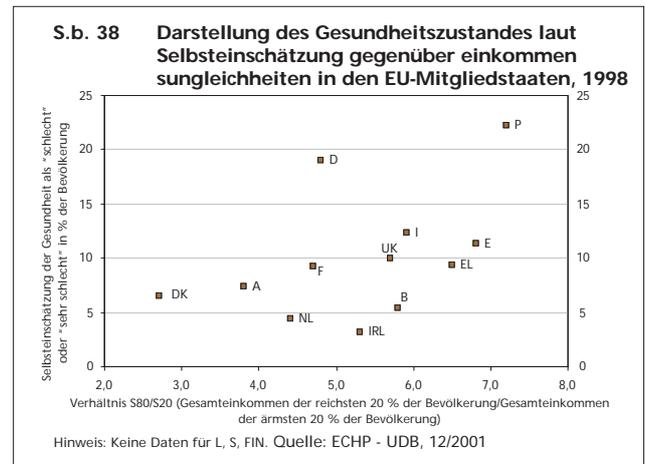
bzg. Gesundheit und chronischer Krankheit andererseits näher befasst<sup>80</sup>. Dabei hat sich herausgestellt, dass offenbar in fast allen untersuchten Ländern das Einkommen stark positiv mit der Gesundheit korreliert. Es ist außerdem interessant, dass in manchen Ländern wie den Niederlanden, Portugal, Frankreich, Italien und Spanien die Wahrscheinlichkeit, dass ein schlechter Gesundheitszustand gemeldet wird, im untersten Einkommensquintil erheblich höher ist als im zweituntersten Einkommensquintil. Ein ähnlicher Zusammenhang besteht auch zwischen Einkommen und chronischer Krankheit, wo die Wahrscheinlichkeit, dass chronische Krankheiten gemeldet werden, im untersten Einkommensquintil im Vergleich zum nächsthöheren Einkommensquintil in Ländern wie den Niederlanden, Spanien und Italien größer ist. Auch hier könnte zumindest in den genannten Ländern die theoretische Vorstellung vom "Investieren in die Gesundheit dort, wo es am effizientesten ist" durch Anhebung der Einkommenssituation des ärmsten Teils der Bevölkerung und damit durch Verbesserung des Gesundheitszustandes allgemein am effektivsten verwirklicht werden.

Trotz eines langfristigen Wirtschaftswachstums, höherer Bildungsabschlüsse und eines Anstiegs des durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommens haben sich in manchen Ländern die sozioökonomischen Ungleichheiten bei der Gesundheit noch verschärft. Es gibt viele Möglichkeiten, um den Grund für dieses scheinbare Paradox zu ermitteln. Dieses könnte z. B. mit relativem (Einkommensungleichheit) oder absolutem (Armut) Mangel an wirtschaftlichen Ressourcen in Zusammenhang gebracht werden, der in den folgenden Abschnitten behandelt wird.

#### **Unterschiede beim Gesundheitszustand verschiedener sozioökonomischer Gruppen stehen mit den Ungleichheiten bei den Einkommen in Zusammenhang.**

Die Grafik enthält das Verhältnis S80/S20 (Verhältnis zwischen dem Gesamteinkommen des reichsten Einkommensquintils und dem Gesamteinkommen des ärmsten Quintils) und stellt dies dem Bevölkerungsanteil in jedem Mitgliedstaat, der seine Gesundheit als "schlecht" oder "sehr schlecht" bezeichnet<sup>81</sup>, gegenüber.

Das Konzept der Einkommensungleichheit wurde immer wieder in Frage gestellt. Es wurde vorgebracht, dass die Anhaltspunkte für eine Verbindung zwischen Einkommensungleichheiten und Gesundheit nicht unbedingt schlüssig sind<sup>82</sup>. Hierfür könnten jedoch auch Probleme bei der Messung verantwortlich sein – beispielsweise die Beschaffenheit oder Größe der Stichprobe oder die Wahl des Ungleichheitskoeffizienten. Dessen ungeachtet gilt nach wie vor, dass es plausible Zusammenhänge zwischen sozialer und wirtschaftlicher Deprivation und Mortalität bzw. schlechter Gesundheit gibt. Darüber hinaus führen zunehmende



Ungleichheiten dazu, dass ein wachsender Teil der Bevölkerung von wirtschaftlicher oder sozialer Deprivation betroffen ist. Außerdem sind Ungleichheiten bei der Gesundheit auf individueller Ebene und gesellschaftsweit auch damit verknüpft, inwieweit Individuen soziale Unterstützung erfahren und die Gesellschaften ihre sozialen Netzwerke aufbauen, die in Kapitel 2.4 ausführlich erörtert werden.

#### **Die Auswirkungen von Armut auf die Gesundheit.**

Eine allgemein vereinbarte Definition von Armut gibt es nicht, auch keine allgemeine Vereinbarung über ihre Messung<sup>83</sup>. Die meisten Forscher sind sich jedoch darin einig, dass Armut gemessen werden kann als der Bevölkerungsanteil, dessen Einkommen unter einem bestimmten Schwellenwert liegt. Allgemein kann Armut so verstanden werden, dass sie mit einem Mangel an ausreichenden materiellen Ressourcen für das tägliche Leben verbunden ist. Bekanntermaßen löst Armut einen Teufelskreis aus, bei dem ein schlechter Gesundheitszustand mit schlechter Ernährung, schlechten Wohnbedingungen, unzureichender Hygiene und schlechten sanitären Anlagen verbunden ist. Darüber steht Armut häufig auch mit einer Bedrohung durch ökologische und andere gesundheitliche Risiken im Zusammenhang, die zu psychischen Problemen und Drogenmissbrauch führen können. Außerdem wurde aufgezeigt, dass sich die Dauer von allgemeinen psychischen Störungen durch Armut verlängern kann<sup>84</sup>.

Die Folgen einer absoluten Deprivation auf die Gesundheit werden seit über einem Jahrhundert erforscht. Allgemein besteht Einigkeit darüber, dass zwischen Armut und dem individuellen gesundheitlichen Zustand eine enge Verbindung besteht: Ungleichheiten bei der Gesundheit wirken sich fast immer nachteilig für arme Menschen aus. Die vorstehende

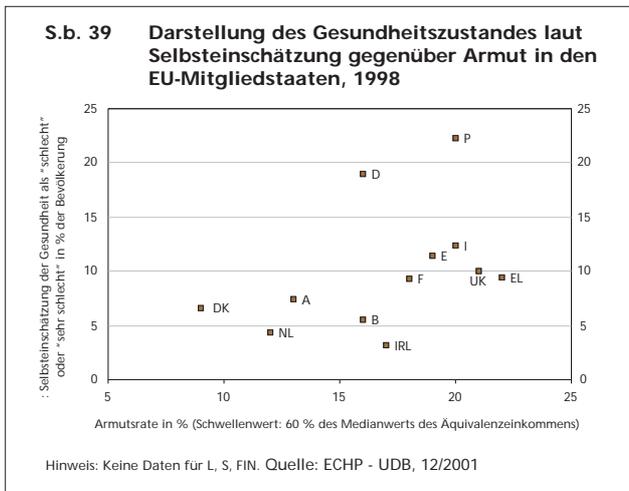
80 Kooiker/Wildeboer Schut, S. 22-26.

81 Der Korrelationskoeffizient der beiden Variablen beträgt +0,46.

82 Es stimmt, dass der Korrelationskoeffizient bei einer Ersetzung des S80/S20-Verhältnisses durch den GINI-Koeffizienten auf +0,26 sinkt. Lynch et. al. haben Anhaltspunkte dafür gefunden, dass die bestehenden Zusammenhänge zwischen den Ungleichheiten beim Einkommen und bei der Gesundheit weitgehend auf die gesundheitliche Situation während der Kindheit zurückzuführen sind und mit zunehmendem Alter abnehmen. Siehe Lynch, J. et. al., "Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations", Lancet, vol. 358, S. 194-200 (2001).

83 So liegt beispielsweise die materielle Armutsschwelle bei 60 % des nationalen Medianwerts des Äquivalenzeinkommens. Es können jedoch auch andere Schwellen oder Konzepte gewählt werden (Erschwinglichkeit bestimmter Warenkörbe, die den Grundbedarf decken, Abhängigkeit von Sozialfürsorge, Obdachlosigkeit usw.). Breiter gefasste Definitionen beziehen auch andere als materielle Armutaspekte mit ein, z. B. psychologische Probleme, Nichtvorhandensein sozialer Beziehungen oder Mangel an Bildung.

84 Aus Weich and Lewis "Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study", veröffentlicht im British medical Journal Volume 317. Die Untersuchung, die Daten der britischen Haushaltspanelerhebung für zwei aufeinander folgende Jahre verwendet, hat ergeben, dass überall dort, wo Armut und Arbeitslosigkeit vorhanden waren, die Wahrscheinlichkeit, dass psychische Krankheiten auch im zweiten Jahr noch andauerten, höher war. Außerdem war die derzeitige finanzielle Belastung (selbst eingeschätzter Indikator) ein besserer Prädiktor für die künftige psychiatrische Morbidität als Arbeitslosigkeit oder Armut.

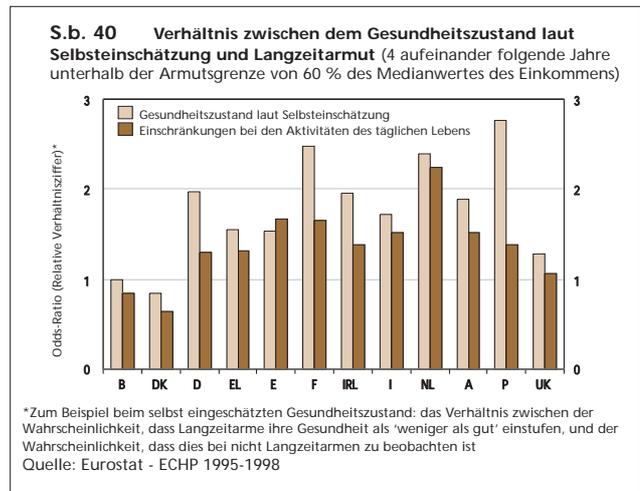


Grafik zeigt, in welchem Zusammenhang Armut<sup>85</sup> mit einem schlechten Gesundheitszustand laut Selbsteinschätzung<sup>86</sup> steht.

Armut ist darüber hinaus aber auch ein wichtiger Stressfaktor und häufig ein Vorbote ernsthafter psychischer Probleme. Bei armen Menschen ist der Missbrauch von Tabak, Alkohol oder anderen Suchtstoffen als Ausgleich weit verbreitet und verschlimmert ihre gesundheitlichen Probleme zusätzlich. Daher spielt die Bekämpfung der Armut im Zusammenhang mit der Gesundheit eine wichtige Rolle.

Bei der Interpretation der beiden vorstehenden Schaubilder ist jedoch Vorsicht geboten. Wie aus diesen Schaubildern hervorgeht, nehmen die jeweiligen Zusammenhänge deutlich ab, wenn Portugal und Deutschland ausgenommen werden. Unabhängig von ihrer Einkommensposition halten Deutsche und Portugiesen ihre Gesundheit tendenziell für schlechter als die Menschen in allen anderen untersuchten Mitgliedstaaten. In diesen beiden Ländern ist derzeit offenbar der Anteil derjenigen, die ihre Gesundheit als "weniger als gut" bezeichnen und die der Gruppe der nicht armen Menschen angehören, sogar größer als der entsprechende Anteil der Angehörigen der Gruppe der Armen in den übrigen Mitgliedstaaten<sup>87</sup>.

Die Aussage, dass ein schlechter Gesundheitszustand bei armen Menschen erheblich weiter verbreitet ist als bei nicht Armen, gilt in den Mitgliedstaaten in unterschiedlichem Maße. Dies wird aus der folgenden Grafik deutlich, die den Zusammenhang zwischen **Langzeitarmut**<sup>88</sup> und schlechter Gesundheit anhand von zwei Indikatoren aufzeigt: Selbsteinschätzung der Gesundheit (wie oben) und Einschränkungen bei täglichen Aktivitäten. Die Höhe der Balken zeigt, um wieviel höher die Wahrscheinlichkeit für arme Menschen im Vergleich zu nicht Armen ist, sich krank zu fühlen. Da sich Alter und Geschlecht auf Gesundheit und Langzeitarmut auswirken, wurden die Koeffizienten in der Grafik um den Einfluss dieser beiden Variablen bereinigt.



Die Werte für die selbst eingeschätzte Gesundheit reichen von weniger als 1 in Dänemark<sup>89</sup> bis zu 2,8 in Portugal. In den meisten untersuchten Ländern sind Hinweise darauf, dass arme Menschen stärker von schlechter Gesundheit betroffen sind als nicht Arme, weniger stark ausgeprägt, wenn man die 'Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens' als Messgröße heranzieht. Hier reichen die Werte von weniger als 1 in Dänemark und Belgien bis zu 2,2 in den Niederlanden.

Bei der Messung des Zusammenhangs zwischen Gesundheitszustand und Armut muss der Langzeitarmut besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden, da die zeitliche Dimension der Armut eine besonders maßgebliche Determinante zu sein scheint. Aus einer vor kurzem durchgeführten Studie geht hervor, dass das Verhältnis zwischen chronischer Krankheit und einer laut Selbsteinschätzung als 'weniger als gut' bezeichneten Gesundheit einerseits und Armut andererseits bei einer länger anhaltenden Armut immer signifikanter wird<sup>90</sup>. In den meisten untersuchten Mitgliedstaaten ist ein schlechter Gesundheitszustand bei armen Menschen erheblich wahrscheinlicher als bei nicht Armen. Darüber hinaus nimmt diese Diskrepanz bei der Armutswahrscheinlichkeit weiter zu, wenn die Betroffenen für mehr als vier aufeinander folgende Jahre in Armut leben. Anders ausgedrückt, ein schlechterer Gesundheitszustand ist vor allem mit Langzeitarmut verbunden.

Eine weitere wichtige zeitliche Dimension neben den Überlegungen zur Langzeitarmut ist die Gesundheits- und Einkommensdynamik im Zeitverlauf. Im Hinblick auf die beiden Gesundheitsvariablen 'selbst eingeschätzte Gesundheit' und 'chronische Krankheit' standen innerhalb eines Zeitraums von vier aufeinander folgenden Jahren Änderungen des Gesundheitszustands offenbar in keinem signifikanten Verhältnis zu Einkommensrückgängen. Betrachtet man diese Entwicklung jedoch innerhalb eines längeren Zeitraums, könnte das Ergebnis durchaus anders ausfallen<sup>91</sup>. Darin wird deutlich, dass sich sozioökonomische Einflussgrößen kumulativ auf die Gesundheit auswirken, wie oben bereits ausgeführt wurde.

85 Gemessen anhand der Schwelle der OECD von 60 % des nationalen Medianwertes des Äquivalenzeinkommens.

86 Der Korrelationskoeffizient für diese beiden Variablen beträgt +0,42.

87 Siehe S. Kooiker / J. Wildeboer Schut, S. 21.

88 Eine Person gilt als langzeitarm, wenn ihr Einkommen mindestens vier aufeinander folgende Jahre lang weniger als 60 % des nationalen Medianwertes des Einkommens beträgt.

89 Die Zahlen von weniger als 1 für Belgien und Dänemark müssen mit besonderer Vorsicht behandelt werden und sind vor dem Hintergrund zu sehen, dass diese Koeffizienten im Bereich von 5 % nicht signifikant waren. Dies gilt auch für die Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens in Irland, Österreich und im Vereinigten Königreich.

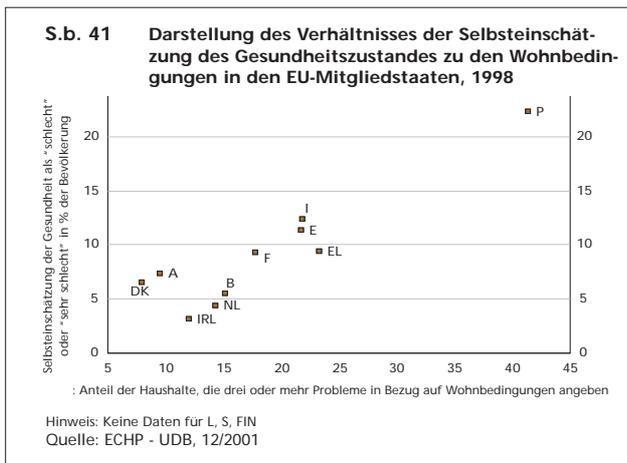
90 S. Kooiker / J. Wildeboer Schut, S. 27-28.

91 Kooiker / Wildeboer Schut (2003), S. 28.

### 2.2.5 Der Einfluss der Wohnverhältnisse

#### Die Wohnverhältnisse können sich direkt und indirekt auf die Gesundheit auswirken.

Die Wohnbedingungen können auch zur Beschreibung des relativen Ausmaßes der sozialen Deprivation mithilfe von Indikatoren wie Eigenbesitz oder Miete, Größe und sanitäre Anlagen verwendet werden. Damit wird das Wohnen zu einem Bestandteil der sozioökonomischen Stellung und steht natürlich in engem Zusammenhang zu Einkommen und Vermögen. Es liegt auf der Hand, dass schlechte Wohnbedingungen regelmäßig zusammen mit Armut auftreten und einem schlechten Gesundheitszustand Vorschub leisten, da ein direkter Zusammenhang zwischen der Qualität der Wohnung einer Person und deren Gesundheitszustand besteht. Dieser Zusammenhang umfasst Probleme wie schlechte sanitäre Bedingungen, Temperatur, Feuchtigkeit, unzureichende Belüftung, Lärm und Platzmangel. Schlechte Wohnverhältnisse können übertragbare Krankheiten, allergische Reaktionen und körperliches und seelisches Unwohlsein auslösen. Es bestehen darüber hinaus aber auch indirekte Zusammenhänge: Fehlender sozialer Zusammenhalt, der zu Spannungen zwischen den Mitbewohnern führen kann, was wiederum Vereinsamung und soziale Ausgrenzung bewirken kann. Man kann daher festhalten, dass schlechte Wohnbedingungen mit eindeutigen Folgen für die Gesundheit verbunden sind<sup>92</sup>.



Es gibt eine Vielzahl von Indikatoren für die Wohnbedingungen. Die vorstehende Grafik verdeutlicht das Verhältnis zwischen einem schlechten Gesundheitszustand (Bevölkerungsanteil, der seine Gesundheit als "schlecht" oder "sehr schlecht" einschätzt) und "schlechten" Wohnbedingungen, gemessen am Anteil der Haushalte, die mindestens drei Wohnprobleme angeben<sup>93</sup>. Bei der Auslegung

dieser Daten ist Vorsicht geboten: einige der Wohnprobleme sind in manchen Mitgliedstaaten möglicherweise unproblematisch; so wäre etwa das Fehlen einer Zentralheizung in Portugal weniger problematisch als in Finnland<sup>94</sup>.

Viele Studien haben sich mit der Verbindung zwischen Wohnbedingungen und Gesundheit befasst<sup>95</sup>. Es ist jedoch nicht gerade einfach, empirische Beweise für die These zu finden, dass schlechte Wohnbedingungen zu Krankheit führen, da die Gesundheit auch von anderen Faktoren beeinflusst wird. Das bedeutet, dass es eher schwierig ist, einen bestimmten Aspekt des Wohnens als Hauptursache auszumachen. So sind beispielsweise die empirischen Erkenntnisse darüber, ob eine zu hohe Wohndichte (overcrowding) negative Folgen für die Gesundheit hat, nicht eindeutig<sup>96</sup>. Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und zu hoher Wohndichte wird durch Faktoren wie die zu Hause verbrachte Zeit, sonstige Wohn- und Lebensbedingungen, unterschiedliche kulturelle Hintergründe der Mitbewohner und natürlich auch das Einkommen verzerrt. Doch liegen trotz dieser statistischen Probleme Anhaltspunkte vor, wonach "overcrowding" mit psychischen Symptomen wie Depressionen in Verbindung gebracht werden kann. Darüber hinaus gibt es klare empirische Hinweise darauf, dass ein Zusammenhang zwischen schlechten Wohnbedingungen und einem schlechten Gesundheitszustand bei Kindern besteht<sup>97</sup>; so haben z. B. bleihaltige Wasserrohre negative Auswirkungen auf die neurologische Entwicklung von Kindern. Empirische Ergebnisse führen die höchsten Gesundheitsrisiken auf kalte, feuchte und schimmelige Wohnverhältnisse zurück, wobei offenbar zwischen den gemeldeten Krankheiten bei Kindern einerseits und dem Vorkommen von Feuchtigkeit und Schimmel andererseits der stärkste Zusammenhang besteht. Des Weiteren trägt auch Kälte erheblich zu den steigenden Sterberaten im Winter bei.

### 2.2.6 Die Rolle der Lebensführung

#### Mangelernährung gehört zu den Hauptursachen von Morbidität und Mortalität.

Eine unausgewogene Ernährung, d. h. ein insgesamt schlechtes Ernährungsverhalten, ist mit erheblichen sozioökonomischen Folgen verbunden, denn sie kann gesundheitlichen Mängeln Vorschub leisten oder aber wirtschaftliche und soziale Kosten verursachen. Eine schwedische Analyse konnte aufzeigen, dass in der EU fast 10 % der DALYs wegen Mangelernährung (4,5 %), Fettleibigkeit (3,7 %) oder Bewegungsmangel (1,4 %) verloren gehen<sup>98</sup>. In den letzten Jahrzehnten hat sich die Art und Weise, wie Ausgaben für Nahrungsmittel getätigt werden, wesentlich verändert; so hat sich der Anteil des für Nahrungsmittel ausgegebenen Familieneinkommens halbiert und liegt jetzt bei 25 %. Außerdem werden Mahlzeiten häufiger außerhalb von zu

92 "Housing is fundamental to physical, mental and social well-being and quality of life" , the World Health Report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all, ("Wohnen ist für das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden und die Lebensqualität von grundlegender Bedeutung", Weltgesundheitsbericht 1998 - Leben im 21. Jahrhundert: Eine Vision für alle, herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation).

93 Bei den Problemen handelt es sich um: PLATZ (Platzmangel), LÄRM (Lärm durch Nachbarn oder von draußen), DUNKELHEIT, HEIZUNG (keine angemessenen Heizmöglichkeiten), VERSCHMUTZUNG (Verschmutzung durch Verkehr oder Industrie), FEUCHTIGKEIT (Moder im Haus oder Feuchtigkeit oder undichtes Dach), KRIMINALITÄT (Vandalismus oder Kriminalität).

94 Wie zu erwarten war, besteht zwischen diesen beiden Größen eine sehr enge positive Korrelation (Korrelationskoeffizient: +0,92). Aufgrund mangelnder Daten sind Länder, die für diese Analyse wichtig wären, wie Deutschland und das Vereinigte Königreich, nicht eingeschlossen.

95 Einen Überblick über die Ergebnisse dieser Untersuchung bietet D. Wilkinson (Housing Research Branch), "Poor Housing and Ill Health - A Summary of Research Evidence", The Scottish Office, Central Research Unit, 1999. Der nächste Abschnitt entstammt u. a. diesem Papier.

96 Siehe auch AHURI (Australian Housing and Urban Research Institute), "Do housing conditions impact on health inequalities between Australia's rich and poor?", April 2001. Diese Studie kommt zu Ergebnissen, die den Erwartungen zuwiderlaufen.

97 Siehe auch A. Jackson und P. Roberts, "Physical Housing Conditions and the Well-Being of Children", Canadian Council on Social Development, Ottawa, März 2001.

98 Determinants of the burden of disease in the European Union. Stockholm, National Institute of Public Health, 1997.

Hause eingenommen. Die früher vorherrschenden Traditionen, die vom Angebot und der jeweiligen Saison abhingen, wurden zunehmend "globalisiert", und die regionalen Unterschiede zwischen den Ernährungsgewohnheiten in Europa sind kleiner geworden<sup>99</sup>.

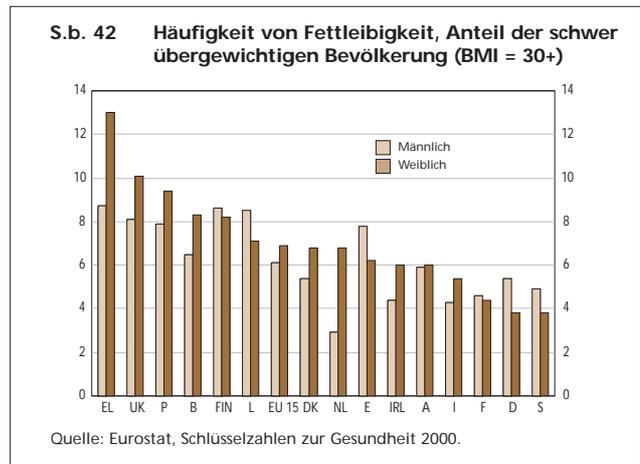
Es gibt zweierlei Arten von Mangelernährung: Unter- und Überernährung. Erstere besteht entweder in einer unzureichenden Aufnahme von energie-/eiweißreicher Nahrung, wie dies häufig in vielen Entwicklungsländern der Fall ist, oder aber einer unzureichenden Aufnahme von Nährstoffen (Mineralien oder Vitamine), wie sie eher in Europa vorkommt. Überernährung andererseits bedeutet eine übermäßige Aufnahme von energiereicher Nahrung, der es häufig an Nährstoffen mangelt<sup>100</sup>. Ernährungsgewohnheiten, die besonders gesundheitsschädlich sind, zeichnen sich durch die Aufnahme von Nahrung aus, die mengenmäßig zwar ausreichend ist, jedoch nur einen geringen Nährwert besitzt.

**Fettleibigkeit**

Bei Übergewichtigen oder Fettleibigen steigt das Risiko, chronisch zu erkranken. So nehmen beispielsweise Herz-Kreislaufkrankheiten (insbesondere ischämische Krankheiten und Bluthochdruck), bestimmte Krebsarten und Diabetes Typ 2 bei einem Body Mass Index (Körpermassenindex) (BMI)<sup>101</sup> von 27 bis 30 (Übergewicht) erheblich und bei einem BMI von 30 oder darüber (schwere Fettleibigkeit) rapide zu. Eine vom Institute for European Food Studies durchgeführte Studie hat ergeben, dass etwa 30 % der Erwachsenen in der EU übergewichtig sind (zwischen 24 % und 35 %, je nach Land) und etwa 10 % fettleibig. Den Eurostat vorliegenden Daten zufolge sind die Werte etwas niedriger – 17 % der Unionsbürger besitzen einen BMI zwischen 27 und 30, 6,5 % von 30 oder darüber.

Eine vor kurzem durchgeführte Studie<sup>102</sup> auf der Grundlage amerikanischer Daten hat ergeben, dass der für eine hohe Lebenserwartung optimale BMI bei etwa 23 bis 25 liegt. Offenbar besteht zwischen Übergewicht und den in einer gegebenen Altersgruppe verlorenen Lebensjahren – deren Zahl bei älteren Erwachsenen niedriger ausfällt als bei jüngeren Menschen – ein Zusammenhang in Form einer J-förmigen Kurve, wobei die Höchstzahl der verlorenen Lebensjahre für die Gruppe der 20- bis 30-jährigen sehr fettleibigen Männer (BMI>45) bei 13 und die der Frauen bei 8 liegt.

In allen Ländern, für die Daten vorliegen, nimmt Fettleibigkeit (Adipositas, Fettsucht, Obesität) offenbar zu, insbesondere bei Kindern. Diese Tatsache ist beunruhigend, wenn man einen Blick in die Zukunft wirft; Fettleibigkeit gilt inzwischen als eine der am schnellsten zunehmenden Epidemien. Schätzungen zufolge gehen etwa 30 % der Herz-Kreislaufkrankungen auf eine unausgewogenen Ernährung zurück, und der Anteil der durch Fettleibigkeit verursachten Ausgaben am gesamten Gesundheitsbudget liegt in manchen Mitgliedstaaten bei rund 7 %. Auf die vielen Todesfälle, die auf Herz-Kreislaufkrankungen und Krebs zurückzuführen sind, sowie auf den Zusammenhang zwischen diesen hohen Sterbeziffern und der Ernährung wird in Kapitel 2.1 dieses Berichts näher eingegangen.



Es sollte auch nicht unerwähnt bleiben, dass Krankheiten, die bis zu einem gewissen Grad ernährungsbedingt sind bzw. durch eine schlechte Ernährung noch verschlimmert werden, besonders häufig bei älteren Menschen auftreten. Mit der Überalterung der Bevölkerung in Europa werden diese Krankheiten sehr wahrscheinlich das Gesundheitsprofil der Bevölkerung zunehmend prägen. Daher gewinnen präventive Maßnahmen zur Förderung einer auf eine gesunde Ernährung ausgerichteten Politik zunehmend an Bedeutung. Auf seiner Sitzung Anfang Dezember 2002 hat der Rat daher betont, "dass es zur Vorbeugung und Behandlung der Probleme, die durch Fettleibigkeit verursacht werden, eines sektorübergreifenden Ansatzes bedarf, unter Einbeziehung der Bereiche Gesundheit, Soziales, Ernährung, Erziehung und Bildung, Kultur und Verkehr". Darüber hinaus hat er die Kommission ersucht, innovative Maßnahmen und Konzepte auf den Gebieten Ernährung und körperliche Betätigung auszuarbeiten und sicherzustellen, dass die Frage der Vorbeugung von Fettleibigkeit in allen relevanten Politikfeldern der Gemeinschaft und vor allem im Rahmen des neuen Rahmenprogramms der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008) berücksichtigt wird.

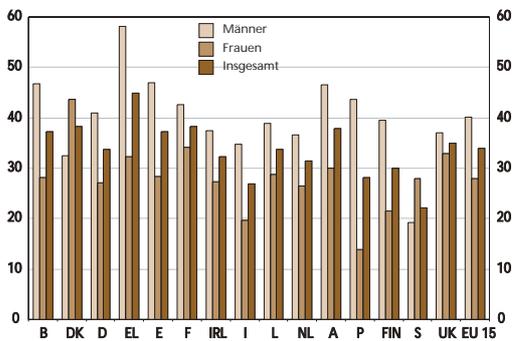
**Missbrauch von Alkohol, Tabak und illegalen Suchtstoffen**

Wie bereits in Abschnitt 2.1 ausgeführt, ist der Missbrauch von Alkohol, Tabak und Drogen mit zusätzlichen Gesundheitsrisiken verbunden. Sie führen zu Unfällen und Gewalt, die tödlich enden können, und werden durch problematische soziale Verhältnisse noch verschärft. Der Genuss von Alkohol, Tabak und Drogen ist zwar nicht zwangsläufig mit der sozioökonomischen Stellung verbunden, verschärft jedoch bereits bestehende gesundheitliche Risiken ebenso wie Mangelernährung. Langfristig ist die Wahrscheinlichkeit, dass dadurch Herzkrankheiten und bestimmte Arten von Krebs ausgelöst werden, hoch.

Der Konsum von Tabak ist mit einer ganzen Reihe von zuweilen tödlich endenden Krankheiten verbunden, die ansonsten hätten vermieden werden können, wie z. B. Herz- und

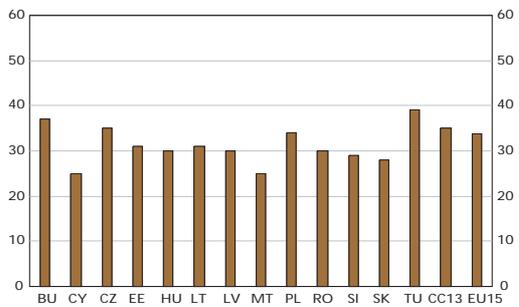
99 Mit der anstehenden Erweiterung werden jedoch auch Länder hinzukommen, deren Ernährungsgewohnheiten von einer relativ hohen Fettzufuhr geprägt sind.  
 100 Die empfohlene tägliche Nahrungszufuhr in den meisten EU-Ländern liegt bei 2 200 und 2 900 kcal pro Person, wobei der Fettanteil höchstens ein Drittel betragen sollte. In allen EU-Staaten liegt jedoch die durchschnittliche tägliche Nahrungszufuhr über den empfohlenen Werten (3 413 kcal im Durchschnitt im Jahr 1997), der Fettanteil beträgt fast 40 % und ist in den letzten 30 Jahren in den "Mittelmeerländern" vergleichsweise stärker angestiegen.  
 101 Übergewicht und Fettleibigkeit werden anhand eines 'Body Mass Index' (BMI) gemessen, der durch Teilen des Körpergewichts (kg) durch die Größe (m) im Quadrat errechnet wird.  
 102 Journal of American Medical Association vol 289 N°2 vom 8. Januar 2003.

**S.b. 43 Anteil der Bevölkerung, der angibt, regelmäßig zu rauchen**



Quelle: Eurobarometer Befragung – Juni 2000 (EU-15)

**S.b. 44 Anteil der Bevölkerung, der angibt, regelmäßig zu rauchen**



Quelle: Eurobarometer Befragung – August 2002 (13 Beitritts- und Kandidatenländer)

Lungenkrankheiten. Die bereits genannte schwedische Analyse hat ferner herausgefunden, dass die behinderungsberinigte Lebenserwartung in der EU aufgrund des Rauchens von Tabak um 9 % gesunken ist. Seit den 80er Jahren rauchen immer mehr Frauen, insbesondere junge Frauen, während die Häufigkeit bei Männern gesunken ist. Insgesamt gibt ein Drittel der EU(-15)-Bevölkerung an, regelmäßig zu rauchen, eine Zahl ähnlich der für die Beitritts- und Kandidatenländer gemeldeten Zahl. Es rauchen nach wie vor mehr Männer als Frauen; dies gilt sowohl für die EU bzw. für EU-15 (40 % der Männer und 28 % der Frauen) als auch für die Beitritts- und Kandidatenländer (48 % der Männer und 23 % der Frauen)<sup>103</sup>.

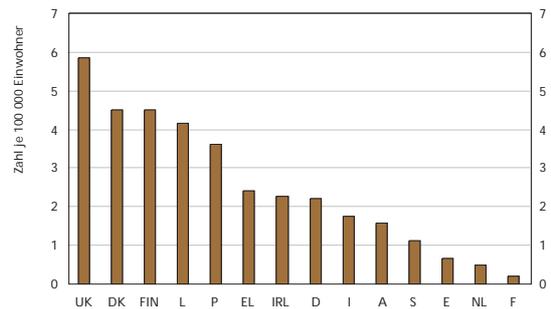
Erhebungen zufolge hat jeder fünfte Europäer zwischen 15 und 64 Jahren irgendwann einmal in seinem Leben illegale Drogen ausprobiert<sup>104</sup>. Die Zahlen über den Konsum illegaler Suchtstoffe in der letzten Zeit (in den letzten 12 Monaten) und gegenwärtig (im letzten Monat) fallen mit 7 % bzw. 4 % etwas niedriger aus, wobei davon ausgegangen wird, dass etwa 0,5 % der Bevölkerung Drogen in problematischer Art und Weise missbraucht. Die Statistik deutet darauf hin, dass viele Menschen illegale Suchtstoffe unregelmäßig zu sich nehmen, um "es mal zu probieren". Es liegen Hinweise vor, wonach der erstmalige Drogenkonsum meist aus Neugier und unregelmäßig erfolgt, weil sich die Gelegenheit ergibt oder auch aufgrund von Gruppenzwang (Peer-Group). Wenn die

psychologischen und sozioökonomischen Umstände ein solches Verhalten begünstigen und wenn Drogen "griffbereit" sind, werden sie möglicherweise auch über einen längeren Zeitraum hinweg und in größerem Umfang eingenommen. Die Einnahme illegaler Suchtstoffe ist insbesondere bei jungen Erwachsenen und hier besonders bei Männern, die in Städten leben, hoch. Die Prävalenzrate bei jungen Erwachsenen ist etwa doppelt so hoch wie bei allen Erwachsenen zusammen. Erhebungen haben außerdem ergeben, dass Jugendlichen mit höherer Wahrscheinlichkeit kürzlich Drogen angeboten worden sind als anderen Erwachsenen.

EU-weit ist Cannabis die am weitesten verbreitete illegale Droge. Der Kannabiskonsum ist in den 90er Jahren in den meisten EU-Staaten gestiegen, insbesondere bei Jugendlichen. Etwa 10 % bis 30 % der erwachsenen Europäer geben an, dass sie mindestens schon einmal Cannabis ausprobiert haben, und der Kannabiskonsum der letzten Zeit liegt den Angaben zufolge bei 1 % bis 10 %.

Zwischen 1 % und 6 % der Bevölkerung haben Amphetamine ausprobiert, 0,5 % bis 4,5 % Kokain und Ecstasy, und weniger als 1 % der Europäer Heroin. Den Angaben zufolge haben durchschnittlich weniger als 1 % der Erwachsenen in letzter Zeit Amphetamine, Kokain und Ecstasy zu sich genommen.

**S.b. 45 Relative Zahl drogenbedingter akuter Todesfälle in den EU-Ländern 1999**



Hinweis: Die Daten aus den einzelnen Ländern sind nicht unmittelbar vergleichbar, da die Falldefinitionen und Erfassungsmethoden unterschiedlich sind.  
Quelle: EBDD

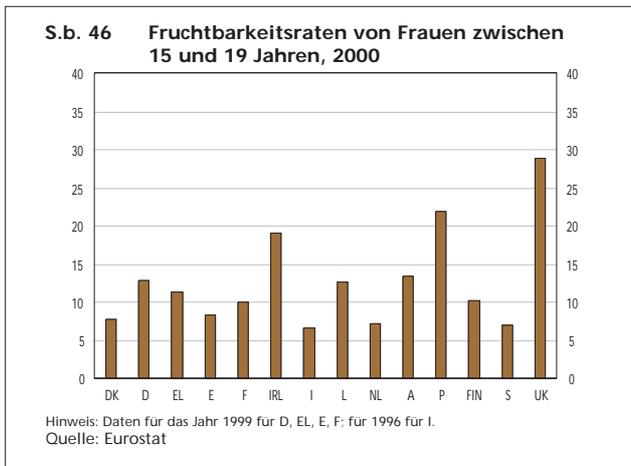
Die Einnahme von Drogen stellt alle Mitgliedstaaten in ihrer Sozial-, Gesundheits- und Strafrechtspolitik vor große Herausforderungen. Ein problematischer Drogenkonsum geht mit weiter reichenden Indikatoren für soziale Nachteile wie Arbeitslosigkeit, Armut, Obdachlosigkeit und soziale Ausgrenzung einher und korreliert auch mit Kriminalität und Straftaten. Der Missbrauch von Suchtstoffen wirkt sich schädlich auf die körperliche und seelische Gesundheit aus. Psychische Störungen, insbesondere Depressionen, treten häufig bei Personen auf, die Suchtstoffe missbrauchen, aber auch bei solchen, die bereits in jungen Jahren Drogen ausprobierten<sup>105</sup>. Bei Personen, die Injektionsdrogen konsumieren, erweisen sich übertragbare Krankheiten wie HIV und Hepatitis C als problematisch. Drogentote, insbesondere aufgrund von Unfällen, Gewalt, Überdosis und Suizid, sind ein weiteres großes Problem. In der EU werden jährlich zwischen 7 000 und 8 000 akute drogenbedingte Todesfälle gemeldet, wobei die Dunkelziffer vermutlich noch viel höher ist<sup>106</sup>.

103 Eurobarometer Befragung: (EU-15) Juni 2000; Beitrittsländer (13) August 2002).

104 EBDD Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2002: Drugs in Focus: Measuring Prevalence and Incidence of Drug Use & Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union and Norway.

105 GD Gesundheit und Verbraucherschutz, 2002, Bericht über die gesundheitliche Situation der jungen Menschen in der Europäischen Union.

106 EBDD, 2002, Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen.



Die EU hat einen globalen, multidisziplinären und integrierten Drogenaktionsplan (2000-2004) zur Bekämpfung des Angebots und der Nachfrage nach Drogen<sup>107</sup> entwickelt. Es wurden Strategien zur Bekämpfung des illegalen Drogenhandels und der drogenbedingten Kriminalität zusammen mit Maßnahmen zur Aufklärung und damit zur Verhütung des Drogenkonsums sowie zur Bekämpfung des Problems der sozialen Ausgrenzung allgemein entwickelt. Die Verringerung drogenbedingter Gesundheitsschäden durch Aufklärung, Verordnung von Ersatzdrogen und Bereitstellung steriler Spritzen ist ein neues Ziel bei der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten.

**Besondere Probleme Jugendlicher**

Die Gefahren einer Ansteckung mit sexuell übertragbaren Krankheiten (einschließlich HIV und AIDS), einer ungewollten Schwangerschaft und eines Schwangerschaftsabbruchs sind schwerwiegende Probleme, die sich in Verbindung mit der Gesundheit Jugendlicher stellen. Zu Beginn ihres sexuell aktiven Lebens mangelt es vielen Jugendlichen an den erforderlichen Kenntnissen oder Fähigkeiten, sich selbst zu schützen, und häufig werden Gesundheitsdienste und -produkte (etwa Kondome) von Jugendlichen nur unzureichend genutzt. Außerdem sind die sexuellen Beziehungen junger Leute häufig sporadisch oder ungeplant, weshalb junge Menschen gesundheitlich stärker gefährdet sind. Aus der nachstehenden Grafik geht die Zahl der Geburten 15- bis 19-jähriger Mütter je 10 000 Geburten, aufgeschlüsselt nach Mitgliedstaat, hervor.

Sexuell übertragbare Krankheiten sind ein großes gesundheitliches Problem, das mit weit reichenden gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Folgen verbunden ist. Zu den Problemen in Verbindung mit sexuell übertragbaren Krankheiten gehören auch ernste Komplikationen (etwa Unfruchtbarkeit und lang anhaltende Krankheit) sowie langwierige oder kostspielige Behandlungen. Eine besondere Bedrohung geht von AIDS aus, eine schwächende, unheilbare Krankheit. Europäische Forscher schätzen, dass Chlamydia die am weitesten verbreitete sexuell übertragbare Krankheit mit einer Prävalenzrate von 5 % bis 7 % in dieser Altersgruppe ist. Es liegen Anhaltspunkte vor, wonach neue HIV-Infektionen in

den jüngeren Altersgruppen zwar weniger verbreitet sind, jedoch ständig zunehmen, während der Anteil der HIV-positiven bzw. an AIDS erkrankten Menschen insgesamt sinkt.

**Regelmäßige Bewegung wirkt gesundheitsfördernd.**

Menschen, die körperlich nicht aktiv sind, sind erheblich stärker gesundheitlich gefährdet als solche, die durchschnittlich bis hoch aktiv sind. Schätzungen zufolge gäbe es 15 % bis 39 % weniger Herzinfarkte, 33 % weniger Schlaganfälle, 12 % weniger Bluthochdruck, 12 % bis 35 % weniger Diabetes, 22 % bis 33 % weniger Kolonkarzinome, 5 % bis 12 % weniger Brustkrebs und 18 % weniger osteoporosebedingte Brüche, wenn körperliche Inaktivität vermindert würde. Eine finnische Schätzung, die sich mit den Auswirkungen körperlicher Aktivität auf die Nutzung von Krankenhausdiensten befasst hat, hat ergeben, dass die körperlich aktivsten Männer 36 % und die körperlich aktivsten Frauen 23 % weniger Tage im Krankenhaus verbringen als die am wenigsten aktiven Menschen.

Anhaltspunkte aus der jüngsten Zeit deuten darauf hin, dass sich auch zeitweilige tägliche Aktivitäten in mäßigem Umfang positiv auf die Gesundheit auswirken. Zu den gesundheitsfördernden körperlichen Aktivitäten gehören unterschiedliche körperliche Aktivitäten in Verbindung mit der Lebensführung, und zwar nicht nur in der Freizeit, sondern auch am Arbeitsplatz und zu Hause.

Eine vom Nationalen Institut für Öffentliche Gesundheit Finnlands durchgeführte Erhebung hat ergeben, dass in den letzten 20 Jahren, seit die Studie im Jahr 1978 erstmals durchgeführt wurde, das Maß der körperlichen Bewegung in der Freizeit ständig gestiegen ist. Allerdings nimmt die Zahl derjenigen, die zu Fuß zur Arbeit gehen oder mit dem Fahrrad fahren, kontinuierlich ab.

Die 1999 durchgeführte gesamteuropäische Erhebung über die Einstellung der Verbraucher gegenüber körperlicher Bewegung, Körpergewicht und Gesundheit<sup>108</sup> hat vergleichbare Verhaltensmuster in den 15 Mitgliedstaaten bei der körperlichen Betätigung ergeben. So wurde in dieser Erhebung eine körperliche Ertüchtigung von mindestens 3,5 Stunden pro Woche als gesundheitsfördernd eingestuft. Im Durchschnitt waren 41 % der Bevölkerung zur Erzielung einer gesundheitsfördernden Wirkung nicht hinreichend aktiv, allerdings trifft dies in den Ländern in unterschiedlichem Maße zu – von 14 % (Finnland) bis zu 70 % (Portugal). Es wurde ferner festgestellt, dass Frauen im Durchschnitt weniger und für eine kürzere Dauer körperlich aktiv waren als Männer und dass die Wahrscheinlichkeit, sich mehr als 3,5 Stunden pro Woche körperlich zu ertüchtigen, mit dem Alter nachlässt; Personen mit höherem Bildungsabschluss waren aktiver als diejenigen mit einem niedrigeren Bildungsstand.

Im Zusammenhang mit Fragen der Gesundheit rückt die körperliche Betätigung stärker in den Vordergrund. In den meisten Ländern spielt die körperliche Ertüchtigung eine wichtige Rolle bei der Gesundheitsförderung und der Vorbeugung von Krankheiten. Dies wird in lokalen oder regionalen Projekten zur körperlichen Betätigung oder auch in anderen Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Lebensführung deutlich.

107 Europäische Kommission, 1999, Mitteilung der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament über einen Aktionsplan der Europäischen Union zur Drogenbekämpfung (2000-2004).  
108 <http://www.iefs.org/>

### 2.2.7 Die Rolle sozioökonomischer Bestimmungsfaktoren

#### Ein aktives Angehen der Determinanten der Gesundheit eröffnet Möglichkeiten für präventive Maßnahmen

Aus den vorstehenden Abschnitten wird deutlich, dass der Gesundheitszustand<sup>109</sup> nicht nur sehr stark durch körperliche Faktoren, sondern auch durch das soziale Umfeld bestimmt wird. Die individuellen Möglichkeiten, solche Umweltherausforderungen zu bewältigen, stehen in enger Beziehung zum sozioökonomischen Status, näherungsweise beschrieben mit Hilfe von Indikatoren wie Bildungsniveau, berufliche Qualifikation, Bestimmungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz und Einkommen/Vermögen. All diese Faktoren beeinflussen die Verteilung von sozialen und materiellen Ressourcen des Menschen, bestimmen, inwieweit diese Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind und erklären die Existenz von Ungleichheiten im Bereich der Gesundheit. Das Bewusstsein hierüber und die Möglichkeit, entsprechend zu handeln, sind für gute Gesundheit und ein langes Leben von zentraler Bedeutung.

Doch nicht nur die gemeinsamen Auswirkungen sozioökonomischer Faktoren betreffen die Gesundheit. Diese spiegelt auch die Last von Stress wider, die sich im Verlauf des Lebens insbesondere bei denen aufstaut, die zu sozialen und Umweltressourcen nur unzureichend Zugang haben. Daher kann die Kombination von Veränderungen beim Einkommen und im Status der Beschäftigung zu ökonomisch schwierigen Situationen führen, besonders am unteren Ende der Einkommensskala. Diese wirken sich allmählich auf die kör-

perliche und psychische Gesundheit aus und tragen später zu schweren Gesundheitsproblemen bei (siehe Tabelle 4)<sup>110</sup>. Gleichmaßen können stressbehaftete Arbeitsbedingungen im Leben von Erwachsenen deren Verhalten beeinflussen und hierdurch Gesundheitsprobleme, Berufskrankheiten oder Verletzungen verursachen. Daher ist es wichtig, unsere bisherigen statischen Vorstellungen über das Zusammenspiel von sozioökonomischen Faktoren und Gesundheit zu überdenken, diese in einen dynamischen Ansatz zu transformieren und Faktoren, die einen zeitlich verzögerten Einfluss auf individueller Ebene oder auf künftige Generationen haben, mit in Betracht zu ziehen.

Indem man sich mit den wichtigsten Einflussgrößen der Gesundheit aktiv auseinandersetzt, eröffnen sich große Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung und zur Krankheitsvorbeugung. Es wurde gezeigt<sup>111</sup>, dass eine öffentliche Politik, die langfristig darauf ausgerichtet ist, die Verteilung von Gesundheitsversorgung, Bildung und sozialer Sicherheit zu verbessern sowie Beschäftigung zu schaffen und Frauen besser in den Arbeitsmarkt zu integrieren, einen positiven Gesamteffekt auf den Gesundheitsstatus der Bevölkerung hat (höhere Lebenserwartung, niedrigere Sterblichkeit). Diese Ziele zählen zu den Schwerpunkten, die in der Europäischen Sozialagenda<sup>112</sup> vorgeschlagen und in Nizza im Jahre 2000 verabschiedet wurden mit der Intention, Qualität zu fördern als Antriebskraft für den Aufbau einer blühenden Wirtschaft und einer integrierten Gesellschaft mit mehr und besseren Arbeitsplätzen. Diese Elemente fördern die Gesundheit und beleuchten die Wichtigkeit eines präventiven Politikansatzes, der darauf ausgerichtet ist, zur Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme beizutragen.

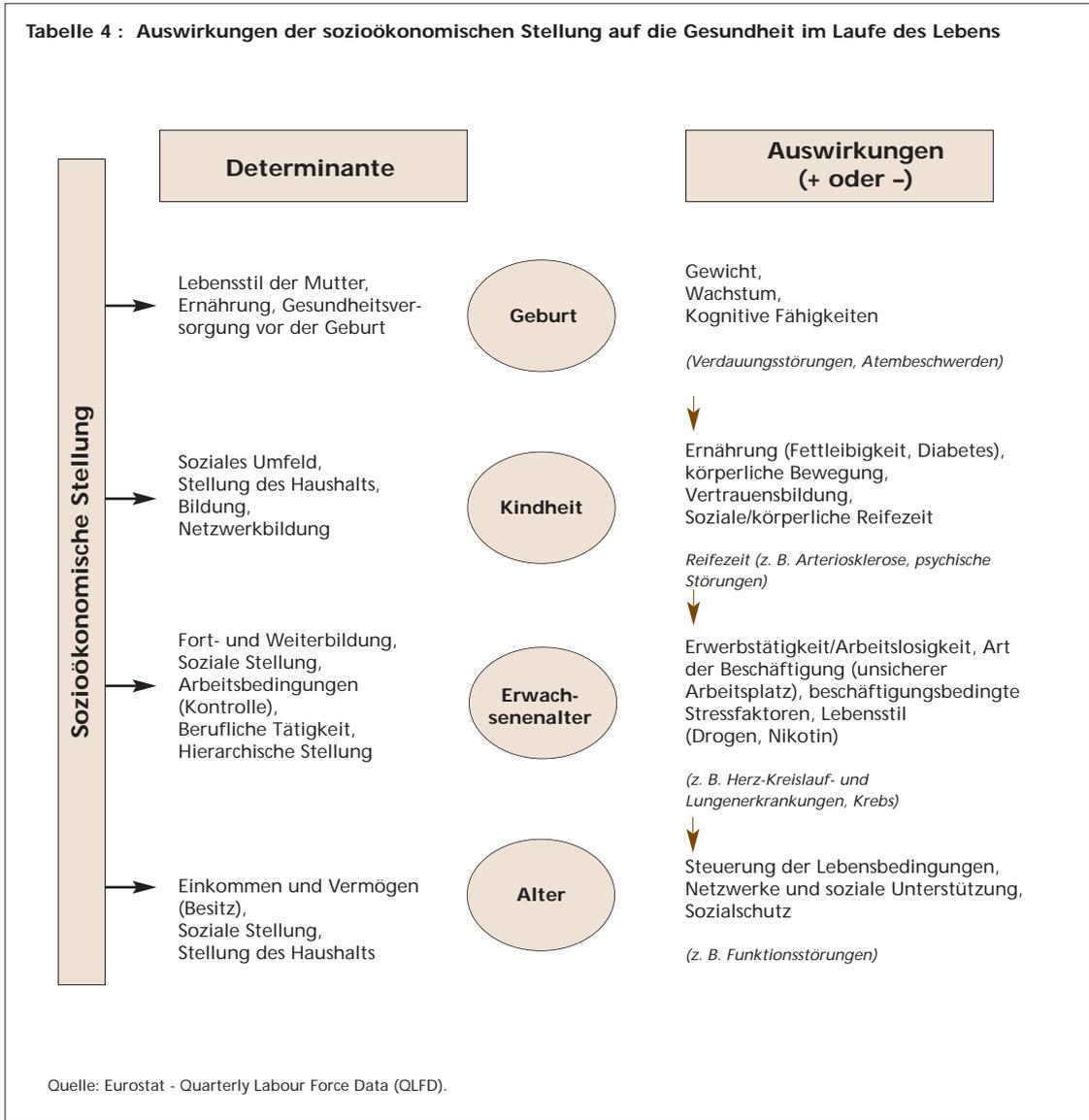
109 "Health is a state of complete physical, social and mental well-being, and not merely the absence of disease or infirmity. Health is a resource for everyday life, not the object of living. It is a positive concept emphasising social and personal resources as well as physical capabilities". (WHO)

110 Dieses Schaubild beruht auf J. Lynch und G. Kaplan "Socioeconomic position" in Kapitel 2 von L. Berkman & I. Kawachi (ed): Social Epidemiology. Oxford University Press. Es zeigt, wie sich die sozioökonomische Stellung im Laufe des Lebens auswirken und zu einer Folge von – positiven oder negativen – Auswirkungen auf die Gesundheit von Menschen führen kann, die kumulieren.

111 Prof. V. Navarro et. al.: Social Capital, Income Inequalities and Health, European Commission, GD Beschäftigung und Soziales, 2003. Korrelationen, die im Rahmen dieser Studie gefunden wurden, zeigen, dass sich öffentliche Umverteilungspolitiken verbessernd auf die Gesundheit der gesamten Bevölkerung auswirken – besonders durch ein Absenken der Säuglingssterblichkeit. Sie kommt daher zu dem Ergebnis, dass es zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung erheblich effektiver ist, mit Hilfe universeller Programme Ungleichheiten zu reduzieren als spezifische Programme zu entwickeln, die speziell darauf zielen, Armut zu bekämpfen.

112 KOM(2000) 379.

**Tabelle 4 : Auswirkungen der sozioökonomischen Stellung auf die Gesundheit im Laufe des Lebens**



## 2.3 Gesundheitssysteme in Europa

- Die Art der Organisation, Finanzierung und Inanspruchnahme von Gesundheitssystemen ist natürlich für die Gesundheit von höchster Bedeutung. Obwohl es in jedem Mitgliedstaat universelle oder quasi universelle Rechte auf Gesundheitsversorgung gibt, ist damit der allgemeine Zugang noch nicht automatisch gewährleistet. Obwohl die Gesundheitsversorgung in den letzten Jahrzehnten dank der Bemühungen der Mitgliedstaaten erheblich verbessert wurde, gibt es noch immer Unterschiede bei der medizinischen Grundversorgung in den Mitgliedstaaten. Die Zugangsprobleme gehen auf zahlreiche Versorgungslücken zurück. Diese Probleme kommen auf zweierlei Art und Weise zustande: als Folge des Ausschlusses besonderer Behandlungen von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder als Folge einer Abwälzung der Kosten auf die Nutzer.
- Im Hinblick auf Qualitätsaspekte sind seitens der Mitgliedstaaten beachtliche Bemühungen zur Verbesserung der Qualität der Strukturen, Prozesse und Leistungen im Bereich der Gesundheitsversorgung festzustellen. Die meisten Mitgliedstaaten konnten bei der Entwicklung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen erhebliche Fortschritte erzielen. Dies hat sich in manchen Bereichen, beispielsweise bei ambulanten Patienten, und bei der Einführung von Standards als schwierig erwiesen. Der Druck auf eine bessere Pflegequalität für die Patienten 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 über finanzielle Auswirkungen und die Kosteneffizienz von Eingriffen im Rahmen einer Bewertung von Technologien im Gesundheitswesen laut. Beurteilungen der Qualität der Gesundheitsversorgung finden sich in der einen oder anderen Form in allen EU-Mitgliedstaaten.
- Die Probleme im Zusammenhang mit der Einstellung sowie der Verhinderung von Abwanderungen medizinischen Personals, die in manchen Mitgliedstaaten bereits zutage getreten sind, werden sich aufgrund des allgemeinen Trends der alternden und schrumpfenden Erwerbsbevölkerung in diesem Sektor noch verschärfen. Dies hat zur Folge, dass die Arbeitskräfte noch härter umkämpft sein werden und die Gesundheitsfachkräfte selbst immer älter werden. Beide Trends könnten sich in Kostensteigerungen niederschlagen. Damit muss sich der Gesundheitssektor auf die Auswirkungen der Alterung seines Personals wie auch seiner Kunden einstellen. Der Mangel an Personal infolge der Alterung wird den Sektor vor schwierige Herausforderungen stellen. Dies gilt insbesondere für Krankenschwestern. So ist in fünf Mitgliedstaaten beinahe jede zweite Krankenschwester bereits älter als 45 Jahre, und in weiteren sieben Mitgliedstaaten haben schon 40 % dieses Alter erreicht. Der potenzielle 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, was sich in einer hohen Personalfuktuation niederschlägt.
- Die politischen Entscheidungsträger werden sich auch dem neuen strukturellen Entwicklungstrend steigender Erwartungen seitens der Kunden des Gesundheitswesens stellen müssen. Änderungen der Lebensführung, der Arbeitsweise, der Einkommen, des Bildungsstandes und der Familienstrukturen bewirken eine Änderung der Einstellung der Menschen gegenüber der Gesundheitsversorgung. Der Einstellungswandel umfasst aber auch ein gesteigertes Bewusstsein über die Rechte und Pflichten der Patienten, eine niedrigere Toleranzschwelle gegenüber Benachteiligungen und weniger Respekt gegenüber den Angehörigen des Gesundheitswesens. 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.
- Der Anteil der Gesundheitsausgaben insgesamt am Bruttoinlandsprodukt ist derzeit in Deutschland am höchsten, gefolgt von Frankreich und Belgien. Im Fall von Deutschland liegt der Grund darin, dass Einlieferungen ins Krankenhaus weit verbreitet sind und Deutschland das EU-Land ist, in dem die Neigung zur Konsultation von Fach- wie auch Allgemeinmedizinerinnen am stärksten ausgeprägt ist. In vielen Mitgliedstaaten ist bei Spezialbehandlungen eine Überweisung des praktischen Arztes erforderlich, was in diesen Ländern dazu führt, dass die Tendenz, zu einem Facharzt zu gehen, unterdurchschnittlich ausgeprägt ist. In den meisten Mitgliedstaaten müssen die Benutzer einen erheblichen Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben direkt übernehmen - eine Folge der Versorgungslücken bei der Versicherung bestimmter Produkte und Dienstleistungen. Dies gilt insbesondere für die südeuropäischen Mitgliedstaaten, in denen der Anteil der Zuzahlungen an den gesamten Gesundheitsausgaben am höchsten ist.
- Langzeitpflege ist häufig auf verschiedene öffentliche Einrichtungen und Budgets aufgeteilt, normalerweise auf das Gesundheitsbudget und das Budget für soziale Dienste. Allerdings lassen sich die Kosten der Langzeitpflege innerhalb des Gesundheitswesens häufig nur schwer von den Kosten eher traditioneller Behandlungen unterscheiden, außerdem werden soziale Dienste meist auf lokaler Ebene bereitgestellt. Aus diesem Grunde ist es manchmal schwierig, sich ein genaues Bild von den Kosten wie auch den Entwicklungstrends auf Landesebene zu machen.

- Das Gesundheitswesen hat im Hinblick auf die Wirtschaft großes Gewicht. Die Beschäftigung im Gesundheitswesen und in der Sozialfürsorge beträgt im Durchschnitt in EU-15 fast 10 % der Gesamtbeschäftigung. Das Gesundheitswesen ist darüber hinaus ein dynamischer Wirtschaftssektor mit einem hohen Potenzial im Hinblick auf seinen künftigen Beitrag zu Wirtschaftswachstum und Beschäftigung.
- Alle Beitrittsländer außer Malta geben im Vergleich zum EU-Durchschnitt einen geringeren Anteil ihres Bruttoinlandsprodukts für die Gesundheitsversorgung aus. Offenbar besteht in den beitretenden und den Beitrittsländern eine ausgeprägte Neigung zur Einweisung ins Krankenhaus, was hauptsächlich auf die unterentwickelte Primärversorgung 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. Die Freizügigkeit, die diese Länder mit ihrem EU-Beitritt erlangen, wird im Hinblick auf das Behandlungs- und Dienstleistungsangebot neue Herausforderungen mit sich bringen, denn die höheren Löhne in den derzeitigen EU-Mitgliedstaaten werden medizinisches Personal anlocken. Die Arbeitszeitbeschränkungen infolge der Ausweitung der EU-Arbeitszeitrichtlinie auf die beitretenden Länder dürfte ähnliche Folgen mit sich bringen. In einigen beitretenden Ländern ist ein gewisser Trend hin zu mehr Privatisierung der Gesundheitsversorgung festzustellen. Dies zeigt sich durch einen größeren werdenden Anteil privat für Gesundheit aufgewendeter Mittel, hauptsächlich durch private Zuzahlungen aber auch durch Leistung informeller Zahlungen.

### Einleitung

Betrachtet man die Faktoren zur Bekämpfung eines schlechten Gesundheitszustands, dann wird das Gesundheitssystem zu einer Schlüsseldeterminante der Gesundheit. Viele Krankheiten, die früher tödlich waren, können heute dank neuer Methoden und Medikamente erfolgreich behandelt werden. In diesem Sinne haben die Gesundheitssysteme einen sehr unmittelbaren Beitrag zum Anstieg der Lebenserwartung in jüngster Zeit geleistet<sup>113</sup>. Da die Morbidität mit dem Alter gewöhnlich zunimmt, ist der Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung für die Gesundheit älterer Menschen gewöhnlich wichtiger als für Jugendliche<sup>114</sup>. Mit der Alterung der europäischen Gesellschaften kann daher davon ausgegangen werden, dass die Gesundheitsversorgung für die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt an Bedeutung zunimmt.

#### 2.3.1 Die Schlüsselfragen Zugänglichkeit, Qualität und Nachhaltigkeit

Europaweit unterscheiden sich die Gesundheitssysteme hinsichtlich ihrer Organisation, Finanzierung und Inanspruchnahme voneinander. Die Probleme, mit denen sich die Gesundheitssysteme auseinandersetzen müssen, weisen jedoch auch viele Gemeinsamkeiten auf, wobei die Alterung der Bevölkerung eines der herausragenden Beispiele darstellt. Die Europäische Kommission hat die Zugänglichkeit, Qualität und Nachhaltigkeit als die drei Schlüsselfragen schlechthin für die künftigen Gesundheitssysteme definiert.

Alle Mitgliedstaaten bieten den Menschen, die in ihrem Hoheitsgebiet leben, den gleichen Zugang zur staatlichen Gesundheitsversorgung, doch gibt es möglicherweise Unterschiede hinsichtlich der persönlichen Fähigkeiten dieser

Menschen, die Dienstleistungen uneingeschränkt in Anspruch nehmen zu können, was auf die sozioökonomische Stellung, Alter, Geschlecht und ethnische Zugehörigkeit zurückgeführt werden kann. Vielleicht bedarf es besonderer Maßnahmen, um den uneingeschränkten Zugang aller zu gewährleisten, da infolge der Alterung der Bevölkerung die Nachfrage nach Gesundheitsdiensten und Langzeitpflege zunehmen wird.

Die Qualität der Gesundheitsversorgung ist nicht nur eine Frage der finanziellen Mittel, sondern hängt auch von der Art der Organisation der Gesundheitsversorgung ab. Das jeweilige Schwergewicht, das auf die Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung sowie auf die Integration dieser Dienste gelegt wird, kann für den Gesundheitszustand von Bedeutung sein. Auch die Fähigkeit, frühzeitig eingreifen und eine sorgsame Nachbehandlung und Nachsorge anbieten zu können, wirkt sich möglicherweise darauf aus. Wichtig ist auch eine hohe Sensibilität gegenüber der Art und Weise, wie Unterschiede bei der Lebensführung sowie den Lebens- und Arbeitsbedingungen den Bedarf an medizinischer Behandlung beeinflussen können. Da sich die Umstände ändern können, ist Anpassungsfähigkeit ebenfalls ein Qualitätsmerkmal. Demografischer Wandel, neue epidemiologische Entwicklungen, medizinischer Fortschritt und steigende Nachfrage nach medizinischen Behandlungen haben im Allgemeinen einen Einfluss darauf, wie die Gesundheitsversorgung bereitgestellt wird.

Die künftige Bevölkerungsentwicklung wird die Gesundheitssysteme im Hinblick auf die finanzielle Nachhaltigkeit vor eine enorme Herausforderung stellen. Daher wird eine Umstellung der Organisation und der Finanzierung der Gesundheitsversorgung erforderlich sein, um den Kostenanstieg einzudämmen und dabei weiterhin einen uneingeschränkten Zugang zu hochwertigen Diensten gewährleisten zu können.

113 Schätzungen vermuten, dass der politische Übergang in Ostdeutschland und Polen, der auch einen Wandel der Gesundheitssysteme mit sich brachte, mit einer Verbesserung der Lebenserwartung verbunden war. Siehe Nolte, E. et al., "The contribution of medical care to changing life expectancy in Germany and Poland". *Social Science and Medicine* 2002; 55:S.1905-1921

114 Doch selbst in späteren Lebensabschnitten ist es durchaus möglich, dass die Auswirkungen der Gesundheitssysteme auf die Gesundheit durch andere Faktoren überschattet werden. Die Lebenserwartung und die Qualität der Gesundheit laut Selbsteinschätzung unterscheiden sich von Mitgliedstaat zu Mitgliedstaat, unabhängig von den Summen, die für die Gesundheitsversorgung ausgegeben werden. So betrug beispielsweise in Deutschland der Anteil der Gesundheitsausgaben 1999 am Bruttoinlandsprodukt (BIP) 10,3 % gegenüber von 7,0 % in Spanien, obwohl die Lebenserwartung in Deutschland für Männer ein Jahr und für Frauen zwei Jahre geringer war als in Spanien.

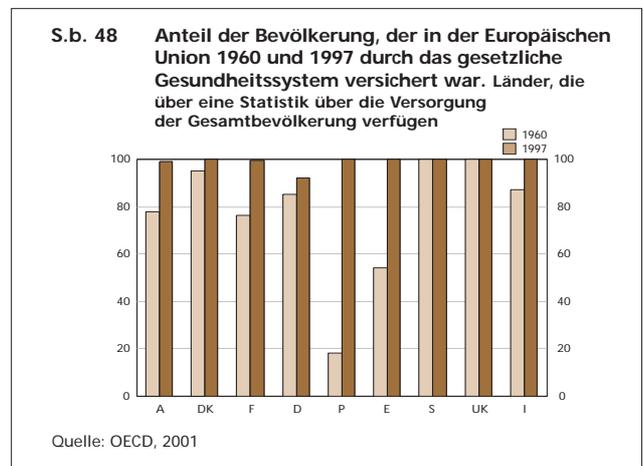
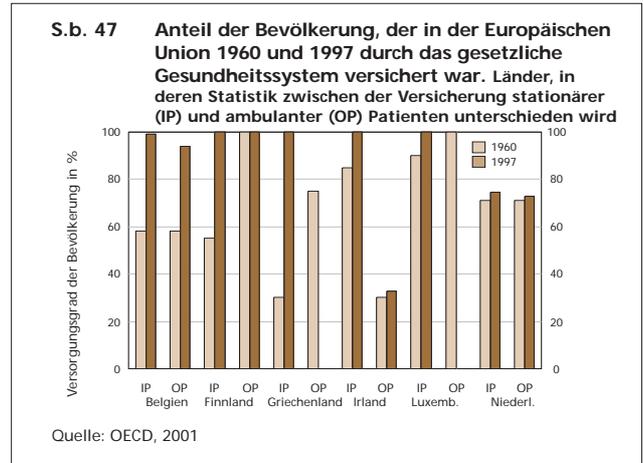
**2.3.2 Gewährleistung eines allgemeinen Zugangs und einer hohen Qualität in den EU-Mitgliedstaaten**

In jedem Mitgliedstaat sind universelle oder nahezu universelle Rechte auf Gesundheitsversorgung gewährleistet. Universelle Rechte bieten jedoch nicht automatisch eine Garantie für einen allgemeinen Zugang. Die Europäische Kommission, die die bestehenden Hindernisse für den Zugang zu den Gesundheitssystemen in vielen Mitgliedstaaten erkannt hat und die EU-weiten Maßnahmen zur Beseitigung dieser Hindernisse unterstützt, hat vor kurzem vorgeschlagen, einen allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung als ein Ziel für die Gesundheitssysteme in der EU sowie als vorrangiges Ziel bei der Zusammenarbeit in der EU im Bereich Sozialschutz zu verwirklichen<sup>115</sup>. Mit dem Vorschlag der Kommission wurden die Bemühungen, die in einer Reihe von Mitgliedstaaten diesbezüglich bereits unternommen worden sind, auch formell anerkannt.

Die Hindernisse für den Zugang zur Gesundheitsversorgung sind sowohl angebots- als auch nachfrageseitig. Auf der Angebotsseite wird der Zugang von Faktoren wie z. B. Verfügbarkeit und Verteilung von Diensten, Standort der Gesundheitsdienste und eventuelle Wartezeiten bei der Behandlung beeinflusst. Auf der Nachfrageseite wird die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste durch Einkommen, Alter, Wissen, Überzeugungen, Informationsstand, Vorlieben und Opportunitätskosten beeinflusst. Die Frage, ob das Gesundheitssystem solche Ungleichheiten beim Zugang auf der Nachfrageseite ausgleicht oder sogar noch verstärkt, hängt davon ab, wie die Gesundheitsversorgung organisiert und finanziert wird. Einige der Initiativen, die bei den Versuchen, die Kosten einzudämmen und die Qualität anzuheben, umgesetzt wurden, haben möglicherweise weniger günstige Folgen für die Verwirklichung der Ziele der Zugänglichkeit.

Um das Ziel eines möglichst unmittelbaren Zugangs für alle zu verwirklichen, haben viele Mitgliedstaaten in den letzten zehn Jahren Initiativen zur Verkürzung der Wartezeiten ergriffen. Mehrere Mitgliedstaaten haben die Patientenrechte gesetzlich verankert (Finnland, Griechenland, Dänemark und Niederlande) oder gefördert (Frankreich, Irland, Portugal und Vereinigtes Königreich). Mit der Einführung solcher Rechtsvorschriften wird ein Rahmen zum Schutz der Bedürfnisse von zuvor ausgegrenzten sozialen Gruppen geschaffen, wobei die Rechtsvorschriften an sich noch keine Garantie für die uneingeschränkte Zugangsgleichheit darstellen. Die Einführung einer flächendeckenden Versorgung in Frankreich ist vielleicht der bedeutendste Versuch der letzten Zeit, den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung in der EU zu verbessern. Frankreich gesellt sich jetzt Dänemark, Finnland, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, Portugal, Schweden und dem Vereinigten Königreich hinzu, was die Bereitstellung einer gesetzlich vorgeschriebenen allgemeinen medizinischen Grundversorgung anbetrifft<sup>116</sup>. Eine nahezu flächendeckende Versorgung ist in Österreich (99 %), Belgien (99 %) und Spanien (99,8 %) gegeben. Die nachstehenden Schaubilder 47 und 48 machen deutlich, wie der Versorgungsgrad in allen Mitgliedstaaten seit 1960 angestiegen ist.

Doch trotz der Einführung der universellen oder quasi universellen gesetzlichen Krankenversicherungspflicht gestaltet sich in den Mitgliedstaaten der Zugang auch weiterhin problema-



tisch. Dies gilt insbesondere für zahnärztliche Behandlungen und für Arzneimittel, die entweder ganz oder teilweise von der Versicherung ausgenommen sind. In fast allen Mitgliedstaaten müssen die Patienten für solche Dienste selbst aufkommen oder zur Kostendeckung eine zusätzliche freiwillige Krankenversicherung abschließen<sup>117</sup>.

Wichtig ist, dass hier der Zusammenhang und gegebenenfalls der Ausgleich zwischen Zugangs- und Qualitätsbetrachtungen in Betracht gezogen werden. Bei einer Anhebung der Qualität dauert es möglicherweise eine Zeitlang, bis der Zugang aller zu den höherwertigen Dienstleistungen gewährleistet ist. Mängel und Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung sind auch eine Frage der Qualität. Es ist von maßgeblicher Bedeutung, dass bei der Entwicklung von Qualitätsstandards Überlegungen über Zugang und über Gerechtigkeit nicht außen vor gelassen werden. Wenn Zugang und Qualität optimiert werden sollen, dürften Maßnahmen über mehrere Politikbereiche hinweg erforderlich werden, in die eine ganze Reihe von Parteien einbezogen werden müssen. In vielen Mitgliedstaaten schafft der Zentralstaat lediglich die Rahmengesetzgebung, während die detaillierte Ausgestaltung und Umsetzung der Dienste Aufgabe regionaler oder lokaler Dienste sind.

115 Europäische Kommission 1999; Europäische Kommission 2001.

116 OECD 2001.

117 E Mossialos and S Thomson. Voluntary Health Insurance in the European Union. Bericht für die Generaldirektion Beschäftigung und Soziales. 2002. Brüssel: Europäische Kommission.

Die Qualität der Gesundheitsversorgung betrifft natürlich Strukturen und Prozesse genauso wie Ergebnisse. Strukturelle Qualitätskriterien haben mit Aspekten wie Ausbildung und Erfahrung des Personals sowie Nutzung und Zustand von Ausrüstung und Gebäuden zu tun, wobei häufig verbindliche Standards gelten, die von öffentlichen Stellen vorgegeben werden. Qualitätskriterien im Hinblick auf die Prozesse stehen mit der Behandlung selbst und mit der Ausführung bestimmter Dienstleistungen in Zusammenhang. In vielen Mitgliedstaaten werden offizielle Leitlinien entwickelt, die jedoch derzeit weniger verbreitet sind als Leitlinien zu den Strukturen. Die Messung der Qualität der abschließenden Leistungen im Gesundheitswesen gestaltet sich schwierig. Qualitätskriterien können sich auf positive Indikatoren wie etwa Heilungs- und Überlebenschancen oder auf negative wie z. B. Komplikationen beziehen, die während einer Behandlung auftreten. Bislang wenden nur wenige Mitgliedstaaten dieses Konzept der Qualitätsbeurteilung an.

Das wachsende Interesse an Qualitätsfragen hat die Mitgliedstaaten dazu bewegt, spezielle Einrichtungen oder Stellen zu schaffen, die für die Förderung der Qualität, die Durchführung von Evaluationen und die Entwicklung von Leitlinien oder Zulassungssystemen zuständig sind. Inzwischen gibt es in fast allen Mitgliedstaaten solche Zentralstellen.

Beachtlich bei den Reaktionen der Mitgliedstaaten hierauf ist, dass der Patient und seine Rolle stärker in den Mittelpunkt gerückt wurden. In fast allen Ländern wurde versucht, Maßnahmen zum Schutz der Patientenrechte einzuführen, insbesondere im Krankenhausbereich. Wichtige Aspekte in diesem Zusammenhang sind u. a., dass Patienten in die Lage versetzt werden, gut informiert Entscheidungen zu treffen, dass ihnen hierzu angemessene Informationen aus erster Hand bereitgestellt werden und im Hinblick auf Gesundheitsdienste, Behandlungsalternativen und auf den Einblick in ärztliche Unterlagen transparente Lösungen angestrebt werden. So gibt es zwischenzeitlich beispielsweise in Österreich, Finnland und Dänemark spezielle Gesetze über Patientenrechte.

Zugang und Qualität sind natürlich mit Kosten verbunden, und diese Ziele sind vor dem Hintergrund der finanziellen Nachhaltigkeit zu verwirklichen, welche wiederum in hohem Maße von der Finanzierung und Organisation der Gesundheitssysteme abhängt. Ein gutes Preis-/Leistungsverhältnis sowie Kostendämpfung sind weitere wichtige Ziele im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung. Der Abstimmungsbedarf zwischen Zugänglichkeit und Qualität einerseits und Kostendämpfung andererseits ist hoch. Doch müssen diese Ziele ebenfalls gemeinsam verfolgt werden, und zwar so, dass sie sich gegenseitig fördern. Werden auch die weiter reichenden gesellschaftlichen Kosten berücksichtigt, könnte es sich zum Beispiel als kostengünstiger erweisen, die medizinische Grundversorgung auf alle auszudehnen, anstatt die Folgen einer nur lückenhaften Versorgung in Form von Verlusten des menschlichen Potenzials und höheren Kosten tragen zu müssen, die bei verspäteten Eingriffen zwangsläufig entstehen<sup>118</sup>. Viele Studien haben außerdem ergeben, dass bei einer auf Qualitätssteigerung ausgelegten Politik insbesondere im Krankenhausbereich die Kosten der Gesundheitsversorgung sowie umfassendere gesellschaftliche Kosten, die sich aus

einer qualitativ minderwertigen Versorgung ergeben, durchaus gedrosselt werden können.

Aufgrund der Kosten der Gesundheitsversorgung erhält dieses Qualitätserfordernis allerdings eine neue Dimension. Eine hohe Qualität bei Medikation und Behandlung ist wegen der angespannten finanziellen Lage offenbar nur schwer zu realisieren. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die große Vielfalt bei der Bereitstellung der gesundheitlichen Dienste, die später in diesem Kapitel eingehender beschrieben werden, und auf erhebliche Unterschiede bei der ärztlichen Behandlung.

Kosten und Qualität sind daher unweigerlich miteinander verknüpft und stehen im Mittelpunkt eines umfassenderen Qualitätsverbesserungskonzepts. Viele Studien haben ergeben, dass es bei einer Politik der Qualitätsverbesserung, insbesondere innerhalb des sekundären Sektors, möglich ist, die Kosten zu senken, die aufgrund einer schlechten Versorgung entstehen.

### 2.3.3 Grenzüberschreitende Mobilität bei der Gesundheitsversorgung<sup>119</sup>

Auch wenn der Gesamtanteil der Gesundheitsausgaben an der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung aufgrund von Rückerstattungsansprüchen noch immer sehr gering ist<sup>120</sup>, wird davon ausgegangen, dass die grenzüberschreitende Mobilität der Patienten angesichts der Osterweiterung der EU zunehmen wird. Außerdem ist der Aspekt des allgemeinen Zugangs zu den nationalen Gesundheitssystemen eng mit der Frage des freien Dienstleistungsverkehrs im Gesundheitswesen über die EU-Binnengrenzen hinweg verknüpft.

Im Bereich der Gesundheitsversorgung ist der Grundsatz des freien Dienstleistungsverkehrs, der im Vertrag von Amsterdam verankert ist, mit einem großen Dilemma im Hinblick auf den möglichen, bereits erwähnten Ausgleich zwischen Kosten und Qualität und auf den Zusammenhang zwischen diesem im Vertrag verankerten Grundsatz und der besonderen Beschaffenheit der staatlichen Krankenversicherung und der Gesundheitsversorgung verbunden: Preisabsprachen mit inländischen Anbietern, Bewirtschaftung und Wartelisten sind in einigen Mitgliedstaaten wichtige Hilfsmittel zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Wenn den Bürgern daher das Recht eingeräumt wird, in einem benachbarten Mitgliedstaat qualitativ bessere und umfangreichere Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, die allerdings auch mit höheren Kosten verbunden sind, ist dies ein neuer, keinesfalls zu unterschätzender Kostenfaktor für das erste Land.

Daher könnte das gemeinsame Interesse von Bürgern und Staat, die Kosten im Gesundheitswesen erschwinglich und kontrollierbar zu halten, im Widerspruch zu dem offensichtlichen Interesse einzelner Bürger stehen, die an einer Krankheit leiden und schnellstmöglich die bestmögliche Behandlung für sich in Anspruch nehmen wollen.

Auf der anderen Seite könnte eine optimale Mittelzuweisung dazu führen, dass kommerzielle Anbieter die Möglichkeit erhalten, ihre Dienste grenzüberschreitend zu verkaufen, und damit in Konkurrenz zu Anbietern in anderen Mitgliedstaaten treten. Bei dieser Argumentation ist es durchaus sinnvoll,

118 The US Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured: "Sicker and Poorer: The Consequences of Being Uninsured", May 2002.

119 Die folgenden Kommentare beruhen zum Teil auf Vandenbroucke, Frank, "Die EU und der Sozial schutz: Was sollte der Europäische Konvent vorschlagen?", ein Dokument, das dem Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung in Köln am 17. Juni 2002 vorgelegt wurde.

120 Diese reichen von 0,1 bis 0,2 % der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben, siehe Busse, R., "Border-crossing patients in the EU", in: eurohealth, Vol 8 No 4, Sonderausgabe Herbst 2002, S. 19.

Überkapazitäten zu nutzen und es den Bürgern zu ermöglichen, das für sie jeweils beste Angebot auszuwählen.

Die Gesamtfolgen einer Steigerung der Mobilität im Bereich Gesundheitsdienste für die Gesundheit sind a priori keinesfalls eindeutig:

- Die Qualität der Dienstleistungen könnte durch den sich verschärfenden internationalen Wettbewerb verbessert werden. So könnten beispielsweise mithilfe der Überkapazitäten in einem Mitgliedstaat die Probleme, die sich in einem anderen Mitgliedstaat aufgrund langer Wartelisten ergeben, teilweise ausgeglichen werden. Außerdem könnte die Einrichtung internationaler Spitzenforschungszentren für bestimmte Behandlungen der Qualität zugute kommen. Dies würde die grenzüberschreitende Zusammenarbeit erleichtern.
- Der erhöhte Preisdruck bei Dienstleistungen könnte sich aufgrund des verschärften Wettbewerbs dagegen negativ auf die Qualität auswirken. Aufgrund der asymmetrischen Verteilung der Informationen zwischen den Versicherungsgesellschaften im Heimatland und den Anbietern von Gesundheitsleistungen in einem anderen Land werden verstärkte Bemühungen zur Überwachung der Gesundheitsdienste über die Grenzen hinweg erforderlich sein. So wird beispielsweise die Kontrolle der im Ausland für bestimmte Behandlungen ausgestellten Rechnungen für die nationale Versicherungsgesellschaft im Heimatland sehr schwierig werden.

Der im Vertrag niedergelegte Grundsatz des freien Dienstleistungsverkehrs ist auch in rechtlicher Hinsicht problematisch, da er sich in erster Linie auf wirtschaftliche Aktivitäten bezieht. Man könnte sich daher fragen, ob Gesundheitsdienste eher unter den Oberbegriff der 'Solidarität' fallen und weniger 'wirtschaftlichen' Dienstleistungen zuzuordnen sind und daher weitgehend vom Grundsatz der Freizügigkeit ausgenommen werden sollten. Die rechtlichen Konflikte und die Urteile des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) drehen sich daher größtenteils um diese Unterscheidung.

Derzeit ist in der Verordnung Nr. 1408/71 aus dem Jahre 1971<sup>121</sup> ein Mechanismus verankert, der die Koordinierung der nationalen Rechtsvorschriften im Bereich soziale Sicherheit zum Schutz der Sozialversicherungsansprüche von Personen regelt, die innerhalb der Europäischen Union zu- und abwandern. Im Fall der Gesundheitsdienste bedeutet dies, dass Patienten, die ärztliche Dienste oder Behandlungen in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch nehmen, so lange geschützt sind, wie ihnen die entsprechende Genehmigung der Krankenversicherung ihres Landes vorliegt.

Es gibt jedoch durchaus Anhaltspunkte, die dafür sprechen, dass die Gesundheitsdienste nach dem Vertrag dem freien Dienstleistungsverkehr unterliegen sollten. Neben der öffentlichen Bereitstellung von Dienstleistungen ohne Erwerbszweck durch den Staat gibt es auch mehrere Anbieter von Gesundheitsdiensten und Krankenversicherungsinstitutionen, bei denen es sich um kommerzielle Anbieter handelt, die unter Wettbewerbsbedingungen tätig werden und den Marktkräften unterliegen.

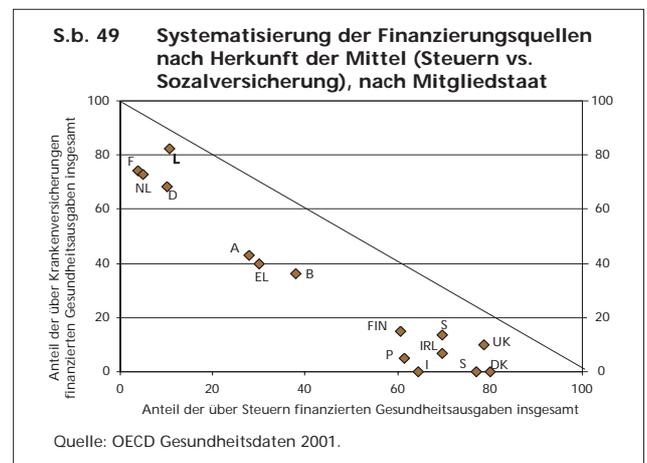
Man kann davon ausgehen, dass die Gesundheitsversorgung nicht vom Grundsatz der Freizügigkeit ausgenommen ist<sup>122</sup>.

Dies ergibt sich aus einer vor kurzem ergangenen Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs, wonach nationale Krankenversicherer dazu verpflichtet werden, den Bürgern die Ausgaben zu erstatten, die ihnen jenseits der Landesgrenzen durch die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten ohne vorherige Genehmigung entstanden sind.

Vor kurzem wurden die Bemühungen zur Erhöhung der Patientenmobilität über einen besseren Zugang zu den Gesundheitssystemen in der Union verstärkt. Gleiches gilt auch auf lokaler Ebene. So haben mehrere Regionen, die durch Grenzen zwischen Mitgliedstaaten geteilt sind, Vereinbarungen über Gesundheitsdienstleistungen getroffen. Dies geschah zum Teil, um den Verwaltungsaufwand für Patienten zu verringern, welche die durch diese Regionen verlaufenden Grenzen überschreiten<sup>123</sup>. Auf EU-Ebene erhielt der Aktionsplan "Mobilität" zur Beseitigung der Hindernisse auf den europäischen Arbeitsmärkten bis 2005 auf der Gipfeltagung von Barcelona im März 2002 grünes Licht. Daher hat die EU-Kommission vorgeschlagen, dass alle Unionsbürger eine Europäische Krankenversicherungskarte erhalten sollten, die an die Stelle der Formulare treten soll, die Versicherte derzeit mit sich führen müssen, wenn sie sich vorübergehend in einem anderen EU-Land aufhalten. Damit sollen keine neuen Versorgungsansprüche geschaffen, sondern die Erstattung durch das Heimatland vereinfacht werden, wenn Menschen während eines Aufenthalts in einem anderen Mitgliedstaat krank werden.

**2.3.4 Die Vielfalt der Gesundheitssysteme in der EU**

Die Mitgliedstaaten unterscheiden sich im Hinblick auf die Art der Organisation, Regelung, Finanzierung, Bereitstellung und Inanspruchnahme ihrer Gesundheitssysteme erheblich voneinander. Daher ist es schwierig, die Unterschiede anhand einer einzigen Typologie zu modellieren. Mit anderen Worten, die Eingruppierung der Länder nach der Art der Finanzierung der Systeme ist nicht deckungsgleich mit derjenigen nach der Art der Organisation, Regelung oder Bereitstellung. Darüber hinaus können die Unterscheidungsmerkmale der Bereitstellung der Gesundheitsversorgung erheblich davon abweichen, wie Sozialschutz in anderen Bereichen, etwa bei den Renten, organisiert ist. Die Betonung der universellen steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung, wie sie etwa im



121 Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern.  
 122 In diesem Zusammenhang sollten die Urteile Kohll und Decker erwähnt werden (EuGH, Kohll, C-158/96, (1998) Slg. I-1931 und EuGH, Decker, C-120/95, (1998) Slg. I-1831).  
 123 Busse, R. (2002), S. 20-21.

Vereinigten Königreich und in Dänemark anzutreffen ist, steht in einem auffallenden Kontrast zu dem Schwerpunkt, der bei den Rentensystemen auf der betrieblichen und privaten Vorsorge liegt.

Die vorstehende Grafik zeigt eine Systematisierung der Mitgliedstaaten entsprechend der jeweiligen Rolle allgemeiner Steuermittel und zweckgebundener Krankenversicherungsbeiträge bei der Gesamtfinanzierung der Gesundheitskosten.

Der Anteil der über Krankenversicherungen und Steuern finanzierten Gesundheitsausgaben insgesamt wird anhand der Y- bzw. der X-Achse aufgezeigt, während der Abstand von der Diagonalen dem über private Quellen finanzierten Anteil entspricht.

Andere wesentliche Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten, insbesondere bei Organisation, Bereitstellung und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung, werden deutlich, wenn die Aufteilung zwischen und innerhalb der Sektoren der Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung im weiteren Sinne genauer untersucht wird.

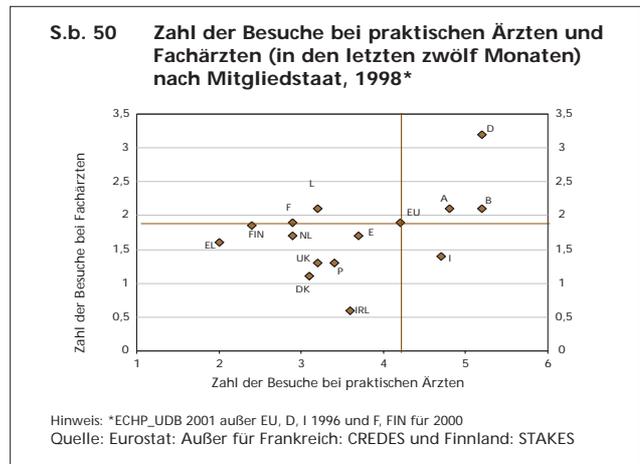
Systeme der Primärversorgung

Die Unterschiede zwischen den Systemen der primären Versorgung werden deutlich, wenn man die Inputfaktoren genauer unter die Lupe nimmt, etwa die Zahl der Ärzte und die Art der Inanspruchnahme der Systeme. Einen Hinweis hierauf gibt die Zahl der Besuche bei praktischen Ärzten und bei Fachärzten in den Mitgliedstaaten.

Die Zahl der Ärzte je 100 000 Einwohner schwankt zwischen den Mitgliedstaaten innerhalb einer Bandbreite von 1 bis fast 3: so gibt es in Italien fast 600 Ärzte je 100 000 Einwohner, in Irland und im Vereinigten Königreich dagegen nur etwa 200.

In Belgien, Frankreich, Österreich und Finnland sind fast die Hälfte aller Ärzte praktische Ärzte, während in Spanien, Irland, Italien, den Niederlanden, Portugal und Schweden über 80 % Fachärzte sind. Über den Anteil der in Krankenhäusern tätigen Ärzte liegen für neun Mitgliedstaaten Daten vor. In Frankreich und Italien beträgt dieser Anteil weniger als ein Drittel, was den Schluss zulässt, dass hier der Sektor der Primärversorgung eine besondere Rolle spielt. Im Gegensatz dazu arbeiten in Dänemark, Portugal und im Vereinigten Königreich über zwei Drittel aller Ärzte in Krankenhäusern.

Innerhalb des Systems der Primärversorgung schwankt die Zahl der Besuche bei praktischen Ärzten und bei Fachärzten. Am einen Ende der Skala weist Deutschland mit durchschnittlich 8,4 Besuchen pro Person und Jahr die höchste Zahl von Arztbesuchen bei praktischen wie bei Fachärzten auf. In Österreich und Belgien ist die Lage ähnlich, was insbesondere auf die hohe Zahl von Besuchen bei praktischen Ärzten zurückgeht. Dagegen entsprechen die Zahlen für das Vereinigte Königreich, Irland, Dänemark, Portugal und Griechenland etwa der Hälfte der Werte für Deutschland. Finnland, Frankreich, die Niederlande und Luxemburg kommen dem EU-Durchschnitt hinsichtlich der Besuche bei Spezialisten am nächsten (EU15-Durchschnitt 1,9/Jahr), liegen jedoch unter dem EU-Durchschnitt, was die Inanspruchnahme von praktischen Ärzten anbelangt (EU15-Durchschnitt 4,2/Jahr).



Die große Zahl von Facharztbesuchen in Deutschland, Belgien und Luxemburg kann zum Teil darauf zurückgeführt werden, dass die praktischen Ärzte in diesen Ländern keine Türöffnerfunktion ("gatekeeper") für eine Behandlung durch den Facharzt übernehmen. Mit anderen Worten, aufgrund der in diesen Ländern bestehenden Möglichkeit, direkt einen Facharzt aufzusuchen, steigt die Nachfrage nach fachärztlichen Diensten zweifellos. Darüber hinaus hat sich der Unterschied zwischen Ärzten der Primärversorgung und Fachärzten zunehmend verwischt, so dass viele ausgebildete Fachärzte auch Dienstleistungen anbieten, die der medizinischen Grundversorgung zuzuordnen sind. So sind beispielsweise in Deutschland, dem Land mit der höchsten Zahl von Besuchen bei praktischen wie bei Fachärzten, rund 60 % der Ärzte, die in einer Praxis arbeiten, Fachärzte<sup>124</sup>, die häufig Dienste der medizinischen Grundversorgung ebenso anbieten wie fachärztliche Leistungen.

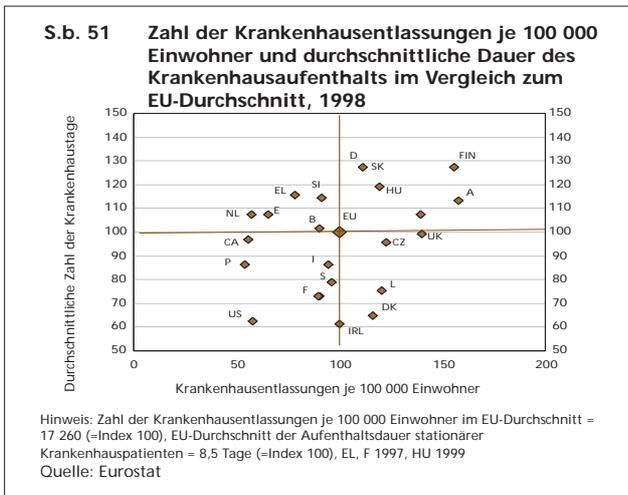
In den meisten Ländern, in denen die Neigung zur Konsultation von Spezialisten im Durchschnitt weniger stark ausgeprägt ist (Dänemark, Irland, Italien, Niederlande, Portugal, Spanien und Vereinigtes Königreich), sind Überweisungen durch den praktischen Arzt für den Zugang zu fachärztlicher Behandlung erforderlich, wodurch sich sicherlich die Zahl der Besuche bei Spezialisten reduziert. In diesen Ländern stehen Besuche bei Allgemein- auf der einen und Fachmedizinern auf der anderen Seite eher in einem komplementären als in einem konkurrierenden Verhältnis zueinander. Mit Ausnahme von Italien gaben diese Länder auch einen unterdurchschnittlichen Trend zur Hinzuziehung praktischer Ärzte an. Dies deutet darauf hin, dass sich hier die relativ schwach ausgeprägte Neigung, praktische Ärzte hinzuzuziehen, auch in einer relativ geringen Neigung zur Konsultation von Fachärzten widerspiegelt.

Für die Länder in der oberen rechten Ecke der vorstehenden Grafik (Deutschland, Belgien und Österreich), in denen überdurchschnittlich häufig praktische und Fachärzte aufgesucht werden, gilt diese Erklärung des 'Sich-Gegenseitig-Ergänzens' nur für Österreich, wo praktische Ärzte auch als "gatekeeper" zu Spezialisten fungieren. In Belgien und Deutschland kann man ohne eine ärztliche Überweisung direkt zum Spezialisten gehen. Daher handelt es sich in diesen Ländern bei der Zahl der Besuche bei praktischen Ärzten und bei Fachärzten nicht unbedingt um eine komplementäre Beziehung.

124 U.S. GAO, 1993

Systeme der Sekundärversorgung

Im sekundären Sektor, d. h. dem System der stationären Krankenhausversorgung, sind die Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten noch größer. Der Trend, Menschen ins Krankenhaus einzuweisen, geht aus der Zahl der Entlassungen von stationären Patienten hervor, wobei das Verhältnis zwischen der hohen Zahl für Österreich und der geringen Zahl für Portugal drei zu eins beträgt. Die Neigung, stationäre Patienten im Versorgungs- und Pflegesystem zu belassen, ergibt sich aus der 'durchschnittlichen Dauer des Krankenhausaufenthalts', bei der das Verhältnis zwischen dem Wert für Deutschland und den Werten für Irland zwei zu eins beträgt. Beide Indikatoren sind in nachstehender Grafik dargestellt.



Wenn man die beiden Indikatoren ('Zahl der Krankenhausentlassungen' und 'durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthalts') miteinander multipliziert, erhält man die Zahl der Krankentage je 100 000 Einwohner, und hier beträgt das Verhältnis zwischen den Extremwerten vier zu eins. Am einen Ende der Skala ist in Finnland eine stark ausgeprägte Neigung zur Einweisung von Menschen ins Krankenhaus sowie eine lange Aufenthaltsdauer der stationären Patienten im Krankenhaus festzustellen, was einen durchschnittlichen 'Krankentagewert' ergibt, der das Doppelte des EU-Durchschnitts beträgt. Ebenso besitzen Deutschland, Österreich und das Vereinigte Königreich Systeme, die stark zu Krankenhauseinweisungen neigen, wobei die Gesamtzahl der Krankentage ein Drittel über dem EU-Durchschnitt liegt. In diesen Fällen scheint eine auf Kostendämpfung ausgerichtete Politik wenig erfolgreich gewesen zu sein. Am anderen Ende der Skala befinden sich Portugal, Irland, Frankreich und die Niederlande sowie in geringerem Maße Spanien, Dänemark und Schweden, wo der Trend zur Unterbringung der Patienten in Krankenhäuser und zu langen Krankenhausaufenthalten nur wenig ausgeprägt ist. Diese Systeme entsprechen eher dem amerikanischen und kanadischen Vorbild, wo die Zahl der Krankentage weit unter dem EU-Durchschnitt liegt.

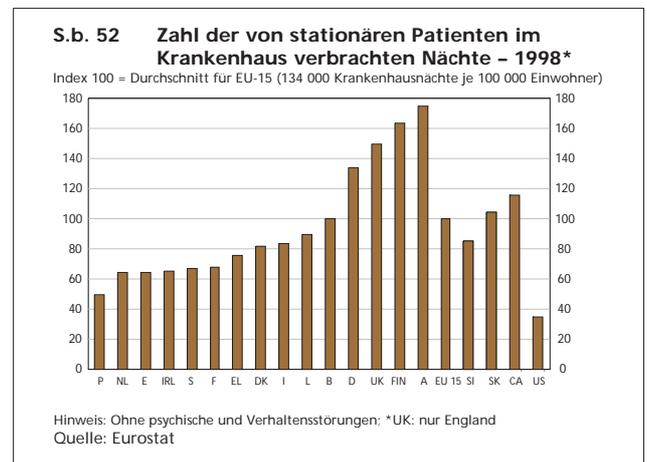
Bei einer Analyse der stationären Behandlung psychisch und verhaltensgestörter Patienten weichen die Mitgliedstaaten besonders stark voneinander ab. Die Zahl der aus dem Krankenhaus entlassenen psychisch und verhaltensgestörten Patienten je 100 000 Einwohner schwankt innerhalb einer Bandbreite von 1 bis 15: in Portugal gibt es 116 Entlassungen je 100 000 Einwohner, in Finnland sind es 1 787. In Deutschland und Österreich zusammen mit Schweden und Luxemburg werden psy-

chisch und verhaltensgestörte Patienten tendenziell häufig ins Krankenhaus eingewiesen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von psychisch und verhaltensgestörten Patienten in Krankenhäusern in der EU betrug 1998 24 Tage, eine Zahl, die allerdings rückläufig ist. Auch hier schwanken die Zahlen innerhalb einer Bandbreite von 1 bis etwa 15: im Vereinigten Königreich beträgt die durchschnittliche Dauer 6 Tage gegenüber 96 Tagen in Griechenland.

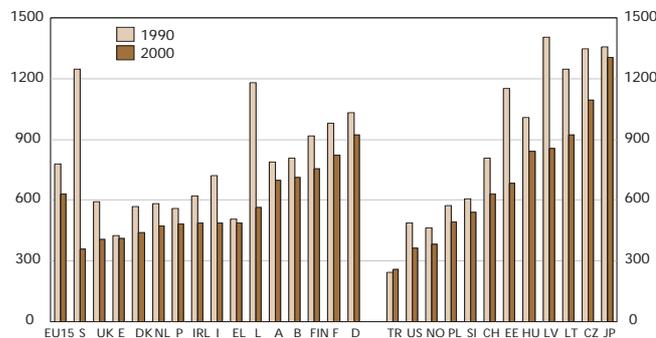
Die durchschnittliche Zahl der von psychisch und verhaltensgestörten Patienten im Krankenhaus verbrachten Tage je 100 000 Einwohner in der EU liegt bei 13 000, schwankt jedoch erheblich von Mitgliedstaat zu Mitgliedstaat. Während einige Mitgliedstaaten den Schwerpunkt auf Unterbringungen in die Krankenhäuser legen, versuchen andere, Menschen mit leichten psychischen und Verhaltensstörungen außerhalb von medizinischen Einrichtungen zu behandeln, um ihre soziale Ausgrenzung zu verhindern.

Ein Zehntel der von stationären Patienten durchschnittlich im Krankenhaus verbrachten Tage in der EU geht noch immer auf psychische und Verhaltensstörungen zurück. In Dänemark und im Vereinigten Königreich, wo einer von 67 Krankentagen auf psychische Störungen zurückzuführen ist, ist kaum Spielraum für eine weitere Verkürzung der Krankenhausaufenthaltsdauer zur Kostendämpfung vorhanden. Dieser Spielraum ist in anderen Mitgliedstaaten wie Griechenland, Schweden und Spanien, wo der Anteil der aufgrund psychischer Störungen im Krankenhaus verbrachten Tage bei einem Viertel, einem Fünftel bzw. einem Siebtel liegt, erheblich höher.

Wenn eintägige Krankenhausaufenthalte und psychische und Verhaltensstörungen ausgenommen werden, tritt der generelle Kontrast zwischen Systemen mit starker und schwacher Neigung zur Krankenhauseinweisung deutlich zutage. In Österreich ist die Quote der Krankenhauseinweisungen am höchsten, gefolgt von Finnland, dem Vereinigten Königreich und Deutschland, wo die Werte um mindestens ein Drittel über dem europäischen Durchschnitt liegen. Eine zweite Gruppe mit Belgien, Luxemburg, Italien, Dänemark und Griechenland weist Werte auf, die von einem Wert nahe dem EU-Durchschnitt bis zu 75 % des EU-Durchschnitts reichen. Eine dritte Ländergruppe, der alle noch verbleibenden Mitgliedstaaten angehören, verzeichnet Werte von rund zwei Dritteln des EU-Durchschnitts. Bemerkenswert ist, dass die Länder, in denen Krankenhausaufenthalte von eintägiger Dauer am weitesten verbreitet sind, nicht der Ländergruppe mit einem ausgeprägten Hang zu Krankenhauseinweisungen angehören. In den Niederlanden waren 60 % aller Krankentage im Jahr 2000 1-Tages-Fälle, während die entsprechende Zahl 1993 bei 35 %



**S.b. 53 Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner, 1990-2000\***



Hinweis: Außer 1990-99 für EU-15, DK, D, EL, IRL, I, L, P, CH, JP und 1992-2000 für S; (die Daten für Schweden werden erst nach der Umstellung der Kodierung 1991-92 berücksichtigt). Quelle: Eurostat

lag. Dänemark und Schweden, die seit 1991 eine Kostendämpfungspolitik im Krankenhausbereich verfolgen, melden ebenfalls hohe Werte bei eintägigen Krankenhausbehandlungen. Am anderen Ende der Skala steht Deutschland, dessen Werte 1999 nur 5 % betragen.

Auch wenn praktische Ärzte als "gatekeeper" zum Sekundärversorgungssystem fungieren, wie dies in vielen Mitgliedstaaten der Fall ist, ist der Nachfragedruck im System der Sekundärpflege am höchsten. In einigen Mitgliedstaaten (Spanien, Portugal und Irland) bieten die Notaufnahmen der Krankenhäuser auch einen direkten Zugang zum Sekundärversorgungssystem oder ermöglichen es Patienten, Wartelisten zu umgehen.

Die Zahl der Krankenhausbetten ist ein weiterer Indikator auf der Angebotsseite. Die Zahl der Betten je 100 000 Einwohner schwankt von Mitgliedstaat zu Mitgliedstaat erheblich. In Deutschland und Österreich besteht zwischen der Zahl der Betten und der Zahl der von stationären Patienten im Krankenhaus verbrachten Nächte ein klarer Zusammenhang. In Frankreich ist das Verhältnis ähnlich hoch, doch die Belegungsquote der Krankenhausbetten ist mit einer jährlichen Belegung von durchschnittlich weniger als vier Monaten im Vergleich zum EU-Durchschnitt von acht Monaten die niedrigste in der EU. Im Vereinigten Königreich dagegen ist die Bettenzahl gering, doch werden die Betten fast durchgängig belegt, wie dies auch in Finnland und Österreich der Fall ist. Die Entwicklung der Bettenzahl ist eindeutig rückläufig; in den 90er Jahren betrug der Rückgang in fast allen untersuchten Ländern im Durchschnitt 20 %. Diese Entwicklung wird in vorstehender Grafik veranschaulicht.

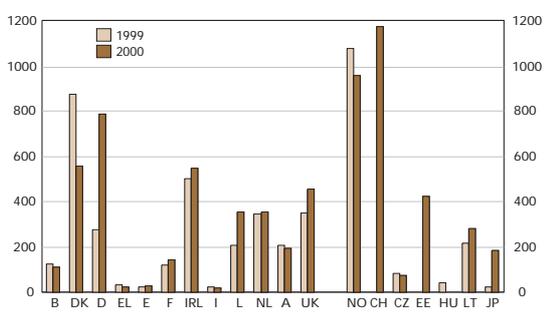
Systeme der Tertiärversorgung und -pflege

Im tertiären Versorgungs- und Pflegesystem werden in den Mitgliedstaaten im Verhältnis Mittel in sehr unterschiedlichem Umfang für die Unterbringung in Einrichtungen ausgegeben. Paradoxerweise stehen in Dänemark, wo man es eindeutig bevorzugt, ältere Menschen in ihren eigenen vier Wänden zu versorgen und zu betreuen, mehr Betten für die Langzeitpflege (725 je 100 000 Einwohner ohne Psychiatrie) zur Verfügung als für die normale Krankenhauspflege (494 je 100 000 Einwohner).

In Irland, im Vereinigten Königreich und Deutschland stehen je 100 000 Einwohner zwischen 350 und 550 Betten zur Verfügung, wobei Deutschland die Zahl der Pflegebetten im vergangenen Jahrzehnt fast verdreifacht hat. Schweden hat nach den Reformen Anfang der 90er Jahre die meisten dieser Betten aus

dem Gesundheitssystem abgezogen und dem Fürsorgebereich zugewiesen. Die Zahlen für Belgien und Frankreich liegen unter dem EU-Durchschnitt (zwischen 135 und 75 Betten je 100 000 Einwohner). Die Mitgliedstaaten am Mittelmeer liegen ebenfalls weit unter dem EU-Durchschnitt (mit 23 bzw. 30 Betten je 100 000 Einwohner in Italien bzw. Spanien). Der Grund hierfür ist, dass man wie in Spanien im Allgemeinen bei den Familienangehörigen lebt bzw. die Unterbringung älterer Menschen in Einrichtungen auf wenig Akzeptanz stößt.

**S.b. 54 Zahl der Pflegebetten je 100 000 Einwohner, 1990-2000\***



Hinweis: Außer L 1993; NL, A 1994; UK 1996; EL 1997; IRL 1998; DK, I 1999. Quelle: Eurostat

Den Vorausschätzungen des Haushaltsszenarios von Eurostat 1995 zufolge wird der in 'Anstaltshaushalten' lebende Bevölkerungsanteil über 80 Jahre bis 2010 auf 10 % ansteigen, wobei die Niederlande mit 24 % und Irland mit 19 % hohe Werte ausweisen und Spanien, Portugal und Schweden mit 4 % sehr niedrige. Der Anteil von 'Personen, die alleine leben' an dieser Altersgruppe soll den Vorausschätzungen zufolge EU-weit durchschnittlich 45 % betragen, wobei Spanien und Portugal bei unter 32 % und Schweden und Dänemark bei über 60 % liegen.

Im Europäischen Gesundheitsbericht 2002 der WHO (S. 116) wird hervorgehoben, dass die früher sehr strengen Abgrenzungen zwischen der primären und anderen Formen der Versorgung zunehmend verwischen. Im Zuge dieser Entwicklung werden auch gemeinsame Ziele für alle Pflegebereiche definiert. Sie macht aber auch ein verbessertes Service-Management und verbesserte Koordination erforderlich, um die Unterbringung im Krankenhaus und die stationäre Versorgung zu umgehen oder Ersatzformen dafür zu finden.

### 2.3.5 Gesundheitsausgaben

#### Öffentliche Erwartungen und Gesundheitsausgaben

Anerkanntermaßen könnten der Wandel der Altersstruktur der Bevölkerung und die Entwicklung medizinischer Technologien und Behandlungen erheblich an der Kostenschraube im Gesundheitswesen drehen. Die politischen Entscheidungsträger werden sich zusammen mit der Kostendämpfung auch dem neuen strukturellen Entwicklungstrend steigender Erwartungen stellen müssen. Änderungen der Lebensführung, der Arbeitsweise, der Einkommen, des Bildungsstandes und der Familienstrukturen bewirken eine Änderung der Einstellung der Menschen gegenüber der Gesundheitsversorgung. Verbraucherschutz, die weltweite Reisetätigkeit und das Internet haben den Zugang zu einer Fülle von Informationen zum Thema Gesundheit verbessert und erleichtert. Der technologische Fortschritt im Gesundheitswesen wirkt sich aber auch auf die Einstellung der Menschen gegenüber den Dienstleistungen aus, die sie von den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung erwarten.

Der Einstellungswandel geht aber auch mit einem gesteigerten Bewusstsein über die Rechte und Pflichten der Patienten, einer niedrigeren Toleranzschwelle gegenüber Benachteiligungen aus Gründen des Alters, Geschlechts, der Religion oder der ethnischen Zugehörigkeit und mit weniger Respekt gegenüber den Angehörigen des Gesundheitswesens (insbesondere Ärzten) einher. Der Wunsch nach mehr Wahlmöglichkeiten und mehr maßgeschneiderten Dienstleistungen, einer besseren Zugänglichkeit und mehr Entgegenkommen angesichts längerer Arbeitszeiten zusammen mit dem Zugang zu einer breiteren Palette ärztlicher Behandlungen einschließlich derjenigen, die jenseits der Grenzen des traditionellen Gesundheitssystems liegen, ist nachweislich weit verbreitet.

#### Neue Technologien und Gesundheitsausgaben

Derzeit ist noch unklar, wie sich die neuen Technologien auf die Gesundheitskosten insgesamt auswirken. Obwohl als Grund für die früher unablässig steigenden Gesundheitsausgaben häufig die 'Technologie' angeführt wurde, vor allem deshalb, weil der demografische Druck früher kaum von Belang war, sind unsere Kenntnisse darüber, wie die Technologie die Gesundheitskosten beeinflusst, beschränkt.

Theoretisch sollten neue Technologien eine Kostensenkung im Gesundheitswesen mit sich bringen, und zwar entweder durch Verkürzung des Krankenhausaufenthalts oder durch Einsparungen bei den fachärztlichen Kosten. Der technologische Wandel kann allerdings auch zu einem Anstieg der Gesundheitskosten beitragen, weil die bereits bestehenden Technologien intensiver genutzt oder aber neue Technologien eingeführt werden. Technologien können aber auch kostenintensiv und kostensteigernd sein, nämlich dann, wenn sie zusätzliche Qualifikationen oder organisatorische Änderungen erfordern oder wenn sie das bestehende Behandlungsangebot zwar erweitern, jedoch nur mit geringfügigen Effizienzsteigerungen verbunden sind. Außerdem wird oft angeführt, dass der technologische Fortschritt im Gesundheitswesen die Gesundheitskosten in die Höhe treibt, weil er seine eigene Nachfrage schafft. Wenn medizinische Technologien und neuar-

tige Behandlungsmethoden entwickelt werden, könnte einerseits die moralische Verpflichtung entstehen, diese auch zu nutzen, insbesondere zugunsten von Schwerkranken. Wenn andererseits die individuellen Kosten bestimmter Behandlungen aufgrund der modernen Technologie sinken, könnte – und sollte – dies zu einem besseren Zugang zu diesen Behandlungen führen, was wiederum die Nachfrage ankurbeln und die Kosten insgesamt steigern könnte.

Es ist schwierig, Beispiele für neue Technologien zu finden, die die Ausgaben im Gesundheitssystem als Ganzes (weniger für einzelne Patienten) gesenkt haben, denn bislang wurden die Auswirkungen neuer Technologien im Gesundheitssystem insgesamt kaum erforscht. Untersuchungen bestimmter Verfahren oder Erkrankungen deuten darauf hin, dass die Technologie je nach Krankheit und Verfahren unterschiedliche Auswirkungen haben kann.

#### Bewertung von Technologien im Gesundheitswesen

Da ständig neue Technologien einschließlich pharmazeutische Produkte, medizinische Geräte, Diagnoseverfahren und Bereitstellungsmechanismen eingeführt werden, haben die Gesundheitsbehörden großes Interesse an der Beurteilung der Kosteneffizienz und der Folgen des technologischen Wandels im Gesundheitswesen im weiteren Sinne.

EU-weit haben die Aktivitäten im Bereich der Bewertung von Technologien im Gesundheitswesen (HTA- Health Technology Assessment) in den letzten 10 Jahren erheblich zugenommen, allerdings mit ungleicher Verteilung<sup>125</sup>. Nachdem 1987 zunächst die schwedische Stelle SPU eingerichtet wurde, gibt es mittlerweile über 20 Organisationen in der EU, die dem International Network for Health Technology Assessment (INAHTA) angehören, ein Netz, welches jährlich mehr als 150 Berichte erstellt. Die meisten dieser HTA-Stellen nehmen beratende Funktionen wahr, wobei einige allerdings auch an Entscheidungen in Rückerstattungs- und Erfassungsfragen mitwirken. Eine Evaluation hat viele Gesichter: sie kann sich lediglich mit der klinischen Wirksamkeit oder aber mit anderen, weiter reichenden Dimensionen wie z. B. den sozioökonomischen Auswirkungen befassen.

Mehrere Mitgliedstaaten einschließlich Finnland, Irland, Niederlande, Portugal, Schweden und Vereinigtes Königreich (England & Wales) besitzen inzwischen bzw. entwickeln gerade gesetzliche Anforderungen an eine wirtschaftliche Evaluation. In anderen Ländern wie z. B. Dänemark, Frankreich, Deutschland, Italien und Spanien werden Nachweise der Wirtschaftlichkeit als Teil einer Evaluation immer wichtiger, allerdings auf freiwilliger Basis<sup>126</sup>.

In der wachsenden Bedeutung der Technikfolgenabschätzung im Gesundheitswesen kommen gemeinsame soziale und wirtschaftliche Kräfte zum Ausdruck. Der Druck, die 'Qualität' der Pflege für die Patienten zu verbessern, steigt ebenso wie der Druck, die Kosten einzudämmen, und das Bewusstsein darüber, dass durch Ausgaben für unwirksame Technologien anderen Patienten Opportunitätskosten aufgebürdet werden, wächst; dadurch wird zunehmend der Ruf nach Nachweisen für die finanziellen Auswirkungen und die Kosteneffizienz von Eingriffen laut.

125 McDaid D, Cookson R. Evaluating health care interventions in the European Union. Health Policy, 2002. Ferner Banta D., Oortwijn W. (Hg.) Special Section on health technology assessment in the European Union. International Journal of Technology Assessment in Health Care. 2000; 16(2): 299-638.

126 Cookson R, Maynard A, McDaid D, Sassi F, Sheldon T, eds. Analysis of the Scientific and Technical Evaluation of Health Care Interventions in the European Union. Bericht an die Europäische Kommission, Juli 2000. S. 1- 251. Aktualisiert im Mai 2001. London. London School of Economics and Political Science. Einsehbar unter [http://www.lse.ac.uk/Depts/lsehsc/astec\\_report.htm](http://www.lse.ac.uk/Depts/lsehsc/astec_report.htm).

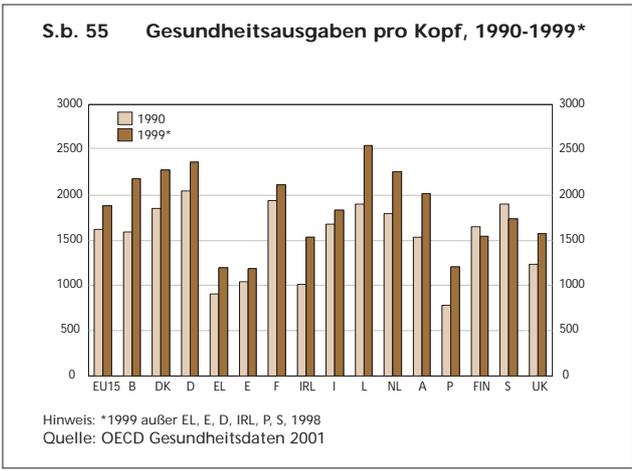
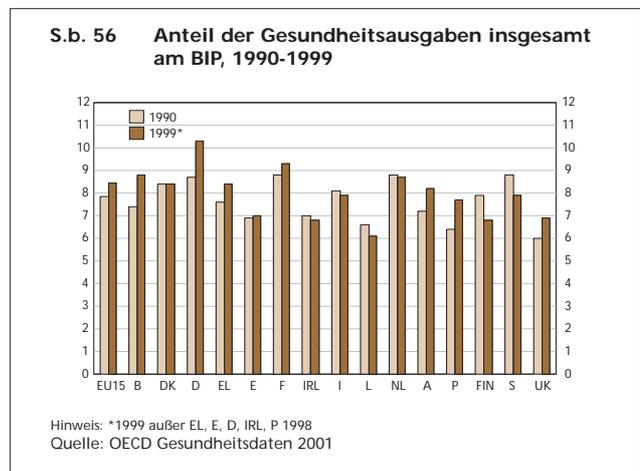
In vielen Mitgliedstaaten wurden inzwischen Strukturen für die Erstellung hochwertiger HTA geschaffen. Ob die damit vorliegenden Nachweise auch praktisch umgesetzt werden können, hängt letztendlich davon ab, ob Strukturen zur Förderung der Verbreitung, Anreize zur Förderung der Nutzung und Systeme zur Überwachung der Einhaltung der auf Nachweisen beruhenden Leitlinien geschaffen werden. Dabei geht es darum, diese Systeme aufzubauen und zu verfeinern.

**Entwicklung der Gesundheitsausgaben**

In den 60er Jahren und Anfang der 70er Jahre war in den größten OECD-Ländern ein rascher Anstieg der Sozialausgaben zu verzeichnen. Mitte und Ende der 70er Jahre geriet der Glaube, höhere Ausgaben für die Wohlfahrt seien nachhaltig, aufgrund der wirtschaftlichen Rezession zusammen mit steigenden Arbeitslosenkosten ins Wanken. Insgesamt haben sich in vielen Mitgliedstaaten die Fürsorgeausgaben stabilisiert. Real sind jedoch die Gesundheitsausgaben gestiegen.

Internationale Vergleiche der Daten über die Gesundheitsausgaben sind mit mehreren methodischen Problemen verbunden. Hierzu gehören organisatorische Unterschiede zwischen den Gesundheits- und Sozialfürsorgesystemen, die Vereinheitlichung der Definitionen in allen Mitgliedstaaten und unterschiedliche Datenerhebungsverfahren. Daher ist bei der Auslegung der Daten über Gesundheitsausgaben Vorsicht geboten. Die Daten machen jedoch trotzdem deutlich, dass die Gesundheitsausgaben pro Kopf in den 80er und 90er Jahren in den meisten EU-Mitgliedstaaten weiterhin gestiegen sind, wenn auch nicht im gleichen Umfang wie in den 70er Jahren. Auch die öffentlichen Gesundheitsausgaben sind weiter angestiegen, insbesondere in Deutschland, Irland, den Niederlanden und im Vereinigten Königreich, wo sie schneller gewachsen sind als die Gesamtausgaben.

erfolgreichen Eindämmung des Anstiegs der Gesundheitsausgaben, sondern vielmehr des wirtschaftlichen Wachstums. So sind beispielsweise in Irland zwischen 1995 und 1998 die Gesundheitsausgaben um 3,4 % gestiegen, das Wirtschaftswachstum bezifferte sich auf 8,8 %. In Finnland und Schweden gingen die Gesundheitsausgaben tatsächlich zurück. In Schweden ist der Rückgang das Ergebnis des Zusammenwirkens mehrerer Effekte: einer einschneidenden Kostendämpfungspolitik sowie einer Verlagerung der Ausgaben vom Gesundheitsbudget auf das Budget für soziale Dienste. Die schwere wirtschaftliche Rezession in Finnland hat zu Einschnitten bei den Ausgaben in großem Maßstab geführt, insbesondere bei den öffentlichen Ausgaben. Insgesamt lag der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am BIP im Jahr 1999 zwischen 10,3 % in Deutschland und 6,1 % in Luxemburg, der gewichtete Durchschnitt bezifferte sich auf 8,4 %.



**Ausgaben nach Sektor**

Die Gesundheitsausgaben können nach den Bereichen der Gesundheitsversorgung aufgeschlüsselt werden, für die Gelder aufgewendet werden. Ein Schlüsselement bei den Gesundheitsausgaben, welches bei der Ausgabenkontrolle im Vordergrund steht, sind die Krankenhauskosten. Der Anteil der Krankenhauskosten in der EU an den gesamten Gesundheitsausgaben ist seit den 80er Jahren ziemlich stabil geblieben. Die vorliegenden Daten ergeben, dass in zwölf der fünfzehn Mitgliedstaaten der Krankenhausbereich über 40 % der gesamten Gesundheitsaufwendungen entspricht. Der Anteil der Krankenhauskosten an den gesamten Gesundheitskosten schwankt allerdings zwischen 31 % und 61 %. Trotz der Bemühungen vieler Mitgliedstaaten, die Rolle der medizinischen Grundversorgung zu stärken, bleiben die relativen Kosten der sekundären und tertiären Krankenhausversorgung auch weiterhin dominant.

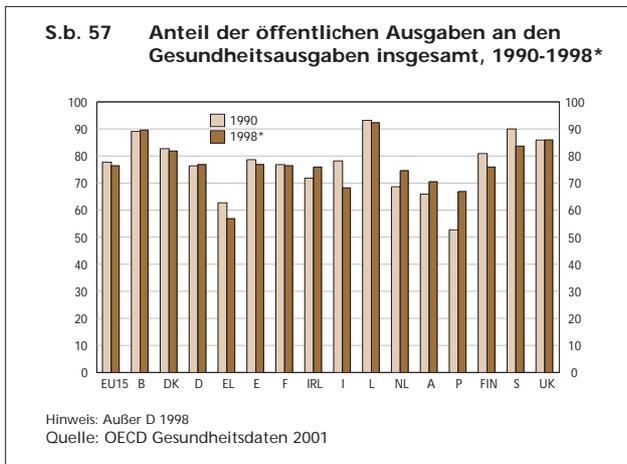
In den 90er Jahren hat sich der Anteil der durchschnittlichen Gesundheitsausgaben insgesamt am Bruttoinlandsprodukt (BIP) in den meisten EU-Mitgliedstaaten stabilisiert. Nur Deutschland, Griechenland und Luxemburg haben in der zweiten Hälfte der 90er Jahre ihren Höchststand erreicht. In 8 der 15 EU-Mitgliedstaaten ist das BIP jedoch zwischen 1995 und 1998 schneller gestiegen als die Gesundheitsausgaben, und in vier weiteren sind die Gesundheitsausgaben nur geringfügig schneller gewachsen als das BIP. Daher ist in manchen Mitgliedstaaten die Stabilisierung der Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP nicht Ausdruck einer

Auch der Anteil der pharmazeutischen Ausgaben an den Gesamtausgaben ist gestiegen, liegt jedoch noch immer unterhalb von 20 % der gesamten Gesundheitsausgaben, mit Ausnahme von Frankreich, Portugal, Spanien und Italien. In Frankreich könnten die verschiedenen Indikatoren aufgrund der Zahl der pro Person konsumierten Arzneimittelpackungen auf einen übermäßigen Konsum von Medikamenten hinweisen. Legt man den Indikator der in Apotheken eingekauften Medikamente zugrunde, liegen die Pro-Kopf-Zahlen in Frankreich ein Drittel über dem Durchschnitt in Deutschland, Italien, im Vereinigten Königreich und in Spanien, entsprechen

allerdings "nur" drei Viertel des Arzneimittelkonsums in den USA. Bei den Indikatoren der gesamten pharmazeutischen Ausgaben pro Kopf, ausgedrückt in Kaufkraftparitäten (KKP), sind ähnliche Abweichungen festzustellen, ungeachtet der Tatsache, dass der Anteil der französischen Bevölkerung, der nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel oder Vitamine einnimmt, geringfügig unter dem europäischen Durchschnitt liegt. Dies deutet darauf hin, dass der hohe Arzneimittelkonsum in erster Linie durch das Gesundheitssystem selbst gesteuert wird.

### Finanzierungsquellen

Die Gesundheitssysteme in Europa werden aus verschiedenen Quellen finanziert (vgl. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J., "Funding health care: Options for Europe". Buckingham: Open University Press). In den Mitgliedstaaten werden die öffentlichen Gesundheitsausgaben meist über Steuern und Sozialversicherungsbeiträge finanziert. Außer in Griechenland, Italien und Portugal liegt der Anteil der privaten Aufwendungen (aus Privatversicherungen und Baraufwendungen) bei unter 30 % der gesamten Gesundheitsausgaben. In der nachstehenden Grafik ist der Anteil der aus öffentlichen Geldern finanzierten Gesundheitsausgaben insgesamt für die Jahre 1990 und 1998 dargestellt, wobei die noch verbleibenden Beträge aus privaten Quellen stammen. Zuzahlungen bzw. Abgaben der Benutzer stellen eine ergänzende Form der Finanzierung dar, die im Rahmen aller drei Hauptfinanzierungsarten zum Tragen kommen kann.



Die Mischung aus öffentlichen und privaten Geldern zur Finanzierung des Gesundheitswesens hat Auswirkungen auf die Verteilung der Mittel. Internationale Vergleiche bestätigen übereinstimmend, dass Gesundheitssysteme, die im Wesentlichen privat finanziert werden, im Hinblick auf ihre Verteilungseffekte regressiver sind als die in erster Linie aus öffentlichen Mitteln finanzierten Systeme.

### Steuern

Steuern spielen bei der Finanzierung der Gesundheitssysteme in fast allen europäischen Ländern eine Rolle. In Finnland, Dänemark, Irland, Italien, Portugal, Spanien, Schweden und im Vereinigten Königreich sind sie die wichtigste Finanzierungsquelle überhaupt. Dabei sind in Dänemark, Finnland und Schweden sowie seit 2000 auch in Italien regionale und/oder Gemeindesteuern die Haupteinnahmequelle für das Gesundheitswesen. In Griechenland, Portugal, Spanien und im Vereinigten Königreich sind nationale Steuern die wichtigste

Einnahmequelle. Zweckgebundene Einkommensteuern für die Gesundheit leisten in Frankreich und Italien einen Beitrag zu den Einnahmen für die Gesundheitsversorgung. In Belgien und im Vereinigten Königreich ist zumindest ein Teil der Steuereinnahmen aus dem Verkauf von Zigaretten für die medizinische Versorgung bestimmt.

Steuereinnahmen werden aber auch für Beihilfen bzw. Übertragungen an Sozialversicherungsfonds genutzt. Steuergelder können zur Deckung der Beiträge von Nichterwerbstätigen an Versicherungskassen übertragen werden, um so Versorgungslücken zu vermeiden. Nichterwerbstätige erhalten dieselben Ansprüche wie die Erwerbsbevölkerung und haben Zugang zu denselben Anbietern; auf diese Weise wird das Solidaritätsprinzip in der Bevölkerung durchgängig gewahrt. Damit können außerdem Doppelfunktionen in Verwaltung und Einkauf vermieden werden. Mit Steuergeldern können aber auch Defizite von Versicherungskassen gedeckt werden. Auf diese Weise kann eine Erhöhung der Beiträge von Jahr zu Jahr und damit ein Anstieg der Arbeitskosten der beitragspflichtigen Arbeitnehmer verhindert werden. Wenn die Versicherer andererseits das Defizitrisiko nicht tragen, besteht auch kein Anreiz mehr für sie, die Kosten einzudämmen oder effizient zu wirtschaften. Einige Mitgliedstaaten geben in ihren Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen Steuerübertragungen an Sozialversicherungskassen nicht an, während andere Mitgliedstaaten diese ausdrücklich ausweisen.

### Krankenversicherung

Eines der Definitionsmerkmale von Krankenversicherungen betrifft die Anforderung, ein vom Staat unabhängiges Beitragsinkassosystem einzurichten, da die Krankenversicherung ansonsten eine lohnggebundene Sozialversicherungssteuer wäre. Bei Inkassobeauftragten kann es sich um eine einzelne Sozialversicherung (Belgien) handeln, oder aber das Inkasso wird unabhängigen Fonds (Frankreich), individuellen Krankenversicherungen, die beruflich oder geografisch definiert sind (Österreich, Deutschland), oder Verbänden von Versicherungskassen (Luxemburg) übertragen. Krankenversicherungsbeiträge sind in Frankreich, Deutschland, Luxemburg und den Niederlanden die wichtigste Finanzierungsquelle. Österreich, Belgien und Griechenland besitzen duale Systeme, bei denen die aus Steuern und die aus der Krankenversicherung finanzierten Anteile etwa gleich hoch sind.

Im Rahmen der Ende der 80er und in den 90er Jahren vorgelegten Reformvorschläge sollte zwischen den Krankenversicherungsanbietern das Wettbewerbsprinzip eingeführt werden. Theoretisch vergrößert sich bei einem System konkurrierender öffentlicher Versicherer das Angebot, die Beitragssätze sinken, und die Qualität steigt. Allerdings können dadurch auch Probleme in Form von 'Rosinenpickerei' oder einer Risikoselektion (adverse selection) entstehen, mit der Folge, dass sich die Risiken bei bestimmten Kassen konzentrieren und die Beitragssätze auseinander klaffen. Die Gründe für die in Deutschland und in den Niederlanden gestarteten Versuche, Wettbewerb zwischen den Versicherern einzuführen, waren finanzieller Natur, zielten aber auch auf eine Effizienzsteigerung bei den Versicherern, eine Annäherung der Beitragssätze sowie eine Senkung der Beitragssätze bzw. zumindest eine Verlangsamung des Anstiegs und weniger auf eine Erweiterung der Wahlmöglichkeiten für die Versicherungsnehmer ab. Da gesetzliche Versicherer verpflichtet sind, nahezu alle Bewerber anzunehmen, erfordert Wettbewerb zwischen den einzelnen Kassen einen Mechanismus für den Risikoausgleich, damit verhindert werden kann, dass der eine oder andere Versicherer ein unverhältniss-

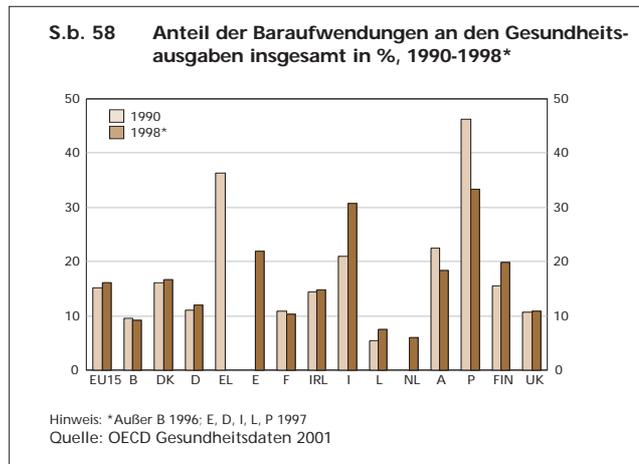
mäßig hohes/geringes Risiko trägt oder sich in verdeckter Form die 'Filetstückchen' aussucht.

*Private Krankenversicherungen*

Aufgrund der frühzeitigen Entstehung freiwilliger Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit in Europa und deren späterer Umwandlung in nationale Krankenversicherungen blieb für private Krankenversicherungen nur wenig Raum. Die freiwillige Krankenversicherung in der EU spielt eine Ersatz-, ergänzende oder zusätzliche Rolle. Nur in wenigen Mitgliedstaaten ersetzen Privatversicherungen die staatliche Versicherung für bestimmte Bevölkerungsgruppen. Ergänzende Versicherungen ermöglichen den Zugang zu Dienstleistungen, die im Rahmen staatlicher Versicherungssysteme (Zusatzpolice) nicht angeboten werden, bzw. decken Aufwendungen der Benutzer ab, während Zusatzversicherungen dem Verbraucher eine größere Auswahl sowie einen Zugang zu Dienstleistungen von höherer Qualität oder einfach einen schnelleren Zugang zu den üblichen Standardleistungen bieten. Die private Krankenversicherung scheint damit die Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung noch zu vergrößern.

Freiwillige Krankenversicherungen in den Mitgliedstaaten können aber auch nach der Art der Prämienberechnung (Prämienfestsetzung nach Risiko, Gruppe oder Gemeinschaft), nach der Art der Leistungsfestsetzung und nach dem Status der Versicherungsanbieter (mit oder ohne Erwerbszweck) unterschieden werden. Wenn private Krankenversicherungen an die Stelle von staatlichen oder von gesetzlichen Pflichtversicherungen treten, wie in Deutschland oder den Niederlanden der Fall, werden dort Personen mit hohem Einkommen versichert. Da eine Beziehung zwischen Einkommen und Krankheitsrisiko besteht, führt eine Trennung von staatlichen und privaten Versicherungen entsprechend dem Einkommen dazu, dass sich Personen, die gesundheitlich stärker gefährdet sind, im staatlichen System wiederfinden. Damit wird der Umverteilungseffekt von Finanzierungsvereinbarungen unterlaufen. Bei den Institutionen, die private Krankenversicherungsprämien einziehen, kann es sich um private unabhängige Stellen handeln, etwa private gewinnorientierte Versicherungsunternehmen (in den meisten Ländern mit einem privaten Krankenversicherungsmarkt), um private Versicherungsgesellschaften ohne Erwerbszweck oder um Fonds.

Private Krankenversicherungen können über Steuergutschriften oder Steuerermäßigungen bezuschusst werden, wie dies in Österreich, Irland und Portugal der Fall ist. Deutschland und die Niederlande verfügen über beschränkte Steuerermäßigungen, was nicht unbedingt einen Anreiz darstellt, um sich bei privaten Anbietern zu versichern, da dieselben begrenzten Ermäßigungen auch für die Sozialabgaben gelten. Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Spanien, Schweden und das Vereinigte Königreich bieten keine Steuerermäßigungen für private Krankenversicherungen. Die Kosten für den laufenden Geschäftsbetrieb sind bei privaten Krankenversicherungen in der Regel höher, da hier Verwaltungskosten für Fakturierung, Vertragsabschluss, Marktanalysen und Marketing anfallen<sup>127</sup>. Der Verwaltungsaufwand für die Risikobewertung, die Prämienfestsetzung, das Schnüren komplexer Leistungspakete und die Überprüfung und Zahlung bzw. Ablehnung von Ansprüchen ist gewaltig. Zu den Problemen im Zusammenhang mit der Verbraucherinformation gehören auch die Definition von Leistungen und die Festsetzung von Prämien.



*Baraufwendungen/Zuzahlungen*

Der Anteil der privaten Zuzahlungen an den Gesundheitsausgaben in der EU ist in den 90er Jahren geringfügig gestiegen; 1998 betrug der Durchschnitt in der EU 16 %. In den meisten Mitgliedstaaten ist der Anteil der Baraufwendungen an den Gesundheitsausgaben erheblich höher als der Anteil der privaten Krankenversicherungsleistungen. Der Anteil der Baraufwendungen ist, wie aus vorstehender Grafik hervorgeht, in den mediterranen Mitgliedstaaten am höchsten und liegt in sechs Mitgliedstaaten bei rund 10 % oder darunter.

Während Baraufwendungen eine wichtige zusätzliche Einnahmequelle sein können, besteht ihre Hauptfunktion in der Regel zunächst darin, die Nachfrage zu drosseln. Außerdem werden zum Zweck der Ausgabenkontrolle bei pharmazeutischen Erzeugnissen in allen Mitgliedstaaten auch die Nutzer zur Kasse gebeten (Zuzahlungen eher als Direktzahlungen). Die Gesundheitsversorgung in der EU wird zwar weitgehend staatlich finanziert, doch gilt dies nicht für den pharmazeutischen Bereich, wo die privaten Ausgaben in vielen Mitgliedstaaten sehr hoch sind. In Belgien, Finnland, Griechenland und Italien werden die pharmazeutischen Ausgaben überwiegend privat finanziert. In Dänemark halten sich die hierfür aufgebrauchten privaten und öffentlichen Mittel in etwa die Waage. Außerdem ist in den letzten Jahren der staatliche Anteil in mehreren Mitgliedstaaten gesunken, weitgehend im Rahmen der Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Zwischen 1980 und 1997 ist der staatliche Anteil an den Gesamtausgaben für Pharmaka in neun der fünfzehn Mitgliedstaaten zurückgegangen. Dieser Rückgang war in Schweden, den Niederlanden, Portugal und im Vereinigten Königreich gering, in Italien und Belgien dagegen erheblich. Im Gegensatz hierzu ist in nur wenigen Mitgliedstaaten der Anteil der für Pharmaka aufgewendeten öffentlichen Mittel gestiegen, wobei dieser Anstieg in Irland sehr hoch war.

Neben den Zuzahlungen für pharmazeutische Produkte greift jeder Mitgliedstaat zum Zweck der Kostenkontrolle bei der zahnmedizinischen Versorgung auf Zuzahlungen zurück. Manche Mitgliedstaaten haben außerdem Zuzahlungen eingeführt, um die Kosten der ambulanten und stationären Dienstleistungen einzudämmen (z. B. Österreich, Belgien, Finnland, Frankreich, Irland, Luxemburg und Schweden), und zwar entweder durch Anhebung der bereits bestehenden Abgaben oder aber durch Einführung von Abgaben für Dienstleistungen, die zuvor kostenfrei waren.

<sup>127</sup> Es wurde angeführt, dass 'versteckte' Kosten für den laufenden Geschäftsbetrieb für den Patienten, etwa längere Wartezeiten, bei staatlich finanzierten Systemen tatsächlich höher sein können (Danzon und American Enterprise Institute for Public Policy Research 1994).

Im Allgemeinen gibt es in den Mitgliedstaaten dreierlei Arten von Zuzahlungen: Pauschalzahlungen, d. h. feste Kosten für bestimmte Dienstleistungen, Zusatzversicherungen als Anteil an den Gesamtkosten, und der Selbstbehalt, bei dem der Benutzer einen festen Teil der Kosten trägt. Der Selbstbehalt kann im Laufe der Zeit gesenkt werden.

Die Zuzahlungen können wie in Frankreich, Griechenland, Italien und Portugal je nach Medikamentengruppe unterschiedlich ausfallen oder, wie in Deutschland, nach Verpackungsgröße, während im Vereinigten Königreich und Österreich für alle Arzneimittel eine Pauschale angesetzt wird. In Belgien, Griechenland, Frankreich, Luxemburg, Portugal und Spanien zahlt der Patient einen festen Anteil an den Kosten zu. Eine Selbstbehaltsregelung ist in Dänemark, Finnland und Schweden üblich.

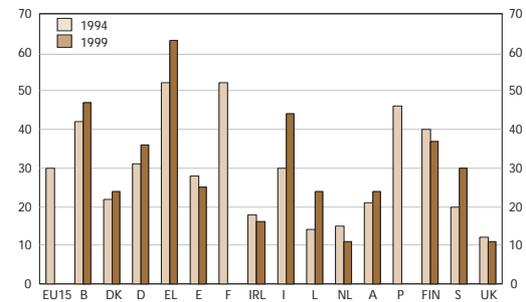
In vielen Mitgliedstaaten sind umfangreiche Bevölkerungsgruppen von den Zuzahlungen befreit, wodurch den Auswirkungen der Benutzerabgaben als Mittel zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen oder als einkommensstärkende Maßnahme Grenzen gesetzt sind. Diese regressive Beschaffenheit der Zuzahlungen kann durch Befreiungen verringert werden, falls diese bedürftigkeitsabhängig sind. Wenn Befreiungen allerdings auf anderen Faktoren als dem Einkommen beruhen, etwa Alter oder Krankheit, können sie zu horizontalen Ungleichheiten führen. In Österreich, Belgien, Dänemark, Finnland, Deutschland, Irland und Schweden wurden Einkommenssicherungssysteme eingeführt, indem für bestimmte Dienstleistungen eine jährliche Obergrenze bei den Zuzahlungen festgesetzt wurde. Kinder sind nicht in allen Mitgliedstaaten von den Zuzahlungen bei der Dentalprophylaxe befreit. In Dänemark, Irland und Spanien sind chronisch Kranke von Zuzahlungen bei Medikamenten befreit.

Nutzergebühren und Baraufwendungen mögen wirksame Möglichkeiten im Rahmen von Kostendämpfungsstrategien und/oder von Strategien zur Gewinnung von Finanzressourcen sein, die für eine Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen erforderlich sind. Doch können sie sich auch negativ auswirken, wenn es darum geht, einen uneingeschränkten, gleichwertigen Zugang für alle zu verwirklichen. Je nach Umfang und Inanspruchnahme können sich dadurch die sozialen Ungleichheiten beim Zugang noch verstärken und damit die bestehenden Ungleichheiten im Gesundheitswesen zusätzlich verschärfen.

Der europäischen Erhebung über Haushaltsrechnungen (Household Budget Survey)<sup>128</sup> zufolge schlägt sich die Entwicklung der Baraufwendungen/Zuzahlungen in den 90er Jahren als Anteil an den Gesamtausgaben nur zum Teil im Anteil der Verbraucherausgaben für Gesundheit nieder, wie aus der folgenden Grafik deutlich wird.

Die Grafik zeigt, dass in Belgien und Frankreich der Anteil der Verbraucherausgaben für Gesundheit erheblich über dem EU-Durchschnitt liegt. Dies lässt sich jedoch nicht anhand der relativ hohen Baraufwendungen in diesen beiden Ländern erklären, da der Anteil dieser Komponente an den gesamten Gesundheitsausgaben unter dem EU-Durchschnitt liegt. Wenn man die Entwicklung in den 90er Jahren betrachtet, schlägt

**S.b. 59 Anteil der Gesundheitsausgaben an den persönlichen Verbrauchsausgaben je Tausend**



Quelle: Erhebung über die Wirtschaftsrechnung privater Haushalte, Eurostat.

sich die Entwicklung der Baraufwendungen in Österreich (Rückgang) und Finnland (Anstieg) ebenfalls nicht in der Entwicklung des Anteils der Gesundheitsausgaben an den gesamten Verbraucherausgaben zwischen 1994 und 1999 nieder. Die Grafik macht aber auch deutlich, dass sich bei den Ländern, für die auch für 1999 Daten vorliegen, nur in Griechenland, Italien, Luxemburg und Schweden die relativen Gesundheitsausgaben in den fünf untersuchten Jahren erheblich geändert haben (Anstieg).

Aus den beiden vorstehenden Grafiken wird ebenfalls ersichtlich, dass in Ländern, in denen die Einkommen unter dem EU-Durchschnitt liegen, wie Griechenland, Italien und Portugal, im Verhältnis mehr private Mittel für die Gesundheitsversorgung aufgewendet werden müssen. Einer der Gründe hierfür könnte sein, dass die Elastizität des Gesundheitsstatus in Bezug auf das Einkommen in diesen Ländern gering ist. Dies bedeutet, dass die Menschen dort im Vergleich zu anderen Ländern einen größeren Teil ihres Einkommens für eine Dienstleistung oder die Behandlung eines gegebenen Standards ausgeben müssen.

Ein relativ hoher Anteil der über Baraufwendungen beschafften Mittel kann auch damit zusammenhängen, dass die Leistungen der Krankenversicherung von niedrigem Niveau sind und/oder die offizielle Vergütung des im Gesundheitswesen tätigen Personals gering ist. Dies kann dazu führen, dass ein inoffizielles graues oder schwarzes System zusätzlicher Gebühren entsteht, die bezahlt werden müssen, um die Standardleistungen in vollem Umfang in Anspruch nehmen zu können.

### 2.3.6 Finanzierung der Langzeitpflege<sup>129</sup>

Im Jahr 2000 reichte der Anteil der staatlichen Ausgaben für Langzeitpflege am BIP insgesamt in zehn Ländern, für welche Daten vorlagen, von 0,7 % (Frankreich, Irland und Österreich) bis zu 3 % (Schweden und Dänemark). Bis 2050 ist ein erheblicher Anstieg zu erwarten. So wird für die Niederlande, Schweden und Dänemark davon ausgegangen, dass der Pro-Kopf-Anstieg des Anteils der Ausgaben für Langzeitpflege am BIP in den nächsten 50 Jahren bei über 2 % liegen wird, wäh-

128 Die Eurostat-Haushaltsrechnung macht den Aufbau der Verbraucherausgaben aufgeschlüsselt nach COICOP (Klassifikation der Verwendungszwecke des Individualkonsums) deutlich. Die erste Stufe der COICOP-Klassifikation über Gesundheitsausgaben sind (1) medizinische Erzeugnisse, Geräte und Ausrüstungen, (2) ambulante Behandlungen und (3) stationäre Behandlungen.

129 Die Angaben zu diesem Abschnitt stammen aus: a) Wittenberg, R., Becky, S. and Knapp, M., "Funding long-term care: the public and private options", in: Mossialos et. al., "Funding health care: options for Europe, Buckingham and Philadelphia, 2002 b) MISSOC (gemeinschaftliches Informationssystem zur sozialen Sicherheit in den EU-Mitgliedstaaten und im EFTA-Raum), Sozialschutz in den Mitgliedstaaten und im Europäischen Wirtschaftsraum, Stand 1. Januar 2001 und weitere Entwicklung.

rend sich in Frankreich und Italien der Anstieg auf etwa einen halben Prozentpunkt beziffert wird<sup>130</sup>.

Neben der technologischen Entwicklung und dem Wandel der Familienstrukturen stellt die Alterung eine weitere Herausforderung für die Finanzierung der Langzeitpflegesysteme in den EU-Mitgliedstaaten dar. Die Herausforderungen auf der Nachfrageseite werden durch Herausforderungen auf der Angebotsseite verschärft, die sich aus dem Schrumpfen der erwerbstätigen Bevölkerung und der sich daraus ergebenden Verknappung der Arbeitskräfte ergeben, denn diese werden von den verschiedenen Sektoren immer härter umkämpft sein. Daher kann es sich als zunehmend schwierig erweisen, das Betreiben der Langzeitpflegedienste auf gering qualifizierten Arbeitskräften mit schlechten Verdienstmöglichkeiten aufzubauen. Um auch in Zukunft für ein angemessenes Arbeitskräfteangebot zu sorgen, müssten Löhne, Fortbildung und Status des Personals verbessert bzw. angehoben werden, und dies stellt einen zusätzlichen Kostenfaktor dar. Bei der Organisation und Finanzierung von Konzepten für die Langzeitpflege muss daher den Herausforderungen auf der Angebots- wie auch der Nachfrageseite entsprechend Rechnung getragen werden.

Europaweit wird Langzeitpflege überwiegend von unbezahlten Ehegatten und Familienmitgliedern übernommen. Über diese informelle Pflege hinaus ist die Finanzierung der Langzeitpflege in der Union sehr unterschiedlich geregelt. Häufig ist sie auf verschiedene öffentliche Einrichtungen und Budgets aufgeteilt, normalerweise auf das Gesundheitsbudget und das Budget für soziale Dienste. Daher gibt es in vielen Mitgliedstaaten kein gesondertes System für die Langzeitpflege. Dies ist für Belgien, Griechenland, Spanien, Frankreich, Italien, Finnland und das Vereinigte Königreich der Fall. In manchen Mitgliedstaaten ist Langzeitpflege durch ein Versicherungssystem gedeckt. Dies trifft auf Belgien, Deutschland, Griechenland, Spanien, Frankreich, Irland, Luxemburg, die Niederlande und Portugal zu. Manche Länder finanzieren diese Dienste hauptsächlich über die allgemeinen Steuern (Dänemark, Finnland, Schweden, Vereinigtes Königreich und Österreich).

Das französische Krankenversicherungssystem deckt die Pflegekomponente in Pflegeabteilungen von Krankenhäusern und Altenheimen über Sozialbeiträge. Ein ähnlicher Ansatz wird auch in den Niederlanden verfolgt, wo die Gesundheitsdienste für einen Großteil der Bevölkerung über die Krankenversicherung finanziert werden. Ein 'außerordentliches Kosten'-Element des Krankenversicherungssystems erstreckt sich jedoch auf Pflegeheime und auf kommunale soziale Dienste im Zusammenhang mit der Gesundheitsfürsorge (jedoch nicht auf die Versorgung in Altenheimen und auf häusliche Pflege). Dieser in den Niederlanden eingerichtete besondere Fond für Langzeitpflege wird aus Beiträgen finanziert, die zusammen mit den Steuern erhoben werden, und durch Mittel der Zentralregierung ergänzt.

Soziale Dienste in Verbindung mit der Langzeitpflege werden häufig vor Ort bereitgestellt. Schweden beispielsweise hat 1992 die Zuständigkeit für die Langzeitpflege älterer und behinderter Menschen den Städten übertragen. Eine ähnliche Umstellung fand im gleichen Zeitraum in Dänemark statt. Das dänische System ist ein universelles System, bei dem Gesundheits- und soziale Dienste über die allgemeinen Steuern finanziert werden, wobei die Langzeitpflege weitgehend über Gemeindesteuern bestritten wird. Ähnlich sind in Finnland die

Kommunalbehörden für die Finanzierung der Langzeitpflege als Teil der Gesundheitsversorgung und der sozialen Dienste zuständig. Österreich besitzt ein steuerfinanziertes Langzeitpflegesystem, das von der Bundesregierung und den Bundesländern betrieben wird.

Das System im Vereinigten Königreich ist ein beitragsfreies, staatlich finanziertes System, welches Bar- und Sachleistungen für ältere oder behinderte Menschen und ihre Pflegekräfte bereitstellt. Die Gesundheitsdienste werden in erster Linie über die allgemeinen Steuern finanziert. Die sozialen Dienste werden über allgemeine und lokale Steuern und meistens auch über Gebühren seitens der Nutzer finanziert. Im Vereinigten Königreich wurde die Finanzierung der Langzeitpflege 1993 reformiert, um die Zuständigkeit stärker auf die lokale Ebene zu verlagern. So wurden kommunale Einrichtungen mit der Bewertung des Pflegebedarfs und den entsprechenden Pflegevorkehrungen betraut.

Die meisten Mitgliedstaaten besitzen ein beitragspflichtiges Sozialversicherungspflichtsystem. In manchen Fällen wird für Bedürftige, die nicht versichert sind, ein über Steuern finanziertes zusätzliches Sozialfürsorgesystem betrieben. Dies ist in Belgien, Spanien und Deutschland der Fall. In Deutschland wurde 1995 eine spezielle Pflegeversicherung eingeführt. Seitdem sind Arbeitnehmer und Rentner in einer beitragspflichtigen Pflegeversicherung pflichtversichert. Vor Einführung dieser Pflegeversicherung war in Deutschland die Langzeitpflege im Rahmen des Systems der sozialen Sicherheit nicht versichert; die Kosten mussten von den Betroffenen im Rahmen eines bedürftigkeitsabhängigen Sicherheitsnetzes der Sozialfürsorge selbst getragen werden.

### 2.3.7 Mittelzuweisung und Zahlungssysteme

#### Mittelzuweisung

In den meisten Mitgliedstaaten wurde die Zuständigkeit für die Verwaltung der Gesundheitsversorgung bis zu einem gewissen Grad auf die lokale Ebene verlagert. Da diese Verlagerung in den Mitgliedstaaten in unterschiedlichem Maße erfolgt ist, haben die einzelnen Regierungen auch nicht überall in der EU dieselben Möglichkeiten, auf das System der Mittelzuweisung einzuwirken. In manchen Fällen hat der Zentralstaat weitgehend seine Befugnisse behalten, Ausgleiche und Regelungen vorzugeben, wie dies bei den nationalen Gesundheitssystemen offiziell der Fall war. Doch immer dann, wenn eine Kompetenzübertragung auf die regionale Ebene entweder aufseiten der Einziehung der Mittel oder aber der Mittelzuweisung erfolgt, ist das Ausmaß der staatlichen Kontrolle begrenzt. Auf der anderen Seite wird die Autonomie auf lokaler Ebene durch die Abhängigkeit von staatlichen Beihilfen möglicherweise eingeschränkt. Auch hier gestaltet sich die Landschaft in der EU im Hinblick auf die Regelungsbehörden recht abwechslungsreich, und in manchen Mitgliedstaaten wird über Reformen diskutiert, die den Regionen oder Kommunen mehr Autonomie bringen sollen.

Bei den damit beauftragten Einrichtungen kann es sich um eine Kommunalregierung (wie in Schweden), eine örtliche Verwaltungsbehörde (wie in Portugal) oder eine Krankenkasse (wie in Deutschland, Belgien und den Niederlanden) handeln. Die Funktionen Beitragserhebung und Akquisition sind normalerweise getrennt, und es gibt Mechanismen zur Zuweisung von Mitteln von der nationalen Ebene an die beauftragten

130 Wirtschaftspolitischer Ausschuss (2001): "Budgetary challenges posed by ageing populations".

Einrichtungen. Auch dort, wo die Verantwortung für die Erhebung der Beiträge Fonds übertragen wurde (wie in Deutschland), haben diese keinen direkten Zugriff auf die Gelder, sondern müssen diese auf nationaler Ebene in einen Pool einbringen. Selbstfinanzierte Sozialversicherungspläne gibt es nur in Österreich.

Für die Zuweisung von Mitteln an die beauftragten Einrichtungen gibt es im Wesentlichen drei Methoden: vollständige rückwirkende Erstattung aller Auslagen; Erstattung aller Aktivitäten nach einer festen Gebührenordnung und prospektive Finanzierung. Viele europäische Gesundheitssysteme haben versucht, von der ersten auf die dritte Möglichkeit umzustellen und haben hierzu ein prospektives Budget verabschiedet. Zur Berechnung dieser Budgets gibt es mehrere Möglichkeiten, einschließlich Angebote der Einrichtungen, Präzedenzfälle aus der Vergangenheit, politische Verhandlungen und objektive Bedürftigkeitsmessungen. Die ersten drei sind potenziell Ungleichheiten förderlich und bieten nicht genügend Anreize für ein effizientes Wirtschaften, so dass viele Mitgliedstaaten für die Aufstellung ihres Budgets eher wissenschaftlich orientierte Vorgehensweisen bevorzugen. In Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Italien, den Niederlanden, Portugal, Schweden und im Vereinigten Königreich wird die risikobereinigte Kopfpauschale verwendet, während in Spanien ein nicht bereinigtes Kopfpauschalen-System eingeführt wurde. Solche Methoden werden aus vielerlei Gründen verwendet. Mit der risikobereinigten Kopfpauschale soll gewährleistet werden, dass die Einrichtungen für Menschen mit demselben Bedarf an medizinischer Versorgung Mittel in gleichem Umfang bekommen, unabhängig von äußeren Faktoren wie Wohnort und Einkommen. Die Entscheidungen des jeweiligen für die Beurteilung des Risikos zuständigen Sachbearbeiters hängen bei aller Folgeschwere häufig weitgehend von der Verfügbarkeit von Daten ab.

In einigen Mitgliedstaaten wird die risikobereinigte Kopfpauschale mit anderen Formen der Mittelzuweisung kombiniert, etwa die historische Budgetierung, um die Einrichtungen vor einem uneingeschränkten Finanzrisiko zu schützen. Andere retrospektive Anpassungen werden zuweilen auf der Grundlage der tatsächlich getätigten Ausgaben vorgenommen. Damit werden kleinere Einrichtungen, die nur für eine kleine Bevölkerungsgruppe zuständig sind, vor unregelmäßigen Nachfrageschwankungen geschützt.

## Zahlungssystem

### *Im Bereich der Primärversorgung*

Die Entwicklung der Zahlung von Ärzthonoraren im Rahmen der sozialen Sicherung hat historisch drei verschiedene Methoden hervorgebracht: Einzelleistungsvergütung, Kopfpauschale und festes Gehalt, die sich alle unterschiedlich auf Kostendämpfungsbemühungen auswirken.

Bei der **Einzelleistungsvergütung** ("Fee-for-service") kann der Arzt dann, wenn die Regelung uneingeschränkt zur Anwendung kommt, frei darüber entscheiden, welche Leistung er - zum Wohle des Patienten - für angemessen erachtet, und wird nach Tarif für seine Leistungen bezahlt (beispielsweise korrigierende Eingriffe, medizinische Analyse und technisch gestützte Diagnose). Es wird häufig argumentiert, dass diese Freiheit zu einem inflationären Leistungskatalog führt und damit kostensteigernd wirkt. Dort, wo das System der Einzelleistungsvergütung noch immer üblich ist, werden zunehmend Korrekturen eingeführt, beispielsweise über diagnosegebundene Profile "bewährter

Praktiken' oder Einschränkungen der technologiebasierenden Leistungen, etwa Einschränkungen der Zahl der Ultraschallbehandlungen bei Schwangeren. Darüber hinaus ist aufgrund der Informations- und Kommunikationstechnologien eine bessere Überwachung der Praktiken anhand bestimmter Standards möglich. Das System ist in Belgien, Deutschland, Frankreich und Luxemburg üblich.

"Capitation"-Systeme (Behandlungs- oder Kopfpauschalen) beruhen auf der Zahlung einer bestimmten Summe pro Patient für einen bestimmten Zeitraum, unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme. Diese Systeme bieten eine hohe Prognosesicherheit sowie - zumindest in der Theorie - Anreize für eine effiziente Nutzung der verfügbaren Mittel. Das System ist allerdings mit einem doppelten Risiko verbunden. Zum einen führen die Ärzte möglicherweise weniger Untersuchungen und Verfahren durch, als der Patient tatsächlich benötigt, um Mittel einzusparen, insbesondere dann, wenn sie den Überschuss einbehalten können. Zum anderen können Ärzte zur "Rosinenpickerei" oder zur Risikoselektion verleitet werden. Daher ist ein Risikoausgleich ein Gebot der Fairness. In den meisten Ländern sind Ärzte zur Behandlung aller Patienten verpflichtet, bis die Patientenliste eine bestimmte Länge erreicht hat. Eine unbegrenzt lange Patientenliste würde Ärzten einen Anreiz bieten, sehr viele Patienten anzunehmen, wobei sie sich jedem einzelnen Patienten nur kurz widmen könnten. Das System der Kopfpauschale gewinnt an Bedeutung. Es ist inzwischen in Italien, den Niederlanden und im Vereinigten Königreich tonangebend. Je nach Status des Patienten wird es in Dänemark, Österreich, Schweden und Irland mit der Einzelleistungsvergütung kombiniert.

Das feste Ärztegehalt war bis zur Einführung der Kopfpauschale in gewissem Umfang das traditionell vorherrschende System in Portugal. Honorarzahungen auf der Grundlage eines Festgehalts machen bei Zahlungen an praktische Ärzte in Finnland (60 %) und Spanien (40 %) grob die Hälfte aus, im Verbund mit Kopfpauschalen und/oder Einzelleistungsvergütungen. Zahlungen auf der Grundlage eines festen Gehalts sind auch bei Ärzten in Gesundheitszentren wie in Griechenland und bei Krankenhausärzten in den meisten Mitgliedstaaten üblich. Zahlungssysteme, die ausschließlich auf einem Festgehalt beruhen, sind mit dem Risiko der Ineffizienz im Hinblick auf die optimale Behandlung der Patienten behaftet, denn da die Ärzte ein festes Gehalt beziehen, sind die Anreize, sich persönlich um die Patienten zu bemühen, möglicherweise beschränkt. In einem solchen Fall kann bis zu einem gewissen Grad auch eine Kopfpauschalenregelung eingeführt werden, um Fehlanreize bei einem solchen auf Festgehältern beruhenden System im Hinblick auf die Einnahmen und einen effizienten Mitteleinsatz auszugleichen.

### *Im Bereich der Sekundärversorgung*

Die Zahlungsmethoden für Krankenhäuser lassen sich in zwei Hauptgruppen zusammenfassen: prospektive und retrospektive Zahlungsvereinbarungen. Im Allgemeinen hat man von den passiven retrospektiven Systemen, bei denen der Zahlende das Risiko trägt, auf prospektive Zahlungssysteme umgestellt, bei denen das Risiko beim Anbieter liegt.

Retrospektive Zahlungsmethoden einschließlich Tagessätzen oder Einzelleistungsvergütungen waren in der EU weit verbreitet. Sie wurden jedoch größtenteils durch Zahlungen für die erbrachten Leistungen ersetzt, die stark auf einen Fallmix anprechen, wie z. B. DRGs. Zahlungen auf der Grundlage von

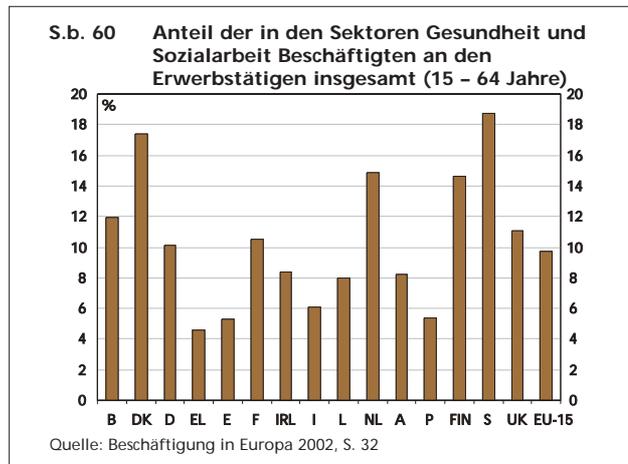
Tagessätzen sind zwar in verwaltungstechnischer Hinsicht einfach zu bearbeiten, bieten jedoch Anreize, um die Patienten länger als notwendig im Krankenhaus zu behalten, da die ersten Pflagetage, an denen die meisten Untersuchungen und Eingriffe stattfinden, kostspieliger sind. Andererseits könnten die Krankenhäuser bei einer Vergütung jeder einzelnen Dienstleistung dazu ermutigt werden, die Nutzung des Systems zu überziehen. Viele Krankenhausbereiche in Finnland werden auch weiterhin auf der Grundlage der von den Stadtverwaltungen vor Ort ausgehandelten Tarife bezahlt. In den meisten EU-Ländern, in denen die Ärzte Einzelleistungsvergütungen erhalten, werden die Honorare jedoch von vornherein vereinbart, damit die Preise für alle Anbieter und alle Verfahren feststehen.

DRGs (diagnosis related groups – diagnosebezogene Fallpauschalen bzw. Fallgruppen) werden auf der Grundlage von Diagnosekategorien berechnet. Ähnliche Verfahren werden gebündelt und einer gemeinsamen Kategorie zugeordnet, anschließend werden die Preise für jede Kategorie festgesetzt. Die Zahlung erfolgt für jeden aufgenommenen Patienten auf der Grundlage der Diagnose und der Schwere des Falls. Diese Methoden werden in den meisten EU-Mitgliedstaaten zur Überwachung der Vorgehensweise oder zur Anpassung der Budgets verwendet, im Fall retrospektiver Erstattungen jedoch kaum. Portugal hat als erstes Land DRGs für die Budgetaufstellung verwendet. In Italien werden DRGs zur Finanzierung der Behandlung und Versorgung grenzüberschreitender Patienten verwendet. Der größte Nachteil des Modells besteht darin, dass es Anreize für eine frühzeitige Entlassung der Patienten bietet. Da das System auf der Aufnahme von Patienten beruht, besteht gleichzeitig auch ein Anreiz, Patienten erneut aufzunehmen, um eine höhere Erstattung zu erhalten, oder um die Diagnose in einer falschen Kategorie einzugruppieren, um so eine höhere Erstattung zu beziehen. Dies wird als "DRG-Schlupfloch" bezeichnet.

Mit prospektiven Zahlungsvereinbarungen wird versucht, die Kosten von vornherein durch Ausgabenbegrenzung zu kontrollieren. Bei diesen Methoden steht die Kostenkontrolle im Mittelpunkt. Es gibt hauptsächlich zwei Methoden, die globale Budgetaufstellung und die Kopfpauschale. Die Kopfpauschale ist jedoch in den Krankenhäusern in der EU keine übliche Zahlungsmethode. Die EU-Länder entwickeln vielmehr Mischformen, bei denen die globale Budgetaufstellung mit einem Ausgleich in Form eines Fallmix kombiniert wird.

Prospektive Zahlungen für das gesamte oder einen Teil des Krankenhausbudgets sind in Österreich, Belgien, Dänemark, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Irland, Luxemburg, Portugal, den Niederlanden und Spanien üblich. Im Prinzip ist die globale Budgetierung die einfachste Form der Krankenhauskostenkontrolle. Bei der globalen Budgetierung wird die Zuständigkeit für die Haushaltsverwaltung der Krankenhausverwaltung übertragen, die versucht, ihre Mittel möglichst effizient einzusetzen. Es gibt eine ganze Reihe von Methoden zur Festsetzung der Krankenhausbudgets, einschließlich Präzedenzfällen, Verhandlungen oder Zugrundelegung der Aktivitäten des Vorjahres bzw. der für das Jahr geschätzten Aktivitäten. Historische Daten sind zwar ein recht guter Anhaltspunkt für Vorausschätzungen, sie sind jedoch nicht perfekt und könnten dazu führen, dass die bereits bestehenden Ungleichheiten noch verstärkt werden. Der Einsatz von DRGs zur Aufstellung oder Anpassung von Budgets erfreut sich in Europa zunehmender Beliebtheit und ist in Belgien, Frankreich, Irland, Italien, Portugal und Spanien üblich.

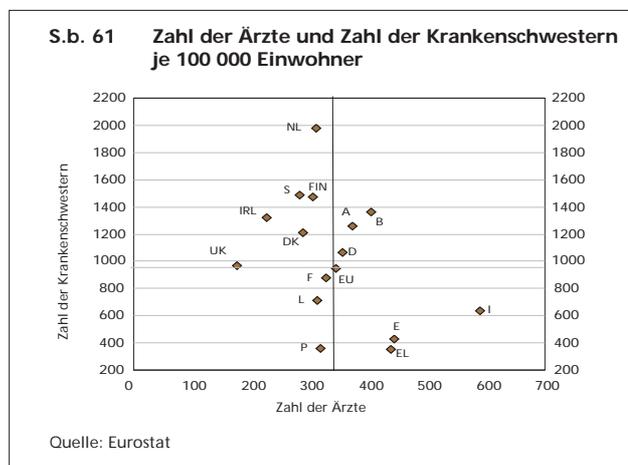
131 Siehe "Beschäftigung in Europa 2002", S. 28 – 32; Quelle: Eurostat, AKE.  
132 KOM(2002)774, S. 13, 19.



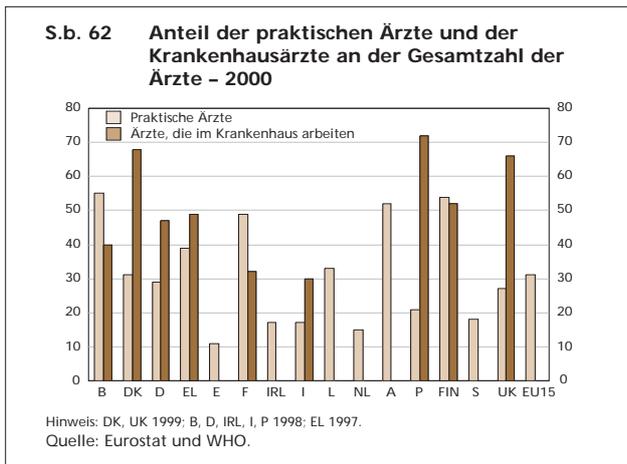
**2.3.8 Gesundheitsfachkräfte**

Die Bereiche Gesundheitswesen und Sozialarbeit in der EU waren in den letzten Jahren von einer starken Dynamik geprägt. 1995 bis 2001 wurden netto über zwei Millionen neue Arbeitsplätze geschaffen, dies entspricht einer jährlichen Zuwachsrate von durchschnittlich 2,4 % und einem Anteil an den insgesamt neu geschaffenen Arbeitsplätzen von 18 %. Bis zum Jahr 2001 betrug der Anteil der Sektoren Gesundheit und Sozialarbeit an den Erwerbstätigen insgesamt im Alter von 15 bis 64 in der EU 9,7 %.

Aus dem Schaubild wird jedoch deutlich, dass sich die Beschäftigungsanteile dieser Bereiche je nach Mitgliedstaat stark unterscheiden, wobei Schweden (18,7 %), die übrigen skandinavischen Länder und die Niederlande die höchsten Anteile aufweisen. Das Mitgliedsland mit dem niedrigsten Beschäftigtenanteil in den Sektoren Gesundheit und Sozialarbeit (4,6 %) ist Griechenland. Die Zahlen für Spanien, Italien und Portugal liegen nur geringfügig darüber<sup>131</sup>. Es wird davon ausgegangen, dass die Nachfrage nach Arbeitskräften weiter steigen wird, insbesondere im Pflegebereich, wo viele Mitgliedstaaten bereits heute unter Personalmangel leiden. Daher bieten sich hier auch künftig Chancen für eine weitere Steigerung der Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen<sup>132</sup>.



In der EU gibt es 350 Ärzte je 100 000 Einwohner. Dies ist wesentlich mehr als in den Vereinigten Staaten (250), Japan (200) und in den mittel- und osteuropäischen Ländern (300). Wie jedoch aus der Grafik hervorgeht, gibt es Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten, die sich innerhalb einer Bandbreite von 1 bis 3 bewegen. An unteren Ende der Skala steht das Vereinigte Königreich mit 175 Ärzten je 100 000 Einwohner (nur nationales Gesundheitswesen), am oberen Ende Italien mit 590 Ärzten je 100 000 Einwohner. In den meisten Mitgliedstaaten kommen auf 100 000 Einwohner zwischen 300 und 450 Ärzte.



Die Zahl der Ärzte in der EU hat im letzten Jahrzehnt um durchschnittlich 2,2 % pro Jahr zugenommen. Der Anstieg ist in Irland (mit über 4,9 % jährlich) am schnellsten erfolgt, und in nur drei Mitgliedstaaten (Frankreich, Dänemark und Schweden) betrug die Veränderung weniger als 1 % pro Jahr. Langsamer Zuwachs ist einer der Gründe für einen Mangel; so wird Dänemark beispielsweise 600 Ärzte aus Deutschland aufnehmen.

Der Anteil praktischer Ärzte an der Gesamtzahl der Ärzte liegt im Durchschnitt bei 31 % und reicht von 11 % in Spanien bis zu nahezu 50 % in Belgien, Frankreich, Österreich und Finnland. Der Anteil der Ärzte, die hauptsächlich in Krankenhäusern tätig sind, korreliert offenbar mehr oder weniger umgekehrt mit der Zahl der praktischen Ärzte; ihr Anteil beträgt in Frankreich und Italien weniger als ein Drittel und in Portugal mehr als zwei Drittel.

Obwohl alle Mitgliedstaaten eine mindestens sechsjährige Grundausbildung verlangen, ist die Dauer der Ausbildung zum Facharzt unterschiedlich, erfordert jedoch normalerweise eine mindestens drei- bis fünfjährige Ausbildung nach dem Studium. Seit 1995 ist aufgrund der Ärzterichtlinie (93/16 EWG) eine mindestens zweijährige Fachausbildung für praktische Ärzte in der EU Pflicht, davon sechs Monate Praktikum. Ab 2006 wird für praktische Ärzte einer neuen europäischen Empfehlung zufolge eine mindestens dreijährige Ausbildung empfohlen. Viele Mitgliedstaaten verlangen bereits heute von Ärzten, sich ständig in ihrem Beruf fortzubilden. Die erneute Zulassung von Ärzten ist jedoch noch nicht in allen Mitgliedstaaten vorgeschrieben.

Auch Ärzte werden älter, und dies in erheblichem Umfang. Zwischen 1995 und 2000 ist die Zahl der Ärzte unter 44 um

20 % zurückgegangen, während die Zahl der über 45-Jährigen um 57 % gestiegen ist (Durchschnitt für alle Mitgliedstaaten). Die Alterung der Ärzte wurde teilweise durch einen Zustrom von Frauen aufgefangen, die die Mehrheit der Ärzte unter 36 Jahren stellen, jedoch mit nur 16 % an der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen beteiligt sind. Ein Grund für die verminderten Personalzahlen ist der begrenzte Zugang zur medizinischen Ausbildung, was verschiedene Gründe hat. Sollte sich diese Entwicklung fortsetzen, wird beispielsweise in Frankreich das Verhältnis von Ärzten zu Einwohnern im Zeitraum 2000-2020 um 24 % zurückgehen<sup>133</sup>. Nach 2010 wird auch in anderen Mitgliedstaaten ein Ärztemangel herrschen. Außerdem tragen diese Schätzungen den Auswirkungen der vor kurzem angenommenen Arbeitszeitrichtlinie auf die Verfügbarkeit von Ärzten nicht Rechnung.

### Krankenschwestern

Die durchschnittliche Zahl der **Krankenschwestern** je 100 000 Einwohner in den 15 Mitgliedstaaten liegt bei 950. Die Zahlen schwanken und reichen von 2 000 in den Niederlanden bis zu 350 in Griechenland und Portugal. 56 % aller Krankenschwestern besitzen eine Qualifikation der Tertiärstufe, ein Anteil, der in sechs Mitgliedstaaten bei über 85 % liegt. EU-weit wird eine zunehmende Alterung auch bei Krankenschwestern beobachtet: 40 % aller Krankenschwestern in sieben Mitgliedstaaten sind über 45 Jahre alt, und in weiteren fünf Mitgliedstaaten hat fast jede zweite Krankenschwester dieses Alter bereits erreicht.

Die weit verbreitete Alterung von Krankenschwestern geht hauptsächlich auf zwei Faktoren zurück:

1. **Einstellungspolitik nach dem 'Stop-and-go'-Prinzip.** In Schweden beispielsweise wurden in den 90er Jahren nahezu keine Krankenschwestern/-pfleger mehr eingestellt, was bedeutet, dass 59 % der Schwestern im Jahr 2001 über 45 Jahre alt waren, mit der Folge, dass in naher Zukunft ein hoher Anteil dieses Personals ersetzt werden muss.
2. Das **Modell der geringen Professionalität.** Aufgrund einer hohen Personalfuktation ist ein Zustrom Jugendlicher zur Erwerbsbevölkerung notwendig, um den Nachwuchs sicherzustellen. Italien ist hierfür das beste Beispiel: dort gibt es aufgrund des Bevölkerungsrückgangs einen Mangel an Krankenschwestern. Das Gegenbeispiel ist Spanien, wo es noch immer einen Überschuss an Krankenschwestern gibt, die hoch qualifiziert sind und deren Zahl ständig zunimmt.

Während die Anforderungen aufgrund der allgemeinen Alterung der Bevölkerung steigen, besteht die Lösung, die verhindern soll, dass der Bevölkerungsrückgang zu einem noch schwerwiegenderen Mangel an Krankenschwestern führt, sicherlich darin, **hohe Professionalität** mit **regelmäßigen Einstellungen** zu verknüpfen.

### Zahnärzte

Die Zahl der praktizierenden Zahnärzte je 100 000 Einwohner lag 1996 im EU-Durchschnitt bei 62 und reichte von 37 in Spanien bis zu über 100 in Dänemark und Griechenland. Neun Zehntel aller Zahnärzte arbeiten in Privatpraxen, obwohl dieser Anteil in den skandinavischen Mitgliedstaaten und in Irland weniger als zwei Drittel beträgt.

133 Siehe Drees, Etudes et resultants, no. 161, März 2002.

**Eine Vergleichsanalyse der beruflichen Aus- und Weiterbildung von Krankenschwestern/-pflegern in den EU-Mitgliedstaaten**

Krankenpflege ist ein im Wachsen begriffener Berufszweig in Europa. Zwischen 1980 und 2000 hat sich die Zahl der Krankenschwestern/-pfleger mehr als verdoppelt (von 1,2 Millionen 1980 auf 2,6 Millionen Ende der 90er Jahre)<sup>134</sup>. Dies ist ein gemeinsames Merkmal aller EU-Mitgliedstaaten außer Schweden, wo die Zahl leicht rückläufig war, und dem Vereinigten Königreich, wo die Zahl der Krankenschwestern/-pfleger stabil geblieben ist<sup>135</sup>. Rund 90 % aller Krankenschwestern/-pfleger sind Frauen, und zwischen 82 % und 98 % der KrankenpflegeschülerInnen in der EU/EFTA sind Frauen<sup>136</sup>.

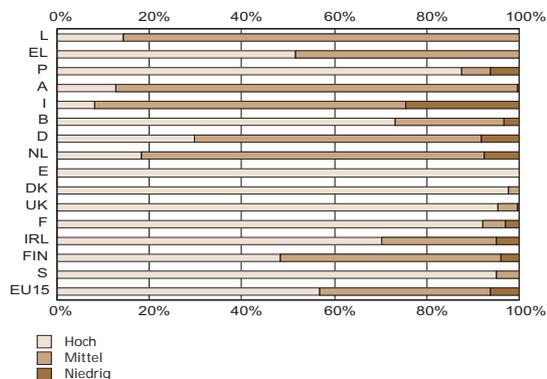
Eine von CEDEFOP durchgeführte beobachtende Analyse zeigt, dass die Ausbildung der Krankenschwestern/-pfleger sich seit den 70er Jahren in allen EU-Mitgliedstaaten grundlegend gewandelt hat. Trotz der noch immer bestehenden Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten gestaltet sich die Situation allgemein wie folgt:

- a) Krankenschwestern/-pfleger mit einem Abschluss der Sekundarstufe sind "KrankenpflegehelferInnen" mit beschränkter Verantwortung.
- b) Eine Krankenschwester/ein Krankenpfleger, die/der für die allgemeine Pflege verantwortlich ist, oder ein(e) zugelassene(r) Krankenschwester/-pfleger hat eine Ausbildung über die Sekundarstufe hinaus in einer Einrichtung der beruflichen Bildung oder auf Hochschulniveau. 1977 wurde in diesem Sektor ein europäisches Qualifikationssystem eingeführt<sup>137</sup>.
- c) Über eine Spezialisierung nach der Grundausbildung bilden sich die meisten Krankenschwestern/-pfleger in der EU nach dem Erwerb der Qualifikation "für die allgemeine Pflege zuständige(r) Krankenschwester/Krankenpfleger" fort bzw. weiter.

In den letzten Jahren ist im Berufszweig Krankenpflege eine schrittweise Annäherung in der EU zu beobachten. EU-weit verbessern Krankenschwestern/-pfleger ihren Bildungsstand und absolvieren Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen auf einem höheren Niveau (das dem Hochschulniveau entspricht).

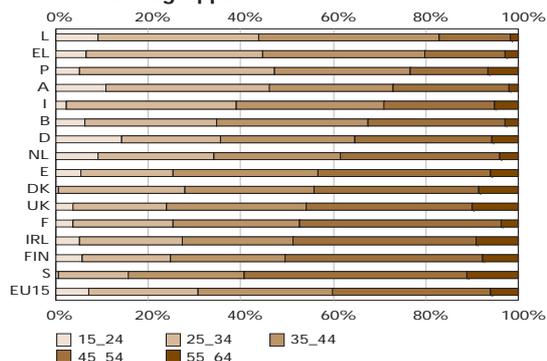
\* Die wichtigsten Punkte entnommen aus: "A comparative analysis of nurse vocational education and training (VET) in the EU Member States" CEDEFOP - 2003

**S.b. 63 Krankenschwestern/Krankenpfleger und Hebammen\* - 2001 - Nach Bildungsstand**



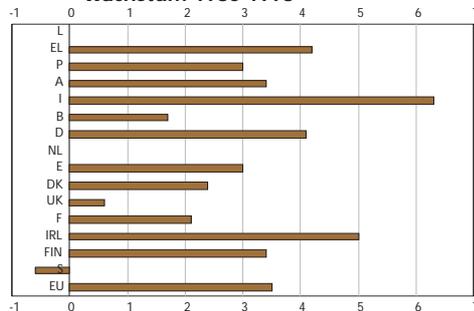
Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte (ISCO 223) + Fachkräfte gleichartiger Berufe (ISCO 323)  
Quelle: Eurostat AKE 2001

**S.b. 64 Verteilung der Krankenschwestern/Krankenpfleger und Hebammen\* - 2001 - Nach Altersgruppe**



Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte (ISCO 223) + Fachkräfte gleichartiger Berufe (ISCO 323)  
Quelle: Eurostat AKE 2001

**S.b. 65 Verteilung der Krankenschwestern/Krankenpfleger und Hebammen\* - 2001 - Jährliches Wachstum 1980-1998\***



Hinweis: \*außer DK 1995, B, F 1996, EL, I 1997, Irl 1990-99, S 1990-96, UK 1995-98; EU als gewichteter Durchschnitt von B, DK, D, EL, F, I, FIN, A, S  
Quelle: Eurostat

134 Eurostat – Schlüsseldaten über Gesundheit.

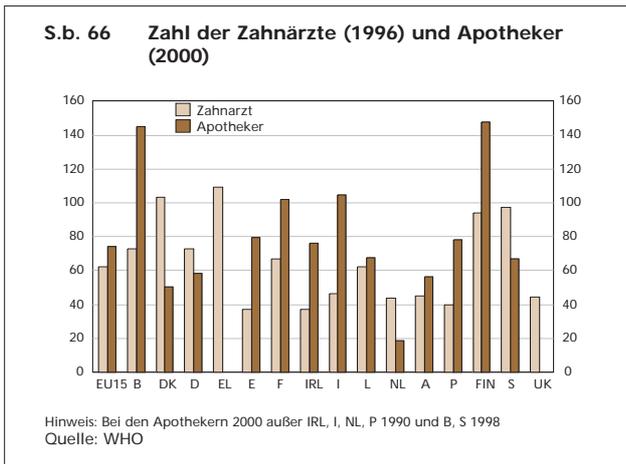
135 Beschäftigung in Europa 2002.

136 nach Angaben der Mitglieder des REFER-Netzes.

137 Richtlinie 77/452/EWG des Rates vom 27. Juni 1977 über Krankenschwestern/Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind; siehe auch Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise, Richtlinie 2001/19/EG Abschnitt 3 Artikel 29.

## Apotheker

Die Zahl der **Apotheker** je 100 000 Einwohner schwankt noch stärker. Der EU-Durchschnitt liegt bei 74 Apothekern je 100 000 Einwohner, wobei die Werte von 19 in den Niederlanden bis zu über 100 je 100 000 Einwohner in Belgien, Frankreich, Italien und Finnland reichen. Darin spiegelt sich erneut die große Vielfalt der Gesundheitssysteme, Zahlungsmethoden und Regelungen über die Bereitstellung pharmazeutischer Produkte wider.

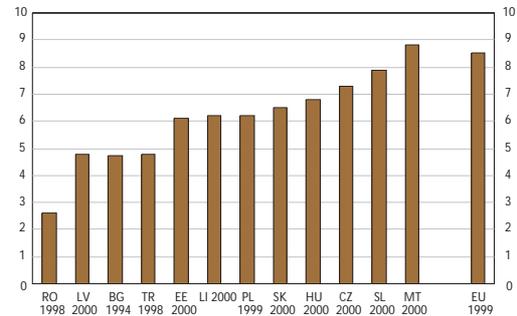


### 2.3.9 Gesundheitssysteme in den Beitrittsländern: ein Überblick

Die mittel- und osteuropäischen Beitritts- und Kandidatenländer bauen eine Marktwirtschaft nach westeuropäischem Vorbild auf. Für die meisten der betroffenen Länder setzte die Übergangszeit mit dem Zusammenbruch der Sowjetunion und dem damit verbundenen Einbruch der ehemaligen planwirtschaftlich gesteuerten Waren- und Dienstleistungsmärkte ein. Seit Mitte der 90er Jahre jedoch hat sich die Wirtschaft etwas erholt, und seither ist in den meisten mittel- und osteuropäischen Beitritts- und Kandidatenländern das reale Wachstum des Bruttoinlandsprodukts (BIP) im Durchschnitt höher als in den Mitgliedstaaten, wobei sich lediglich Rumänien und Bulgarien deutlich schwächer präsentieren.

Die Reformprozesse in den Beitritts- und Kandidatenländern haben sich auch auf die Gesundheitssysteme ausgewirkt. Trotz eines grundlegenden Umbaus sind die Gesundheitsdienste in diesen Ländern noch immer von einer chronischen Mittelknappheit geprägt, mit entsprechenden Konsequenzen für die Gesundheit. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP ist – wie in der Grafik aufgezeigt – im Vergleich zu westeuropäischen Standards noch immer niedrig. Daraus lässt sich folgern, dass die Gesundheitsversorgung noch immer nicht höchste Priorität genießt. Dies gilt insbesondere für Rumänien, wo die Gesundheitsausgaben im Verhältnis weniger als ein Drittel des Durchschnitts der Europäischen Union betragen. Die Grafik macht jedoch auch deutlich, dass Slowenien und Malta relativ hohe Anteile ihres BIP für die Gesundheit ausgeben, wobei Malta sogar über den relativen durchschnittlichen Gesundheitsausgaben der EU liegt.

**S.b. 67 Anteil der Gesundheitsausgaben in den Beitritts- und Kandidatenländern am BIP**



Quelle: Institut für Höhere Studien, Wien  
Daten: WHO Regionaldatenbank Europa

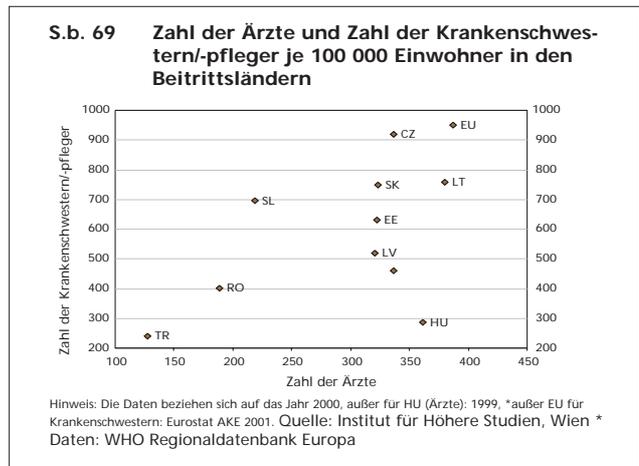
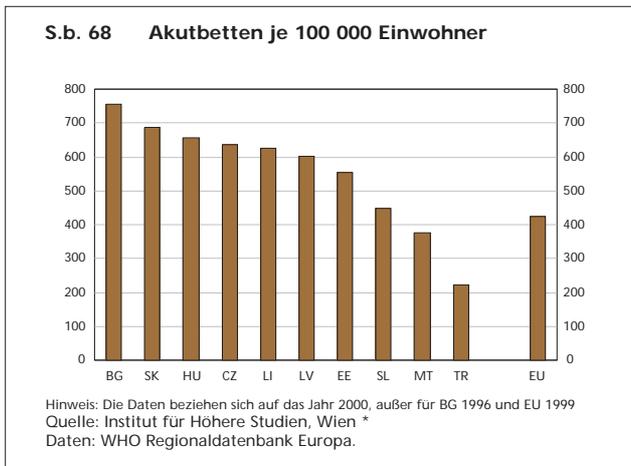
Die von den Regierungen eingeleiteten Reformmaßnahmen im Gesundheitswesen sind recht zahlreich; in diesen Maßnahmen kommt die große Vielfalt der Bedingungen zum Ausdruck, unter denen die Systeme vor den Reformen bewirtschaftet worden waren. Bei den Reformen wurde unter anderem versucht, die Finanzierung des Gesundheitswesens unabhängig vom allgemeinen staatlichen Haushalt zu machen und das Gesundheitswesen zu dezentralisieren und auf die lokalen Regionen und Behörden zu verlagern. Außerdem wurde in erheblichem Umfang **privatisiert**, wodurch private Einrichtungen die Verwaltung der Krankenversicherungssysteme übernehmen konnten. In diesem Zusammenhang wurden auch die privaten, für Gesundheit bestimmten Mittel (Baraufwendungen und Privatversicherung) deutlich aufgestockt<sup>138</sup>. Ende der 90er Jahre jedoch wurden in Rumänien und möglicherweise auch in Bulgarien (ein Land, für welches Daten zuletzt für das Jahr 1994 vorliegen) die gesamten Gesundheitsausgaben noch immer ausschließlich durch den Staat finanziert. In der Tschechischen Republik und der Slowakei beträgt der durch die öffentliche Hand finanzierte Anteil mehr als 90 %. In acht der dreizehn Beitritts- und Kandidatenländer liegt der Anteil der öffentlichen Finanzierung bei rund drei Viertel des derzeitigen EU-Durchschnitts.

Bei einer Analyse der Struktur des Gesundheitssystems in den beitretenden und Beitrittsländern sind die beiden folgenden Anmerkungen von Belang:

- Im Durchschnitt ist eine ausgeprägte Neigung zur Einweisung in Krankenhäuser festzustellen. So ist beispielsweise die Zahl der Akutbetten anteilig an der Bevölkerung in den meisten Beitritts- und Kandidatenländern gewöhnlich höher als in der Union in ihrer derzeitigen Konstellation.

Insgesamt ist in den beitretenden und den Beitrittsländern die relative Zahl der aufgenommenen stationären Patienten höher als in der derzeitigen EU – nur die Türkei, Polen, Bulgarien und Slowenien melden niedrigere Zahlen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Krankenhaus liegt in fünf Ländern – Tschechische Republik, Bulgarien, Lettland, Litauen und Slowakei – über dem EU-Durchschnitt. Auch hier steht die Türkei mit einer durchschnittlichen Krankenhausaufenthaltsdauer, die der Hälfte des EU-Durchschnitts entspricht, am unteren Ende der Skala.

<sup>138</sup> Gesundheit und Gesundheitssysteme in den Beitrittsländern, Institut für Höhere Studien, Wien, August 2002..



- Auf der anderen Seite ist die Zahl der Angehörigen des medizinischen Personals in den Beitritts- und Kandidatenländern im Vergleich zum EU-Durchschnitt niedriger. Dies ist in nachstehender Grafik dargestellt (in der Grafik nicht enthalten sind Malta, Zypern und Lettland). Alle untersuchten Beitritts- und Kandidatenländer melden für beide medizinischen Berufe Zahlen, die unter dem EU-Durchschnitt liegen. Das Verhältnis der Zahl der Ärzte in den jeweiligen Beitritts- und Kandidatenländern schwankt von 1 (Türkei) bis zu 3 (Litauen), während das Verhältnis der Zahl der Krankenschwestern/-pfleger von 1 (Türkei) bis 4 (Tschechische Republik) reicht.

Das begrenzte Angebot an Gesundheitsfachkräften in den Beitritts- und Kandidatenländern könnte zu einem ernsthaften Problem werden, wenn die EU-Arbeitszeitrichtlinie aus dem Jahr 1993<sup>139</sup> umgesetzt wird. Oberstes Ziel dieser Richtlinie ist der Schutz der Gesundheit und Sicherheit der Arbeitnehmer in der Europäischen Union. Ihre Kernpunkte betreffen negative Auswirkungen auf die Gesundheit und Sicherheit infolge zu langer Arbeitszeiten, unzureichender Pausen oder belastender Arbeitsbedingungen. Eingeschränkte Arbeitszeiten in den Beitritts- und Kandidatenländern könnten dazu führen, dass das Angebot an Dienstleistungen und medizinischen Behandlungen aufgrund der beschränkten personellen Kapazitäten abnimmt, sofern kein zusätzliches Personal eingestellt wird.

Die sich daraus ergebende Personalknappheit dürfte sich weiter verschärfen, wenn das Gebot der Freizügigkeit auch auf die beitretenden Länder ausgeweitet wird. Anders ausgedrückt, sobald die Hindernisse für die Freizügigkeit beseitigt sind, könnte das medizinische Personal durch bessere Verdienstmöglichkeiten in den derzeitigen Mitgliedstaaten angelockt werden.

Die Gesundheitssysteme in den Beitritts- und Kandidatenländern stehen vor gewaltigen Herausforderungen. Diese gehen nicht nur auf den bevorstehenden demografischen Wandel in diesen Ländern zurück, sondern auch auf die Gesundheitsindikatoren, die belegen, dass der Gesundheitszustand in den meisten dieser Länder trotz Verbesserungen in jüngster Zeit noch immer weit unter dem EU-Durchschnitt liegt (siehe Abschnitt 2.1). Dies trifft zu, auch wenn einige Länder im Hinblick auf ihr Dienstleistungsangebot im Vergleich zur EU nicht viel schlechter oder sogar besser abschneiden, insbesondere mit Blick auf die Zahl der Krankenhausbetten. Es liegen jedoch Anhaltspunkte vor, wonach die Dienstleistungen in manchen Fällen ineffizient genutzt werden<sup>140</sup>. So bedeutet die hohe Bettenzahl nicht unbedingt, dass auch eine umfassende Krankenhausinfrastruktur vorhanden ist. In vielen Fällen geht die bessere Verfügbarkeit von Betten mit einem schlechteren Angebot an anderen Einrichtungen und Erzeugnissen einher, wie z. B. Diagnoseinstrumente, Medikamente oder sogar Heizung und Lebensmittel<sup>141</sup>.

139 Richtlinie 93/104/EG vom 23. November 1993.

140 Gesundheit und Gesundheitssysteme.

141 Siehe WHO: Der Europäische Gesundheitsbericht 2002, S 122.

## 2.4 Gesellschaft und Gesundheit

- Soziale Unterstützung ist wichtig für die Gesundheit und von maßgeblicher Bedeutung für einen guten Gesundheitszustand am Anfang und Ende des Lebens. Soziale Netzwerke aus Familienangehörigen, Verwandten und Freunden leisten einen Beitrag zum Schutz und zur Verbesserung der Gesundheit eines jeden Menschen und 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 Unterstützung und Betreuung im Rahmen der Nachbarschaftshilfe bzw. durch pflegende Angehörige im großen Maßstab bereit und fangen die Auswirkungen negativer Ereignisse ab. Für Menschen über 55 verkleinern sich diese sozialen Netzwerke mit zunehmendem Alter. Bei Menschen, die in Armut leben, ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie über ein höheres Maß an sozialer Vereinsamung klagen, in den meisten Mitgliedstaaten höher.
- 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 pflegen 6 % aller Europäer kranke und behinderte Erwachsene und ältere Menschen. Insgesamt halten es 55 % der Europäer für eine gute Sache, dass erwerbstätige Erwachsene in Zukunft möglicherweise ihre Eltern stärker unterstützen müssen. Für die Beitritts- und die Kandidatenländer liegt dieser Wert im Durchschnitt bei 76 %.
- In allen Mitgliedstaaten werden die Haushalte im Durchschnitt kleiner - der Durchschnitt für das Jahr 1999 (2,4) war kleiner als 1981 (2,8). Die Szenarien für EU-15 für das Jahr 2020 deuten darauf hin, dass ältere Frauen künftig in erheblichem Ausmaß alleine leben werden. Hochrechnungen ergeben, dass 46 % der über 85-Jährigen alleine leben werden, davon sind 80 % Frauen. Dies muss zusammen mit der Tatsache betrachtet werden, dass das Risiko von Beeinträchtigungen mit dem Alter zunimmt. Aktuelle Erhebungen ergeben, dass fast 40 % der älteren Menschen angeben, dass sie bei den Aktivitäten des täglichen Lebens schwer beeinträchtigt sind, und weitere 30 % geben an, dass sie durch die eine oder andere Schädigung gehandikapt sind. In Zukunft wird ein Großteil der älteren Menschen alleine leben und bei den Aktivitäten des täglichen Lebens möglicherweise Unterstützung von außen benötigen.
- Die Fähigkeit der Familien, künftig Pflegeaufgaben zu übernehmen, hängt von der Entwicklung der Beschäftigungsquoten von Frauen sowie von der Zahl der Eheschließungen, von der Scheidungsrate sowie von den (niedrigen) Fruchtbarkeitsziffern ab. In Europa zieht man es vor (80 % der Menschen in den Mitgliedstaaten und 85 % in den Beitritts- und den Kandidatenländern), dass die Sozialfürsorge alte Menschen zu Hause unterstützt und betreut, anstatt sie in Altenheimen unterzubringen.
- Die Langzeitpflege für ältere Menschen ist von Mitgliedstaat zu Mitgliedstaat sehr unterschiedlich organisiert. Es wurden neue Initiativen in diesem Bereich ergriffen, um professionelle Pflege entweder zu Hause oder in Tagespflegezentren oder speziellen Pflegeeinrichtungen/Pflegestationen anzubieten. Organisationen des dritten Sektors versuchen aber auch, der steigenden Nachfrage nach sozialen und Fürsorgediensten durch einen Ausbau ihrer Tätigkeiten in diesen Sektoren gerecht zu werden. Der Anteil der Menschen, die ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht einstufen, ist in der Gruppe der Geringverdienenden wesentlich höher als in der Gruppe der Besserverdienenden (13 % bzw. 9 %), und bei Menschen, die in ständiger Armut leben, noch höher (15 % für Menschen, deren Einkommen länger als drei Jahre unterhalb des Existenzminimums liegt). Darüber hinaus leiden arme Menschen in allen Ländern subjektiv stärker an sozialer Vereinsamung. Unterstützung für Menschen, die der untersten Einkommensgruppe angehören, im Rahmen der Nachbarschaftshilfe ist durchweg in allen Ländern außer Dänemark, Frankreich und Italien in geringerem Maße verfügbar.
- In jedem Mitgliedstaat sind universelle oder nahezu universelle Rechte auf Gesundheitsversorgung gewährleistet. Dies ist ein großer Schritt auf dem Weg zum Schutz der Rechte von sozialen Gruppen, die früher ausgegrenzt waren. Allerdings wird durch den steigenden Anteil privater Ausgaben an der Mischfinanzierung im Gesundheitswesen armen und kranken Menschen unmittelbar eine höhere finanzielle Bürde auferlegt.
- Die Einkommenshöhe beeinflusst die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und das Verhältnis zwischen Bedarf und Behandlung. 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 aufsuchen.
- Psychische Probleme spielen eine zunehmende Rolle. In der EU gehen etwa ein Viertel der neuen Leistungen bei Invalidität auf psychische Erkrankungen zurück. Diese psychischen Probleme verursachen hohe Kosten und machen damit einen erheblichen Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben sowie bei der Inanspruchnahme praktischer Ärzte aus. Viele der äußeren Todesursachen wie Mord könnten auf psychische Störungen infolge des Missbrauchs von Alkohol und Drogen zurückgeführt werden. Psychische Probleme stehen aber auch mit der Arbeitslosigkeit und insbesondere mit der Langzeitarbeitslosigkeit von Jugendlichen in Zusammenhang.

- Die Selbstmordraten als tödliche Folgeerscheinung, schwanken erheblich zwischen den Ländern (viel niedrigere Werte in den südlichen Regionen im Vergleich zu den Ländern im Norden), den Altersgruppen (Höchstwerte zwischen 40 und 55 bei Männern und erneut steigende Tendenz bei älteren Männern) und den Geschlechtern (die Werte für Frauen sind erheblich niedriger).
- In Europa leben über 50 Millionen Menschen mit Behinderungen. Im Durchschnitt berichten 14,5 % der Bevölkerung im Erwerbsalter, dass sie bei den Aktivitäten des täglichen Lebens behindert (10 %) oder schwer beeinträchtigt (4,5 %) sind. Der Anteil Jugendlicher an der Gruppe der Menschen mit Behinderungen beträgt 5 %, derjenige von Menschen im erwerbsfähigen Alter 46 %. Fast die Hälfte der Menschen, die sich als behindert ansehen, sind älter als 60 Jahre.
- Die Beschäftigungsquote von schwer Behinderten entspricht lediglich einem Drittel der Quote von Menschen ohne Behinderung, diejenige von Menschen mit leichter Behinderung zwei Dritteln. Der Alterseffekt kommt für die drei Gruppen stark zum Tragen, und die Beschäftigungsquoten fallen ab 45 Jahren steil ab.
- Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit/Invalidität stellen die drittgrößte Kategorie der Sozialschutzausgaben in der Europäischen Union dar, wobei die Werte von 0,7 % des BIP in Irland bis zu 2,8 % in Finnland reichen. Einer Erhebung über Behinderte in sieben Mitgliedstaaten zufolge halten etwa 93 % der Auskunftspersonen die ihnen gewährten Leistungen für unangemessen, und die meisten Behinderten empfinden ihre Situation als sehr schlecht oder schlecht.

### Einleitung

Dieses Kapitel befasst sich mit der Bedeutung sozialer Netzwerke für die Lebensqualität, den Beiträgen von Organisationen des dritten Sektors sowie den Problemen der sozialen Ausgrenzung in Verbindung mit Gesundheit und mit Pflegebedarf. Es enthält ferner Daten über Menschen mit Behinderungen bzw. chronischen Gesundheitsproblemen und über die Art von Hindernissen, die der gesellschaftlichen Teilhabe entgegenstehen. Da die Qualität der seelischen Gesundheit durch soziale und wirtschaftliche Faktoren besonders stark beeinflusst wird, enthält dieser Abschnitt auch eine ausführliche Analyse der Verbreitung sowie der Auswirkungen psychischer Störungen.

### 2.4.1 Sozialer Zusammenhalt und Gesundheit

Der Begriff des sozialen Zusammenhalts bezieht sich auf den Umfang von Netzwerken und das Maß der Solidarität innerhalb gesellschaftlicher Gruppen. Ein starker sozialer Zusammenhalt setzt starke soziale Bande, ein hohes Maß an Vertrauen und ausgeprägte Gegenseitigkeit voraus.

#### Sozialer Zusammenhalt ist eine der wichtigsten Determinanten der Gesundheit ...

Soziale Netzwerke schützen und verbessern die Gesundheit der Menschen direkt und indirekt. Dieser Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen und Gesundheit wird seit über 100 Jahren diskutiert. So schrieb Durkheim bereits 1895 in seinem Pionierwerk, in dem er die unterschiedlichen Selbstmordstatistiken in den europäischen Ländern im Laufe der Zeit verglich, dass Menschen umso eher Selbstmord begehen, je stärker sie sozial vereinsamen. Soziale Netzwerke sind der kollektive Ausdruck persönlicher Beziehungen, die auf der Gesamtheit der sozialen Ressourcen beruhen und bei verschiedenen Problemen im Laufe des Lebens Halt geben und Lösungsmöglichkeiten anbieten sollen. Soziale Netzwerke auf Ebene der Gemeinschaft in Form einer kollektiven Gesamtgröße sind Ausdruck der bestehenden sozialen Beziehungen, von Gegenseitigkeit und einer institutionalisierten Konfliktbewältigung. Sie schaffen sozialen Zusammenhalt (Nichtvorhandensein sozialer Konflikte; soziale Wertegemeinschaft). Es wird angenommen, dass Menschen, die in Gesellschaften integriert sind, die stärker auf Gleichheit

ausgerichtet sind, in geringerem Maße gesundheitlichen Defiziten ausgesetzt sind als Menschen, die in einer eher hierarchisch aufgebauten Infrastruktur leben. In einer solchen von der 'Hackordnung' geprägten Gesellschaft werden durch die Kultur der Ungleichheit typischerweise aggressivere, gewalttätige und diskriminierende Verhaltensmuster erzeugt, die zu Stress, Demütigung und Angst führen, was sich gesundheitsschädlich auswirkt. Es konnte nachgewiesen werden, dass Ungleichheiten beim Einkommen in einer positiven Wechselbeziehung zu Gewalt und Kriminalität stehen.

Soziale Unterstützung kann sich unterschiedlich auf die Gesundheit auswirken:

1. Soziale Unterstützung kann als Werkzeug fungieren: sie kann den Zugang zur medizinischen Versorgung, zu Dienstleistungen und Einrichtungen erleichtern oder einschränken.
2. Soziale Netzwerke bieten emotionale Unterstützung und mildern die Auswirkungen negativer Erlebnisse auf die Gesundheit ab (z. B. Verlust des Arbeitsplatzes, Scheidung oder Tod eines Verwandten). Sie helfen, langfristige Schwierigkeiten zu bewältigen. Sie bieten wirksame Unterstützung, stärken die Selbstachtung und tragen dazu bei, Stress abzubauen und Gefühlen der Unsicherheit entgegenzuwirken.
3. Über den Grad der Risikotoleranz des sozialen Netzes, dem der Betroffene angehört, beeinflusst das soziale Umfeld aber auch persönliches Verhalten und Lebensstil, und: dies konnte insbesondere bei Missbrauch von Alkohol, Tabak und Drogen, aber auch im Hinblick auf die Qualität der Ernährung und das Maß an körperlicher Bewegung festgestellt werden. Netzwerke kontrollieren die Verbreitung von Informationen zu gesundheitlichen Fragen und üben bei abweichenden Verhaltensmustern soziale Kontrolle aus.
4. Auch die kognitiven Aspekte in Verbindung mit dem sozialen Umfeld, etwa Vertrauen und gemeinsame Werte, steigern das Gefühl von Sicherheit und das Selbstwertgefühl innerhalb und zwischen Gemeinschaften. Soziale Unterstützung steigert die eigene Leistungsfähigkeit und umgekehrt und ermöglicht und fördert die Eigenverantwortlichkeit ("Empowerment").

**... insbesondere durch den Aufbau sozialer Netzwerke ...**

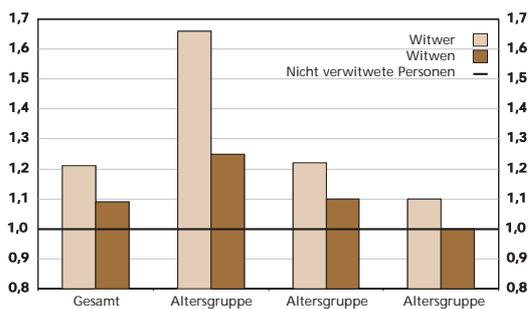
Soziale Netzwerke sind ein Zusammenschluss von Ressourcen, auf die sich eine Person verlassen kann, wenn sie mit verschiedenen Problemen und Ereignissen des Lebens und mit Stress konfrontiert ist, etwa persönliche Verluste, körperliche oder emotionale Störungen, Krankheiten und Stress am Arbeitsplatz. Offenbar wird die Reaktion auf Stress und die Reaktionsfähigkeit durch soziale Unterstützung beeinflusst. Die Auswirkungen dieser Probleme steigen mit dem Alter, da ältere Menschen länger brauchen, um sich nach einem anstrengenden Ereignis zu erholen. Auch die soziale Vereinsamung beeinflusst die Regulierung des Immunsystems und die Immunreaktionen bei Infektionen<sup>142</sup>. Form und Umfang der Unterstützung hängen von den Fähigkeiten und Möglichkeiten einer Person ab, soziale Unterstützung zu mobilisieren. Dabei sind der Bildungsstand (einschließlich lebenslanges Lernen) und die Stellung im Beruf wichtige Einflussgrößen, ebenso die Lebensumstände (Leben in einer Partnerschaft, mit Kindern usw.). Soziale Vereinsamung gilt als der zweitwichtigste Faktor (nach finanziellen Schwierigkeiten), der sich auf die psychologische Verfassung auswirkt<sup>143</sup>.

**Mortalität und Ehe**

Eine der bedeutendsten Studien über die überhöhte Sterblichkeit nach dem Tod des Ehepartners wurde im Zeitraum 1986 bis 1991 bei 1,58 Millionen verheirateten finnischen Männern und Frauen im Alter von 35 bis 84 Jahren durchgeführt (Martikainen und Valkonen 1996).

Im Durchschnitt ist bei Männern das Risiko, nach dem Tod ihrer Ehefrau zu sterben, um 21 % höher als bei gleichaltrigen verheirateten Männern. Bei Frauen ist das Mortalitätsrisiko nach dem Tod ihres Ehemannes um 9 % höher als bei ihren verheirateten Geschlechtsgenossinnen.

**S.b. 70 Übersterblichkeit nach dem Tod des Ehegatten (Finnland 1986-1991)**



Quelle: Martikainen und Valkonen 1996

In der Altersgruppe unter 65 sind größere gesundheitliche Risiken infolge des Ablebens des Ehegatten bei weitem am höchsten: 66 % bei Männern und 25 % bei Frauen. Der relative Unterschied wird hier deutlich, denn die Mortalität von Verheirateten ist in dieser Altersgruppe noch recht niedrig. Bei

bestimmten Todesursachen ist das relative Risiko sogar erheblich höher. Bei Männern, die ihre Frau verloren haben, sind die Suizidraten sowie Todesfälle aufgrund alkoholbedingter Krankheiten dreimal höher als bei verheirateten Männern, Todesfälle aufgrund chronischer ischämischer Herzkrankheit und anderer Kreislauferkrankungen treten mit einer doppelt so hohen Wahrscheinlichkeit ein, und sogar die Häufigkeit von Lungenkrebs, Magenkrebs und Autounfällen ist um 50 % höher.

In einer schwedischen Studie wurde die Mortalität und Morbidität von 400 000 Müttern im Zeitraum 1992 bis 1994 beobachtet, und die Ergebnisse bestätigen, dass allein erziehende Mütter selbst in einem Land wie Schweden stärker gefährdet sind<sup>144</sup>. Das Mortalitätsrisiko liegt bei 1,53 gegenüber von 1 für Mütter, die in einer Partnerschaft leben. Besonders hohe Risiken wurden bei Lungenkrebs (2,31<sup>145</sup>), Selbstmord und Selbstmordversuchen (2,53), psychiatrischen Erkrankungen (2,49), Suchtkrankheiten (4,17) und Gewalt (6,38) festgestellt.

Es ist schwierig, Ausmaß und Struktur sozialer Netzwerke zu messen, doch enthalten die Daten des Haushaltspanels der Europäischen Gemeinschaft (ECHP) hilfreiche Informationen über das Maß der Kontakte zu Freunden oder Familien in einem bestimmten Zeitraum. In den südlichen Mitgliedstaaten und in Irland sind die sozialen Beziehungen in aller Regel eher informeller Natur und beruhen auf Nachbarschaft und den Wechselbeziehungen innerhalb der Gemeinde, während man im Norden eher Mitglied in offiziellen Clubs und Vereinen ist. Was die informellen Beziehungen anbetrifft, so unterhalten sich im Durchschnitt vier Fünftel aller Europäer mindestens einmal pro Woche mit einem Nachbarn. Dies gilt insbesondere für Griechenland, Spanien, Irland und Portugal. In den Niederlanden, Dänemark und Luxemburg ist die Zahl derjenigen, die weniger als einmal im Monat oder nie solche Kontakte zu Freunden haben, am höchsten.

Das familiäre Netz ist eine der frühesten und wichtigsten Einflussgrößen der Gesundheit. Außerdem bieten Familienangehörige, Verwandte, Freunde oder Gleichgesinnte normalerweise eine "informelle" soziale Unterstützung, während Wohlfahrtseinrichtungen, Kirchen, Gruppen oder andere spezielle Einrichtungen eher professionelle Unterstützung anbieten.

Wichtig ist, dass die soziale Unterstützung keine statische Größe ist. Der Aufbau sozialer Netzwerke ist ein dynamisches Phänomen. Soziale Netzwerke werden von der Lebensphase beeinflusst, in der sich der Betroffene gerade befindet. Ganz besonders aber werden sie durch den Wandel der sozialen Rollen der Betroffenen beeinflusst. Ein Wechsel in der sozialen Unterstützung muss stets vor dem Hintergrund des gesamten Lebenszusammenhangs gesehen werden, denn er beruht auf sozialen Beziehungen und einer gemeinsamen Geschichte. Dies ist für den Beginn und das Ende des Lebenszyklus ganz besonders wichtig:

- Die Bedeutung der Beziehungen zu den Eltern oder anderen Sorgeberechtigten während der Kindheit ist gut dokumentiert. Bei einer liebevollen, aufmerksamen und beständigen Zuwendung können Säuglinge und Kinder Funktionen wie Sprache, Intellekt und Gefühlsbeherrschung auf normale

142 L. Berkman und I. Kawachi (ed.), Social epidemiology, 2000.

143 Soziale Prekarität und soziale Integration – Bericht an die Europäische Kommission auf der Grundlage der Eurobarometer Befragung 56.1 – D. Gallie und S. Paugam, 2002.

144 In: Income and health: a review of the literature and an empirical analysis, durch das Social and Cultural Planning Office, Niederlande, für die Europäische Kommission, 2002.

145 OR Odds ratio (relative Verhältnisziffer) - zitiert in "Income and health: a review of the literature and an empirical analysis", Social and Cultural Planning Office, Niederlande, für die Europäische Kommission, 2002

Weise entwickeln. Kinder, die ohne eine solche Erziehung aufwachsen, werden mit größerer Wahrscheinlichkeit während ihrer Kindheit oder später als Erwachsene psychische und Verhaltensstörungen entwickeln.

- Bei einem schlechten Gesundheitszustand oder einer Behinderung nehmen informelle Kontakte zu Freunden und Nachbarn in aller Regel ab. Schwerbehinderte sind gewöhnlich sozial stärker isoliert.
- Bei Menschen über 55 verkleinern sich mit dem Alter auch die Netzwerke, das Maß der Unterstützung durch Freunde und Nachbarn geht zurück. Gewöhnlich sind in allen Altersgruppen ab 55 Netzwerke von Frauen im Durchschnitt etwas größer als von Männern. Eine weitere Schwierigkeit liegt darin, dass den weiblichen Netzwerken normalerweise viele Familienmitglieder und Freunde angehören, während männliche Netzwerke eher arbeitsorientiert sind.

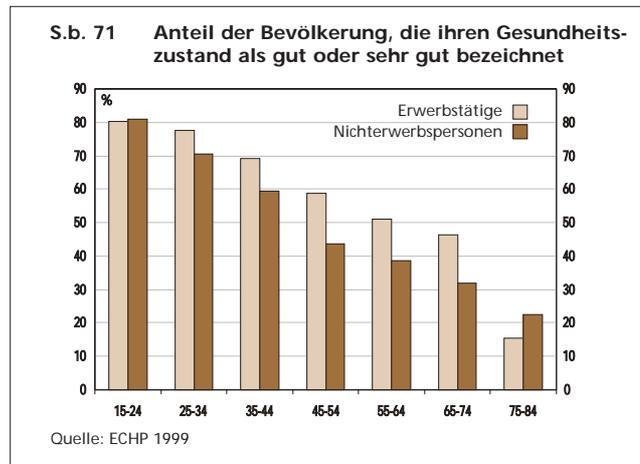
Soziale Netzwerke können anhand verschiedener Indikatoren bewertet werden. Dies sind z. B. die Teilnahme an sozialen Institutionen, die Ehe, aber auch der Ausdruck des Gefühls, unterstützt zu werden ("ich habe jemanden, auf den ich mich verlassen kann"). Es ist bekannt, dass eine stabile Partnerschaft und die Übernahme von Verantwortung für die Kindererziehung einen starken Schutz vor psychischen Problemen bieten.

**... durch Förderung der Möglichkeiten für die Teilnahme an der Gesellschaft ...**

Die Teilnahme an der Gesellschaft und soziales Engagement (am Arbeitsplatz, in Kirchen, Sportvereinen und bürgerlichen Organisationen) tragen zur Entstehung eines Selbstwert- und Zugehörigkeitsgefühls und von Zuneigung bei. Über ständige Kontakte und die soziale Teilhabe erwerben Menschen einen Sinn für Zusammenhalt und Unabhängigkeit und geben ihrem Leben einen Sinn. Es ist besonders wichtig, für die Bildung sozialer Netzwerke in allen Lebensphasen Zeit und Energie einzusetzen. Für ältere Menschen wirkt sich die Teilnahme an der Gesellschaft mit der Wahrung ihrer kognitiven Fähigkeiten verbessernd auf die Sterblichkeit aus<sup>146</sup>. Aktivitäten, die die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Vernetzung von älteren Menschen fördern, sollten ihrerseits gefördert werden.

Die Erwerbsbeteiligung ist die wichtigste Form der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die Beschäftigungsquote von Männern in der EU liegt bei 73 %, die der Frauen bei 54,9 %. Die Werte für Menschen über 54 betragen 48,7 % bzw. 28,9%. Kapitel 3 enthält Daten über die Beschäftigungsquoten in allen Mitgliedstaaten, wobei Jugendlichen und älteren Arbeitnehmern ein besonderes Augenmerk gilt. Eine Analyse des Haushaltspanels der Europäischen Gemeinschaft ergibt, dass Nichterwerbspersonen häufiger zum Arzt gehen als Erwerbstätige (dieses Thema wird in Abschnitt 2.2 dieses Berichts im Einzelnen erörtert). Erwerbstätige bezeichnen ihre Gesundheit eher als gut oder sehr gut. Dies gilt für alle Altersgruppen bis 75 Jahre. Der größte Unterschied ist bei Menschen der Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen zu beobachten.

Mit der Erwerbsbeteiligung erhalten Menschen Zugang zu einer Fülle von Möglichkeiten. Sie bietet ein besseres Einkommen, aber auch Zugang zu wichtigen Programmen der



Gesundheitsvorsorge, die am Arbeitsplatz im Einklang mit den Rechtsvorschriften über Gesundheit und Arbeitssicherheit angeboten werden. Diese Dienstleistungen stehen Nichterwerbspersonen nicht zur Verfügung. Mit anderen Worten, Personen, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen, sind mit besonderen und erheblich größeren gesundheitlichen Problemen konfrontiert, haben jedoch nur beschränkt Zugang zu regelmäßigen ärztlichen Kontrolluntersuchungen. Einige Länder haben kostenlose jährliche Kontrolluntersuchungen und die Möglichkeit einer gesundheitlichen Aufklärung angeboten, um diese Lücke zu schließen.

**... und durch Vergrößerung des Sozialkapitals ...**

Das soziale Kapital in Form von Vertrauen oder einer Einbindung in soziale Netzwerke hat in aller Regel Auswirkungen auf mehrere Einflussgrößen der sozialen Qualität, einschließlich Kriminalitätsrate, Bildungsabschlüssen, Entwicklung und Entfaltung von Jugendlichen, Erwerbsbeteiligung und wirtschaftlicher Entwicklung. Gemeinsame Normen und die formelle oder informelle Einbindung in Netzwerke fördern kollektive Maßnahmen und erhöhen die Chance, sich am wirtschaftlichen Austausch zu beteiligen.

Wissenschaftliche Erhebungen aus den USA haben ergeben, dass sich das soziale Kapital auch auf die Gesundheit auswirkt. In den USA war der Umfang der Mitgliedschaft in verschiedenen Organisationen (beispielsweise Kirchen, Sportvereine und Gewerkschaften) stark negativ korreliert mit den altersbereinigten Sterblichkeitsziffern. Das Maß der Einbindung in bürgerliche Vereine und Verbände ist ein Prädiktor für die durch Herz-Kreislaufkrankungen oder Krebs verursachten Todesfälle sowie für die Säuglingssterblichkeit<sup>147</sup>. Andere Untersuchungen haben ergeben, dass das ortsgemeinschaftliche (oder regionale) Sozialkapital unabhängig von persönlichen Risikofaktoren das persönliche Wohlbefinden und die Selbsteinschätzung der Gesundheit beeinflusst, wobei Ungleichheiten beim Einkommen, (mangelndes) soziales Vertrauen und Mortalität miteinander korrelieren.

Es ist jedoch schwierig, diese Erkenntnisse auf die europäischen Daten zu übertragen. So besteht beispielsweise zwischen Misstrauen und altersspezifischer Mortalität oder Lebenserwartung kein (signifikanter) Zusammenhang. In den meisten Erhebungen wird das zwischenmenschliche Vertrauen

146 L. Berkman und I. Kawachi (ed.), Social epidemiology, 2000.  
 147 Kawachi et al (1997,1999), in L. Berkman and I. Kawachi (ed.), Social epidemiology, 2000.

in Skandinavien als hoch und in Frankreich, Belgien und Südeuropa als gering erachtet, während die höchsten Werte der Lebenserwartung von Frauen für Italien, Frankreich und Spanien und nicht für die skandinavischen Länder gemeldet werden. In Ländern mit einem höheren gewerkschaftlichen Organisationsgrad und einer stärkeren politischen Vertretung von Frauen fallen die Profile der Kindersterblichkeit besser aus<sup>148</sup>. In der EU lässt sich das Sozialkapital am besten anhand der Dichte der Netzwerke, der Beziehungen und der aktiven Teilhabe am gesellschaftlichen Leben messen, und außerdem spielt der soziale Dialog eine maßgebliche unterstützende Rolle<sup>149</sup>.

### **... was das Potenzial für gesundheitsfördernde Strategien erhöht.**

Europaweit bieten Initiativen der Ortsgemeinden eine ganzheitliche Unterstützung bei der Lösung von Problemen in Verbindung mit Ungleichheiten im Bereich Gesundheit. Dank solcher Konzepte können die umfassenderen Determinanten der Gesundheit auf lokaler Ebene näher untersucht werden. So können insbesondere Gemeinschaftseinrichtungen, die unter Mitwirkung von Ortsbewohnern und Ortsverbänden ins Leben gerufen werden, innovative Lösungen anbieten. Auf besondere Bedürfnisse spezifischer Gruppen (etwa Einwanderer oder ethnische Minderheiten) kann auf diese Weise ebenfalls besser eingegangen werden.

Die Förderung der Gesundheit wird im öffentlichen Gesundheitswesen groß geschrieben. Damit sollen die Menschen in die Lage versetzt werden, die ihnen zur Verfügung stehenden Kontrollmöglichkeiten zu nutzen, um die Determinanten ihrer Gesundheit zu kontrollieren. Dies umfasst eine lebensbegleitende gesundheitliche Aufklärung und Bewusstseinsbildung sowie Maßnahmen zur Änderung der sozialen, wirtschaftlichen und ökologischen Bedingungen<sup>150</sup>. Gesundheitsfördernde Programme versuchen anhand verschiedener Themen wie Ernährung, Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum, körperliche Betätigung, seelische Gesundheit, Sexualverhalten und Einnahme von Medikamenten das Wissen über Risikofaktoren zu verbessern und bei den Menschen einen gesunden Lebenswandel und ein gesundheitsbewusstes Verhalten zu fördern.

Gesundheitsfördernde Programme können durch Ortsverbände, die mit der Situation und den Bedürfnissen vor Ort besser vertraut sind, wirksam unterstützt werden.

Die Förderung der Gemeinschaft hat in Gemeinden mit einem ausgeprägten Sozialkapital, einem hohen Maß an Vertrauen und einer guten Zusammenarbeit bessere Aussichten auf Erfolg. Dadurch erhöht sich die Erfolgswahrscheinlichkeit von gesundheitsfördernden Programmen einschließlich Aufklärungskampagnen, Verhütung von Gewalt und Drogenmissbrauch. Immer mehr wissenschaftliche Untersuchungen versuchen zu ergründen, welchen Beitrag das soziale Kapital zu gesundheitsfördernden Programmen leisten kann und umgekehrt<sup>151</sup>.

Nichtregierungsorganisationen (NGOs) im Bereich der Gesundheit sind in vielen Ländern in diese Aktivitäten mit einbezogen, insbesondere in die Bereiche Aufklärung,

Prophylaxe, Steigerung des öffentlichen Bewusstseins, Patientenmanagement und politische Entwicklung<sup>152</sup>.

In den mittel- und osteuropäischen beitretenden Ländern waren die ehemaligen Gesundheitssysteme überwiegend zentralistisch aufgebaut. In diesen Ländern gab es einen Mangel an Verbänden und einer autonomen bürgerlichen Gesellschaft. Darin spiegelte sich eine eher passive Haltung gegenüber von Aktivitäten und Entscheidungen wider, die uneingeschränkt dem Staat überlassen wurden. Die Menschen standen Fragen der Vorbeugung sehr viel passiver gegenüber und fühlten sich daher für ihre eigene Gesundheit kaum zuständig.

### **2.4.2 Soziale Ausgrenzung und Gesundheit**

In diesem Abschnitt steht die Frage im Mittelpunkt, wie man dem Versorgungsbedarf von Menschen, die stark von sozialer Ausgrenzung bedroht sind, gerecht werden kann. Dies geschieht mit Blick auf informelle Bereitstellung von Leistungen, den Zugang zum Gesundheitssystem und die aktuellen politischen Entwicklungen.

#### **Armut beeinträchtigt die Einflussgrößen der Gesundheit ...**

Ein Leben in Armut reduziert die Lebensqualität und beeinträchtigt die Gesundheit. Auf EU-Ebene ist der Anteil der Menschen, die ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht einstufen, in der Gruppe der Einkommensschwachen erheblich höher als in der Gruppe der Besserverdienenden (13 % bzw. 9 % - ECHP, 1996). Der Anteil ist in der Gruppe der längerfristig Armen sogar noch höher (15 % für Personen, die drei Jahre lang von Einkommensarmut betroffen waren). Menschen aller Altersgruppen mit geringen finanziellen Mitteln geben häufiger als die wohlhabenderen Gruppen an, dass sie aufgrund chronischer gesundheitlicher Probleme Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens bewältigen müssen. Dies kommt besonders stark bei Menschen zum Tragen, die über lange Zeit hinweg, d. h. etwa vier oder fünf Jahre lang, in Armut leben. Auf diesen zweifachen Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit wird in Abschnitt 2.2 dieses Berichts ausführlich eingegangen.

Im Rahmen einer umfassenden Studie aus Portugal zum Thema "Gesundheit und Gesundheitsversorgung Behinderter" hat man herausgefunden, dass fast alle Auskunftspersonen ihren Gesundheitszustand als "weniger als gut" bezeichnet haben. Trotz dieser ungünstigen Gesundheitsbedingungen nehmen sie die Gesundheitsdienste nicht so häufig in Anspruch wie die Bevölkerung allgemein, und ärztliche Routineuntersuchungen finden ebenfalls seltener statt.

Untersuchungen in den nördlichen Mitgliedstaaten haben ergeben, dass es gewöhnlich stets dieselben Personengruppen sind, die von Armut betroffen sind (auch in geringerem Maße): allein erziehende Mütter mit ihren Kindern, ältere Menschen mit kleiner Rente, Langzeitarbeitslose, Einwanderer und Randgruppen wie Drogenabhängige (harte Drogen) und Obdachlose. So bezeichnen beispielsweise in Schweden 36,5 % der allein erziehenden Mütter, die in Armut leben, und 26,8 % der nicht armen allein erziehenden Mütter ihren

148 Income and health: a review of the literature and an empirical analysis, durch das Social and Cultural Planning Office der Niederlande für die Europäische Kommission, 2002.

149 Für eine Analyse der Probleme der Definition und Messung des sozialen Kapitals und dessen Zusammenhänge mit der Wirtschafts- und Sozialpolitik siehe: Cost of non social policy von D. Fouarge, Bericht an die Europäische Kommission, 2003.

150 Siehe europäisches Aktionsprogramm im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens (2003-2008).

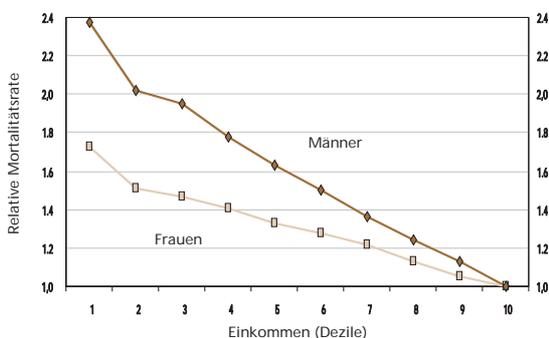
151 Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives, WHO, European Series 92, 2001.

152 Der Europäische Gesundheitsbericht, WHO – 2002.

Gesundheitszustand als "weniger als gut". Die Werte für arme Mütter, die in einer Partnerschaft leben, und für diejenigen, die nicht von Armut betroffen sind, betragen 19,5 % bzw. 17,1 %, worin erneut die Schutzwirkung der Ehe zum Ausdruck kommt.

In einer finnischen Studie (Martikainen et al. 2001) wurden die Mortalitätsraten von drei Millionen Menschen im Alter von 30 Jahren in Bezug zum Einkommen im Zeitraum 1990-1996 ausgewertet. Dabei wurde festgestellt, dass die Mortalität in einem fast linearen Verhältnis zum Einkommen steht, wobei das verfügbare, um die Haushaltsgröße bereinigte Einkommen in Zehntel unterteilt wurde. Bei Menschen über 65 klaffen Einkommen und Mortalität weit auseinander.

**S.b. 72 Mortalität nach Einkommen (Finnland)**



Quelle: Martikainen und al. 2001

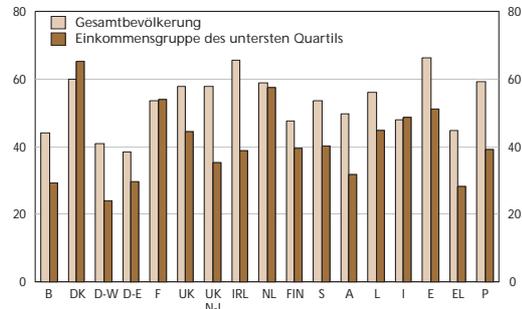
Die Säuglingssterblichkeit ist der Gesundheitsindikator, der am stärksten mit Armut verbunden ist. Dieser Indikator spricht außerdem besonders empfindlich auf die Gesundheitsausgaben an. Studien haben herausgefunden, dass jeder zusätzliche Prozentpunkt der Gesundheitsausgaben pro Kopf mit einem Rückgang der Säuglingssterblichkeit um 0,184 % verbunden ist. Die Säuglingssterblichkeit weist zwischen verschiedenen sozialen Gruppen und Regionen nach wie vor große Unterschiede auf. Die wichtigsten Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitspolitik zur Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung betreffen die Kinderbetreuung: Gewährleistung einer angemessenen Kinderbetreuung zu Hause, Bereitstellung eines regelmäßigen und kostenlosen Zugangs zu medizinischen Untersuchungen (einschließlich Impfungen) sowie Vorsorgemaßnahmen und Gesundheitserziehung in den Schulen.

Einkommensarmut ist jedoch nicht das einzige Problem. Soziale Ausgrenzung ist ein Zeichen für vielfältige Formen der Deprivation von Menschen mit geringen Einkommen. Sie wirkt sich auf die Art der Unterstützung aus, die Menschen in ihren sozialen Netzwerken finden können. Sie beeinflusst aber auch das Maß des Zugangs zu und der Nutzung der öffentlichen Infrastruktur, insbesondere im Bereich Gesundheit und Langzeitpflege. Diese beiden Dimensionen werden in den folgenden Abschnitten näher beleuchtet.

**... über verschiedene Formen der sozialen Ausgrenzung**

Soziale Unterstützung ist ein Zeichen dafür, dass es in Situationen mit persönlichen Schwierigkeiten Menschen gibt, auf die man sich verlassen kann. In allen Ländern leiden arme Menschen subjektiv stärker unter sozialer Vereinsamung. Angehörige der untersten Einkommensgruppe haben eher

**S.b. 73 Zugang zu potenzieller Unterstützung in schwierigen Situationen nach Mitgliedstaat und Einkommensgruppe, 2001**



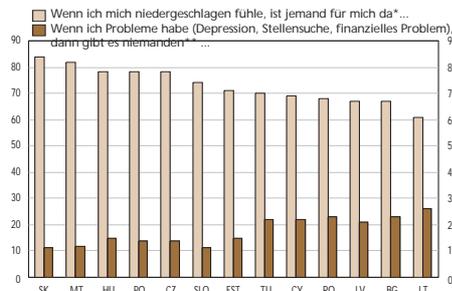
Quelle: Eurobarometer Befragung 56.1. Oktober 2002

das Gefühl, dass andere sie nicht achten. Arbeitslose haben zwar nicht unbedingt weniger soziale Kontakte, fühlen sich jedoch erheblich einsamer. Auch in Städten und Großstädten ist die soziale Vereinsamung stärker ausgeprägt. In den südlichen Ländern (außer Portugal) ist die anhand der Zahl der sozialen Kontakte gemessene Geselligkeit bei Geringverdienenden höher, während für die nördlichen Länder das Gegenteil zutrifft.

Menschen der untersten Einkommensgruppe genießen in allen Ländern außer Dänemark, Frankreich und Italien durchgängig weniger Unterstützung durch Angehörige, Freunde und Nachbarn. Während der Anteil der Personen an der Gesamtbevölkerung, die jemanden haben, auf den sie zählen können, zwischen 1996 und 2001 zugenommen hat, hat sich die "potenzielle Unterstützung" für Angehörige der untersten Einkommensgruppe in allen außer den drei bereits genannten Ländern verringert.

In den Beitritts- und den Kandidatenländern wird die soziale Vereinsamung besonders durch die Bildung beeinflusst: bei Menschen, die im Alter von 15 Jahren von der Schule abgegangen sind, beträgt sie 25 % gegenüber 11 % bei Menschen mit hohem Bildungsabschluss. Interessanterweise verfügen Menschen, die auf dem Land in Dorfgemeinschaften leben, tendenziell eher über funktionierende, unterstützende soziale Netzwerke (23 %) als Menschen, die in Großstädten leben (15 %).

**S.b. 74 Zugang zu potenzieller Unterstützung in schwierigen Situationen in den Beitrittsländern**



Hinweis: \* ... : dann kann ich mich darauf verlassen, dass jemand außerhalb meines eigenen Haushaltes mir beisteht. \*\* ... außerhalb meines eigenen Haushaltes, auf den ich mich verlassen kann. Quelle: Eurobarometer Befragung Beitrittsländer

**Eine flächendeckende Versorgung ...**

In jedem Mitgliedstaat sind universelle oder nahezu universelle Rechte auf Gesundheitsversorgung gewährleistet. Diese gehören zu den wichtigsten Errungenschaften der letzten Jahrzehnte in der EU überhaupt. Die Einführung der flächendeckenden medizinischen Versorgung im Januar 2000 in Frankreich war vielleicht der bedeutendste Versuch der letzten Zeit, den Zugang zum Gesundheitswesen in der EU zu verbessern. Damit gesellt sich Frankreich jetzt zu Dänemark, Finnland, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, Portugal, Schweden und dem Vereinigten Königreich hinzu, was die Bereitstellung einer gesetzlich vorgeschriebenen flächendeckenden medizinischen Grundversorgung anbetrifft (OECD 2001), mit der die Gefahr einer sozialen Ausgrenzung vom Gesundheitswesen erheblich reduziert wird.

In Kapitel 2.3 wurden Daten zur Analyse des Versorgungsgrads, aber auch zu erheblichen Erhöhungen des Anteils privater Mittel für die Gesundheitsversorgung in den 80er und 90er Jahren vorgestellt. Eine gründliche Auswertung ergibt, dass die Verwirklichung universeller Rechte auf Gesundheitsversorgung hinsichtlich der flächendeckenden Versorgung mit einem Prozess eines selektiven Abbaus des Versicherungsschutzes einhergegangen ist. Dies bedeutet, dass mit der Ausweitung der Krankenversicherungspflicht auf die Gesamtbevölkerung der Grad der Deckung insgesamt zurückgegangen ist. Angesichts des französischen Beispiels und der Umsetzung der allgemeinen Krankenversicherungspflicht im Januar 2002 gilt auch hier, dass fünf Millionen Menschen jetzt kostenlos in der allgemeinen Krankenversicherung (CMU) versichert sind. Allerdings ist der Umfang der Servicepakete, auf die diese Leistungsempfänger kostenlos Anspruch haben, noch immer in der Diskussion.

**... ist noch keine Garantie für den allgemeinen Zugang ...**

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist definiert als "die tatsächliche Nutzung persönlicher Gesundheitsdienste und all dessen, was diese Nutzung erleichtert oder erschwert". In wirtschaftlicher Hinsicht sind die Zugangshindernisse mit angebotsseitigen Faktoren verbunden, etwa der Verfügbarkeit und Verteilung von Dienstleistungen, dem Standort von Gesundheitsdiensten und der Frage, ob eine Behandlung mit Wartezeiten verbunden ist. Auf der Nachfrageseite können die Hindernisse finanzieller (Kosten der Dienstleistungen oder Opportunitätskosten bei der Inanspruchnahme von Versorgung und Pflege), psychosozialer oder soziokultureller Natur sein. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten wird aber auch durch Know-how, Informationen, Überzeugungen und Vorlieben beeinflusst.

**Die besonderen Bedürfnisse von Migranten**

Migranten sind eine Gruppe mit besonderen Bedürfnissen, und generelle Aussagen über ihre gesundheitlichen Bedürfnisse sind schwierig. Nichtsdestotrotz haben Migranten, ihre Nachkommen in der zweiten und dritten Generation, illegale Einwanderer und Flüchtlinge häufig besondere gesundheitliche Probleme und Schwierigkeiten beim Zugang zum Gesundheitssystem.

Wanderarbeitnehmer und Flüchtlinge haben häufig spezielle gesundheitliche Probleme, die von Problemen in ihrem Herkunftsland herrühren oder durch Armut und soziale Deprivation in ihrem Gastland verschärft werden. So sind beispielsweise viele Flüchtlinge schlecht ernährt, sie leben unter unzumutbaren Bedingungen, die hygienischen Bedingungen sind unzureichend, und die nachbarschaftlichen

Beziehungen sind schlecht. Viele sind nur unzureichend gegen die üblichen übertragbaren Krankheiten geimpft. Dies kann mit einem erhöhten Risiko verbunden sein, an Erkrankungen der Atemwege und Krankheiten wie Hepatitis B und C oder Tuberkulose zu erkranken. Arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken einschließlich Arbeitsunfällen und die Auswirkungen der Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt sind ein weiteres Problem zusammen mit psychischen Gesundheitsproblemen, die mit sozialer Ausgrenzung, der Anpassung an eine neue Kultur und der gesellschaftlichen Randstellung dieser Menschen in Verbindung stehen.

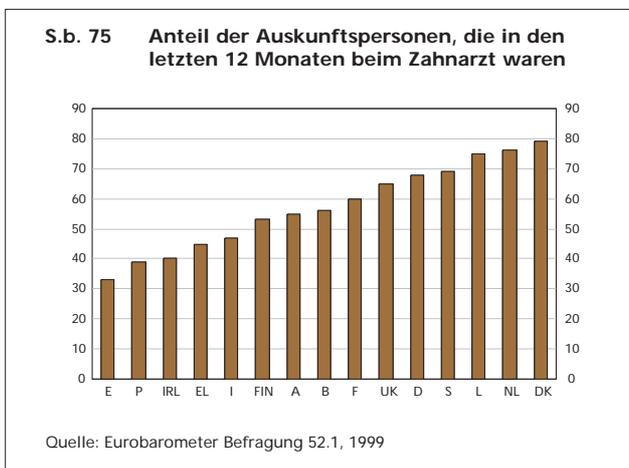
Migranten- und Flüchtlingsgruppen haben möglicherweise mit besonderen sprachlichen und kulturellen Barrieren bei der Kommunikation zu kämpfen, was eine genaue Diagnose insbesondere bei Geisteskrankheiten erschwert. Unzulängliche Kenntnisse auf Seiten praktischer Ärzte und Sozialarbeiter über die besonderen Bedürfnisse von Migranten stellen ein weiteres Hindernis bei der Behandlung dar. Nur wenige Länder haben eine umfassende Gesundheitspolitik für Migranten und Flüchtlinge auf den Weg gebracht. Es bedarf spezieller Maßnahmen zur Schulung von Sozialarbeitern und Gesundheitsfachkräften, um die Probleme und spezifischen Belange zu deuten und um angemessene gesundheitsfördernde Strategien zu konzipieren. Gemeindefürsorge Initiativen, in die Pädagogen, "Kommunikationslotsen" (Facilitators) für lebenslanges Lernen, kulturelle Mittler und Übersetzer der Gemeinde einbezogen werden, sind für die Schulung und die Förderung der Eigenverantwortlichkeit von Migrantengruppen sehr wichtig.

Mit der Einführung der Rechtsvorschriften über die flächendeckende Versorgung werden die Rahmenvoraussetzungen geschaffen, um die Bedürfnisse von sozialen Gruppen zu schützen, die vormals ausgegrenzt waren, die Rechtsvorschriften an sich sind jedoch noch keine Garantie für einen Wandel. Obwohl die Krankenversicherungspflicht offiziell flächendeckend oder fast flächendeckend eingeführt werden konnte, sind die Zugangsprobleme nach wie vor nicht gelöst. In den 90er Jahren haben mehrere Mitgliedstaaten verschiedene politische Initiativen für einen besseren, effizienteren Zugang ergriffen. Einige Initiativen waren darauf ausgerichtet, die Wartelisten zu verkürzen, mit unterschiedlichem Erfolg. Mehrere Mitgliedstaaten haben die Patientenrechte gesetzlich verankert (Finnland, Griechenland, Dänemark und Niederlande) oder Chartas für Patienten zur Förderung von Patientenrechten eingeführt (Frankreich, Irland, Portugal und Vereinigtes Königreich). Der Zugang kann aber auch über eine Politik zugunsten geografisch ausgewogener Verteilung der Gesundheitsdienste oder durch örtliche Initiativen zur Förderung einer besseren Koordination zwischen den sozialen und den Gesundheitsdiensten erleichtert werden.

Viele Mitgliedstaaten haben versucht, finanzielle Hindernisse durch eine Ausweitung der Krankenversicherungspflicht zu beseitigen. Zugleich wurde durch den höheren Anteil privater Ausgaben an der gesamten Mischfinanzierung im Gesundheitswesen armen und kranken Menschen unmittelbar eine größere finanzielle Last aufgebürdet. In einigen Mitgliedstaaten, in denen eine Zuzahlung grundsätzlich für notwendig erachtet wird, werden Maßnahmen eingeführt, um die Gesundheitsausgaben von Privatpersonen oder Haushalten auf einen bestimmten Höchstbetrag zu beschränken. Außerdem bieten eine Reihe von Mitgliedstaaten für Gruppen von Geringverdienenden Dienstleistungen zu niedrigeren Kosten an, und zwar in Form von bedürftigkeitsabhängigen Beitragsbefreiungen.

In fast allen Mitgliedstaaten sind zahnmedizinische Behandlungen und pharmazeutische Produkte ganz oder teilweise von der Kostenübernahme durch die Versicherung ausgenommen, und die Patienten müssen die entsprechenden Kosten in Form von Baraufwendungen oder den Erwerb einer freiwilligen Zusatzkrankenversicherung selbst tragen, wodurch eine Reihe von Behandlungen weniger erschwinglich werden.

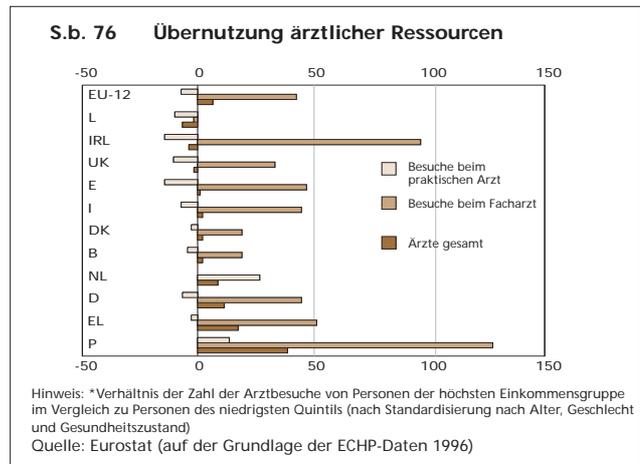
Der Eurobarometer – Befragung 52.1 zufolge ist der Anteil der Menschen, die in den letzten 12 Monaten beim Zahnarzt waren, von Mitgliedstaat zu Mitgliedstaat unterschiedlich hoch. Offenbar wirken sich Bildungsstand und Einkommen auf den Gang zum Zahnarzt aus; so ist die Wahrscheinlichkeit, dass Personen mit dem höchsten Bildungsstand zum Zahnarzt gehen, 50 % höher als bei Menschen mit dem niedrigsten Bildungsabschluss. Hinsichtlich des Einkommenseffekts ergibt sich ein ähnliches Bild. So geben 48 % der Angehörigen der untersten Einkommensgruppe gegenüber 69 % der Personen in der höchsten Einkommensgruppe an, dass sie beim Zahnarzt waren.



**... oder für Gleichheit bei der Inanspruchnahme der Gesundheitssysteme ...**

Die Nutzung der Gesundheitsdienste unterscheidet sich ebenfalls von Einkommensgruppe zu Einkommensgruppe. Eine Auswertung der ECHP-Daten<sup>153</sup> über die Inanspruchnahme ärztlicher Dienstleistungen hat ergeben, dass Personen mit höherem Einkommen eher einen Facharzt aufsuchen, während sich Geringerverdienende in der Regel eher von einem praktischen Arzt behandeln lassen.

Aus der Grafik wird der Unterschied bei der Inanspruchnahme von praktischen Ärzten und Fachärzten durch Personen der höchsten im Vergleich zu Personen der niedrigsten Einkommensgruppe deutlich. Für diese Analyse wird die Gesamtzahl der Besuche beim praktischen Arzt bzw. beim Facharzt für jede Einkommensgruppe herangezogen. Diese Zahl wurde bereinigt, um den Auswirkungen von Geschlecht, Alter und Gesundheitszustand laut Selbsteinschätzung Rechnung zu tragen. Das in der Grafik dargestellte Verhältnis steht daher in einem direkten Zusammenhang zur Einkommenshöhe (und in einem indirekten Zusammenhang zum Bildungsstand).



Die Grafik macht deutlich, dass Personen der höchsten Einkommensgruppe in der Regel etwas seltener praktische Ärzte, sondern häufiger Fachärzte (+42 %) aufsuchen. Angehörige niedrigerer Einkommensgruppen gehen eher zum Allgemeinmediziner, doch verliert deren übermäßige Inanspruchnahme an Bedeutung, wenn die Daten bedarfsbereinigt sind (nach Alter, Morbidität und Geschlecht). Die überproportionale Nutzung fachärztlicher Dienstleistungen durch Besserverdienende ist laut Darstellung schon auffälliger. Diese Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von praktischen Ärzten und Fachärzten gehen vermutlich weniger auf Kostenfaktoren, sondern vielmehr auf höhere Bildungsabschlüsse von Personen mit höherem Einkommen und auf deren Vorliebe für fachärztliche Behandlungen zurück.

Diese unterschiedliche Inanspruchnahme führt zu einer unterschiedlichen Behandlungsqualität; Personen mit denselben Bedürfnissen bekommen nicht unbedingt auch in allen Einkommensstufen dieselbe Behandlung.

**... wie es in der Europäischen Strategie zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung gefordert wird**

Im Rahmen der Europäischen Strategie zur Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung haben sich alle Mitgliedstaaten mit der Frage einer besseren Gesundheit und eines besseren Zugangs zur Gesundheitsversorgung befasst. Um in allen Mitgliedstaaten einen allgemeinen Zugang zur medizinischen Grundversorgung zu gewährleisten, ist ein mehrgleisiger Ansatz für die gesundheitliche Vorsorge und Gesundheitsförderung und ein besserer Zugang zur Gesundheitsversorgung erforderlich, wie es im Gemeinsamen Bericht über die soziale Eingliederung beschrieben wird<sup>154</sup>:

- Entwicklung von Strategien zur Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung. Die Strategien zur Gesundheitsförderung und Prophylaxe gelten als eine Priorität im Zusammenhang mit den sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit (wie in Teil 2.2 dieses Berichts erörtert wurde). Obwohl diese Strategien nicht speziell für die schutzbedürftigsten Gruppen konzipiert wurden, kommt ihnen bei der Umverteilung insofern eine Schlüsselfunktion zu, als sie dazu beitragen, die finanziellen Hindernisse abzubauen und die kulturellen Hemmnisse zu überwinden.

<sup>153</sup> Economic determinants of the distribution of health and health care in Europe – Ecuity II – E. van Doorslaer – finanziert durch die Europäische Kommission – BMH4-CT98-3352.

<sup>154</sup> Gemeinsamer Bericht über die soziale Eingliederung, Europäische Kommission, 2002.

- Sicherstellung der Erreichbarkeit und Zugang zur Gesundheitsversorgung durch Abbau der finanziellen Hindernisse und Förderung lokaler oder regionaler Initiativen. Der Gemeinsame Bericht über die soziale Eingliederung weist ferner auf die Notwendigkeit hin, Notdienste so umzubauen, dass sie in Notfällen besser reagieren können. Hierfür sind Notdienste in Krankenhäusern, die schnell reagieren, und eine Abstimmung zwischen den entsprechenden Fachleuten erforderlich.
- Initiativen für besonders benachteiligte Gruppen. Manche Personengruppen benötigen besondere Unterstützung, beispielsweise Menschen mit Behinderung oder mit psychischen Problemen oder Menschen, die durch ihr Verhalten stark gefährdet sind, etwa Personen, die Prostituierte aufsuchen oder Alkohol und Drogen einnehmen. Psychische Probleme müssen über unterschiedliche politische Maßnahmenbündel, wie z. B. eine bessere Zusammenarbeit vor Ort, ein besseres Angebot an aktiver Sozialarbeit und an Notunterkünften und spezielle Schulungsmaßnahmen für Gesundheitsfachkräfte und Mitarbeiter von Fürsorgeeinrichtungen, gelöst werden.

### 2.4.3 Seelische Gesundheit

Die sozialen Aktivitäten werden besonders durch die psychische Gesundheit beeinflusst. Eine gute seelische Gesundheit ist ein Zustand, in dem psychische Funktionen erfolgreich funktionieren, mit der Folge, dass die Betroffenen produktiv tätig werden, Beziehungen zu anderen Menschen eingehen und die Fähigkeit entwickeln, sich an veränderte Umstände anzupassen und kulturspezifische Härten zu bewältigen (IAO, 2000). Bei psychischen Störungen handelt es sich um einen Gesundheitszustand, der durch ein verändertes Denken sowie durch Stimmungs- und Verhaltensänderungen geprägt und mit Verzweiflung, Angstzuständen, sozialen Fehlfunktionen und Stimmungstiefs verbunden ist<sup>155</sup>.

Wie bereits in Teil 2.2 erörtert, ist die seelische Gesundheit eine der wichtigsten Determinanten der Gesundheit insgesamt. Ängste und Stimmungstiefs beispielsweise leiten eine regelrechte Kaskade negativer Veränderungen des Endokrinsystems und des Immunsystems ein und erhöhen die Anfälligkeit für eine ganze Reihe von körperlichen Krankheiten. Das Gesundheitsverhalten hängt sehr stark von der psychischen Gesundheit eines Menschen ab.

**Psychische Gesundheitsprobleme nehmen stark zu**, was auch dann noch zutrifft, wenn der Alterungseffekt berücksichtigt wird<sup>156</sup>. Allgemein wird das Maß der Belastung durch psychische Leiden und Störungen, die von Stress über Depressionen und Neurosen bis hin zu schweren Psychosen reichen können, unterschätzt. Die unmittelbaren Folgen psychischer Krankheiten können ein Drittel bis zur Hälfte der gesamten Gesundheitskosten ausmachen. Außerdem wurde geschätzt, dass 23 % aller Gesundheitskosten in den Niederlanden und 22 % der Ausgaben für stationäre Patienten im Vereinigten Königreich mit der psychischen Gesundheit im Zusammenhang standen. Eine vor kurzem in Frankreich durchgeführte Studie auf der Grundlage der Daten für 1998<sup>157</sup> kam zu dem Schluss, dass 15,5 % der gesamten Krankenhauskosten auf psychische gesundheitliche Probleme zurückzuführen sind, die den zweitgrößten Posten bei den Gesundheitsausgaben insgesamt ausmachen (9,4%) nach Herz-Kreislauferkrankungen (10,7 %).

Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge leiden mindestens 5 % der Bevölkerung in Europa an ernst diagnostizierbaren psychischen Gesundheitsproblemen (Neurosen, funktionelle Psychosen und geistige Minderentwicklung). Es wird außerdem geschätzt, dass 15 % bis 20 % aller Erwachsenen in Europa unter psychischen Problemen im weiteren Sinne leiden.

Psychische und neurologische Störungen gehören zu den Hauptursachen für Krankheit und Behinderung. Nach den Herz-Kreislauferkrankungen könnten Depressionen zur zweitwichtigsten Einflussgröße der gesamten Krankheitsbelastung bis 2020 werden – derzeit rangieren sie auf Platz vier. Von den zehn häufigsten Behinderungen (Funktionsstörungen) sind fünf psychischer Natur: unipolare schwere Depression, Alkoholabhängigkeit, bipolare Depression, Schizophrenie und Zwangneurose. Betrachtet man das zunehmende Vorkommen aus einem anderen Blickwinkel, so stellt man fest, dass EU-weit die Zahl der Psychiater im Durchschnitt um 3 % pro Jahr zunimmt.

Die Ursachen und Auswirkungen psychischer Störungen schwanken je nach den sozialen und wirtschaftlichen Faktoren und je nach dem Ausmaß von Stress und Hilflosigkeit. Depression, Suizid, Alkoholismus und gewaltsame und risikoreiche Verhaltensmuster wirken sich ganz klar auf die Morbidität und die Frühsterblichkeit aus. Der Ausbruch psychischer Probleme geht häufig mit einer Abfolge von – erwünschten oder unerwünschten – Ereignissen im Leben eines Menschen einher, die als Katalysatoren fungieren, etwa eine Änderung des Familienstandes oder der beruflichen Situation.

Die relative Prävalenz der seelischen Gesundheit kann untersucht werden. Mehrere Studien haben ergeben, dass weit verbreitete psychische Störungen in den untersten Einkommensgruppen etwa doppelt so häufig vorkommen wie in den höchsten. Die meisten Mitgliedstaaten sind sich über die Bedeutung psychischer Probleme für in Armut lebende, sozial ausgegrenzte Menschen einig. Männer und Frauen sind offenbar im gleichen Maße von psychischen Störungen betroffen, leiden allerdings an unterschiedlichen Krankheiten. Angstzustände und depressive Störungen sind häufiger bei Frauen anzutreffen, während Störungen in Verbindung mit der Einnahme von Suchtstoffen und gesellschaftsfeindliche Persönlichkeitsstörungen häufiger bei Männern vorkommen. Verheiratete Männer und Frauen haben offenbar weniger psychische Probleme als nicht Verheiratete: "Verheiratete Frauen mit Kindern, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen, wiesen die geringsten psychischen Probleme in der weiblichen Stichprobe auf", hieß es in einer australischen Erhebung<sup>158</sup>.

**Die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit** wurden in Teil 2.2 dieses Berichts bereits näher beleuchtet. Sie scheinen bei Männern stärker ausgeprägt zu sein als bei Frauen und auch bei jungen Arbeitnehmern mehr als bei älteren. Offenbar spielen auch die sozialen Normen eine wichtige Rolle: die psychologischen Kosten der Arbeitslosigkeit sind in Regionen mit hohen Arbeitslosenquoten offenbar weniger hoch als in jenen mit niedrigen Arbeitslosenzahlen.

Langzeitarbeitslose Jugendliche sind deutlich stärker durch gesundheitsbedingte Probleme gefährdet als ihre Altersgenossen, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Dies trifft insbesondere auf psychische und psychologische Probleme zu. Studien haben auf eine Reihe von psychosozia-

155 Teil 2.1 enthält weitere Daten über neurodegenerative Erkrankungen in Verbindung mit dem Alter.

156 Global Burden of Disease - WHO - 2000.

157 V. Paris et al, DREES, Etudes et résultats N° 188, September 2002.

158 De Vaus D. in New Scientist, 2. Oktober 2002.

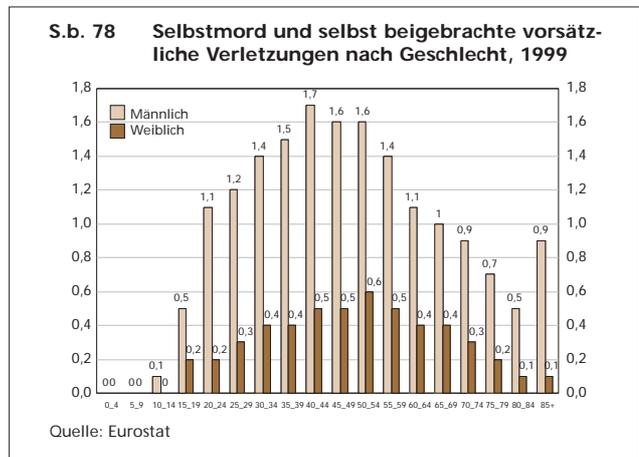
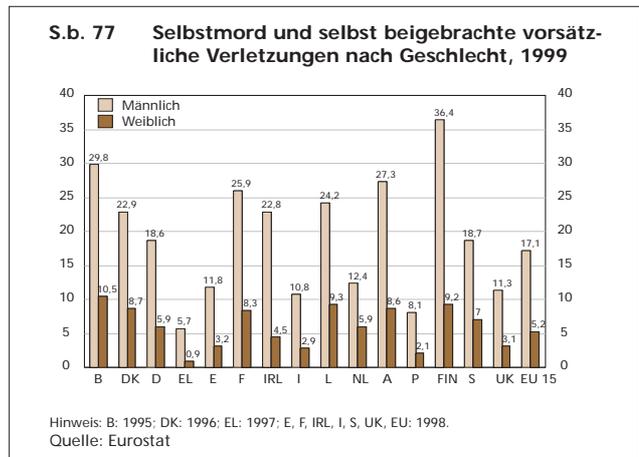
len Belastungen hingewiesen, die sich unmittelbar aus der Arbeitslosigkeit ergeben, wie z. B. geringes Selbstwertgefühl und wenig Selbstvertrauen, Abhängigkeit, Zukunftsängste und Teilnahmslosigkeit. Auch die Gefahr von Depressionen und Suizid steht mit der Langzeitarbeitslosigkeit von Jugendlichen in Zusammenhang. Außerdem schlägt sich Arbeitslosigkeit auch im gesundheitlichen Verhalten Jugendlicher nieder, etwa in Alkohol- und Tabakkonsum, Missbrauch von Drogen und Arzneimitteln und in Bewegungsmangel.

Untersuchungen in sechs europäischen Ländern (Belgien, Deutschland, Schweden, Spanien, Italien und Griechenland) haben jedoch ergeben, dass die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit nicht in allen Ländern gleich sind<sup>159</sup>. Bestimmte kulturelle und soziale Unterschiede zwischen den Ländern in Süd- und Nordeuropa verstärken den durch Arbeitslosigkeit bedingten Stress, während andere Unterschiede davor schützen. In allen Ländern ist die soziale Unterstützung für die betroffenen Jugendlichen ausschlaggebend. Die gesundheitsschädlichen Auswirkungen der Erwerbslosigkeit sind in den südeuropäische Ländern weniger stark ausgeprägt, während familiäre soziale Netzwerke und Gelegenheitsarbeit dazu beitragen, der sozialen Ausgrenzung und den damit verbundenen gesundheitlichen Risiken entgegenzuwirken.

**Psychische Probleme sind ein wichtiger gesundheitlicher Risikofaktor ...**

Psychische Probleme gehen mit körperlicher Co-Morbidität (Krankheiten oder Behinderung), einem risikoreichen Verhalten und einer stärkeren Gefährdung durch den Missbrauch von Suchtstoffen einher. Depressionen wirken schwächend und führen zu erhöhter Mortalität. In Europa werden etwa 25 % der neuen Erwerbsunfähigkeitsleistungen aufgrund von psychischen Störungen bewilligt, mit steigender Tendenz. In Österreich waren affektive (psychologische) Störungen der häufigste Grund dafür, dass Ansprüche auf Invalidenrente geltend gemacht wurden, die 31 % der neuen Fälle im Jahr 2000 entsprachen. In den Niederlanden waren 2001 rund 35 % aller Empfänger von Erwerbsunfähigkeitsleistungen aufgrund von psychischen Störungen arbeitsunfähig (EIROnline NL). Eine Studie auf der Grundlage von Daten aus den USA (1993) hat herausgefunden, dass nervliche und emotionale Probleme (einschließlich Alkohol- und Drogenproblemen) und Geisteskrankheiten mit dem höchsten Schweregrad an Erwerbsunfähigkeit verbunden sind. Im Vergleich zu anderen Leiden gehen Beschäftigte mit psychischen Störungen zwar eher zur Arbeit, doch ist ihre Leistung keinesfalls optimal. Dies konnte beobachtet werden, als Migräne, Angstzustände und Depressionen angemessen behandelt wurden und auf diese Weise die höchste langfristige Produktivitätssteigerung erzielt und die Zahl der verlorenen Arbeitstage verringert werden konnte<sup>160</sup>.

Viele der äußeren Todesursachen wie Unfälle, Vergiftung und Mord (für eine ausführlichere Diskussion wird auf Kapitel 2.1 verwiesen) können tatsächlich auf psychische Störungen zusammen mit Missbrauch von Alkohol und Drogen zurückgeführt werden. In Abschnitt 2.3 wurden Daten über die Einnahme von Drogen und Alkohol und über drogenbedingte Todesfälle vorgestellt, die in erster Linie auf Gewalt, Unfall, Überdosis und Selbstmord zurückzuführen sind.



**... und können tödlich enden, etwa mit Selbstmord**

Psychische Probleme können tödlich enden, denn ein großer Teil der depressiven Patienten setzen ihrem Leben selbst ein Ende. Epidemiologische Erkenntnisse deuten darauf hin, dass sich das suizidale Verhalten ebenso wie die Selbstmordraten international erheblich unterscheiden, ohne dass hierfür eine Erklärung vorliegt; in den südlichen Regionen sind die Selbstmordraten relativ niedrig.<sup>161</sup> Die Rate ist bei Frauen ebenfalls viel niedriger als bei Männern, was auf alle europäischen Länder zutrifft.

Die Selbstmordraten sind außerdem stark altersabhängig und erreichen bei Männern zwischen 40 und 55 die höchsten Werte, bei Frauen etwas später. Bei älteren Männern steigen sie dann erneut an.

Im Hinblick auf die Zahl der verlorenen Lebensjahre sind die Auswirkungen von Selbstmorden in jungen Jahren erheblich. So ist Selbstmord bei jungen Männern nach Verkehrsunfällen die zweithäufigste Todesursache.

Offenbar schützt auch eine stabile Partnerbeziehung vor Selbstmord, und dies gilt für Männer und Frauen gleichermaßen. Auch die Verantwortung für die Kindererziehung bietet zusätzlichen Schutz. Die Selbstmordraten sind bei Ledigen

159 T. Keiselbach, 2000, Long term unemployment among young people in Europe: A qualitative comparative study on the risk of social exclusion.  
160 Illness, disability and social inclusion, S. Grammenos, CESEP, für die Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen. 2002.  
161 Aus kulturellen Gründen ist die Dunkelziffer möglicherweise noch höher.

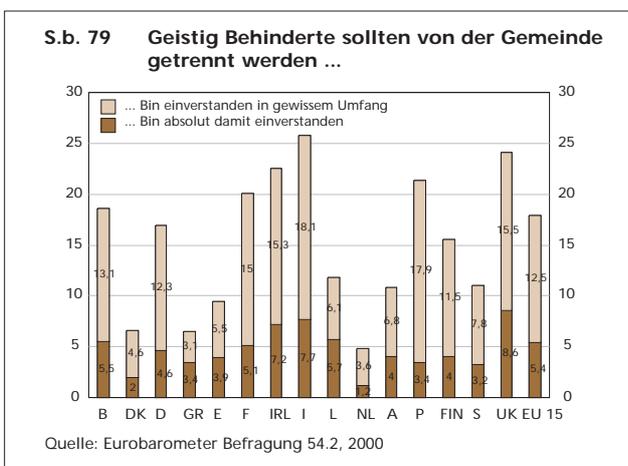
und bei Menschen, die niemals verheiratet waren (zumindest in der westlichen Kultur), höher, und die höchsten Werte werden bei verwitweten oder geschiedenen Menschen beobachtet, vornehmlich bei Männern in den ersten Monaten nach einer Trennung.

**Umgang mit psychischen Problemen**

Die überwiegende Mehrheit der kleineren psychischen Störungen werden innerhalb der Gemeinde selbst oder im Rahmen der medizinischen Grundversorgung behandelt. So haben Studien ergeben, dass in bis zu 30 % der Fälle psychische Probleme die Ursache für den Gang zum praktischen Arzt in Europa sind.

Traditionell war in vielen Mitgliedstaaten eine Neigung zur Einweisung von Menschen mit psychischen Störungen in Einrichtungen zu beobachten, was einer schweren Form der sozialen Ausgrenzung gleichkam. Die ausführliche Analyse in Kapitel 2.3 hat gezeigt, dass sich die Mitgliedstaaten im Hinblick auf die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen erheblich voneinander unterscheiden. Obwohl sich der Trend ins Gegenteil zu verkehren scheint – Länder in Westeuropa bevorzugen zunehmend eine Behandlung innerhalb der Gemeinschaft –, machen psychische und Verhaltensstörungen noch immer ein Zehntel der gesamten stationären Krankentage im EU-Durchschnitt aus. Dies zeigt, dass die gemeinschaftsnahe Betreuung inzwischen zwar bevorzugt wird, jedoch noch keine gängige Praxis geworden ist. Eine Stigmatisierung gibt es noch immer, und Gemeinschaften akzeptieren psychisch gestörte Menschen nur widerwillig und überlassen viele Patienten lieber der Obhut von Einrichtungen. Außerdem ergeben die Daten über die Behandlung dieser Störungen im Krankenhaus, dass die Akzeptanz und die Fähigkeit einer Gesellschaft, mit psychisch und verhaltensgestörten Menschen innerhalb der Gemeinschaft umzugehen und deren soziale Ausgrenzung zu vermeiden, äußerst unterschiedlich ausgeprägt sind.

Eine aktuelle Eurobarometer Befragung hat ergeben, dass in manchen Mitgliedstaaten ein gemeinschaftsnaher Ansatz beim Umgang mit psychischen Problemen noch immer auf große Zurückhaltung stößt. Mit anderen Worten, manche Länder fördern die soziale Eingliederung von geistig Behinderten offenbar mehr als andere.



**2.4.4 Bereitstellung von Versorgung/Pflege: die Bedeutung informeller Versorgung und solcher, die von Drittsektor-Organisationen bereitgestellt wird**

**Wer hilft?**

Im Durchschnitt kümmern sich 6 % der Europäer<sup>162</sup> um kranke oder behinderte Erwachsene und ältere Menschen. Im Verhältnis gesehen ist es die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen (11 %), die diese Versorgung hauptsächlich übernehmen, wobei dies für doppelt so viele Frauen (8 %) wie Männer (4 %) der Fall ist.

Personen mit Schädigungen werden in erster Linie von Familienmitgliedern gepflegt und betreut. Dies hat eine vor kurzem in Frankreich durchgeführte Untersuchung ergeben<sup>163</sup>, wonach 40 % der Erwachsenen mit einer Behinderung, die in den eigenen vier Wänden leben, die eine oder andere Form von Hilfe erhalten. Die größte Gruppe (62 %) erhält ausschließlich Hilfe durch nicht professionelle Pflegekräfte, während ein kleinerer Teil (13 %) nur professionelle Hilfe erhält, die Übrigen eine Kombination aus beiden. Insgesamt wird diese Hilfe durch nicht professionelle Pflegekräfte zu 90 % von der Familie übernommen, d. h. durch den Ehepartner (36 %), ein Eltern- oder Großelternanteil (23 %) oder ein Kind (21 %). Nachbarn sind mit 7 % an der nicht professionellen Pflege und Betreuung beteiligt. Die durch pflegende Angehörige oder im Rahmen der Nachbarschaftshilfe geleistete Betreuung erstreckt sich auf Unterstützung bei der Hausarbeit und beim Einkaufen, Körperpflege, Unterstützung bei gesundheitlichen Problemen, Hilfe in Verwaltungsangelegenheiten und darauf, dass man ihnen Gesellschaft leistet.

Die Verkleinerung der Haushaltsgröße ist in allen Mitgliedstaaten zu beobachten. In jedem Mitgliedstaat sind die Haushalte in den letzten Jahrzehnten kleiner geworden. Die durchschnittliche Haushaltsgröße ist von 2,8 Personen 1981 auf 2,4 1999 gesunken. Die höchsten Werte melden Portugal, Spanien und Irland mit durchschnittlich zwischen 2,9 und 3 Personen pro Haushalt für das Jahr 1999. Außerdem lebten 1999 schätzungsweise 12 % der Bevölkerung alleine. Der Anteil war in den skandinavischen Ländern (mit über 15 %) am höchsten und in Spanien und Portugal (5 %) am niedrigsten. Zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen gibt es deutliche Unterschiede. Über ein Drittel der Einpersonenhaushalte bestehen aus Frauen über 65<sup>164</sup>.

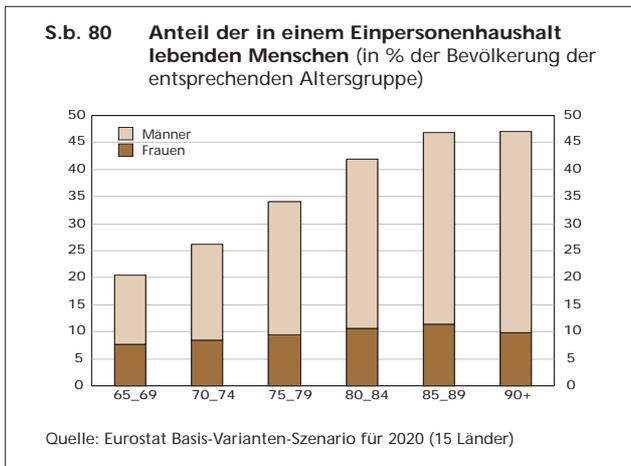
Den Szenarios für EU-15 für das Jahr 2020 zufolge werden 20 % der Menschen der Altersgruppe 65 bis 69 in Zukunft alleine leben, wobei der Anteil der Personen über 85 sogar noch höher ist (46 %). Frauen sind an dieser letztgenannten Gruppe mit fast 80 % beteiligt.

Angesichts dieser Entwicklungen der Lebensumstände älterer Menschen ist bemerkenswert, dass Probleme in Verbindung mit Behinderungen mit dem Alter zunehmen (siehe nachstehenden Abschnitt). Aktuelle Erhebungen haben ergeben, dass fast 40 % der älteren Menschen erklären, dass sie bei den Aktivitäten des täglichen Lebens schwer beeinträchtigt sind, und weitere 30 % geben an, dass sie an einer gewissen Schädigung leiden. In Zukunft wird ein Großteil der alten Menschen alleine leben und möglicherweise bei den

162 (ECHP-Daten, 1995: aktualisierte Fassung).

163 Handicaps-incapacités-dépendance, INSEE HID 1999.

164 Eine ausführlichere Analyse findet sich im Bericht zur sozialen Lage in der Europäischen Union 2001 der GD Beschäftigung und Soziales.

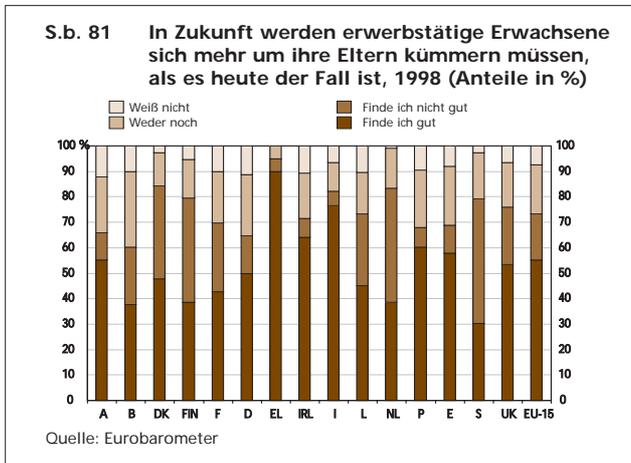


Aktivitäten des täglichen Lebens auf Unterstützung von außen angewiesen sein.

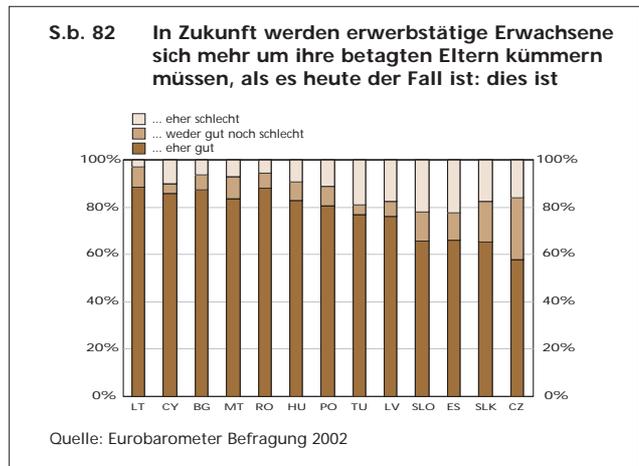
**In den eigenen vier Wänden oder in einer Einrichtung?**

Im Rahmen der Eurobarometer Befragung 1999 wurde die breite Öffentlichkeit gefragt, ob ältere Menschen, die auf persönliche Betreuung angewiesen sind, diese in Alten- bzw. Pflegeheimen erhalten oder ob sie dabei von sozialen Einrichtungen unterstützt werden sollten, um so lange wie möglich zu Hause leben zu können. Die überwiegende Mehrheit der Bürger (neun Zehntel aller Personen, die sich zu der Frage äußerten) sprach sich eindeutig für die häusliche (bzw. gemeinschaftsnahe) Pflege aus. Diese Ansicht wird von den politischen Entscheidungsträgern in allen Mitgliedstaaten geteilt.

Die Familie ist und bleibt der Inbegriff von Pflege und Unterstützung für Kinder und Erwachsene in allen Mitgliedstaaten. Die Rolle pflegender Angehöriger gilt als wichtig und positiv. Über die Hälfte der Europäer halten es für eine gute Sache, dass sich erwerbstätige Erwachsene künftig mehr um ihre Eltern kümmern müssen. Am wenigsten wird diese Verlagerung der Verantwortung auf die Familie in Finnland, Schweden, den Niederlanden und Belgien befürwortet, am meisten in den südlichen Mitgliedstaaten, vornehmlich in Griechenland. Dies geht aus der folgenden Grafik hervor. Wie in Kapitel 2.3 bereits ausgeführt, wird die Langzeitpflege für ältere Menschen auch heute noch insbesondere durch die Großfamilien in den mediterranen Mitgliedstaaten befürwor-



165 Siehe "Die soziale Lage in der europäischen Union " – 2000.



tet. In Italien und Spanien beträgt die Zahl der Pflegebetten weniger als ein Zehntel des EU-Durchschnitts.

In den Beitritts- und Kandidatenländern sind die Bürger eher bereit, mehr Verantwortung für die Pflege und Betreuung ihrer betagten Eltern zu übernehmen, als dies für die derzeitigen EU-Bürger der Fall ist. Eine ähnliche Erhebung, die in den Mitgliedstaaten durchgeführt wurde, hat ergeben, dass 76 % der Menschen in den Beitritts- und den Kandidatenländern sich positiv geäußert haben gegenüber 55 % in der EU. Dabei ist interessant, dass 81 % der Menschen, die in ländlichen Gebieten leben, diese stärkere Einbindung in die Pflege ihrer betagten Eltern befürworten, jedoch nur 69 % der Großstädter. Auch Menschen mit höheren Bildungsabschlüssen, Führungskräfte und Angestellte befürworten dies weniger als andere Gruppen.

Darüber hinaus sprechen sich vier Fünftel der EU-Bürger und 85 % der Menschen in den Beitritts- und Kandidatenländern dafür aus, dass soziale Einrichtungen ältere Menschen so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden betreuen sollten, anstatt sie in Altenheimen unterzubringen. Mit anderen Worten, die gemeinschaftsnahe Pflege wird der Pflege im Altenheim vorgezogen.

Allerdings wird aufgrund des soziodemografischen Wandels einerseits die Nachfrage nach sozialer Betreuung und Gesundheitspflege steigen und andererseits das Angebot an Pflege durch pflegende Angehörige begrenzt sein. Der Wandel der Familienstrukturen führt dazu, dass mehr Menschen alleine leben, insbesondere ältere Frauen. Darüber hinaus wird aufgrund steigender Beschäftigungsquoten von Frauen im Einklang mit den Zielen der europäischen Beschäftigungsstrategie die Verfügbarkeit der Pflege durch pflegende Familienangehörige und Nachbarn abnehmen.

**Wer sollte Pflege anbieten, um diesem wachsenden Bedarf gerecht zu werden?**

Gesundheits- und soziale Einrichtungen gelten als die Kernbereiche des Wohlfahrtsstaates schlechthin. Eurobarometer Befragungen aus der letzten Zeit haben ergeben, dass die Europäer die Verantwortung zunächst dem öffentlichen Sektor aufbürden (72 % und 86 % für die Gesundheitsversorgung bzw. soziale Dienste), der weit vor den Organisationen ohne Erwerbszweck (14 % und 4 %) und dem privaten Sektor (7 % und 6 %) rangiert<sup>165</sup>.

Seit Ende der 70er Jahre sind der Bedarf und die Nachfrage nach sozialen Diensten, u. a. aufgrund der Alterung der Bevölkerung, einer höheren Erwerbsbeteiligung von Frauen und schrumpfender Haushalte, gestiegen. Der Wandel der Familienstrukturen und die steigenden Beschäftigungsquoten wirken sich auf die Fähigkeit von Familienmitgliedern aus, die Pflege ihrer pflegebedürftigen bzw. abhängigen Angehörigen zu übernehmen. Dies gilt für Kinder genauso wie für abhängige ältere Menschen.

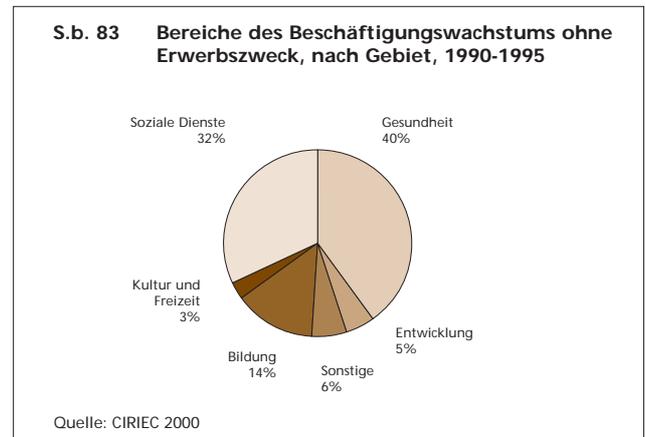
In Kapitel 2.3 wurde aufgezeigt, dass mehrere europäische Länder versucht haben, ihr Angebot an Dienstleistungen zu reformieren und deren Effizienz insgesamt zu steigern, insbesondere durch Dezentralisierung und Verlagerung der Befugnisse auf die Kommunalbehörden. So werden beispielsweise im Rahmen der europäischen Beschäftigungsstrategie Mitgliedstaaten, die derzeit nur in geringem Umfang Kinderbetreuung bereitstellen, dazu ermutigt, die entsprechenden Kapazitäten auszubauen. Häufig erweist es sich jedoch als problematisch, die Voraussetzungen zu schaffen, um dem Angebot und der Nachfrage nach sozialen Diensten und Pflege/Betreuung vor Ort gerecht zu werden. Die sich daraus ergebende Versorgungslücke wird teilweise von den Familien selbst geschlossen, die ihre traditionelle Rolle als "Selbsterzeuger" von Pflege und Betreuung auch weiterhin übernehmen, insbesondere auf dem europäischen Festland und in Südeuropa. In manchen Fällen hat die Nachfrage nach Pflegediensten einen Anstieg des Angebots auf dem grauen Markt bewirkt<sup>166</sup> und wurde durch die Entwicklung von nicht professionellen Aktivitäten mithilfe von Gelegenheitsarbeitern oder durch stärkere Inanspruchnahme von häuslichen Diensten im Rahmen der Nachbarschaftshilfe befriedigt.<sup>167</sup>

Auch Organisationen des dritten Sektors haben versucht, der steigenden Nachfrage nach sozialen Diensten und nach Wohlfahrtspflege gerecht zu werden.

### Der Anteil der "Sozialwirtschaft" wächst

In der europäischen Beschäftigungsstrategie werden Partnerschaften sowie die Sozialwirtschaft stärker gefördert, da die Mitgliedstaaten die Sozialwirtschaft als einen wichtigen Faktor für die Entwicklung vor Ort ansehen, wobei die Bedeutung des Begriffs Sozialwirtschaft völlig unterschiedlich verstanden wird.

Im Bereich der Gesundheits- und Pflegedienste liegen die Tätigkeiten von Unternehmen ohne Erwerbszweck (oder auch Organisationen des dritten Sektors) im Aufwärtstrend. Diese Organisationen werden in Form von Genossenschaften, Verbänden, Organisationen auf Gegenseitigkeit und Stiftungen tätig. Die Initiativen, an denen sie mitwirken, versuchen, Bedürfnissen gerecht zu werden, die durch die staatlichen Dienste oder die Marktwirtschaft nicht abgedeckt werden können. Organisationen des dritten Sektors sind in der Lage, nachbarschaftliche und soziale Dienste bereitzustellen, auch wenn sie dabei keine Gewinne erwirtschaften. Sie können einen Teil der Nachfrage abdecken, die ansonsten über das Angebot auf dem grauen Markt befriedigt werden müsste, und einen Teil der (von den Familien) bereitgestellten Dienste in ein professionelles Angebot umwandeln. Heute



sind diese Organisationen in vielen Ländern zu einer ansehnlichen wirtschaftlichen und sozialen Realität geworden. Allein im Hinblick auf die bei solchen Organisationen geleistete Arbeit beträgt der Anteil des dritten Sektors an der europäischen Wirtschaft 10 % und 6,6 % an der Zivilbeschäftigung in Europa<sup>168</sup>. Des Weiteren sind Gesundheitsdienste und Wohlfahrtseinrichtungen zwischen 1990 und 1995 mit nahezu drei Vierteln am Beschäftigungswachstum im gemeinnützigen Sektor beteiligt, wobei sich die Strukturen in den einzelnen Mitgliedstaaten voneinander unterscheiden.

In der europäischen Beschäftigungsstrategie werden Partnerschaften sowie die Sozialwirtschaft stärker gefördert, da die Mitgliedstaaten die Sozialwirtschaft als einen wichtigen Faktor für die Entwicklung vor Ort ansehen, wobei die Bedeutung des Begriffs Sozialwirtschaft völlig unterschiedlich verstanden wird

Die Sozialwirtschaft in den Mitgliedstaaten ist sehr unterschiedlich aufgebaut. Da Gesundheitsversorgung und soziale Dienste als die Kernbereiche des Wohlfahrtsstaats gelten, wird ein Großteil ihrer Tätigkeiten staatlich gefördert<sup>169</sup>:

- In den Ländern, die dem Kontinentalmodell (Deutschland, Frankreich, Österreich, Belgien, Niederlande und Luxemburg) zuzuordnen sind, spielt der staatliche Sektor bei der Finanzierung des Angebots eine wichtige Rolle, doch lag das Angebot dieser Dienste historisch in den Händen großer Wohltätigkeits- oder gemeinnütziger Organisationen. In Deutschland beispielsweise sind sieben große Organisationen ohne Erwerbszweck weitgehend für die öffentlich finanzierten sozialen Dienste zuständig. Der Anteil der staatlichen Finanzierung der Gesundheitsversorgung im gemeinnützigen Bereich liegt in Frankreich und Deutschland bei immerhin 84 %.
- Beim Mittelmeermodell (Italien, Spanien, Portugal und Griechenland) sind die staatlichen Fürsorgesysteme weniger gut ausgebaut, und die bereitgestellten sozialen Dienste werden zum Großteil zusammen mit der Sozialwirtschaft angeboten. In Italien liegt der Anteil der staatlichen Finanzierung bei 72 %.

166 Third System, Employment and Local Development Capitalisation Reports: Key Sectors by Carlo Borzaga, Antxon Olabe and Xavier Greffe – Bericht an die Europäische Kommission, 1999.

167 Siehe "Die soziale Lage in der Europäischen Union" - 2002, um einen Einblick zu bekommen, welchen Stellenwert Wanderarbeitnehmer im Bereich häusliche Pflege und Betreuung genießen.

168 Third system and employment; a mid term review – Bericht an die Europäische Kommission - 2000 (CIRIEC 2000).

169 Role of the social third sector in market economies: an European perspective – César-Stiftung (1999) für die Europäische Kommission.

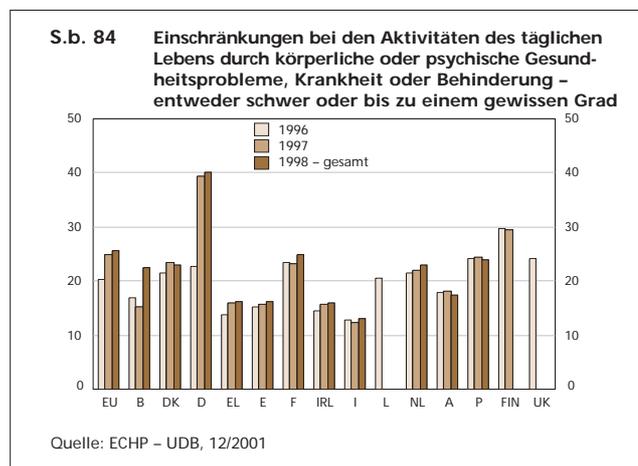
- Beim angelsächsischen Modell (Irland, Vereinigtes Königreich) ist das Angebot und die Verwaltung durch den Staat zwar weiterhin tonangebend, doch ist auch die Sozialwirtschaft gut ausgebaut, und es gibt ein breites Spektrum von Organisationen ohne Erwerbszweck: karitative Organisationen, Krankenhäuser, Universitäten, die Kirche (Irland), soziale Genossenschaften und Rentenkassen. Der Anteil der staatlichen Finanzierung an der Gesundheitsversorgung im gemeinnützigen Bereich im Vereinigten Königreich beträgt 23 %.
- In den Ländern des skandinavischen Modells (Dänemark, Finnland, Schweden) dominiert der öffentliche Sektor das Angebot an sozialen Diensten. Der dritte Sektor erstreckt sich im Wesentlichen auf die Bereiche Kultur, Freizeit und Arbeit und steckt im Hinblick auf die Bereitstellung von Pflegediensten, die größtenteils durch den Staat finanziert werden (87 % der Mittel für solche Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsversorgung werden in Schweden durch den Staat aufgebracht) noch weitgehend in den Kinderschuhen.

Der dritte Sektor spielt nicht nur in wirtschaftlicher Hinsicht bei der Schaffung und Vermehrung von Sozialkapital, der Schaffung von Möglichkeiten für Freiwilligenarbeit oder auch in der Erwachsenenbildung eine wichtige Rolle. Freiwilligenarbeit leistet einen wichtigen Beitrag zur Dynamik, die den dritten Sektor prägt. So ergeben (unvollständige) Daten, dass in diesem Sektor in Deutschland, Frankreich und Italien 40 % der insgesamt geleisteten Arbeit (in Vollzeitäquivalenten) unbezahlte Arbeit ist, ein Anteil, der in Schweden (wo Freizeit- und Sportaktivitäten den Löwenanteil ausmachen) bei immerhin 73 % liegt. In den Kernbereichen des Wohlfahrtsstaats (Gesundheitsversorgung, Bildung, soziale Dienste) arbeiten im Vereinigten Königreich 62 % Freiwillige, in Deutschland 58 %, 42 % in den Niederlanden und Irland, 28 % in Schweden und 19 % in Dänemark.

In demokratischen Gesellschaften trägt der dritte Sektor bzw. die bürgerliche Gesellschaft auch dadurch zur politischen Debatte bei, dass er die Mitgliedschaft fördert und sich zum 'Sprachrohr' für besondere Belange macht. Da er eine Vielzahl von wirtschaftlichen und sozialen Zielen verfolgt, kann er häufig auch als Vertreter und Fürsprecher der Bürger und bestimmter Gruppen auftreten, für deren Probleme er sich einsetzt. Außerdem steht er gewöhnlich den Zielgruppen staatlicher Maßnahmen und Programme nahe. So trägt beispielsweise die Einbeziehung von Vertretern behinderter Menschen in die Umsetzung und Begleitung politischer Maßnahmen und Aktionen, die das Leben von Behinderten beeinflussen, zum Erfolg dieser Maßnahmen bei. Im Bereich der Gesundheitsversorgung und der sozialen Dienste kommen solche Fürsprecher im Rahmen von Patienten- oder Klientenbewegungen insbesondere im Bereich der Altenpflege zunehmend zum Tragen.

### 2.4.5 Leben mit Behinderungen in der EU

Chronische körperliche oder psychische gesundheitliche Probleme können ein Hindernis für die Teilnahme am täglichen Leben darstellen. Behinderung und mangelnde Beteiligung sollten bei einer bestimmten Schädigung nicht als konstante Größen, sondern vielmehr als Phänomene gesehen werden, die sich aus den Wechselbeziehungen zwischen Umwelt und Schädigung ergeben. Die ECHP-Erhebung<sup>170</sup> liefert eine Reihe von Informationen über die Schwierigkeiten im täglichen Leben auf der Grundlage von Selbsteinschätzungen und über den potenziellen Bedarf der Bevölkerung an Unterstützung. 1996 gaben im Durchschnitt 4,5 % der EU-Bevölkerung an, schwer beeinträchtigt, und 10 %, bis zu einem gewissen Grad beeinträchtigt zu sein. Im Allgemeinen geben Frauen einen geringfügig höheren Grad leichter Behinderung an als Männer (10,6 % gegenüber 9,3 %), doch sind die Unterschiede bei Schwerbehinderten geringer. Bei der Auslegung der Ergebnisse ist jedoch Vorsicht geboten, da diese Behinderungsmessungen auf subjektiven Einschätzungen beruhen. Mit anderen Worten, die unterschiedlichen Behinderungsgrade in den Mitgliedstaaten bringen möglicherweise unterschiedliche sprachliche oder kulturelle Auslegungen des Begriffs Behinderung in den Mitgliedstaaten und weniger tatsächliche Unterschiede beim Grad der Behinderung im täglichen Leben zum Ausdruck. Die nachstehende Grafik macht deutlich, dass die subjektive Einschätzung von Einschränkungen infolge von körperlichen oder psychischen Gesundheitsproblemen im Laufe der Zeit relativ stabil bleibt, insbesondere bei Menschen, die sich als schwer eingeschränkt empfinden. Während der dritten Welle der ECHP-Erhebung wurde in Deutschland jedoch ein Anstieg beobachtet, der in Belgien weniger stark ausgeprägt war, denn in diesen beiden Ländern gaben mehr Menschen an, dass sie "bis zu einem gewissen Grade behindert sind". Die Schwerbehindertenquote entwickelt sich sehr viel stabiler.



#### Die europäische Behindertenpolitik

In ihren Entscheidungen aus der letzten Zeit hat die Europäische Union im Hinblick auf Behinderungen ein auf den Menschenrechten beruhendes Konzept entwickelt. Dies wird durch Artikel 13 des Vertrags von Amsterdam untermauert, in dem europäische Maßnahmen zur Bekämpfung von

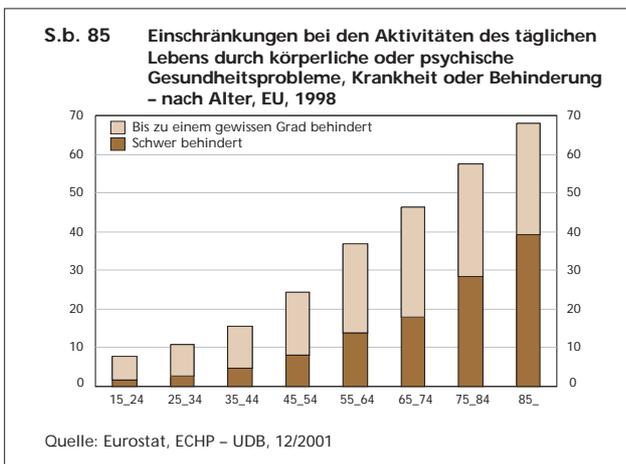
<sup>170</sup> Disability and social participation in Europe, Eurostat 2001 (14 Mitgliedstaaten ohne Schweden). Die ECHP-Daten schlagen eine subjektive Beurteilung der Behinderung vor: die Menschen werden gefragt, ob sie sich bei den Aktivitäten des täglichen Lebens schwer oder bis zu einem gewissen Grade eingeschränkt fühlen, unabhängig von administrativen oder medizinischen Einstufungen der Behinderung.

Diskriminierung, u. a. aus Gründen der Behinderung, legitimiert werden. Im Rahmen des 'sozialen Behinderungsmodells' gilt Behinderung als das Produkt des Umfelds und sozialer Zusammenhänge und nicht als medizinisches Problem oder als typisches Kennzeichen der Betroffenen.

Zur Verwirklichung der Chancengleichheit für Menschen mit Behinderungen ist eine mehrgleisige Strategie zur uneingeschränkten Teilnahme, Bekämpfung von Diskriminierung, Erleichterung einer unabhängigen Lebensführung, Förderung einer besseren sozialen Eingliederung, Vermeidung von Armut und sozialer Ausgrenzung, Verbesserung der Chancen in den Bereichen allgemeine und berufliche Bildung, lebenslanges Lernen und Beschäftigung und zur Erhöhung der Verfügbarkeit und Anhebung der Qualität von Pflege und unterstützenden Technologien erforderlich. Kurz, es geht darum, Situationen zu erkennen, die zu Behinderungen führen, und weniger um behinderte Menschen.

### Behinderungen nehmen mit dem Alter zu ...

Im Rahmen von Erhebungen in allen EU-Mitgliedstaaten wurden systematisch Informationen zu diesem Zusammenhang zwischen Alter und Behinderung zusammengetragen, wobei die Ergebnisse gewöhnlich in Form von zwei Kategorien dargestellt werden: die Kategorie der Schwerbehinderten und diejenige der Personen mit einem gewissen Grad der Behinderung. Das Vorkommen der auf Selbsteinschätzungen beruhenden Behinderungen steigt mit dem Alter deutlich. Im Durchschnitt sind nur 2,7 % der Menschen zwischen 25 und 34 Jahren schwerbehindert. Dieser Anteil klettert in der Altersgruppe 55-64 auf 13,9 % und dann weiter auf fast 39,1 % bei Menschen über 85. Der Anteil der leicht Behinderten steigt schneller an: von 8 % in der Altersgruppe 25 bis 34 auf 28,8 % bei Menschen über 85.



Dieser mit dem Alter zunehmende Trend ist in allen Mitgliedstaaten zu beobachten. Der höchste Anstieg wird in Finnland beobachtet, der niedrigste in Italien und Griechenland.

Manche Forscher gehen davon aus, dass mit der Alterung der Bevölkerung zusammen mit steigenden Überlebensquoten bei Unfällen und Krankheiten, die zu Behinderungen führen, der Bevölkerungsanteil mit Behinderungen oder chronischen Krankheiten steigen wird. Mit der steigenden Lebenserwartung

nimmt die Prävalenz von Seh- und Hörschädigungen, aber auch von psychischen Gesundheitsproblemen wie Alzheimer und Demenz zu. Bei der Auslegung dieser Daten ist jedoch Vorsicht geboten, damit eventuellen Generationeneffekten Rechnung getragen werden kann. Dabei sollte man bedenken, dass Menschen im Alter von 60 bis 64 im Jahr 2020 oder 2040 eine andere Lebensgeschichte haben werden als Menschen, die derzeit dieser Altersgruppe angehören. Dem Generationeneffekt auf den Gesundheitszustand in einem bestimmten Alter kommt aufgrund der tiefgreifenden Umwälzungen in der Lebensführung in Europa ein hoher Stellenwert zu. Betrachtet man umfangreiche Datenreihen für die einzelnen Industrieländer in einer Gesamtschau, so stellt man einen leichten Aufwärtstrend bei der Lebenserwartung ohne Behinderung in den letzten 15 Jahren fest. Die Daten über die Lebenserwartung ohne schwere Behinderung scheinen darauf hinzudeuten, dass der Anstieg der Lebenserwartung offenbar mit einem Rückgang von Schwerstbehinderungen und einer Zunahme von sehr leichten Behinderungen einhergeht<sup>171</sup>. Diesen Ergebnissen zufolge ist der Schweregrad ein Schlüsselkonzept bei der Auswertung von Entwicklungstrends im Bereich Behinderungen. Darauf wird in Abschnitt 2.1 näher eingegangen.

### ... und beeinträchtigen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ...

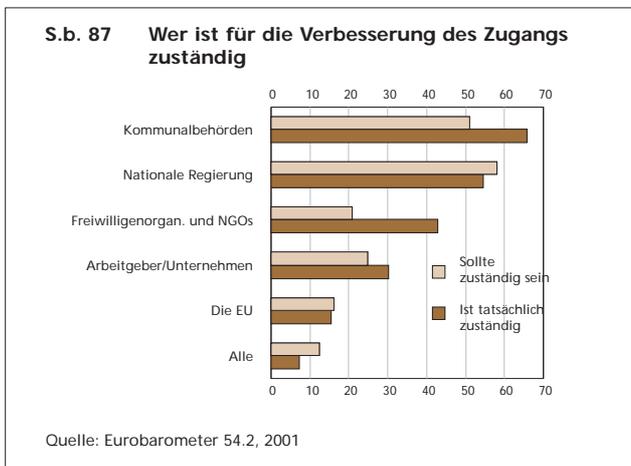
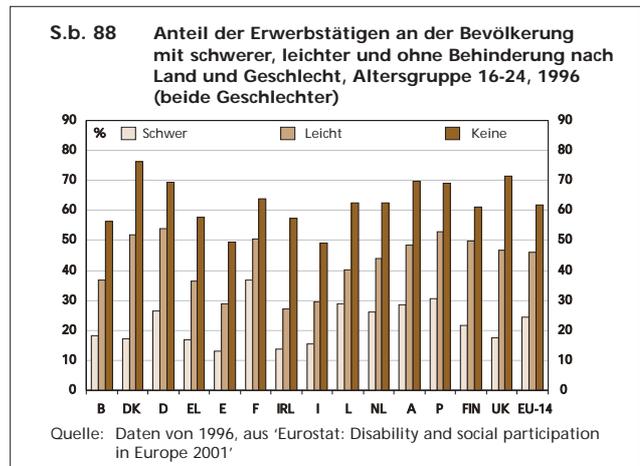
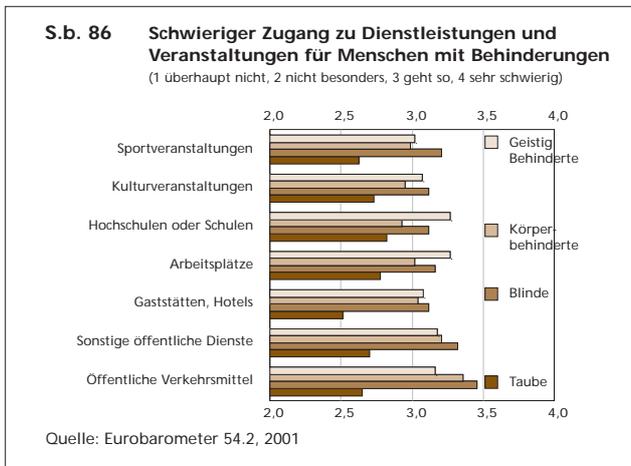
Die Teilnahme am Erwerbsleben, an Bildung, Freiwilligenorganisationen, Vereinen oder Gewerkschaften ist sehr wichtig, denn sie leistet einen Beitrag zur Lebensqualität von Menschen und zur Qualität der Gesellschaft. Allerdings stellt die Gesellschaft allzu oft physische und einstellungsbedingte Hindernisse auf, die eine uneingeschränkte Teilnahme Behinderter am täglichen Leben verhindern. Aktivitäten, die für die übrige Gesellschaft selbstverständlich sind, bleiben Behinderten möglicherweise verschlossen, da diese Hindernisse ihrer uneingeschränkten Teilnahme an der Gesellschaft im Wege stehen.

Die Frage der Zugänglichkeit ist für manche Gruppen wichtiger als für andere. Eine vor kurzem in den Mitgliedstaaten durchgeführte Eurobarometer Befragung<sup>172</sup> ist diesbezüglich sehr aufschlussreich, auch wenn sie nicht in allen Einzelheiten auf die Art der analysierten körperlichen und geistigen Schädigungen eingeht und darüber hinaus die Antworten auf recht allgemeinen Klischees beruhen. Die Ergebnisse der Erhebung haben ergeben, dass 85 % der Europäer der Auffassung sind, dass der Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln für Blinde und Körperbehinderte schwierig sei. Die kritischsten Positionen wurden in Frankreich und Griechenland beobachtet. In Schweden waren die Auskunftspersonen im Hinblick auf die Zugänglichkeit zu Dienstleistungen und Veranstaltungen weniger kritisch, vielleicht, weil dieses Land bereits weitgehend über eine behindertengerechte (öffentliche und private) Infrastruktur verfügt.

Insgesamt waren 57 % der Auffassung, dass sich der Zugang zu öffentlichen Plätzen in den letzten Jahren verbessert hat. Allgemein herrschte der Eindruck, dass für die Verbesserung des Zugangs in den letzten Jahren überwiegend die staatlichen Behörden – auf lokaler (66 %) und nationaler (55 %) Ebene – verantwortlich waren. Es wird davon ausgegangen, dass auch Freiwilligenorganisationen und NGOs bei diesen Fragen, für die sie nicht immer unbedingt auch verantwortlich sind, unterstützend tätig sind.

171 Wie J-M. Robine in "Can we hope for both long life and good health?" formuliert hat.

172 Eurobarometer Befragung 54.2, 2001.



Werte für Menschen, die angeben, nicht behindert zu sein, bei 66 % liegen. Wichtig in diesem Zusammenhang ist jedoch, dass Behinderung nicht Unfähigkeit bedeutet. Manche Länder wie Finnland, Frankreich und Österreich, die hohe Beschäftigungsquoten für ihre Bevölkerung erzielt haben, haben es verstanden, auch bei Behinderten hohe Beschäftigungsquoten zu erzielen, insbesondere bei Menschen mit leichten Behinderungen. Dagegen bieten Länder wie Griechenland und Spanien mit relativ niedrigen Beschäftigungsquoten nur begrenzt Chancen, um Behinderten den Zugang zum Arbeitsmarkt zu ermöglichen<sup>173</sup>.

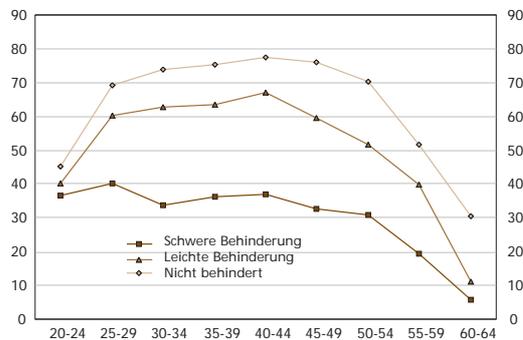
Für alle Altersgruppen gilt, dass Menschen, die sich als nicht behindert bezeichnen, mit größerer Wahrscheinlichkeit erwerbstätig sind als Menschen mit Behinderungen. Die Kluft wird in den mittleren Altersgruppen größer und bei älteren Menschen wieder enger. In der Altersgruppe 25 bis 29 liegt die Beschäftigungsquote von Schwerbehinderten bei 40,2 % und von Menschen ohne Behinderung bei 69,2 %. Die Werte nehmen dann ständig über alle Altersgruppen hinweg bei den Schwerbehinderten ab, während die höchste Beschäftigungsquote in der Altersgruppe der 40- bis 45-Jährigen bei Menschen ohne Behinderung zu verzeichnen ist. Im Hinblick auf die Erwerbsbeteiligung sollte zwischen Angebots- und Nachfrageeffekten unterschieden werden. Wenn Menschen mit Behinderungen hinsichtlich der Art der Tätigkeit, die sie verrichten können, eingeschränkt sind, geben sie sich offenbar auch mit niedrigeren Löhnen zufrieden. Außerdem erhöht sich aufgrund der gewährten Erwerbsunfähigkeitsleistungen der Mindestlohn, den eine Person verlangt, wenn sie eine Stelle annimmt. Für Jugendliche mit einer leichten Behinderung ist die Aussicht, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, aufgrund der langfristigen Auswirkungen auf die Höhe ihres Einkommens mit höheren Anreizen verbunden, als ausschließlich von Leistungen zu leben. Dieser Trend ist in höheren Altersgruppen, in denen die Arbeits- und Aufstiegschancen weniger aussichtsreich sind oder weniger Anreize bieten, nicht gegeben. Zugleich kann auch ein feindliches Umfeld in Form von Hindernissen und Einstellungen Menschen davon abhalten, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Die Einstellung der Arbeitgeber ist hier besonders von Belang: die Beschäftigung von Behinderten ist allzu oft mit höheren Kosten, Fehlzeiten, einer niedrigeren Produktivität und einer geringeren Mobilität verbunden<sup>174</sup>. Alle Bemühungen zur Verbesserung der Zugänglichkeit und der behindertengerechten Ausstattung der

Im Bereich Bildung und Lernen gestaltet sich das Mainstreaming, d. h. der Zugang Behinderter zu Regelschulen und allgemeiner Bildung, schwierig. In vielen Fällen setzt die Absonderung frühzeitig ein, wenn behinderte Kinder in parallelen Bildungsnetzwerken aufgefangen werden. Diese Trennung wiederum führt dazu, dass sich Klischees, falsche Vorstellungen und ein gegenseitiger Mangel an Verständnis hartnäckig fortsetzen. Dies kann als ein dynamischer Ausgrenzungsprozess verstanden werden, der Missverständnissen, irrtümlichen Einstellungen und Diskriminierung weiter Vorschub leistet. Dagegen ist die Integration Behinderter während ihres schulischen Werdegangs eine der effizientesten Möglichkeiten überhaupt, um Klischees und negative Einstellungen gegenüber Behinderten bei zukünftigen Generationen entgegenzutreten.

**... insbesondere die Erwerbsbeteiligung ...**

Die Beschäftigungsquoten Behinderter schwanken mit dem Konjunkturverlauf, doch wurde allgemein seit Mitte der 80er Jahre nur ein geringer Anstieg verzeichnet. Dem ECHP zufolge beträgt die Beschäftigungsquote von Schwerbehinderten auf EU-Ebene lediglich ein Drittel der Beschäftigungsquote von Menschen ohne Behinderung, wobei sich die Mitgliedstaaten voneinander unterscheiden. Bei Menschen mit einer leichten Behinderung liegt sie bei 47 %, während die

173 Weitere Angaben ergeben sich aus der Arbeitskräfteerhebung, die ein Modul "Menschen mit Behinderungen" enthält, welches von der Europäischen Union 2002 erhoben wird.  
174 S. Grammenos, CESEP, 2002, op.cit.

**S.b. 89 Anteil der Erwerbstätigen**

Quelle: ECHP – EU-14 – 1996

öffentlichen Verkehrsmittel, der Anpassung der Arbeitsplätze und der Verfügbarkeit von häuslicher Betreuung sind Schlüsselfaktoren zur Steigerung der Wirtschaftstätigkeit.

Da der für die Bevölkerung im Erwerbsalter angegebene Grad der Behinderung in der Altersgruppe ab 50 viel höher ist, könnte sich eine Verknüpfung der Anforderungen am Arbeitsplatz und derjenigen des Arbeitsumfelds mit den Fähigkeiten der Arbeitnehmer ebenfalls beschäftigungsfördernd auswirken. Neue Strategien zur Wiedereingliederung von Arbeitnehmern nach einer Krankheit oder einem Unfall könnten ebenfalls die Beschäftigungsquote in dieser Gruppe steigern.

Behinderungen treten häufiger bei körperlich arbeitenden (sog. Blue-Collar-) Arbeitnehmern auf, obwohl dies auch mit den höheren Gesundheits- und Sicherheitsrisiken zusammenhängen könnte, denen solche Arbeitnehmer ausgesetzt sind. Der Alterseffekt gestaltet sich recht komplex, denn er verbindet den gesundheitlichen Selektionseffekt mit der Anhäufung von Kenntnissen und Erfahrung: die vertikale berufliche Mobilität während des Erwerbslebens ist eher bei gesunden Menschen verbreitet, eine Abwärtsmobilität eher bei Menschen mit gesundheitlichen Problemen.

Die hier vorgestellten Daten sollten nicht verhehlen, dass der Begriff Behinderung unterschiedlich definiert wird, je nach Kontext, und sich auf unterschiedliche Realitäten in verschiedenen Politikbereichen erstreckt. So bedeutet der Begriff beispielsweise im Bereich der Einkommenssicherung die teilweise oder vollständige Unfähigkeit, seinen Lebensunterhalt zu verdienen; im Bereich Beschäftigungspolitik bedeutet er eine verringerte Produktivität oder Faktoren, die beim Antritt oder der Beibehaltung eines Arbeitsplatzes zu Diskriminierung führen; und im Bereich der unabhängigen Lebensführung bedeutet er zusätzlichen Bedarf an Selbsthilfe und Unterstützung. Da die Auswirkungen, die zu einer Behinderung führen, je nach Kontext unterschiedlich sind, ist eine Beurteilung der Schädigungen nicht das A und O, was die Möglichkeit eines übereinstimmenden und stabilen Behinderungsstatus über alle Politikbereiche hinweg in Frage stellt.

### ... und den Zugang zu angemessenen Dienstleistungen und Leistungen.

Eine weitere politische Frage von Belang betrifft den zunehmenden Pflege- und Zugangsbedarf bei chronischen Krankheiten, insbesondere im Hinblick auf den steigenden

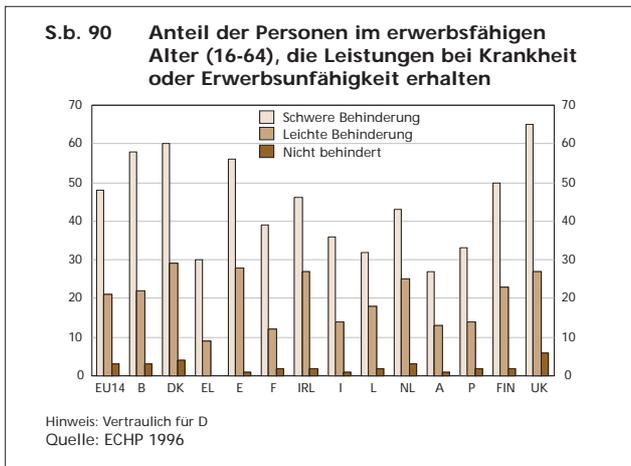
Anteil chronischer Krankheiten in den höheren Altersgruppen. In Kapitel 2.3 dieses Berichts wurde bereits die notwendige Umstrukturierung der Gesundheits- und Langzeitpflegesysteme erörtert, um einer geänderten Nachfrage infolge der Alterung besser gerecht werden zu können.

Behinderte haben in der Regel eher wirtschaftliche Probleme. Bei einem Vergleich verschiedener sozioökonomischer Gruppen hat sich herausgestellt, dass benachteiligte Gruppen offenbar nicht nur eine kürzere Lebenserwartung haben, sondern auch die höchste Zahl von Lebensjahren mit Behinderung verbringen müssen. Menschen mit Behinderungen haben möglicherweise zusätzliche medizinische Bedürfnisse oder benötigen spezielle Unterstützung als Voraussetzung für eine unabhängige Lebensführung. In manchen Mitgliedstaaten werden Behinderte aufgrund ihrer speziellen, durch ihre Behinderung bedingten Bedürfnisse zusätzlich gefördert. Die hier bewerteten Bedürfnisse betreffen jedoch normalerweise die Selbsthilfe und Selbstversorgung, wobei einer Unterstützung bei ihren sozialen oder mobilitätsbedingten Bedürfnissen nur geringeres Augenmerk zuteil wurde. Bei einer Beurteilung der Bedürfnisse spielt häufig das Alter eine Rolle; in manchen Mitgliedstaaten steht älteren Menschen kein Anspruch auf die Leistungen zu, die jüngeren behinderten Menschen gewährt werden. Dies gilt insbesondere für die Mobilität, für soziale Kontakte oder für die notwendige Kompetenzentwicklung.

In den letzten 30 Jahren sind die Fürsorgesysteme in der Europäischen Union ausgebaut worden. Dies umfasst auch Erwerbsunfähigkeitsleistungen, die drittgrößte Kategorie nach den Leistungen im Alter und den Ausgaben bei Krankheit/Pflegebedürftigkeit. Anfang der 90er Jahre wurden angesichts der steigenden Ausgaben für Behinderte neue politische Maßnahmen zur Kostendämpfung und Ausgabenkontrolle eingeleitet. In diesem Zusammenhang gewann die Tatsache, dass ältere, behinderte und chronisch kranke Menschen für die Entwicklung neuer politischer Maßnahmen eine wichtige Gruppe darstellen, die erhebliche Herausforderungen mit sich bringt, zunehmend an Bedeutung.

Im Durchschnitt sind 8 % der Europäer im erwerbsfähigen Alter, die sich als schwer behindert bezeichnen, ohne Einkommen (im Vergleich zu 15 % der Menschen ohne Behinderung). Umgekehrt verfügen 29 % über ein Arbeitseinkommen, und 59 % beziehen ein Einkommen in Form einer Rente oder einer Leistung (diese Zahlen liegen bei 69 % bzw. 13 % bei Menschen ohne Behinderung). Im EU-Durchschnitt erhalten 48 % der Schwerbehinderten Leistungen bei Krankheit und Invalidenrenten; diese reichen von 65 % im Vereinigten Königreich bis zu 27 % in Österreich, obwohl für diese Spanne auch unterschiedliche Definitionen in den Mitgliedstaaten verantwortlich sein können.

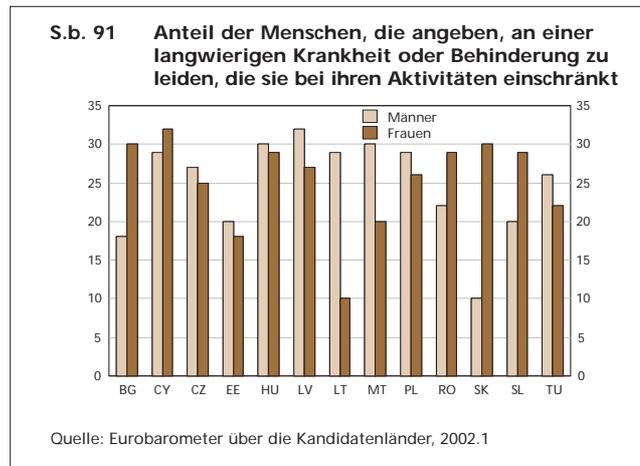
Die Kosten einer Behinderung für eine Person oder einen Haushalt werden nur selten umfassend angegeben. Dabei sollten nicht nur die medizinischen Ausgaben, Ausrüstungen oder die behindertengerechte Wohnungsgestaltung, sondern auch die geringeren Einkommen eingeschlossen werden, die Menschen mit Behinderungen im Allgemeinen beziehen, sowie Einkommensverluste von Pflegepersonen. So schätzte beispielsweise eine britische Studie, dass die Erziehung von schwerbehinderten Kindern dreimal so teuer ist wie diejenigen von nicht behinderten Kindern.



Im Rahmen einer Erhebung bei Behinderten in sieben Mitgliedstaaten<sup>175</sup> hielten rund 93 % der Auskunftspersonen die bezogenen Leistungen für unzureichend. Dieses Ergebnis stimmt mit der Aussage überein, dass die Einkommen nicht zur Sicherung der Grundbedürfnisse ausreichen. Daher befinden sich die meisten Behinderten in einer sehr schlechten oder schlechten Situation. Viele Auskunftspersonen wiesen bei der Erhebung auf eine Leistungsfaller hin, die Behinderten den Zugang zu einer Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung versperrt, weil sie bei der Aufnahme einer Beschäftigung die notwendigen Einkommensbeihilfen verlieren. Dies gilt als eines der größten Hindernisse für die Erwerbsbeteiligung.

**Grad der Behinderung in den beitretenden und den Kandidatenländern**

In einer 2002 durchgeführten Erhebung wurden Menschen in den Beitritts- und Kandidatenländern gebeten, subjektiv ihre eigene gesundheitliche Situation anhand einer 4-Punkte-Skala (von "sehr zufrieden" bis "überhaupt nicht") einzuschätzen. Bei



den beiden ersten Stufen ("sehr zufrieden" bis "recht zufrieden") wird in den drei beitretenden Ländern am Mittelmeer und in Slowenien die Gesundheit am positivsten bewertet. Die Unzufriedenheit ist in Rumänien, Ungarn und Bulgarien am höchsten. Im Gegensatz zu den aktuellen Mitgliedstaaten sind Frauen (89 % zufrieden) mit ihrer Gesundheit zufriedener als Männer (64 % zufrieden). Der größte Zufriedenheitsgrad mit der Gesundheit wird für die jüngste und die älteste Altersgruppe (79 % der 15- bis 24-Jährigen und 74 % in der Altersgruppe ab 55) berichtet, während die Altersgruppe der 40- bis 54-Jährigen am unzufriedensten ist.

In allen Beitritts- und Kandidatenländern gibt ein Viertel der Bevölkerung an, an der einen oder anderen Form einer langwierigen Krankheit oder Behinderung zu leiden, die sie bei ihren Aktivitäten einschränkt. Ungarn, Polen und die Tschechische Republik gehören zu den Ländern, in denen diese subjektive Selbsteinschätzung der Behinderung am schlechtesten ausfällt, während für Malta die niedrigsten Schweregrade der Behinderung gemeldet werden<sup>176</sup>.

175 Yfantopoulos Y (2002) Disability and Social Exclusion in the European Union. Time for change, tools for change (mit Unterstützung der Europäischen Union und unter der Schirmherrschaft des Europäischen Behindertenforums).

176 Diese Daten sollten nicht direkt mit den in den Mitgliedstaaten über ECHP gemessenen Graden der Behinderung verglichen werden, da beide Erhebungen unterschiedlich konzipiert sind und auf einer unterschiedlichen Methodik beruhen.

# Abschnitt 3

**Sozialpolitische Themen  
- Statistische Profile**

## Sozialpolitische Themen – Statistische Profile

In Abschnitt 3 wird eine Reihe statistischer Profile für ein Spektrum sozialpolitischer Themen vorgestellt, die für die Europäische Union relevant sind. Praktisch alle sozialpolitischen Schlüsselbereiche sind erfasst: Bevölkerung; allgemeine und berufliche Bildung; Arbeitsmarkt; Sozialschutz; Einkommen, Armut und soziale Ausgrenzung; Gleichstellung der Geschlechter sowie Gesundheit und Sicherheit.

Jedes statistische Profil wird in Form von Tabellen, Grafiken und Kommentaren dargestellt. Der diesjährige Bericht enthält 22 Profile, eines mehr als im vergangenen Jahr. Das neue Profil „Arbeitsmarktpolitische Ausgaben“ wird im Bereich „Sozialschutz“ behandelt, hat jedoch auch einen engen Bezug zum Bereich „Arbeitsmarkt“. Geschlechtsspezifische Fragen werden nicht nur in den drei Profilen im Bereich „Gleichstellung der Geschlechter“, sondern auch in anderen Profilen und den statistischen Anhängen erörtert, in denen mehrere Indikatoren nach Geschlecht aufgeschlüsselt sind.

Abgesehen von den ersten zwei Profilen, die kontextbezogene Informationen liefern – eines zur wirtschaftlichen Lage, das andere zu Demografie, Haushalten und Familien –, stützt sich jedes Profil auf einen oder zwei ausgewählte(n) Schlüsselindikator(en) (siehe nachfolgende Tabelle). Zusammengenommen liefern all diese Indikatoren nicht nur eine Momentaufnahme der heutigen sozialen Lage, sondern dienen zugleich als Instrument zur Beobachtung und zum Vergleich der sozialen Fortschritte in den fünfzehn Mitgliedstaaten und den beitretenden Staaten/Kandidatenländern.

Die Schlüsselindikatoren wurden so weit wie möglich nach den folgenden Kriterien ausgewählt:

1) Jeder Indikator sollte folgende Merkmale aufweisen: i) politische Relevanz auf EU-Ebene, ii) Vergleichbarkeit zwischen den fünfzehn Mitgliedstaaten, iii) Verfügbarkeit bei Nutzung der harmonisierten Eurostat-Quellen, iv) Messbarkeit im Zeitverlauf und v) gute Verständlichkeit.

2) Der Kontinuität halber sollte diese Gruppe von Indikatoren über die Zeit hinweg relativ unverändert bleiben. Eine gewisse Flexibilität ist jedoch unvermeidlich, wenn veränderten politischen Erfordernissen und künftigen Verbesserungen bei der Datenverfügbarkeit Rechnung getragen werden soll.

15 der 24 Schlüsselindikatoren zählen zu den Strukturindikatoren, die im Frühjahrsbericht (KOM(2003) 5 endg. vom 14.1.2003) enthalten sind. Dieser Bericht wurde von der Kommission für die Frühjahrstagung des Europäischen Rates am 21.3.2003 über die Lissabonner Strategie zur wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Erneuerung erstellt.

Eine Zusammenfassung der Schlüsselindikatoren mit Daten für alle Mitgliedstaaten ist in Anhang I enthalten. Detaillierte statistische Daten zum gesamten Bericht sind Anhang II zu entnehmen.

Die Anhänge III und IV enthalten statistische Daten zu sozialen Trends in den beitretenden Staaten/Kandidatenländern. Sie entsprechen so weit wie möglich den Anhängen I und II.

Symbole, Länder und Ländergruppierungen, sonstige Abkürzungen und Akronyme werden in Anhang V erklärt.

Die redaktionelle Arbeit an den Profilen wurde im Februar 2003 abgeschlossen. Zusätzliche bzw. neuere Daten können bei den Eurostat-Data-Shops (siehe Verzeichnis in Anhang V) angefordert werden.

Bereich	Statistisches Profil	Ausgewählte(r) Schlüsselindikator(en)
<b>Wirtschaft</b>	1 Wirtschaftliche Lage	-
<b>Bevölkerung</b>	2 Demografie, Haushalte und Familien	-
	3 Überalterung der Bevölkerung	Altersbelastungsquotient
	4 Wanderung und Asyl	Nettozuwanderungsrate
<b>Allgemeine und berufliche Bildung</b>	5 Bildungsabschlüsse	<i>Schulabbrecher</i>
	6 Lebenslanges Lernen	<i>Lebenslanges Lernen (Teilnahme Erwachsener an Bildung und Ausbildung)</i>
<b>Arbeitsmarkt</b> (siehe auch die Profile Nr. 14, 19 und 20)	7 Beschäftigung	<i>Beschäftigungsquote</i>
	8 Beschäftigung älterer Arbeitnehmer	<i>Beschäftigungsquote älterer Arbeitnehmer (55-64) und Effektives durchschnittliches Austrittsalter aus dem Berufsleben</i>
	9 Arbeitslosigkeit	<i>Arbeitslosenquote</i>
	10 Jugendarbeitslosigkeit	<i>Quotient Jugendarbeitslosigkeit/Bevölkerung</i>
	11 Langzeitarbeitslosigkeit	<i>Langzeitarbeitslosenquote</i>
<b>Sozialschutz</b>	12 Sozialschutzausgaben und -einnahmen	Sozialschutzausgaben als Anteil des BIP
	13 Sozialleistungen	Alters- und Hinterbliebenenversorgung in Prozent der gesamten Sozialleistungen
	14 Arbeitsmarktpolitische Ausgaben	Öffentliche Ausgaben für aktive arbeitsmarktpolitische Maßnahmen als Anteil des BIP
<b>Einkommen, Armut und soziale Ausgrenzung</b>	15 Einkommensverteilung	<i>Ungleichheit der Einkommensverteilung</i>
	16 Haushalte mit niedrigem Einkommen	<i>Rate der von Armut bedrohten Personen vor Sozialtransfers und Rate der von Armut bedrohten Personen nach Sozialtransfers</i>
	17 Erwerbslose Haushalte und niedriges Arbeitsentgelt	<i>Bevölkerung in erwerbslosen Haushalten – Personen im Alter 0-65 und Bevölkerung in erwerbslosen Haushalten – Personen im Alter 0-60</i>
<b>Gleichstellung der Geschlechter</b>	18 Frauen und Männer in Entscheidungspositionen	Frauenanteil in nationalen Parlamenten
	19 Beschäftigungssituation von Frauen und Männern	<i>Weibliche und männliche Beschäftigungsquoten</i>
	20 Arbeitseinkommen von Frauen und Männern	Geschlechtsspezifischer Lohnunterschied ohne Anpassungen
<b>Gesundheit und Sicherheit</b>	21 Lebenserwartung und Gesundheitsaussichten	Lebenserwartung bei der Geburt und Gesunde Lebenserwartung
	22 Unfälle und arbeitsbedingte gesundheitliche Probleme	<i>Arbeitsunfälle – schwere Unfälle und Arbeitsunfälle – tödliche Unfälle</i>

Hinweis: Kein Schlüsselindikator wurde für eines der kontextbezogenen statistischen Profile ausgewählt (Nummer 1 und 2). Die Indikatoren, die im Frühjahrsbericht 2003 als Strukturindikatoren verwendet werden, sind kursiv gedruckt.

# 1

## Wirtschaftliche Lage

### Schwaches Wirtschaftswachstum im Jahr 2001, langsame Erholung im ersten Halbjahr 2002

Im Jahr 2001 stieg das Bruttoinlandsprodukt der Europäischen Union um 1,5 %, also deutlich langsamer als im Vorjahr (3,5 % im Jahr 2000). Unter den vier größten Mitgliedstaaten verzeichnete das Vereinigte Königreich die höchste Wachstumsrate (1,9 %), dicht gefolgt von Frankreich und Italien (jeweils 1,8 %). Deutschland wies ein schwaches Wachstum von lediglich 0,6 % auf und bildete damit das Schlusslicht nicht nur unter den vier größten, sondern allen 15 Mitgliedstaaten. Auch wenn in allen vier Mitgliedstaaten das BIP langsamer wuchs als im Jahr 2001, war dieser Trend in Deutschland und Frankreich ausgeprägter als im Vereinigten Königreich und in Italien. Wie im Vorjahr überstieg die Wachstumsrate 2001 in Irland deutlich die der anderen Mitgliedstaaten: Irlands BIP stieg um 5,9 %, gefolgt von Griechenland mit 4,1 % und Luxemburg mit 3,5 %. Von diesen drei Ländern erzielten Irland und Luxemburg ein im Vergleich zum Jahr 2000 deutlich verlangsamtes Wachstum. Hinter den drei genannten Ländern, aber immer noch weit über dem EU-Durchschnitt lag Spanien mit einem Wachstum von 2,8 % im Jahr 2001. Die übrigen Mitgliedstaaten liegen relativ nah beieinander, wobei Deutschland mit 0,6 % und Finnland mit 0,7 % am unteren Ende rangieren. Alle EU-Mitgliedstaaten mit Ausnahme Griechenlands verzeichneten geringere Wachstumsraten als im Jahr 2000, wobei die Verlangsamung des Wachstums in Irland, Finnland und Luxemburg am ausgeprägtesten war. Wenn man jedoch die Entwicklung in den vier Quartalen des Jahres 2001 betrachtet, ist festzustellen, dass das Wachstum im ersten Quartal noch hoch war, in der Jahresmitte nahezu auf null fiel und schließlich in den letzten drei Monaten des Jahres (im Quartalsvergleich) in den negativen Bereich absank.

In den ersten beiden Quartalen 2002 fielen die Wachstumsraten zwar sehr gering aus, lagen aber wieder im positiven Bereich. Im zweiten Quartal betrug das BIP-Wachstum verglichen mit demselben Quartal des Vorjahrs in der Europäischen Union + 0,7 %, in der Eurozone + 0,6 %.

### Weiterhin substantielle Unterschiede im Pro-Kopf-BIP der einzelnen Mitgliedstaaten

Im Jahr 2001 belief sich das Pro-Kopf-BIP für jeden Bürger in der Europäischen Union auf 23 200 KKS und lag damit geringfügig über dem der Eurozone (23 100 KKS). Die höchsten Zahlen waren in Luxemburg (44 300 KKS), Irland (27 700 KKS) und Dänemark (27 600 KKS), die niedrigsten in Griechenland (15 500 KKS) und Portugal (17 100 KKS) zu verzeichnen. Um leichter einen Vergleich zwischen den Mitgliedstaaten ziehen zu können, kann das Pro-Kopf-BIP in Bezug auf den EU-Durchschnitt (EU-15 = 100) angegeben werden. Luxemburg liegt bemerkenswerte 91 % über dem EU-Durchschnitt. Die zweithöchste Zahl weisen Irland und

Dänemark auf, aber hier beträgt der Unterschied lediglich 19 %. Die größten Unterschiede bei den Zahlen unter dem EU-Durchschnitt sind in Griechenland (33 % unter dem Durchschnitt), Portugal (- 26 %) und Spanien (- 17 %) zu verzeichnen. Verglichen mit der Lage im Jahr 1995 ist festzustellen, dass die Positionen am oberen und unteren Ende unverändert blieben, selbst wenn sich die drei Länder am unteren Ende etwas mehr dem EU-Durchschnitt angenähert haben. Die offenkundigste Veränderung war in Irland festzustellen, dessen Pro-Kopf-BIP 1995 unter dem EU-Durchschnitt lag, 2001 dagegen 19 % darüber, so dass Irland an die zweite Stelle aller Mitgliedstaaten rückte.

### Gemäßigte Inflation

Im Juli 2002 betrug die jährliche Inflation in EU-15 1,8 %, in der Eurozone 2,0 %. Ein Jahr zuvor lauteten die entsprechenden Zahlen 2,5 % bzw. 2,6 %. Die höchsten Inflationsraten unter den Mitgliedstaaten gab es im Juli in Irland (4,2 %), den Niederlanden (3,8 %) sowie Griechenland und Portugal (jeweils 3,6 %), die niedrigsten in Deutschland (1,0 %), im Vereinigten Königreich und in Belgien (jeweils 1,1 %). Gegenüber Juli 2001 stieg die jährliche Inflationsrate in zwei Mitgliedstaaten, blieb in einem unverändert und ging in zwölf Mitgliedstaaten zurück. Ein relativer Anstieg gegenüber Juli 2001 war nur in Spanien (von 2,4 % auf 3,5 %) und Irland (von 4,0 % auf 4,2 %) zu verzeichnen, der größte relative Rückgang war in Belgien (2,7 % auf 1,1 %) Deutschland (2,6 % auf 1,0 %) und den Niederlanden (5,3 % auf 1,8 %) festzustellen. Ab Jahresbeginn 2002 lassen die Zahlen einen allgemeinen Abwärtstrend erkennen, und im Juni 2002 lag die jährliche Veränderungsrate der Eurozone erstmals seit Mai 2000 unter der von der EZB festgelegten Stabilitätsschwelle von 2,0 %. Die 12-monatige Durchschnittsrate der Veränderung bei den Verbraucherpreisen, die von vorübergehenden Auswirkungen weniger beeinflusst wird, betrug 2,1 % für EU-15 und 2,3 % für die Eurozone. Beide Raten waren nur geringfügig höher als die mittelfristige Preisstabilitätsschwelle von 2,0 %.

### Zinssätze auf niedrigem Niveau

Bei den langfristigen Zinssätzen in der EU war in den Jahren 2000 und 2001 ein allgemeiner Abwärtstrend zu verzeichnen. Nur im Dezember 2001 und im ersten Quartal 2002 kam es zu einem vorübergehenden Anstieg der Zinssätze. Im August 2002 lag der Gesamtzinssatz für die Eurozone, gemessen anhand der Erträge staatlicher Anleihen mit einer Laufzeit von 10 Jahren, im Monatsdurchschnitt bei 4,80 %, gegenüber einem Jahresdurchschnitt von 5,03 % in 2001 und 5,44 % (ohne Griechenland) in 2000.

Auffälligstes Entwicklungsmerkmal ist jedoch das hohe Maß an Konvergenz, das erreicht wurde. Bis Anfang 1999, als die dritte Phase der Währungsunion in Kraft trat, waren die Zinsunterschiede bei Anleihen mit 10-jähriger Laufzeit

unter den Mitgliedern der Eurozone erheblich geschrumpft, ja praktisch verschwunden. Seitdem liegen die Erträge weitgehend auf ähnlichem Niveau. Auch der Unterschied zwischen Griechenland und den Ländern der Eurozone verkleinerte sich erheblich, ehe das Land im Januar 2001 der Eurozone beitrug. Im August 2002 betrug der Unterschied zwischen Deutschland, dem Mitgliedstaat mit den niedrigsten Zinssätzen, und Griechenland, dem Mitgliedstaat mit den höchsten Zinssätzen, nur 62 Basispunkte. Die Zinssätze in den drei nicht an der Währungsunion beteiligten Mitgliedstaaten der EU liegen in etwa auf gleichem Niveau wie in der Eurozone. Im August 2002 lagen die Erträge im Vereinigten Königreich 13 Basispunkte unter denen der Eurozone, in Dänemark und Schweden geringfügig darüber.

### **Der allgemeine Rückgang des öffentlichen Schuldenstands setzt sich trotz Verschlechterung beim öffentlichen Defizit fort**

Das öffentliche Defizit wird im Vertrag von Maastricht als der Nettofinanzierungssaldo im Sinne des Europäischen Systems Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen definiert. 2001 erzielten elf Mitgliedstaaten (gegenüber neun im Vorjahr) einen Haushaltsüberschuss (Finanzierungsüberschuss), während in allen anderen – und dazu zählen auch drei der vier größten Volkswirtschaften der Europäischen

Union – das Defizit unter dem Referenzwert von 3 % des BIP lag. Gleichwohl sollte nicht unbeachtet bleiben, dass vier Länder (Portugal, Italien Frankreich und Deutschland), die ihre Finanzlage seit 1996 kontinuierlich verbessert hatten, in 2001 eine Trendwende erlebten. Im Großen und Ganzen ist die Entwicklung in der Eurozone und EU-15 parallel verlaufen. Während das Defizit seit 1995 kontinuierlich und bis 2000 vollständig abgebaut wurde, stieg es 2001 erstmals im Untersuchungszeitraum an und erreichte 1,3 % des BIP in der Eurozone und 0,6 % in EU-15. Diese Zahlen deuten auf gewisse Rückschritte bei den Bemühungen um ausgeglichene Staatshaushalte in der Gemeinschaft im Jahr 2001 hin.

Der öffentliche Schuldenstand ist im Vertrag von Maastricht als Brutto-Gesamtschuldenstand zum Nominalwert am Jahresende nach Konsolidierung definiert. Ende 2001 lag der öffentliche Schuldenstand in elf Ländern unter der 60 %-Schwelle, wobei Deutschland und Spanien den Schwellwert im Laufe des Jahres 2001 unterschritten, während Österreich nur geringfügig darüber lag. Drei Mitgliedstaaten – Italien, Belgien und Griechenland – lagen noch immer über bzw. bei knapp 100 %, doch sind ihre Werte seit 1995 Jahr für Jahr gesunken. Ende 2001 belief sich die durchschnittliche Schuldenquote für die 15 Mitgliedstaaten auf 63,0 % (69,1 % für die Länder in der Eurozone).

### **Politischer Hintergrund**

Als Voraussetzung für die Teilnahme an der Eurozone müssen die Mitgliedstaaten eine Konvergenz der Rechtsvorschriften erzielen und die Konvergenzkriterien der Preisstabilität, der Finanzlage der öffentlichen Hand, der Wechselkurse und der Zinssätze erfüllen. Am 22. Mai 2002 nahm die Kommission den Konvergenzbericht 2002 an, in dem die von Schweden erzielten Fortschritte in Richtung Konvergenz gemäß Artikel 122 Absatz 2 des Vertrages geprüft werden. Die beiden anderen nicht der Eurozone angehörenden Mitgliedstaaten, Dänemark und das Vereinigte Königreich, bleiben in dem Bericht aufgrund der von diesen beiden Ländern vor Annahme des Vertrags von Maastricht ausgehandelten Nichtbeteiligungsklauseln unberücksichtigt. Der Bericht kommt zu dem Schluss, dass Schweden drei der Konvergenzkriterien (das der Preisstabilität, der Finanzlage der öffentlichen Hand und der Zinssätze), aber nicht das des Wechselkurses erfüllt. Darüber hinaus werden die schwedischen Rechtsvorschriften betreffend die Zentralbank als mit dem Vertrag und der Satzung des EZB nicht im Einklang stehend eingestuft. Angesichts dieser Einschätzung kommt die Kommission zu dem Schluss, dass Schweden den Status als Mitgliedstaat, für den eine Ausnahmeregelung gilt, beibehalten sollte.

Am 24. April 2002 nahm die Kommission in Übereinstimmung mit Artikel 99 Absatz 2 des Vertrags ihre „Empfehlungen für die Grundzüge der Wirtschaftspolitik der Mitgliedstaaten und der Gemeinschaft“ an. In den Grundzügen 2002 wird die Strategie zur Erfüllung der vom Europäischen Rat in Lissabon und Stockholm festgelegten Ziele unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Tagung des Europäischen Rates in Barcelona

(März 2002) weiter ausgebaut. Darüber hinaus stützen sich die Grundzüge der Wirtschaftspolitik 2002 auf den Bericht über die Umsetzung der Grundzüge von 2001 und früherer Jahre. (Sowohl die Grundzüge der Wirtschaftspolitik 2002 als auch der Bericht über die Umsetzung der Grundzüge 2001 sind abrufbar unter:

[http://europa.eu.int/comm/economy\\_finance/publications/](http://europa.eu.int/comm/economy_finance/publications/)  
Den Grundzügen 2002 zufolge sollten sich die wirtschaftspolitischen Maßnahmen auf folgende vier Bereiche konzentrieren:

- Wahrung und weitere Festigung der makroökonomischen Rahmenbedingungen;
- Förderung von mehr und besseren Arbeitsplätzen, Steigerung der Erwerbsbeteiligung und der Beschäftigung sowie Bekämpfung der anhaltenden Arbeitslosigkeit;
- Verbesserung der Bedingungen für ein hohes Produktivitätswachstum; und
- Förderung einer nachhaltigen Entwicklung im Interesse der heutigen und der künftigen Generationen.

Die Grundzüge der Wirtschaftspolitik bestehen aus zwei Teilen. Der erste umfasst horizontale Leitlinien allgemeiner Art, die für jeden einzelnen Mitgliedstaat gelten. Der zweite Teil besteht aus länderspezifischen Empfehlungen, die die besonderen Gegebenheiten jedes Mitgliedstaats und den unterschiedlichen Dringlichkeitsgrad der Maßnahmen berücksichtigen. Da die Grundzüge den Bereich der makroökonomischen Politik ebenso abdecken wie den strukturpoli-

tischen Bereich, bilden sie den Kern der wirtschaftspolitischen Koordinierung der EU und stellen das Referenzwerk für die Gestaltung der Wirtschaftspolitik in den Mitgliedstaaten dar.

### Methodische Anmerkungen

Alle Zahlen stehen in Übereinstimmung mit dem Europäischen System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen auf nationaler und regionaler Ebene in der Gemeinschaft (ESVG 95). Das ESVG 95 ist Gegenstand der Verordnung (EG) Nr. 2223/96 des Rates vom 25. Juni 1996.

Während das Bruttoinlandsprodukt (BIP) Aufschluss über die absolute Größenordnung der Wirtschaft eines Landes gibt, vermittelt das Pro-Kopf-BIP (BIP im Verhältnis zur Bevölkerung) eine – wenn auch etwas vereinfachte – Vorstellung vom Wohlstand eines Landes. Um einen internationalen Vergleich zu erleichtern, werden die Daten in Kaufkraftstandards (KKS) angegeben. Die Verwendung der KKS bietet den Vorteil, dass sie die Verzerrungen ausräumt, die durch die Unterschiede im Preisniveau in den EU-Staaten entstehen: Sie sind Umrechnungsfaktoren, ermittelt als gewichteter Durchschnitt der Preise für einen Korb homogener, vergleichbarer und für jeden Mitgliedstaat repräsentativer Waren und Dienstleistungen.

Die Inflationsrate für die Verbraucherpreise wird international am besten anhand der „Harmonisierten Verbraucherpreisindizes“ (HVPI) verglichen. Sie werden in jedem Mitgliedstaat der Union, in Island und Norwegen und auch in den meisten Kandidatenländern ermittelt. HVPI werden von der Europäischen Zentralbank zur Überwachung der Inflation in der Wirtschafts- und Währungsunion und zur Bewertung der Inflationskonvergenz verwendet. Wie im Vertrag gefordert, ist die Wahrung der Preisstabilität das oberste Ziel der Europäischen Zentralbank (EZB), die die Preisstabilität als „jährliche Zunahme des harmonisierten Verbraucherpreisindex für die Eurozone unterhalb der mittelfristig aufrecht zu erhaltenden 2 %“ definierte. Eine stabilere Messgröße für die Inflation ergibt sich durch die durchschnittliche Veränderung in 12 Monaten, d. h. den durchschnittlichen Index für die letzten zwölf Monate verglichen mit dem Index für die vorausgegangenen zwölf Monate. Diese Messgröße reagiert weniger stark auf vorü-

bergehende Preisänderungen, setzt aber eine längere Zeitreihe von Indizes voraus.

Je nachdem, ob die Einnahmen eines Landes dessen Ausgaben decken oder nicht, weist sein Haushalt einen Überschuss oder ein Defizit auf. Bei Mindereinnahmen sieht sich die Regierung zur Kreditaufnahme genötigt. Als prozentualer Anteil am BIP ausgedrückt, stellen der jährliche Finanzbedarf eines Landes (das Defizit) und sein kumulativer Finanzbedarf (der Schuldenstand) wichtige Indikatoren der Belastung dar, die die staatliche Kreditaufnahme für die Volkswirtschaft bedeutet. Dies sind zwei der Faktoren, die zur Bewertung der öffentlichen Finanzen der Mitgliedstaaten verwendet und im Vertrag von Maastricht im Zusammenhang mit der Berechtigung zur Einführung der einheitlichen Währung genannt werden.

Die Erträge staatlicher Anleihen sind ein guter Indikator für die langfristigen Zinssätze, da der staatliche Wertpapiermarkt normalerweise einen großen Teil des verfügbaren Kapitals anzieht. Er spiegelt auch recht gut die finanzielle Lage eines Landes und die Erwartungen an die Wirtschaftspolitik wider. Die Bedeutung staatlicher Anleihen als Messgröße der Wirtschafts- und Währungsunion wird in dem Vertrag über die Europäische Union anerkannt, in dem sie als eines der Kriterien für den Übergang zur Stufe drei der Währungsunion genannt wird.

### Hinweise auf andere Teile des Berichts

Beschäftigung (3.7), Arbeitslosigkeit (3.9), Wirtschaft (Anhänge II und IV).

### Literaturhinweise

- Porträt der Wirtschaft der Europäischen Union 2002, Eurostat.
- Die Wirtschaft der EU, Überprüfung 2001, GD Wirtschaft und Finanzen.
- Veröffentlichungen über volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Verbraucherpreise und Zinssätze sind in der Sammlung „Statistik kurz gefasst“ auf der Eurostat-Website ([europa.eu.int/comm/eurostat](http://europa.eu.int/comm/eurostat)) abrufbar.

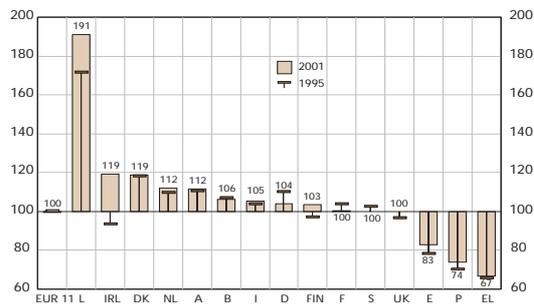
**Schlüsselindikator**

	EU-12	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	
<b>Wachstumsrate des BIP zu konstanten Preisen (Basisjahr 1995). Jährliche Wachstumsrate/Quartals-Wachstumsrate</b>																		
2000		3,4	3,5	4,0	3,0	2,9	4,2	4,1	3,8	11,5	2,9	7,5	3,3	3,0	3,5	6,1	3,6	3,1
2001		1,5	1,5	1,0	1,0	0,6	4,1	2,8	1,8	5,9	1,8	3,5	1,3	1,0	1,7	0,7	1,2	2,0
2002T1		0,4	0,3	-0,3	1,1	-0,2	4,3	2,0	0,4	0,1	0,0	:	0,4	0,0	1,4	-1,7	1,0	1,0
2002T2		0,7	0,6	0,3	1,9	0,1	4,0	2,0	1,0	2,9	0,2	:	0,1	0,9	:	2,5	1,6	1,3

Anmerkung: Quartals-Wachstumsraten sind im Vergleich zum selben Quartal des Vorjahres zu verstehen und stützen sich auf saisonal bereinigte Daten, außer für Irland.

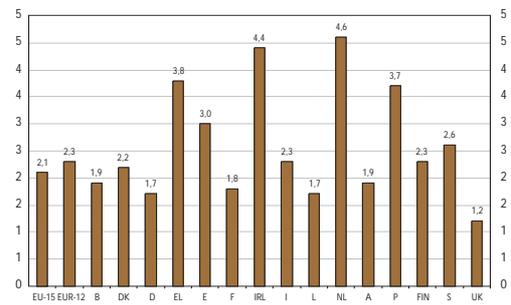
Quelle: Eurostat – Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen.

**S.b. 1 Pro-Kopf-BIP in KKS (Index EU-15 = 100)**



Quelle: Eurostat – Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen.

**S.b. 2 Inflationsrate (Harmonisierte Verbraucherpreisindizes (HVPI). Jährliche Durchschnittsrate der Veränderung), April 2002 (in %)**



Quelle: Eurostat – Preisstatistik.

# 2

## Demografie, Haushalte und Familien

### 380 Millionen Einwohner in der Union

Am 1. Januar 2002 hatte die Europäische Union fast 380 Millionen Einwohner. Damit ist die Bevölkerung der Union nach der Chinas (1 279 Millionen) und Indiens (1 038 Millionen) die drittgrößte der Welt noch vor den Vereinigten Staaten (279 Millionen) und Japan (127 Millionen). Deutschland hat mit 82 Millionen Einwohnern – das entspricht einem Anteil von 22 % an der Gesamtbevölkerung der Union – die größte Bevölkerung der EU-Länder. Das Vereinigte Königreich, Frankreich und Italien haben jeweils einen Anteil von 15-16 % an der Gesamtbevölkerung.

Etwas 17 % der Bevölkerung in EU-15 sind unter 15 Jahre alt. Irland hat die jüngste Bevölkerung (22 % der Gesamtbevölkerung). Die Erwerbsfähigen (Altersgruppe 15-64) stellen 67 % der Gesamtbevölkerung der EU. Bei den restlichen 16 % handelt es sich um ältere Menschen der Altersgruppe 65 Jahre und darüber. Die Zahl der älteren Menschen hat in den letzten Jahrzehnten rapide zugenommen. Diese Entwicklung dürfte sich in den nächsten Jahrzehnten fortsetzen. Siehe dazu Überalterung der Bevölkerung (3.3).

In den vergangenen 35 Jahren ging das Bevölkerungswachstum in der Union schrittweise zurück. Im Zeitraum 1995-2001 betrug das durchschnittliche Bevölkerungswachstum pro Jahr 3,1 Promille, während der Durchschnitt in den 60er Jahren noch bei rund 8 % gelegen hatte. Seit Mitte der 80er Jahre hat die internationale Wanderung rasch an Bedeutung gewonnen und ist zu einem entscheidenden Faktor des Bevölkerungswachstums geworden. Siehe dazu Wanderung und Asyl (3.4).

Dem Basisszenario von Eurostat (Überarbeitung 1999) zufolge soll die Gesamtbevölkerung der EU etwa um das Jahr 2022 einen Spitzenwert erreichen. Innerhalb der Union wird das künftige Bevölkerungswachstum alles andere als einheitlich sein. Die Bevölkerung Italiens wird voraussichtlich in den nächsten Jahren zurückgehen, während für die Bevölkerung Irlands vor 2048 nicht mit einem Rückgang gerechnet wird.

### Weniger Kinder und zu einem späteren Zeitpunkt

Die vollendete Fruchtbarkeit der Nachkriegsgenerationen ist seit Mitte der 60er Jahre ständig gesunken, aber die Gesamtfruchtbarkeitsrate liegt aufgrund eines geschätzten Geburtenrückgangs von 1 % im Jahr 2001 relativ stabil bei 1,47 %, d. h. geringfügig unter der des Jahres 2000. Die vollendete Fruchtbarkeit ändert sich im Lauf der Zeit weit weniger abrupt und beträgt jetzt etwa 1,7 %, was deutlich unter der Reproduktionsgrenze (2,1 Kinder pro Frau) liegt. Siehe dazu Überalterung der Bevölkerung (3.3).

### Weniger und spätere Eheschließungen sowie mehr geschlechterte Ehen

Im Jahr 2001 wurden in EU-15 je tausend Einwohner nur fünf Ehen geschlossen gegenüber fast acht im Jahr 1970. Das Durchschnittsalter, in dem die erste Ehe eingegangen wird, hat sich ebenfalls erhöht: bei den Männern von 26 Jahren 1980 auf über 30 derzeit und bei den Frauen von 23 auf 28 Jahre. Betrachtet man die Angehörigen gleicher Ehejahrgänge, so wird bei den 1960 geschlossenen Ehen der Anteil der Scheidungen auf 15 % geschätzt. Dieser Anteil hat sich bei den später geschlossenen Ehen (1980) mit 28 % fast verdoppelt. Dennoch gibt es beträchtliche länderspezifische Unterschiede: So werden in Dänemark, Finnland, Schweden und im Vereinigten Königreich mehr als 40 % der (1980 geschlossenen) Ehen geschieden, während die südlichen Mitgliedstaaten eine Scheidungsquote von maximal 15 % aufweisen.

### Deutliche Zunahme der nichtehelichen Lebensgemeinschaften ...

In den letzten Jahrzehnten ist die nichteheliche Lebensgemeinschaft in vielen Ländern zunehmend an die Stelle der Ehe getreten. Im Jahr 1998 wohnten EU-weit 33 % aller jungen Menschen (unter 30 Jahren), die in einer Partnerschaft lebten, unverheiratet zusammen, verglichen mit 8 % sämtlicher Paare. Dabei bestehen große Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern: Während die entsprechenden Anteile in den nordischen Mitgliedstaaten, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich 53-70 % bzw. 13-23 % betragen, lagen sie in den südlichen Mitgliedstaaten bei 8-15 % bzw. 1-5%.

### ... und als Ergebnis dessen ein Anstieg der außerehelichen Geburten

Der Anstieg der außerehelichen Geburten nimmt weiter zu, was im Wesentlichen Ausdruck der zunehmenden Beliebtheit des nichtehelichen Zusammenlebens ist: Er stieg von 6 % aller Geburten im Jahr 1970 auf über 28 % im Jahr 2001. In Schweden hatte mehr als die Hälfte (56 %) der 2001 geborenen Kinder unverheiratete Eltern. In mehreren anderen Ländern (Dänemark, Frankreich, Finnland und Vereinigtes Königreich) beträgt dieser Anteil ungefähr 40 %. Niedrig, wenn auch im Anstieg begriffen, sind dagegen die entsprechenden Werte in vielen südeuropäischen Ländern, so zum Beispiel in Griechenland (von 1,5 % 1980 auf 4,1 % 2000), Italien (von 4,3 % auf 9,6 % 2000) und Spanien (von 3,9 % auf 17,0 % 2000).

### Ein Trend zu kleineren Haushalten mit ...

Als Folge dieser und anderer Trends (wie etwa der wachsenden Zahl Alleinlebender) werden die Haushalte immer kleiner, und alternative Familienformen und Nicht-Familienhaushalte nehmen zu. Obwohl sich dieses Muster überall in der Union

feststellen lässt, gibt es doch beträchtliche Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten.

Die absolute Zahl der Haushalte hat zugenommen, die durchschnittliche Haushaltsgröße dagegen abgenommen. 2001 lebten in den fünfzehn Mitgliedstaaten schätzungsweise 372 Millionen Menschen in 156 Millionen privaten Haushalten. Das entspricht durchschnittlich 2,4 Personen je Haushalt gegenüber 2,8 im Jahr 1981. In allen Ländern der EU war in diesem Zeitraum ein Rückgang der durchschnittlichen Haushaltsgröße zu verzeichnen. Lediglich in Spanien, Irland und Portugal bestehen die Haushalte aus 2,9-3,0 Personen.

#### ... mehr allein lebenden Menschen ...

Im Jahr 1999 lebten schätzungsweise 11 % der Bevölkerung allein gegenüber 8 % im Jahr 1981. Am höchsten ist der Anteil der Einpersonenhaushalte in Finnland (18 %) und Deutschland (16 %), am niedrigsten in Spanien (5 %) und Portugal (4 %). Beim Anteil der Alleinlebenden bestehen deutliche Geschlechts- und Generationsunterschiede. In mehr als einem Drittel der Einpersonenhaushalte leben Frauen im Alter von 65 Jahren und darüber, wogegen die Männer der gleichen Altersgruppe nur 9 % dieser Haushalte ausmachen.

#### ... und einem auffallenden Anstieg der Zahl der Kinder, die mit nur einem Elternteil leben ...

Obwohl der Bevölkerungsanteil, der in aus einer erwachsenen Person und mindestens einem Kind bestehenden Haushalten lebt, verhältnismäßig klein ist (4 %), war in den letzten zehn Jahren doch ein deutlicher Anstieg der Zahl dieser Haushalte zu verzeichnen. Im Jahr 2000 lebten 10 % aller in Privathaushalten

lebenden Kinder der Altersgruppe 0-14 mit nur einer erwachsenen (d. h. mindestens 15 Jahre alten) Person zusammen, gegenüber 6 % im Jahr 1990. 2000 lag dieser Anteil zwischen 3 % (Griechenland und Spanien) und 20 % (Vereinigtes Königreich, wo er 1990 12 % betragen hatte).<sup>1</sup> Die große Mehrzahl der allein lebenden Erwachsenen sind Frauen.

#### ... und weniger Paare mit Kindern

Parallel zu den vorstehend genannten Veränderungen geht der Bevölkerungsanteil, der in Haushalten bestehend aus zwei und mehr Erwachsenen mit unterhaltsberechtigten Kindern lebt, nach und nach zurück: von 52 % im Jahr 1988 auf 46 % im Jahr 2000. Die höchsten Prozentsätze sind in Spanien, Irland und Portugal festzustellen, was vor allem daran liegt, dass dort ein erheblicher Bevölkerungsanteil (etwa 20 %) in Familien mit drei und mehr Erwachsenen und unterhaltsberechtigten Kindern lebt. Dieser Anteil ist jedoch in Spanien und Portugal drastisch zurückgegangen, wo er 1988 noch bei knapp 30 % gelegen hatte.

Die Personen, die in Haushalten mit zwei Erwachsenen ohne unterhaltsberechtigte Kinder leben, machen 24 % der Bevölkerung aus, obwohl in dieser Zahl auch Paare erfasst sind, deren Kinder schon aus dem Haus oder aber noch zu Hause, aber nicht mehr ‚unterhaltsberechtig‘ sind. Letztere machen 14 % der Bevölkerung aus, die in Haushalten bestehend aus drei und mehr Erwachsenen ohne unterhaltsberechtigte Kinder leben. Weitere Beispiele für diese Kategorie sind Haushalte, in denen mindestens ein Elternteil eines Paares mit diesem Paar zusammenlebt. Dieser Haushaltstyp ist in den südlichen Mitgliedstaaten stärker verbreitet. Siehe Anhang II zu den Daten für die einzelnen Mitgliedstaaten.

#### Methodische Anmerkungen

Quellen: Eurostat – Bevölkerungsstatistik. Eurostat – Bevölkerungs- und Haushaltsszenarien ausgehend vom Jahr 1999 (Basisvariante). Eurostat – Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft, UDB, Version September 2001, und Arbeitskräfteerhebung der Europäischen Union.

#### Hinweise auf andere Teile des Berichts

Überalterung der Bevölkerung (3.3), Wanderung und Asyl (3.4), Bevölkerung (Anhänge II und IV).

#### Literaturhinweise

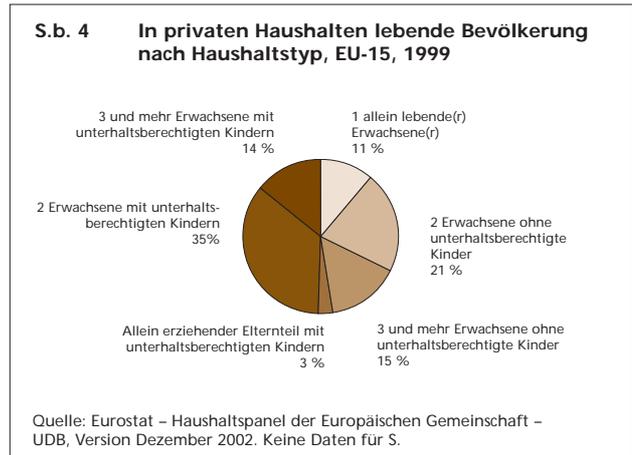
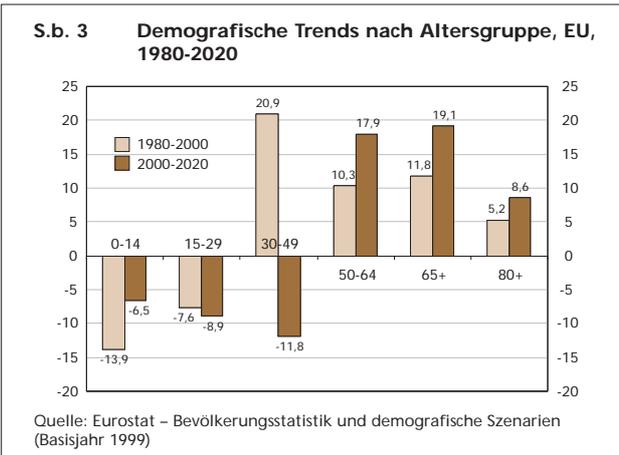
- „Europäische Sozialstatistik – Bevölkerung“, Ausgabe 2002. Eurostat.
- Statistik kurz gefasst (Bevölkerung und soziale Bedingungen): „Erste Ergebnisse der Erhebung von Bevölkerungsdaten in Europa für 2001“, Nr. 17/2002. Eurostat.
- „Family Structure, Labour Market Participation and the Dynamics of Social Exclusion“, (Familienstruktur, Arbeitsmarktbeteiligung und die Dynamik der sozialen Ausgrenzung), Bericht der GD Forschung der Europäischen Kommission 2000. „Social Strategies in Risk Societies – SOS-TRIS“ (Soziale Strategien in Risikogesellschaften), Bericht der GD Forschung 1999.

<sup>1</sup> Zu den nordischen Mitgliedstaaten liegen keine Daten vor.

**Schlüsselindikator**

	EU 15	EU 12	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Gesamtbevölkerung, 1.1.2002	379 601	305 209	10 307	5 368	82 431	10 598	40 409	59 344	3 884	58 018	446	16 100	8 140	10 336	5 195	8 909	60 114
Prozentualer Anteil an der EU-Gesamtbevölkerung	100,0	80,4	2,7	1,4	21,7	2,8	10,6	15,6	1,0	15,3	0,1	4,2	2,1	2,7	1,4	2,3	15,8

Quelle: Eurostat – Bevölkerungsstatistik.



# 3

## 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.

### Rückgang der Geburtenhäufigkeit, höhere Lebenserwartung und das Älterwerden der geburtenstarken Jahrgänge führen zur Überalterung der EU-Bevölkerung

Die Überalterung der Bevölkerung hat drei wesentliche Gründe: Fruchtbarkeit unterhalb der Reproduktionsgrenze, Rückgang der Sterblichkeit und die Tatsache, dass die geburtenstarken Jahrgänge kurz vor dem Rentenalter stehen. Der Rückgang der Geburtenhäufigkeit scheint 1999 mit der niedrigsten Zahl von Geburten der Nachkriegszeit – knapp unter 4 Millionen – sein Ende erreicht zu haben: Im Jahr 2000 wurden in der EU fast 60 000 mehr Babys geboren. Die Gesamtfruchtbarkeitsziffer in der EU stieg von 1,45 Kinder je Frau im Jahr 1999 auf 1,47 im Jahr 2001, ist aber verglichen mit 2,59 im Jahr 1960 immer noch niedrig. Am deutlichsten ging die Geburtenhäufigkeit in jenen Ländern zurück, die zu Beginn der 80er Jahre noch die höchste Fertilität aufwiesen hatten (Griechenland, Spanien, Irland und Portugal), nämlich um 32-46 %. Die niedrigste Gesamtfertilität ist heute in Spanien (1,25) und Italien (1,24) festzustellen. Irland verzeichnet weiterhin die höchste Ziffer (1,98) zusammen mit Frankreich, wo die Ziffer in den letzten beiden Jahren von 1,79 auf 1,90 stieg. Unterdessen ist in den letzten 50 Jahren die Lebenserwartung insgesamt um etwa 10 Jahre gestiegen, was auf die besseren sozioökonomischen und Umweltbedingungen und die bessere medizinische Behandlung und Betreuung zurückzuführen ist. Siehe dazu Lebenserwartung und Gesundheitsaussichten (3.21).

Von 1960 bis heute stieg der Anteil der älteren Menschen (65 Jahre und darüber) an der Bevölkerung von 11 % auf 16 %. Alles deutet darauf hin, dass sich dieser Trend bis weit in dieses Jahrhundert fortsetzen wird, auch wenn die Veränderungen wegen des Geburtenrückgangs im zweiten Weltkrieg in diesem Jahrzehnt etwas langsamer erfolgen dürften. Dennoch wird es 2010 doppelt so viele ältere Menschen (69 Millionen) wie 1960 (34 Millionen) geben. Von den 69 Millionen werden 40 Millionen Frauen sein.

In den nächsten fünfzehn Jahren wird die Zahl der über 65-Jährigen um 22 % steigen. In Irland, Luxemburg, den Niederlanden und Finnland wird der Anstieg mehr als 30 % betragen. In Belgien, Spanien, Portugal und dem Vereinigten Königreich wird er weiterhin unter 20 % bleiben.

### Stärkstes Bevölkerungswachstum bei den „sehr Alten“

Die Bevölkerung im Alter ab 80 Jahre wird in den nächsten fünfzehn Jahren sogar noch schneller wachsen: EU-weit wird die Zahl der „sehr Alten“ um fast 50 % auf über 20 Millionen ansteigen (darunter 13 Millionen Frauen). In Griechenland wird mit einem Anstieg von sage und schreibe 70 % gerechnet. In krassm Gegensatz dazu wird das Wachstum in Dänemark und Schweden sehr gering ausfallen (unter 10 %).

Erwähnenswert ist, dass auch die Bevölkerung der Altersgruppe 55-64 Jahre in den nächsten fünfzehn Jahren beträchtlich zunehmen wird (um etwa 20 %), wobei in Frankreich, Irland, Luxemburg und den Niederlanden mit einem Zuwachs von mehr als 40 % gerechnet wird. Lediglich in Deutschland und Italien wird der Anstieg weniger als 10 % betragen, obwohl die Zahl der Personen dieser Altersgruppe in den nachfolgenden Jahren auch dort stark zunehmen wird. Siehe dazu auch Beschäftigung älterer Arbeitnehmer (3.8).

### Schwindende „demografische“ Unterstützung für die älteren Bürgerinnen und Bürger

1990 machte die Bevölkerung von EU-15 im Alter von 65 Jahren und darüber 21,6 % der Gruppe aus, die als Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter bezeichnet wird (15-64 Jahre). Bis 2001 stieg der Altersbelastungsquotient auf 24,6 % an. Für alle Mitgliedstaaten wird bis 2010 mit einer Erhöhung dieses Quotienten gerechnet (EU -Durchschnitt 27,3 %), obwohl das Ausmaß des Anstiegs in den einzelnen Mitgliedstaaten erhebliche Unterschiede aufweisen dürfte. In Griechenland, Deutschland und Italien wird die Veränderung am stärksten ausfallen: Bis 2010 wird für alle drei Länder ein Quotient von ungefähr 30 % vorausgesagt. Währenddessen wird Irland weiterhin den niedrigsten Anteil an alten Menschen im Verhältnis zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter aufweisen (etwa 17 %).

### Durchschnittlich 45 % der „sehr Alten“ werden 2010 allein leben

Ungefähr ein Drittel (32 %) der älteren Bevölkerung der Europäischen Union (im Alter von 65 Jahren und darüber) wird im Jahr 2010 allein leben. Mehr als die Hälfte (54 %) lebt mit einem Partner zusammen (in einem Haushalt, zu dem auch Kinder oder Erwachsene gehören können). Der restliche Teil wohnt bei seinen Kindern (oder anderen Verwandten/Freunden) oder in einem Heim bzw. einer anderen Einrichtung. Es liegt jedoch auf der Hand, dass der Bedarf an Unterbringung und Pflege mit zunehmendem Alter beträchtlich zunimmt. Daher sollten die älteren Menschen nicht in einer einzigen Altersgruppe zusammengefasst werden. Während 63 % der Menschen im Alter von 65-79 Jahren noch mit einem Partner zusammenleben, trifft dies nur auf 31 % der „sehr alten“ Menschen (80 Jahre und darüber) zu. Die „sehr Alten“ leben weiterhin tendenziell eher allein (45 %), in einem Gemeinschaftshaushalt (10 %) oder bei ihren Kindern/sonstigen Verwandten/Freunden (14 %). Es bestehen beträchtliche länderspezifische Unterschiede, insbesondere was den Anteil der „sehr alten“ Menschen anbelangt, die ohne Partner, aber bei ihren Kindern oder sonstigen Verwandten/Freunden leben: Während in Spanien und Portugal 30 % oder mehr Angehörige dieser Altersgruppe diese Form potenzieller Unterstützung erhalten, sind es in Dänemark, den Niederlanden und Schweden 5 % oder weniger. In Dänemark und Schweden leben mehr als 60 % der Personen im Alter von 80 Jahren und darüber allein.

### Politischer Hintergrund

In ihrer Mitteilung „Ein Europa für alle Altersgruppen – Wohlstand und Solidarität zwischen den Generationen“ (KOM(1999) 221 endg.) gelangte die Kommission zu folgendem Schluss: „Die Größenordnung des demografischen Wandels an der Schwelle zum 21. Jahrhundert bietet der Europäischen Union die Chance und zwingt ihr gleichzeitig die Notwendigkeit auf, die veraltete Seniorenpolitik zu ändern. Sowohl vor als auch nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben gibt es eine Fülle von Möglichkeiten, in der zweiten Lebenshälfte einen größeren gesellschaftlichen Beitrag zu leisten. Die Fähigkeiten älterer Menschen bilden ein gewaltiges Leistungsreservoir, das bisher nur unzureichend erkannt und genutzt wird. Eine angemessene Gesundheits- und Pflegepolitik sowie entsprechende Dienstleistungen können die Abhängigkeit im Alter vermeiden, hinauszögern und minimieren. Darüber hinaus wird der Bedarf an derartigen Dienstleistungen neue Arbeitsplätze schaffen.“ Die Kommission wird die Möglichkeiten für neue horizontale Gemeinschaftsprogramme auf der Grundlage der Artikel 13, 129 und 137 des EG-Vertrags untersuchen, mit denen älteren Menschen und anderen Bevölkerungsgruppen, die von Diskriminierung, Arbeitslosigkeit oder sozialer Ausgrenzung betroffen sind, geholfen werden könnte. Darüber hinaus wird das Fünfte Rahmenprogramm der Europäischen Union im Bereich der Forschung gemäß Artikel 166 des Vertrags europäische Forschungsmittel dazu einsetzen, die Lebensqualität, Unabhängigkeit und soziale Integration älterer Menschen zu verbessern. Außerdem wird die Kommission demnächst ihren Entwurf für den gemeinsamen Bericht darüber, wie die Erwerbsbeteiligung erhöht und aktives Leben im Alter gefördert werden kann, entsprechend der Forderung des Europäischen Rates (Stockholm, März 2001) verabschieden. Um die demografische Herausforderung einer alternden Bevölkerung, bei der die Menschen im erwerbsfähigen Alter einen immer geringeren Anteil stellen, zu bewältigen, vereinbarte der Europäische Rat (Stockholm) ferner, die Erhöhung der durchschnittlichen Beschäftigungsrate älterer Männer und Frauen (55-64 Jahre) in der EU auf 50 % im Jahr 2010 als Ziel festzulegen.

Verbesserte Möglichkeiten des lebenslangen Lernens sollten geschaffen werden, um den alternden Teil der Bevölkerung so lange wie möglich zu einem unabhängigen und gesunden Lebensstil zu verhelfen und ihre sozialen Netzwerke auszuweiten, ihre aktiven Bürgerrechte in allen Bereichen des täglichen Lebens zu stärken und soziale Ausgrenzung zu vermeiden.

### Methodische Anmerkungen

Quellen: Eurostat – Bevölkerungsstatistik. Bevölkerungsszenarien ausgehend vom Jahr 1999 (Basisvariante) und Haushaltsszenarien ausgehend vom Jahr 1995 (Basisvariante).

Der Altersbelastungsquotient gibt Aufschluss über den prozentualen Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und darüber im Verhältnis zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15-64 Jahre).

### Hinweise auf andere Teile des Berichts

Demografie, Haushalte und Familien (3.2), Beschäftigung älterer Arbeitnehmer (3.8), Sozialleistungen (3.13), Lebenserwartung und Gesundheitsaussichten (3.21), Bevölkerung (Anhänge II und IV).

### Literaturhinweise

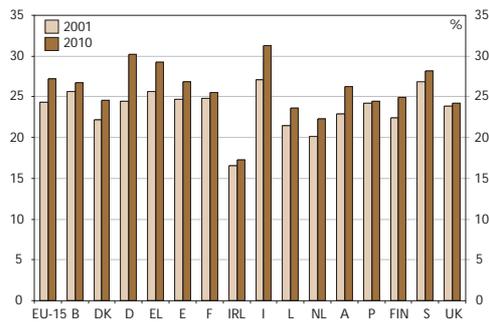
- „Europäische Sozialstatistik – Bevölkerung“, Ausgabe 2002. Eurostat.
- Statistik kurz gefasst (Bevölkerung und soziale Bedingungen): „Erste Ergebnisse der Erhebung von Bevölkerungsdaten in Europa für 2001“, Nr. 17/2002. „Erste Bevölkerungsschätzungen für 2001“, Nr. 19/2001. Eurostat.
- „Ein Europa für alle Altersgruppen – Wohlstand und Solidarität zwischen den Generationen“, KOM(99) 221 endg. 1999.
- „Family Structure, Labour Market Participation and the Dynamics of Social Exclusion“, (Familienstruktur, Arbeitsmarktbeteiligung und die Dynamik der sozialen Ausgrenzung), Bericht der GD Forschung der Europäischen Kommission 2000. „Social Strategies in Risk Societies – SOS-TRIS“ (Soziale Strategien in Risikogesellschaften), Bericht der GD Forschung 1999.

**Schlüsselindikator**

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Alterslastquotient</b> (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

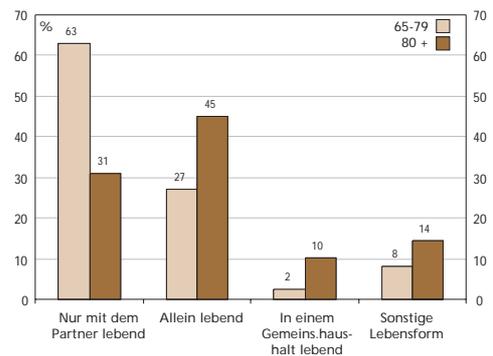
Quelle: Eurostat – Bevölkerungsstatistik

**S.b. 6 Alterslastquotient, 2001 und 2010**



Quelle: Eurostat – Bevölkerungsstatistik. EU-15, EL und UK – Daten für 2000

**S.b. 7 Ältere Menschen nach Haushaltslage und Alter, EU-15, 2010**



Quelle: Eurostat – Haushaltsprojektionen ausgehend vom Jahr 1995 (Basisvariante)

# 4 Wanderung und Asyl

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.

## Wichtige Rolle der internationalen Wanderung für das Bevölkerungswachstum

Seit Mitte der achtziger Jahre hat die internationale Wanderung als wichtiger Faktor des Bevölkerungszuwachses rasch an Bedeutung gewonnen. In den vergangenen fünf Jahren lag ihr Beitrag zu diesem Zuwachs bei 72 %. Das entspricht knapp über 880 000 Personen pro Jahr. Ohne positive Nettozuwanderung wären die Einwohnerzahlen von Deutschland und in geringerem Maße von Griechenland und Schweden rückläufig.

## Fast 19 Millionen Ausländerinnen und Ausländer in der EU, davon 13 Millionen Angehörige von Drittstaaten

Im Jahr 2000 lebten insgesamt etwa 18,8 Millionen Ausländerinnen und Ausländer in den fünfzehn Mitgliedstaaten, was 5,0 % der Gesamtbevölkerung entspricht. 1990 hatte dieser Wert 4,1 % betragen. In Belgien, Deutschland und Österreich ist der Ausländeranteil der Bevölkerung mit ungefähr 9 % beachtlich. Es folgen Frankreich und Schweden mit etwa 5,5 %. Luxemburg stellt einen Sonderfall dar; dort machen die Ausländer etwas mehr als ein Drittel der Gesamtbevölkerung aus. Teilweise sind diese unterschiedlichen Ausländeranteile auf Unterschiede in der nationalen Gesetzgebung zum Erwerb der Staatsbürgerschaft zurückzuführen.

Rund ein Drittel (sechs Millionen Menschen) sind Bürger anderer EU-Mitgliedstaaten, die übrigen zwei Drittel Staatsangehörige eines nicht zur Union gehörenden Landes. Belgien, Irland und Luxemburg sind die einzigen Länder, in denen die Zahl der Bürger anderer EU-Staaten höher ist als die der Nicht-EU-Bürger.

Die beiden größten Gruppen in der Union lebender Ausländer stellen türkische Staatsangehörige (rund 2,4 Millionen im Jahr 2000, davon 2,0 Millionen in Deutschland) und Bürger der ehemaligen Republik Jugoslawien (rund 1,8 Millionen, davon 1,2 Millionen in Deutschland).

## 1999 waren rund 1,2 Millionen gemeldete Zuwanderer in der EU Nicht-EU-Bürger

Im Jahr 1999 wurde die Zahl der legalen Zuwanderer in den fünfzehn Mitgliedstaaten auf knapp über 2,0 Millionen geschätzt. Etwa 1,2 Millionen waren Staatsangehörige eines nicht zur EU gehörenden Landes. Die höchsten Zuwandererströme solcher Bürger verzeichnete Deutschland (539 000), gefolgt vom Vereinigten Königreich (177 000) und Italien (123 000 im Jahr 1997).

## 363 100 Asylanträge in der EU im Jahr 2000

Nach dem 1992 erreichten Höchstwert von 672 400 Asylanträgen sank deren Zahl in der EU bis 1996 auf 227 800. Seither ist die Tendenz wieder steigend. Im Jahr 2000 wurden in der EU schätzungsweise 363 100 Asylanträge gestellt, was gegenüber 1999 einen Anstieg um etwa 3 % bedeutet.

Den größten Zuwachs (zwischen 1999 und 2000 in absoluten Zahlen) gab es im Vereinigten Königreich (+ 9 157) und in Belgien (+ 6 899).

Im Jahr 2000 wurden die meisten Asylanträge (80 315) im Vereinigten Königreich gestellt, gefolgt von Deutschland (78 563), den Niederlanden (43 895), Belgien (42 677) und Frankreich (38 747). Die höchsten Asylantragsquoten – gemessen an der Gesamtbevölkerung – verzeichneten Belgien (4,2 Antragsteller pro 1000 Einwohner), Irland (2,9), die Niederlande (2,8) und Österreich (2,3).

### Politischer Hintergrund

Mit dem Vertrag von Amsterdam wurde ein neuer Titel IV (Visa, Asyl, Einwanderung und andere Politiken betreffend den freien Personenverkehr) in den EG-Vertrag aufgenommen. Er regelt die folgenden Bereiche: freier Personenverkehr, Kontrolle der Außengrenzen, Asyl, Einwanderung und Schutz der Rechte von Staatsangehörigen dritter Länder, justizielle Zusammenarbeit in Zivil- und Strafsachen und Zusammenarbeit in Verwaltungsangelegenheiten.

Damit begründet der Vertrag von Amsterdam die Zuständigkeit der Gemeinschaft in den Bereichen Einwanderung und Asyl. Der Europäische Rat forderte auf seiner Tagung in Tampere im Oktober 1999 die Entwicklung

einer gemeinsamen Politik der EU in diesen Bereichen, die folgende Elemente enthält: Partnerschaft mit Herkunftsländern, ein gemeinsames Europäisches Asylsystem, gerechte Behandlung von Drittstaatenangehörigen und Steuerung der Migrationsströme. Ein detailliertes Aktionsprogramm wird im „Anzeiger der Fortschritte bei der Schaffung eines Raumes der Freiheit, der Sicherheit und des Rechts in der Europäischen Union“ (halbjährliche Aktualisierung, KOM(2001) 628) dargelegt. Die Kommission hat bereits Vorschläge für ein gemeinsames Asylverfahren (KOM(2000) 755 endg.) und einen einheitlichen Status (KOM(2001) 710 endg.) sowie für eine Migrationspolitik der Gemeinschaft (KOM(2000) 757 und KOM(2001) 387) und eine Reihe von Richtlinien zur Festlegung des rechtlichen Rahmens vorgelegt, denen weitere folgen werden.

Darüber hinaus werden Wanderung und Asyl gemäß dem Vertrag von Amsterdam von der dritten Säule (Regierungszusammenarbeit) in die erste Säule (Gemeinschaft) überführt, wobei Entscheidungen in diesen Bereichen durch Gemeinschaftsinstrumente wie Richtlinien geregelt werden.

### Methodische Anmerkungen

Quelle: Eurostat – Migrationsstatistik.

Unter Bevölkerungswachstum versteht man den relativen Zuwachs der Gesamtbevölkerung pro 1000 Einwohner während des/der betreffenden Jahres/Jahre. Der Anstieg der Gesamtbevölkerung setzt sich aus dem natürlichen Zuwachs (Lebendgeburten abzüglich Sterbefälle) und der Nettozuwanderung zusammen. Die Nettozuwanderung wird anhand der Differenz zwischen Bevölkerungsentwicklung und natürlichem Zuwachs geschätzt (bereinigte Nettozuwanderungsrate pro 1000 Einwohner).

Die Gesamtzuwanderung umfasst die Zuwanderung von EU-Bürgern und Drittstaatenangehörigen. Die einzelnen Mitgliedstaaten wenden unterschiedliche Definitionen von Migration an. Oft stützen sich die Statistiken auf eine Person, die sich als Bewohner eines anderen Landes anmeldet, oder auf eine bekundete Absicht, über einen bestimmten Zeitraum hinaus in einem Land zu verbleiben (in der Regel zwölf Monate oder länger).

Einige Familienangehörige werden in einigen Ländern einbezogen, in anderen ausgeschlossen. Das Gleiche gilt für Wiederholungsanträge. Einzelheiten sind in der Tabelle „Asylanträge“ im Teil „Bevölkerung“ in Anhang II enthalten.

### Hinweise auf andere Teile des Berichts

Demografie, Haushalte und Familien (3.2), Bevölkerung (Anhänge II und IV).

### Literaturhinweise

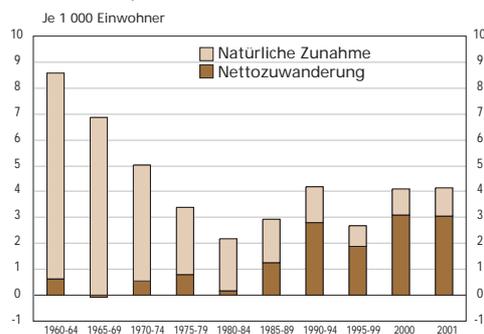
- „Europäische Sozialstatistik – Wanderung“, Ausgabe 2001. Eurostat.
- „Europäische Sozialstatistik – Bevölkerung“, Ausgabe 2002. Eurostat.
- Statistik kurz gefasst (Bevölkerung und soziale Bedingungen): „Erste Ergebnisse der Erhebung von Bevölkerungsdaten in Europa für 2001“, Nr. 17/2002. Eurostat.
- „Patterns and trends in international migration in Western Europe“, (Muster und Trends der internationalen Wanderung in Westeuropa), 2000. Eurostat.
- „Migrants' insertion in the informal economy, deviant behaviour and the impact of receiving societies“, (Eingliederung von Migranten in die Schattenwirtschaft, abweichendes Verhalten und Auswirkungen auf die aufnehmende Gesellschaft), Bericht der GD Forschung der Europäischen Kommission, 2000.
- „Die soziale Lage in der Europäischen Union 2002“, Seiten 16-51, 2002. Europäische Kommission, GD Beschäftigung und Soziales und Eurostat.

### Schlüsselindikator

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Nettozuwanderungsquote</b> (je 1 000 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
<b>Durchschnittliche jährliche Nettozuwanderungsquote</b>																
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

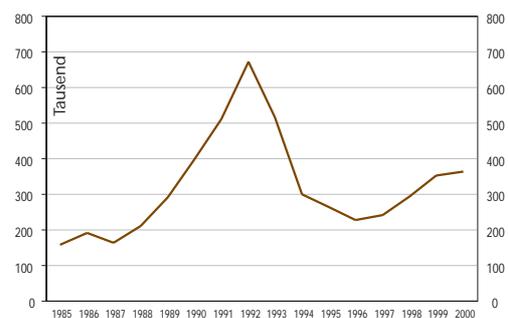
Quelle: Eurostat – Bevölkerungsstatistik

**S.b. 8 Durchschnittliche jährliche Veränderungsrate der Bevölkerungszahl nach Komponente, EU-15, 1960-2001**



Quelle: Eurostat – Bevölkerungsstatistik

**S.b. 9 Asylanträge, EU-15, 1985-2000**



Quelle: Eurostat – Migrationsstatistik

# 5

## 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.

### Die junge Generation ist besser gebildet

Ein Vergleich der gegenwärtigen Absolventen des Bildungssystems mit früheren Generationen ermöglicht es, die Entwicklung des Bildungsniveaus über einen langen Zeitraum von etwa dreißig Jahren zu verfolgen. Im Jahr 2001 hatten 75 % der Jugendlichen in der Altersgruppe von 25-29 Jahren zumindest den Sekundarbereich II abgeschlossen (GCE „A-Levels“, Baccalauréat, Abitur oder gleichwertiger Abschluss). In der Altersgruppe 50-64 Jahre traf dies nur auf 52 % der Personen zu. Im Allgemeinen weisen die nördlichen Mitgliedstaaten ein höheres Bildungsniveau auf: Zwischen 80 % und 91 % der jungen Menschen im Alter 25-29 Jahre in den drei nördlichen Ländern, Deutschland, Österreich und Frankreich haben einen Abschluss, der über den Pflichtschulabschluss hinausgeht. In Irland, Spanien, Italien, Luxemburg und Portugal ist das Bildungsniveau nach wie vor am niedrigsten (unter 70 %), wobei dort jedoch, mit Ausnahme von Luxemburg, in den letzten dreißig Jahren die größten Fortschritte erzielt wurden. In diesen Ländern sowie in Griechenland ist der Anteil derjenigen, die zumindest den Sekundarbereich II abgeschlossen haben, in der jüngsten Generation mehr als doppelt so hoch wie in der ältesten. Die Folge ist, dass die Unterschiede im Bildungsniveau zwischen den Mitgliedstaaten geringer werden.

Seit ungefähr dreißig Jahren sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Bildungsniveau unionsweit zurückgegangen (in der jüngeren Generation haben die Frauen die Männer sogar leicht überholt). Während beispielsweise 77 % der jungen Frauen in der EU in der Altersgruppe von 25-29 Jahren einen Abschluss besitzen, der über den Pflichtschulabschluss hinausgeht (im Vergleich zu 74 % der Männer), haben nur 46 % der Frauen in der Altersgruppe von 50-64 Jahren eine derartige Qualifikation (im Vergleich zu 58 % der Männer der gleichen Altersgruppe). Zu den Daten für die einzelnen Mitgliedstaaten siehe Anhang II.

### Fast jeder fünfte Schulabgänger besitzt nur einen Abschluss des Sekundarbereichs I

Obwohl das Bildungsniveau weiter steigt, weisen 19 % der 18-24-Jährigen in der Union am Ende ihrer Ausbildung keinen Abschluss auf, der über die Sekundarstufe I hinausgeht (was in allen Mitgliedstaaten gleichbedeutend mit dem Pflichtschulabschluss ist). In Italien (26 %), Spanien (29 %) und Portugal (45 %) ist der Anteil der jungen Menschen mit geringer Qualifikation am höchsten. In nahezu allen Mitgliedstaaten gehören Frauen (EU-Durchschnitt 17 %) seltener als Männer (EU-Durchschnitt 22 %) zu dieser Gruppe.

Um die vorstehend genannten Zahlen im richtigen Kontext zu sehen, ist ein Blick auf den Beschäftigungsstatus der 18-24-

Jährigen hilfreich. EU-weit befinden sich schätzungsweise etwas mehr als 50 % dieser Altersgruppe in einer allgemeinen oder beruflichen Bildungsmaßnahme (16 % verbinden Ausbildung und Beschäftigung miteinander), wobei davon ausgegangen werden kann, dass die Mehrzahl von ihnen zumindest die Sekundarstufe II abgeschlossen hat. Für die Union als Ganzes ergibt sich ein alles andere als homogenes Bild, was an den Unterschieden in den Bildungssystemen, der Ausbildungsdauer, der Lage auf dem Arbeitsmarkt, den Chancen für Jugendliche ohne Arbeitserfahrung usw. liegt. Siehe dazu auch Jugendarbeitslosigkeit (3.10).

### Eine höhere Qualifikation verringert das Risiko, arbeitslos zu werden ...

Allgemein lässt sich feststellen, dass eine höhere Bildung die Wahrscheinlichkeit von Arbeitslosigkeit in allen Mitgliedstaaten verringert, wenn auch in unterschiedlichem Maße. In EU-15 lag die Arbeitslosenquote bei Personen mit Hochschulabschluss im Jahr 2001 bei 4 %, gegenüber 6 % bei denjenigen, die höchstens den Sekundarbereich II abgeschlossen hatten, und 9 % bei denjenigen, die nicht über die Sekundarstufe I hinausgekommen waren.

### ... erhöht das Einkommen ...

Aus den Zahlen geht auch hervor, dass Personen mit höherer Qualifikation zumeist höhere Einkommen beziehen. Im Durchschnitt betrug das Äquivalenzeinkommen von Personen mit Pflichtschulabschluss 90 % des nationalen Medians, bei Personen mit Hochschulabschluss dagegen 147 %. Am größten waren die Unterschiede zwischen den Personen mit niedrigster und höchster Qualifikation in Irland (82 % gegenüber 185 %) und Portugal (92 % gegenüber 287 %), am geringsten in Dänemark (88 % gegenüber 117 %) und Deutschland (95 % gegenüber 124 %).

Wie die Zahlen außerdem belegen, liegt die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mitglied eines Haushalts mit hohem Bildungsniveau (d. h. mindestens ein Mitglied hat einen Hochschulabschluss) auf Dauer in einem einkommenschwachen Haushalt lebt, bei lediglich 3 %; bei Personen aus Haushalten mit niedrigem Bildungsniveau (d.h. alle Mitglieder waren nicht über den Pflichtschulabschluss hinausgekommen) dagegen bei 12 %.

### ... und eröffnet größere Weiterbildungsmöglichkeiten

Unionsweit haben Erwachsene umso größere Weiterbildungsmöglichkeiten, je höher ihr Bildungsniveau ist. Siehe dazu auch Lebenslanges Lernen (3.6).

**Politischer Hintergrund**

Im EG-Vertrag (Titel XI, Kapitel 3, Artikel 149 Absatz 1) heißt es: „Die Gemeinschaft trägt zur Entwicklung einer qualitativ hochstehenden Bildung dadurch bei, dass sie die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten fördert und [deren] Tätigkeit ... erforderlichenfalls unterstützt und ergänzt.“ Art. 150 Absatz 1 besagt: „Die Gemeinschaft führt eine Politik der beruflichen Bildung durch, welche die Maßnahmen der Mitgliedstaaten ... unterstützt und ergänzt.“

In ihrer Mitteilung zur Zukunft der Europäischen Beschäftigungsstrategie hebt die Kommission als notwendig hervor, Schulversagen und Schulabbruch zu bekämpfen, und nennt eine bessere Bildungsqualität als einen der Schwerpunktbereiche für die neue EBS. Damit sollten die Voraussetzungen für den künftigen Zugang zum lebenslangen Lernen geschaffen werden, und die entsprechenden politischen Konzepte und Maßnahmen stellen für viele der gegenwärtigen und der künftigen Mitgliedstaaten nach wie vor bedeutende Herausforderungen dar. In den Beschäftigungspolitischen Leitlinien 2001 wurden die Mitgliedstaaten aufgerufen, die Qualität ihrer Bildungs- und Ausbildungssysteme sowie die einschlägigen Lehrpläne zu verbessern, um jungen Menschen die grundlegenden Qualifikationen zu vermitteln, die auf dem Arbeitsmarkt verlangt werden und für eine Teilnahme am lebenslangen Lernen erforderlich sind, um dem Analphabetentum bei Jugendlichen und Erwachsenen entgegen zu wirken und die Zahl der Schulabbrecher spürbar zu verringern (als gemeinsames Ziel wurde die Halbierung der Zahl der Schulabbrecher zwischen 18 und 24 Jahren bis 2010 festgelegt), um günstigere Bedingungen zu schaffen für einen besseren Zugang von Erwachsenen – einschließlich der im Rahmen atypischer Arbeitsverträge Beschäftigten – zum lebenslangen Lernen und um den Anteil der erwachsenen Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (also der 25-64-Jährigen), die zu einem bestimmten Zeitpunkt an allgemeinen und berufsbildenden Maßnahmen teilnehmen, anzuheben. Zur Förderung von Mobilität und lebenslangem Lernen sollten die Mitgliedstaaten für Verbesserungen bei der Anerkennung von Befähigungsnachweisen und erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten sorgen.

Das Weißbuch der Europäischen Kommission "a new impetus for European youth" (KOM(2001) 681 endg., 21.11.2001) schlägt vor, der Europäischen Union ein neues Rahmenprogramm zur Kooperation im Bereich Jugendpolitik zu geben. Damit reagiert es auf die starke Nachfrage aller Parteien, die mit Jugendpolitik befasst sind, einschließlich der Mitgliedstaaten. Diese Kooperation wird auf existierende nationale wie auf Gemeinschaftsaktivitäten aufbauen, aber sie wird auch auf Vereinbarungen basieren, die Offene Methode der Koordinierung im speziellen Bereich Jugend anzuwenden und Jugendbelangen in anderen Teilen der Politik mehr Gewicht zu verleihen.

**Methodische Anmerkungen**

Quellen: Eurostat – Arbeitskräfteerhebung der Europäischen Union und Verdienststrukturstatistik.

Die Definition des Bildungsniveaus erfolgt gemäß ISCED (Internationale Standardklassifikation im Bildungswesen – Fassung UNESCO 1997). Schulabgänge vor Abschluss der Sekundarstufe II entsprechen ISCED 0-2, abgeschlossene Sekundarstufe II ISCED 3-4 (einschließlich Post-Sekundarbildung ohne Hochschulbildung) und Hochschulbildung ISCED 5-6. Die Vollzeitschulpflicht in allen Mitgliedstaaten beinhaltet ISCED 2. In Belgien, Deutschland und den Niederlanden gibt es bis zum Alter von 18 Jahren eine Pflichtzeit ISCED-3-Ausbildung. Der Schlüsselindikator zeigt den Anteil der 18-24-Jährigen, die das Bildungssystem mit einer niedrigen Qualifikation verlassen haben, an der Gesamtbevölkerung der Altersgruppe 18-24.

**Hinweise auf andere Teile des Berichts**

Lebenslanges Lernen (3.6), Beschäftigung (3.7), Beschäftigung älterer Arbeitnehmer (3.8), Arbeitslosigkeit (3.9), Jugendarbeitslosigkeit (3.10), Allgemeine und berufliche Bildung (Anhänge II und IV).

**Literaturhinweise**

- „Bildung in der Europäischen Union – Statistiken und Indikatoren 1999“, 2000, Eurostat.
- „Schlüsselzahlen zum Bildungswesen – 2002“, 2002, GD Bildung und Kultur, Eurostat und Eurydice (Informationsnetz zur Bildung in Europa).
- „Übergang vom Bildungswesen ins Erwerbsleben – Schlüsselzahlen zur Berufsbildung in der Europäischen Union, 2001, GD Bildung und Kultur, Eurostat und Cedefop (Europäisches Zentrum zur Förderung der Berufsbildung).
- „Young People's training: Key data on vocational training in the European Union“ (Ausbildung junger Menschen: Schlüsseldaten zur beruflichen Ausbildung in der Europäischen Union), 1999, GD Bildung und Kultur, Eurostat und Cedefop.
- „Beschäftigung in Europa 2001“. Europäische Kommission, GD Beschäftigung und Soziales.
- „Education for the twenty-first century: issues and prospects“, (Bildung im 21. Jahrhundert: Themen und Chancen), 1998, UNESCO-Veröffentlichung.
- „An age of learning: vocational training policy at European level“, 2000, Cedefop.
- „Education at a glance 2002“, 2002, OECD.
- „Education for All – An international strategy to put the Dakar Framework for Action on Education for All into operation“, 2002, UNESCO, <http://www.unesco.org/education/efa/index.shtml>.
- Statistik kurz gefasst (Bevölkerung und soziale Bedingungen): „Dauernde Einkommensarmut und soziale Ausgrenzung in der Europäischen Union“, Nr. 13/2000. „Junge Europäer und Bildung“, Nr. 14/2000. „Der Fremdsprachenunterricht in den europäischen Bildungssystemen“, Nr. 4/2001. „Bildung in den Regionen der Europäischen Union“, Nr. 6/2001. „Das Bildungsniveau in Europa in den 90er Jahren – einige Schlüsseldaten“, Nr. 7/2001. „Beschäftigung in den EU-Regionen 2000: Der Dienstleistungssektor ist Motor für die Schaffung von Arbeitsplätzen – Ausbildung ist entscheidend“, Nr. 13/2001. „Frauen und Männer in Bildungsgängen des Tertiärbereichs“, Nr. 18/2001. Eurostat.

**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
<b>2001</b>	19	14	17	13	17	29	14	19	26	18	15	10	45	10	11	:

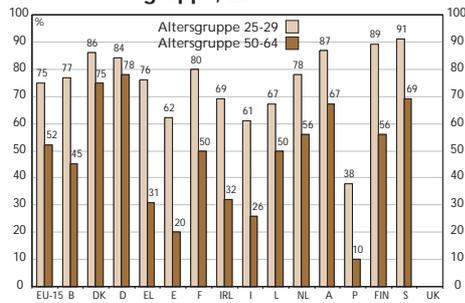
**18-24-Jährige nach Beschäftigungsstatus (%), 2001**

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.

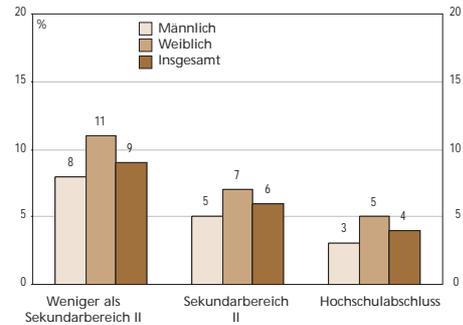
Anmerkung: IRL – Daten für 1997. UK – Keine Daten zu Schulabbrechern. Eine einheitliche Definition der Sekundarstufe II steht noch aus.

**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.

# 6

## 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.

### Lebenslanges Lernen in den nordischen Ländern, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich weiter verbreitet

Im Frühjahr 2001 gaben 8 % der Bevölkerung im Alter zwischen 25 und 64 Jahren an, dass sie in den vier Wochen vor der Befragung an Maßnahmen der allgemeinen und beruflichen Bildung teilgenommen hatten. Am höchsten ist die Beteiligung mit 16-22 % in den nordischen Ländern, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich. Die übrigen Mitgliedstaaten liegen im oder unter dem EU-Durchschnitt. In Frankreich wurde ebenfalls ein niedriger Wert festgestellt, doch bezieht sich dieser dort auf einen anderen Bezugszeitraum (siehe dazu Methodische Anmerkungen).

### Beträchtliche Unterschiede von Land zu Land bei der Teilnahme von Frauen

In der Europäischen Union insgesamt kommen Frauen mit 9 % etwas häufiger in den Genuss von allgemeinen oder beruflichen Bildungsmaßnahmen als Männer (8 %). Besonders groß ist der Vorsprung der Frauen in Dänemark (19 % gegenüber 16 %), Finnland (21 % gegenüber 17 %), Schweden (20 % gegenüber 15 %) und im Vereinigten Königreich (26 % gegenüber 18 %). In Belgien, Griechenland, Deutschland, Luxemburg, den Niederlanden und Österreich dagegen nehmen zumeist mehr Männer als Frauen daran teil.

### Junge und qualifizierte Menschen nehmen mehr an allgemeinen und beruflichen Bildungsmaßnahmen teil

EU-weit geht der Grad der Teilnahme an Ausbildungsmaßnahmen mit zunehmendem Alter zurück: von 14 % bei Personen im Alter zwischen 25 und 34 Jahren auf 3 % in der Altersgruppe 55-64 Jahre. Erwähnenswert ist jedoch, dass der Anteil der Personen in den älteren Altersgruppen, denen eine Fortbildung zuteil wird, in einigen Ländern verhältnismäßig hoch bleibt: zwischen 7 % und 13 % der 55-64-Jährigen in Dänemark, den Niederlanden, Finnland, Schweden und dem Vereinigten Königreich.

Das Bildungsniveau hat ebenfalls Einfluss auf die Chancen für eine Teilnahme von Personen der Altersgruppe von 25-64 Jahren am „lebenslangen Lernen“: 2001 nahmen 15 % der Hochschulabsolventen an einer Weiterbildung teil, aber nur 2 % der untersten Bildungsstufe.

### Nord- und mitteleuropäische EU-Mitgliedstaaten: höherer Anteil von Unternehmen, die Ausbildung anbieten

Von sämtlichen Unternehmen in den EU-Mitgliedstaaten boten 1999 zwischen 18 % (Griechenland) und 96 % (Dänemark) Ausbildung an. Der Anteil der Unternehmen, die betriebliche Weiterbildung anboten, war bei Großunternehmen am höchsten

und bei mittleren Unternehmen (50-249 Beschäftigte) größer als bei Kleinunternehmen (10-49 Beschäftigte), allerdings war in nahezu allen Ländern nur der Unterschied zwischen den Anteilen bei den kleinen und mittleren Unternehmen signifikant.

In den meisten nordeuropäischen EU-Mitgliedstaaten liegt der Prozentsatz der Beschäftigten, die an Maßnahmen der betrieblichen Weiterbildung teilnahmen, über dem EU-Durchschnitt. Geringere Teilnahmequoten sind in Portugal (17 %) und Griechenland (15 %) zu verzeichnen.

Die Teilnahmequote oder der Anteil der Unternehmen, die betriebliche Weiterbildung anbieten, sagt nichts über die Intensität der Ausbildung aus. Spanien, Griechenland und Portugal weisen zwar einen geringeren Anteil an Unternehmen auf, die Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen anbieten, dafür umfassen die Schulungsmaßnahmen eine höhere Stundenzahl pro Teilnehmer.

### Beträchtliche Altersunterschiede bei den Hochschulstudierenden

Eine andere Möglichkeit zur Ermittlung des „lebenslangen Lernens“ besteht darin, den Anteil der Hochschulstudierenden (oder jenen in äquivalenter Ausbildung nach Sekundärabschluss) im Alter von 30 Jahren und darüber zu betrachten. 1999/2000 waren rund 1,3 Millionen Studierende an den Hochschulen in der Union mindestens 30 Jahre alt. Anders ausgedrückt stellte diese Altersgruppe 12 % aller Studierenden in der Tertiärausbildung. In Dänemark (22 %), Deutschland (22 %), Österreich (25 %), Finnland (28 %) und Schweden (22 %) ist dieser Anteil erheblich höher.

### Staatliche Bildungsausgaben: 5,0 % des BIP der EU

Auch wenn die Investitionen in die Bildung von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst werden (z. B. von demografischen Faktoren, vom Beteiligungsgrad oder der Dauer der Ausbildungsgänge), gibt doch der Anteil des Volkvermögens, der für Bildungszwecke eingesetzt wird, Aufschluss über die Bedeutung, die die jeweiligen Regierungen der Bildung beimessen. Die öffentlichen Mittel, die zur Finanzierung sämtlicher Bildungsebenen eingesetzt wurden (ohne private Aufwendungen), entsprachen 1999 im Durchschnitt 5,0 % des BIP der Union. Die staatlichen Aufwendungen für die Bildung können von Land zu Land sehr unterschiedlich ausfallen und reichen von 3,7 % des BIP in Griechenland bis zu 7,7 % in Schweden und 8,1 % in Dänemark. Die Aufteilung der Bildungshaushalte auf die Bildungsebenen folgte einem einheitlicheren Muster, wobei auf die Primarstufe und die Hochschulausbildung im Durchschnitt jeweils 1,1 % des BIP entfielen und auf die Sekundarstufe 2,3 %.

### Politischer Hintergrund

Im EG-Vertrag (Titel XI, Kapitel 3, Artikel 150 Absatz 2) heißt es: „Die Tätigkeit der Gemeinschaft hat folgende Ziele ... Erleichterung der Aufnahme einer beruflichen Bildung ...; Förderung der Zusammenarbeit in Fragen der beruflichen Bildung zwischen Unterrichtsanstalten und Unternehmen; ...“.

In ihrer Mitteilung zur Zukunft der Europäischen Beschäftigungsstrategie hebt die Kommission die Bedeutung des lebenslangen Lernens für die Steigerung der Arbeitsplatzqualität und der Produktivität und als Faktor zur Förderung der Erwerbsbeteiligung und der sozialen Integration hervor. Ein vorrangig zu behandelndes Problem sind die zunehmenden Unterschiede beim Zugang zur Ausbildung, die zu Lasten der geringer qualifizierten und älteren Arbeitnehmer gehen. Der derzeit zu beobachtende Trend, dass die Investitionen der Unternehmen in die Fortbildung mit zunehmendem Alter der Arbeitnehmer zurückgehen, muss umgekehrt werden. Die Beschäftigungspolitischen Leitlinien 2001 beinhalteten zum ersten Mal eine horizontale Leitlinie, in der „umfassende und kohärente nationale Strategien für das lebenslange Lernen“ gefordert wurden, um die Beschäftigungsfähigkeit und die Anpassungsfähigkeit zu verbessern und die Teilhabe an der wissensgestützten Gesellschaft zu erhöhen. Die Mitgliedstaaten sollten nationale Zielvorgaben für eine Erhöhung der Investitionen in die Humanressourcen sowie für die Beteiligung an Weiterbildungsmaßnahmen festlegen und die Fortschritte auf dem Weg zur Erfüllung der Zielvorgaben regelmäßig überprüfen.

Der Europäische Rat (Lissabon, März 2000) nannte vier Kernbereiche einer aktiven Beschäftigungspolitik. Einer dieser Bereiche lautet: „Aufwertung des lebenslangen Lernens als Grundbestandteil des europäischen Gesellschaftsmodells, indem unter anderem Vereinbarungen zwischen den Sozialpartnern über Innovation und lebenslanges Lernen gefördert werden, indem die positive Wechselwirkung von lebenslangem Lernen und Anpassungsfähigkeit durch flexible Gestaltung der Arbeitszeiten und den Wechsel zwischen Ausbildung und Beschäftigung nutzbar gemacht wird und indem eine europäische Auszeichnung für besonders progressive Unternehmen eingeführt wird; für die Fortschritte im Hinblick auf diese Ziele sollten Benchmarks geschaffen werden;...“. In den Schlussfolgerungen von Lissabon werden verstärkte Investitionen in menschliche Ressourcen gefordert.

Wie in Abschnitt 4.1.1.1 der Sozialpolitischen Agenda (KOM(2000) 379 endg.) betont wird, müssen sich die Bemühungen darauf konzentrieren, „die Beschäftigungsfähigkeit zu verbessern und Qualifikationslücken zu verringern, insbesondere dadurch, dass lebenslanges Lernen und ‚e-Learning‘ sowie die wissenschaftliche und technologische Bildung gepflegt werden; Erziehungs- und Ausbildungssysteme müssen so weiterentwickelt und verbessert werden, dass sie der Strategie des lebenslangen Lernens Rechnung tragen.“

In der Mitteilung der Kommission „Einen Europäischen Raum des lebenslangen Lernens schaffen“ (KOM(2001) 678 endg. vom 21.11.2001) werden Vorschläge zur Verbesserung der Beteiligung von Europäern an Maßnahmen im Rahmen des lebenslangen Lernens aufgeführt. In dieser Mitteilung wird lebenslanges Lernen definiert als 'alle Lernaktivitäten im Verlauf des Lebens, die darauf abzielen, Wissen, Fertigkeiten/Fähigkeiten und Kompetenzen in einer persönlichen, zivilen, sozialen und/oder beschäftigungsbezogenen Perspektive zu verbessern'. Im Jahr 2001 wurde in Stockholm ein

Bericht des Bildungsrats an den Europäischen Rat über „Die konkreten künftigen Ziele der Bildungs- und Ausbildungssysteme“ vorgelegt. Darin haben die Bildungsminister folgende konkrete strategischen Ziele verabschiedet: Erhöhung der Qualität und Leistungsfähigkeit der Bildungs- und Ausbildungssysteme in der Europäischen Union, Erleichterung des Zugangs aller zu Bildungs- und Ausbildungssystemen, Öffnung der Bildungs- und Ausbildungssysteme für einen größeren Kreis. Diese gemeinsamen Ziele stellen für die Mitgliedstaaten eine Grundlage dar, auf europäischer Ebene in den nächsten zehn Jahren zusammenzuarbeiten (folgend dem "detaillierten Arbeitsprogramm zur Umsetzung der Ziele der Systeme der allgemeinen und beruflichen Bildung in Europa (Amtsblatt C142 vom 14.6.2002), um zur Erreichung der in Lissabon, insbesondere im Zusammenhang mit den Luxemburg- und Cardiff-Prozessen, umrissenen Ziele beizutragen. Die Arbeitsgruppe G (offene Lernumgebung, aktive Bürgerschaft, soziale Eingliederung) für den Bericht über die Bildungsziele hat die spezielle Aufgabe, politische Ziele bis 2010 auf diesem Gebiet zu entwickeln. Die Mitteilung der Kommission "Wirkungsvoll in die allgemeine und berufliche Bildung investieren: eine Notwendigkeit für Europa" (COM 2002 779 endg., 01/2002) macht die Sicht der Kommission bezüglich des neuen Investitionsparadigmas in Bildung und Ausbildung in einer erweiterten Union deutlich. Mit Blick auf dieses Ziel haben die für Bildung zuständigen Minister im Februar 2002 das 'Detaillierte Arbeitsprogramm über die Ziele der Bildungs- und Ausbildungssysteme' verabschiedet, einschließlich des Ziels 1.5 'Bestmögliche Nutzung der Ressourcen'. Der Rat (Bildung und Jugend) billigte auf seiner Tagung am 30.5.2002 eine Entschließung zum lebensbegleitenden Lernen (Amtsblatt C 163 vom 9.7.2002), in der er bekräftigt, dass die Mitteilung der Kommission „Einen europäischen Raum des lebenslangen Lernens schaffen“ und das Arbeitsprogramm zur Umsetzung der Ziele der Systeme der allgemeinen und beruflichen Bildung besser aufeinander abgestimmt werden müssen, damit eine umfassende und kohärente Strategie für die allgemeine und berufliche Bildung festgelegt werden kann. Am 30. November 2002 haben die Bildungsminister aus 31 europäischen Ländern und die Europäische Kommission die Erklärung von Kopenhagen bezüglich verstärkter Zusammenarbeit in beruflicher Bildung und Ausbildung angenommen. ([http://europa.eu.int/comm/education/copenhagen/index\\_en.html](http://europa.eu.int/comm/education/copenhagen/index_en.html)). Wirkungsvoll in die allgemeine und berufliche Bildung investieren: eine Notwendigkeit für Europa (KOM (2002) 779 vom 10.1.2003).

### Methodische Anmerkungen

Quellen: Eurostat – Arbeitskräfteerhebung der Europäischen Union und UOE (UNESCO, OECD und Eurostat) Fragebögen zur Bildungstatistik (Daten zu den staatlichen Bildungsausgaben).

Zwar wurden vorstehend einige statistische Informationen zum „Lebenslangen Lernen“ (LLL) vorgestellt, doch ist der Begriff des LLL sehr umfassend, und seine Untersuchung erfordert klare Aussagen zu den Themen, denen vorrangig auf den Grund gegangen werden soll. Darüber hinaus lassen sich einige Aspekte einfach nicht messen. Die statistischen Informationen müssen deshalb durch Kontextinformationen ergänzt werden. Eurostat hat eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die sich unter anderem mit den Prioritäten des LLL und deren operationeller Aufbereitung für den Bedarf der Statistik befassen soll. Ihren endgültigen Bericht hat sie im Februar 2001 vorgestellt<sup>2</sup>. In dem Bericht wird die Notwendigkeit hervorgehoben, die Wissensbasis über lebenslanges Lernen auf der Ebene des Einzelnen zu verbessern, und es wird eine EU-Erhebung über Erwachsenenbildung (AES) im Jahr 2006 vorgeschlagen. Derzeit

2 [http://forum.europa.eu.int/Public/irc/dsis/edtcsl/library?l=/public/measuring\\_lifelong](http://forum.europa.eu.int/Public/irc/dsis/edtcsl/library?l=/public/measuring_lifelong)

wird diese Erhebung im Rahmenprogramm der Task Force über die AES diskutiert, die vermutlich gegen Ende 2003 ihre Arbeit abgeschlossen haben wird. Parallel dazu wird die Arbeitskräfteerhebung der EU 2003 um ein Ad-hoc-Modul zum lebenslangen Lernen erweitert.

Bei den meisten Mitgliedstaaten beziehen sich die Daten auf Personen, die in den vier Wochen vor der Befragung an einer Aus- oder Weiterbildungsmaßnahme teilgenommen haben. In Frankreich muss die Bildungsmaßnahme zum Zeitpunkt der Befragung noch stattfinden, um erfasst zu werden.

2000/2001 startete die Europäische Kommission die zweite Erhebung über die betriebliche Weiterbildung (CVTS2), die in sämtlichen Mitgliedstaaten sowie Norwegen und neun Kandidatenländern durchgeführt wird.

Die Bildungsausgaben für 2000 und 2001 entstammen vorläufigen Daten.

### Hinweise auf andere Teile des Berichts

Bildungsabschlüsse (3.5), Beschäftigung (3.7), Beschäftigung älterer Arbeitnehmer (3.8), Arbeitslosigkeit (3.9), Allgemeine und berufliche Bildung (Anhänge II und IV).

### Literaturhinweise

- „Bildung in der Europäischen Union – Statistiken und Indikatoren 1999“, 2000, Eurostat.
- „Schlüsselzahlen zum Bildungswesen – 2002“, 2002, Europäische Kommission, GD Bildung und Kultur, Eurostat und Eurydice (Information network on education in Europe).
- "European Social Statistics - Continuing Vocational Training Survey (CVTS2)", Eurostat, 2003.

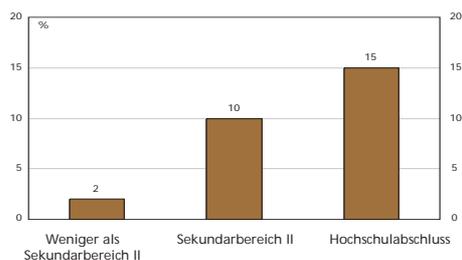
- „Übergang vom Bildungswesen ins Erwerbsleben – Schlüsselzahlen zur Berufsbildung in der Europäischen Union, 2001, GD Bildung und Kultur, Eurostat und Cedefop (Europäisches Zentrum zur Förderung der Berufsbildung).
- „Young People's training: Key data on vocational training in the European Union“ (Ausbildung junger Menschen: Schlüsseldaten zur beruflichen Ausbildung in der Europäischen Union), 1999, GD Bildung und Kultur, Eurostat und Cedefop.
- „Education for the twenty-first century: issues and prospects“, (Bildung im 21. Jahrhundert: Themen und Chancen), 1998, UNESCO-Veröffentlichung.
- "An age of learning: vocational training policy at European level", 2000, Cedefop.
- "Education at a glance 2002", 2002, OECD.
- Statistics in Focus (Population and social conditions): "Public expenditure on education in the EU in 1997", No. 8/2000, Eurostat
- Statistics in focus on CVTS2 (Population and social conditions), Eurostat.
  - First survey on continuing vocational training in enterprises in candidate countries (2/2002)
  - Continuing vocational training in enterprises in the European Union and Norway (3/2002)
  - Costs and funding of continuing vocational training in enterprises in Europe (8/2002)
  - Providers and fields of continuing vocational training in enterprises in Europe (10/2002)
  - Disparities in access to continuing vocational training in enterprises in Europe (22/2002)
  - Working time spent on continuing vocational training in enterprises in Europe (1/2003)
- "Making a European Area of Lifelong Learning a Reality", COM(2001) 678 final of 21.11.2001.

### Schlüsselindikator

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Lebenslanges Lernen</b> (Anteil der 25- bis 64- Jährigen, die in den 4 Wochen vor dem Stichtag an Maßnahmen der allgemeinen und beruflichen Bildung teilgenommen haben), 2001																
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

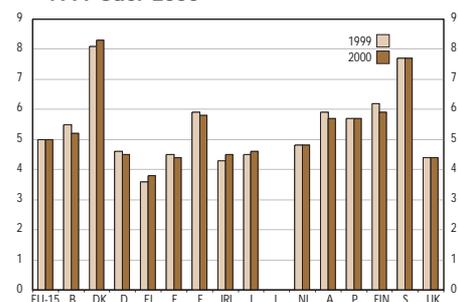
Anmerkung: F – Die Bildungsmaßnahme muss zur Zeit des Interviews stattfinden, um erfasst zu werden. IRL – Daten für 1997.  
Quelle: Eurostat – Arbeitskräfteerhebung in der Europäischen Union.

**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

# 7 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 %.

## Langsameres Beschäftigungswachstum in der EU

Im Jahr 2001 waren in der Union fast 168 Millionen Menschen erwerbstätig, 11,8 Millionen mehr als 1996. Absolut gesehen war der größte Anstieg der Beschäftigtenzahlen in Spanien (+ 2,3 Millionen) und Frankreich (+ 1,9 Millionen) zu verzeichnen. Verglichen mit dem Vorjahr stieg die Beschäftigung in der Union um 1,2 % – das Beschäftigungswachstum hat sich also gegenüber dem Zeitraum 1999/2000 (1,8 %) verlangsamt. Obwohl im Jahr 2001 die Beschäftigung in allen Mitgliedstaaten außer Griechenland zugenommen hat, war der Anstieg in allen Mitgliedstaaten geringer als im Vorjahr. In Irland, Spanien, den Niederlanden und Frankreich nahm die Beschäftigung noch um 2 % oder mehr zu, in Dänemark, Deutschland und Österreich jedoch nur um 0,2 %. Auch im Vereinigten Königreich lag das Beschäftigungswachstum (0,8 %) unter dem EU-Durchschnitt.

Nahezu der gesamte Nettobeschäftigungszuwachs des Zeitraums 1996-2001 fand im Dienstleistungsbereich statt. Im Gegensatz dazu gingen EU-weit über 500 000 Arbeitsplätze im Agrarsektor verloren.

## Beschäftigungsquote der EU weiterhin niedriger als in den USA und Japan

2001 lag die Beschäftigungsquote der Bevölkerung im Alter von 15-64 Jahren zwischen 55 % in Italien und Griechenland und 76 % in Dänemark. Neben Dänemark haben die Niederlande, Österreich, Portugal, Finnland, Schweden und das Vereinigte Königreich die für 2005 EU-weit angestrebte Beschäftigungsquote von 67 % insgesamt (siehe unten „Politischer Hintergrund“) bereits erreicht. Der EU-Durchschnitt von 64 % liegt erheblich unter dem in den USA (73 %) und Japan (69 %). Der geschlechtsspezifische Unterschied in den Beschäftigungsquoten in der Union beträgt 18,1 Prozentpunkte (73 % bei Männern verglichen mit 54,9 % bei Frauen). Siehe dazu Beschäftigungssituation von Frauen und Männern (3.19).

## 69 % aller Erwerbstätigen arbeiten im Dienstleistungssektor

EU-weit sind 4 % der Erwerbstätigen in der Landwirtschaft, im Jagdwesen, in der Forstwirtschaft und der Fischerei, 26 % in der Industrie und 69 % im Dienstleistungssektor tätig. Dieses Muster sieht in fast allen Mitgliedstaaten recht ähnlich aus; nur in Griechenland (16 %) und Portugal (11 %) ist noch ein verhältnismäßig hoher Bevölkerungsanteil in der Landwirtschaft, im Jagdwesen, in der Forstwirtschaft und der Fischerei tätig. Das mag teilweise auch den recht hohen Anteil der Selbständigen in diesen beiden Ländern erklären: 43 % bzw. 28 % verglichen mit einem Durchschnitt von 15 % für die gesamte Union. Generell verzeichnet Griechenland jedoch die höchsten Selbständigenquoten in allen Bereichen. Als dritter Mitgliedstaat weist Italien mit 26 % einen relativ hohen Anteil an Selbständigen, vor allem im Dienstleistungssektor, auf. Es gibt Unterschiede zwischen den Geschlechtern, da 84 % der

erwerbstätigen Frauen im Dienstleistungssektor, aber nur 14 % in der Industrie beschäftigt sind.

Innerhalb der Mitgliedstaaten ist zumeist in den Hauptstadtregionen der höchste Anteil an Beschäftigten des Dienstleistungssektors zu verzeichnen: Im Jahr 2001 waren das Inner-London (89 % aller Beschäftigten) im Vereinigten Königreich, Brüssel-Hauptstadt (84 %) in Belgien, Stockholm (84 %) in Schweden, Île de France (81 %) in Frankreich, das Latium (78 %) in Italien, Berlin (79 %), aber auch Hamburg (78 %) in Deutschland, Wien (78 %) in Österreich, Uusimaa (78 %), der Großraum um Helsinki, in Finnland und Attika (74 %) in Griechenland. In Spanien und Portugal weisen zwei Regionen außerhalb der Hauptstadt den höchsten Anteil an Beschäftigten im Dienstleistungssektor auf (Ceuta & Melilla, 85 % bzw. Algarve, 70 %).

## Teilzeitbeschäftigung nimmt weiter zu

Teilzeitarbeit, eine Verkürzung und mitunter Polarisierung der Arbeitsstunden – wobei die Beschäftigten von der üblichen Arbeitswoche abgehen und entweder verkürzt oder auch länger arbeiten – und Zeitarbeitsverträge sind heute weitverbreitete Strukturmerkmale der Beschäftigung in der EU. Der Anteil der Teilzeitarbeit an der Gesamtbeschäftigung stieg zwischen 1991 und 2001 von 14 % auf 18 %. Mehr als 20 % der Erwerbstätigen in Dänemark, Deutschland, Schweden und dem Vereinigten Königreich und über 40 % in den Niederlanden gehen einer Teilzeitbeschäftigung nach. Griechenland, Spanien und Italien sind Ausnahmen; in diesen Ländern liegt die Teilzeitbeschäftigungsquote bei höchstens 8 %. Im Durchschnitt arbeiten zwei Drittel der Teilzeitbeschäftigten gewöhnlich 16-31 Stunden in der Woche, mit Ausnahme von Dänemark und den Niederlanden, wo jede(r) Dritte weniger als 16 Stunden arbeitet. Der größte Teil der Teilzeitarbeitskräfte sind Frauen.

Der Anteil der Beschäftigten mit befristeten Arbeitsverträgen in der EU liegt seit drei Jahren bei 13 %. In Spanien ist dieser Anteil mit Abstand am größten (32 %). EU-weit werden 61 % der Zeitverträge für einen Zeitraum von weniger als einem Jahr geschlossen.

## Vollzeitbeschäftigte arbeiten durchschnittlich 40 Stunden in der Woche

Die Vollzeitbeschäftigten in EU-15 arbeiteten im Jahr 2001 im Durchschnitt 40 Stunden in der Woche, wobei das Bild in der gesamten Union relativ einheitlich ist. Die einzige Ausnahme bildet mit 44 Stunden das Vereinigte Königreich. EU-weit arbeiteten fast 19 % der Vollzeitbeschäftigten länger als die durchschnittlichen 40 Wochenstunden. Etwa 8 % arbeiteten gewöhnlich mindestens 49 Stunden pro Woche. Der entsprechende Wert für das Vereinigte Königreich lag sogar bei 21 %. Ein großer Teil (40 %) dieser Beschäftigten mit langen Arbeitszeiten in der Union sind Angehörige gesetzgebender Körperschaften, leitende Verwaltungsbedienstete, Führungskräfte in der Privatwirtschaft und Wissenschaftler,

mit Ausnahme von Spanien, Griechenland und Portugal, wo die meisten in Dienstleistungsberufen und im Verkauf beschäftigt sind. Männer arbeiten in allen Mitgliedstaaten länger als Frauen, obwohl der Unterschied in Österreich und Schweden noch nicht einmal eine Stunde ausmacht. Im Vereinigten Königreich betrug der Unterschied hingegen mehr als vier Stunden.

### Politischer Hintergrund

Der Europäische Rat (Amsterdam, Juni 1997) nahm neue Bestimmungen zur Beschäftigung in den Vertrag auf. Gemäß Artikel 127 sollten die Gemeinschaftspolitiken zu einem hohen Beschäftigungsniveau beitragen, und Artikel 126 erklärt die Förderung der Beschäftigung zu einer Angelegenheit von gemeinsamem Interesse. Der neue Artikel 128 schuf ein offenes Koordinierungsverfahren zur Entwicklung der einzelstaatlichen Beschäftigungspolitiken auf Grundlage gemeinsamer europäischer Prioritäten, die in den europäischen beschäftigungspolitischen Leitlinien zum Ausdruck kommen. Die nationalen Aktionspläne haben diese Leitlinien zu berücksichtigen und werden im Gemeinsamen Beschäftigungsbericht der Kommission und des Rates bewertet; diese Beurteilung dient als Grundlage zur Festlegung der Leitlinien für das Folgejahr. Seit dem Jahr 2000 werden die Leitlinien durch spezifische Empfehlungen an die Mitgliedstaaten ergänzt. Zur Stärkung des Überwachungsprozesses können die Leitlinien europäische oder einzelstaatliche Zielvorgaben enthalten.

Die ersten Leitlinien wurden auf dem Beschäftigungsgipfel (Luxemburg, November 1997) vereinbart und unter den vier Handlungsschwerpunkten Beschäftigungsfähigkeit, Unternehmergeist, Anpassungsfähigkeit und Chancengleichheit zusammengefasst. Der Europäische Rat (Lissabon, März 2000) legte die Vollbeschäftigung als allumfassendes langfristiges Ziel für die neue europäische Wirtschaft fest, konkretisiert in der Zielvorgabe, bis 2010 die Gesamtbeschäftigungsquote auf 70 % und die der Frauen auf 60 % anzuheben. Die beschäftigungspolitischen Leitlinien wurden in der Folge vor allem durch die Schlussfolgerungen des Europäischen Rates (Stockholm)<sup>3</sup> angepasst, sowie durch den Europäischen Rat (Nizza, Dezember 2000), der den Aspekt der Qualität als Priorität einführte. Aufgrund der Bewertung der ersten fünf Jahre der Europäischen Beschäftigungsstrategie und der Forderung des Europäischen Rates (Barcelona, März 2002) nach Stärkung der Europäischen Beschäftigungsstrategie wird die Kommission im Frühjahr 2003 ein völlig neues Paket von Leitlinien vorschlagen. Die ursprünglichen Vorschläge der Kommission werden in der Mitteilung zur Zukunft der Europäischen Beschäftigungsstrategie vom 14. Januar 2003 umrissen. In dieser Mitteilung schlägt die Kommission vor, die Anhebung des Beschäftigungsniveaus zu einem der übergreifenden vorrangigen Ziele der beschäftigungspolitischen Leitlinien zu machen und den Zielvorgaben von Lissabon und Stockholm auch weiterhin zentrale Bedeutung für die Leitlinien einzuräumen.

### Methodische Anmerkungen

Quellen: Die vierteljährlichen Arbeitskräftedaten von Eurostat beruhen auf der Arbeitskräfteerhebung der Europäischen Union und dem Europäischen System Volkswirtschaftlicher

Auf EU-Ebene hatten 15 % der Beschäftigten einen Arbeitsplatz, auf dem sie gewöhnlich oder manchmal nachts arbeiten mussten, während 23 % im Jahr 2001 Sonntagsarbeit leisteten. Fast man all diese Daten (sowie die Samstagsarbeit) zusammen, so waren 49 % der männlichen und 42 % der weiblichen Beschäftigten außerhalb der Regelarbeitszeit tätig.

Gesamtrechnungen (ESVG 95). Alle anderen Daten stammen aus der im Frühjahr durchgeführten Arbeitskräfteerhebung der Europäischen Union.

Die Beschäftigungsquote entspricht dem prozentualen Anteil der Beschäftigten im Alter zwischen 15 und 64 Jahren an der Gesamtbevölkerung in dieser Altersgruppe. Zu den beschäftigten Personen zählen jene, die im Bezugszeitraum (der Woche der Arbeitskräfteerhebung) mindestens eine Stunde lang einer Arbeit nachgingen, für die sie entlohnt wurden oder mit der sie einen Gewinn erzielten, sowie jene Personen, die in diesem Zeitraum zwar nicht arbeiteten, jedoch eine Beschäftigung hatten, der sie zeitweilig fernblieben. Dabei werden unentgeltlich mithelfende Familienangehörige mitgezählt. Die Klassifizierung nach Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung hängt von einer direkten Frage in der Arbeitskräfteerhebung ab; Ausnahmen sind Österreich und die Niederlande, wo die Einteilung davon abhängt, ob eine bestimmte Zahl von Arbeitsstunden überschritten wurde.

### Hinweise auf andere Teile des Berichts

Bildungsabschlüsse (3.5), Lebenslanges Lernen (3.6), Beschäftigung älterer Arbeitnehmer (3.8), Arbeitslosigkeit (3.9, 3.10, 3.11), Beschäftigungssituation von Frauen und Männern (3.19), Arbeitsmarktpolitische Ausgaben (3.14).

### Literaturhinweise

- „Beschäftigung in Europa 2002“, September 2002. Europäische Kommission, GD Beschäftigung und Soziales.
- „Europäische Sozialstatistik – Erhebung über Arbeitskräfte – Ergebnisse 2000“, 2001. Eurostat.
- „Fünf Jahre Europäische Beschäftigungsstrategie – eine Bestandsaufnahme“, KOM(2002) 416 endg. vom 17. Juli 2002.
- Statistik kurz gefasst (Bevölkerung und soziale Bedingungen): „Arbeitskräfteerhebung – Wichtigste Ergebnisse 2000“, Nr. 10/2001. Eurostat.
- Statistik kurz gefasst (Bevölkerung und soziale Bedingungen): „Beschäftigung in den EU-Regionen 2000: Der Dienstleistungssektor ist Motor für die Schaffung von Arbeitsplätzen – Ausbildung ist entscheidend“, Nr. 13/2001. Eurostat.
- Statistik kurz gefasst (Bevölkerung und soziale Bedingungen): „Beschäftigungsquoten in Europa – 2000“, Nr. 8/2001. Eurostat.
- „Arbeitsbeziehungen in Europa“, 2000. Europäische Kommission, GD Beschäftigung und Soziales.
- „Employment precarity, unemployment and social exclusion“ (Beschäftigungsunsicherheit, Arbeitslosigkeit und soziale Ausgrenzung) und „Inclusion through participation“ (Einbeziehung durch Partizipation), Berichte der GD Forschung der Europäischen Kommission, 2000.

3 Der Europäische Rat (Stockholm) ergänzte die in Lissabon festgelegten Ziele durch Zwischenziele für die Beschäftigungsquote (67 % insgesamt und 57 % bei Frauen), die bis zum Jahr 2005 erreicht werden sollen. Darüber hinaus wurde als neue Zielvorgabe eine Beschäftigungsquote älterer Menschen von 50 % bis 2010 festgelegt

**Schlüsselindikator**

Beschäftigungsquote, Altersgruppe 15-64

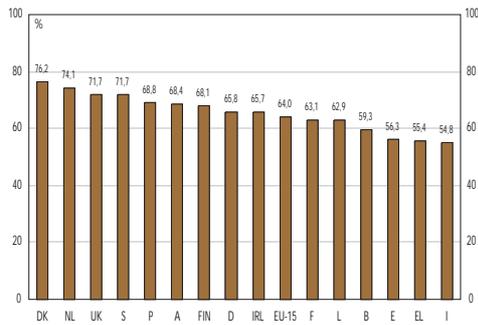
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2001	64,0	59,3	76,2	65,8	55,4	56,3	63,1	65,7	54,8	62,9	74,1	68,4	68,8	68,1	71,7	71,7
2000	63,2	60,5	76,3	65,4	55,7	54,8	62,0	65,2	53,7	62,7	72,9	68,4	68,3	67,3	70,8	71,5

**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

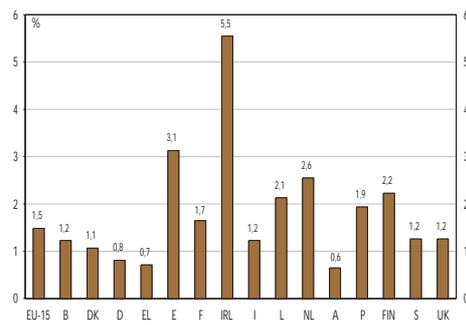
Quelle: Eurostat – Vierteljährliche Arbeitskräfte-daten

**S.b. 14 Beschäftigungsquoten (Altersgruppe 15-64), 2001**



Quelle: Eurostat – Vierteljährliche Arbeitskräfte-daten

**S.b. 15 Durchschnittliches jährliches Beschäftigungswachstum, 1996-2001**



Quelle: Eurostat – Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung (ESVG 95)

## 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.

### Auswirkung der Überalterung der Bevölkerung auf die Beschäftigung

Die Überalterung der Bevölkerung wird sich nachhaltig auf den Arbeitsmarkt auswirken, wenn die ersten geburtenstarken Jahrgänge das Rentenalter erreichen. In der Union insgesamt und in den meisten Mitgliedstaaten wird das Wachstum der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15-64 Jahre) 2010 zum Stillstand gekommen sein. Dieser Bevölkerungsrückgang wird mehrere Jahrzehnte anhalten. Von dieser Entwicklung werden praktisch alle Mitgliedstaaten betroffen sein, wobei die Intensität und der Beginn des Rückgangs jedoch auf nationaler wie auch auf regionaler Ebene unterschiedlich ausfallen werden. Beispielsweise hat er in Deutschland, Griechenland und Italien bereits eingesetzt. Hingegen wird in Irland und Portugal der Höchstwert der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter erst 2033 bzw. 2023 erwartet. In Luxemburg wird dagegen mit überhaupt keinem Rückgang gerechnet.

Die Auswirkungen eines Rückgangs der erwerbsfähigen Bevölkerung auf das Arbeitskräfteangebot und die Wirtschaft könnten ausgeglichen werden, indem unter anderem die Beschäftigungsquote der Erwerbsfähigen einschließlich der älteren Arbeitskräfte erhöht wird.

### 16,7 Millionen Beschäftigte in der EU sind 55 bis 64 Jahre alt

EU-weit gehörten 2001 38,6 % der Bevölkerung, die vor dem Rentenalter steht (55-64 Jahre), der Erwerbsbevölkerung an. Dank des Anstiegs in den vergangenen vier Jahren liegt diese Quote nun über der von 1991 (38,6 % gegenüber 37 %). Allerdings sind über diesen Zeitraum bemerkenswerte Unterschiede zwischen den Quoten der Männer und der Frauen festzustellen. Bei den Männern dieser Altersgruppe ging die Quote bis 1995 zurück und stieg erst ab 1998 wieder an, während die Beschäftigungsquote der Frauen kontinuierlich zunahm (um 5 Prozentpunkte). Trotz dieses Trends ist die Quote der Männer (48,7 %) nach wie vor beträchtlich höher als die der Frauen (28,9 %).

Schweden hat die mit Abstand höchste Beschäftigungsquote älterer Arbeitnehmer (66,5 %), in Dänemark, Portugal und dem Vereinigten Königreich liegt der Anteil bei über 50 %. Am anderen Ende der Skala stehen Belgien, Italien, Luxemburg und Österreich, wo weniger als 30 % der älteren Menschen arbeiten.

### Hohe Beschäftigungsquoten in der Gruppe der über 65-Jährigen in Portugal

Ein genauerer Blick auf die einzelnen Altersgruppen zeigt Folgendes: Die Beschäftigungsquote der 55-59-Jährigen liegt bei 52,9 %, die der 60-64-Jährigen dagegen bei 23,4 %. In der Altersgruppe ab 65 Jahre sinkt die Beschäftigungsquote drastisch. EU-weit sind weniger als 7 % der 65-69-Jährigen erwerbstätig. Einen Sonderfall stellt Portugal dar, wo 28 % dieser Altersgruppe noch immer berufstätig sind.

### Arbeitnehmer scheiden durchschnittlich im Alter von 59,9 Jahren aus dem Berufsleben aus

Vorläufigen Berechnungen zufolge schieden die Arbeitnehmer 2001 durchschnittlich im Alter von 59,9 Jahren aus dem Berufsleben aus. Dieses Austrittsalter ist das Spiegelbild der Entwicklung der Erwerbsquote älterer Arbeitnehmer. In keinem Mitgliedstaat beträgt das durchschnittliche Austrittsalter auch nur annähernd 65 Jahre, in einigen Mitgliedstaaten (Irland, Portugal, Schweden und Vereinigtes Königreich) liegt es bei 62 oder 63 Jahren. Das durchschnittliche Alter der Männer, die aus dem Erwerbsleben ausscheiden, liegt bei 60,5 Jahren, während Frauen etwa 1,5 Jahre früher in den Ruhestand gehen.

### Ältere Menschen gehen häufiger einer Teilzeitbeschäftigung nach

In der Union insgesamt gehen 21,8 % der erwerbstätigen Bevölkerung im Alter von 55 bis 64 Jahren einer Teilzeitbeschäftigung nach, womit der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in dieser Altersgruppe etwas höher ist als in der Gruppe der 15-64-Jährigen (18 %). Die größte Lücke zwischen den Generationen klappt in Portugal (21,5 % gegenüber 6 %). Wie bei den jüngeren Beschäftigten sind auch bei den Angehörigen der Altersgruppe 55-64 deutlich mehr Frauen (42 %) als Männer (9 %) teilzeitbeschäftigt.

### Älteren Menschen wird seltener als jüngeren eine Fortbildung zuteil

In der gesamten Union nimmt die Weiterbildung der Arbeitnehmer mit zunehmendem Alter ab: EU-weit sinkt der Anteil der Beschäftigten, die an Schulungen teilnehmen, von 10 % bei den 30-39-Jährigen auf 7 % bei den 50-59-Jährigen. Am kleinsten ist die Lücke zwischen den Generationen in Dänemark, den Niederlanden, Finnland und im Vereinigten Königreich – den Ländern, wo die Beteiligung an Fortbildungsmaßnahmen insgesamt am höchsten ist. In diesen Ländern nahmen 2001 11-20 % der Beschäftigten zwischen 50 und 59 Jahren (in den vier Wochen vor der Befragung) an Fortbildungsmaßnahmen teil.

### Politischer Hintergrund

Wenn das in Stockholm festgelegte Ziel, die Beschäftigungsquote der älteren Arbeitnehmer auf 50 % zu steigern, und das in Barcelona vereinbarte Ziel, das effektive durchschnittliche Austrittsalter bis 2010 schrittweise um etwa 5 Jahre anzuheben, verwirklicht werden sollen, müssen die Mitgliedstaaten energische Anstrengungen unternehmen, um die mit der Überalterung zusammenhängenden Zielvorgaben der Europäischen Beschäftigungsstrategie zu erfüllen. Die auf ältere Arbeitnehmer ausgerichteten Orientierungspunkte für die Beschäftigungspolitik haben seit ihrer Aufnahme in die Leitlinien für 2000 in der Beschäftigungsstrategie zunehmend Gewicht erhalten. Die Mitgliedstaaten haben die für eine Politik des ‚aktiven Alterns‘ eingesetzten Mittel erhöht und erkennen zunehmend an, dass eine solche Politik wesentlich zu unserer Fähigkeit, uns den Herausforderungen der Überalterung zu stellen, beiträgt.

Die längerfristigen Überlegungen, die ihren Niederschlag in den Zielvorgaben von Lissabon und Stockholm fanden, schärfen das Bewusstsein für die Überalterung und das Schrumpfen der Erwerbsbevölkerung und für die Notwendigkeit, von Einzelmaßnahmen zu umfassenden Strategien für ein ‚aktives Altern‘ überzugehen, wie im Gemeinsamen Bericht vorgesehen. Dieser Bericht hob die Vorteile hervor, die ein auf dem Lebenszyklus basierender Ansatz zur Anhebung und Erhaltung einer hohen Erwerbsbeteiligung und hoher Beschäftigungsquoten haben könnte. Derartige Strategien sollten auf einem dynamischen und präventiven Konzept mit einem Kern übergeordneter Ziele beruhen, darunter ein größeres Arbeitsplatzangebot und eine höhere Qualität der Arbeitsplätze; Entgelte, für die es sich lohnt zu arbeiten; Förderung von Möglichkeiten zur Aktualisierung der Fertigkeiten und Arbeit als echte Option für alle. Im Rahmen der umfassenden, partnerschaftlich umzusetzenden Strategie wird politischen Initiativen Priorität eingeräumt, beispielsweise einer gemeinsamen Initiative von Regierung und Sozialpartnern, um Arbeitnehmer länger im Arbeitsmarkt zu halten, einer zielgerichteten Überprüfung der Steuer- und Sozialleistungssysteme, einem umfassenden Querschnittsansatz zur Behebung der geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Entlohnung und beim Zugang zum Arbeitsmarkt, einer besseren Unterstützung von Personen mit Betreuungsaufgaben und der Überprüfung der Anstrengungen zur Senkung der Schulabbrecherquote. In der Mitteilung zur Zukunft der Europäischen Beschäftigungsstrategie wird vorgeschlagen, die Förderung des ‚aktiven Alterns‘ zu einem Schlüsselement der EBS zu machen.

Darüber hinaus nahm die Kommission am 11. Oktober 2000 die Mitteilung „Die Entwicklung des Sozialschutzes in Langzeitperspektive: zukunftssichere Renten“ (KOM)2000 622 endg.) an. Abschnitt 2.3 dieser Mitteilung befasst sich mit dem Zusammenhang zwischen zukunftssicheren Renten, der Lissabonner Strategie und der Beschäftigungsförderung: „In der Regel begünstigen die heutigen Rentensysteme ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt; sie werden daher häufig zum Personalabbau unter Vermeidung von Entlassungen genutzt. Oft bleiben dabei die unterschiedlichen persönlichen Bedürfnisse außer Betracht. Einige Rentensysteme bieten den mobilsten und flexibelsten Arbeitnehmern keinen ausreichenden Schutz. Generell gesehen, muss die Anreizstruktur der Rentensysteme dahingehend revidiert werden, dass die Systeme beschäftigungsfreundlich werden.“

### Methodische Anmerkungen

Quelle: Eurostat – Vierteljährliche Arbeitskräftedaten und Arbeitskräfteerhebung der Europäischen Union. Definitionen der Erwerbs- und Beschäftigungsquoten siehe Beschäftigung (3.7).

### Hinweise auf andere Teile des Berichts

Überalterung der Bevölkerung (3.3), Lebenslanges Lernen (3.6), Beschäftigung (3.7), Arbeitslosigkeit (3.9), Arbeitsmarkt (Anhänge II und IV).

### Literaturhinweise

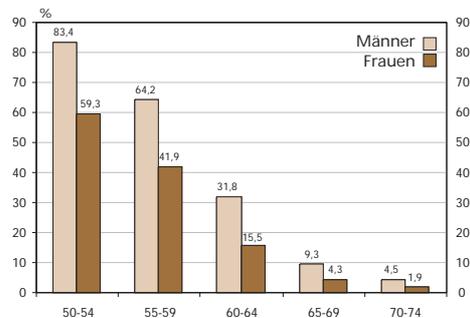
- „Europäische Sozialstatistik – Erhebung über Arbeitskräfte – Ergebnisse 2000“. Eurostat.
- „Beschäftigung in Europa 2002“, September 2002. Europäische Kommission, GD Beschäftigung und Soziales.
- „Maßnahmen zur Bekämpfung von Altersbarrieren in der Erwerbstätigkeit – Forschungsbericht“, 1998. Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen.
- „Employment precariousity, unemployment and social exclusion“ (Beschäftigungsunsicherheit, Arbeitslosigkeit und soziale Ausgrenzung) und „Inclusion through participation“ (Einbeziehung durch Partizipation), Berichte der GD Forschung der Europäischen Kommission, 2000.
- „Erhöhung der Erwerbsbeteiligung und Förderung des aktiven Alterns“, Ratsdokument Nr. 6707 vom 8. März 2002, angenommen auf Grundlage des Dokuments KOM(2002) 9 endg. vom 24.1.2002.

4 "Increasing labour force participation and promoting active ageing" Ratsdokument Nr. 6707 vom 8. März 2002, angenommen auf der Basis von KOM(2002) 9 endg. vom 24.1.2002

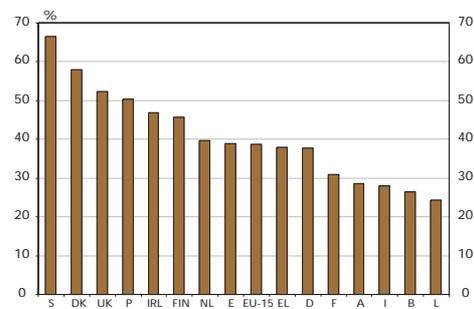
**Schlüsselindikator**

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Beschäftigungsquote älterer Arbeitnehmer</b> (erwerbstätige ältere Arbeitnehmer (im Alter von 55 – 64 Jahren) als Anteil an der gesamten Bevölkerung im Alters 55 – 64, <b>2001</b> )																
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
<b>Effektives durchschnittliches Austrittsalter aus dem Berufsleben</b> (Durchschnitt der Austrittsalter gewichtet mit der Wahrscheinlichkeit eines Ausscheidens aus dem Arbeitsmarkt), <b>2001</b>																
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
<b>Erwerbstätige 55-64 Jahre, 2001 (1000)</b>	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 Arbeitskräfteerhebungen

**S.b. 16 Beschäftigungsquoten nach Altersgruppe und Geschlecht, EU-15, 2001**


Quelle: Eurostat – Arbeitskräfteerhebung in der Europäischen Union

**S.b. 17 Beschäftigungsquote älterer Arbeitnehmer, 2001**


Quelle: Eurostat – Vierteljährliche Arbeitskräfteerhebungen

# 9 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 niedrigen Stand von 4,1 % blieb.

## Arbeitslosenquote der EU weiter gesunken

Im Jahr 2001 lag die Gesamtzahl der Arbeitslosen in der EU bei 12,8 Millionen, was 7,4 % der Erwerbsbevölkerung entsprach. Das ist die niedrigste Quote seit 1992. Die Quote ging in allen Mitgliedstaaten zurück, außer in Portugal, wo sie auf dem niedrigen Stand von 4,1 % blieb. Den stärksten Rückgang vermeldeten Italien, Spanien, Frankreich, Finnland und Schweden.

Betrachtet man die Arbeitslosenquote über einen längeren Zeitraum hinweg – nämlich seit dem 1994 erreichten Höchststand in EU-15 von 10,5 % –, so zeigt sich in Dänemark, Spanien, Portugal, Finnland und dem Vereinigten Königreich ein Rückgang um mehr als 40 %. In Irland und den Niederlanden beträgt die Quote im Jahr 2001 knapp ein Drittel derjenigen von 1994.

Auch im Jahr 2001 waren Spanien und Griechenland die am schwersten von der Arbeitslosigkeit betroffenen Länder. Im Gegensatz dazu lag die Arbeitslosenquote in Dänemark, Irland, Luxemburg, den Niederlanden, Österreich, Portugal und Schweden unter 5 %. Damit wiesen diese Länder ähnliche Werte auf wie Japan (5,0 %) und die USA (4,8 %).

## Frauen sind nur in drei Mitgliedstaaten weniger häufig von Arbeitslosigkeit betroffen als Männer

Die Arbeitslosenquote der Frauen (8,7 %) ist 2001 in der Europäischen Union immer noch über 2 Prozentpunkte höher als die der Männer (6,4 %), obwohl sich die Lücke zunehmend schließt. Diese für Frauen ungünstigere Situation besteht in nahezu allen Mitgliedstaaten, angeführt von Griechenland, Spanien und Italien, wo die Arbeitslosenquote der Frauen fast doppelt so hoch wie die der Männer ist. Die einzigen Ausnahmen bilden Irland, Schweden und insbesondere das

Vereinigte Königreich, wo 5,5 % der zur Erwerbsbevölkerung zählenden Männer, jedoch nur 4,4 % der zur Erwerbsbevölkerung zählenden Frauen arbeitslos sind.

## Regionale Ungleichgewichte bei der Arbeitslosigkeit

Hinter den nationalen Arbeitslosenquoten verbergen sich häufig bedeutende regionale Ungleichgewichte innerhalb der Mitgliedstaaten. Dies gilt insbesondere für Deutschland (Unterschiede zwischen westlichen und östlichen Bundesländern); Italien (Unterschied zwischen Norden und Süden) und das Vereinigte Königreich (ebenfalls zwischen Norden und Süden). In Deutschland bewegte sich die Arbeitslosenquote im Jahr 2000 zwischen 3,1 % in Oberbayern (d. h. weniger als der Hälfte des nationalen Durchschnitts von 7,9 %) und 16,9 % in Dessau und Halle in Sachsen-Anhalt. Ähnlich verhielt es sich in Italien, wo viele Regionen im Norden des Landes weitgehend von der Arbeitslosigkeit verschont blieben, während in den südlichen Regionen Kampanien, Kalabrien und Sizilien 21-25 % der Erwerbsbevölkerung ohne Arbeit waren. Im Vereinigten Königreich wies Merseyside (13,2 %) verglichen mit dem Südosten (2,2 %) eine besonders hohe Arbeitslosigkeit auf. Zu den weiteren Regionen in der Union, in denen die Arbeitslosenzahlen deutlich über dem nationalen Durchschnitt lagen, zählten der Hennegau (13 %) in Belgien, Andalusien und Extremadura (22 %) in Spanien, Languedoc-Roussillon (14 %) in Frankreich (neben den Übersee-Departements) und Itä-Suomi (14 %) in Finnland.

Noch ausgeprägter waren die regionalen Unterschiede bei der Arbeitslosigkeit junger Menschen unter 25 Jahren. Dytiki Macedonia und Sterea Ellada in Griechenland sowie manche Teile Andalusiens vermeldeten 2001 Jugendarbeitslosenquoten von 40 % und darüber, verschiedene Regionen in Süditalien sogar 50 % und mehr.

## Politischer Hintergrund

Eines der Hauptziele der Europäischen Beschäftigungsstrategie war von jeher die Bekämpfung hoher Arbeitslosenquoten in der EU. Die Tatsache, dass Vollbeschäftigung zu einem der vorrangigen politischen Ziele erhoben wird, unterstreicht den multidimensionalen Ansatz der Strategie: Abbau der Arbeitslosigkeit durch aktive und präventive Maßnahmen, Gewährleistung eines hohen Qualifikationsniveaus, um auf einem modernen Arbeitsmarkt wettbewerbsfähig zu bleiben, und intensivere Unterstützung für besonders benachteiligte Gruppen.

## Methodische Anmerkungen

Quelle: Eurostat – Arbeitslosenquoten und Arbeitskräfteerhebung der Europäischen Union.

Arbeitslose sind gemäß Verordnung Nr. 1897/2000 der Kommission und den von der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO) aufgestellten Kriterien Personen im Alter 15-74, die i) ohne Arbeit sind, ii) verfügbar sind, innerhalb der folgenden zwei Wochen eine Arbeit aufzunehmen, und iii) irgendwann in den vergangenen 4 Wochen aktiv Arbeit gesucht oder eine Arbeit gefunden haben, die sie zu einem späteren Zeitpunkt, d. h. innerhalb maximal 3 Monaten, beginnen werden. Die Arbeitslosenquote entspricht dem prozentualen Anteil der beschäftigungslosen Personen

an der Erwerbsbevölkerung desselben Alters. Erwerbsbevölkerung wird als die Summe aus Beschäftigten und Arbeitslosen definiert.

Die regionalen Arbeitslosenquoten beruhen auf den Schätzungen der Beschäftigten und arbeitslosen Personen, auf Grundlage der Arbeitskräfteerhebungen auf nationaler Ebene, die jeweils zu einem bestimmten Referenzdatum im April erfolgen. In einem zweiten Schritt werden die geschätzten Arbeitslosenzahlen auf die einzelnen Regionen umgelegt, wobei die regionalen Strukturen der registrierten Arbeitslosigkeit oder die regional repräsentativen Resultate der Arbeitskräfteerhebungen herangezogen werden. NUTS ist die Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik. In der derzeitigen Systematik wird das Gebiet der Union in 78 NUTS-1-Regionen, 211 NUTS-2-Regionen und 1 093 NUTS-3-Regionen unterteilt. Obwohl die meisten Regionen der NUTS-2-Ebene von ihrer Größe her weitgehend miteinander vergleichbar sind, gibt es doch einige extreme Abweichungen.

### Hinweise auf andere Teile des Berichts

Bildungsabschlüsse (3.5), Beschäftigung (3.7), Jugendarbeitslosigkeit (3.10), Langzeitarbeitslosigkeit (3.11), Arbeitsmarktpolitische Ausgaben (3.14), Arbeitsmarkt (Anhang II und IV).

### Literaturhinweise

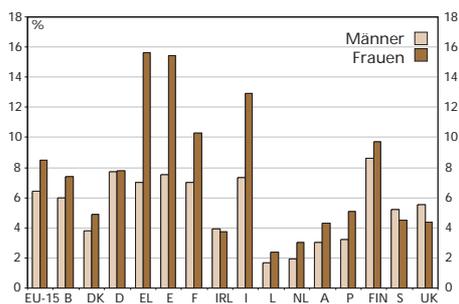
- „Europäische Sozialstatistik – Erhebung über Arbeitskräfte – Ergebnisse 2000“. Eurostat.
- „Beschäftigung in Europa 2002“, September 2002. Europäische Kommission, GD Beschäftigung und Soziales.
- Statistik kurz gefasst (Bevölkerung und soziale Bedingungen): „Arbeitskräfteerhebung – Wichtigste Ergebnisse 2000“, Nr. 10/2001. (Allgemeine Statistik): „Regionale Arbeitslosigkeit in der Europäischen Union 1999“, Nr. 3/2000. Eurostat.
- „Employment precarious, unemployment and social exclusion“ (Beschäftigungsunsicherheit, Arbeitslosigkeit und soziale Ausgrenzung), Bericht der GD Forschung der Europäischen Kommission, 2000.

### Schlüsselindikator

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Arbeitslosenquote</b> (Anteil der Arbeitslosen an der gesamten Erwerbsbevölkerung. Harmonisierte Reihen.)																
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
<b>Arbeitslosigkeit (1000), 2001</b>	12861	286	123	3073	457	1892	2221	68	2248	4	198	137	212	238	225	1485

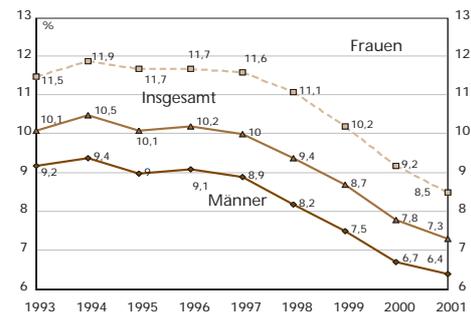
Quelle: Eurostat – Arbeitslosenquoten (IAO-Definition)

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)

# 10

## 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.

### Längere Ausbildungszeiten

Aufgrund der längeren Ausbildungsdauer treten die jungen Menschen heute in einem späteren Alter in den Arbeitsmarkt ein als in der Vergangenheit. In der Union insgesamt gehen 50 % der Jugendlichen erst im Alter von 22 Jahren mindestens 12 Stunden pro Woche einer Arbeit nach. Allerdings bestehen beträchtliche Unterschiede zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten. Beispielsweise liegt das entsprechende Alter in Deutschland, Österreich und dem Vereinigten Königreich im Durchschnitt bei 19 Jahren.

Die Jugendarbeitslosigkeit hängt zum einen mit der allgemeinen Situation auf dem Arbeitsmarkt zusammen. Sie gibt aber auch Aufschluss darüber, wie gut die Ausbildungs- und Beschäftigungssysteme einander in Bezug auf die Integration Jugendlicher in den Arbeitsmarkt ergänzen und wie gut das Bildungs- und Berufsbildungssystem die jungen Menschen auf die Erwerbstätigkeit vorbereitet. Bei der Betrachtung der Arbeitslosenquote der 15-24-Jährigen gilt es zu berücksichtigen, dass die betreffenden Jugendlichen sich zum Großteil erstmals auf Arbeitsuche begeben und dass ein beträchtlicher Teil von ihnen nur eine geringe Qualifikation hat.

### Etwa jeder 13. Jugendliche ist beschäftigungslos

Im Jahr 2001 hatten in der Europäischen Union ungefähr 3,2 Millionen Jugendliche im Alter von 15-24 Jahren keine Arbeit. Das sind 7,1 % der jugendlichen Bevölkerung oder 14,7 % der Erwerbspersonen in dieser Altersgruppe. Die Jugendarbeitslosenquote reicht von unter 6 % in den Niederlanden und Österreich bis zu über 25 % in Griechenland und Italien.

Von 2000 bis 2001 ging die Arbeitslosenquote bei den jungen Menschen um 5 % zurück und somit um den gleichen Anteil wie bei den erwachsenen Arbeitslosen, so dass die Arbeitslosenquote bei den jungen Menschen von 15,4 % auf 14,7 % fiel. Allerdings stieg die Arbeitslosenquote der Jugendlichen in Dänemark, Irland, Luxemburg, Österreich und Portugal. Über einen längeren Zeitraum betrachtet – seit dem Höchstwert von 20,9 % in EU-15 im Jahr 1994 – sanken die Quoten in 9 Mitgliedstaaten mindestens um ein Viertel. In

Spanien, Schweden und den Niederlanden sanken die Quoten um die Hälfte, und Irland konnte mit 70 % den größten Rückgang vermelden. In 5 Mitgliedstaaten hat sich die Arbeitslosenquote der Jugendlichen nicht wesentlich verändert. In Deutschland (8-10 %), Luxemburg (7 %) und Österreich (5-7 %) war die Quote der Jugendarbeitslosigkeit auf einem niedrigeren Niveau verhältnismäßig konstant, während in Griechenland und in Italien die Quote bei rund 30 % lag.

### Jugendliche sind mehr als doppelt so häufig von Arbeitslosigkeit betroffen wie Erwachsene ab 25 Jahren

In der Union insgesamt und auch in den meisten Mitgliedstaaten sind Jugendliche unter 25 Jahren mehr als doppelt so oft von der Arbeitslosigkeit betroffen wie Menschen im Alter von 25 Jahren und darüber. In Belgien, Griechenland, Italien, Luxemburg, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich ist die Jugendarbeitslosenquote mehr als dreimal so hoch wie die Arbeitslosenquote in der Altersgruppe von 25 Jahren und darüber. Der große Unterschied zwischen den beiden Quoten lässt sich zum Teil dadurch erklären, dass sich ein erheblicher Teil dieser Altersgruppe noch in der Ausbildung befindet. Die einzige Ausnahme ist Deutschland, wo die Quote nur geringfügig höher als die der Altersgruppe der über 25-Jährigen ist, was teilweise auf das System der Lehrausbildung zurückzuführen ist.

### Bei weiblichen Jugendlichen ist die Arbeitslosigkeit höher als bei männlichen

Junge Frauen (15,7 %) sind häufiger arbeitslos als junge Männer (13,8 %); die Kluft zwischen den Geschlechtern in dieser Altersgruppe ist also etwa ebenso groß wie bei der Bevölkerung im Alter von 25 Jahren und darüber. In Griechenland und Italien liegt die Arbeitslosenquote für die jungen Frauen bei über 30 %. In Deutschland und dem Vereinigten Königreich ist der Anteil der Arbeitslosen bei jungen Männern deutlich höher als bei jungen Frauen.

Die Langzeitarbeitslosenquote der unter 25-Jährigen lag 2001 bei 6,9 %. Siehe Langzeitarbeitslosigkeit (3.11).

### Politischer Hintergrund

Siehe das vorausgehende Profil Nr. 9. Die Bekämpfung der Jugendarbeitslosigkeit ist einer der Schwerpunkte der Leitlinie Nr. 1 der Beschäftigungspolitischen Leitlinien 2002. In der Mitteilung zur Zukunft der Europäischen Beschäftigungsstrategie werden die Mitgliedstaaten zu verstärkten Bemühungen aufgefordert, präventive Strategien auszuarbeiten, die auf eine Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit abzielen, sowie

Maßnahmen zur Verringerung der Zahl der Schulabbrecher zu konzipieren. In der Mitteilung wird als Ziel vorgeschlagen, die Jugendarbeitslosenquote auf das Niveau der drei besten Mitgliedstaaten zu senken.

Siehe den Teil "Politischer Hintergrund" Nr. 5 (Bildungsabschlüsse) bezüglich des Weißbuchs der Europäischen Kommission "a new impetus for European youth" (KOM(2001) 681 endg., 21.11.2001).

### Methodische Anmerkungen

Quelle: Eurostat – Harmonisierte Arbeitslosenquoten. Die Definition der Arbeitslosigkeit entspricht jener der IAO – siehe Arbeitslosigkeit (3.9). Das Verhältnis Jugendarbeitslosigkeit/Bevölkerung entspricht dem prozentualen Anteil der Arbeitslosen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren an der Bevölkerung derselben Altersgruppe. Die Jugendarbeitslosenquote ist der prozentuale Anteil der Arbeitslosen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren an der Erwerbsbevölkerung derselben Altersgruppe. Erwerbsbevölkerung wird als die Summe aus Beschäftigten und Arbeitslosen definiert.

### Hinweise auf andere Teile des Berichts

Bildungsabschlüsse (3.5), Beschäftigung (3.7), Arbeitslosigkeit (3.9), Langzeitarbeitslosigkeit (3.11), Arbeitsmarktpolitische Ausgaben (3.14), Arbeitsmarkt (Anhang II und IV).

### Literaturhinweise

- „Europäische Sozialstatistik – Erhebung über Arbeitskräfte – Ergebnisse 2000“, Eurostat.
- „Jugend in der Europäischen Union. Von der Schule zum Berufsleben“, 1997. Eurostat.
- „Beschäftigung in Europa 2002“, September 2002. Europäische Kommission, GD Beschäftigung und Soziales.
- Statistik kurz gefasst (Bevölkerung und soziale Bedingungen): „Von der Schule ins Berufsleben: Fakten zur Jugendarbeitslosigkeit“, Nr. 13/1998. Eurostat.
- „Youth unemployment and the processes of marginalisation on the northern European periphery“ (Jugendarbeitslosigkeit und Ausgrenzungsprozesse im nördlichen Teil Europas), Bericht der GD Forschung der Europäischen Kommission, 1999. „Employment precarity, unemployment and social exclusion“ (Beschäftigungsunsicherheit, Arbeitslosigkeit und Soziale Ausgrenzung), Bericht der GD Forschung 2000.

### Schlüsselindikator

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Quotient Jugendarbeitslosigkeit/Bevölkerung</b>																
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

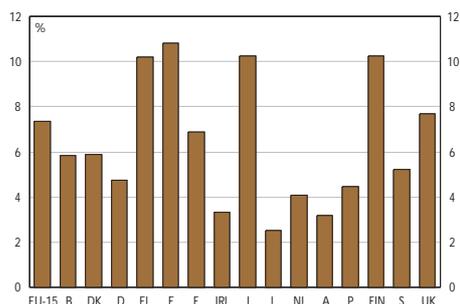
Quelle: Eurostat – Vierteljährliche Arbeitskräftedaten

### Jugendarbeitslosenquote

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

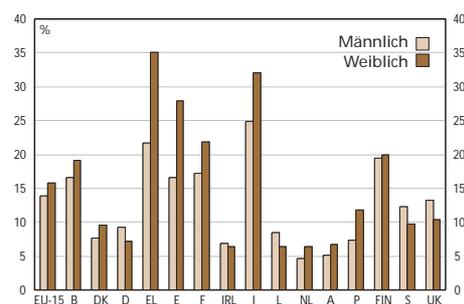
Quelle: Eurostat – Arbeitslosenquoten (IAO-Definition)

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)

# 11

## 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.

### Knapp die Hälfte der Arbeitslosen hat seit mindestens 12 Monaten keinen Arbeitsplatz

Im Jahr 2001 waren 3,3 % der Erwerbsbevölkerung in EU-15 mindestens seit einem Jahr arbeitslos, was einen weiteren Rückgang der Langzeitarbeitslosenquote seit 1997 bedeutet. In Dänemark, den Niederlanden und Österreich war weniger als 1 % der Erwerbsbevölkerung betroffen. Im Gegensatz dazu waren in Griechenland, Spanien und Italien 5 % der Erwerbsbevölkerung seit mindestens einem Jahr arbeitslos.

### Frauen sind stärker von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen als Männer

EU-weit sind arbeitslose Frauen geringfügig stärker von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen als Männer (3,9 % gegenüber 2,8 %). In Griechenland, Spanien und Italien tragen erwerbslose Frauen ein sehr viel größeres Risiko als Männer, länger als 12 Monate ohne Arbeit zu bleiben. Im Gegensatz dazu ist im Vereinigten Königreich und in Irland der Prozentsatz der arbeitslosen Männer, die längere Zeit keinen Arbeitsplatz finden, größer als der der Frauen (praktisch doppelt so hoch).

### Der Anteil der Langzeitarbeitslosen ist rückläufig ...

Die Langzeitarbeitslosenquote in der EU sank im Zeitraum von 1997 bis 2000 stärker als die Gesamtarbeitslosenquote, nachdem sie 3 Jahre lang stabil geblieben war. Die Folge war, dass der Anteil der Erwerbspersonen, die länger als 12 Monate

ohne Arbeit waren, in der Union insgesamt zurückgegangen ist.

In Spanien und Irland war der Rückgang der Langzeitarbeitslosenquote gegenüber 1997 am stärksten, während sie sich in Dänemark und Österreich, wo sie mit 1-2 % bereits relativ niedrig war, kaum veränderte.

### ... und auch der Anteil der jungen Menschen ohne Arbeit ist gesunken

Die Quote der Langzeitarbeitslosigkeit unter Jugendlichen (in dieser Gruppe wird bereits ab einer Arbeitslosigkeit von 6 Monaten von Langzeitarbeitslosigkeit gesprochen) lag im Jahr 2001 bei 6,9 %, was einen deutlichen Rückgang gegenüber dem 1994 verzeichneten Höchststand von 13,1 % und auch gegenüber dem 1998 erreichten Wert von 11,0 % entspricht. In Griechenland und Italien sind Jugendliche besonders stark von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen (18 % bzw. 21 % der Erwerbsbevölkerung), was in diesen beiden Ländern aber auch für Personen gilt, die älter als 25 Jahre sind.

Im Zeitraum 1994-2000 sank der Anteil der jungen Menschen, die mindestens 6 Monate beschäftigungslos waren. Im Jahr 2001 waren 47 % der arbeitslosen Jugendlichen seit 6 oder mehr Monaten ohne Arbeit, während es 1994 noch rund 64 % waren. In Griechenland und Italien lauteten die entsprechenden Zahlen für das Jahr 2001 64 % bzw. 74 % verglichen mit rund 15 % in Dänemark und in Finnland.

#### Politischer Hintergrund

(Einleitung zu Nr. 2. Siehe Beschäftigungspolitische Leitlinie Nr. 2 (Folie 9).

#### Methodische Anmerkungen

Quelle: Eurostat – Harmonisierte Arbeitslosenquoten und Arbeitskräfteerhebung der Europäischen Union.

Die Definition der Arbeitslosigkeit entspricht jener der IAO – siehe Arbeitslosigkeit (3.9). Arbeitslose werden zu den Langzeitarbeitslosen gezählt, wenn sie mindestens 12 Monate lang ohne Beschäftigung sind. Die Langzeitarbeitslosenquote wird berechnet, indem man die Zahl der seit 12 oder mehr Monaten arbeitslosen Personen durch die Zahl der am Arbeitsmarkt Aktiven (oder Erwerbspersonen) in derselben Altersgruppe dividiert und das Ergebnis mit 100 multipliziert. Für die Altersgruppe der 15-24-Jährigen wurde die Schwelle auf 6 Monate herabgesetzt. Die Daten zur Langzeitarbeitslosigkeit werden auch im Verhältnis zur Gesamtzahl der Arbeitslosen dargestellt.

#### Hinweise auf andere Teile des Berichts

Bildungsabschlüsse (3.5), Beschäftigung (3.7), Arbeitslosigkeit (3.9), Jugendarbeitslosigkeit (3.10), Arbeitsmarktpolitische Ausgaben (3.14), Arbeitsmarkt (Anhang II und IV).

#### Literaturhinweise

- „Europäische Sozialstatistik – Erhebung über Arbeitskräfte – Ergebnisse 2000“, Eurostat.
- „Beschäftigung in Europa 2002“, September 2002. Europäische Kommission, GD Beschäftigung und Soziales.
- Statistik kurz gefasst (Bevölkerung und soziale Bedingungen): „Dynamische Indikatoren zur Erwerbssituation, insbesondere zur Arbeitslosigkeit: 1. Profile und Entwicklung“, Nr. 17/1999. „Dynamische Indikatoren zur Erwerbssituation, insbesondere zur Arbeitslosigkeit: 2. Erwerbstatus nach Zugehörigkeitsdauer“, Nr. 18/1999. Eurostat.
- „Employment precariousness, unemployment and social exclusion“ (Beschäftigungsunsicherheit, Arbeitslosigkeit und soziale Ausgrenzung), Bericht der GD Forschung der Europäischen Kommission, 2000.

**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 Arbeitskräfte-daten

**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 Arbeitskräfte-daten

**Langzeitarbeitslosigkeit der Jugendlichen (6 Monate oder länger)**

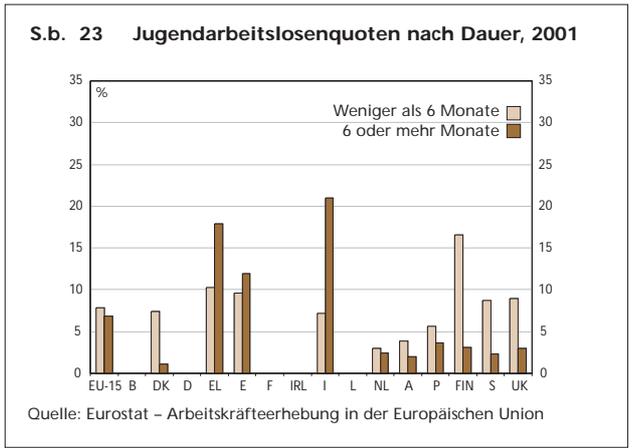
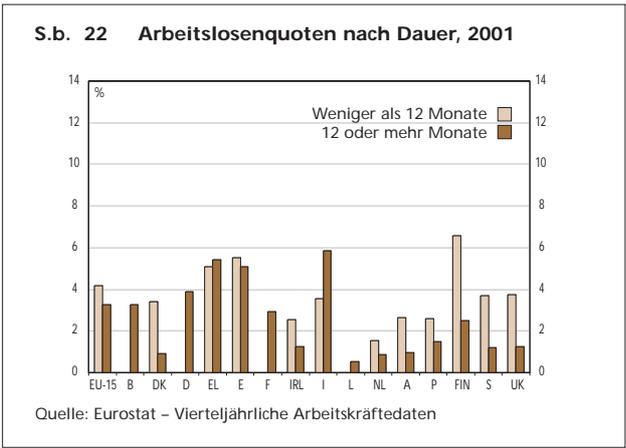
2001	6,9	:	1,1	:	17,9	11,9	:	:	21,0	:	2,5	2,0	3,7	3,1	2,3	3,0
2000	7,7	7,8	0,5	3,7	20,3	12,9	8,3	0,5	22,5	1,8	3,1	1,6	3,2	3,8	2,5	3,3
1994	13,1	12,8	3,4	4,4	19,3	30,2	13,9	17,0	25,1	4,1	10,0	1,7	7,1	7,6	10,0	8,0

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



# 12

## 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.

### Deutlicher Anstieg bis 1993, dann geringfügiger Rückgang

Im Jahr 2000 gingen die Ausgaben für den Sozialschutz als prozentualer Anteil des BIP in EU-15 weiter zurück (27,3 %, d. h. – 1,5 Prozentpunkte gegenüber dem Spitzenjahr 1993). Die Entwicklung dieser Quote im Zeitraum 1991-2000 verlief nicht gleichmäßig. Zwischen 1991 und 1993 war ein spürbarer Anstieg zu verzeichnen: Der Anteil nahm um 2,4 Prozentpunkte zu und erreichte 1993 mit 28,8 % in EU-15 seinen Höhepunkt. Diese Zunahme war zum einen auf eine Verlangsamung des BIP-Wachstums zurückzuführen, zum anderen auf den Anstieg der Leistungen (vor allem im Zusammenhang mit der Arbeitslosigkeit). Besonders ausgeprägt war der Anstieg in Finnland, das sich damals in einer Rezession befand. Zwischen 1993 und 1996 stabilisierten sich die Ausgaben für den Sozialschutz im Verhältnis zum BIP auf einem Niveau, das geringfügig unter dem von 1993 lag. Diese Entwicklung war zum Teil auf ein erneutes BIP-Wachstum, zum Teil aber auch auf einen langsameren Anstieg der Sozialschutzausgaben zurückzuführen (vor allem in Verbindung mit der Kürzung der Leistungen für Arbeitslose). Seit 1996 sinkt der Anteil der Ausgaben für den Sozialschutz am BIP kontinuierlich um durchschnittlich 0,3 Prozentpunkte pro Jahr und liegt im Jahr 2000 sogar unter dem Niveau von 1992. Am deutlichsten ausgeprägt war der Rückgang des Anteils der Sozialausgaben am BIP zwischen 1996 und 2000 in den Finnland (– 6,4 Prozentpunkte) und Irland (– 3,7 Prozentpunkte). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass der Rückgang in Irland weitgehend durch den deutlichen Anstieg des BIP in den letzten Jahren zu erklären ist.

### Geringerer Anstieg der realen Ausgaben in 2000

Die realen Ausgaben für den Sozialschutz (d. h. gemessen zu konstanten Preisen pro Kopf der Bevölkerung) stiegen im Zeitraum von 1995 bis 2000 in EU-15 jährlich um ungefähr 1,7 %. Besonders deutlich fiel der Anstieg in Griechenland (7,4 % pro Jahr) und Portugal (4,9 % pro Jahr) aus. Im Gegensatz dazu verzeichneten Dänemark und die Niederlande in diesem Zeitraum eine Zunahme der realen Pro-Kopf-Ausgaben von weniger als 1 %. In Finnland blieben die Pro-Kopf-Ausgaben stabil. Allerdings hat sich die Entwicklung der Pro-Kopf-Ausgaben im Jahr 2000 geringfügig verlangsamt, insbesondere in Finnland, Belgien, Dänemark und Deutschland.

### Die länderspezifischen Unterschiede treten deutlicher zutage, wenn die Ausgaben als Pro-Kopf-KKS ausgedrückt werden

Der Durchschnitt der Ausgaben für den Sozialschutz als prozentualer Anteil des BIP in EU-15 (27,3 % im Jahr 2000) verbirgt die großen Unterschiede, die zwischen den Mitgliedstaaten bestehen. Der höchste Anteil wurde in Schweden (32,3 %) festgestellt, gefolgt von Frankreich (29,7 %) und Deutschland (29,5 %), der niedrigste in Irland (14,1 %). Wenn der Sozialschutz als KKS (Kaufkraftstandard) pro Einwohner ausgedrückt wird, treten die Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten noch deutlicher zutage und es ergibt sich eine etwas andere Rangordnung. In EU-15 sind die Ausgaben in Luxemburg am höchsten (9 235 KKS pro Einwohner), gefolgt von Dänemark (7 754 KKS pro Einwohner). In Spanien und Portugal belaufen sich die Ausgaben dagegen auf weniger als 4 000 KKS pro Kopf). Das Verhältnis zwischen dem Land mit den höchsten Ausgaben und dem Land mit den niedrigsten Ausgaben in EU-15 beträgt im Jahr 2000 2,5 zu 1 (gegenüber 3,2 zu 1 im Jahr 1991). Die Unterschiede zwischen den Ländern hängen zum Teil mit Wohlstandsunterschieden zusammen, spiegeln aber auch die unterschiedlichen Gegebenheiten in Bezug auf soziale Sicherungssysteme, demografische Entwicklung, Arbeitslosigkeit und andere soziale, institutionelle und wirtschaftliche Faktoren wider.

### Zwei Muster in der Finanzierung des Sozialschutzes

Auf EU-Ebene werden die sozialen Netze in erster Linie mit den Sozialbeiträgen (von Arbeitgebern und Arbeitnehmern) finanziert, die im Jahr 2000 60,7 % der Gesamteinnahmen ausmachten, sowie mit staatlichen Beiträgen, die aus Steuergeldern stammen (35,8 %). Der europäische Durchschnitt überdeckt allerdings beträchtliche länderspezifische Unterschiede in der Finanzierungsstruktur. Die Sozialversicherungsbeiträge spielen in Belgien, Spanien, Frankreich, den Niederlanden und Deutschland eine größere Rolle: Sie tragen zu mehr als 65 % der Gesamteinnahmen bei. Im Gegensatz dazu wird das soziale Netz in Dänemark, Irland sowie – in geringerem Maße – in Luxemburg, Schweden und dem Vereinigten Königreich vorwiegend mit Steuergeldern finanziert.

### Der Anteil der allgemeinen staatlichen Beiträge steigt zu lasten des Anteils der Sozialbeiträge

Der Anteil der staatlichen Beiträge an der Gesamtfinanzierung stieg in EU-15 zwischen 1991 und 2000 insgesamt um 4,9 Prozentpunkte. Während in Frankreich und Italien der Anstieg der staatlichen Beiträge über dem europäischen Durchschnitt lag, ging ihr Anteil an der Gesamtfinanzierung in Dänemark und den Niederlanden aufgrund des Anstiegs der Sozialbeiträge deutlich zurück. Der Anteil der Arbeitgeberbeiträge ist in EU-15 zwischen 1991 und 2000 um 3,1 Prozentpunkte zurückgegangen. Der

Rückgang betrifft alle Länder mit Ausnahme der Niederlande, Belgiens und Dänemarks, wo dieser Anteil gleichwohl am geringsten ist. Der Anteil der Arbeitnehmerbeiträge ist zwischen 1991 und 2000 ebenfalls gesunken: von 23,6 % auf 22,4 % in EU-15.

Zur Struktur der Ausgaben für den Sozialschutz siehe auch Sozialleistungen (3.13).

### Politischer Hintergrund

Im EG-Vertrag heißt es in Artikel 2, dass die Aufgabe der Gemeinschaft darin besteht, „in der ganzen Gemeinschaft ... ein hohes Maß an sozialem Schutz ... zu fördern.“

Der Europäische Rat (Lissabon, März 2000) bekräftigte, dass er der Rolle, die den Sozialschutzsystemen beim Erreichen des von ihm abgesteckten strategischen Gesamtziels zukommt, besondere Bedeutung beimisst. Der Rat wies auf die Aufgabe des europäischen Gesellschaftsmodells hin, mit seinen entwickelten Sozialschutzsystemen die Umstellung auf die wissensbasierte Wirtschaft zu unterstützen, und stellte anschließend fest, dass diese Systeme jedoch als Teile eines aktiven Wohlfahrtsstaates angepasst werden müssen, um sicherzustellen, dass Arbeit sich lohnt und dass die Systeme angesichts einer alternden Bevölkerung auch langfristig aufrechterhalten werden können, um die soziale Integration und die Gleichstellung der Geschlechter zu fördern und eine gute Gesundheitsfürsorge zu gewährleisten.

In ihrem Zwischenbericht für den Gipfel von Feira im Juni 2000 unterstrich die Hochrangige Gruppe „Sozialschutz“ die Bedeutung des Sozialschutzes und stellte fest, dass dieser eine Seite eines Dreiecks bilden müsse, dessen andere, mit ihm verbundene, aber doch eigenständige Seiten die Wirtschaftspolitik und die Beschäftigungspolitik seien; in diesem Kontext sei die Rolle des Sozialschutzes als produktiver Faktor zu festigen, was unter Bejahung des europäischen Gesellschaftsmodells geschehen müsse.

Eines der Ziele der Sozialpolitischen Agenda (KOM(2000) 379 endg.) lautet, „den Sozialschutz zu modernisieren und zu verbessern, um auf den Übergang zur wissensbasierten Wirtschaft und den Wandel bei den Sozial- und Familienstrukturen zu reagieren und sich auf den Sozialschutz als produktiven Faktor zu stützen“ (Abschnitt 4.2.1.1).

### Methodische Anmerkungen

Quelle: Eurostat – Europäisches System der Integrierten Sozialschutzstatistik (Essoss).

Sozialschutz sind alle Eingriffe öffentlicher oder privater Stellen, um die Lasten privater Haushalte und Einzelpersonen zu decken, die ihnen durch eine genau festgelegte Zahl von Risiken oder Bedürfnissen entstehen, ohne dass der

Begünstigte eine gleichwertige und gleichzeitige Gegenleistung erbringt. Die Risiken und Bedürfnisse, die den Sozialschutz begründen können, werden vereinbarungsgemäß acht „Sozialschutzfunktionen“ zugeordnet. Siehe dazu Sozialleistungen (3.13). Ausgenommen sind alle Versicherungen, die von Personen oder Haushalten ausschließlich im eigenen Interesse aus privater Initiative abgeschlossen werden. Die Daten für 2000 zu Belgien, Deutschland, Griechenland, Spanien, Frankreich, Italien, den Niederlanden, Portugal, Finnland, Schweden und dem Vereinigten Königreich sind provisorisch.

Die Kaufkraftparitäten (KKP) wandeln die nationalen Währungseinheiten in eine gemeinsame Referenzeinheit um, den Kaufkraftstandard (KKS). Mit dieser Einheit kann in sämtlichen Mitgliedstaaten in einem gegebenen Jahr dieselbe Menge von Gütern und Dienstleistungen erworben werden.

### Hinweise auf andere Teile des Berichts

Sozialleistungen (3.13), Einkommensverteilung (3.15), Sozialschutz (Anhänge II und IV).

### Literaturhinweise

- „Europäische Sozialstatistik – Sozialschutz – Ausgaben und Einnahmen 1991-2000“, 2003. Methodik: „Essoss-Handbuch 1996“, Eurostat.
- Statistik kurz gefasst (Bevölkerung und soziale Bedingungen): „Der Sozialschutz in Europa“, Nr. 3/2003. Eurostat.
- „Sozialschutz in Europa 2001“, 2002. „Sozialschutz in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union – Situation am 1. Januar 1998 und Entwicklung“, 1998. Europäische Kommission, GD Beschäftigung und Soziales.

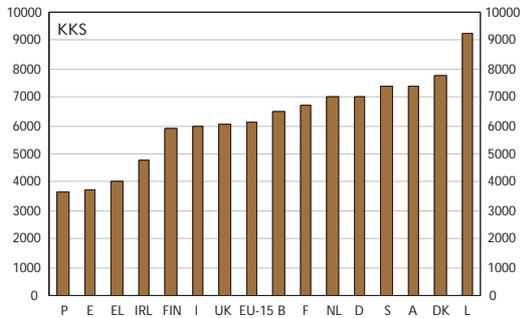
**Schlüsselindikator**

**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

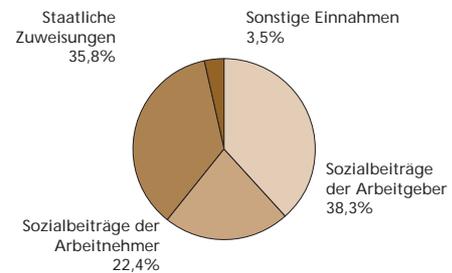
Quelle: Eurostat – Europäisches System der integrierten Sozialschutzstatistik (ESSOSS)

**S.b. 24 Ausgaben für den Sozialschutz pro Einwohner, 2000**



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

**S.b. 25 Sozialschutzleistungen nach Typ als Anteil an den Gesamteinnahmen, EU-15, 2000**



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

# 13

## Sozialleistungen

Im Jahr 2000 entfiel in den meisten Mitgliedstaaten der größte Teil der Sozialschutzausgaben 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.

### Auf Alters- und Hinterbliebenenversorgung entfällt der größte Teil der Leistungen

Im Jahr 2000 machte in den meisten Mitgliedstaaten die Alters- und Hinterbliebenenversorgung den größten Posten unter den Ausgaben für den Sozialschutz aus. In EU-15 entfielen darauf 46,4 % der Gesamtleistungen oder 12,1 % des BIP. Das galt insbesondere für Italien, wo für diese beiden Funktionen 60 % der gesamten Sozialleistungen aufgewandt wurden. Ein Grund hierfür ist der hohe Anteil der Altersgruppe 60 und älter an der Gesamtbevölkerung (23,9 % gegenüber durchschnittlich 21,7 % in EU-15). Auch in Griechenland, Österreich und dem Vereinigten Königreich liegt der Anteil dieser Leistungen über dem europäischen Durchschnitt (fast 50 % der Gesamtleistungen). In Irland hingegen entfielen weniger als 30 % der Leistungen auf die Alters- und Hinterbliebenenversorgung. Dies ist zum Teil damit zu erklären, dass Irland das Land mit der „jüngsten“ Bevölkerung Europas ist: Im Jahr 2000 waren 30,8 % der irischen Bevölkerung unter 20 Jahre alt (EU-15-Durchschnitt 23 %), während der Anteil der über 60-Jährigen nur 12,6 % betrug. Daher überrascht es nicht, dass in Irland die Ausgaben für Familien- und Kinderbeihilfen zu den höchsten in der Union zählen.

Die Funktion Krankheit/Gesundheitsversorgung macht über 27 % der Gesamtleistungen aus. In Irland übersteigen diese Leistungen diejenigen für die Alters- und Hinterbliebenenversorgung, während Dänemark lediglich 20 % der Gesamtleistungen für diese Funktionen aufbringt. Auf die Funktion Familie/Kinder entfielen 8,2 % aller Sozialleistungen in EU-15. Doch während in Luxemburg, Dänemark und Irland mindestens 13 % aller Sozialleistungen in diese Bereiche fließen, sind es in Spanien, Italien und den Niederlanden noch nicht einmal 5 %.

Was das relative Gewicht der Arbeitslosenunterstützung anbelangt, gibt es wesentliche Unterschiede zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten: Während in EU-15 durchschnittlich 6,3 % der Gesamtleistungen auf diese Aufwendungen entfielen, liegt ihr Anteil in Ländern wie Spanien und Finnland bei über 11 %. Italien, Luxemburg, Portugal und das Vereinigte Königreich wenden dagegen weniger als 4 % ihrer Gesamtausgaben für diese Funktion auf. Dabei ist festzustellen, dass die Höhe der Ausgaben für die Arbeitslosenunterstützung nicht immer mit dem Niveau der Arbeitslosigkeit in den einzelnen Ländern korreliert. Tatsächlich gibt es deutliche Unterschiede, was den Kreis der Anspruchsberechtigten, die Dauer der Zahlungen und die Höhe der Arbeitslosenunterstützung betrifft.

### Die verschiedenen Sozialleistungen entwickeln sich unterschiedlich

Zwischen 1995 und 2000 wiesen die Sozialleistungen bei den verschiedenen Funktionen unterschiedliche Zuwachsraten auf. Die Abweichungen beruhen auf veränderten Erfordernissen sowie auf Änderungen der Gesetzgebung zum Sozialschutz.

Die Gesamtsozialleistungen in EU-15 wuchsen im Zeitraum 1995-2000 real (d. h. in konstanten Preisen pro Kopf der Bevölkerung) um 9 %.

Die Pro-Kopf-Ausgaben für die Alters- und Hinterbliebenenversorgung stiegen um 12 % (d. h. 2,3 % pro Jahr). Den stärksten Zuwachs (real über 6 % jährlich) hatten Portugal und das Vereinigte Königreich zu verzeichnen sowie Griechenland, wo er wegen der Einführung neuer Leistungen zwischen 1997 und 1998 besonders hoch ausfiel. Gleichwohl zeichnet sich das Jahr 2000 generell durch ein langsames Wachstum dieser Ausgaben in EU-15 aus (1,4 %). Besonders deutlich war der Rückgang der Wachstumsrate in Griechenland, Schweden, Italien und Frankreich. Im Gegensatz dazu sind diese Ausgaben im Vereinigten Königreich (+ 8,7 %) und in Portugal (+ 7,1 %) auch im Jahr 2000 schneller als in den übrigen Ländern gestiegen. Eine Reihe von Ländern hat angesichts der Tatsache, dass die Erwerbsbevölkerung stetig altert, mit der Reformierung ihrer Rentensysteme begonnen. Die Wirkungen dieser Eingriffe werden im Laufe der Zeit zutage treten.

Während die Gesamtleistungen zwischen 1995 und 2000 im Durchschnitt real um 9,5 % pro Kopf der Bevölkerung stiegen, fiel die Zuwachsrate bei den Ausgaben für Krankheit/Gesundheitsversorgung geringer aus. Seit 1998 steigen die Gesundheitsausgaben pro Einwohner jedoch in allen Ländern mit Ausnahme von Österreich und Portugal schneller als die Sozialleistungen insgesamt.

Die Ausgaben für Familien/Kinder haben schneller als diejenigen für die anderen Funktionen zugenommen, was z. T. auf eine Aufbesserung und Ausweitung dieser Leistungen zurückzuführen ist. Besonders deutlich fiel dieser Anstieg (real + 17,2 % zwischen 1995 und 2000) im Jahr 1996 aus, als Deutschland Reformen durchführte und das System der Familienunterstützung erweiterte.

Die Ausgaben für die Arbeitslosenunterstützung in EU-15 sind zwischen 1995 und 2000 real um 14,5 % gesunken. Dieser Rückgang ist zum Teil Ausdruck der allmählichen Verbesserung der Wirtschaftslage, spiegelt aber auch die in mehreren Ländern vorgenommenen Reformen der Unterstützungssysteme wider.

### Politischer Hintergrund

Im Rahmen seiner allgemeinen Hinweise zur Bedeutung der Sozialschutzsysteme und seines Appells zu deren Anpassung erteilte der Lissabonner Gipfel vom März 2000 der Hochrangigen Gruppe „Sozialschutz“ den Auftrag, als ihre erste Priorität auf der Grundlage einer Mitteilung der Kommission eine Studie über die Entwicklung des Sozialschutzes in Langzeitperspektive unter besonderer Berücksichtigung der Tragfähigkeit der Altersversorgungssysteme zu erstellen. Die Kommission ihrerseits nahm daraufhin am 11. Oktober 2000 die Mitteilung (KOM(2000) 622 endg.) „Die Entwicklung des Sozialschutzes in Langzeitperspektive: zukunftssichere Renten“ an. In Abschnitt 2.6 heißt es: „Den Mitgliedstaaten obliegt es zu entscheiden, welches Rentensystem sie wünschen und welcher Policy-Mix erforderlich ist, damit ältere Menschen auch künftig über ein ausreichendes Einkommen verfügen, ohne dass die Stabilität der öffentlichen Finanzen gefährdet, Beschäftigungsanreize ausgehöhlt oder andere wesentliche öffentliche Ausgaben gestrichen werden.“ Doch sind die „... Mitgliedstaaten mit den gleichen ... dargestellten Problemen konfrontiert. Gemeinsam sind ihnen ferner die Zielsetzung der Rentenreform und eine Reihe von Grundsätzen, denen sie verpflichtet sind. Hierzu zählen Gerechtigkeit und sozialer Zusammenhalt ... Daher lädt die Kommission die Mitgliedstaaten ein, ihre Bemühungen zu koordinieren und Gedanken und Informationen über ihre laufenden und geplanten Reformen auszutauschen.“ In einem Zwischenbericht, vorgelegt auf dem Gipfel von Nizza im Dezember 2000, wurden die Mitgliedstaaten von der Hochrangigen Arbeitsgruppe aufgefordert, bis spätestens 15. Februar 2001 nationale Beiträge über die Strategien zu erarbeiten, mit denen sie die grundlegenden Ziele ihrer Altersversorgungssysteme gewährleisten und gleichzeitig deren Nachhaltigkeit in Anbetracht der Probleme der Bevölkerungsentwicklung sicherstellen wollen.

Siehe auch Sozialschutzausgaben und -einnahmen (3.12).

### Methodische Anmerkungen

Quelle: Eurostat – Europäisches System der Integrierten Sozialschutzstatistik (Essoss).

Siehe Sozialschutzausgaben und -einnahmen (3.12). Die Sozialleistungen werden ohne Abzug von Steuern oder anderen Zwangsabgaben, die die Empfänger für sie zu entrichten haben, angegeben. „Steuerliche Vergünstigungen“

(Steuerermäßigungen für Haushalte für Zwecke des Sozialschutzes) sind grundsätzlich nicht erfasst. Die Sozialleistungen werden in folgende acht Funktionen unterteilt: Krankheit/Gesundheitsversorgung; Invalidität/Gebrechen; Alter; Hinterbliebene; Familie/Kinder; Arbeitslosigkeit; Wohnen; soziale Ausgrenzung, die keiner anderen Kategorie zugeordnet werden kann (n.a.z.). Die Altersversorgung beinhaltet Leistungen zur Deckung altersbedingter Risiken: Verlust des Einkommens, unzureichendes Einkommen, Abhängigkeit bei der Bewältigung täglicher Aufgaben, reduzierte Beteiligung am sozialen Leben und so weiter. Die medizinische Versorgung älterer Personen ist nicht berücksichtigt (sie wird dem Bereich Krankheit/Gesundheitsversorgung zugerechnet). Es ist nicht immer leicht, eine Sozialleistung richtig zuzuordnen. In den meisten Mitgliedstaaten der EU besteht eine starke Interdependenz zwischen den drei Funktionen Altersversorgung, Hinterbliebene und Invalidität. Um die Daten EU-weit besser vergleichen zu können, wurden die Bereiche Altersversorgung und Hinterbliebene zusammengefasst. Frankreich, Irland und Portugal erfassen Behindertenrenten, die an Personen im Rentenalter gezahlt werden, als Leistungen des Bereichs Invalidität/Gebrechen und nicht des Bereichs Alter.

### Hinweise auf andere Teile des Berichts

Überalterung der Bevölkerung (3.3), Beschäftigung älterer Arbeitnehmer (3.8), Sozialschutzausgaben und -einnahmen (3.12), Sozialschutz (Anhänge II und IV).

### Literaturhinweise

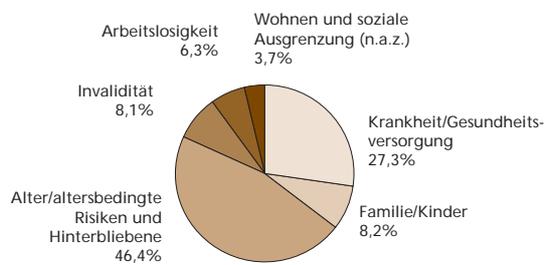
- „Europäische Sozialstatistik – Sozialschutz – Ausgaben und Einnahmen 1991-2000“, 2003. Methodik: „Essoss-Handbuch 1996“, 1996. Eurostat.
- Statistik kurz gefasst (Bevölkerung und soziale Bedingungen): „Der Sozialschutz in Europa“, Nr. 3/2003. „Der Sozialschutz in Europa: Rentenausgaben“, Nr. 6/2002.
- Mitteilung (KOM(2000) 622 endg.) „Die Entwicklung des Sozialschutzes in Langzeitperspektive: zukunftssichere Renten“. Europäische Kommission.
- „La protection sociale des personnes âgées à charge dans les 15 pays de l'UE et en Norvège“ (Sozialschutz für Altersabhängigkeit in den 15 EU-Mitgliedstaaten und Norwegen), 1998. Europäische Kommission, GD Beschäftigung und Soziales.

**Schlüsselindikator**

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Alters- und Hinterbliebenenversorgung in Prozent der gesamten Sozialleistungen</b>																
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

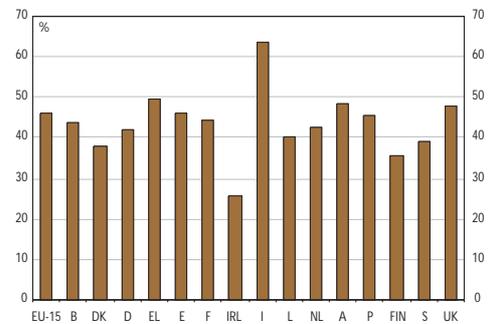
Quelle: Eurostat – Europäisches System der integrierten Sozialschutzstatistik (ESSOSS)

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



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

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



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

# 14

## 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).

### Gezielte Politik

Arbeitsmarktpolitik (AMP) hat definitionsgemäß einen begrenzten Wirkungskreis und umfasst nur diejenigen Maßnahmen der Politik, die sich an Arbeitslose und andere Gruppen von Personen richten, denen es besonders schwer fällt, in den Arbeitsmarkt einzutreten oder dort ihre Stellung zu behaupten. Die wichtigste Zielgruppe ist in allen Ländern (außer Italien) die der bei den öffentlichen Arbeitsverwaltungen registrierten Arbeitslosen. Öffentliche Ausgaben für AMP sollten jedoch nicht einzig und allein als Ausdruck des politischen Willens zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit interpretiert werden. Vielmehr ist die unterschiedliche Höhe der Ausgaben auch durch Faktoren wie die demografische Situation und das Pro-Kopf-BIP der einzelnen Länder bedingt.

### Aktive und passive Ausgaben

Ausgaben für gezielte Programme für Aus- und Weiterbildung, Arbeitsplatztausch/Jobsharing, Beschäftigungsanreize, Eingliederung von Behinderten, direkte Beschäftigungsschaffung und Gründungsinitiativen (Kategorien 2-7 der AMP-Datenbank) gelten gewöhnlich als aktive Ausgaben, Ausgaben für die Einkommensunterstützung für Arbeitslose (hauptsächlich Arbeitslosenunterstützung) und den Vorruhestand

(Kategorien 8-9) als passive Ausgaben. Allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass die Wahrung des Anspruchs auf Arbeitslosenunterstützung in den vergangenen Jahren verstärkt an individuelle Aktivitäten der Arbeitsuche gebunden wurde und auch aktive Maßnahmen der öffentlichen Arbeitsverwaltungen beinhalten kann.

### Aufgliederung der aktiven AMP-Ausgaben nach Art des Eingriffs

Der wichtigste Ausgabenbereich sind die Aus- und Weiterbildungsprogramme, auf die 34,5 % der Ausgaben für aktive Maßnahmen entfallen. Direkte Beschäftigungsschaffung ist mit 27,4 % die zweitwichtigste Ausgabenkategorie. Die Aufwendungen für Beschäftigungsanreize, zu denen nicht nur Beihilfen, sondern auch Steuervergünstigungen und ermäßigte Sozialabgaben für Arbeitgeber gehören, machen 18,8 % der Ausgaben für aktive Maßnahmen aus. 15,6 % der aktiven Ausgaben fließen in die Eingliederung von Behinderten. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die meisten Länder neben den gezielten Maßnahmen, die sich ausschließlich an Menschen mit Behinderungen wenden, allgemeine Beschäftigungsmaßnahmen durchführen, die auch diesem Personenkreis zugute kommen. Auf Gründungsinitiativen entfallen 3 % der aktiven Ausgaben. Arbeitsplatztausch und Jobsharing stellen mit nur 0,8 der aktiven Ausgaben die kleinste Ausgabenkategorie dar.

### Politischer Hintergrund

Den Hintergrund für die Erhebung von Daten zur Arbeitsmarktpolitik bilden der „Beschäftigungsgipfel“ (Luxemburg, November 1997) und die mit ihm eingeführte Europäische Beschäftigungsstrategie, deren mittelfristiges Ziel der Abbau der Arbeitslosigkeit ist. Die AMP-Datenbank wurde in den vergangenen Jahren von Eurostat in enger Zusammenarbeit mit der GD Beschäftigung und Soziales, den EU-Mitgliedstaaten und Norwegen sowie der OECD entwickelt, um die beschäftigungspolitischen Maßnahmen, mit denen die EU-Länder die EBS umsetzen, zu erfassen und zu begleiten.

### Methodische Anmerkungen

In den Erfassungsbereich der AMP-Datenbank fallen staatliche Eingriffe in den Arbeitsmarkt, die darauf abzielen, die Funktionsweise des Arbeitsmarkts zu verbessern und Ungleichgewichte zu korrigieren. Von anderen, allgemeinen beschäftigungspolitischen Maßnahmen unterscheiden sie sich dadurch, dass sie selektiv auf die Förderung bestimmter Zielgruppen auf dem Arbeitsmarkt ausgerichtet sind.

In den hier dargestellten Schaubildern werden folgende Kategorien zur Klassifikation nach Art des Eingriffs verwendet:

Kategorien 2-7:

**2 – Aus- und Weiterbildung:** Programme zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitslosen und anderen Zielgruppen durch Aus- und Weiterbildung, wobei die Finanzierung durch öffentliche Träger erfolgt. Unter dieser Kategorie sind Maßnahmen zu erfassen, die Elemente einer schulischen Aus- und Weiterbildung enthalten oder die, sofern es sich um Aus- und Weiterbildung am Arbeitsplatz handelt, Anleitungen einschließen, die spezifisch dem Zweck der Unterrichtung dienen.

**3 – Arbeitsplatztausch und Jobsharing:** Programme zur Förderung der Anstellung von Arbeitslosen oder Angehörigen anderer Zielgruppen durch Verringerung der Arbeitszeit bereits Beschäftigter.

**4 – Beschäftigungsanreize:** Programme, die die Anstellung von Arbeitslosen oder Angehörigen anderer Zielgruppen fördern oder zur Weiterbeschäftigung von Personen, die von unfreiwilligem Verlust des Arbeitsplatzes bedroht sind, beitragen. Der Großteil der Arbeitskosten wird in der Regel vom Arbeitgeber getragen.

**5 – Eingliederung von Behinderten:** Programme, die die Eingliederung von Menschen mit Behinderungen in den Arbeitsmarkt fördern.

**6 – Direkte Beschäftigungsschaffung:** Programme zur Schaffung zusätzlicher Arbeitsplätze, gewöhnlich im gemeinnützigen oder sozialen Bereich, für Langzeitarbeitslose und sonstige schwer vermittelbare Personen. Der Großteil der Arbeitskosten wird in der Regel aus öffentlichen Mitteln finanziert.

**7 – Gründungsinitiativen:** Programme, die den Unternehmergeist fördern, indem Arbeitslose und Zielgruppen dabei unterstützt werden, eigene Unternehmen zu gründen oder selbständig tätig zu werden.

Kategorien 8-9:

**8 – Einkommensunterstützung für Arbeitslose:** Programme, die Lohn- oder Gehaltsausfälle durch die Zahlung von Geldleistungen ersetzen, wenn

- eine Person arbeitsfähig und zur Aufnahme einer Beschäftigung bereit ist, jedoch keine angemessene Beschäftigung finden kann;
- eine Person aus wirtschaftlichen oder anderen Gründen (u. a. saisonale Effekte) vorübergehend entlassen ist oder kurzarbeitet oder aus anderen Gründen zeitweise nicht beschäftigt ist;
- eine Person aufgrund von Umstrukturierungen oder Ähnlichem den Arbeitsplatz verloren hat (Entlassungsabfindungen).

**9 – Vorruhestand:** Programme, die den vollen oder teilweisen Vorruhestand älterer Arbeitnehmer fördern, wenn für die betreffenden Arbeitnehmer nur geringe Chancen bestehen, dass sie einen Arbeitsplatz finden, oder wenn deren Ruhestand die Anstellung einer arbeitslosen Person oder des Mitglieds einer anderen Zielgruppe ermöglicht.

Die Daten für die Kategorie 1 „Intensive Beratung und Unterstützung der Arbeitsuche“ sind zu lückenhaft und werden daher hier nicht betrachtet. Auch die Daten zur Unterkategorie 2.4 „Besondere Förderung der Berufsausbildung“ sind nicht völlig vergleichbar und werden deshalb getrennt behandelt.

#### Hinweise auf andere Teile des Berichts

Arbeitslosigkeit (3.9), Jugendarbeitslosigkeit (3.10), Langzeitarbeitslosigkeit (3.11), Sozialleistungen (3.13), Sozialschutz (Anhänge II und IV).

#### Literaturhinweise

- Datenbank zur Arbeitsmarktpolitik – Methodik, April 2000 – Eurostat Working Papers.
- Datenbank zur Arbeitsmarktpolitik – Glossar, DE/EN-ES/EN-FR/EN-IT/EN – Eurostat Working Papers.
- Europäische Sozialstatistik – Arbeitsmarktpolitik – Ausgaben und Teilnehmer – Daten 1998 – Detaillierte Tabellen. Eurostat.
- Europäische Sozialstatistik – Arbeitsmarktpolitik – Ausgaben und Teilnehmer – Daten 1999 – Detaillierte Tabellen. Eurostat.
- Europäische Sozialstatistik – Arbeitsmarktpolitik – Ausgaben und Teilnehmer – Daten 2000 – Detaillierte Tabellen. Eurostat.
- Statistik kurz gefasst (Bevölkerung und soziale Bedingungen): „Unterschiedlich hohe Ausgaben der Mitgliedstaaten für Arbeitsmarktpolitik 1999“, Nr. 12/2002. Eurostat.

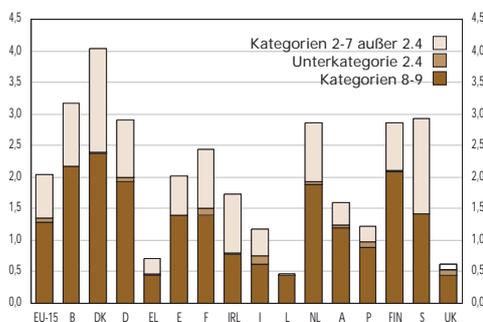
### Schlüsselindikator

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Öffentliche Ausgaben für aktive arbeitsmarktpolitische Maßnahmen als Anteil des BIP – 2000</b>																
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

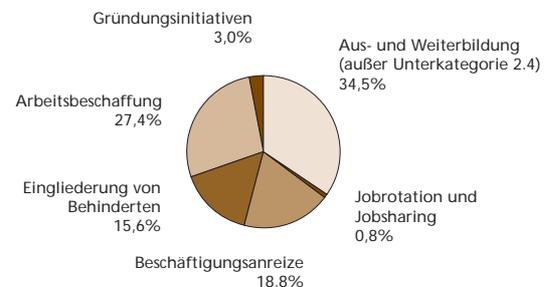
Quelle: Eurostat – Datenbank zur Arbeitsmarktpolitik (AMP)

**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)

# 15

## 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.

### In Mitgliedstaaten mit niedrigerem Durchschnittseinkommen ist die Ungleichheit zumeist höher

Im Jahr 1999<sup>5</sup> lag der Medianwert<sup>6</sup> des Äquivalenz-Nettojahreseinkommens bei rund 12 100 KKS (gewichtetes arithmetisches Mittel der EU-15-Bevölkerung). In sieben Mitgliedstaaten – unter ihnen Deutschland, Frankreich und das Vereinigte Königreich – lag der Wert bei über 13 000 KKS, das Vereinigte Königreich steht bei etwas weniger als 12 800 KKS. Luxemburg liegt an erster Stelle mit 20 900 KKS, gefolgt von Dänemark mit 15 700 KKS. Ein Nord-Süd-Gefälle erscheint offensichtlich mit Einkommensniveaus in Griechenland, Spanien, Italien und Portugal zwischen 7 300 und 10 500 KKS. Irland, Finnland und Schweden waren ebenso unterhalb des EU-Durchschnitts, allerdings mit Einkommen oberhalb 11 000 KKS.

Die Einkommensverteilung kann anhand der Verteilung des Gesamteinkommens auf verschiedene Bevölkerungsschichten analysiert werden, die dem Einkommen entsprechend definiert werden. EU-weit erzielten 1999 die reichsten 20 % der Bevölkerung ein 4,6-mal höheres Gesamteinkommen als die ärmsten 20 % der Bevölkerung. Dieses Verhältnis ist in den südlichen und den nicht auf dem Kontinent gelegenen Mitgliedstaaten am höchsten (angeführt von Portugal mit 6,4, allerdings liegen auch Spanien, Griechenland, Irland, Italien und das Vereinigte Königreich über dem EU-Durchschnitt von 4,6). Am anderen Ende der Skala befinden sich Dänemark und Schweden (3,2), gefolgt von Finnland (3,4), Deutschland (3,6), den Niederlanden und Österreich (3,7).

Eine andere Betrachtungsweise der Ungleichheit bei der Einkommensverteilung ist ein Vergleich der Lorenz-Kurve der tatsächlichen Einkommensverteilung mit der Geraden einer vollkommen gleichen Einkommensverteilung<sup>7</sup>. Die geringsten Ungleichheiten wurden in Dänemark (Koeffizient 0,23), die größten in Portugal (0,36) festgestellt bei einem EU-Durchschnittskoeffizienten von 0,29.

Im Allgemeinen ist in Mitgliedstaaten mit einer größeren Ungleichheit das Durchschnittseinkommen niedriger (obwohl in Großbritannien sowohl ein überdurchschnittliches Einkommen als auch eine überdurchschnittliche Ungleichheit zu verzeichnen sind).

### Regionale Ungleichheiten bei den Beschäftigungsquoten

Ein Schlüsselindikator bei der Analyse des Arbeitsmarktes auf regionaler wie auf nationaler Ebene ist die Beschäftigungsquote, definiert als die Zahl der Personen in Beschäftigung als Prozentsatz der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. Europaweit ist es allgemein anerkannt, diese Gruppe als die 15 bis 64-Jährigen zu definieren. Die Beschäftigungsquoten sind verfügbar nach Geschlecht und Altersgruppe auf nationaler Ebene. Auf regionaler Ebene gibt es kein Herunterbrechen nach Alter. Regionale Zahlen werden von Eurostat bis zum NUTS-2 Niveau bereitgestellt, basierend auf den Ergebnissen der Arbeitskräfteerhebung der Europäischen Gemeinschaft. Da sich die EU in Bezug auf die Beschäftigungsquoten beim Gipfel in Lissabon im Jahr 2000 Ziele gesetzt hat, ist klar, dass diese Größe für die Europäische Union von entscheidender Bedeutung ist. Wenn die regionalen Unterschiede bei den Beschäftigungsquoten für Länder oder für die Europäische Union als Ganzes gemessen werden sollen, dann muss zwischen den verschiedenen Maßen für regionale Disparität gewählt werden. In diesem Abschnitt werden regionale Disparitäten durch den Variationskoeffizienten (CV) der Beschäftigungsquoten gemessen. Selbstverständlich ist es nicht möglich, die Standardformel für den CV anzuwenden. Stattdessen muss die Größe der Regionen in dieser Berechnung berücksichtigt werden (siehe ebenso die methodischen Erläuterungen).

Dieser Indikator sollte mit Vorsicht interpretiert werden, da er einer von jenen Indikatoren ist, die über die regionale Dimension aggregieren. Daher verdichten sich viele Informationen in nur einer Zahl. Dieser Indikator ist ebenso ziemlich sensibel in Bezug auf kleine Änderungen der Originalquoten, wann immer diese kleinen Änderungen in bestimmten Regionen Spezifitäten aufweisen. Leider sind regionale Beschäftigungsquoten lediglich bis hinunter zum NUTS-2 - Niveau verfügbar, was in einigen Fällen eine begrenzte Zahl von Beobachtungen impliziert. Daher nochmals: Die Zahlen sollten mit Vorsicht interpretiert werden. Trotz der Unzulänglichkeiten ist der CV der regionalen Beschäftigungsquoten in der Liste der Strukturindikatoren enthalten, die auf der Sitzung des Europäischen Rates in Lissabon 2000 bei der Europäischen Kommission angefordert wurden. Neben seiner Bestimmung als Maß für die regionale Streuung kann er ebenfalls als Qualitätskriterium für die

5 Die jüngste Welle (Dezember 2002) des Europäischen Haushaltspanels (Welle 6: Jahre 1994 – 1999) ist gegenüber früheren Versionen erheblich verbessert worden. Diese Verbesserungen beziehen sich auf Länderabdeckung (alle 15 Mitgliedstaaten der EU), auf die Daten von zwei nationalen Instituten (Vereinigtes Königreich und Belgien) und auf die angewandte Methodik, Gewichtungen einzuführen sowie auf das Verfahren bei Non-Response. Aus diesen Gründen können die resultierenden Indikatoren nicht als vergleichbar angesehen werden mit jenen, die auf Basis früherer User-Datenbanken (Welle 5, Dezember 2001) entwickelt wurden. Daten für Spanien sollten als vorläufig betrachtet werden, eine Revision der Gewichtungen ist für Welle 7 geplant. Daten für bestimmte Länder (z. B. Deutschland, Vereinigtes Königreich) werden weiterhin aus den nationalen Panels gewonnen, die für ECHP-Zwecke umformatiert wurden.

6 Der Medianwert wird generell bevorzugt als das Maß für die Zentraltendenz des Einkommens, da er durch Extremwerte am Rande der Verteilung (reich oder arm) nicht so stark beeinflusst wird. Zum Vergleich: Der Durchschnittswert für 1999 war 13 770 KKS.

7 Mathematisch kann dies als Gini-Koeffizient ausgedrückt werden (Verhältnis der Fläche zwischen der Geraden einer vollkommen gleichen Verteilung und der Kurve der tatsächlichen Verteilung zur Gesamtfläche unter der Geraden einer vollkommen gleichen Verteilung).

Ziele gesehen werden, die für die Beschäftigungsquoten auf europäischer Ebene gesetzt wurden. Er ermöglicht es, zwischen Ländern zu unterscheiden, die identische nationale Beschäftigungsquoten, jedoch unterschiedliche Grade regionaler Streuung aufweisen. Zwischen den Ländern der Europäischen Union gibt es substanzielle Unterschiede in

den CV. Italien und Spanien weisen hohe Grade an regionaler Streuung auf, während in den Niederlanden und in Österreich keine große Streuung der Beschäftigungsquoten festzustellen ist. Die Unterschiede zwischen den Kandidatenländern sind wesentlich weniger auffällig.

### Politischer Hintergrund

Im EG-Vertrag (Art. 2) heißt es: „Aufgabe der Gemeinschaft ist es, ... die Hebung der Lebenshaltung und der Lebensqualität ... zu fördern.“ Laut Art. 3 umfasst die Tätigkeit der Gemeinschaft unter anderem „die Stärkung des wirtschaftlichen und sozialen Zusammenhalts“.

Der Europäische Rat (Lissabon, März 2000) hat sich „ein neues strategisches Ziel für das kommende Jahrzehnt gesetzt: das Ziel, die Union zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum der Welt zu machen – einem Wirtschaftsraum, der fähig ist, ein dauerhaftes Wirtschaftswachstum mit mehr und besseren Arbeitsplätzen und einem größeren sozialen Zusammenhalt zu erzielen“. Siehe auch Mitteilung der Kommission „Ein Europa schaffen, das alle einbezieht“ vom März 2000.

Auf dem Gipfeltreffen von Nizza im Dezember 2000 wurde eine Liste von statistischen „Strukturindikatoren“ vereinbart, zu denen im Bereich des sozialen Zusammenhalts sieben Indikatoren gehören. Diese Liste wurde für den Ergebnisbericht der Kommission für den Gipfel in Barcelona im März 2002 aktualisiert. Der Ansatz wurde von der Arbeitsgruppe „Indikatoren“ des Ausschusses für Sozialschutz weiter entwickelt, die eine Liste von „Kohäsionsindikatoren“ für das Gipfeltreffen in Laeken im Dezember 2001 vorschlug.

In der Sozialpolitischen Agenda (KOM(2000) 379 endg.) heißt es: „Sozialtransfers in Gestalt von Renten und Sozialversicherungsleistungen tragen nicht nur zu einer ausgeglicheneren Einkommensentwicklung über die gesamte Lebenszeit und Einkommensverteilung zwischen sozialen Gruppen bei, sondern fördern darüber hinaus die Qualität der Beschäftigung mit entsprechenden positiven Auswirkungen auf die Wirtschaft.“

Die Strukturfonds sind Teil der gemeinschaftlichen Strukturpolitik, die darauf abzielt, die Entwicklungsunterschiede zwischen den Regionen und Mitgliedstaaten abzubauen und auf diese Weise den wirtschaftlichen und sozialen Zusammenhalt zu fördern. Zwischen 1994 und 1999 stellte die Gemeinschaft rund 35 % des Gesamthaushalts der EU für strukturelle Maßnahmen bereit (208 Milliarden EUR).

Am 20.6.2001 veröffentlichte die Kommission die Mitteilung „Beschäftigungspolitik und Sozialpolitik: ein Konzept für Investitionen in Qualität“.

### Methodische Anmerkungen

Quellen: Eurostat – Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft (ECHP), Welle 6, Ausgabe Dezember 2001. Die Einkommensdaten beziehen sich auf das Kalenderjahr 1997. Die Daten zum Pro-Kopf-BIP auf NUTS-3-Ebene sind den regionalen Eurostat-Rechnungen entnommen und beruhen im Wesentlichen auf dem Europäischen System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen (ESVG 95).

Unter dem Gesamteinkommen eines Haushalts werden sämtliche Nettogeldeinnahmen verstanden, die ein Haushalt und all seine Mitglieder zum Zeitpunkt der Befragung (1998) während des Referenzjahres der Erhebung (1997) bezogen haben. Hierin eingeschlossen sind Erwerbseinkommen, private Einkommen (etwa aus Investitionen oder Vermögen), Renten und andere direkt bezogene Sozialtransferleistungen. Nicht berücksichtigt wurden indirekte Sozialleistungen, Naturalleistungen und unterstellte Mieten für selbst genutztes Wohneigentum. Da das Gewicht dieser Einkommenspositionen von Land zu Land unterschiedlich ausfällt, ist die volle Vergleichbarkeit der Einkommensstatistik beeinträchtigt. Vergleichbare Daten liegen nun für die meisten Länder vor, aber nicht mehr für Luxemburg oder Finnland.

Zur Kalkulation des Variationskoeffizienten werden die Beschäftigungsquoten auf NUTS-2 Niveau herangezogen. Er ist für jedes Land getrennt berechnet und liefert ein Maß für die regionale Streuung der Beschäftigungsquoten. Da die Berechnung des Variationskoeffizienten nur eine Formel ist, ist es wichtig, auf die Basisdaten zu schauen, die Beschäftigungsquoten. Diese sind definiert als Prozentsatz der beschäftigten Personen im erwerbsfähigen Alter (15 bis 64 Jahre). Beschäftigte Personen sind diejenigen, die innerhalb eines Referenzzeitraumes in Arbeit sind. Die Rate kann weiter nach Alter und Geschlecht heruntergebrochen werden.

Für Dänemark, Irland und Luxemburg ist der Variationskoeffizient der Arbeitslosigkeit in den Regionen auf NUTS-2 Niveau nicht relevant. Es gibt keine Rechtsgrundlage, welche die Entwicklung und Weiterleitung eines Variationskoeffizienten von EU-Staaten an Eurostat regelt. Das Berichtswesen der Mitgliedstaaten über regionale Beschäftigung und die wirtschaftlich aktive Bevölkerung bildet einen Teil der gewöhnlichen Datenlieferungen im Zusammenhang mit der jährlichen Europäischen Arbeitskräfteerhebung.

### Hinweise auf andere Teile des Berichts

Sozialschutzausgaben und -einnahmen (3.12), Haushalte mit niedrigem Einkommen (3.16), Erwerbslose Haushalte und

niedriges Arbeitsentgelt (3.17), Einkommensverteilung, Armut und soziale Ausgrenzung (Anhänge II und IV).

**Literaturhinweise**

- „European social statistics: Income, Poverty and Social Exclusion in the Member States of the European Union“ (Europäische Sozialstatistik: Einkommen, Armut und soziale Ausgrenzung in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union), Ausgabe 2000.
- „Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft: Ausgewählte Indikatoren aus der Welle 1995“, 1999. Eurostat.
- Statistik kurz gefasst (Bevölkerung und soziale Bedingungen): „Sozialleistungen und ihre Umverteilungseffekte in der EU“, Nr. 9/2000. Eurostat.

- „Beschäftigung in Europa 2000“, Europäische Kommission, GD Beschäftigung und Soziales.
- „Unity, solidarity, diversity for Europe, its people and territory – Second report on Economic and Social Cohesion“ (Einheit, Solidarität, Unterschiede in Europa, zwischen den Völkern und seinen Staaten – 2. Bericht über den wirtschaftlichen und sozialen Zusammenhalt der Kommission), 2001. Europäische Kommission.
- „Evaluation of income support policies at the local urban level“ (Beurteilung von Maßnahmen zur Einkommenshilfe auf der lokalen städtischen Ebene), Berichte der GD Forschung der Europäischen Kommission 1999.

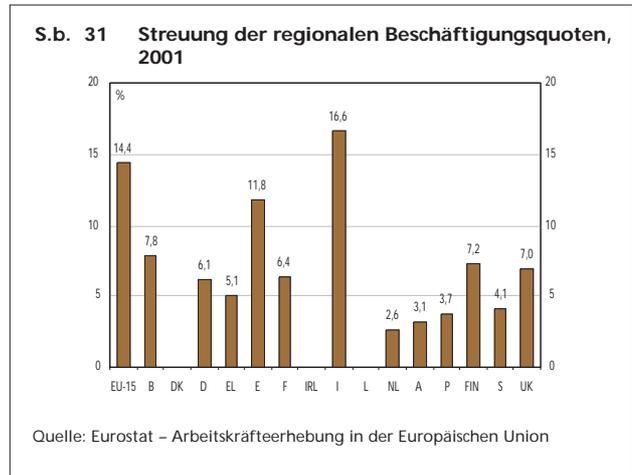
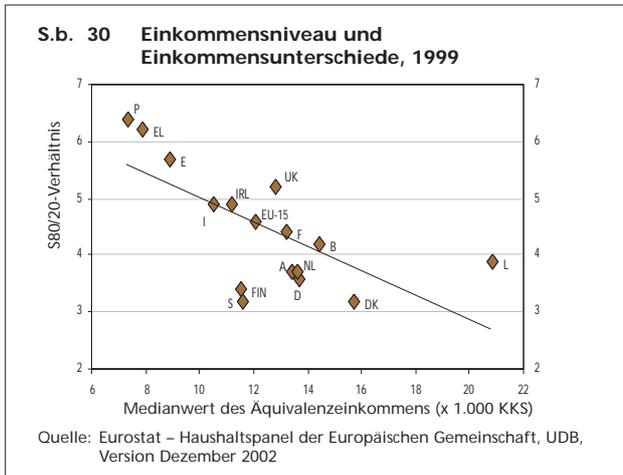
**Schlüsselindikator**

**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



# 16

## 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.

### Mehr als ein Drittel der Alleinerziehenden haben ein „niedriges Einkommen“

Im Jahr 1999 fielen gewisse Haushalte durch überdurchschnittliche „Armutsriskoniveaus“ auf: Alleinerziehende mit unterhaltsberechtigten Kindern (38 %), allein lebende junge Menschen (32 %), allein lebende ältere Menschen (24 %) und allein lebende Frauen (24 %). Paare mit drei oder mehr unterhaltsberechtigten Kindern waren ebenfalls sehr gefährdet (25 %). 1999 verfügten mehr als 50 % der Alleinerziehenden in Spanien und dem Vereinigten Königreich über ein „niedriges Einkommen“. Einen hohen Anteil (rund 40 %) hatten auch Portugal, die Niederlande, Irland und Deutschland. 1999 verfügten über 30 % der Haushalte mit mehr als 3 Kindern in Portugal, dem Vereinigten Königreich, Italien, Spanien und Deutschland über ein 'niedriges Einkommen'. Im gleichen Jahr verfügten mehr als 50 % der jungen allein lebenden Menschen (unter 30 Jahre) in Dänemark und Finnland über ein „niedriges Einkommen“. Es gab auch Werte über dem EU-Durchschnitt (32 %) in Deutschland, Frankreich, den Niederlanden, Schweden und dem Vereinigten Königreich. Mehr als 60 % der älteren allein lebenden Menschen (über 65 Jahre) hatten in Irland ein „niedriges Einkommen“. Im Vergleich zum EU-Durchschnitt von 24 % waren die Raten auch in Portugal und Dänemark ebenfalls hoch (über 50 %).

### Frauen gehören eher als Männer, Kinder eher als Erwachsene zu den „Armen“

In der gesamten Union verfügen Frauen etwas häufiger als Männer über ein „niedriges Einkommen“ (16 % gegenüber 15 % im EU-Durchschnitt). Größer ist die Kluft zwischen den Geschlechtern bei allein lebenden älteren Menschen (über 65 Jahre) insbesondere in Deutschland, Irland, Österreich und dem Vereinigten Königreich. Diese Angaben sollten jedoch mit Vorsicht interpretiert werden, da über die Einkommensverteilung innerhalb der Familien nur Schätzungen vorliegen.

Der Anteil der Kinder (unter 16 Jahren), die in Haushalten mit niedrigem Einkommen leben, ist 1998 mit 19 % mehr als ein Viertel höher als der entsprechende Anteil der Gesamtbevölkerung (15 %). Besonders schlecht scheint die Situation von Kindern in Spanien und dem Vereinigten Königreich zu sein. Hingegen leben Kinder in Dänemark, Griechenland und Finnland wesentlich seltener in einem „armen“ Haushalt als Erwachsene.

### Arbeitslose sind besonders gefährdet

Durchschnittlich knapp 40 % der Arbeitslosen hatten 1999 ein niedriges Einkommen. In Irland ist dieser Anteil mit mehr als 50 % am höchsten, und in Italien, dem Vereinigten Königreich, Spanien und Luxemburg liegt er über dem Durchschnitt. Am niedrigsten ist der Anteil in Dänemark mit 7 %, gefolgt von den Niederlanden (18 %), Schweden und Österreich (20 %).

In Irland haben Arbeitslose rund 13-mal häufiger ein geringes Einkommen als Erwerbstätige, während in Dänemark, den Niederlanden und Portugal dieses Verhältnis in etwa 3:1 beträgt.

In der Union insgesamt zählen 6 % der Beschäftigten (ausgenommen Selbständige) zur Kategorie derjenigen mit 'niedrigem Einkommen'. Siehe dazu auch Erwerbslose Haushalte und niedriges Arbeitsentgelt (3.16).

### Signifikante Auswirkungen der Sozialleistungen auf den Anteil der „Armen“

Vergleicht man die Zahl der Personen mit niedrigem Einkommen vor und nach der Zahlung von Sozialleistungen (ohne Renten, die in Einkommen vor und nach Sozialleistung enthalten sind), so wird eine der wichtigsten Zweckbestimmungen dieser Leistungen deutlich: ihr Umverteilungseffekt und insbesondere der Umstand, dass mit ihrer Hilfe der Bevölkerungsanteil, der ein niedriges Einkommen hat, verringert werden kann.

Ohne Einrechnung der Sozialleistungen (mit Ausnahme von Renten) gibt es 1999 in Irland und dem Vereinigten Königreich einen großen Anteil (30 %) von Personen mit niedrigem Einkommen, gefolgt von Schweden und Portugal. Die Zahlen für die anderen Mitgliedstaaten beginnen bei einem niedrigen Wert (21 %) für Italien, Deutschland, die Niederlande und Finnland, wobei der EU-Durchschnitt bei 24 % liegt. Durch die Sozialleistungen verringert sich der Anteil der von Armut bedrohten Menschen in allen Mitgliedstaaten, wenn auch in unterschiedlichem Maße. In Griechenland, Spanien, Italien und Portugal ist der Rückgang am geringsten, in Dänemark und Schweden am höchsten.

Dänemark und Schweden weisen auch die niedrigste „Armutsrisikoquote“ (Rate der von Armut bedrohten Personen) nach Einrechnung von Renten und anderen Sozialleistungen auf. Griechenland und Portugal verzeichnen dagegen den höchsten Anteil von Personen mit niedrigen

Einkommen bei Einrechnung dieser Leistungen (und Italien bewegt sich von einem Land mit einer der niedrigsten Armutsrisikoquoten vor Transfers zu einem, das nach Transfers hinsichtlich der Armutsrisikoquote in etwa dem EU-Durchschnitt entspricht).

Irland und das Vereinigte Königreich haben mit die höchsten Armutsrisikoquoten in der EU ohne Berücksichtigung der Sozialleistungen, und auch bei deren Einrechnung sind dort die Ungleichgewichte immer noch höher als der Gemeinschaftsdurchschnitt (die Leistungen hatten jedoch einen gewissen Umverteilungseffekt).

### **Armuts­lücke der Gemeinschaft bei 30 %**

Betrachtet man nur das Einkommen, das unterhalb der Armuts­grenze liegt, so wird zwar deutlich, wie viele Personen von ihrem Einkommen her der Kategorie der „von Armut Bedrohten“ zuzurechnen sind, jedoch nicht, wie gravierend diese Armut ist. Die Messung des Gefälles zwischen dem Einkommensniveau der „Armen“ und der Armuts­grenze (Armuts­lücke) verschafft Einblicke in das Ausmaß der Einkommensarmut. Im Jahr 1999 stand der Hälfte der Personen in der EU, die in einem Haushalt mit niedrigem Einkommen lebten, ein Äquivalenz-Haushaltseinkommen zur Verfügung, das mehr als 22 % unter der gewichteten

durchschnittlichen Armuts­grenze der EU lag. Bei einer durchschnittlichen Armuts­grenze von 7 263 KKS<sup>8</sup> in der Europäischen Union entspricht das einer relativen Äquivalenz-Armuts­lücke von rund 1 600 KKS.

### **Rund 35 Millionen Menschen sind dauerhaft von Armut bedroht**

Im Jahr 1999 lebten 9 % der Bevölkerung der Europäischen Union in einem Haushalt mit niedrigem Einkommen und waren mindestens 2 von 3 vorangegangenen Jahren in dieser Situation. Diese Zahlen lassen darauf schließen, dass mehr als die Hälfte aller Menschen in Haushalten mit einem niedrigen Einkommen 1999 dauerhaft von Armut bedroht war. Die Quote der dauernd von Einkommensarmut Bedrohten reicht von 5 % in Dänemark und in den Niederlanden bis 13 % in Griechenland und 14 % in Portugal.

Ein niedriges Einkommen impliziert nicht notwendigerweise auch einen niedrigen Lebensstandard. Typischerweise ist es der kumulierte negative Einfluss andauernder und/oder vielschichtiger Nachteile, der zu Armut und sozialer Ausgrenzung führt. Die vielseitigen Ursachen können spezielle, weniger allgemeine, effektivere Strategien zur sozialen Eingliederung erfordern.

### **Politischer Hintergrund**

In Art. 136 des EG-Vertrags wird die „Bekämpfung von Ausgrenzungen“ als eines von sechs Zielen der europäischen Sozialpolitik genannt. In Art. 137 Absatz 1 wird die Eingliederung der aus dem Arbeitsmarkt ausgegrenzten Personen als einer jener Bereiche angeführt, in denen die Tätigkeit der Mitgliedstaaten durch Gemeinschaftsaktionen unterstützt und ergänzt werden soll. Art. 137 Absatz 2 definiert den Handlungsrahmen auf Gemeinschaftsebene; demnach wird der Rat zur Bekämpfung sozialer Ausgrenzung die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten durch Initiativen fördern, welche „die Verbesserung des Wissensstandes, die Entwicklung des Austausches von Informationen und bewährten Verfahren, die Förderung innovativer Ansätze und die Bewertung von Erfahrungen zum Ziel haben“.

Der Europäische Rat (Lissabon, März 2000) gelangte zu folgendem Schluss: „Die Zahl der Menschen, die in der Union unterhalb der Armuts­grenze und in sozialer Ausgrenzung leben, kann nicht hingenommen werden. ... Die neue Wissensgesellschaft bietet ein enormes Potenzial für die Reduzierung der sozialen Ausgrenzung...“. (Schlussfolgerung Nr. 32 des Vorsitzes). Diese Schlussfolgerung wurde auf den Rattreffen von Nizza und Stockholm im Dezember 2000 und Frühjahr 2001 bekräftigt.

In der Sozialpolitischen Agenda (KOM(2000) 379 endg.) werden ebenfalls die Themen Armut und soziale Ausgrenzung angesprochen. Dabei gilt als Hauptziel: „Armut und Ausgrenzung sollen verhindert und eliminiert werden und die Eingliederung aller Menschen in das wirtschaftliche und soziale Leben soll gefördert werden“ (Abschnitt 4.2.2.1).

Der Rat von Lissabon stimmte darin überein, dass die Maßnahmen der Mitgliedstaaten zur Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung auf einer Methode der offenen Koordinierung beruhen sollten, welche gemeinsame Ziele, Nationale Aktionspläne und ein Programm, das von der Kommission vorgestellt wurde, um zur Zusammenarbeit auf diesem Gebiet zu ermutigen, miteinander kombiniert. Der Europäische Rat (Nizza, Dezember 2000) beschloss die gemeinsamen Ziele im Kampf gegen soziale Ausgrenzung und Armut: „die Erwerbsbeteiligung und den Zugang zu den Ressourcen, Rechten, Gütern und Dienstleistungen für alle erleichtern; den Risiken der Ausgrenzung vorbeugen; den am wenigsten Geschützten helfen; alle relevanten Kräfte mobilisieren“.

Die ersten beiden jährlichen Pläne wurden von den Mitgliedstaaten im Juni 2001 angenommen, und der erste gemeinsame Bericht zur sozialen Eingliederung, der diese verbindet und analysiert, wurde durch den Rat (Beschäftigung und Soziales) am 3. Dezember 2001 beschlossen.

Eine erste Serie von zehn primären und acht sekundären abgestimmten Indikatoren wurde durch den Ausschuss für Sozialschutz vorgestellt: Diese Indikatoren werden dem Zweck dienen, den Prozess hin zu den gemeinsamen Zielen, auf die man sich in Nizza geeinigt hat, zu überwachen.

### **Methodische Anmerkungen**

Quelle: Eurostat – Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft (ECHP), UDB, Welle 6, Version Dezember 2002.

Niedriges Einkommen (oder relative monetäre Armut) wird gemessen, indem man ermittelt, wie groß die Bevölkerungsgruppe mit einem Äquivalenzeinkommen von

8 Weitere Einzelheiten zu den Kaufkraftstandards siehe „Kaufkraftparitäten und damit zusammenhängende Wirtschaftsindikatoren: Ergebnisse für 1998“ (Eurostat, 2000).

weniger als 60 % des Medianwerts des Äquivalenzeinkommens in einem Land ist. Der Medianwert des Einkommens ist dem Durchschnittseinkommen vorzuziehen, da er von den Extremwerten der Einkommensverteilung weniger beeinflusst wird.

Die relative Armutlücke wird definiert als das zusätzliche Einkommen, das erforderlich ist, um das Äquivalenzhaushaltseinkommen einer unter der Armutsrisikogrenze lebenden Person auf das Einkommensniveau anzuheben, das der Armutsrisikogrenze entspricht. Erläuterung der Einkommenskonzepte und Anmerkungen zu den Daten siehe Einkommensverteilung (3.14).

Für Finnland und Schweden liegen aus den vorangegangenen Jahren keine vergleichbaren Einkommensdaten vor, somit konnte keine Rate der von dauerhafter Armut bedrohten Personen ermittelt werden. Für Österreich konnte für das Jahr 1997 keine vierjährige dauernde Einkommensarmut berechnet werden (die dreijährige dauernde Einkommensarmut liegt unter dem EU-Durchschnitt). Für Luxemburg liegen keine Daten vor.

#### Hinweise auf andere Teile des Berichts

Beschäftigung (3.7), Sozialschutzausgaben und -einnahmen (3.12), Einkommensverteilung (3.15), Erwerbslose Haushalte und niedriges Arbeitsentgelt (3.17), Einkommen, Armut und soziale Ausgrenzung und Verbrauch (Anhänge II und IV).

#### Literaturhinweise

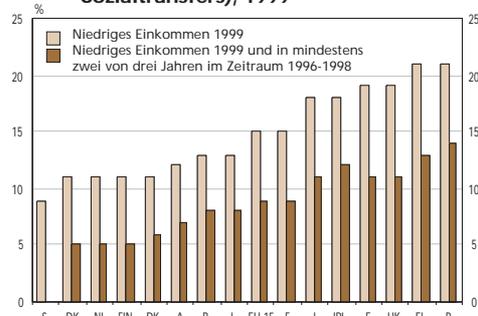
- „European social statistics: Income, Poverty and Social Exclusion in the Member States of the European Union“ (Europäische Sozialstatistik: Einkommen, Armut und soziale Ausgrenzung in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union), Ausgabe 2000. Eurostat.
- Statistik kurz gefasst (Bevölkerung und soziale Bedingungen): „Dauernde Einkommensarmut und soziale Ausgrenzung in der Europäischen Union“, Nr. 13/2000. „Einkommensarmut in der Europäischen Union: bei Kindern, nach Geschlecht und Umfang der Armutlücken“, Nr. 12/2000. „Sozialleistungen und ihre Umverteilungseffekte in der EU – Neueste Daten“, Nr. 9/2000. „Soziale Ausgrenzung in den EU-Mitgliedstaaten“, Nr. 1/2000. „Niedrige Einkommen und niedrige Löhne auf Haushaltsebene (EU-12)“, Nr. 6/1998. Eurostat.
- „Evaluation of income support policies at the local urban level“ (Beurteilung von Maßnahmen zur Einkommenshilfe auf der lokalen städtischen Ebene), Berichte der GD Forschung der Europäischen Kommission 1999.
- Gemeinsamer Bericht über die soziale Eingliederung – KOM(2001) 565.

#### Schlüsselindikator

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

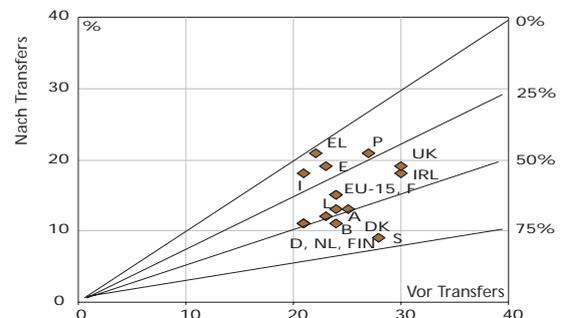
Quelle: Eurostat – Europäisches Haushaltspanel UDB, Version Dezember 2002.

**S.b. 32** Prozentsatz der Bevölkerung, der von Armut und dauerhafter Armut bedroht ist (nach Sozialtransfers), 1999



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

**S.b. 33** Prozentsatz der Bevölkerung, der von Armut bedroht ist – vor und nach Sozialtransfers, 1999



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

# 17

## 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.

### In Haushalten ohne Erwerbstätige ist der Anteil der Armen etwa 2,8-mal so hoch wie in Haushalten, in denen mindestens eine Person erwerbstätig ist

In 2002 lebte 12,1 % (8,9 %) der EU-Bevölkerung im Alter von 0 bis 65 (0 bis 60) Jahren in Arbeitslosen-Haushalten, also jenen Haushalten in denen kein Mitglied in Beschäftigung war (ausgeschlossen Personen in Haushalten, in denen alle Mitglieder jünger als 18 Jahre sind oder 18 bis 24 Jahre und in Ausbildung oder 65 (60) Jahre oder älter und nicht arbeitend). Der Anteil war am niedrigsten in Portugal (5,4 % / 3,7 %). Im Gegensatz dazu sind aus Belgien (16,3 % / 12,9 %) und dem Vereinigten Königreich (14,3 % / 12 %) die höchsten Werte zu berichten (keine Daten für die nordischen Mitgliedstaaten).

EU-weit lag die Rate der von Armut bedrohten Personen in Haushalten ohne Personen in Beschäftigung bei 51 % gegenüber 18 % für Haushalte, in denen mindestens eine Person einer Beschäftigung nachgeht, und 5 % für Haushalte, in denen alle Personen im erwerbsfähigen Alter beschäftigt sind. Die Gefahr, unterhalb der Armutsgrenze leben zu müssen, ist somit für Mitglieder von erwerbslosen Haushalten rund 2,8-mal so groß wie für Mitglieder von Erwerbstätigenhaushalten. Das Gefälle zwischen diesen beiden Gruppen ist in den einzelnen Mitgliedstaaten sehr unterschiedlich ausgeprägt. In Dänemark, Deutschland, Irland und Finnland ist der Anteil der Armen in Haushalten ohne Erwerbstätige mindestens fünfmal so hoch wie in Erwerbstätigenhaushalten, in Griechenland, Frankreich, Italien, Luxemburg, Österreich oder Portugal dagegen nur etwa doppelt so hoch.

Im Jahr 1999 lebten in Deutschland, Spanien, Irland, Italien und dem Vereinigten Königreich mehr als die Hälfte aller Angehörigen von Haushalten ohne eine erwerbstätige Person unterhalb der Armutsgrenze. Wesentlich niedriger lag dieser Anteil hingegen in Luxemburg (24 %) und Österreich (26 %). Dänemark (25 %) und Finnland (28 %, 1997). In Belgien, Dänemark, Griechenland, Frankreich, Portugal und Finnland lag der Anteil zwischen 41 % und 50 %.

### Erwerbstätige Arme: ein komplexes Bild

Auch wenn für Erwerbstätige die Wahrscheinlichkeit, dass sie in einem Haushalt mit niedrigem Einkommen leben müssen und somit zu den „arbeitenden Armen“ gehören, weniger

groß ist, besteht für sie dennoch die Gefahr der Armut. Der Lebensstandard eines Arbeitnehmers (am Einkommen gemessen) wird nur teilweise durch das Arbeitsentgelt bestimmt. Tatsächlich werden oftmals Niedriglöhne, die ein Haushaltsmitglied bezieht, durch das höhere Arbeitsentgelt eines oder mehrerer anderer Haushaltsmitglieder „ausgeglichen“. Ebenso kann ein Haushalt andere Einkommen als Löhne beziehen (Einkommen aus selbständiger Arbeit oder anderweitige Einkommensarten wie Sozialleistungen, Einkommen aus Vermögen usw.). Außerdem hängt der Lebensstandard nicht nur von den verfügbaren Mitteln ab, sondern auch von der Haushaltsgröße und von den wirtschaftlichen Merkmalen des Haushalts (Anzahl der erwerbstätigen Personen usw.) und seinen demografischen Merkmalen (Anzahl der Kinder und anderer Unterhaltsberechtigter usw.). Aus diesem Grunde leben nicht alle Niedriglohneempfänger in Haushalten mit niedrigem Einkommen. Andererseits können Arbeitnehmer, deren Arbeitsentgelt oberhalb der Niedriglohngrenze liegt, in „armen Haushalten“ leben, z. B. wenn sie für mehrere Unterhaltsberechtigte zu sorgen haben.

### EU-weit gehören 7 % der Arbeitnehmer zur Kategorie der „Armen“

Die Rate der von Armut bedrohten Personen (Armutsrisikoquote) unter den Arbeitnehmern beträgt 1999 für die EU insgesamt etwa 6 %. In Griechenland und Portugal liegt sie wesentlich höher (9-10 %), in Belgien, Dänemark und Finnland niedriger (2-3 %). In allen untersuchten Ländern ist die Rate der von Armut bedrohten Personen unter den Beschäftigten erwartungsgemäß niedriger als die Armutsrisikoquote für die Gesamtbevölkerung. Die Länder mit den höchsten Armutsrisikoquoten weisen nicht zwangsläufig auch den größten Anteil an von Armut bedrohten Arbeitnehmern auf, wenn auch dies im Allgemeinen der Fall zu sein scheint. Dänemark verzeichnet eine der niedrigsten Armutsrisikoquoten sowohl für die Gesamtbevölkerung als auch für die Arbeitnehmer, während Portugal mit die höchste Armutsrisikoquote unter den Arbeitnehmern und auch für die Gesamtbevölkerung aufweist.

Auf EU-Ebene und in den meisten Mitgliedstaaten ist die Armutsrisikoquote der Arbeitnehmer weniger als halb so hoch wie bei der Gesamtbevölkerung (1999).

### Politischer Hintergrund

Finanzielle Anreize gehören zu den wichtigsten Faktoren, die für die Erwerbsbeteiligung bestimmend sind, und spielen sowohl in den beschäftigungspolitischen Leitlinien als auch in den Grundzügen der Wirtschaftspolitik eine wichtige Rolle; die künftige Europäische Beschäftigungsstrategie wird sie noch stärker in den Vordergrund rücken. Bei der Umsetzung des Ziels, dafür zu sorgen, „dass Arbeit sich lohnt“, sollte sowohl die Perspektive der Arbeitssuchenden als auch die der Arbeitgeber

berücksichtigt werden. Entsprechend den Empfehlungen des Gemeinsamen Berichts zur Erhöhung der Erwerbsbeteiligung ist eine systematische Überprüfung der Steuer- und Sozialleistungssysteme erforderlich. Dabei sollte im Mittelpunkt stehen, die Arbeitslosigkeits- und die Armutsfalle zu beseitigen, den Eintritt von Frauen in das Erwerbsleben sowie ihr Verbleiben oder ihre Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt nach einer Unterbrechung der Berufstätigkeit zu fördern und ältere Arbeitnehmer länger am Erwerbsleben teilhaben zu lassen. Darüber hinaus sollte die Besteuerung der Arbeit insbesondere

für gering qualifizierte Arbeitskräfte so gestaltet werden, dass Schwarzarbeit an Attraktivität verliert und die Schaffung von Arbeitsplätzen gefördert wird.

Siehe dazu Haushalte mit niedrigem Einkommen (3.16).

### Methodische Anmerkungen

Quellen: Eurostat – Arbeitskräfteerhebung der Europäischen Union (Daten zur Bevölkerung, die in Haushalten mit und ohne Erwerbstätige lebt). Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft (ECHP), UDB, Version Dezember 2002, 1999, Welle 6. Erläuterung des Einkommenskonzepts und Definition des Äquivalenzeinkommens siehe Einkommensverteilung (3.15). Zur Definition der einkommensschwachen (oder armen) Haushalte siehe Haushalte mit niedrigem Einkommen (3.16).

### Hinweise auf andere Teile des Berichts

Beschäftigung (3.7), Sozialschutzausgaben und -einnahmen (3.12), Einkommensverteilung (3.15), Haushalte mit niedrigem Einkommen (3.16), Einkommen, Armut und soziale Ausgrenzung (Anhänge II und IV).

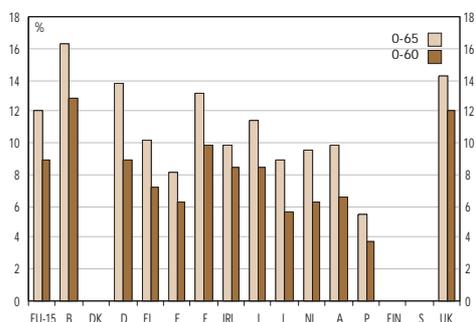
### Literaturhinweise

- „European social statistics: Income, Poverty and Social Exclusion in the Member States of the European Union“ (Europäische Sozialstatistik: Einkommen, Armut und soziale Ausgrenzung in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union), Ausgabe 2000. „Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft: Ausgewählte Indikatoren aus der Welle 1995“, 1999. Eurostat.
- „Beschäftigung in Europa 2002“, Kapitel 3 „Synergien zwischen Qualität und Quantität auf den europäischen Arbeitsmärkten“, September 2002. Europäische Kommission, GD Beschäftigung und Soziales.
- „Beschäftigung in Europa 2001“, Kapitel 4 „Qualität der Arbeitsplätze und soziale Integration“, Juli 2001. Europäische Kommission, GD Beschäftigung und Soziales.
- Statistik kurz gefasst (Bevölkerung und soziale Bedingungen): „Einkommensarmut in der Europäischen Union: bei Kindern, nach Geschlecht und Umfang der Armutslücken“, Nr. 12/2000. „Niedriglöhne in den Ländern der EU“, Nr. 11/2000. „Sozialleistungen und ihre Umverteilungseffekte in der EU - Neueste Daten“, Nr. 9/2000. „Soziale Ausgrenzung in den EU-Mitgliedstaaten“, Nr. 1/2000. Eurostat.
- „Low pay and earning mobility in Europe“ (Niedriglohn und Lohnmobilität in Europa), TSER-Programm. Edward Elgar Publishing, Vereinigtes Königreich, 1999.

### Schlüsselindikator

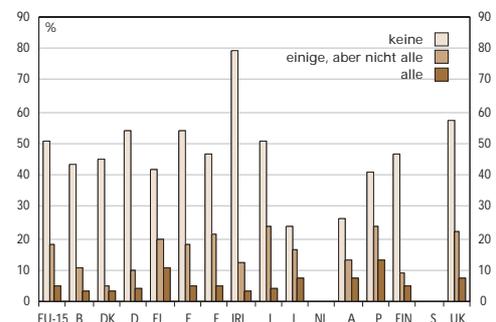
	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Bevölkerung in erwerbslosen Haushalten – Personen im Alter von 0 – 65:</b> Prozentsatz der Personen in Haushalten, in denen kein Mitglied einer Erwerbstätigkeit nachgeht, als Anteil an der Gesamtbevölkerung (Personen in Haushalten, in denen alle Mitglieder jünger sind als 18 Jahre und in Ausbildung oder mindestens 65 Jahre und nicht arbeitend sind, ausgenommen), <b>2002</b>	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
<b>Bevölkerung in erwerbslosen Haushalten – Personen im Alter von 0 – 60:</b> 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 60 Jahre und nicht arbeitend sind, ausgenommen) <b>2002</b>	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.																
<b>Prozentsatz der Bevölkerung, die von Armut bedroht ist in Haushalten, in denen ... Personen im Erwerbsalter erwerbstätig sind, 1999</b>																
... 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**



Quelle: Eurostat – Arbeitskräfteerhebung in der Europäischen Union

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



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

# 18

## 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.

Eine ausgewogene Beteiligung von Frauen und Männern am Entscheidungsprozess ist wesentlich für die Verwirklichung der Geschlechtergleichstellung und grundlegende Voraussetzung für eine funktionierende Demokratie, die den Interessen und Bedürfnissen der gesamten Bevölkerung Rechnung trägt. Dennoch sind in der Europäischen Union Frauen in Entscheidungspositionen in Politik und Wirtschaft, in Gewerkschaften, Universitäten, der Zivilgesellschaft und der Justiz weiterhin unterrepräsentiert. Frauen sind immer noch weit von einer gleichberechtigten Teilhabe am Entscheidungsprozess entfernt. Die Beseitigung dieses Mangels stellt eine strukturelle und vielgestaltige Herausforderung dar.

Die vollständige Umsetzung der Empfehlung des Rates (2-12/1996) über die ausgewogene Mitwirkung von Frauen und Männern am Entscheidungsprozess (96/694/EG) ist noch lange nicht erreicht. Zehn Mitgliedstaaten haben mittlerweile – wenn auch unterschiedlich weit reichende – Rechtsvorschriften zur Förderung einer ausgewogenen Beteiligung von Frauen und Männern am Entscheidungsprozess in ihre Verfassung oder in Gleichstellungsgesetze aufgenommen.

### Politische Entscheidungsfindung

In den Parlamenten der Mitgliedstaaten hatten im Frühjahr 2001 die Frauen lediglich 23 % der Sitze inne. Die Unterschiede zwischen den Ländern waren groß; die Frauenanteile reichten von 9 % in Griechenland (dem kleinsten Anteil) bis 44 % in Schweden (dem größten Anteil). Im Durchschnitt sind 24,1 % der Kabinettsmitglieder der nationalen Regierungen Frauen, wobei Schweden mit 52,6 % die Spitzenposition einnimmt.

Ein Vergleich der Regionalparlamente ist schwieriger, da nicht alle Mitgliedsstaaten über solche Einrichtungen verfügen. Von 9 842 Abgeordneten in regionalen Parlamenten waren 2 896 bzw. 29 % Frauen (Angaben aus dem Jahr 2000).

Für die Kommunalvertretungen in den EU-Mitgliedstaaten liegen keine vollständigen und auch nicht immer vergleichbare Angaben vor, da Entscheidungsprozesse auf der lokalen Ebene sehr unterschiedlich ablaufen. Die Angaben aus dem Jahr 1997 lassen auf eine Beteiligung der Frauen von nahezu 20 % in den Kommunalvertretungen schließen.

Das Europäische Parlament hat hinsichtlich des Gleichgewichts der Geschlechter in den letzten Jahren langsame Fortschritte gemacht: Derzeit sind 30 % seiner Mitglieder Frauen, während es 1991 lediglich 19 % waren. In der Europäischen Kommission liegt der Frauenanteil bei 25 %.

### Beteiligung an den Exekutivgremien

In 12 Mitgliedstaaten ist der Anteil der Frauen auf der Ebene der nationalen Regierung höher als in den nationalen Parlamenten (oder im Unterhaus). Der Unterschied ist in Frankreich besonders krass, da es 10 % weibliche Abgeordnete in der Nationalversammlung gibt und die Frauen in der nationalen Regierung einen Anteil von 29 % haben.

Auf regionaler Ebene ist eine umgekehrte Tendenz zu erkennen, mit einem höheren Anteil von Frauen in den Regionalversammlungen (29 %) als in den Exekutivgremien: Von 940 Mitgliedern in regionalen Exekutivstrukturen sind 206 Frauen, d.h. 22 %. In einem föderalen Staat wie Deutschland z. B. ist der Frauenanteil in den nationalen und regionalen Parlamenten mit 32 % bzw. 31 % ähnlich hoch. Die Werte gehen jedoch bei den Exekutivgremien weit auseinander und betragen 39 % auf nationaler Ebene bzw. 24 % auf regionaler Ebene.

Die Europäische Kommission und einige Mitgliedstaaten haben Verordnungen für eine ausgewogene Beteiligung von Frauen und Männern in Expertengruppen und Ausschüssen verabschiedet. Die Europäische Kommission hat sich mittelfristig zum Ziel gesetzt, dass der Anteil jedes Geschlechts in allen Ausschüssen und Sachverständigengruppen mindestens 40 % zu betragen hat.

Die Beteiligung der Frauen an den höchsten Positionen in der öffentlichen Verwaltung liegt zwischen 40 % in Schweden und 10 % in Österreich, Belgien, Deutschland, Irland, Italien und Luxemburg. 2001 gab es bei den öffentlichen Bediensteten der Europäischen Kommission in den beiden höchsten Verwaltungsebenen 7,4 % und 11,3 % Frauen (Besoldungsstufen A1 und A2). Im Bericht des Beschäftigungsausschusses über die Indikatoren für die Qualität der Arbeitsplätze wird die Entwicklung eines Indikators vorgeschlagen, der den Anteil der beschäftigten Frauen mit Führungsaufgaben am Arbeitsplatz im Vergleich zu dem der Männer misst.

### Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf fördert eine ausgewogene Beteiligung an Entscheidungspositionen

Die Vereinbarkeit von Familien- und Berufsleben ist ein entscheidender Faktor für den Zugang der Frauen zu Entscheidungspositionen. Einer kürzlich vom *Instituto de la Mujer*<sup>9</sup> in Spanien durchgeführten Studie zufolge ist bei Frauen in Führungspositionen der Anteil der Alleinstehenden höher als bei Männern, und sie haben auch weniger Kinder als ihre männlichen Kollegen. Die Studie zeigt ferner auf, dass die Familie nach wie vor ein wichtiges Hindernis für den Aufstieg von Frauen in Entscheidungspositionen darstellen kann.

Ein vom Förderprogramm zur Geschlechtergleichstellung kofi-

9 Instituto de la Mujer, El acceso de las mujeres a los puestos de dirección. Studie über den Zugang von Frauen zu Führungspositionen von Ester Barbera, Professorin für Grundlagen der Psychologie an der Universidad de Valencia, im Auftrag des Instituto de la Mujer, einer unabhängigen öffentlich-rechtlichen Einrichtung. Die Studie wurde bisher noch nicht veröffentlicht.

nanziertes Projekt<sup>10</sup> befasste sich mit dem Status der gewählten Mitglieder der Kommunalvertretungen in Europa und den Schwierigkeiten, mit denen sich Frauen, die ein kommunales Amt übernehmen, konfrontiert sehen. Es zeigt auf, dass Zeitmanagementprobleme die Möglichkeiten von Frauen erheblich einschränken können. Die Ausübung eines kommu-

nalen Amtes ist häufig mit Zeitaufwand und Terminen verbunden, die sich mit dem Großziehen von Kindern nicht vereinbaren lassen, wenn der Vater nicht einen Teil der familiären Aufgaben übernimmt oder keine geeigneten und erschwinglichen Kinderbetreuungsdienste vorhanden sind.

### Politischer Hintergrund

In der Erklärung und der Aktionsplattform für die 4. Weltfrauenkonferenz (Peking 4-15/9/95) wurde betont, dass es notwendig sei sicherzustellen, dass die Verantwortlichkeiten, die Befugnisse und Rechte gleichmäßig verteilt würden.

Die Empfehlung des Rates (2-12/1996) über die ausgewogene Mitwirkung von Frauen und Männern am Entscheidungsprozess (96/694/EG) an die Mitgliedstaaten lautet, eine umfassende integrative Strategie zu verabschieden, die auf die Förderung der ausgewogenen Beteiligung von Frauen und Männern am Entscheidungsfindungsprozess und die Entwicklung oder Einführung geeigneter Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels gerichtet ist; ... die Sammlung und Veröffentlichung von Statistiken zu verbessern, um ein deutlicheres Bild zu erhalten, wie Männer und Frauen auf allen Ebenen des Entscheidungsprozesses in politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Sphären vertreten sind; ...eine ausgeglichene Teilhabe von Frauen auf allen Ebenen in Regierungsinstitutionen zu fördern; (siehe Bericht der Kommission KOM(2000) 120 endg. vom 7.3.2000).

Beschluss der Kommission über die ausgewogene Vertretung von Frauen und Männern in den von ihr eingesetzten Ausschüssen und Sachverständigengruppen (2000/407/EG vom 19.6.00).

Die Rahmenstrategie der Gemeinschaft zur Förderung der Gleichstellung von Frauen und Männern (2001-2005) enthält u. a. folgende Maßnahmen: Förderung der Entwicklung von Netzwerken von Frauen, die in ein politisches Amt gewählt wurden; Förderung bewusstseinsbildender Maßnahmen; Bewertung des Einflusses von Wahlsystemen und Überprüfung der von der Kommission eingesetzten Ausschüsse und Sachverständigengruppen auf eine ausgewogenere Vertretung von Frauen und Männern.

Schwerpunkthema für die Umsetzung des Aktionsprogramms zur Gleichstellung der Geschlechter 2003 ist die „ausgewogene Mitwirkung von Frauen und Männern an Entscheidungsprozessen“. Im Oktober 2002 ergingen zwei Aufforderungen zur Einreichung von Vorschlägen. Die erste richtete sich an die Regierungen und zielte auf die Veranstaltung grenzüberschreitender Konferenzen, Kampagnen und anderer Aktivitäten zum Schwerpunkthema ab. Die zweite wandte sich an Nichtregierungsorganisationen oder Sozialpartner auf europäischer Ebene sowie Netzwerke

regionaler oder kommunaler Behörden und Organisationen, die sich der Förderung der Geschlechtergleichstellung verschrieben haben.

### Methodische Anmerkungen

Es stehen Angaben über die Zahl der Frauen im Parlament und in den meisten nationalen Regierungen zur Verfügung. Die hier genutzten Quellen sind die Europäische Datenbank – Frauen in Entscheidungspositionen – (<http://www.db-decision.de>).

Nicht alle Länder verfügen über schlüssige Statistiken über die Beteiligung von Frauen in anderen entscheidungsfindenden Gremien. Siehe auch den Bericht der finnischen Präsidentschaft über die neuen Indikatoren zur Messung von Fortschritten im Bereich der Entscheidungsfindung (SI(1999)873).

Im Jahr 2002 vergab die Kommission einen Auftrag zur Einrichtung einer europäischen Datenbank zum Thema Frauen und Männer in politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entscheidungspositionen in den Mitgliedstaaten, den EWR-Ländern und den Bewerberländern.

### Hinweise auf andere Teile des Berichts

Bildungsabschlüsse (3.5), Beschäftigungssituation von Frauen und Männern (3.19), Arbeitseinkommen von Frauen und Männern (3.20), Gleichstellung der Geschlechter (Anhänge II und IV).

### Literaturhinweise

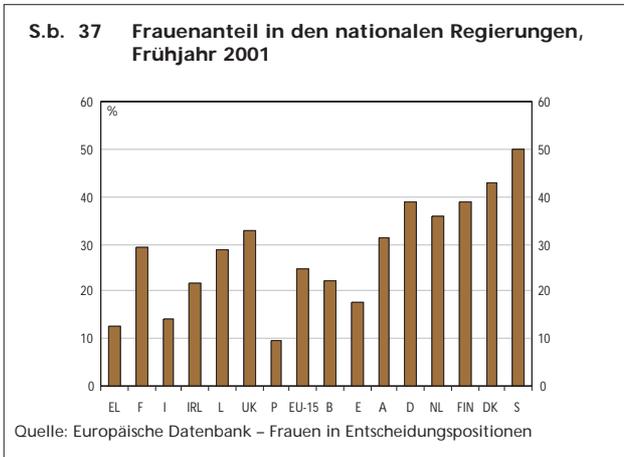
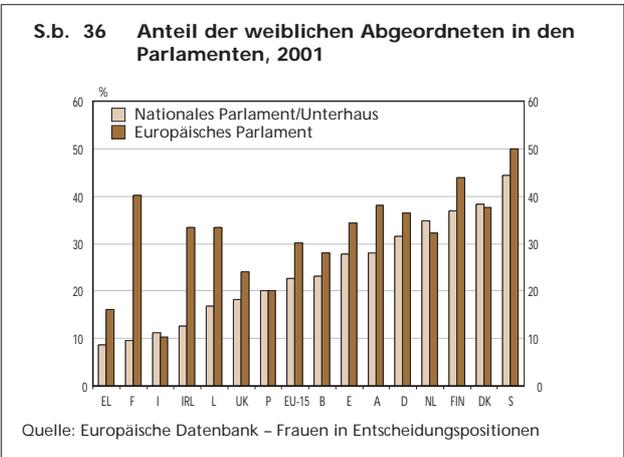
- Bericht der Kommission über die Umsetzung der Empfehlung 96/694 des Rates vom 2. Dezember 1996 über die ausgewogene Mitwirkung von Frauen und Männern am Entscheidungsprozess – KOM(2000) 120 endg.
- Chancengleichheit für Frauen und Männer in der Europäischen Union – Jahresbericht 2001 – KOM(2002) 258 endg.
- ETAN report on Women and sciences: Promoting excellence through mainstreaming gender equality (ETAN-Bericht über Frauen und die Wissenschaft: Förderung der Spitzenkräfte durch die Einführung der Gleichstellung der Geschlechter), 2000.

<sup>10</sup> Pourquoi pas conseillères municipales ? website : [www.ellesaussi.asso.fr](http://www.ellesaussi.asso.fr)

**Schlüsselindikator**

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Anteil der weiblichen Abgeordneten in den nationalen Parlamenten (oder Unterhaus), Frühjahr 2001</b>	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	30	28	38	36	16	34	40	33	10	33	32	38	20	44	50	24
Frauenanteil in den nationalen Regierungen, Frühjahr 2001	25	22	43	39	13	18	29	22	14	29	36	31	10	39	50	33

Quelle: Europäische Datenbank – Frauen in Entscheidungspositionen



# 19

## 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.

### Frauen sind auf dem Arbeitsmarkt weiterhin benachteiligt

Trotz des Fortschritts während der letzten Jahre ist es für Frauen immer noch problematisch, Zugang zum Arbeitsmarkt und insbesondere zu Führungspositionen zu erlangen (siehe dazu Abschnitt 3.18: Frauen und Männer in Entscheidungspositionen): Noch nicht einmal 6 % aller erwerbstätigen Frauen haben Führungspositionen inne, gegenüber 10 % aller erwerbstätigen Männer. Die Arbeitslosigkeit unter Frauen ist viel höher als unter Männern. Während die Frauen rund 43 % der Erwerbsbevölkerung der EU bilden, stellen sie die Hälfte der Arbeitslosen (50,4 %). Im Jahr 2001 überstieg die Arbeitslosenquote der Frauen in weiten Teilen der Union die der Männer (durchschnittlich 8,6 % gegenüber 6,4 %, siehe Arbeitslosigkeit 3.9). Die Beschäftigungsquoten der Frauen liegen durchweg unter jenen der Männer. Hinzu kommt, dass viele Frauen einer Teilzeitarbeit nachgehen. Auch der Anteil der in einem befristeten Arbeitsverhältnis Beschäftigten ist bei den Arbeitnehmerinnen (14,6 %) höher als bei ihren männlichen Kollegen (12,4 %).

### Trotz sinkender Tendenz weiterhin große Differenzen zwischen Frauen und Männern

Die Kombination von zunehmender Bildung und Wachstum im Dienstleistungssektor in Verbindung mit veränderten Einstellungen hat zur Folge, dass sich der Anteil der erwerbstätigen Frauen dem der Männer annähert – zwischen 1996 und 2001 stieg die Beschäftigungsquote unter den Frauen um fast 5 Prozentpunkte auf 54,9 %, während diese Quote bei den Männern um 3 Prozentpunkte auf 73 % stieg. Der Abstand hat sich somit zwar verringert, in der Mehrzahl der Mitgliedstaaten ist er allerdings weiterhin groß. In Schweden liegt die Beschäftigungsquote der Frauen bei 96 % der Quote der Männer, obwohl die Zahl der erwerbstätigen Frauen in den letzten Jahren relativ gesunken ist. In praktisch allen Mitgliedstaaten ist die Differenz zwischen den Beschäftigungsquoten von Frauen und Männern in der jüngeren Generation geringer als in der älteren.

EU-weit ist die Frauenbeschäftigung im wachsenden Dienstleistungssektor konzentriert (in dem 83 % aller erwerbstätigen Frauen gegenüber 58,9 % der erwerbstätigen Männer beschäftigt sind), während Männer unverhältnismäßig stark in der Landwirtschaft und der Industrie vertreten sind, wo in letzter Zeit umfangreiche Umstrukturierungen stattfanden. Die Geschlechtertrennung auf dem Arbeitsmarkt kann die Wahlmöglichkeiten von Frauen einschränken, die in den Arbeitsmarkt eintreten oder eintreten möchten: In den Niedriglohnbereichen und gering bezahlten Beschäftigungen sind Frauen überrepräsentiert.

Generell lässt sich feststellen, dass Mütter im Alter zwischen 25 und 49 Jahren mit mindestens einem Kleinkind (0-5 Jahre) mit geringerer Wahrscheinlichkeit (56,5 %) einer Erwerbstätigkeit nachgehen als kinderlose Frauen desselben Alters (71 %). Besonders groß ist die Lücke zwischen diesen beiden Gruppen in Deutschland und dem Vereinigten Königreich. In Belgien und Portugal dagegen sind die Quoten in beiden Gruppen fast gleich hoch. Die Unterschiede zwischen den Ländern reflektieren vor allem den Umfang der Kinderbetreuungsangebote, das Vorhandensein von Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Verfügbarkeit von Teilzeitarbeit, die Steuergesetzgebung sowie das Angebot an Sozialleistungen.

### Jede dritte erwerbstätige Frau geht einer Teilzeitarbeit nach

EU-weit haben 33 % der beschäftigten Frauen eine Teilzeitarbeit, während es bei den Männern lediglich 6 % sind. Besonders verbreitet ist die weibliche Teilzeitarbeit in den Niederlanden (71,3 %) und im Vereinigten Königreich (44,1 %). Vollzeitbeschäftigte Frauen haben in allen Mitgliedstaaten eine kürzere Arbeitszeit als Männer, obwohl der Unterschied in Österreich und Schweden noch nicht einmal eine Stunde ausmacht. Im Vereinigten Königreich beträgt der Unterschied hingegen mehr als vier Stunden.

### Politischer Hintergrund

Laut EG-Vertrag (Artikel 137) „unterstützt und ergänzt die Gemeinschaft die Tätigkeit der Mitgliedstaaten“ zur Herstellung von „Chancengleichheit von Männern und Frauen auf dem Arbeitsmarkt und Gleichbehandlung am Arbeitsplatz“.

Richtlinie 2002/73/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 zur Änderung der Richtlinie 76/207/EWG des Rates zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen hinsichtlich des Zugangs zur Beschäftigung, zur Berufsbildung und zum beruflichen Aufstieg sowie in Bezug auf die Arbeitsbedingungen.

Richtlinie 93/104/EG des Rates vom 23. November 1993 über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung.

Richtlinie des Rates 96/34/EG vom 3. Juni 1996 zu der von UNICE, CEEP und EGB geschlossenen Rahmenvereinbarung über Elternurlaub.

Die Unterschiede in der Beschäftigungssituation von Frauen und Männern zu verringern war von Anfang an eines der Hauptanliegen der Europäischen Beschäftigungsstrategie und wird es auch in der künftigen EBS bleiben. Eine weitere Steigerung der Erwerbsbeteiligung von Frauen ist für die Verwirklichung der Lissabonner Beschäftigungsziele von entscheidender Bedeutung. Daher sollten vor allem eine längere Erwerbstätigkeit der älteren Frauen und die

Erwerbsbeteiligung von Müttern mit kleinen Kindern gefördert werden. Um ein höheres Beschäftigungswachstum zu erzielen und die Qualität der Arbeitsplätze zu verbessern, muss sich die Beschäftigungspolitik auf die strukturellen Ungleichheiten auf dem Arbeitsmarkt konzentrieren. Dazu zählen geschlechtsspezifische Unterschiede in Beschäftigung, Arbeitslosigkeit und bei den atypischen Beschäftigungsverhältnissen, Geschlechtertrennung in bestimmten Wirtschaftssektoren und Berufen und die unterschiedliche Bezahlung von Frauen und Männern. Die unzureichende Vertretung der Frauen in den für die Gestaltung der künftigen wissensbasierten Gesellschaft maßgeblichen Schlüsselbereichen der höheren Bildung und der Forschung muss erheblich verbessert werden. Darüber hinaus gilt es, günstigere Bedingungen für den (Wieder-)Eintritt in das Erwerbsleben und den Verbleib auf dem Arbeitsmarkt von Frauen und Männern zu fördern. Der Vereinbarkeit von Familie und Beruf förderlich sind beispielsweise ein angemessenes Dienstleistungsangebot für die Betreuung von Kindern und pflegebedürftigen Personen in geeigneter Qualität und ein angemessener Zugang zu solchen Diensten, eine ausgewogene Aufteilung der Betreuungs- und Haushaltsaufgaben, die Förderung der Inanspruchnahme des Elternurlaubs und sonstiger Regelungen für eine vorübergehende Arbeitsbefreiung durch Männer sowie ein Angebot an flexiblen Arbeitszeitregelungen für Frauen und Männer.

Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen: „Für eine Rahmenstrategie der Gemeinschaft zur Förderung der Gleichstellung von Frauen und Männern (2001-2005)“, KOM(2000) 335 endg.

Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über „Beschäftigungspolitik und Sozialpolitik: ein Konzept für Investitionen in Qualität“, in den Indikatoren für die Qualität der Arbeitsplätze vorgeschlagen werden und die Gleichstellung der Geschlechter als grundlegendes Querschnittsprinzip betrachtet wird (KOM(2001) 313).

Bericht über die Umsetzung der Aktionsplattform von Peking durch die Mitgliedstaaten und die EU-Institutionen, Rat der Europäischen Union, 11829/1/99.

Der Europäische Rat (Lissabon, März 2000) gelangte zu folgendem Schluss: „Die Beschäftigungsquote ist zu niedrig und durch eine ungenügende Beteiligung von Frauen am Arbeitsmarkt gekennzeichnet.“ (Schlussfolgerung Nr. 4 des Vorsitzes). Der Anteil der berufstätigen Frauen soll auf über 60 % im Jahr 2010 gesteigert werden. Darüber hinaus nannte der Rat vier Kernbereiche einer aktiven Beschäftigungspolitik, von denen einer lautet: „Förderung der Chancengleichheit in allen ihren Aspekten, darunter auch Reduzierung der geschlechtsspezifischen Unterschiede im Beschäftigungsbereich, und Erleichterung der Vereinbarkeit von Arbeits- und Familienleben, insbesondere durch die Festlegung einer neuen Benchmark für bessere Maßnahmen zur Kinderbetreuung“. Das Gipfeltreffen von Stockholm im März

2001 gab als mittelfristiges Ziel vor, den Anteil der berufstätigen Frauen bis 2005 auf 57 % zu steigern, und forderte den Rat und die Kommission auf, Indikatoren für die Bereitstellung von Betreuungseinrichtungen für Kinder und andere betreuungsbedürftige Personen zu schaffen.

Der Europäische Rat (Barcelona) kam zu dem Schluss, dass bis 2010 für mindestens 90 % der Kinder zwischen 3 Jahren und dem schulpflichtigen Alter sowie für mindestens 33 % der Kinder unter 3 Jahren Betreuungsangebote bereitgestellt werden sollten.

Ein Hauptziel der Sozialpolitischen Agenda (KOM(2000) 379 endg.) besteht laut Abschnitt 4.1.1.1 unter anderem darin, den Anteil der berufstätigen Frauen auf über 60 % im Jahre 2010 zu steigern, um Europas volles Beschäftigungspotenzial – unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Ausgangspositionen der Mitgliedstaaten – zu verwirklichen. Darüber hinaus wird dort festgestellt: „Die Chancengleichheit muss eine höhere Priorität erhalten.“

#### **Methodische Anmerkungen**

Quelle: Eurostat – Vierteljährliche Arbeitskräftedaten und Arbeitskräfteerhebung der Europäischen Union.

Definitionen von Erwerbstätigkeit, Beschäftigungs- und Arbeitslosenquoten sowie Vollzeit-/Teilzeitarbeit sind in den Abschnitten Beschäftigung (3.7) und Arbeitslosigkeit (3.9) enthalten. Da für Dänemark, Irland, Finnland und Schweden keine Daten zum Erwerbsstatus aller übrigen Haushaltsmitglieder außer der befragten Person vorliegen, sind die Vergleiche der Beschäftigung nach dem Status der Eltern unvollständig.

#### **Hinweise auf andere Teile des Berichts**

Beschäftigung (3.7), Arbeitseinkommen von Frauen und Männern (3.20), Arbeitsmarkt und Gleichstellung der Geschlechter (Anhänge II und IV).

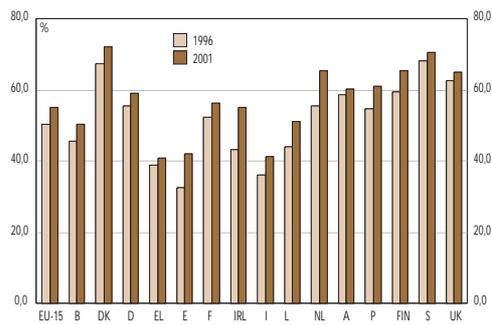
#### **Literaturhinweise**

- „Europäische Sozialstatistik – Erhebung über Arbeitskräfte – Ergebnisse 2000“, 2001. Eurostat.
- „Beschäftigung in Europa 2002“, September 2002. Europäische Kommission, GD Beschäftigung und Soziales.
- „Chancengleichheit für Frauen und Männer in der Europäischen Union – Jahresbericht 1999“. „Gleichstellung von Frauen und Männern“, Magazin. Europäische Kommission, GD Beschäftigung und Soziales.
- Statistik kurz gefasst (Bevölkerung und soziale Bedingungen): „Teilzeitarbeit in der Europäischen Union“, Nr. 13/1997. „Arbeitskräfteerhebung – Wichtigste Ergebnisse 2000“, Nr. 10/2001. Eurostat.
- Chancengleichheit für Frauen und Männer in der Europäischen Union – Jahresbericht 2001 – KOM(2002) 258 endg.

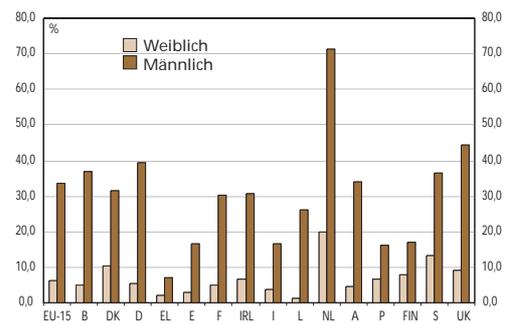
**Schlüsselindikator**

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Beschäftigungsquote (15-64 Jahre), 2001</b>																
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 Arbeitskräfte-daten

**S.b. 38 Beschäftigungsquoten von Frauen (15-64 Jahre), 1996 und 2001**


Quelle: Eurostat – Vierteljährliche Arbeitskräfte-daten

**S.b. 39 Prozentsatz der Teilzeitbeschäftigten, nach Geschlecht, 2001**


Quelle: Eurostat – Vierteljährliche Arbeitskräfte-daten

# 20

## 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.

### Nach wie vor erhebliche Unterschiede zwischen den Arbeitsentgelten von Männern und Frauen in Europa – Verdienst der Frauen beträgt im Schnitt 84 % des Verdienstes der Männer

Laut dem Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft (ECHP) belief sich der durchschnittliche Bruttostundenverdienst einer Frau im Jahr 1999 auf 84 % des Durchschnittsverdienstes eines Mannes. In allen EU-Mitgliedstaaten liegen die Verdienste der Frauen im Schnitt unter denen der Männer. Der durchschnittliche Bruttostundenverdienst der Frauen als Anteil jenes der Männer reicht von 78 % in Irland und 79 % im Vereinigten Königreich bis zu 91 % in Italien und 95 % in Portugal.

### Die Verdienstunterschiede hängen mit geschlechtsspezifischen persönlichen Merkmalen und Arbeitsplatzmerkmalen sowie ihrer Entlohnung zusammen

Erwerbstätige Frauen und Männer weisen erhebliche Unterschiede hinsichtlich ihrer persönlichen Merkmale und der Arbeitsplatzmerkmale auf. Hierzu zählen die Beteiligung am Arbeitsmarkt, die Beschäftigung, die Verdienste, die sektor- und berufsspezifischen Beschäftigungsstrukturen ebenso wie beruflicher Status, Art der ausgeübten Tätigkeit und Aufstiegschancen. Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede bei älteren Beschäftigten (30 %), hoch qualifizierten Arbeitskräften (23 %) und Personal in Führungspositionen (19 %). Die Diskrepanzen sind auch nicht in allen Wirtschaftssektoren und Berufen gleich: Sie erreichen 24 % in der Privatwirtschaft insgesamt, 28 % bei den Finanzdienstleistungen und 25 % im verarbeitenden Gewerbe sowie 31 % bei den Handwerksberufen und 25 % bei Anlagen- und Maschinenbedienern.

Frauen haben wesentlich seltener Leitungsfunktionen inne als Männer: 1998 hatten 16 % der erwerbstätigen Männer in der EU eine gehobene Leitungsfunktion und weitere 19 % zählten zu den mittleren Führungskräften; die entsprechenden Anteile der Frauen lagen bei weniger als 9 % bzw. 16 %. Insgesamt war die Wahrscheinlichkeit, solche Leitungsfunktionen zu besetzen, für Männer doppelt so hoch wie für Frauen. Diese Beobachtung trifft auf alle Mitgliedstaaten zu, wobei Frauen in Italien,

Griechenland und den Niederlanden im Vergleich zu den Männern den geringsten Zugang zu Führungspositionen haben.

Frauen sind darüber hinaus häufig in atypischen Beschäftigungsverhältnissen tätig (befristet oder in Teilzeit). So sind beispielsweise 33,4 % der Frauen, aber nur 6,2 % der erwerbstätigen Männer teilzeitbeschäftigt. Männer sind also nicht nur besonders zahlreich in den Berufen und Wirtschaftszweigen mit höherer Bezahlung vertreten, sondern haben innerhalb dieser Berufe und Wirtschaftszweige auch häufiger als Frauen Führungspositionen inne und werden für diese Tätigkeit auch besser bezahlt.

In den von Frauen dominierten Wirtschaftssektoren und Berufen sind zwar die Verdienste von Männern und Frauen geringer, Frauen sind hiervon jedoch weit stärker betroffen als Männer. Und unabhängig vom anfänglichen Entgeltunterschied vergrößert sich der Abstand zwischen den Verdiensten von Frauen und Männern im Laufe des Erwerbslebens beträchtlich.

Zu den allgemeinen geschlechtsspezifischen Entgeltunterschieden trägt neben den genannten Unterschieden in der Zusammensetzung der männlichen und weiblichen Arbeitskräfte auch die unterschiedliche Entlohnung der persönlichen Fähigkeiten und Tätigkeitsmerkmale von Frauen und Männern bei. Wie in Beschäftigung in Europa 2002 aufgezeigt wird, ist vor allem der Einfluss der mit dem Beschäftigungssektor und der Berufskategorie zusammenhängenden unterschiedlichen Zusammensetzung der männlichen und der weiblichen Arbeitskräfte erheblich. Derartige Unterschiede in der Zusammensetzung können auch auf verschiedene Formen der mittelbaren Diskriminierung, beispielsweise bedingt durch Traditionen, gesellschaftliche Normen und eingeschränkte Möglichkeiten in Bezug auf Bildung, Erwerbsbeteiligung, Berufswahl und Laufbahnentwicklung, zurückzuführen sein. Daher gilt es, beide Arten geschlechtsspezifischer Unterschiede und beide Formen potenzieller Diskriminierung – die unmittelbare, entgeltbezogene Diskriminierung und die oben dargestellten mittelbaren Diskriminierungen – zu bekämpfen, um die Entgelte einander anzunähern.

### Politischer Hintergrund

Die erheblichen geschlechtsspezifischen Unterschiede, die nach wie vor auf den europäischen Arbeitsmärkten vorhanden sind, müssen im Interesse von Wirtschaftswachstum, Beschäftigung und sozialem Zusammenhalt in Angriff genommen werden.

Im EG-Vertrag (Art. 141) heißt es: „Jeder Mitgliedstaat stellt die Anwendung des Grundsatzes des gleichen Entgelts für Männer und Frauen bei gleicher oder gleichwertiger Arbeit sicher. Unter „Entgelt“ im Sinne dieses Artikels sind die üblichen Grund- oder

Mindestlöhne und -gehälter sowie alle sonstigen Vergütungen zu verstehen, die der Arbeitgeber aufgrund des Dienstverhältnisses dem Arbeitnehmer unmittelbar oder mittelbar in bar oder in Sachleistungen bezahlt. Gleichheit des Arbeitsentgelts ohne Diskriminierung aufgrund des Geschlechts bedeutet:

- a) dass das Entgelt für eine gleiche nach Akkord bezahlte Arbeit aufgrund der gleichen Maßeinheit festgesetzt wird;
- b) dass für eine nach Zeit bezahlte Arbeit das Entgelt bei gleichem Arbeitsplatz gleich ist.“

Richtlinie 75/117/EWG des Rates vom 10. Februar 1975 zur Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Anwendung des Grundsatzes des gleichen Entgelts für Männer und Frauen.

In den Beschäftigungspolitischen Leitlinien 2000 (Nr. 19) heißt es: „Sie (die Mitgliedstaaten) werden geeignete Maßnahmen treffen, um die Anwendung des Grundsatzes des gleichen Entgelts für gleiche bzw. gleichwertige Arbeit sicherzustellen und eine Verringerung der Einkommensunterschiede zwischen Frauen und Männern zu erreichen.“ Die Beschäftigungspolitischen Leitlinien 2001 spezifizieren darüber hinaus, dass Maßnahmen nötig sind, um Verdienstlücken zwischen den Geschlechtern sowohl im privaten als auch im öffentlichen Sektor zu verringern, und dass die Wirkung von Politiken in Bezug auf geschlechtsspezifische Verdienstunterschiede identifiziert werden. In den Beschäftigungspolitischen Leitlinien 2002 wird dazu aufgefordert, Ziele zum Abbau der Entgeltunterschiede zu definieren und im Rahmen der Beschäftigungsstrategie u.a. die Berufsklassifikations- und Lohnsysteme zu überprüfen, um eine einseitige geschlechtsspezifische Ausrichtung zu beseitigen, die Statistik- und Überwachungssysteme zu verbessern, das Bewusstsein für Unterschiede in der Entlohnung zu schärfen und deren Transparenz zu erhöhen.

Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über „Beschäftigungspolitik und Sozialpolitik: ein Konzept für Investitionen in Qualität“.

Der Bericht des Beschäftigungsausschusses über die Indikatoren für die Qualität der Arbeitsplätze enthält auch Indikatoren zum Einkommen in Form von Übergangstabellen.

### Methodische Anmerkungen

Quellen: Eurostat – Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft (EHP), UDB, Version Dezember 2002 (ausgenommen Frankreich, die Niederlande und Schweden; Frankreich: nationale Arbeitskräfteerhebung, Niederlande und Schweden: Verdienststrukturerhebungen).

Der EU-15-Wert wird geschätzt als gewichtetes Mittel der nationalen Werte ohne die fehlenden Länder.

Der geschlechtsspezifische Lohnunterschied ist nicht um Alter, Beschäftigung und Wirtschaftszweig berichtigt. Im Mai 2002 kam die EHP-Arbeitsgruppe zu dem Schluss, dass die Berechnung der korrigierten Verdienstdifferenz der Geschlechter auf Grundlage des EHP nicht möglich ist. Sie war sich ferner einig, dass die ökonometrischen Untersuchungen der mit dem geschlechtsspezifischen Lohnunterschied in Verbindung stehenden Faktoren auf Grundlage des EHP fortgesetzt werden sollten.

Das EHP wird 2003 durch ein neues Instrument, EU-SILC (Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen) ersetzt werden. Ökonometrische Analysen des geschlechtsspezifischen Lohnunterschieds auf Grundlage dieses neuen Datenbestands werden sich jedoch aufgrund der Trennung von Querschnitts- und Längsschnittsdaten und aufgrund des Mangels an Daten zu berufsspezifischen Beschäftigungsstrukturen, Merkmalen geringfügiger Beschäftigungen und Bruttoverdiensten schwierig gestalten.

In den auf der Verdienststrukturerhebung (SES) von 1995 basierenden Statistiken werden Personen nicht berücksichtigt, die selbständig sind, in Betrieben und Einrichtungen mit weniger als 10 Mitarbeitern arbeiten, sowie Beschäftigte in den Sektoren Landwirtschaft und Fischerei, öffentliche Verwaltung und

Verteidigung, Erziehung und Unterricht, Gesundheits- und Sozialwesen, sonstige öffentliche und persönliche Dienstleistungen, Privathaushalte und extraterritoriale Organisationen. Die dieser Erhebung zugrunde liegenden Beschäftigungsgruppen eignen sich nicht besonders für Rückschlüsse auf den Verdienst von Frauen, weil die Sektoren wie etwa Gesundheit, Bildung und persönliche Dienstleistungen, in denen mehrheitlich Frauen arbeiten, nicht berücksichtigt wurden. Die Verdienstunterschiede zwischen den Geschlechtern fallen in diesen Kategorien wahrscheinlich geringfügig weniger ins Gewicht, gleichzeitig sind jedoch die Durchschnittsverdienste niedriger, was wiederum die allgemeinen Durchschnittswerte für Frauen verringern würde.

### Hinweise auf andere Teile des Berichts

Beschäftigungssituation von Frauen und Männern (3.19), Arbeitsmarkt und Gleichstellung der Geschlechter (Anhänge II und IV).

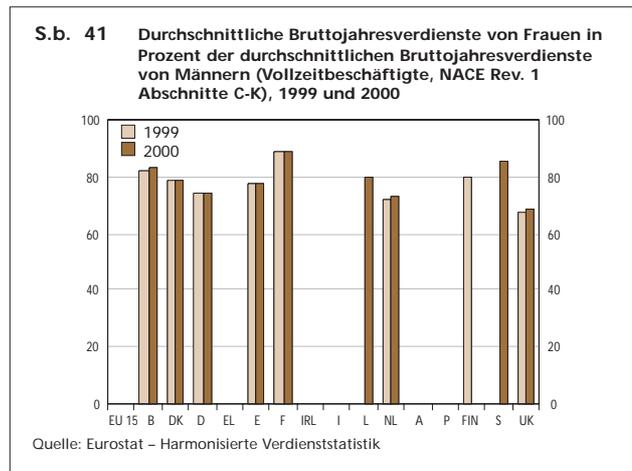
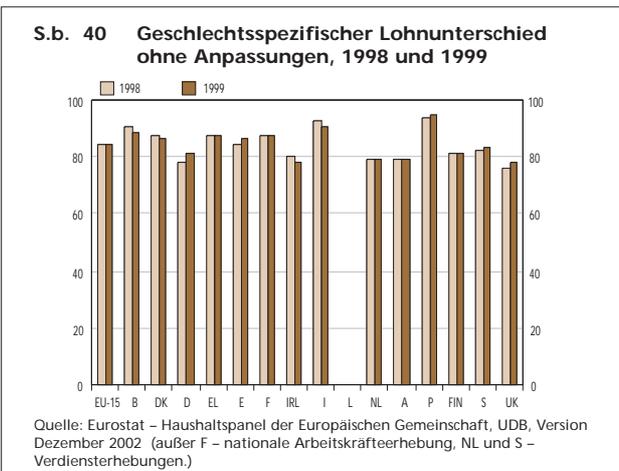
### Literaturhinweise

- „Beschäftigung in Europa 2002“, Abschnitt „Untersuchung der geschlechtsspezifischen Verdienstunterschiede in der EU“, September 2002. Europäische Kommission, GD Beschäftigung und Soziales.
- Panorama der Europäischen Union (Bevölkerung und soziale Bedingungen): „Das Leben von Frauen und Männern in Europa. Ein statistisches Porträt“. Eurostat 2002.
- OECD Employment Outlook 2002 – Chapter 2 „Women at Work: Who are They and How are They Faring?“ (Beschäftigungsbericht der OECD, Kapitel über die Situation erwerbstätiger Frauen).
- „Earnings in industry and services - Hours of work in industry, 1996-1998“ (Löhne und Gehälter in der Industrie und im Dienstleistungsgewerbe – Arbeitsstunden in der Industrie, 1996-1998), Ausgabe 2000. Eurostat.
- Statistik kurz gefasst (Bevölkerung und soziale Bedingungen): „Allmähliche, aber zögerliche Annäherung der Verdienste von Frauen und Männern in der EU“, Nr. 5/2001 und „Frauen in der EU verdienen 28 % weniger als die Männer“, Nr. 6/1999. Eurostat.
- Europäisches Parlament: Entschließung und Bericht zu gleichem Entgelt für gleichwertige Arbeit.
- „Arbeitsbeziehungen in Europa“, 2000. Europäische Kommission, GD Beschäftigung und Soziales.
- Indicators on gender pay equality: The Belgian presidency's report, 2001 (Indikatoren über geschlechtsspezifische Verdienstgerechtigkeit: Bericht der belgischen Präsidentschaft 2001).
- „The adjusted gender pay gap: a critical appraisal of the standard decomposition techniques“ (Der bereinigte geschlechtsspezifische Lohnunterschied: eine kritische Bewertung der gebräuchlichen Zerlegungstechniken). Bericht des Sachverständigennetzwerks zum Thema Beschäftigung und Gleichstellung von Frauen und Männern, GD Beschäftigung und Soziales.
- The gender pay gap and the gender mainstreaming pay policy: synthesis report of the gender pay equality in EU Member States (Geschlechtsspezifischer Lohnunterschied und „Gender Mainstreaming“ in der Lohnpolitik: Synthesebericht über geschlechtsspezifische Verdienstgerechtigkeit in den EU-Mitgliedstaaten). Bericht des Sachverständigennetzwerks zum Thema Beschäftigung und Gleichstellung von Frauen und Männern, GD Beschäftigung und Soziales.
- Chancengleichheit für Frauen und Männer in der Europäischen Union – Jahresbericht 2001 – KOM(2002) 258 endg.

**Schlüsselindikator**

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Geschlechtsspezifischer Lohnunterschied ohne Anpassungen</b> (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)



# 21

## 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.

### Durchschnittliche Lebensdauer steigt weiter

In den vergangenen 50 Jahren ist die Lebenserwartung von Männern und Frauen stetig gestiegen, nämlich um rund 10 Jahre bei beiden Geschlechtern. In der gesamten Union leben Frauen länger als Männer. Im Jahr 2000 betrug die Lebenserwartung von Frauen in EU-15 81,4 Jahre und die von Männern 75,3 Jahre. Laut Schätzungen von Eurostat wird die Lebenserwartung bis zum Jahr 2020 auf 84 (Frauen) beziehungsweise 78 Jahre (Männer) steigen.

### Frauen leben im Durchschnitt 66 Jahre und Männer 63 Jahre ohne jede Behinderung

Bei den Gesundheitsaussichten werden mehrere Indikatoren zusammengefasst, die Daten über Sterblichkeit und Behinderungen/Erkrankungen enthalten. Im vorliegenden Bericht wird die Lebenserwartung ohne (schwere) Behinderung herangezogen. Auf EU-Ebene leben Frauen im Schnitt 66 Jahre ohne jede Behinderung und Männer 63 Jahre. Menschen mit schwerer Behinderung haben eine niedrige Lebenserwartung, z. B. haben Frauen, die mit 16 Jahren eine schwere Behinderung haben, eine Lebenserwartung von weiteren 5 Jahren, bei Männern sind es weitere 4 Jahre.

### Deutlicher Rückgang der Kindersterblichkeit

Die Fortschritte in der medizinischen Forschung und Versorgung haben auch eine drastische Verringerung der Kindersterblichkeit in EU-15 ermöglicht. Kamen 1970 auf 1 000 Lebendgeburten noch 23 Todesfälle, so ging diese Quote bis zum Jahr 2000 auf 5 Fälle pro 1 000 Lebendgeburten zurück. Die Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten sind praktisch verschwunden.

### Fast jeder vierte ältere Mensch bezeichnet seinen Gesundheitszustand als „schlecht“

Im Jahr 1998 betrachteten EU-weit rund 12 % der Erwachsenen (im Alter von 16 Jahren und darüber) ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ oder „sehr schlecht“. 60 % sind der Meinung, bei „guter“ oder „sehr guter“ Gesundheit zu sein, während die übrigen 28 % ihren Gesundheitszustand als „zufriedenstellend“ bezeichnen. Im Vergleich zu Männern (36,1 %) bezeichnen Frauen (43,3 %) ihren Gesundheitszustand eher als zufriedenstellend, schlecht oder sehr schlecht. Der Prozentsatz der Personen, die ihre Gesundheit als sehr gut oder gut einstufen, nimmt mit steigendem Alter ab. Der höchste Anteil wird mit 85,3 % in der Altersgruppe 16-24 erreicht, in der Gruppe der 25-34-Jährigen geht er bereits auf 78,6 % zurück. Mit jeder weiteren Altersgruppe nimmt der Anteil derer, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut betrachten, weiter ab und erreicht schließlich bei der EU-Bevölkerung im Alter von 85 Jahren und darüber mit 23,7 % seinen Tiefststand. Dieses Muster ist mit ein oder zwei geringfügigen Abweichungen in sämtlichen Mitgliedstaaten zu beobachten.

Personen mit hohem Bildungsniveau bezeichnen ihren Gesundheitszustand als besser als Personen mit niedrigem

Bildungsniveau. Im Durchschnitt schätzen nur 6 % der Personen mit Tertiärausbildung ihren Gesundheitszustand als „(sehr) schlecht“ ein (gegenüber 16 % der Personen mit bestenfalls Pflichtschulbildung).

52 % der EU-Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und darüber geben an, in ihren täglichen Aktivitäten durch eine chronische Störung der körperlichen oder geistigen Gesundheit beeinträchtigt zu sein oder an einer Krankheit oder Behinderung zu leiden (29 % sind „ernsthaft“ beeinträchtigt, 37 % „in gewissem Grade“).

### Rund sechs Millionen Europäer leiden an Demenz

Demenz ist bei älteren Menschen eine der Hauptursachen für Behinderungen. Da der Bevölkerungsanteil der älteren Menschen in vielen Ländern steigt, wird auch die Zahl der Demenzerkrankten zunehmen. Die häufigsten Demenzerkrankungen in der EU werden durch die Alzheimer-Krankheit (rund 50-70 % der Fälle) verursacht und durch mehrfache Schlaganfälle, die zu Dementia apoplectica führen (etwa 30 %). Schätzungsweise 5,65 Millionen Menschen im Alter zwischen 30 und 99 Jahren waren im Jahr 2000 in Europa an den verschiedenen Formen der Demenz erkrankt (12,3 je 1000 Einwohner), wobei Frauen (3,5 Millionen) stärker betroffen waren als Männer (2,1 Millionen). In Schweden (14,9 %) und Italien (13,9 %) liegen die Schätzungen über die Verbreitung der Krankheit am höchsten, in Portugal (10,4 %) und Irland (8,4 %) am niedrigsten. Der damit verbundene Druck auf die Gesundheitssysteme nimmt also auf lange Sicht zu.

### Herz-Kreislauferkrankungen und Krebs sind nach wie vor die häufigsten Todesursachen

Bei den Mortalitätsmustern gibt es große Unterschiede je nach Alter und Geschlecht. Generell gilt, dass in allen Altersgruppen die Sterblichkeit bei den Männern höher ist als bei den Frauen. Bei Männern und Frauen stellen überall in der Union die Erkrankungen des Kreislaufsystems die häufigste Todesursache dar (mit Ausnahme von Frankreich, wo für Männer die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu sterben, größer ist). 700 000 Männer und 850 000 Frauen starben 1999 an diesen Krankheiten, das entspricht 325 bzw. 248 Todesfällen je 100 000 Einwohner bei den Männern und 207 bzw. 139 bei den Frauen. Unter jungen Menschen (der Altersgruppe 15-34 Jahre) überwiegen äußere Verletzungsursachen und Vergiftungen, die jedoch bei den Personen im Alter von 55 Jahren und darüber nur einen kleinen Anteil ausmachen. Bei den 45- bis 64-Jährigen ist Krebs die häufigste Todesursache. Bei den Menschen im Alter von 75 Jahren und darüber sind Herz-Kreislauferkrankungen für etwa die Hälfte aller Todesfälle verantwortlich.

### Jedes Jahr begeben sich etwa 10 % der erwachsenen EU-Bevölkerung in ein Krankenhaus

Im Jahr 1998 waren 10,1 % der EU-Bevölkerung in den letzten 12 Monaten in ein Krankenhaus eingeliefert worden (9,1 % der Männer und 11,0 % der Frauen). Dieser Anteil reichte von 5,9 % in Portugal und Griechenland bis zu 14,2 % in Öster-

reich und 12,1 % in Deutschland. Die Unterschiede mögen zum Teil auf eine unterschiedliche Organisation der Gesundheitsdienste zurückzuführen sein. Bei den „sehr alten“ Menschen erhöht sich der Anteil auf über 20 %. Bei älteren Männern sind Krankenhausaufenthalte häufiger als bei älteren Frauen. Hinsichtlich der Häufigkeit der Aufnahme (Entlassung aus dem Krankenhaus) sind gemäß der Internationalen Klassifizierung von Krankheiten der WHO die Erkrankungen des Herzkreislaufsystems (2 420 pro 100 000) die häufigste Ursache für eine Aufnahme gefolgt von Krebs (1367), Traumata und Vergiftungen (1 646) und Atemwegserkrankungen (1 427). Psychische Erkrankungen (655) und Infektionskrankheiten (394) sind weniger häufig.

#### **Zahl der Krankenhausbetten nimmt dramatisch ab**

Die Gesamtzahl der Krankenhausbetten in der EU ist seit 1990 erheblich gesunken. In EU-15 nahm ihre Zahl im Zeitraum 1990-2000 um 17 % ab. Dieser Rückgang dürfte zu einem beträchtlichen Teil auf die Verkürzung der Krankenhausaufenthalte zurückzuführen sein, die sich in EU-15 von 17,4 Tagen im Jahr 1980 auf weniger als 11 Tage im Jahr 1999 verringerten. Von allen Mitgliedstaaten verfügen Spanien und das Vereinigte Königreich über die geringste Bettenzahl je 100 000 – 413 im Jahr 1999 – und Deutschland mit 920 über die höchste. All diese Zahlen schließen öffentliche und private Krankenhäuser ein, unterscheiden sich jedoch hinsichtlich der Einbeziehung von Betten in Pflegeheimen und

Tagesstätten. Ein weiterer Grund sind die in den 90er Jahren auftretenden Finanzierungsprobleme, die überall zu einer Rationalisierung der Gesundheitsdienste führten. Der gestiegene Fürsorgebedarf älterer Menschen, von denen viele an chronischen Behinderungen und Krankheiten leiden, wurde in den meisten Fällen dadurch aufgefangen, dass Betten aus der Versorgung von akut Erkrankten oder Psychatriepatienten abgezogen und für die Langzeitpflege reserviert wurden. Gleichzeitig nahm die Gesamtzahl jedoch weiter ab.

Zwischen dem Angebot an Krankenhausdiensten auf nationaler und regionaler Ebene und den Gesamtausgaben für die Gesundheitsfürsorge besteht jedoch ein sehr enger Zusammenhang.

#### **Die Gesundheitsausgaben machen 8 % des EU-BIP aus**

Im Jahr 2000 machten die Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung in der EU 8 % des EU-BIP aus. Deutschland (10,3 %) und Frankreich (9,5 %) gaben am meisten aus, obwohl sie immer noch weit hinter den USA (13,0 %) lagen. Im Laufe des letzten Jahrzehnts stieg der prozentuale Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in der Mehrheit der Mitgliedstaaten an. Die deutlichsten Steigerungen waren in Belgien, Deutschland und Portugal zu beobachten. Schweden und Luxemburg verzeichneten als einzige Länder einen Rückgang.

#### **Politischer Hintergrund**

Im EG-Vertrag (Titel XIII Gesundheit, Art. 152) heißt es: „Die Tätigkeit der Gemeinschaft ergänzt die Politik der Mitgliedstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit gerichtet. Sie umfasst die Bekämpfung der weit verbreiteten schweren Krankheiten; dabei werden die Erforschung der Ursachen, der Übertragung und der Verhütung dieser Krankheiten sowie die Gesundheitsinformation und -erziehung gefördert.“

In Artikel 1 des Aktionsprogramms der Gemeinschaft für Gesundheitsberichterstattung (Beschluss Nr. 1400/97/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30. Juni 1997) heißt es: „Ziel dieses Programms ist es, zur Einrichtung eines gemeinschaftlichen Gesundheitsberichterstattungssystems beizutragen, das es ermöglicht, a) den Gesundheitszustand sowie die Gesundheitstrends und -determinanten in der gesamten Gemeinschaft zu messen ...“

Der Europäische Rat (Laeken, 2001) sprach sich für die Entwicklung eines Ansatzes auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung und der Altenpflege ähnlich demjenigen, der für die Alterssicherung entwickelt wurde, aus. Die langfristigen Ziele, die in der Mitteilung der Kommission (KOM(2001) 723) dargestellt wurden, lauten: Zugangsmöglichkeit, Qualität und finanzielle Tragfähigkeit von Gesundheits- und Pflegesystemen. Besondere Aufmerksamkeit wird dem Einfluss der europäischen Integration auf die Gesundheits- und Pflegesysteme der Mitgliedstaaten gewidmet werden müssen.

Das neue Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008), das durch Beschluss des Europäischen Parlaments und des Rates angenommen wurde,

betont die Bedeutung folgender Maßnahmen: Entwicklung der Informationen und des Wissens über Gesundheitsfragen einschließlich Statistiken, Berichten, Untersuchungen, Analysen sowie Gutachten zu Fragen von gemeinsamem Interesse für die Gemeinschaft und die Mitgliedstaaten und deren Verbreitung bei den zuständigen Behörden in den Mitgliedstaaten, bei Angehörigen der Gesundheitsberufe und anderer Sektoren sowie gegebenenfalls bei anderen interessierten Kreisen und in der breiten Öffentlichkeit.

#### **Methodische Anmerkungen**

Die Säuglingssterblichkeit wird definiert als Zahl der Kinder, die im ersten Lebensjahr sterben, dividiert durch die Zahl der Lebendgeburten (pro 1 000 Lebendgeburten). Die Lebenserwartung bei der Geburt entspricht der durchschnittlichen Zahl der Jahre, die eine Person leben würde, wenn die in einem bestimmten Kalenderjahr oder Zeitraum ermittelten altersspezifischen Sterblichkeitsraten weiterhin Gültigkeit hätten. Die behinderungsfreie Lebenserwartung wird anhand der Sullivan-Methode berechnet, welche die Sterblichkeitsdaten und Zahlen zur Prävalenz von Behinderungen aus dem ECHP heranzieht. Für die Hochrechnungen ab der Geburt hat Eurostat für alle Länder und beide Geschlechter einen konstanten Prozentsatz von Behinderungen (von 1 %) zwischen der Geburt und dem 16. Lebensjahr kalkuliert. Die Lebenserwartung ohne Zahlen zur Behinderung in den Jahren 1994 wurden im Vorjahresbericht veröffentlicht, sind jedoch nicht direkt mit den Zahlen dieses Berichts (betreffend 1996) vergleichbar. Die Daten zum subjektiven Gesundheitszustand beruhen auf einer subjektiven Frage, die im Rahmen des ECHP an private Haushalte gerichtet wird. Bei der Gesamtbevölkerung (insbesondere bei der im Alter von 65 und mehr Jahren) könnte der prozentuale Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht betrachten, noch etwas höher sein, da eine beträchtliche Zahl von Personen zur Langzeitpflege in Heimen oder Institutionen

untergebracht ist. Die von Alzheimer Europe durchgeführte Studie über Demenz stützte sich allein auf diagnostizierte Fälle. Daher ist eine genaue Schätzung der Anzahl von Demenzerkrankten problematisch, da viele Demenzerkrankungen nie diagnostiziert werden und viele Personen, bei denen sich die Krankheit in einem Frühstadium befindet und noch nicht diagnostiziert wurde, nicht erfasst werden. Die Eurostat gemeldeten Daten zur Bettenzahl sind in der Regel Jahresdurchschnittsangaben zu den im Berichtsjahr genutzten Betten oder basieren auf Registrierungsverfahren oder Haushalts- bzw. Planungsbewilligungen. Die Daten sind wegen der uneinheitlichen Verwendung der Begriffe „Krankenhaus“ und „Krankenhausbett“ in den EU-Mitgliedstaaten mit Vorsicht zu behandeln.

**Hinweise auf andere Teile des Berichts**

Überalterung der Bevölkerung (3.3), Gesundheit und Sicherheit (Anhänge II und IV).

**Literaturhinweise**

- „Gesundheitsstatistik: Eckzahlen in Gesundheit 2002“, Ausgabe 2002. Eurostat.
- „Gesundheitsstatistik: Sterblichkeitsatlas“, Ausgabe 2002. Eurostat.
- Eurostat – Bevölkerungsstatistik und Eurostat – Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft, UDB, Version September 2001.
- OECD Gesundheitsdaten 2002.
- „Europäische Sozialstatistik – Bevölkerung“, Ausgabe 2001. Eurostat.
- „Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern“ – KOM(2001) 723.
- „Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft: eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002-2006“ – KOM(2002) 118.

**Schlüsselindikator**

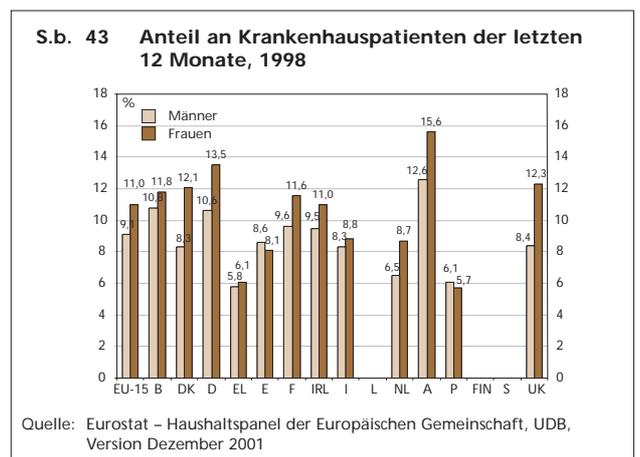
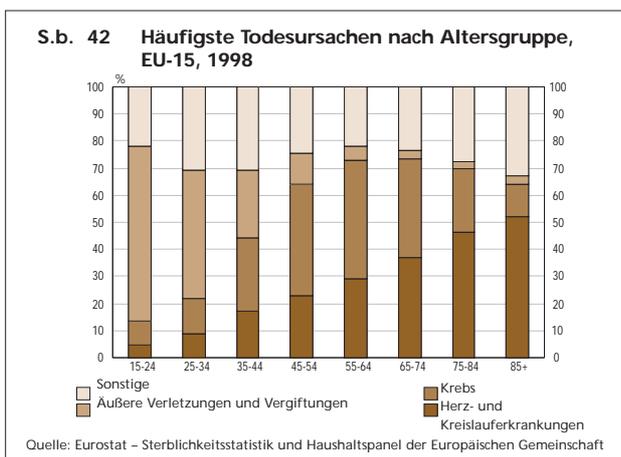
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Lebenserwartung bei der Geburt, 2000</b>																
Männer	75,3	74,6	74,5	74,7	75,5	75,5	75,2	74,2	76,3	74,9	75,5	75,4	72,7	74,2	77,4	75,4
Frauen	81,4	80,8	79,3	80,7	80,6	82,7	82,7	79,2	82,4	81,3	80,5	81,2	79,7	81,0	82,0	80,2

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



# 22

## 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.

### Jüngere Arbeitskräfte und Arbeitskräfte mit kürzerer Betriebszugehörigkeit erleiden häufiger Arbeitsunfälle

Im Jahr 2000 ereigneten sich in der Union rund 4,8 Millionen Arbeitsunfälle, die eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen zur Folge hatten. Einschließlich der Unfälle, die keine Abwesenheit oder eine Abwesenheit von bis zu 3 Tagen zur Folge hatten, beläuft sich die geschätzte Gesamtzahl der Unfälle am Arbeitsplatz in der EU im Jahr 2000 auf 7,7 Millionen. Das entspricht einer Quote von schätzungsweise 4 037 bzw. 6 299 Arbeitsunfällen pro 100 000 Beschäftigte; mit anderen Worten wurden 6,3 % aller Beschäftigten im Laufe des Jahres Opfer eines Unfalls am Arbeitsplatz (4,0 % Arbeitsunfälle, die eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Tagen zu Folge hatten). Bei den Arbeitsunfällen, die eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Tagen nach sich zogen, gab es zwischen 1994 und 2000 einen deutlichen Rückgang von 11,1 % (Index 2000 = 99 und 1994 = 111); im Vergleich zu 1997 blieb die Quote jedoch relativ stabil (1997: 4 106, 1998: 4 089, 1999: 4 088 Unfälle, die eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Tagen nach sich zogen). Zudem wurden 1999 in EU-15 5 275 tödliche Arbeitsunfälle registriert, von denen 41 % Verkehrsunfälle oder Transportunfälle während der Arbeitszeit waren. Für das Jahr 2000 lautet die vorläufige Gesamtzahl 5 052 und die vorläufige Inzidenzrate 4,4 Todesfälle je 100 000 Beschäftigte gegenüber 6,1 im Jahr 1994 und 4,8 im Jahr 1999 (das entspricht einem Rückgang um 28 % bzw. 8 %).

Die Anteile schwanken selbstverständlich abhängig von der jeweiligen Tätigkeit und der Größe des Unternehmens sowie vom Alter und Geschlecht der Arbeitskräfte und den Arbeitsbedingungen. Am häufigsten sind Unfälle, die eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Tagen zur Folge haben, im Baugewerbe, auch wenn seit 1994 ein Rückgang festzustellen ist: 7 579 je 100 000 Beschäftigte im Jahr 2000 gegenüber 9 014 im Jahr 1994. Die zweithöchste Unfallrate weist die Landwirtschaft auf: 6 669 im Jahr 2000 (6 496 im Jahr 1994). Unfälle mit Todesfolge sind mit rund 12,4 Unfällen je 100 000 Beschäftigte im Jahr 2000 in der Landwirtschaft am häufigsten und im Baugewerbe mit 11,1 am zweithäufigsten. Werden auch Arbeitsunfälle berücksichtigt, die eine Arbeitsunfähigkeit von bis zu 3 Tagen zur Folge haben (Daten für 1998-1999 aus dem Ad-hoc-Modul der Arbeitskräfteerhebung der Europäischen Union), dann ist die Unfallrate besonders hoch in der Fischereiindustrie (wo

die Unfallgefahr 2,4-mal höher ist als der Durchschnitt aller Industriezweige in der EU), in der Landwirtschaft, im Baugewerbe und im Gesundheits- und Sozialwesen (1,3- bis 1,4-mal). Im Jahr 1999 war in den Betrieben mit 10-49 Beschäftigten des verarbeitenden Gewerbes, der Bauwirtschaft, des Groß- und Einzelhandels einschließlich Reparaturbetrieben, des Hotel- und Gaststättengewerbes und der Verkehrsindustrie das Risiko 1,2- bis 1,5-mal größer als im Durchschnitt für diese Gewerbebereiche (Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Tagen). Für alle Branchen zusammen genommen ist das mittlere Risiko in Betrieben mit 10-49 Beschäftigten annähernd 1,3-mal so hoch wie im Durchschnitt. Das Risiko ist auch in Betrieben mit 1-9 Beschäftigten des verarbeitenden Gewerbes und der Bauwirtschaft hoch (1999: 1,7-mal bzw. 1,2-mal höher als im jeweiligen branchenspezifischen Durchschnitt) sowie in Betrieben mit 50-249 Beschäftigten des Groß- und Einzelhandels einschließlich Reparaturbetrieben, des Hotel- und Gaststättengewerbes und der Verkehrsindustrie (1999: 1,3- bis 1,4-mal). Mit Ausnahme von Griechenland, Irland und Portugal nimmt die Unfallhäufigkeit in allen Mitgliedstaaten mit dem Alter ab. Im Gegensatz dazu nimmt die Häufigkeit von tödlichen Unfällen mit dem Alter deutlich zu. Bei Männern ist die Wahrscheinlichkeit eines Arbeitsunfalls (mit einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen) ungefähr dreimal und die Wahrscheinlichkeit eines tödlichen Unfalls rund zehnmal so hoch wie bei Frauen. Dieses Verhältnis ist damit zu erklären, dass die von Männern ausgeführten Arbeiten und ihre Tätigkeitsbereiche höhere Risiken bergen als die der Frauen. Hinzu kommt, dass relativ mehr Frauen einer Teilzeitarbeit nachgehen, was ihr Risiko ebenfalls verringern dürfte. Schließlich ist bei Personen, die seit weniger als 2 Jahren in einem Unternehmen arbeiten, bei Schichtarbeitern, Nachtarbeitern und Personen, die weniger als 20 Stunden in der Woche arbeiten, das Unfallrisiko 20-50 % höher als der Durchschnitt.

### Arbeitsunfälle: 157 Millionen Arbeitstage gehen der Wirtschaft verloren

Diese Unfälle haben nicht nur gravierende Auswirkungen im menschlichen Bereich, sie verursachen auch hohe sozioökonomische Kosten: 1999 hatten zwar 37 % der Unfälle keine Arbeitsunfähigkeit oder eine Arbeitsunfähigkeit von maximal drei Tagen zur Folge, aber in 29 % der Unfälle dauerte die nachfolgende Arbeitsunfähigkeit zwischen drei Tagen

und zwei Wochen, bei 30 % zwischen zwei Wochen und drei Monaten, und bei den übrigen 4 % der Unfälle blieben die Betroffenen mindestens drei Monate der Arbeit fern oder zogen sich eine bleibende Teil- oder Vollbehinderung zu. Schätzungen zufolge gingen 1999 in der Europäischen Union 157 Millionen Arbeitstage als Folge von Arbeitsunfällen verloren. Das ergibt einen Durchschnitt von 21 Tagen pro Unfall (32 Tagen pro Unfall mit mehr als 3 Tagen Arbeitsunfähigkeit) und entspricht einem verloren gegangenen Arbeitstag pro Jahr und erwerbstätiger Person. Darüber hinaus mussten 5 % der Unfallopfer die Art ihrer Arbeit oder ihren Beruf wechseln oder die Stundenzahl reduzieren. Schließlich haben 14 % der Personen, die Opfer eines Arbeitsunfalls geworden sind, mehr als einen Unfall pro Jahr.

### **350 Millionen Arbeitstage gehen aufgrund arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme verloren**

Auf Grundlage der für 11 EU-Mitgliedstaaten verfügbaren Ergebnisse der Arbeitskräfteerhebung der Europäischen Union (Selbsteinschätzung des arbeitsbedingten Gesundheitszustands durch die Befragten) wird geschätzt, dass im Zeitraum 1998-1999 pro Jahr nahezu 8 Millionen Beschäftigte oder ehemalige Beschäftigte in der EU unter gesundheitlichen Problemen litten, die durch ihre aktuelle oder eine vorangegangene Beschäftigung verursacht oder verschlimmert wurden und die keine Unfallverletzungen waren. Die Prävalenzrate für Arbeitnehmer liegt bei 5 372 Fällen pro 100 000 Personen im Jahr (7 150 für die Altersgruppe 55-64 Jahre) in Verbindung mit ihrer derzeitigen Beschäftigung. 53 % der Fälle betreffen muskuloskeletale Erkrankungen, die in den Sektoren Bau, Transport, Gesundheits- und Sozialwesen am häufigsten sind (die Prävalenz in diesen Sektoren ist 1,2- bis 1,6-mal höher als im Durchschnitt). Stress, Depressionen oder Angstzustände stellen 18 % der Probleme dar, und 26 % der Probleme, die eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 2 Wochen nach sich ziehen (diese Quote ist im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen doppelt so hoch). Schließlich sind jährlich 600 000 Menschen von Lungenerkrankungen betroffen (in der Bergbauindustrie ist das Risiko doppelt so hoch). Von 1998 bis 1999 gingen in der EU Schätzungen zufolge 350 Mio. Arbeitstage pro Jahr aufgrund von arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen verloren.

Die ersten Ergebnisse der Dritten Europäischen Erhebung über Arbeitsbedingungen, die von der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen im Jahr 2000 durchgeführt wurde, ergaben, dass Probleme aufgrund der Gesundheit, des Arbeitstempos und der Arbeitszeit an den Arbeitsplätzen in Europa ständig zunehmen. Der Anteil der Arbeit, der mit großem Lärm, schmerz-erzeugenden/ermüdenden Körperhaltungen und dem Umgang mit schweren Gegenständen zu tun hat, nimmt ständig zu, und auch das Arbeitstempo hat sich erhöht. Zahlreiche Arbeitnehmer beklagen sich über Stress und Ausgebranntsein.

### **Rund 600 000 Wegeunfälle in der Union**

Die Anzahl der Wegeunfälle (Unfälle auf dem Weg zu und von der Arbeit) in der Union, die eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen zur Folge hatten, wurde 1998 auf ungefähr 580 000 geschätzt (zusätzlich zu den Arbeitsunfällen). Die Unfallhäufigkeit betrug 410 Unfälle pro 100 000 Beschäftigte. Die Zahl der Wegeunfälle mit tödlichem Ausgang – hauptsächlich Straßen- und sonstige Verkehrsunfälle – betrug für die gesamte EU rund 3 100.

### **Im Jahr 2001 fanden in der Union rund 40 000 Menschen im Straßenverkehr den Tod**

In der EU insgesamt sind die Straßenverkehrsunfälle mit tödlichem Ausgang ständig zurückgegangen. Obwohl sich der Straßenverkehr seit 1970 mehr als verdoppelt hat, sank ihre Zahl in diesem Zeitraum um annähernd 46 %. Die größten Fortschritte (Rückgänge von 60 % und mehr) wurden in Deutschland, den Niederlanden und Finnland verzeichnet. Keine solche allgemein rückläufige Tendenz seit Anfang der Siebzigerjahre war in Griechenland und Portugal festzustellen, wo die Zahl der privaten Kraftfahrzeuge sehr schnell zugenommen hat und wo sich nach wie vor sehr viele tödliche Verkehrsunfälle ereignen. Auch für Spanien trifft dies, wenn auch in geringerem Maße, zu. Von 1991 bis 2001 sind die tödlichen Verkehrsunfälle in allen Mitgliedstaaten zurückgegangen, wobei der Gesamtrückgang für EU-15 30 % betrug. Den größten Rückgang verzeichneten Österreich und Deutschland (beide 38 %), den geringsten Griechenland (11 %), und Irland (8 %).

Trotz der allgemein größeren Sicherheit im Straßenverkehr starben 2001 in EU-15 schätzungsweise 40 000 Menschen infolge eines Verkehrsunfalls. Unabhängig vom verwendeten Indikator (Zahl der Todesfälle im Verhältnis zur Bevölkerung oder zur Gesamtzahl der Kraftfahrzeuge) war es um die Sicherheit im Straßenverkehr in Griechenland und Portugal am schlechtesten bestellt. Während auf EU-Ebene insgesamt je eine Million Einwohner ungefähr 104 Personen durch Straßenverkehrsunfälle den Tod fanden, betrug die entsprechenden Zahlen für Portugal und Griechenland 184 bzw. 178. Das Vereinigte Königreich und Schweden haben die niedrigste Todesrate (60 bzw. 63), gefolgt von den Niederlanden (66) und Dänemark (77). Relativ wenige tödliche Unfälle gab es im Eisenbahnverkehr, der bezüglich der Sicherheit gegenüber dem Straßenverkehr eindeutig im Vorteil ist.

### **Haus- und Freizeitunfälle**

Im Jahr 1995 gab es in der EU schätzungsweise 430 000 Haus- und Freizeitunfälle (bei 240 000 waren Männer, bei 190 000 Frauen betroffen). Am größten ist die Unfallwahrscheinlichkeit zu Hause (32 % aller Unfälle bei den Männern und 46 % bei den Frauen), gefolgt von Sportunfällen (18 % bei den Männern, 10 % bei den Frauen).

### Politischer Hintergrund

Im EG-Vertrag (Art. 137) heißt es, die Gemeinschaft werde die Maßnahmen unterstützen und ergänzen, die der „Verbesserung ... der Arbeitsumwelt zum Schutz der Gesundheit und der Sicherheit der Arbeitnehmer“ dienen. In Art. 140 ist ergänzend festgehalten, die Kommission werde „die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten“ fördern und „die Abstimmung ihres Vorgehens in allen unter dieses Kapitel fallenden Bereichen der Sozialpolitik“ erleichtern, „insbesondere auf dem Gebiet ... der Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten“.

Am 29. April 1999 verabschiedete der Wirtschafts- und Sozialausschuss der Europäischen Gemeinschaften eine Stellungnahme zum Thema „Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz – Anwendung der Gemeinschaftsmaßnahmen und neue Risiken“ (ABl. C 51 vom 23.2.2000, S. 33). Darin werden die Veränderungen in den Systemen der Arbeitsorganisation und die damit verbundenen Risiken für Arbeitnehmer – wie z. B. häufiger auftretende psychosoziale Probleme und Ausgebranntsein – untersucht.

Am 17. März 2000 verabschiedete die Kommission die Mitteilung (KOM(2000) 125 endg.) über „Prioritäten für die Sicherheit des Straßenverkehrs in der EU: Fortschrittsbericht und Einstufung der Maßnahmen“. Darin werden die Mitgliedstaaten und die regionalen und lokalen Behörden aufgerufen, „die Kosten und Auswirkungen von Maßnahmen zur Erhöhung der Verkehrssicherheit zu ermitteln und diese in Beziehung zu den Kosten der vermiedenen Unfälle zu setzen“ und „die Investitionen in Projekte zur Förderung der Verkehrssicherheit zu erhöhen ...“

Am 20. Juni 2001 veröffentlichte die Kommission die Mitteilung über „Beschäftigungspolitik und Sozialpolitik: ein Konzept für Investitionen in Qualität“. Damit werden die Zusagen aus der Sozialpolitischen Agenda und die durch Nizza und Stockholm gestärkte Lissabonner Strategie weiter entwickelt, um die Qualität in der Beschäftigung zu fördern. Insbesondere wird darin der Ansatz, die Qualität der Arbeitsplätze zu verbessern, definiert und dessen Integration in die Beschäftigungs- und Sozialpolitiken sichergestellt. Zu diesem Zweck wird eine Reihe von Indikatoren für die Qualität der Arbeitsplätze festgelegt, die im Rahmen der Europäischen Beschäftigungsstrategie verwendet werden sollen.

Die Liste der Indikatoren sowohl des Ergebnisberichts als auch des Berichts des Beschäftigungsausschusses über die Indikatoren für die Qualität der Arbeitsplätze umfasst die Entwicklung der Inzidenzrate von Arbeitsunfällen, definiert als Zahl der Unfälle am Arbeitsplatz pro 100 000 Beschäftigte. Künftig wird ein kombinierter Indikator für Unfälle und Berufskrankheiten einschließlich durch Stress verursachter Krankheiten von der Kommission entwickelt werden.

Am 11. März 2002 verabschiedete die Kommission die Mitteilung „Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft: eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002-2006“ (KOM(2002) 118 endg.), und am 03. Juni 2002 nahm der Rat

die Entschließung „Eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002-2006“ an. Die Entschließung nennt eine Reihe von Zielen und Maßnahmen: „Verringerung der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Hierzu sollten quantifizierte Ziele festgelegt werden; zu diesem Zweck müssen zunächst die gegenwärtigen Bemühungen zur Harmonisierung der Statistiken über Arbeitsunfälle und Berufskranken verstärkt werden“; „verstärkte Prävention von Berufskrankheiten“; „Berücksichtigung der sozialen Risiken wie beispielsweise Stress und Schikanierung am Arbeitsplatz, sowie Risiken aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit“; „Förderung einer Präventionskultur von den ersten Stufen des Bildungswesens an und Vermittlung einer (...) beruflichen Weiterbildung“ und schließlich „Integrierung von Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz in die Führung von Unternehmen“.

### Methodische Anmerkungen

Quellen: Eurostat – Europäische Arbeitsunfallstatistik (ESAW), Ad-hoc-Modul über Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten in der Arbeitkräfteerhebung 1999 und Verkehrstatistik. Europäische Kommission, GD Verkehr – Gemeinschaftliche Datenbank über Straßenverkehrsunfälle (CARE). Gemeinschaftliches Informationssystem über Haus- und Freizeitunfälle (EHLASS).

Als Straßenverkehrsunfälle mit tödlichem Ausgang gelten alle Unfälle, bei denen Personen innerhalb von 30 Tagen nach dem Unfall sterben. Bei Mitgliedstaaten, die sich nicht dieser Definition bedienen, wurden Berichtigungsfaktoren angewendet.

In den Daten über Arbeitsunfälle sind fast 90 % der Erwerbstätigen in der Union berücksichtigt. In der jährlichen ESAW werden nur die Arbeitsunfälle erfasst, die zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen führen. In dem Ad-hoc-Modul über Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten der Arbeitkräfteerhebung 1999 wurden jedoch auch Unfälle berücksichtigt, die keine Abwesenheit vom Arbeitsplatz oder eine Abwesenheit von bis zu drei Tagen zur Folge hatten. Die Inzidenzraten der ESAW wurden für neun wichtige Wirtschaftsbereiche (Abschnitte von NACE Rev. 1) berechnet.

Die Dritte Europäische Erhebung über Arbeitsbedingungen wurde im Jahr 2000 von der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen erstellt. Die vorangegangenen Erhebungen wurden 1990 und 1996 durchgeführt.

Das EHLASS (Gemeinschaftliches Informationssystem über Haus und Freizeitunfälle) wurde eingeführt durch die Entscheidung des Rates vom 29. Oktober 1993 zur Errichtung eines gemeinschaftlichen Informationssystems über Haus- und Freizeitunfälle (93/683/EWG). Seit 1999 wurde das EHLASS-System in das Aktionsprogramm der Gemeinschaft betreffend die Verhütung von Verletzungen integriert.

### Hinweise auf andere Teile des Berichts

Gesundheit und Sicherheit (Anhang II und IV).

**Literaturhinweise**

- „Europäische Sozialstatistik – Arbeitsunfälle und arbeitsbedingte Gesundheitsbeschwerden – Daten 1994-2000“ – Detaillierte Tabellen – Ausgabe 2002 – Eurostat.
- Statistik kurz gefasst (Bevölkerung und soziale Bedingungen): „Arbeitsunfälle in der Europäischen Union 1998-1999“, Nr. 16/2001; „Berufsbedingte Gesundheitsschäden in der EU 1998-1999“, Nr. 17/2001; „Gesundheit und Sicherheit für Männer und Frauen am Arbeitsplatz“, Nr. 4/2002; Eurostat. Statistik kurz gefasst (Verkehr): „Verkehrssicherheit“, Nr. 3/2000; Eurostat. Statistik kurz gefasst (Allgemeine Statistik): „Verkehrsunfälle in den Regionen Europas“, Nr. 5/2001; Eurostat.
- „Europäische Statistik über Arbeitsunfälle – Methodologie“, Ausgabe 2001. Eurostat und GD Beschäftigung und Soziales, Reihe „Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz“.
- „Eckzahlen in Gesundheit“, Ausgabe 2000. Eurostat.
- „Panorama des Verkehrs“ (Ausgabe 2001), 2002. Eurostat.
- „Dritte europäische Erhebung über Arbeitsbedingungen“, 2000. „Ungesicherte Arbeitsverhältnisse und Arbeitsbedingungen in der Europäischen Union“, 1999. „Für eine bessere Arbeitsqualität“, September 2001. Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen.
- „Stress am Arbeitsplatz – ein Leitfaden. Würze des Lebens oder Gifthauch des Todes?“, Europäische Kommission, 2000-12-16.

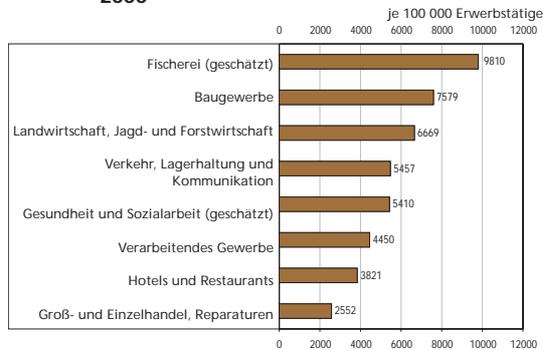
**Schlüsselindikator**

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Schwere Arbeitsunfälle</b> (Index der Anzahl schwerer Arbeitsunfälle je 100 000 Erwerbstätige (1998 = 100)), <b>2000</b>																
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

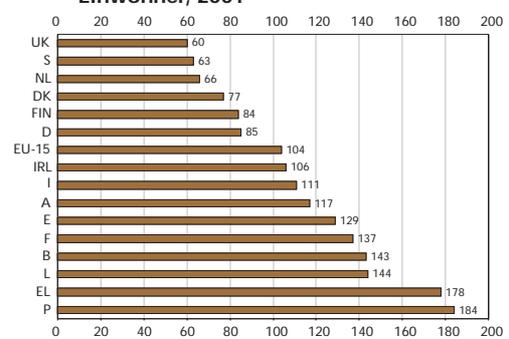
**Tödliche Arbeitsunfälle** (Index der Zahl der Arbeitsunfälle mit tödlichem Ausgang je 100 000 Erwerbstätige (1998 = 100)), **2000**

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.



# Abschnitt 4



<b>Anhang I:</b>	<b>Soziale Schlüsselindikatoren je Mitgliedstaat</b>
<b>Anhang II:</b>	<b>Statistische Daten – EU-Mitgliedstaaten</b> 1 Wirtschaft 2 Bevölkerung 3 Allgemeine und berufliche Bildung 4 Arbeitsmarkt 5 Sozialschutz 6 Einkommen, Armut und soziale Ausgrenzung 7 Gleichstellung der Geschlechter 8 Gesundheit und Sicherheit 9 Verbrauch
<b>Anhang III:</b>	<b>Soziale Schlüsselindikatoren je Beitrittsland/Beitrittskandidat</b>
<b>Anhang IV:</b>	<b>Statistische Daten – Europäische Union – EU-Beitritts-/Kandidatenländer</b> 1 Wirtschaft 2 Bevölkerung 3 Allgemeine und berufliche Bildung 4 Arbeitsmarkt 5 Sozialschutz 6 Einkommen, Armut und soziale Ausgrenzung 7 Gleichstellung der Geschlechter 8 Gesundheit und Sicherheit 9 Verbrauch
<b>Anhang V:</b>	<b>Symbole, Länder und Ländergruppen, Abkürzungen und Akronyme</b>
<b>Anhang VI:</b>	<b>Eurostat-Datashops</b>



## Anhang I: 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 (Verteilungskoeffizient)	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

### 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 1 000 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 dem 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.

**Anhang II: Statistische Daten – EU-Mitgliedstaaten**

1 WIRTSCHAFT	EU-15	EUR-12	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Bruttoinlandsprodukt in Marktpreisen</b>																	
2001, Mrd. Euro	8 815	6 811	257	180	2 063	130	650	1 464	115	1 217	21	425	211	123	136	234	1 589
Wachstumsraten BIP, konstante Preise (1995)																	
Jährliche Wachstumsrate, 2000	3,5	3,5	4,0	3,0	3,0	4,1	4,1	3,8	11,5	2,9	7,5	3,5	3,0	3,5	6,1	3,6	3,1
Jährliche Wachstumsrate, 2001	1,5	1,4	1,0	1,0	0,6	4,1	2,8	1,8	5,9	1,8	3,5	1,1	1,0	1,7	0,7	1,2	1,9
Vergleich zum selben Quartal des Vorjahres, 2002Q1	0,4	0,3	-0,3	1,1	-0,2	4,3	2,0	0,4	2,9	0,0	:	0,4	-0,6	1,4	-1,9	1,0	1,1
Vergleich zum selben Quartal des Vorjahres, 2002Q2	0,7	0,6	0,3	1,9	0,1	:	2,0	1,0	:	0,2	:	0,1	:	:	:	1,6	1,2
Wachstumsraten für 2002Q1 und 2002Q2 werden aus saisonbereinigten Daten berechnet (ausgenommen für Irland).																	
<b>BIP pro Kopf (Index EU-15 = 100, in KKS)</b>																	
1995	100	101	113	118	110	66	78	104	94	104	172	110	111	70	97	103	97
2001	100	100	106	119	104	67	83	100	119	105	191	112	112	74	103	100	100
<b>BIP pro Kopf in KKS</b>																	
2001	23 200	23 100	24 600	27 600	24 100	15 500	19 200	23 300	27 700	24 400	30 026	000	25 900	17 100	24 000	23 200	23 200
<b>Nettonationaleinkommen pro Kopf</b>																	
2001, EU-15 = 100	100,0	95,3	109,4	136,3	106,0	55,8	69,3	104,2	113,4	91,3	172,4	113,0	110,0	51,8	109,0	109,6	119,4
<b>Verbrauch der privaten Haushalte pro Kopf</b>																	
2001, EU-15 = 100	100,0	94,1	99,8	116,3	110,1	60,7	69,7	97,3	105,0	93,0	144,1	96,6	109,6	54,6	96,2	96,4	129,3
Dem Verbrauch der Haushalte werden auch die Verbrauchsausgaben der gemeinnützigen Institutionen im Dienst von Haushalten zugerechnet.																	
<b>Nettoersparnis pro Kopf</b>																	
2001, EU-15 = 100	100,0	105,7	171,4	162,4	76,9	60,0	91,9	113,6	253,3	98,1	:	196,1	118,1	20,5	190,4	97,9	56,9
<b>Arbeitnehmerentgelt je Arbeitnehmer</b>																	
2001, EU-15 = 100	100,0	93,2	109,9	151,3	114,5	32,6	67,9	106,9	:	72,2	211,6	115,8	114,4	:	106,6	131,8	125,6
Arbeitnehmerentgelt umfasst Löhne und Gehälter sowie die Sozialbeiträge der Arbeitgeber. Das Arbeitnehmerentgelt wird nach dem Inlandskonzept, die Zahl der Arbeitnehmer nach dem Nationalkonzept berechnet. Das hat wichtige Auswirkungen auf das Verhältnis von Ländern wie Luxemburg mit einem relativ hohen Anteil von Arbeitnehmern aus den Nachbarländern.																	
Quelle: Eurostat – Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen																	
<b>Schuldenstand des Staates (in % des BIP)</b>																	
1999	67,8	72,5	115,0	52,7	61,3	103,8	63,1	58,5	49,6	114,5	6,0	63,1	64,9	54,2	46,8	65,0	45,2
2000	63,9	70,1	109,3	46,8	60,3	102,8	60,4	57,4	39,0	110,6	5,6	56,0	63,6	53,4	44,0	55,3	42,4
2001	63,0	69,1	107,5	44,5	59,8	99,7	57,2	57,2	36,6	109,4	5,5	53,2	61,7	55,6	43,6	56,0	39,0
<b>Defizit des Staates (-) (in % des BIP)</b>																	
1999	-0,7	-1,3	-0,6	3,1	-1,6	-1,7	-1,1	-1,6	2,3	-1,8	3,8	0,4	-2,2	-2,2	1,9	1,6	1,1
2000	1,1	0,2	0,1	2,5	1,3	-0,8	-0,3	-1,3	4,5	-0,5	5,8	2,2	-1,5	-1,5	7,0	3,7	4,1
2001	-0,6	-1,3	0,2	2,5	-2,7	0,1	0,0	-1,4	1,7	-1,4	5,0	0,2	0,1	-2,2	4,9	4,7	0,9
Quelle: Eurostat – Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen und Finanzierungskonten																	
<b>Jährliche Inflationsrate im Vergleich zum Vorjahreszeitraum</b>																	
Juli-01	2,5	2,6	2,7	2,3	2,6	4,2	2,4	2,2	4,0	2,4	2,4	5,3	2,8	4,3	2,6	2,9	1,4
Mai-02	1,8	2,0	1,4	1,9	1,0	3,8	3,7	1,5	5,0	2,4	1,3	3,8	1,7	3,4	1,8	1,7	0,8
Juni-02	1,6	1,8	0,8	2,2	0,7	3,6	3,4	1,5	4,5	2,2	1,3	3,9	1,5	3,5	1,5	1,7	0,6
Juli-02	1,8	2,0	1,1	2,2	1,0	3,6	3,5	1,5	4,2	2,4	1,9	3,8	1,5	3,6	2,0	1,8	1,1
Inflationsrate, Zwölfmonatsdurchschnitt																	
Juli-02	2,1	2,3	1,9	2,2	1,7	3,8	3,0	1,8	4,4	2,3	1,7	4,6	1,9	3,7	2,3	2,6	1,2
Die jährliche Inflationsrate misst die Preisveränderungen zwischen dem laufenden Monat und demselben Monat des Vorjahres. Diese Maßzahl gibt aktuelle Preisveränderungen wieder, kann aber durch einmalige Effekte in einem der Monate beeinflusst werden. Diese Volatilität wird im Zwölfjahresdurchschnitt überwunden, indem durchschnittliche Harmonisierte Verbraucherpreisindizes (HVPI) der letzten 12 Monate mit dem Mittelwert der vorangegangenen 12 Monate verglichen werden. Diese Maßzahl ist weniger anfällig für kurzfristige Preisänderungen.																	
Quelle: Eurostat – Preisstatistik																	
<b>Zinssätze Staatspapiere (10 Jahre) (WWU-Konvergenzkriterien), monatlicher Durchschnitt</b>																	
Aug.-01	5,03	5,07	5,15	5,12	4,82	5,33	5,16	4,95	5,01	5,22	4,81	4,98	5,09	5,23	5,06	5,16	5,07
Juni-02	5,17	5,16	5,24	5,27	5,02	5,37	5,23	5,11	5,25	5,26	5,09	5,16	5,19	5,28	5,26	5,52	5,19
Juli-02	5,02	5,03	5,09	5,13	4,87	5,21	5,07	4,96	5,11	5,11	4,87	4,99	5,08	5,18	5,10	5,37	5,02
Aug.-02	4,73	4,73	4,80	4,87	4,59	5,21	4,78	4,67	4,84	4,83	4,70	4,71	4,78	4,93	4,81	5,13	4,67
<b>Zinssätze Staatspapiere (10 Jahre) (WWU-Konvergenzkriterien), jährlicher Durchschnitt</b>																	
1996	7,47	7,23	6,49	7,19	6,22	14,36	8,73	6,31	7,29	9,40	6,32	6,15	6,32	8,56	7,07	8,02	7,94
1999	4,73	4,66	4,75	4,91	4,50	6,30	4,73	4,61	4,72	4,73	4,67	4,63	4,68	4,79	4,73	4,99	5,02
2000	5,42	5,44	5,59	5,64	5,26	6,10	5,53	5,39	5,51	5,58	5,52	5,40	5,56	5,60	5,48	5,37	5,33
2001	5,0	5,0	5,1	5,1	4,8	5,3	5,1	4,9	5,0	5,2	4,9	5,0	5,1	5,2	5,0	5,1	5,0
Die Zinssätze für die Eurozone beziehen sich auf EUR-11 (d.h. ohne Griechenland) für die Jahre vor 2001.																	
Quelle: Eurostat – Finanzindikatoren																	

2 BEVÖLKERUNG																
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Gesamtbevölkerung (in 1000)																
1/01/60	314 826	9 129	4 565	72 543	8 300	30 327	45 465	2 836	50 026	313	11 417	7 030	8 826	4 413	7 471	52 164
1/01/80	354 572	9 855	5 122	78 180	9 588	37 242	53 731	3 393	56 388	363	14 091	7 546	9 714	4 771	8 303	56 285
1/01/00	375 974	10 239	5 330	82 163	10 543	39 442	58 744	3 777	57 680	436	15 864	8 103	9 998	5 171	8 861	59 623
1.1.2001, korrigierte Schätzung																
1.1.2002, erste Schätzung	377 988	10 263	5 349	82 260	10 565	40 122	59 040	3 826	57 844	441	15 987	8 121	10 243	5 181	8 883	59 863
2010, Bezugszenario, Revision 1999	379 449	10 292	5 367	82 360	10 596	40 428	59 344	3 874	58 018	447	16 101	8 140	10 303	5 195	8 910	60 075
2015, Bezugszenario, Revision 1999	383 397	10 352	5 476	83 435	10 768	39 857	61 369	4 141	57 277	471	16 690	8 149	10 309	5 267	8 951	60 885
2020, Bezugszenario, Revision 1999	385 186	10 419	5 514	83 477	10 817	39 824	62 192	4 295	56 761	485	16 993	8 163	10 437	5 295	9 017	61 495
2050, Bezugszenario, Revision 1999	385 984	10 483	5 554	83 295	10 806	39 528	62 840	4 427	55 985	500	17 270	8 170	10 526	5 314	9 115	62 173
2050, Bezugszenario, Revision 1999	364 485	10 104	5 555	76 006	10 231	35 145	62 153	4 757	48 072	559	17 679	7 612	10 669	4 951	9 197	61 793

Die jüngsten Schätzungen für 1.1.2001 und 1.1.2002 konnten nicht in das Profil "2. Bevölkerung, Haushalte und Familien" in Abschnitt 3 aufgenommen werden.

**Bevölkerungswachstum (je 1000 Personen), 2000**

Gesamtwachstum	2,8	2,3	3,6	0,4	2,1	1,2	5,0	11,4	2,8	12,8	7,5	2,3	2,5	1,9	2,4	3,5
Natürliches Wachstum	1,0	1,1	1,7	-0,9	-0,2	0,7	4,1	6,1	-0,3	4,5	4,1	0,2	1,4	1,4	-0,3	1,2
Wanderungssaldo	1,8	1,2	1,9	1,3	2,3	0,5	0,9	5,3	3,1	8,3	3,3	2,1	1,1	0,5	2,7	2,3

Das Wachstum der Gesamtbevölkerung setzt sich zusammen aus dem natürlichen Wachstum (Lebendgeburten abzüglich Sterbefälle) und dem Wanderungssaldo. Dieser wird geschätzt auf der Grundlage der Differenz zwischen Bevölkerungswachstum und natürlichem Wachstum (korrigierter Wanderungssaldo).

**Bevölkerungsstruktur (in Prozent des Gesamtwerts), 2000**

Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0-19	23	23,6	23,7	21,3	21,8	21,7	25,6	30,8	19,8	24,4	24,4	22,8	23,5	24,7	24,2	25,3
20-59	55,4	54,5	56,6	55,7	55,1	56,7	53,9	54,1	56,3	56,5	57,5	56,8	55,9	55,5	53,6	54,3
60-79	18,0	18,4	15,8	19,4	19,6	17,9	16,9	12,6	20,0	16,0	15,0	16,9	17,8	16,5	17,2	16,5
80 und älter	3,7	3,5	3,9	3,6	3,5	3,7	3,6	2,5	3,9	3,1	3,2	3,5	2,8	3,3	4,9	4,0

Quelle: Eurostat – Bevölkerungsstatistik

Altersgruppe 0 – 14																
2000 (in 1000)	63533	1795	983	12915	1603	5940	11145	826	8290	82	2946	1360	1677	943	1638	11390
Unterschiede in Prozent, 2000/2015-8	-11	-6	-11	-1	-4	-4	6	-10	-3	-2	-18	7	-12	-18	-11	
Altersgruppe 15 -24																
2000 (in 1000)	46736	1240	620	9123	1476	5778	7722	658	6823	49	1877	954	1484	662	1025	7244
Unterschiede in Prozent, 2000/2015-7,0	-1,0	15,0	-2,0	-26,0	-31,0	-4,0	-17,0	-17,0	30,0	11,0	-1,0	-21,0	-3,0	10,0	7,0	
Altersgruppe 25 -54																
2000 (in 1000)	163365	4434	2344	35831	4446	17158	25441	1549	25324	197	7299	3611	4245	2258	3678	25549
Unterschiede in Prozent, 2000/2015-3,0	-6,0	-7,0	-3,0	3,0	2,0	-3,0	19,0	-6,0	0,0	-6,0	-3,0	4,0	-10,0	-3,0	-1,0	
Altersgruppe 55 -64																
2000 (in 1000)	41549	1042	595	10955	1199	3960	5473	319	6808	44	1583	912	1060	543	987	6070
Unterschiede in Prozent, 2000/201519,0	36,0	16,0	3,0	13,0	25,0	46,0	49,0	9,0	41,0	41,0	16,0	18,0	37,0	14,0	23,0	
Altersgruppe 65 und älter																
2000 (in 1000)	60988	1712	790	13313	1819	6596	9419	424	10343	62	2154	1253	1535	766	1533	9268
Unterschiede in Prozent, 2000/201522	17	28	28	20	15	23	32	22	32	36	23	16	36	21	18	
Altersgruppe 80 und älter																
2000 (in 1000)	13752	353	208	2897	373	1453	2117	95	2240	13	501	278	285	171	436	2332
Unterschiede in Prozent, 2000/201548	61	7	49	71	59	66	26	63	67	36	38	51	44	6	18	

Quelle: Eurostat – Bevölkerungsstatistik; Demografisches Basisszenario, Projektion 1995, Korrektur 1999.

**Zuwanderung nach Staatsangehörigkeit, 1999**

Insgesamt	2 062 982	68 466	51 372	874 023	12 630	127 365	57 846	47 522	171 967	12 794	119 151	86 710	14 476	14 744	49 839	354 077
Staatsangehörige	510 137	10 682	22 542	200 150	:	28 243	:	25 922	28 816	1 018	40 786	14 331	:	6 807	15 266	115 574
Staatsangehörige anderer EU-Mitgliedstaaten	354 588	28 022	7 983	135 268	2 888	32 104	5 551	14 695	9 240	8 204	20 439	13 326	4 568	1 521	8 836	61 943
Staatsangehörige von Drittstaaten	1 198 257	29 762	20 847	538 605	9 742	67 018	52 295	6 905	133 911	3 572	57 926	59 053	9 908	6 416	25 737	176 560

DK und EL: 1998, I: 1996

**Abwanderung nach Staatsangehörigkeit, 1999**

Insgesamt	1 256 000	41 307	40 340	672 048	:	:	:	29 000	46 273	8 075	59 023	66 923	:	11 966	35 705	245 340
Staatsangehörige	403 139	16 927	24 693	116 410	:	:	:	:	38 984	1 172	38 358	19 644	:	9 966	22 123	114 862
Staatsangehörige anderer EU-Mitgliedstaaten	244 527	15 997	5 807	141 205	:	:	:	:	2 173	5 560	10 127	7 653	:	947	6 365	48 693
Staatsangehörige von Drittstaaten	579 334	8 383	9 840	414 433	:	:	:	:	5 116	1 343	10 538	39 626	:	1 053	7 217	81 785

DK: 1998, IRL und I: 1997

**Wanderungssaldo nach Staatsangehörigkeit, 1999**

Insgesamt	:	27 159	11 032	201 975	:	:	:	:	4 719	60 128	19 787	:	2 778	14 134	108 737
Staatsangehörige	:	- 6 245	- 2 151	83 740	:	:	:	:	- 154	2 428	- 5 313	:	- 3 159	- 6 857	712
Staatsangehörige anderer EU-Mitgliedstaaten	:	12 025	2 176	- 5 937	:	:	:	:	2 644	10 312	5 673	:	574	2 471	13 250
Staatsangehörige von Drittstaaten	:	21 379	11 007	124 172	:	:	:	:	2 229	47 388	19 427	:	5 363	18 520	94 775

DK: 1998

**2 BEVÖLKERUNG**

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit, in Tausend, 2000 (oder jüngere Angaben)</b>																
Insgesamt	374 667	10 239	5 314	82 163	10 487	39 442	58 521	3 787	57 680	424	15 864	8 103	9 998	5 171	8 861	58 614
Staatsangehörige	355 974	9 386	5 057	74 820	10 325	38 640	55 258	3 660	56 409	276	15 212	7 349	9 807	5 084	8 374	56 317
Ausländische Staatsbürger	18 692	853	256	7 344	161	801	3 263	127	1 271	148	652	754	191	88	487	2 298
Staatsangehörige anderer EU-Mitgliedstaaten	5 801	564	53	1 859	45	312	1 195	92	149	131	196	99	52	16	177	859
Staatsangehörige von Drittstaaten	12 892	290	203	5 485	116	489	2 068	34	1 122	16	456	654	138	71	310	1 439

DK: 1999, EL: 1997, F: 1999, L: 1998, UK: 1999 A: Die Aufgliederung der ausländischen Staatsangehörigen wurde aus dem Verhältnis von Staatsangehörigen von EU-Mitgliedstaaten zu Staatsangehörigen von Drittstaaten berechnet. Die EU-15-Zahlen sind lediglich die Summe der anderen Zahlen der Reihe. Die die Angaben von 5 Ländern von vor 2000 stammen, ist die EU-15-Gesamtbevölkerung in der Tabelle zu niedrig angegeben. Die aktuellen Schätzungen liegen bei 375 974 000. Die Zahlen werden im Frühjahr 2002 auf der Grundlage mindestens der neuesten französischen und spanischen Daten korrigiert werden.

**Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit, in Prozent, 2000 (oder jüngere Daten)**

Insgesamt																
Staatsangehörige	95,0	91,7	95,2	91,1	98,5	98,0	94,4	96,7	97,8	65,1	95,9	90,7	98,1	98,3	94,5	96,1
Ausländische Staatsbürger	5,0	8,3	4,8	8,9	1,5	2,0	5,6	3,3	2,2	34,9	4,1	9,3	1,9	1,7	5,5	3,9
Staatsangehörige anderer EU-Mitgliedstaaten	1,5	5,5	1,0	2,3	0,4	0,8	2,0	2,4	0,3	31,0	1,2	1,2	0,5	0,3	2,0	1,5
Staatsangehörige von Drittstaaten	3,4	2,8	3,8	6,7	1,1	1,2	3,5	0,9	2	4	3	8	1	1	4	3

DK: 1999, EL: 1997, F: 1999, L: 1998, UK: 1999 A: Aufgliederung der ausländischen Staatsangehörigen: 1998

**Asylanträge (in 1000)**

1990	397,0	12,9	5,3	193,1	4,1	8,6	54,8	0,1	3,6	0,1	21,2	22,8	0,1	2,7	29,4	38,2
1991	511,2	15,4	4,6	256,1	2,7	8,1	47,4	0,0	24,5	0,2	21,6	27,3	0,2	2,1	27,4	73,4
1992	672,4	17,7	13,9	438,2	2,1	11,7	28,9	0,0	2,6	0,1	20,3	16,2	0,7	3,6	84,0	32,3
1993	516,7	26,7	14,3	322,6	0,9	12,6	27,6	0,1	1,3	0,2	35,4	4,7	2,1	2,0	37,6	28,5
1994	300,3	14,3	6,7	127,2	1,1	12,0	26,0	0,4	1,8	0,3	52,6	5,1	0,6	0,8	18,6	32,8
1995	263,7	11,4	5,1	127,9	1,3	5,7	20,4	0,4	1,8	0,3	29,3	5,9	0,3	0,8	9,0	44,0
1996	227,8	12,4	5,9	117,3	1,6	4,7	17,4	1,2	0,7	0,3	22,9	7,0	0,3	0,7	5,8	29,6
1997	242,8	11,8	5,1	104,4	4,4	5,0	21,4	3,9	1,9	0,4	34,4	6,7	0,3	1,0	9,7	32,5
1998	295,5	22,0	5,7	98,6	3,0	4,9	22,4	4,6	13,1	1,7	45,2	13,8	0,4	1,3	12,8	46,0
1999	353	36	7	95	2	8	31	8	19	3	39	20	0	3	11	71

Rate je 1000 Einwohner, 1999 0,9 3,5 1,2 1,2 0,1 0,2 0,5 2,1 0,3 6,8 2,5 2,5 0,0 0,6 1,3 1,2

B: ohne unterhaltsberechtignte Kinder. Die Zahlen für 1999 sind die Summe der monatlich an Eurostat weitergeleiteten Angaben. I: ohne unterhaltsberechtignte Kinder. DK: ohne Anträge außerhalb Danemarks und an der Grenze abgewiesene Anträge. D: ohne wiederholte Anträge. Mit unterhaltsberechtignten Kindern, sofern die Eltern einen Antrag für sie gestellt haben. EL: die Zahlen für 1989-92 sind die Summe der bei den griechischen Behörden und bei UNHCR (United Nations High Commission for Refugees) registrierten Anträge. E: bis 1998 - ohne Unterhaltsberechtignte; 1999 - mit Unterhaltsberechtignten. F: ohne Kinder und einige erwachsene Begleitpersonen. NL, A: ohne Vertriebene aus dem ehemaligen Jugoslawien mit besonderer Aufenthaltsgenehmigung. S: ohne wiederholte Anträge. UK: ohne Unterhaltsberechtignte.

Quelle: Eurostat – Migrationsstatistik

**Zahl der Haushalte (in Tausend), 2001**

155 842	4 294	2 457	37 853	3 993	13 184	24 477	1 291	21 968	172	6 850	3 298	3 410	2 382	4 394	25 820	
Durchschnittliche Haushaltsgröße																
1981/82	2,8	2,7	2,4	2,5	3,1	3,6	2,7	3,6	3,0	2,8	2,8	2,7	3,3	2,6	2,3	2,7
1991	2,6	2,6	2,2	2,3	2,8	3,3	2,5	3,3	2,8	2,7	2,4	2,6	3,1	2,3	2,1	2,5
2001	2,4	2,4	2,2	2,1	2,6	3	2,4	3	2,6	2,5	2,3	2,4	2,9	2,1	2	2,3

DK: 2000, S: 1990 und 2000 DK, IRL (2001), FIN, S: Angaben aus einzelstaatlichen Quellen Quelle: Eurostat – Volkszählungen (1981/82) EU-Arbeitskräfteerhebung (1991 und 2001)

**Anteil von in privaten Haushalten lebenden Personen nach Haushaltstyp, 2000**

Bevölkerung insgesamt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>1 Erwachsener ohne unterhaltsber</b>																
echtigte Kinder	12	12	17	16	8	5	13	7	9	10	14	12	5	17	20	13
... unter 30	2	1	4	3	1	0	2	1	0	2	3	2	0	4	5	2
... zwischen 30 und 64	5	5	7	7	3	2	5	3	3	5	6	6	1	8	9	6
... ab 65	5	6	6	6	4	3	5	3	5	4	5	5	3	6	6	6
... männlich	5	5	8	7	3	2	5	4	3	4	6	5	1	7	10	6
... unter 30	1	1	2	1	1	0	1	0	0	1	2	1	0	2	3	1
... zwischen 30 und 64	3	3	4	4	1	1	3	2	2	3	4	3	1	4	5	3
... ab 65	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
... weiblich	7	8	9	9	5	3	8	4	6	5	8	8	3	10	10	7
... unter 30	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	2	2	1
... zwischen 30 und 64	2	2	2	3	1	1	3	1	2	2	3	3	1	4	3	3
... ab 65	4	5	5	5	3	2	4	2	4	3	4	4	2	4	5	4
<b>2 Erwachsene ohne unterhaltsber</b>																
echtigte Kinder	24	25	28	29	22	17	25	14	18	19	29	23	16	26	25	27
... beide unter 65	14	14	19	18	9	7	15	8	8	12	20	14	8	16	15	17
... wenigstens einer 65 oder älter	10	11	9	11	13	10	10	6	10	7	9	9	9	9	10	10
<b>3 oder mehr Erwachsene ohne</b>																
unterhaltsberechtignte Kinder	14	11	8	10	21	23	8	13	21	12	10	15	18	5	1	11
<b>1 Erwachsener mit unter</b>																
haltsberechtignten Kindern	4	5	3	4	2	2	5	3	2	3	3	3	3	5	7	8
<b>2 Erwachsene mit unterhaltsber</b>																
echtigten Kindern	35	40	35	33	34	34	42	39	36	44	35	33	38	41	45	32
... 1 Kind	11	12	11	12	10	11	12	8	13	14	9	11	16	13	12	9
... 2 Kinder	17	17	15	15	18	18	18	15	18	19	17	16	17	17	20	15
... 3 oder mehr Kinder	8	11	9	6	5	5	12	17	5	11	8	6	5	11	13	9

**2 BEVÖLKERUNG**

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
--	-------	---	----	---	----	---	---	-----	---	---	----	---	---	-----	---	----

3 oder mehr Erwachsene mit unterhaltsberechtigten Kindern	11	7	10	7	13	20	8	24	13	12	9	14	20	6	1	8
---	----	---	----	---	----	----	---	----	----	----	---	----	----	---	---	---

Anmerkung: Zu den unterhaltsberechtigten Kindern zählen alle Kinder bis zum Alter von 15 Jahren, zuzüglich aller Personen im Alter von 15-24 Jahren, die nicht erwerbstätig sind (zumeist, weil sie sich in einer Ausbildung befinden) und mit mindestens einem Elternteil leben.

Quelle: Eurostat –Europäische Arbeitskräfteerhebung 2000 DK, IRL, FIN, S: 1997, Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft, UDB September 2001.

**In Haushalten lebende Personen nach Haushaltstyp, 1988**

Bevölkerung insgesamt	100	100	:	100	100	100	100	100	100	100	:	100	:	:	:	100
1 Erwachsener ohne unterhaltsber echtigte Kinder	10	11	:	15	6	3	11	6	8	9	11	:	4	:	:	10
2 Erwachsene ohne unterhaltsber echtigte Kinder	21	21	:	25	18	13	22	13	18	21	23	:	15	:	:	25
3 oder mehr Erwachsene ohne unterhaltsberechtigte Kinder	14	10	:	14	15	17	9	12	18	16	11	:	15	:	:	16
1 Erwachsener mit unter haltsberechtigten Kindern	3	3	:	3	2	1	3	3	2	2	3	:	2	:	:	4
2 Erwachsene mit unterhaltsber echtigten Kindern	38	46	:	33	42	37	46	46	40	38	41	:	34	:	:	35
3 oder mehr Erwachsene mit unterhaltsberechtigten Kindern	14	8	:	10	18	29	9	21	14	15	10	:	29	:	:	11

Quelle: Eurostat – Europäische Arbeitskräfteerhebung 1988

**Ältere Bevölkerung nach Haushaltssituation und Altersgruppe, 2010**

Altersgruppe 65 und älter																
Leben allein	32	35	42	35	27	22	34	32	27	28	33	31	23	38	42	35
Leben mit dem Partner	54	48	52	56	57	58	54	42	52	52	55	52	57	48	54	52
Sonstiger Haushalt	9	13	2	5	10	18	6	17	14	16	3	13	18	9	2	8
Leben in Anstaltshaushalten	4	4	5	3	6	2	5	9	7	4	9	4	2	5	2	4
Altersgruppe 65 - 79																
Leben allein	27	29	36	30	23	18	29	30	23	24	30	26	20	34	33	30
Leben mit dem Partner	63	56	60	64	65	67	64	49	61	61	65	60	64	56	64	61
Sonstiger Haushalt	8	13	2	4	8	13	5	15	12	12	2	12	15	8	2	7
Leben in Anstaltshaushalten	2	2	3	1	4	1	2	6	4	3	3	2	1	2	1	2
Altersgruppe 80 und älter																
Leben allein	45	51	62	52	36	30	46	39	39	38	44	43	32	49	62	50
Leben mit dem Partner	31	28	26	29	35	34	34	19	30	28	27	29	35	23	30	31
Sonstiger Haushalt	14	14	2	9	16	32	10	23	17	25	5	17	30	14	3	11
Leben in Anstaltshaushalten	10,0	8,0	10,0	10,0	12,0	4,0	10,0	19,0	13,0	9,0	24,0	11,0	4,0	14,0	4,0	8,0

Die Gruppe „Leben mit dem Partner“ umfasst ältere Personen, die mit ihrem Partner und anderen Erwachsenen oder Kindern zusammenleben.

Quelle: Eurostat - Basisszenario der Haushalte auf der Grundlage von 1995

**Rohe Heiratsziffer (pro 1000 Einwohner)**

1960	8,0	7,2	7,8	9,5	7,0	7,7	7,0	5,5	7,7	7,1	7,8	8,3	7,8	7,4	6,7	7,5
1970	7,7	7,6	7,4	7,4	7,7	7,3	7,8	7,0	7,3	6,4	9,5	7,1	9,4	8,8	5,4	8,5
1980	6,3	6,7	5,2	6,3	6,5	5,9	6,2	6,4	5,7	5,9	6,4	6,2	7,4	6,1	4,5	7,4
1990	6,0	6,5	6,1	6,5	5,8	5,7	5,1	5,1	5,6	6,1	6,4	5,8	7,2	5,0	4,7	6,5
1999	5,1	4,3	6,7	5,2	5,9	5,2	4,8	4,9	4,8	4,8	5,7	4,9	6,9	4,7	4,0	5,1
2000	:	4,4	:	5,1	5,9	:	5,1	5,0	:	4,9	5,5	4,8	6,4	5,1	4,5	:

Die rohe Heiratsziffer stellt das Verhältnis der Zahl der Eheschließungen zur durchschnittlichen Bevölkerung in einem bestimmten Jahr dar.

**Gesamtfruchtbarkeitsziffer**

1960	2,59	2,56	2,57	2,37	2,28	2,86	2,73	3,76	2,41	2,28	3,12	2,69	3,10	2,72	2,20	2,72
1970	2,38	2,25	1,95	2,03	2,39	2,90	2,47	3,93	2,42	1,98	2,57	2,29	2,83	1,82	1,92	2,43
1980	1,82	1,68	1,55	1,56	2,21	2,20	1,95	3,23	1,64	1,49	1,60	1,65	2,18	1,63	1,68	1,90
1990	1,57	1,62	1,67	1,45	1,39	1,36	1,78	2,11	1,33	1,61	1,62	1,45	1,57	1,78	2,13	1,83
2000	1,53	1,65	1,76	1,34	1,30	1,22	1,89	1,89	1,25	1,78	1,72	1,32	1,54	1,73	1,54	1,64

Die Gesamtfruchtbarkeitsziffer ist die auf der Grundlage der derzeitigen Fruchtbarkeitsziffern errechnete durchschnittliche Zahl der Lebendgeborenen, die eine Frau zur Welt bringen würde.

**Prozentsatz der außerehelichen Lebendgeburten**

1960	5,1	2,1	7,8	7,6	1,2	2,3	6,1	1,6	2,4	3,2	1,4	13,0	9,5	4,0	11,3	5,2
1970	5,6	2,8	11,0	7,2	1,1	1,4	6,9	2,7	2,2	4,0	2,1	12,8	7,3	5,8	18,6	8,0
1980	9,6	4,1	33,2	11,9	1,5	3,9	11,4	5,0	4,3	6,0	4,1	17,8	9,2	13,1	39,7	11,5
1990	19,6	11,6	46,4	15,3	2,2	9,6	30,1	14,6	6,5	12,8	11,4	23,6	14,7	25,2	47,0	27,9
1999	27,2	20,1	44,9	21,6	4,0	14,1	40,7	30,9	9,2	18,6	22,8	30,5	20,8	38,7	55,3	38,8
2000	:	:	:	23	4	:	:	31,8	:	21,9	25,1	31,3	22,2	39,2	55,3	39,5

**Rohe Scheidungsziffer (pro 1000 Einwohner)**

1960	0,5	0,5	1,5	1,0	0,3	-	0,7	-	-	0,5	0,5	1,1	0,1	0,8	1,2	0,5
1970	0,8	0,7	1,9	1,3	0,4	-	0,8	-	-	0,6	0,8	1,4	0,1	1,3	1,6	1,1
1980	1,4	1,5	2,7	1,8	0,7	-	1,5	-	0,2	1,6	1,8	1,8	0,6	2,0	2,4	2,8
1990	1,7	2,0	2,7	2,0	0,6	0,6	1,9	-	0,5	2,0	1,9	2,1	0,9	2,6	2,3	2,9
1999	1,8	2,6	2,5	2,3	0,9	0,9	2,0	:	0,6	2,4	2,1	2,3	1,8	2,7	2,4	2,7
2000	:	2,6	:	:	0,9	:	:	:	0,6	2,3	2,1	2,4	1,9	2,7	2,4	:

Die rohe Scheidungsziffer stellt das Verhältnis der Zahl der Scheidungen zur durchschnittlichen Bevölkerung in einem bestimmten Jahr dar.

**2 BEVÖLKERUNG**

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Anteil der durch Scheidung gelösten Ehen, nach Heiratskohorte (%)</b>																
1950	:	:	:	:	:	:	:	-	2	:	10	:	:	:	:	:
1960	15	15	29	18	6	5	17	-	3	14	17	18	4	22	32	23
1970	22	26	40	28	8	8	28	:	5	26	25	27	9	33	38	34
1980	28	35	44	36	12	12	35	:	8	40	33	34	16	41	46	42
1983	29	37	43	36	13	14	35	:	9	40	33	36	17	45	47	43

Die Summe der Scheidungsziffern nach Dauer der Ehen für eine Heiratskohorte stellt das Verhältnis der Zahl der Ehescheidungen zur durchschnittlichen Bevölkerung in einem bestimmten Berichtszeitraum dar. In der Praxis können die Scheidungsziffern für langjährige Ehen anhand der Ziffern der vorangegangenen Generationen geschätzt werden, ohne dass man das Ende der Ehen in der Kohorte abwarten muss. Diese Verfahren führt zu einer Schätzung des endgültigen Anteils der Ehen, die in der jeweiligen Generation geschieden werden.

EU-15, UK: ausgenommen Schottland und Nordirland

**Durchschnittliche Dauer der Ehen bei der Scheidung, nach Heiratskohorte, Jahre**

1950	:	:	:	:	:	:	:	-	21,4	:	16,9	:	:	:	:	:
1960	14,4	17,5	14,4	12,5	14,6	19,0	15,5	-	21,0	17,5	17,2	11,2	22,7	15,5	14,9	16,3
1970	14,0	16,6	11,9	12,0	14,3	19,8	15,5	:	20,5	15,6	14,8	11,9	19,0	14,6	13,3	13,3
1980	12,7	15,0	10,7	11,5	12,3	16,6	14,2	:	17,4	13,6	12,7	11,4	16,1	14,2	12,1	12,0
1983	12,5	14,9	10,8	11,8	12,1	15,6	14,0	:	17,1	13,2	12,7	11,3	15,7	13,7	12,1	11,6

EU-15, UK: ausgenommen Schottland und Nordirland

Quelle: Eurostat – Bevölkerungsstatistik

**Anteil der in eheähnlicher Lebensgemeinschaft lebenden Paare, 1998**

Altersgruppe 16-29	33	35	57	35	8	12	41	29	11	27	56	30	15	61	70	53
Bevölkerung insgesamt	9	9	17	9	1	3	10	4	2	7	15	9	5	21	23	13

L: 1996, FIN: 1997, S: 1997. Daten aus den einzelstaatlichen Einkommensstatistiken. Quelle: Eurostat – Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft (ECHP), Stand Dezember 2001

**Anteil der Personen im Alter von mindestens 16 Jahren, die im täglichen Leben unter anderem ohne Bezahlung Kinder oder Erwachsene (1) betreuen, nach Geschlecht, 1998**

Männer	18	23	26	19	11	12	13	16	20	21	32	14	7	22	:	20
Frauen	33	41	34	28	35	32	24	40	43	36	43	36	31	31	:	31

**Anteil der Personen im Alter von mindestens 16 Jahren, die im täglichen Leben unter anderem ohne Bezahlung Kinder betreuen, nach Geschlecht, 1998**

Männer	14	19	23	17	10	10	11	14	18	19	28	12	6	18	:	8
Frauen	27	36	28	26	32	26	21	36	39	32	39	32	26	26	:	18

**Anteil der Personen im Alter von mindestens 16 Jahren, die im täglichen Leben unter anderem ohne Bezahlung Erwachsene (1) betreuen, nach Geschlecht, 1998**

Männer		5	5	3	2	3	3	3	4	4	5	2	1	4	:	13
Frauen		8	8	2	6	7	5	6	8	7	9	7	8	6	:	16

(1) Betreuung kranker, behinderter oder gebrechlicher Erwachsener

Quelle: Eurostat - Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft (ECHP), UDB Stand Dezember 2001. L: 1996, FIN: 1997

**3 ALLGEMEINE UND BERUFLICHE BILDUNG**  
EU-15 B DK D EL E F IRL I L NL A P FIN S UK

**Bildungsniveau der Altersgruppe 25-64 nach Geschlecht (%), 2000**

25-64 Jahre	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	
.. Männer und Frauen																
.... Weniger als Sekundarstufe II	36,4	41,7	20,2	18,7	48,8	62,9	37,7	50,7	54,8	39,1	33,9	23,8	78,4	26,8	22,8	19,3
.... Sekundarstufe II	42,4	31,2	54,0	57,4	34,3	15,3	40,7	27,1	35,6	42,6	42,0	61,9	11,7	40,5	47,5	52,5
.... Tertiärbereich	21,2	27,1	25,8	23,8	16,9	21,8	21,6	22,2	9,6	18,3	24,1	14,2	9,8	32,6	29,7	28,1
.. Männer																
.... Weniger als Sekundarstufe II	33,7	42,3	18,5	14,2	46,7	61,4	34,8	54,3	54,1	34,8	30,2	17,0	80,1	28,4	24,3	16,3
.... Sekundarstufe II	43,5	31,1	57,1	56,8	34,4	15,8	44,0	23,2	36,0	44,4	43,1	65,9	11,7	42,2	48,3	54,0
.... Tertiärbereich	22,8	26,6	24,4	28,9	18,8	22,8	21,1	22,5	9,9	20,8	26,7	17,1	8,2	29,4	27,4	29,6
.. Frauen																
.... Weniger als Sekundarstufe II	39,1	41,1	22,0	23,3	50,8	64,2	40,6	47,1	55,5	43,5	37,8	30,6	76,7	25,3	21,2	22,6
.... Sekundarstufe II	41,3	31,2	50,8	58,0	34,1	14,9	37,4	30,9	35,1	40,8	40,8	58,0	11,8	38,8	46,7	50,9
.... Tertiärbereich	20	28	27	19	15	21	22	22	9	16	21	11	12	36	32	27
25-29 Jahre																
.. Männer und Frauen																
.... Weniger als Sekundarstufe II	24,3	19,8	13,5	16,3	25,3	38,6	21,1	:	36,7	29,9	24,2	16,1	62,4	13,2	13,2	9,9
.... Sekundarstufe II	50,0	42,5	61,2	65,7	53,8	22,0	43,4	:	54,0	45,3	48,0	70,7	23,3	50,5	52,3	57,5
.... Tertiärbereich	25,7	37,7	25,3	18,0	20,9	39,5	35,5	:	9,2	24,8	27,8	13,3	14,3	36,3	34,5	32,6
.. Männer																
.... Weniger als Sekundarstufe II	25,4	22,4	15,6	14,7	29,4	43,1	21,3	:	39,8	32,4	26,1	12,0	65,7	15,7	12,8	9,6
.... Sekundarstufe II	50,8	43,6	63,4	67,8	52,6	23,0	46,5	:	52,4	45,1	48,0	73,7	22,8	55,8	56,7	56,2
.... Tertiärbereich	23,8	34,1	21,0	17,5	18,0	33,9	32,2	:	7,8	22,6	25,9	14,3	11,6	28,5	30,5	34,2
.. Frauen																
.... Weniger als Sekundarstufe II	23,3	17,2	11,5	17,9	21,1	34,0	20,8	:	33,7	27,3	22,3	20,0	59,2	10,5	13,6	10,3
.... Sekundarstufe II	49,2	41,3	59,0	63,6	55,0	20,9	40,4	:	55,6	45,5	47,9	67,8	23,8	44,9	47,7	58,9
.... Tertiärbereich	28	42	30	19	24	45	39	:	11	27	30	12	17	45	39	31
30-39 Jahre																
.. Männer und Frauen																
.... Weniger als Sekundarstufe II	31,9	37,2	17,3	15,7	40,7	57,7	33,9	:	49,1	36,3	30,7	19,8	78,9	18,6	18,0	15,4
.... Sekundarstufe II	45,1	33,2	53,4	58,0	38,7	18,7	44,0	:	39,7	45,3	44,0	64,4	11,2	45,0	50,2	55,3
.... Tertiärbereich	22,9	29,6	29,3	26,3	20,7	23,6	22,1	:	11,2	18,4	25,3	15,9	9,9	36,3	31,8	29,2
.. Männer																
.... Weniger als Sekundarstufe II	30,4	39,7	16,6	13,1	39,4	56,9	31,9	:	49,4	32,3	28,9	14,5	80,6	21,2	19,8	12,9
.... Sekundarstufe II	45,5	31,9	57,1	56,3	38,1	18,6	46,8	:	39,3	46,6	43,5	67,8	11,1	47,7	51,0	56,4
.... Tertiärbereich	24,1	28,4	26,4	30,6	22,5	24,5	21,3	:	11,3	21,0	27,7	17,7	8,3	31,2	29,3	30,8
.. Frauen																
.... Weniger als Sekundarstufe II	33,5	34,7	18,2	18,5	41,8	58,4	35,9	:	48,8	40,4	32,6	25,1	77,2	16,0	16,1	18,0
.... Sekundarstufe II	44,7	34,5	49,4	59,7	39,2	18,8	41,3	:	40,1	43,8	44,5	60,8	11,3	42,3	49,5	54,3
.... Tertiärbereich	22	31	32	22	19	23	23	:	11	16	23	14	12	42	34	28
50-64 Jahre																
.. Männer und Frauen																
.... Weniger als Sekundarstufe II	48,9	58,6	27,2	24,3	69,2	82,0	51,9	:	72,4	48,6	43,8	34,4	87,5	44,0	33,3	31,8
.... Sekundarstufe II	34,6	23,0	52,3	54,0	20,8	6,9	33,5	:	20,4	36,3	35,9	53,9	5,6	30,4	41,8	44,4
.... Tertiärbereich	16,4	18,4	20,5	21,7	10,0	11,1	14,7	:	7,2	15,1	20,3	11,7	6,9	25,6	24,9	23,7
.. Männer																
.... Weniger als Sekundarstufe II	42,8	55,3	22,5	15,9	63,9	77,3	46,1	:	68,4	40,6	34,2	23,8	87,6	44,2	35,3	25,6
.... Sekundarstufe II	37,2	24,5	54,9	54,3	22,2	7,9	37,9	:	23,2	39,8	40,4	59,1	6,3	29,0	41,3	48,8
.... Tertiärbereich	20,1	20,2	22,6	29,8	13,8	14,9	16,0	:	8,4	19,6	25,4	17,1	6,1	26,8	23,4	25,6
.. Frauen																
.... Weniger als Sekundarstufe II	55,2	61,8	32,2	32,8	74,0	86,4	57,4	:	76,3	56,7	53,6	44,6	87,4	43,8	31,3	39,6
.... Sekundarstufe II	32,0	21,5	49,6	53,7	19,5	6,0	29,2	:	17,7	32,7	31,3	48,9	4,7	31,8	42,3	39,0
.... Tertiärbereich	12,7	16,7	18,2	13,5	6,4	7,5	13,4	:	6,0	10,6	15,1	6,5	7,9	24,5	26,4	21,4

Die Definition der Bildungsniveaus erfolgt gemäß ISCED (Internationale Standardklassifikation des Bildungswesens). Schulabgänger vor Abschluss der Sekundarstufe II entsprechen ISCED 0-2, abgeschlossene Sekundarstufe II ISCED 3-4 (einschl. Postsekundar-, Nichttertiärbereich) und eine Tertiärbereich (Hochschulausbildung) ISCED 5-6. IRL Daten von 1997. UK – GCSE-,O'-Abschlüsse unter ISCED 3.

**Arbeitslosenquoten der Altersgruppe 25-59 nach Geschlecht und Bildungsniveau, 2000**

Männer und Frauen																
.. Weniger als Sekundarstufe II	11	9	7	14	9	14	14	:	10	3	3	8	4	12	8	9
.. Sekundarstufe II	7	5	4	8	11	11	8	:	7	2	2	2	4	9	5	4
.. Tertiärbereich	4	2	3	4	7	9	5	:	6	1	2	2	2	5	3	2
Männer																
.. Weniger als Sekundarstufe II	9	7	5	15	6	10	12	:	8	3	3	10	3	11	8	12
.. Sekundarstufe II	6	4	3	8	7	7	6	:	5	1	1	2	2	8	5	5
.. Tertiärbereich	4	2	3	4	5	6	5	:	4	1	1	2	2	4	4	2
Frauen																
.. Weniger als Sekundarstufe II	14	13	8	13	14	22	16	:	15	4	4	7	4	13	8	6
.. Sekundarstufe II	8	7	5	9	17	18	11	:	11	3	2	2	5	10	5	4
.. Tertiärbereich	5	3	3	5	10	13	6	:	8	1	2	2	3	6	2	2

**Anteil der Beschäftigten, die in den letzten vier Wochen an einer Bildungsmaßnahme teilgenommen haben, nach Bildungsabschluss und Geschlecht (in Prozent), 2000**

.. Männer und Frauen	8	7	21	5	1	5	3	5	5	5	16	8	3	20	22	21
.... Weniger als Sekundarstufe II	2	2	11	2	0	1	1	2	2	1	9	4	1	9	14	7
.... Sekundarstufe II	10	7	20	6	2	9	2	5	10	6	18	9	14	19	19	20
.... Tertiärbereich	16	14	31	7	2	13	7	12	10	11	21	15	11	30	31	35
.. Männer	8	8	18	6	1	4	3	5,0	5	6	16	9	3	18	19	18
.... Weniger als Sekundarstufe II	2	3	9	2	0	1	1	:	2	1	11	:	1	8	12	6
.... Sekundarstufe II	9	8	16	6	2	9	2	:	10	7	19	:	16	17	17	16
.... Tertiärbereich	14	15	29	6	2	11	7	:	9	12	19	:	11	28	28	29
.. Frauen	9	6	24	5	1	5	3	5,0	5	4	15	7,0	3	22	24	24
.... Weniger als Sekundarstufe II	3	2	13	1	0	1	1	:	2	1	8	:	1	9	17	8
.... Sekundarstufe II	10	6	24	5	2	9	3	:	10	4	16	:	13	21	20	24
.... Tertiärbereich	18	12	33	9	2	15	7	:	11	11	23	:	10	32	34	41

F, NL, P - Berufsbildungsbezogene Daten werden nur erhoben, wenn die Maßnahme zum Zeitpunkt der Erhebung läuft. Daher könnte der Umfang der Bildungsmaßnahmen unterschätzt sein. Daten von 1997 für IRL und A. UK – GCSE-,O'-Abschlüsse unter ISCED 3. Quelle: Eurostat – Europäische Arbeitskräfteerhebung

<b>3 ALLGEMEINE UND BERUFLICHE BILDUNG</b>																
	<b>EU-15</b>	<b>B</b>	<b>DK</b>	<b>D</b>	<b>EL</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>IRL</b>	<b>I</b>	<b>L</b>	<b>NL</b>	<b>A</b>	<b>P</b>	<b>FIN</b>	<b>S</b>	<b>UK</b>

**Beteiligungquoten, 16-18 Jahre, nach Geschlecht, 1998/99**

Männer	81	91	82	92	80	75	89	76	71	75	94	84	72	91	93	68
Frauen	84	95	84	91	70	80	90	90	77	81	94	80	85	93	100	73

D: ISCED 6 fehlt, L: kein vollständiges Universitätssystem vorhanden, ISCED 6 fehlt.

**Zahl der Frauen pro 100 Männer im Tertiärbereich**

1981/82	80	76	98	72	74	83	105	67	77	:	70	76	102	89	108	59
1997	107	102	120	84	92	112	122	107	117	:	93	95	134	112	126	107
1998/99	111	109	129	90	101	113	119	115	123	107	97	100	127	117	136	114

D: ISCED 6 fehlt, L: kein vollständiges Universitätssystem vorhanden, ISCED 6 fehlt.

**Durchschnittsalter der Hochschulstudenten, 1998/99**

Männer und Frauen	23	21	26	26	20	22	22	21	23	23	23	25	23	25	26	24
Männer	24	22	26	27	20	23	22	21	24	:	23	26	23	25	25	24
Frauen	23	21	26	25	20	22	22	21	23	:	22	25	23	25	26	24

D: ISCED 6 fehlt, L: 1997.

**Anteil der öffentlichen Bildungsausgaben insgesamt am Bruttoinlandsprodukt, (in KKS)**

1998	5,0	5,2	8,2	4,7	3,5	4,5	5,9	4,9	4,6	:	4,9	6,3	5,6	6,2	8,0	4,6
1999	5,0	5,5	8,0	4,7	3,7	4,5	5,9	4,6	4,5	:	4,8	6,3	5,7	6,2	7,7	4,6
2000	5,1	:	:	:	3,5	4,5	5,8	4,5	4,6	:	4,9	:	:	6,0	8,4	4,9
2001	:	:	:	:	3,5	4,4	5,7	:	4,5	:	4,9	:	:	:	8,3	:

Quelle: Eurostat-UOE (Unesco-, OECD- und Eurostat-Fragebögen zur Bildungsstatistik)

4 ARBEITSMARKT	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Personen in Beschäftigung nach Wirtschaftszweig (Anteil an der Gesamtzahl), 2000</b>																
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Landwirtschaft	:	2,0	3,6	2,5	16,7	6,6	4,4	7,5	4,8	:	3,5	13,4	10,8	6,2	2,7	1,5
Industrie	:	23,4	22,9	29,2	24,1	29,7	23,6	28,9	29,7	:	20,1	25,0	31,2	28,1	23,8	25,3
Dienstleistungsgewerbe	:	74,6	74	68	59	64	72	64	66	:	76	62	58	66	74	73
<b>Anteil der selbständigen Beschäftigten, 2000</b>																
Insgesamt	15	18	7	10	44	17	7	18	26	6	14	19	27	12	5	12
<b>Anteil der Teilzeitarbeit an der Gesamtbeschäftigung, nach Geschlecht, 2000</b>																
Insgesamt	17,7	20,8	21,3	19,4	4,5	8,0	16,7	16,4	8,4	10,4	41,0	14,3	10,8	12,3	22,6	25,0
Männer	6,2	5,8	10,2	5,0	2,5	2,8	5,3	6,9	3,7	1,9	19,3	3,9	6,2	8,0	10,6	9,1
Frauen	33	41	34	38	8	17	31	30	17	25	70	28	16	17	36	45
<b>Beschäftigungsquote nach Altersgruppe, 2000</b>																
50-54	70,0	61,0	80,8	74,3	61,8	58,4	74,9	64,4	58,1	66,4	71,4	72,1	71,9	80,1	83,8	76,1
55-59	51,9	37,9	72,6	56,4	48,2	46,0	48,1	53,1	36,5	38,9	54,1	42,4	58,3	58,5	78,6	63,2
60-64	22,6	12,4	30,9	19,6	31,3	26,4	10,2	35,8	18,0	14,5	18,5	12,1	45,2	22,8	46,0	36,1
65-69	6,5	2,3	8,1	4,9	11,2	3,9	2,1	14,7	6,0	3,4*	5,1	5,5	27,1	5,0	14,2	11,3
70-74	3	2	:	2	4	1	1	8	3	:	3	3	19	3	6	5
<b>Anteil der Beschäftigten mit Zeitarbeitsvertrag</b>																
1990	10,2	5,3	10,8	10,3	16,5	29,8	10,4	8,5	5,2	3,4	7,6	:	18,3	:	:	5,2
2000	14	9	10	13	13	32	15	5	10	5	14	8	20	16	14	7
<b>Anteil der Beschäftigten mit Zeitarbeitsvertrag, nach Geschlecht, 2000</b>																
Männer	12,7	6,7	8,5	12,5	11,1	30,6	14,1	3,6	8,7	4,5	11,4	7,4	18,8	12,8	11,5	6,2
Frauen	14,7	12,3	11,1	13,1	15,5	34,2	16,0	5,9	12,2	6,6	16,9	9,0	22,3	19,7	16,2	8,0
<b>Durchschnittliche Wochenarbeitszeit in Stunden, Vollzeitbeschäftigte, nach Geschlecht, 2000</b>																
Insgesamt	40,3	38,5	39,3	40,1	40,9	40,6	38,9	39,9	38,6	39,8	39,0	40,1	40,3	39,3	40,0	43,6
Männer	41,1	39,2	40,2	40,5	41,7	41,1	39,5	41,1	39,8	40,7	39,2	40,2	41,1	40,1	40,2	45,2
Frauen	38,9	37,1	37,9	39,3	39,5	39,6	38,0	38,1	36,5	38,0	38,2	39,8	39,3	38,4	39,7	40,6
<b>Arbeitslosenquoten, Männer</b>																
2001																
2000	7,0	5,7	4,2	7,6	7,3	9,8	7,8	4,3	8,0	1,9	2,3	3,2	3,3	9,0	6,0	6,0
1999	7,9	7,5	4,5	8,2	7,5	11,2	9,4	5,7	8,7	1,8	2,4	3,4	3,9	9,7	7,2	6,7
1994	9,9	7,9	7,3	7,2	6	19,8	10,5	14,2	8,6	2,7	6,3	3	6,1	18,1	10,7	11,2
Arbeitslosigkeit (1000), 2000	6894,8	143	64,4	1686,1	193,8	984,7	1097,2	43,9	1161,4	2,1	106,5	68,3	92,1	122,1	142,2	982,1
<b>Arbeitslosenquoten, Frauen</b>																
2000	9,7	8,8	5,3	8,3	16,7	20,6	11,5	4,2	14,4	3,3	3,8	4,4	5,1	10,6	5,8	4,9
1999	10,8	10,5	6,0	9,1	17,6	23,0	13,2	5,5	15,6	3,4	4,6	4,7	5,2	10,7	7,1	5,3
1994	12,7	12,9	9,3	10,1	13,7	31,4	14,5	14,6	15,6	4,1	8,3	4,9	8	14,9	7,8	7,5
Arbeitslosigkeit (1000), 2000	7298,5	168,3	70,3	1446,4	298,9	1395,2	1357,9	29,7	1304,3	2,4	132,2	74,1	118,6	130,8	122,2	648,2
<b>Jugendarbeitslosen-/Bevölkerungsquote (15-24 Jahre), Männer</b>																
2000	7,7	5,9	5,0	5,3		9,8	7,0	3,4	11,5	2,4	3,5	2,8	3,5	10,9	5,4	9,4
1999	8,5	8,7	6,7	5,3		10,8	8,7	4,5	12,4	2,4	3,5	2,6	3,7	10,9	6,5	10,2
1994	11	9	8	5		19	10	12	13	4	8	3	7	18	13	14
<b>Jugendarbeitslosen-/Bevölkerungsquote (15-24 Jahre), Frauen</b>																
2000	7,9	7,0	5,5	3,9		13,1	7,3	3,3	12,0	2,6	4,6	3,0	4,8	11,4	5,7	7,2
1999	8,6	7,8	7,2	4,0		14,2	8,5	4,0	12,6	2,5	6,2	3,5	4,9	10,8	6,6	7,1
1994	10	9	8	5		19	11	9	12	3	6	4	7	13	10	8
<b>Jugendarbeitslosenquote (15-24 Jahre), Männer</b>																
2000	14,9	15,1	7,0	9,8	22,2	20,6	18,1	6,1	27,2	6,5	4,6	4,8	6,8	21,1	10,7	13,8
1999	16,6	23,1	9,1	9,8	22,8	23,2	22,1	8,2	29,1	6,5	5,4	4,3	7,2	20,8	13,1	14,7
1994	21	23	11	9	20	41	26	25	29	8	12	5	13	37	25	20
<b>Jugendarbeitslosenquote (15-24 Jahre), Frauen</b>																
2000	17,6	20,8	7,5	8,2	37,9	33,2	22,3	7,0	35,1	8,3	6,6	5,8	11,6	21,6	11,9	11,5
1999	19,3	24,4	10,1	8,4	40,4	37,2	26,2	8,6	37,1	7,9	8,9	6,6	11,1	22,1	14,1	11,5
1994	22,8	26,1	11,6	8,7	37,0	50,0	32,3	20,7	36,6	7,1	10,7	7,0	17,0	30,5	19,0	13,8
<b>Langzeitarbeitslosenquote (12 Monate oder länger), Männer</b>																
2000	3,1	3,2	0,8	3,8	3,6	3,6	3,0	:	4,9	0,5	0,7	0,9	1,5	2,4	2,0	2,0
1999	3,5	4,5	0,9	4,1	3,6	4,5	3,5	:	5,4	0,7	1,1	0,9	1,5	2,3	2,4	2,3
1994	4,6	4,2	2,3	3,0	2,5	9,2	3,9	9,7	5,1	0,9	3,2	:	2,6	:	:	5,7
<b>Langzeitarbeitslosenquote (12 Monate oder länger), Frauen</b>																
2000	4,5	5,0	1,1	4,4	10,2	9,6	4,7	:	8,8	0,6	1,3	1,2	2,0	2,4	1,6	0,9
1999	5,1	6,4	1,2	4,9	10,5	11,7	5,2	:	9,5	0,9	1,9	1,7	2,2	2,3	1,7	1,1
1994	6,3	8,1	3,0	4,8	7,8	18,7	5,5	8,4	9,9	1,0	4,0	:	3,5	:	:	2,5

4 ARBEITSMARKT	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
----------------	-------	---	----	---	----	---	---	-----	---	---	----	---	---	-----	---	----

**Anteil der 12 Monate und länger Arbeitslosen an der Gesamtzahl der Arbeitslosen, 2000**

Männer	44	56	20	50	49,4	37	38	:	61	26	32	29	47	27	33	34
Frauen	46,0	57,0	20,0	53,0	61,0	47,0	41,0	:	61,0	19,0	34,0	27,0	40,0	22,0	28,0	19,0

**Jugendlangzeitarbeitslosenquote (15-24 Jahre, 6 Monate und länger), Männer**

2000	7,4	8,1	0,3	4,6	14,2	10,3	7,4	:	21,1	2,0	0,9	1,1	2,0	3,6	3,2	4,5
1999	8,8	14,2	1,1	4,9	15,0	12,3	7,6	:	22,7	3,6	4,0	0,9	4,2	3,1	4,2	5,2
1994	13,8	15,5	3,5	3,9	12,9	27,3	12,1	19,3	23,2	3,9	9,8	:	5,4	:	:	11,7

**Jugendlangzeitarbeitslosenquote (15-24 Jahre, 6 Monate und länger), Frauen**

2000	9,5	11,4	0,6	4,1	28,7	18,8	9,7	:	28,0	1,5	1,8	2,3	5,7	2,5	3,1	3,1
1999	10,3	13,7	2,1	4,7	31,0	23,7	10,1	:	29,2	2,5	8,1	2,8	5,5	2,2	3,0	3,1
1994	14,7	17,7	3,7	4,9	28,5	38,2	16,4	14,9	30,8	3,4	8,8	:	8,1	:	:	6,4

**Anteil der langzeitarbeitslosen Jugendlichen an der Gesamtzahl der arbeitslosen Jugendlichen, in Prozent (15-24 Jahre), 2000**

Männer	49	53	4	47	64	50	41	:	78	30,0	19	23	29	17	30	32
Frauen	54,0	55,0	8,0	50,0	76,0	57,0	44,0	:	80,0	18,5	27,0	39,0	49,0	12,0	26,0	27,0

Die Beschäftigungsquote entspricht dem prozentualen Anteil der beschäftigten Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren an der Bevölkerung dieser Altersgruppe. Zu den beschäftigten Personen zählen jene, die im Bezugszeitraum (der Woche der Arbeitskräfteerhebung) mindestens eine Stunde lang einer Arbeit nachgingen, für die sie entlohnt wurden oder mit der sie einen Gewinn erzielten, sowie jene Personen, die in diesem Zeitraum zwar nicht arbeiteten, jedoch eine Beschäftigung hatten, der sie zeitweilig fernblieben. Arbeitslose sind gemäß den von der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO) aufgestellten Kriterien Personen im Alter von 15 Jahren und darüber, die i) ohne Arbeit sind, ii) verfügbar sind, um innerhalb der folgenden zwei Wochen eine Arbeit aufzunehmen, und iii) irgendwann aktiv Arbeit gesucht haben. Die Arbeitslosenquote entspricht dem prozentualen Anteil der beschäftigungslosen Personen an der Erwerbsbevölkerung desselben Alters. Die Erwerbsbevölkerung wird als Summe der Beschäftigten und Arbeitslosen definiert.

Quelle: Eurostat – Vergleichsschätzungen auf der Grundlage der Europäischen Arbeitskräfteerhebung

5 SOZIALSCHUTZ																
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Anteil der Sozialschutzausgaben am BIP (in Prozent)</b>																
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
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
1999	27,5	27,4	29,8	29,6	25,5	20,2	30,2	14,8	25,3	21,8	28,0	28,8	22,6	26,7	32,9	26,5
2000	27	27	29	30	26	20	30	14	25	21	27	29	23	25	32	27
Ausgaben für den Sozialschutz in KKS pro Einwohner, 2000																
Insgesamt	6 155	6 458	7 754	7 025	4 032	3 713	6 748	4 748	5 943	9 235	7 004	7 396	3 675	5 925	7 367	6 048
<b>Ausgaben für den Sozialschutz pro Einwohner zu konstanten Preisen (Index 1995 = 100)</b>																
1995	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
1996	102	102	100	104	105	102	101	101	102	104	100	101	99	102	99	103
1997	103	103	99	103	111	102	102	107	108	107	101	102	105	101	99	105
1998	104	105	100	105	120	104	104	110	108	109	101	104	115	100	101	106
1999	107	107	102	108	132	107	106	117	111	116	102	109	123	100	104	108
2000	109	107	102	108	143	110	107	121	113	118	105	111	127	100	105	114
<b>Sozialleistungen nach Funktionsgruppen (in Prozent der Gesamtleistungen)</b>																
Alter und Hinterbliebene																
1991	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
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
Krankheit, Gesundheitsversorgung																
1991	28,1	26,5	20,0	31,5	24,3	29,1	28,3	33,9	27,9	24,9	28,5	25,9	33,5	26,7	:	25,2
2000	27,3	25,1	20,2	28,3	26,6	29,6	29,1	41,2	25,0	25,2	29,3	26,0	30,6	23,8	27,1	25,9
Invalidität																
1991	7,9	7,4	9,9	6,1	6,2	7,7	6,2	4,5	6,9	13,1	16,5	7,0	15,1	15,3	:	9,3
2000	8,1	8,7	12,0	7,8	5,1	7,6	5,8	5,3	6,0	13,7	11,8	8,2	13,0	13,9	12,0	9,5
Arbeitslosigkeit																
1991	8,6	13,4	16,0	8,7	4,8	19,4	8,9	15,7	2,8	2,6	8,3	5,1	3,4	8,8	:	7,4
2000	6,3	11,9	10,5	8,4	6,2	12,2	6,9	9,7	1,7	3,3	5,1	4,7	3,8	10,4	6,5	3,2
Familien/Kinder																
1991	7,8	8,9	11,7	8,4	8,2	1,5	10,0	11,3	3,6	10,7	5,4	10,3	6,7	13,3	:	8,6
2000	8,2	9,1	13,1	10,6	7,4	2,7	9,6	13,0	3,8	16,6	4,6	10,6	5,5	12,5	10,8	7,1
Wohnen und soziale Ausgrenzung (n.a.z.)																
1991	3,0	2,0	6,5	2,4	3,5	0,9	3,8	5,0	0,1	1,2	3,9	1,7	0,5	3,1	:	5,9
2000	3,7	1,4	6,1	2,6	5,4	1,6	4,5	5,5	0,2	1,2	6,8	2,1	1,5	3,5	4,5	6,8
<b>Sozialleistungen nach Funktionsgruppen pro Einwohner zu konstanten Preisen (Index 1990 = 100)</b>																
Insgesamt																
1996	102	102	100	104	104	102	102	101	103	104	100	101	99	101	99	103
1999	107	107	102	108	132	107	107	116	111	116	101	109	119	100	103,594	108
2000	109	107	102	108	143	110	107	121	113	118	104	111	126	100	104,59	115
Alter und Hinterbliebene																
1996	102	101	103	102	106	104	102	98	102	101	104	102	106	105	104	105
1999	110	108	103	106	132	112	108	111	112	105	112	109	129	108	109	116
2000	112	108	103	107	136	116	109	116	113	104	116	111	138	109	109	127
Krankheit, Gesundheitsversorgung																
1996	100	106	100	100	100	103	101	98	103	109	97	100	87	104	100	102
1999	106	112	112	98	124	111	106	129	113	117	104	112	109	110	120	115
2000	110	113	116	99	146	114	110	137	122	119	107	113	109	113	130	123
Invalidität																
1996	103	101	101	110	104	105	103	106	104	104	97	105	105	100	96	99
1999	108	105	116	123	132	112	107	121	99	134	95	117	122	95	101	97
2000	109	105	115	123	152	114	107	133	96	127	98	121	137	93	104	100
Arbeitslosigkeit																
1996	99	101	94	105	97	90	103	102	94	113	101	105	107	99	94	90
1999	90	101	77	105	168	83	100	84	78	94	61	101	84	79	77	66
2000	86	98	73	101	195	81	94	76	63	125	54	94	89	72	62	65
Familien/Kinder																
1996	109	101	100	132	102	120	100	111	112	103	96	98	100	95	94	103
1999	116	112	107	150	112	140	105	126	129	140	95	98	119	96	95	96
2000	117	111	108	152	120	150	104	132	135	149	103	104	133	94	99	91
Wohnen und soziale Ausgrenzung (n.a.z.)																
1996	102	99	95	104	111	126	101	106	112	102	97	104	117	102	95	106
1999	110	56	91	98	191	125	110	121	160	106	109	139	494	102	80	103
2000	113,0	56,0	91,0	96,0	204,0	109,0	109,0	127,0	156,0	120,0	109,0	161,0	467,0	97,0	75,0	104,0
<b>Sozialschutzleistungen nach Typ (in Prozent der Gesamteinnahmen)</b>																
Staatliche Zuweisungen																
1991	30,9	21,4	81,7	26,9	32,8	27,3	17,6	60,0	29,1	40,6	23,9	35,7	26,1	44,1	:	44,6
2000	35,8	25,3	63,9	32,5	29,1	26,9	30,6	58,3	39,8	47,1	14,2	35,3	38,7	43,1	46,7	47,1
Arbeitgeberanteil der Sozialbeiträge																
1991	41,4	43,7	7,2	42,2	38,1	53,2	50,4	24,0	52,6	29,8	20,1	38,1	41,8	40,9	:	27,9
2000	38,3	49,5	9,1	36,9	38,2	52,7	45,9	25,0	43,2	24,6	29,1	37,1	35,9	37,7	39,7	30,2
Von den Versicherten gezahlte Sozialbeiträge																
1991	23,6	25,7	4,5	28,3	20,3	16,7	28,3	15,0	16,1	22,1	40,3	25,1	19,1	7,2	:	25,8
2000	22,4	22,8	20,3	28,2	22,6	16,4	20,6	15,1	14,9	23,8	38,8	26,8	17,6	12,1	9,4	21,4
Sonstige Einnahmen																
1991	4,1	9,2	6,6	2,6	8,8	2,7	3,6	1,0	2,2	7,5	15,7	1,2	13,0	7,8	:	1,7
2000	3,5	2,5	6,7	2,4	10,1	4,0	2,9	1,5	2,1	4,5	17,9	0,8	7,8	7,1	4,3	1,3

<b>5 SOZIALSCHUTZ</b>																
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Sozialschutzeneinnahmen nach Typ pro Einwohner zu konstanten Preisen (Index 1990 = 100)</b>																
Einnahmen insgesamt																
1996	102	106	100	103	102	101	102	101	103	103	100	101	109	102	100	103
1999	109	114	103	109	125	114	110	120	112	115	109	108	122	100	103	109
2000	111	114	104	109	139	121	112	127	114	122	113	110	128	100	109	113
Staatliche Zuweisungen																
1996	102	103	98	110	100	96	104	101	100	104	99	99	123	99	95	101
1999	118	112	97	125	124	105	155	114	144	115	95	106	146	95	103	101
2000	121	110	95	124	139	108	159	118	151	123	94	108	155	94	104	106
Arbeitgeberanteil der Sozialbeiträge																
1996	101	107	101	98	106	104	101	100	104	105	101	102	98	105	105	104
1999	107	115	94	100	126	117	108	130	96	110	149	108	120	112	100	120
2000	110	115	93	100	142	128	108	142	98	117	156	109	128	112	116	135
Von den Versicherten gezahlte Sozialbeiträge																
1996	103	107	112	104	99	103	104	102	102	100	99	103	100	100	124	105
1999	102	115	144	107	122	112	81	127	95	129	96	111	121	92	179	112
2000	103	117	153	107	133	117	83	137	98	133	102	112	127	88	194	105
Sonstige Einnahmen																
1996	102	102	101	110	96	109	92	109	111	93	101	102	119	106	92	98
1999	102	93	104	93	128	165	88	165	149	88	107	124	76	96	65	145
2000	101,0	98,0	110,0	96,0	139,0	181,0	90,0	229,0	101,0	106,0	105,0	135,0	69,0	103,0	59,0	165,0

Vorläufige Daten für 2000 für B, D, EL, E, F, I, NL, P, FIN, S und UK. Keine Daten zu Leistungen und Einnahmen für S (1991 und 1992). EU-15 Daten für 1991 daher geschätzt. Die Abkürzung n.a.z. steht für „nicht an anderen Orten zusammengetragen“.

Quelle: Eurostat - Europäisches System der Integrierten Sozialschutzstatistik (ESSOSS).

#### Anteil der staatlichen Gesamtausgaben für AMP-Maßnahmen am BIP

Kategorien 2-7 (aktiv)																
ohne Unterkategorie 2.4																
1998	:	1,109	1,628	0,910	:	0,511	0,901	0,924	:	:	:	0,292	:	0,971	2,260	0,061
1999	0,733	1,026	1,804	1,004	0,258	0,649	0,964	0,861	0,415	:	0,915	0,368	0,247	0,907	1,998	0,089
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
Unterkategorie 2.4																
1998	0,066	-	0,015	0,045	0,045	-	0,112	0,024	0,094	0,030	0,040	0,039	0,066	0,044	-	0,100
1999	0,074	-	0,026	0,059	0,011	-	0,104	0,021	0,128	0,032	0,038	0,050	0,087	0,034	-	0,106
2000	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 (passiv)																
1998	:	2,514	2,936	2,302	:	1,664	1,566	1,490	0,755	:	2,412	1,430	:	2,575	1,902	0,628
1999	1,452	2,371	2,567	2,152	0,648	1,477	1,534	1,108	0,656	0,512	2,143	1,335	0,850	2,362	1,738	0,555
2000	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																
1998	:	3,623	4,579	3,257	:	2,175	2,579	2,439	:	:	:	1,761	:	3,590	4,161	0,789
1999	2,3	3,4	4,4	3,2	0,9	2,1	2,6	2,0	1,2	:	3,1	1,8	1,2	3,3	3,7	0,8
2000	2,0	3,2	4,0	2,9	0,7	2,0	2,4	1,7	1,2	:	2,9	1,6	1,2	2,9	2,9	0,6

Quelle: Eurostat – AMP-Datenbank (Arbeitsmarktpolitik)

**6 EINKOMMEN, ARMUT UND SOZIALE AUSGRENZUNG**  
**EU-15 B DK D EL E F IRL I L NL A P FIN S UK**

**Mittleres Äquivalenz-Nettojahreseinkommen, 1998**

KKS	13420*	17235	15197	15150	9238	9822	14092	13025	10688	22084	15235	14865	8529	11656	12324	15701
Einkommensanteil nach Quintilen, 1998																
Insgesamt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Unterstes Quintil	8	8	12	8	6	6	8	8	7	9	9	10	6	11	10	7
2. Quintil	13	12	14	14	12	12	13	11	13	13	13	14	11	15	15	12
3. Quintil	17	16	19	18	16	17	18	15	18	17	17	18	16	17	18	17
4. Quintil	23	21	22	22	23	23	23	22	24	23	22	22	22	22	23	23
Oberstes Quintil	39	43	33	39	42	41	38	43	39	38	39	36	45	34	35	41

**Medianwert des Äquivalenzeinkommens aller Personen nach Geschlecht (indexiert, gesamt = 100), 1998**

Männer	102*	102	103	102	102	101	102	103	102	101	101	104	103	103	102	104
Frauen	98*	99	97	98	98	99	99	97	98	99	98	97	99	97	99	96

**Medianwert des Äquivalenzeinkommens aller Personen nach Alter (indexiert, gesamt = 100), 1998**

Kinder unter 16	88*	95	95	83	100	91	94	91	86	86	87	88	88	95	92	85
16-24	90*	85	86	89	97	92	79	96	90	91	84	103	100	91	90	98
25-49	109*	111	110	107	116	110	108	114	108	110	107	106	114	107	101	114
50-64	114*	108	116	111	102	107	113	116	111	104	119	110	113	111	129	127
65 und älter	90*	84	74	97	76	96	94	77	100	97	92	87	76	89	91	69

**Medianwert des Äquivalenzeinkommens aller Personen nach Haushalten (indexiert, gesamt = 100), 1998**

1 Erwachsener ohne unterhaltsberechtigte Kinder	88*	86	80	93	89	83	93	64	100	111	91	90	66	77		
83	70															
... männlich	106*	98	91	101	116	119	98	83	127	129	107	115	91	82	89	95
... weiblich	80*	77	71	88	75	76	87	57	90	96	83	79	64	77	77	62
Alleinerziehende/r mit unterhaltsberechtigten Kindern	73*	68	89	61	110	77	77	64	89	79	66	74	77	87	78	62
2 Erwachsene, beide jünger als 65, ohne unterhaltsberechtigte Kinder	132*	122	123	127	119	131	124	162	135	120	135	129	132	118	137	145
2 Erwachsene, wenigstens einer 65 oder älter, mit unterhaltsberechtigten Kindern	96*	86	78	104	81	98	101	85	102	98	99	94	73	97	109	80
2 Erwachsene mit 1 unterhaltsberechtigten Kind	112*	117	122	105	120	112	114	128	115	104	109	103	120	116	117	116
2 Erwachsene mit 2 unterhaltsberechtigten Kindern	100*	104	108	93	113	98	112	112	95	100	90	90	106	108	104	99
2 Erwachsene mit 3 oder mehr unterhaltsberechtigten Kindern	70*	74	86	55	86	106	69	82	52	87	79	74	53	90	87	75

**Medianwert des Äquivalenzeinkommens aller Erwachsenen nach Bildungsniveau (indexiert, gesamt = 100), 1998**

Weniger als Sekundarstufe II	89*	80	84	88	82	90	90	84	93	90	102	85	93	92	91*	83
Sekundarstufe II	108*	102	108	106	121	116	91	123	125	120	96	108	134	100	103	100
Tertiärbereich	140*	132	123	127	182	163	115	164	162	163	127	143	260	131	120	125

**Anteil der Personen mit Armutsrisiko (60 % des Medianwerts des Äquivalenzeinkommens), nach Geschlecht, 1998**

Insgesamt	18*	16	9	16	22	19	18	17	20	12	12	13	20	8	10	21
Männer	17*	14	7	15	21	19	18	16	19	12	11	11	19	8	10	19
Frauen	19*	17	10	16	22	19	17	19	20	12	12	15	22	8	10	24

**Anteil der Personen mit Armutsrisiko (60 % des Medianwerts des Äquivalenzeinkommens), nach Alter, 1998**

Kinder unter 16	24*	18	3	26	21	25	22	23	28	17	17	16	27	6	11	26
16 - 24	23*	22	15	23	21	24	28	16	25	18	24	12	16	19	25	22
25 - 49	14*	11	5	11	16	17	13	14	18	9	10	10	15	7	10	14
50 - 64	14*	16	4	13	22	17	15	12	17	10	6	10	17	6	4	13
65+	20*	20	27	13	36	14	18	24	16	9	6	21	34	8	7	40

**Anteil der Erwachsenen mit Armutsrisiko (60% des Medianwerts des Äquivalenzeinkommens), nach Aktivitäten, 1998**

Abhängig beschäftigt	7*	2	3	6	10	7	8	4	7	5	6	5	9	2	:	7
Selbständig	16*	10	7	6	23	28	20	8	18	12	17	22	31	13	:	13
Arbeitslos	38*	34	5	38	36	38	40	41	48	:	21	32	31	17	:	38
Ruhestand	18*	17	23	14	36	12	16	20	13	11	3	14	28	7	:	38
Erwerbslos	27*	29	20	27	24	22	31	25	25	15	14	22	22	17	:	33

**Anteil der Personen mit Armutsrisiko (60 % des Medianwerts des Äquivalenzeinkommens), nach Haushalten, 1998**

1 Erwachsener ohne unterhaltsberechtigte Kinder	25*	20	27	23	30	11	22	45	21	12	15	24	44	20	20	40
... männlich	20*	13	18	22	19	10	22	33	15	5	16	12	36	20	19	27
... weiblich	27*	24	36	24	36	12	22	57	24	17	14	30	48	19	20	48
2 Erwachsene ohne unterhaltsberechtigte Kinder																
... beide jünger als 65	9*	9	5	8	15	13	11	10	11	10	5	7	17	8	4	7
... wenigstens einer 65 oder älter	16*	21	18	8	34	17	13	8	13	9	6	17	35	3	3	29
3 oder mehr Erwachsene ohne unterhaltsberechtigte Kinder	9*	6	3	8	16	11	9	4	13	2	7	6	10	6	:	8
Alleinerziehende/r mit unterhaltsberechtigten Kindern	35*	25	15	47	13	38	31	48	18	27*	43	32	40	9	19	45
2 Erwachsene mit unterhaltsberechtigten Kindern																
... 1 Kind	11*	7	6	8	10	16	11	15	12	8	9	11	11	5	5	15
... 2 Kinder	13*	12	3	12	13	22	8	11	15	9	9	11	13	4	6	14
... 3 oder mehr Kinder	41*	34	0	56	20	29	40	32	54	22	23	32	53	8	14	34
3 oder mehr Erwachsene mit unterhaltsberechtigten Kindern	22*	13	0	11	37	25	33	13	36	17	15	10	21	4	:	17

6 EINKOMMEN, ARMUT UND SOZIALE AUSGRENZUNG															
EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Anteil der Personen in Haushalten in finanziellen Schwierigkeiten, nach Art des Haushalts, 1998</b>															
82*	77	87	:	87	85	78	82	86	70	75	88	89	89	:	78

Siehe methodische Anmerkungen unter Einkommensverteilung und regionaler Zusammenhalt (3.14).

Quelle : Eurostat - Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft (ECHP), UDB Stand Dezember 2001. L: 1996, FIN: 1997

**7 GLEICHSTELLUNG DER GESCHLECHTER**  
EU-15 B DK D EL E F IRL I L NL A P FIN S UK

**Frauen in Regionalparlamenten, 2000**

Anzahl der Regionen	143	5	14	16	.	19	22	.	20	.	10	9	2	.	23	3
Anzahl der Mitglieder	9840,0	393,0	374,0	1970,0	.	1180,0	1693,0	.	933,0	.	761,0	448,0	111,0	.	1717,0	260,0
Anzahl der weiblichen Mitglieder	2896	85	113	605	.	359	437	.	78	.	208	117	13	.	810	71
Weibliche Mitglieder in Prozent	29,4	21,6	30,2	30,7	.	30,4	25,8	.	8,4	.	27,3	26,1	11,7	.	47,2	27,3

DK, EL, F, IRL, L, FIN: Es gibt keine Regionalparlamente. F: Daten von 1999; Mit "Assemblée territoriale de Corse". I: Aus einigen Regionen liegen keine Angaben vor. P: Lediglich in den autonomen Regionen Azoren und Madeira gibt es Regionalparlamente.

**Frauen in Regionalregierungen (einschließlich Juniorministern), 2000**

Anzahl der Regionen	97	5	.	16	.	19	.	.	20	.	.	9	2	.	23	3
Anzahl der Mitglieder	940,0	37,0	.	183,0	.	177,0	.	.	194,0	.	.	76,0	16,0	.	224,0	33,0
Anzahl der weiblichen Mitglieder	206	8	.	44	.	31	.	.	15	.	.	17	0	.	81	10
Weibliche Mitglieder in Prozent	21,9	21,6	.	24	.	17,5	.	.	7,7	.	.	22,4	0	.	36,2	30,3

DK, EL, F, IRL, L, FIN: Es gibt keine Regionalregierungen. D: In einigen Regionen gehören Juniorminister nicht länger zur Regierung und werden nicht mehr mitgerechnet. F: Daten von 1999; I: Aus einigen Regionen liegen keine Angaben vor. NL: Die Regionalregierungen werden ernannt. P: Lediglich in den autonomen Regionen Azoren und Madeira gibt es Regionalregierungen. S: In einigen Regionen gibt es keine Regionalregierungen.

**Frauen in Stadt-/Gemeinderäten, 1997**

Anzahl der Sitze	364 367	12 912	4 658	177 193	.	.	.	883,0	94 886	1 105	11 072	7 508	7 337	12 482	11 006	23 325
Anzahl der weiblichen Mitglieder	72 343	2 565	1 261	30 973	.	.	.	103	18 237	114	2 475	929	1 057	3 932	4 533	6 164
Weibliche Mitglieder in Prozent	19,9	19,9	27,1	17,5	.	.	.	11,7	19,2	10,3	22,4	12,4	14,4	31,5	41,2	26,4

Die Angaben zu den lokalen Gebietskörperschaften sind unvollständig. Aufgrund der großen Unterschiede in der politischen Entscheidungsfindung auf lokaler Ebene sind die vorliegenden Angaben nicht immer vergleichbar. D: Für Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern liegen keine Angaben vor. A: Lediglich Angaben aus der Steiermark.

Quelle: Europäische Datenbank - Frauen in Führungspositionen ([www.db-decision.de](http://www.db-decision.de)).

**8 GESUNDHEIT UND SICHERHEIT**

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
--	-------	---	----	---	----	---	---	-----	---	---	----	---	---	-----	---	----

**Säuglingssterbeziffer, pro 1 000 Lebendgeburten**

1970	23,4	21,1	14,2	22,5	29,6	28,1	18,2	19,5	29,6	24,9	12,7	25,9	55,5	13,2	11,0	18,5
2000	4,9	5,2	5,3	4,4	6,1	4,6	4,6	5,9	5,1	5,1	4,8	4,8	5,5	3,8	3,4	5,6

Quelle: Eurostat – Bevölkerungsstatistik

**Lebenserwartung bei der Geburt**

1980, Männer	70,5	70,0	71,2	69,6	72,2	72,5	70,2	70,1	70,6	69,1	72,7	69,0	67,7	69,2	72,8	70,2
2000, Männer	75,3	74,6	74,5	74,7	75,5	75,5	75,0	74,2	76,3	74,9	75,5	75,4	72,7	74,2	77,4	75,4
1980, Frauen	77,2	76,8	77,3	76,1	76,8	78,6	78,4	75,6	77,4	75,9	79,3	76,1	75,2	77,6	78,8	76,2
2000, Frauen	81,4	80,8	79,3	80,7	80,6	82,7	82,5	79,2	82,4	81,3	80,5	81,2	79,7	81,0	82,0	80,2

D, EL und F: 1999. Quelle: Eurostat – Bevölkerungsstatistik

**Lebenserwartung mit schwerer Behinderung mit 16 Jahren, nach Geschlecht, 1996**

Männer	4	4	3	3	4	4	6	2	3	4	4	6	4	7	:	5
Frauen	5	5	5	3	5	5	8	3	5	5	6	7	5	9	:	6

**Lebenserwartung ohne schwere Behinderung (bei der Geburt), nach Geschlecht, 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

**Anteil der Personen ab 16 Jahren, die eine chronische organische oder geistige Gesundheitsstörung, Krankheit oder Behinderung angeben, nach Geschlecht (in Prozent), 1998**

Insgesamt	26	22	23	40	16	16	25	16	13	:	23	17	24	29	:	:
Männer	23	19	19	37	15	15	23	15	11	:	20	16	21	28	:	:
Frauen	28	25	27	43	18	18	26	18	15	:	26	19	27	31	:	:

**Anteil der Personen ab 65 Jahren, die eine chronische organische oder geistige Gesundheitsstörung, Krankheit oder Behinderung angeben, nach Geschlecht (in Prozent), 1998**

Insgesamt	52	44	45	71	39	38	54	37	34	:	41	43	52	62	:	:
Männer	50	42	42	73	38	33	54	29	32	:	37	38	46	61	:	:
Frauen	54	45	48	71	40	42	56	43	35	:	45	45	55	62	:	:

**Anteil der Personen ab 16 Jahren mit einer der oben genannten Störungen/Krankheiten, die in ihrer normalen Tätigkeit beeinträchtigt sind, 1998**

Ja, schwer	10	15	7	11	8	7	12	3	5	:	8	6	10	9	:	14
Ja, in gewissem Umfang	16	7	16	29	9	10	13	13	8	:	15	12	14	20	:	:
Nein	74	88	77	60	83	83	75	84	87	:	77	82	76	71	:	:

**Anteil der Personen ab 65 Jahren mit einer der oben genannten Störungen/Krankheiten, die in ihrer normalen Tätigkeit beeinträchtigt sind, 1998**

Ja, schwer	24	31	20	25	21	16	29	8	16	:	18	18	24	28	:	31
Ja, in gewissem Umfang	29	13	25	46	18	22	26	29	18	:	23	25	28	34	:	:
Nein	37	56	55	29	61	62	45	63	66	:	59	57	48	38	:	:

**Anteil der Personen ab 16 Jahren, die ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht einschätzen, nach Bildungsniveau (in Prozent) 1998**

Weniger als Sekundarstufe II	16	9	13	23	14	17	9	5	18	:	5	13	27	:	:	15
Sekundarstufe II	8	4	5	18	3	3	3	1	4	:	2	5	6	7	:	9
Tertiärbereich insgesamt	6	2	3	16	2	2	3	1	2	:	1	3	6	3	:	7

**Anteil der Personen ab 16 Jahren, die ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht einschätzen, nach Geschlecht (in Prozent) 1998**

Insgesamt	12	6	7	19	9	11	9	3	12	:	4	7	22	8	:	10
Männer	11	4	6	17	8	9	8	3	10	:	3	6	19	7	:	9
Frauen	14	7	7	21	11	13	11	4	14	:	6	9	26	10	:	11

**Anteil der Personen ab 65 Jahren, die ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht einschätzen, nach Geschlecht (in Prozent) 1998**

Insgesamt	28	12	17	36	27	31	22	9	36	:	9	23	55	24	:	16
Männer	24	10	18	30	25	25	22	6	33	:	6	19	48	19	:	14
Frauen	30	14	16	40	28	35	22	11	38	:	11	25	61	27	:	17

FIN: 1997. EU-15 ohne L, FIN und S. Quelle: Eurostat - Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft (ECHP), UDB Stand Dezember 2001.

**Standardisierte Mortalitätsrate (SMR) pro 100 000 Einwohner, nach Geschlecht, 1999**

Männer																
Krankheiten des Kreislaufsystems	325	328	374	388	368	266	252	410	321	328	314	414	394	409	345	351
Krebs	248	301	268	243	217	260	289	248	256	238	270	232	243	208	190	236
Krankheiten der Atmungsorgane	83	114	90	62	44	116	69	158	60	92	100	48	133	90	54	141
Außere Ursachen für Verletzung oder Vergiftung	59	82	72	51	60	56	88	58	54	72	39	72	73	115	53	40
Frauen																
Krankheiten des Kreislaufsystems	207	207	220	250	293	179	136	251	208	203	185	282	282	219	205	214
Krebs	139	155	201	147	117	112	126	167	132	135	162	140	122	122	137	165
Krankheiten der Atmungsorgane	42	40	65	28	29	47	32	103	23	42	49	23	61	40	33	95
Außere Ursachen für Verletzung oder Vergiftung	23	34	34	20	19	18	38	21	21	30	19	25	22	34	23	17

B: 1995, DK: 1996, EL: 1997, F und I 1998. Quelle: Eurostat - Gesundheits- und Sicherheitsstatistik

**Krankenhausbetten pro 100 000 Einwohner**

1990	779,0	810,0	567,0	1034,0	507,0	427,0	977,0	619,0	723,0	1182,0	583,0	786,0	558,0	919,0	1249,0	592,0
1999	630	716,0	440,0	920,0	489,0	413,0	834,0	485,0	487,0	562,0	497,0	712,0	480,0	761,0	374,0	413,0

Quelle: Eurostat - Gesundheits- und Sicherheitsstatistik

**8 GESUNDHEIT UND SICHERHEIT**  
 EU-15 B DK D EL E F IRL I L NL A P FIN S UK

**Anzahl der aus dem Krankenhaus Entlassenen nach ICD-Diagnose je 100 000, 2000**

Krankheiten des Kreislaufsystems	2420	2351	2640	3369	1952	1292	2386	1426	2592	2447	1414	3970	1046	3971	2983	1798
Außere Ursachen für Verletzung oder Vergiftung	1646	:	1896	1995	:	850	2151	:	1624	:	744	2960	:	2169	:	1653
Krankheiten der Atmungsorgane	1427	:	264	1037	330	262	508	108	463	1102	129	1507	112	1838	1051	370
Krebs	1367	976	1559	1815	1229	625	1224	675	1043	1485	774	2871	507	1869	1441	1791
Mentale und Verhaltensstörungen	655	1440	1598	1266	1073	1036	1461	1445	1239	2135	639	2099	718	2373	1193	1184
Infektionskrankheiten	394	389	464	365	374	186	448	407	311	347	119	359	200	725	458	257

EL, E, L und S 1998; EU-15, D, I, A und P: 1999. UK umfasst lediglich England. Quelle: Eurostat - Gesundheits- und Sicherheitsstatistik

**Auftreten von Alzheimer und anderen Demenzkrankheiten pro 1 000 Einwohner, 2000**

	12,3	12,6	12,4	12,6	12,5	12,4	12,6	8,4	13,7	10,7	10,4	12,0	10,4	11,4	14,9	12,4
--	------	------	------	------	------	------	------	-----	------	------	------	------	------	------	------	------

Quelle: Alzheimer Europe und Eurostat

**Anteil der Gesundheitsausgaben insgesamt am Bruttoinlandsprodukt**

1990	7,9	7,4	8,5	8,7	7,5	6,6	8,6	6,6	8,0	6,1	8,0	7,1	6,2	7,9	8,5	6,0
2000	8	8,7	8,3	10,3	8,3	7,7	9,5	6,7	8,1	6,0	8,1	8,0	8,2	6,6	7,9	7,3

D, L und S: 1999. Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2001

**Arbeitsunfälle pro 100 000 Beschäftigte nach Tätigkeit, 1999, Index (1998 = 100)**

Insgesamt	100	96	95	99	93	107	101	90	99	105	108*	99	92	91	107	106
Bauindustrie	98	110	104	98	92	104	93	112	100	107	:	98	83	94	108	97
Landwirtschaft, Jagd, Forstwirtschaft	104	76	171	117	81	98	107	86	100	117	:	98	47	107	100	117
Transport, Lagerung und Kommunikation	97	84	114	94	113	103	102	83	102	121	:	107	93	108	103	102
Verarbeitendes Gewerbe	100	97	85	97	105	98	99	82	98	101	:	96	114	90	106	106
Hotels und Gaststätten	103	114	160	97	98	107	105	218	95	106	:	110	82	79	120	128
Groß- und Einzelhandel; Reparaturen	102	90,0	126,0	99,0	82,0	109,0	102,0	151,0	102,0	107,0	:	103,0	88,0	82,0	112,0	112,0

**Arbeitsunfälle pro 100 000 Beschäftigte nach Tätigkeit, 1999**

Insgesamt	4 088	4 924	3 031	4 908	2 740	7 027	4 991	1 291	4 067	4 973	4 223	3 301	5 048	3 137	1 425	1 606
Bauindustrie	7 809	9 508	4 062	9 659	6 247	14 901	11 409	2 122	6 440	10 743	2 721	6 311	8 370	7 074	2 430	2 367
Landwirtschaft, Jagd, Forstwirtschaft	7 060	5 194	2 056	13 825	2 500	3 152	5 175	5 003	9 341	8 985	7 133	11 678	2 682	825	1 450	2 474
Transport, Lagerung und Kommunikation	5 702	4 820	3 886	11 000	2 275	6 404	6 276	1 589	5 613	4 427	3 179	2 942	3 929	3 954	1 596	1 781
Verarbeitendes Gewerbe	4 471	4 591	5 011	4 639	4 034	3 152	4 412	1 335	4 889	5 211	5 741	3 637	6 733	4 158	1 777	1 779
Hotels und Gaststätten	3 711	4 594	2 224	5 339	1 057	6 187	5 596	948	3 088	4 130	1 730	1 318	2 760	2 023	1 209	1 993
Groß- und Einzelhandel; Reparaturen	2 496	3 682	1 502	2 357	1 763	4 950	3 762	572	1 997	3 458	2 469	1 518	4 206	1 831	1 083	1 452

**Arbeitsunfälle pro 100 000 Beschäftigte nach Geschlecht, 1999, Index (1998 = 100)**

Männer	100	96	93	99	96	107	101	87	99	107	:	100	96	93	108	106
Frauen	101	96	103	99	88	109	106	106	102	99	:	99	75	90	103	109

NL: Unterbrechung der Zeitreihe (Basisdaten von 1994, Neubewertung 1999 der Beschäftigtenzahl im Verhältnis zur Entwicklung 1999/1994).

**Arbeitsunfälle pro 100 000 Beschäftigte nach Geschlecht, 1999**

Männer	5 280	6 215	3 673	6 539	3 654	8 632	6 575	1 706	4 932	6 384	:	4 401	7 042	4 101	1 674	1 971
Frauen	1 909	2 116	1 804	2 109	979	3 499	2 277	629	2 093	1 956	:	1 493	1 852	1 428	907	954

Nur Arbeitsunfälle mit mehr als 3 Tagen Krankmeldung.

Quelle: Eurostat - Gesundheits- und Sicherheitsstatistik

**Zahl der bei Straßenverkehrsunfällen getöteten Personen**

1970	73 229	2 950	1 208	21 332	931	4 197	15 034	540	10 208	132	3 181	2 238	1 417	1 055	1 307	7 499
1980	59 600	2 396	690	15 050	1 225	5 017	12 384	564	8 537	98	1 997	1 742	2 262	551	848	6 239
1990	51 711	1 976	634	11 046	1 737	6 948	10 289	478	6 621	71	1 376	1 391	2 321	649	772	5 402
1999	42 131	1 397	514	7 772	2 116	5 738	8 487	414	6 633	58	1 090	1 079	2 258	431	580	3 564
2000	41 116	1 470	501	7 503	2 074	5 776	8 079	415	6 410	70	1 160	976	2 115	396	591	3 580
2001	:	:	415	6 961	1 882	5 193	8 100	410	:	64	1 065	955	1 895	438	558	:

**Zahl der bei Straßenverkehrsunfällen getöteten Personen je 1 Mio. Einwohner**

2001	104	143	77	85	178	129	137	106	111	144	66	117	184	84	63	60
------	-----	-----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----	-----	-----	----	----	----

Bei Verkehrsunfällen gelten Todesfälle innerhalb von 30 Tagen nach dem Unfall. Wo diese Definition nicht gilt, wurden Berichtigungsfaktoren angewandt.

B, I und UK: Daten von 2000. Quelle: Eurostat – Verkehrsstatistik

<b>9 VERBRAUCH</b>	<b>EU-15</b>	<b>B</b>	<b>DK</b>	<b>D</b>	<b>EL</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>IRL</b>	<b>I</b>	<b>L</b>	<b>NL</b>	<b>A</b>	<b>P</b>	<b>FIN</b>	<b>S</b>	<b>UK</b>
--------------------	--------------	----------	-----------	----------	-----------	----------	----------	------------	----------	----------	-----------	----------	----------	------------	----------	-----------

Ausführlichere statistische Angaben über den Verbrauch sind zu finden in "Consumers in Europe – Facts and figures 1996-2000", Eurostat, 2001, ISBN 92-894-1400-6.

**Endgültige Verbrauchsausgaben der Haushalte, 2000, aktuelle Preise**

Milliarden Euro	4561	131	83	1144	83	356	760	47	699	8	197	113	69	62	121	976
Euro pro Einwohner	12 090	12 790	15 510	13 920	7 870	8 920	12 580	12 490	12 110	17 700	12 380	13 950	6 930	12 050	13 610	16 350
Milliarden KKS	4561	134	68	1092	106	423	728	46	792	7	206	110	102	57	99	886
KKS pro Einwohner	12 090	13 070	12 730	13 290	10 080	10 710	12 040	12 240	13 730	16 329	12 930	13 570	10 220	10 990	11 140	14 850
Anteil am BIP	57	53	47	57	71	59	54	46	60	38	49	55	60	47	49	63

EU-15, EL: 1999. Die Angaben "pro Einwohner" sind Vorhersagen für EU-15, D, EL, IRL, P und UK.

Quelle: Eurostat, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen - ESA95 - Aggregate (theme2/aggs)

**Struktur der Verbrauchsausgaben, 1999 (%)**

Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Lebensmittel und nichtalkoholische Getränke	:	13,3	13,1	11,1	16,6	18,3	16,2	15,4	19,0	10,1	10,5	13,4	21,2	14,2	15,4	10,5
Alkoholische Getränke und Tabakwaren	:	2,3	4,2	2,8	3,5	2,7	2,7	7,7	1,9	2,0	2,1	2,6	2,8	2,9	2,9	3,0
Bekleidung und Schuhe	:	5,4	5,5	5,7	8,6	7,4	5,6	6,2	7,5	5,9	6,0	6,6	6,3	4,6	5,2	5,5
Wohnung, Wasser, Elektrizität, Gas und andere Brennstoffe	:	26,2	28,4	31,2	21,9	27,5	23,2	17,4	24,7	27,4	26,7	23,9	19,9	28,1	26,8	28,3
Möbel, Hausrat und laufende Instandhaltung der Wohnung	:	6,5	6,4	7,4	7,5	5,0	7,6	4,5	7,6	8,2	7,2	7,2	6,7	4,5	5,0	7,3
Gesundheit	:	4,7	2,4	3,6	6,3	2,5	5,2	1,6	4,4	2,4	1,1	2,4	4,6	3,7	3,0	1,1
Verkehr	:	12,5	14,1	13,3	11,2	12,5	14,5	13,0	13,7	15,4	10,3	14,4	15,7	17,0	13,4	13,6
Kommunikation	:	2,2	2,1	2,5	3,3	2,0	2,0	2,5	2,5	2,1	2,2	2,6	2,0	2,8	2,6	2,3
Freizeit und Kultur	:	10,7	11,2	11,9	4,5	6,2	7,6	9,1	6,3	8,7	10,4	12,3	3,7	10,7	14,6	13,4
Bildung	:	0,5	0,4	0,5	2,4	1,4	0,5	1,4	0,8	0,1	1,2	0,3	1,3	0,2	0,1	1,3
Hotels und Gaststätten	:	5,7	4,1	4,9	8,8	9,2	6,9	5,1	4,6	9,6	7	5,4	9,2	4,1	3,8	7,9
Verschiedene Waren und Dienstleistungen	:	10	8	5	6	5	8	8	7	8	15	9	7	7	7	6

F, P: 1994.

Quelle: Eurostat - Erhebungen über Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte.(theme3/hbs)

**Durchschnittliche Zimmerzahl pro Person**

1981/82	1,6	1,8	1,6	1,7	1,2	1,3	1,6	1,3	1,3	1,9	1,8	:	1	1,3	1,7	1,8
1998	1,9	2,1	2	1,9	1,4	1,8	2	2,1	1,6	2,2	2,6	2	1,6	1,7	2	2,3

**In Wohneigentum lebende Haushalte (%)**

1981/82	54	58	55	40	70	73	51	74	59	60	42	48	57	61	59	56
1990/91	59	65	54	39	76	78	54	79	68	65	45	50	65	67	56	66
1998	59	71	56	41	74	82	53	75	71	70	51	51	66	64	59	69

Quelle: Eurostat – Volkszählungen (1981/82, 1990/91) Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft (1998), L: 1996, FIN: 1997. S: Nationale Quellen für 1981/82 und 1990/91.

**Anteil der Haushalte mit ausgewählten langlebigen Gebrauchsgütern (in %), 1998**

Farbfernseher	97	96	97	97	96	99	94	98	97	98	98	97	93	94	98	98
Videorekorder	67	68	72	64	47	67	65	76	59	68	73	65	57	61	68	83
Mikrowelle	51	60	41	52	12	46	55	66	18	33	67	56	27	74	66	77
Geschirrspüler	33	32	39	45	23	22	36	26	25	56	29	49	23	42	41	23

**Anteil der Haushalte mit Telefon, nach Einkommensgruppe (in %), 1998**

Insgesamt	95	95	98	96	95	89	97	87	91	98	99	97	81	95	:	96
Oberste Einkommensgruppe	98	99	100	97	99	97	100	93	96	99	100	99	95	100	:	99
Unterste Einkommensgruppe	86	85	95	86	85	77	90	83	81	94	95	92	59	85	:	92

**Anteil der Haushalte mit Pkw (zum privaten Gebrauch) (in %), 1998**

besitzen einen Pkw	73	76	63	73	57	67	80	70	76	83	68	74	63	65	72	70
können sich keinen leisten	4	6	14	:	19	12	7	14	3	4	5	5	20	9	:	:
wollen keinen	23	18	24	:	24	21	13	16	21	14	27	21	17	26	:	:

L: 1996, FIN: 1997. Es ist nicht von Bedeutung, ob der Gegenstand (in den drei obigen Tabellen) Eigentum ist, gemietet wurde oder zu anderen Zwecken verwendet wird. Oberste Einkommensgruppe = Haushaltseinkommen ab 140 % des Medianwerts des Nationaleinkommens. Unterste Einkommensgruppe = Haushaltseinkommen unter 60 % des Medianwerts des Nationaleinkommens.

Quelle: Eurostat - Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft (EHP), UDB Stand Dezember 2001.

**Verbreitung des Internet-Zugangs – Haushalte - Prozentsatz der Haushalte mit Internet-Zugang**

2000	18,3	20,2	45,3	13,6	5,8	9,6	12,9	17,5	19,2	26,9	46,1	16,9	8,4	28,2	47,5	24,4
2001	36	35	59	38	12	23	26	46	33	44	59	46	23	48	64	47
2002	40,4	40,9	64,5	43,7	9,2	29,5	35,5	47,9	35,4	55	65,5	49,1	30,8	53,7	64,2	45

9 VERBRAUCH	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Informationstechnologieausgaben in % des BIP (Hardware, Software und Dienstleistungen)</b>																
1992	3,03	3,38	3,94	2,94	0,71	1,62	3,59	2,35	1,80	:	3,96	2,73	1,24	2,93	4,37	4,43
1998	3,57	3,97	4,77	3,62	1,00	1,78	4,09	2,38	2,01	4,30	4,83	3,30	1,73	3,89	6,24	4,82
1999	4	4	5	4	1	2	4	2	2	5	5	4	2	4	6	5
2000	4	5	5	4	1	2	5	2	2	:	5	4	2	4	7	6
<b>Kommunikationsausgaben in % des BIP (Telekommunikationsausrüstung und Dienstleistungen)</b>																
1992	2,1	1,8	2,1	2,2	1,5	2,0	2,0	2,7	1,7	:	2,2	2,1	1,2	1,6	2,9	2,5
1998	2,4	2,4	2,3	2,2	3,2	2,2	2,2	3,0	2,4	2,3	2,7	2,0	3,2	2,3	2,6	2,6
1999	3	3	2	2	4	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3
2000	3	3	2	3	4	3	3	3	3	:	3	2	4	2	3	3

Quelle: Eurostat – Statistiken zur Informationsgesellschaft

**Anhang III: Soziale Schlüsselindikatoren je Beitrittsland/Beitrittskandidat**

Nr.	Schlüsselindikator	Recheneinheit	Jahr	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 – insgesamt	% 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 – männliche Bevölkerung	% 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 – weibliche Bevölkerung	% 2001	16,8	19,5	12,0	:	11,4	12,9	:	10,0	:	5,6	21,3	:	6,3	:	
6t	Lebenslanges Lernen – insgesamt	% 2001	8,4	:	3,4	:	5,3	3,0	:	3,7	:	5,2	1,1	:	3,7	:	
6m	Lebenslanges Lernen – männliche Bevölkerung	% 2001	7,9	:	3,4	:	4,0	2,5	:	2,4	:	4,6	1,1	:	3,4	:	
6f	Lebenslanges Lernen – weibliche Bevölkerung	% 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 – insgesamt	% 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 – männlich	% 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 – weiblich	% 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 – insgesamt	Jahre 2001	59,9	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
8m	Effektives durchschnittliches Austrittsalter aus dem Berufsleben – männlich	Jahre 2001	60,5	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
8f	Effektives durchschnittliches Austrittsalter aus dem Berufsleben – Weiblich	Jahre 2001	59,1	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
9t	Arbeitslosenquote – insgesamt	% 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 – männlich	% 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 – insgesamt	% 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 – männlich	% 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 – weiblich	% 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 1 000 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 dem 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.

**Anhang IV: Statistische Daten – EU-Beitritts-/Kandidatenländer**

Weitere statistische Daten über die Beitrittsländer siehe "Statistisches Jahrbuch über die Kandidatenländer und die Staaten Südosteuropas", Eurostat, 2002, ISBN 92-894-3487-2 (Papier und PDF).

1 WIRTSCHAFT	Bulgarien	Zypern	Tschech. Republik	Estland	Ungarn	Lettland	Litauen	Malta	Polen	Rumänien	Slowak. Republik	Slowenien	Türkei
	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
<b>Bruttoinlandsprodukt in Marktpreisen</b>													
2001, Mrd. Eur	15,2	10,2	63,3	6,2	57,8	8,5	13,4	4,0	196,7	44,4	22,8	20,9	164,6
Wachstumsraten BIP, konstante Preise (1995)													
Jährliche Wachstumsrate, 2000	5,4	5,1	3,3	7,1	5,2	6,8	3,8	4,8	4,0	1,8	2,2	4,6	7,4
Jährliche Wachstumsrate, 2001	4,0	4,0	3,3	5,0	3,7	7,7	5,9	-0,4	1,1	5,3	3,3	3,0	-7,4
Vergleich zum selben Quartal des Vorjahres, 2002Q1	3,2	2,8	2,8	3,2	2,9	3,8	4,4	1,2	0,5	3,1	3,9	2,2	1,9
Vergleich zum selben Quartal des Vorjahres, 2002Q2	5,3	0,6	2,5	7,0	3,1	4,9	6,9	2,2	1,0	5,7	4,0	3,2	8,2
Wachstumsraten für 2002Q1 und 2002Q2 werden aus saisonbereinigten Daten berechnet.													
<b>BIP pro Kopf (Index EU-15 = 100, in KKS)</b>													
1995	33	83	62	34	46	25	32	53	34	28	46	63	27
2001	28	77	57	42	51	33	38	:	40	25	48	69	22
BIP pro Kopf in KKS													
2001	6 500	17 800	13 300	9 800	11 800	7 700	8 700	:	9 200	5 900	11 100	16 000	5 200
Nettonationaleinkommen pro Kopf													
2001, EU15 = 100	:	:	:	17,9	:	16,2	16,8	:	:	43,6	:	:	11,0
Verbrauch der privaten Haushalte pro Kopf													
2001, EU15 = 100	:	:	:	18,9	:	16,0	17,6	:	:	43,2	:	:	11,3
Dem Verbrauch der Haushalte werden auch die Verbrauchsausgaben der gemeinnützigen Institutionen im Dienst von Haushalten zugerechnet.													
Nettoersparnis pro Kopf													
2001, EU15 = 100	:	:	280 (f)	220	:	320	210	:	:	:	:	850	100 (f)
(f) = Vorhersage													
Arbeitnehmerentgelt je Arbeitnehmer													
2001, EU15 = 100	:	:	22,2	17,9	:	13,6	17,7 (f)	46,5	:	:	:	47,0	:
(f) = Vorhersage													

Arbeitnehmerentgelt umfasst Löhne und Gehälter sowie die Sozialbeiträge der Arbeitgeber. Das Arbeitnehmerentgelt wird nach dem Inlandskonzept, die Zahl der Arbeitnehmer nach dem Nationalkonzept berechnet. Das hat wichtige Auswirkungen auf das Verhältnis von Ländern mit einem relativ hohen Anteil von Arbeitnehmern aus den Nachbarländern.

Quelle: Eurostat – Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen

**Schuldenstand des Staates (in % des BIP)**

1999	79,3	:	14,5	6,5	61,0	13,7	23,0	59,9	42,7	24,0	40,2	26,4	66,0
2000	73,6	:	17,0	5,1	55,4	13,9	24,0	60,7	38,7	24,0	45,2	27,6	56,0
2001	66,3	:	23,7	4,8	53,1	16,0	23,1	65,7	39,3	23,3	44,1	27,5	103,0

**Defizit des Staates (-) (in % des BIP)**

1999	0,2	:	-3,2	-4,0	-5,3	-5,3	-5,6	-8,3	-1,5	-4,5	-6,4	-2,2	-19,0
2000	-0,6	:	-3,3	-0,4	-3,0	-2,7	-2,7	-7,0	-1,8	-4,5	-12,8	-3,2	-6,0
2001	1,7	:	-5,5	0,2	-4,1	-1,6	-1,9	-7,0	-3,9	-3,4	-5,6	-2,5	-29,0

Quelle: Eurostat – Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen und Finanzierungskonten

**Jährliche Inflationsrate im Vergleich zum Vorjahreszeitraum**

Juli-01	8,5	0,9	5,5	5,9	9,4	3,2	1,0	:	4,8	31,8	7,8	9,0	:
Mai-02	6,9	2,3	2,1	4,2	5,5	2,1	0,7	:	1,5	24,5	3,1	7,6	:
Juni-02	5,2	2,1	0,9	3,9	4,8	0,9	-0,3	:	1,2	24,0	2,5	6,9	:
Juli-02	5,5	3,8	0,2	3,3	4,5	1,1	0,3	:	1,3	23,0	2,0	7,5	:
Inflationsrate, Zwölfmonatsdurchschnitt													
Juli-02	6,4	2,3	3,2	4,5	6,4	2,8	1,8	:	3,1	27,4	4,9	7,8	:

Die jährliche Inflationsrate misst die Preisveränderungen zwischen dem laufenden Monat und demselben Monat des Vorjahres. Diese Maßzahl gibt rezente Preisveränderungen wieder, kann aber durch einmalige Effekte in einem der Monate beeinflusst werden. Diese Volatilität wird im Zwölfjahresdurchschnitt überwunden, indem durchschnittliche Harmonisierte Verbraucherpreisindizes (HVPI) der letzten 12 Monate mit dem Mittelwert der vorangegangenen 12 Monate verglichen werden. Diese Maßzahl ist weniger anfällig für kurzfristige Preisänderungen.

Quelle: Eurostat – Preisstatistik

**Zinssätze Staatspapiere (10 Jahre) (WWU-Konvergenzkriterien), monatlicher Durchschnitt**

Aug.-01	:	:	6,76		7,76	:	7,99	6,21	11,85	:	7,95	:	:
Juni-02	8,27	:	4,92		7,37	:	6,00	5,76	7,55	:	7,76	:	:
Juli-02	7,87	:	4,53		7,45	:	6,00	5,66	7,59	:	:	:	:
Aug.-02	7,68	:	:		7,30	:	5,14	5,65	7,26	:	:	:	:

1 WIRTSCHAFT	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
<b>Zinssätze Staatspapiere (10 Jahre) (WWU-Konvergenzkriterien), jährlicher Durchschnitt</b>													
1996	:	:	:	:	:	:	:	7,23	:	:	:	:	:
1999	:	7,36	:	:	9,86	:	:	5,83	:	:	:	:	:
2000	:	7,55	:	:	8,54	:	:	5,79	11,73	:	:	:	:
2001	:	7,7	6,3	:	7,9	:	:	6,1	10,7	:	8,0	:	:

Quelle: Eurostat – Finanzindikatoren

2 BEVÖLKERUNG	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
---------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

**Gesamtbevölkerung (in 1 000)**

1.1.1960	7 830	:	9 638	1 209	9 961	2 104	2 756	327	29 480	18 319	3 970	1 580	27 120
1.1.1980	8 846	608	10 316	1 472	10 709	2 509	3 404	330	35 413	22 133	4 963	1 893	44 016
1.1.2001, korrigierte Schätzung	8 150	759	10 295	1 367	10 005	2 366	3 693	383	38 644	22 431	5 402	1 990	65 783
1.1.2002, erste Schätzung	8 107	:	10 275	1 360	9 973	2 352	3 681	384	38 629	22 390	5 403	1 995	:

**Bevölkerungswachstum (je 1 000 Personen), 2000**

Gesamtwachstum	-5,1	5,9	-1,1	-3,7	-3,8	-5,8	-1,6	6,8	-0,2	-1,1	0,7	1,2	14,8
Natürliches Wachstum	-5,1	4,5	-1,8	-3,9	-3,8	-5,0	-1,3	3,3	0,3	-0,9	0,4	-0,2	14,8
Wanderungssaldo	0,0	1,5	0,6	0,2	0,0	-0,8	-0,3	3,5	-0,5	-0,2	0,3	1,4	0,0

Das Wachstum der Gesamtbevölkerung setzt sich zusammen aus dem natürlichen Wachstum (Lebendgeburten abzüglich Sterbefälle) und dem Wanderungssaldo. Dieser wird geschätzt auf der Grundlage der Differenz zwischen Bevölkerungswachstum und natürlichem Wachstum (korrigierter Wanderungssaldo).

**Bevölkerungsstruktur (in Prozent des Gesamtwerts), 2000**

Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0-19	22,8	31,3	23,4	25,5	23,6	25,3	27,1	:	28,3	26,0	28,1	23,2	41,4
20-59	55,5	53,4	58,4	54,2	56,7	54,1	54,4	:	55,2	55,3	56,5	57,8	50,7
60-79	19,6	12,9	15,9	17,7	17,2	18,1	16,0	:	14,6	16,9	13,5	16,8	7,2
80 und älter	2,10	2,50	2,30	2,60	2,40	2,50	2,50	:	1,90	1,70	1,80	2,30	0,50

TR: 1998.

**Zuwanderung nach Staatsangehörigkeit, 1997**

Insgesamt	:	6 560	15 811	1 665	9 397	2 913	3 682	937	:	6 600	:	8 982	:
Staatsangehörige	:	411	2 931	509	:	1 242	1 146	453	:	:	:	1 093	:
Staatsangehörige von EU-Mitgliedstaaten	:	2 243	648	40	1 013	:	11	:	:	2 220	:	209	:
Andere	:	3 906	12 232	1 116	8 384	:	2 525	:	:	4 380	:	7 680	:

**Abwanderung nach Staatsangehörigkeit, 1997**

Insgesamt	:	8 000	1 491	4 982	3 454	9 677	3 780	73	:	19 945	:	6 254	:
Staatsangehörige	:	:	686	911	955	1 257	1 323	73	:	:	:	807	:
Staatsangehörige von EU-Mitgliedstaaten	:	:	19	17	131	:	4	:	:	11 790	:	221	:
Staatsangehörige von Drittstaaten	:	:	786	4 054	2 368	:	2 453	:	:	8 155	:	5 226	:

**Wanderungssaldo nach Staatsangehörigkeit, 1997**

Insgesamt	:	-1 440	14 320	-3 317	5 943	-6 764	-98	864	:	-13 345	:	2 728	:
Staatsangehörige	:	:	2 245	-402	:	-15	-177	380	:	:	:	286	:
Staatsangehörige von EU-Mitgliedstaaten	:	:	629	23	882	:	7	:	:	-9 570	:	-12	:
Staatsangehörige von Drittstaaten	:	:	11 446	-2 938	6 016	:	72	:	:	-3 775	:	2 454	:

Quelle: Eurostat – Migrationsstatistik

**Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit, in Tausend, 2000**

Insgesamt	8 191	755	10 448	1 439	10 043	2 424	3 699	380	38 654	22 455	5 399	1 988	64 814
Staatsangehörige	:	731	10 209	:	9 890	1 805	:	372	:	22 454	:	1 945	:
Ausländische Staatsbürger	:	24	239	:	153	620	:	9	:	1	:	43	:
Staatsangehörige von EU-Mitgliedstaaten	:	:	17	:	18	1	:	:	:	:	:	1	:
Staatsangehörige von Drittstaaten	:	:	222	:	135	619	:	:	:	:	:	41,0	:

Quelle: Eurostat - Bevölkerungsstatistik und Eurostat. TR: 61 000 Ausländer 1986.

**Anteil von in Haushalten lebenden Personen nach Haushaltstyp, 2000**

Bevölkerung insgesamt	:	:	100	100	100	:	:	:	:	100	100	100	:
1 Erwachsener ohne unterhaltsberechtigzte Kinder	:	:	8	10	9	:	:	:	:	7	5	8	:
... unter 30	:	:	1	1	1	:	:	:	:	1	0	1	:
... zwischen 30 und 64	:	:	3	5	4	:	:	:	:	3	2	3	:
... ab 65	:	:	4	4	5	:	:	:	:	4	3	4	:
... männlich	:	:	3	3	3	:	:	:	:	2	1	3	:
... unter 30	:	:	0	1	0	:	:	:	:	0	0	0	:
... zwischen 30 und 64	:	:	1	2	2	:	:	:	:	1	1	2	:
... ab 65	:	:	1	1	1	:	:	:	:	1	1	1	:
... weiblich	:	:	5	7	6	:	:	:	:	5	3	5	:
... unter 30	:	:	0	1	0	:	:	:	:	0	0	0	:
... zwischen 30 und 64	:	:	2	3	2	:	:	:	:	2	1	2	:
... ab 65	:	:	4	3	4	:	:	:	:	3	2	4	:
2 Erwachsene ohne unterhaltsberechtigzte Kinder	:	:	21	18	20	:	:	:	:	16	13	17	:
... beide unter 65	:	:	12	10	11	:	:	:	:	8	6	9	:
... wenigstens einer 65 oder älter	:	:	10	8	9	:	:	:	:	8	6	8	:
3 oder mehr Erwachsene ohne unterhaltsberechtigzte Kinder	:	:	15	11	14	:	:	:	:	12	17	21	:

2 BEVÖLKERUNG	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
1 Erwachsener mit unterhaltsberechtigten Kindern	:	:	4	6	4	:	:	:	:	2	2	3	:
2 Erwachsene mit unterhaltsberechtigten Kindern	:	:	39	38	37	:	:	:	:	37	32	33	:
... 1 Kind	:	:	12	14	12	:	:	:	:	13	8	13	:
... 2 Kinder	:	:	21	16	18	:	:	:	:	17	16	17	:
... 3 oder mehr Kinder	:	:	6	8	7	:	:	:	:	7	8	3	:
3 oder mehr Erwachsene mit unterhaltsberechtigten Kindern	:	:	13	17	16	:	:	:	:	26	31	18	:

Anmerkung: Zu den unterhaltsberechtigten Kindern zählen alle Kinder bis zum Alter von 15 Jahren, zuzüglich aller Personen im Alter von 15-24 Jahren, die nicht erwerbstätig sind (zumeist, weil sie sich in einer Ausbildung befinden) und mit mindestens einem Elternteil leben.

Quelle: Eurostat – Europäische Arbeitskräfteerhebung 2000

#### Rohe Heiratsziffer (pro 1 000 Einwohner)

1960	8,8	:	7,7	10,0	8,9	11,0	10,1	5,9	8,3	10,7	8,1	8,9	:
1970	8,6	8,6	9,2	9,1	9,3	10,2	9,5	7,4	8,6	7,2	7,9	8,3	:
1980	7,9	7,9	7,6	8,8	7,5	9,8	9,2	8,6	8,6	8,2	7,9	6,5	8,2
1990	6,7	9,3	8,8	7,5	6,4	8,8	9,8	7,1	6,7	8,3	7,6	4,3	8,2
2000	4,2	12,3	5,4	4,0	4,8	3,9	4,6	6,2	5,5	6,1	4,8	3,7	7,7

Die rohe Heiratsziffer stellt das Verhältnis der Zahl der Eheschließungen zur durchschnittlichen Bevölkerung in einem bestimmten Jahr dar. TR: Daten von 1998 statt von 2000

#### Gesamfruchtbarkeitsziffer

1960	2,31	3,51	2,11	:	2,02	:	2,60	3,62	2,98	2,33	3,07	2,18	6,18
1970	2,18	2,54	1,91	2,16	1,98	2,01	2,40	2,02	2,20	2,89	2,40	2,10	5,68
1980	2,05	2,46	2,10	2,02	1,91	1,90	2,00	1,99	2,28	2,45	2,32	2,11	4,36
1990	1,81	2,42	1,89	2,05	1,87	2,02	2,00	2,05	2,04	1,83	2,09	1,46	2,99
2000	1,25	1,83	1,14	1,39	1,33	1,24	1,33	:	1,34	1,3	1,2	1,25	2,50

Die Gesamfruchtbarkeitsziffer ist die auf der Grundlage der derzeitigen Fruchtbarkeitsziffern errechnete durchschnittliche Zahl der Lebendgeborenen, die eine Frau zur Welt bringen würde.

#### Prozentsatz der außerehelichen Lebendgeburten

1960	8,0	0,2	4,9	:	5,5	11,9	7,3	0,7	4,5	:	4,7	9,1	:
1970	9,3	0,2	5,4	14,1	5,4	11,4	6,4	1,5	5,0	:	6,2	8,5	:
1980	10,9	0,6	5,6	18,3	7,1	12,5	6,3	1,1	4,7	:	5,7	13,1	2,9
1990	12,4	0,7	8,6	27,1	13,1	16,9	7,0	1,8	6,2	:	7,6	24,5	4,4
2000	38,4	2,1	21,8	54,5	29,0	40,3	22,6	10,1	11,7	25,5	18,3	37,1	:

CY 1998, MT und PL: Daten von 1999 anstatt 2000.

#### Rohe Scheidungsziffer (pro 1 000 Einwohner)

1960	:	:	1,3	2,1	1,7	2,4	0,9	:	0,5	2,0	0,6	1,0	0,4
1970	1,2	0,3	2,2	3,2	2,2	4,6	2,2	:	1,1	0,4	0,8	1,1	0,3
1980	1,5	0,3	2,6	4,1	2,6	5,0	3,2	:	1,1	1,5	1,3	1,2	0,4
1990	1,3	0,6	3,1	3,7	2,4	4,0	3,4	:	1,1	1,4	1,7	0,9	0,5
2000	1,2	1,7	2,9	3,1	2,4	2,6	2,9	:	1,1	1,4	1,7	1,1	0,5

Die rohe Scheidungsziffer stellt das Verhältnis der Zahl der Scheidungen zur durchschnittlichen Bevölkerung in einem bestimmten Jahr dar. BG, TR: Daten von 1999 statt von 2000

Quelle: Eurostat - Bevölkerungsstatistik. TR: teilweise auch Europarat.

**3 ALLGEMEINE UND BERUFLICHE BILDUNG**

	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
<b>Altersgruppe 18-24 nach Beschäftigungsstatus (%), 2000</b>													
In Ausbildung und erwerbstätig	4		6	4		6			2		10		
In Ausbildung und nicht erwerbstätig	30		42	37		40			34		47		
Nicht in Ausbildung, aber erwerbstätig	52		33	39		31			42		31		
Weder in Ausbildung noch erwerbstätig	14,00		18	19		23			23		13		

**Bildungsniveau der Altersgruppe 25-64 nach Geschlecht (%), 2000**

25-64 Jahre													
.. Männer und Frauen													
.... Weniger als Sekundarstufe II	32,9	37,0	13,9	15,3	30,8	16,5	15,1		20,3	30,7	16,4	25,2	
.... Sekundarstufe II	48,7	37,8	74,6	56,3	55,2	65,3	42,6		68,3	60,1	73,3	59,1	
.... Tertiärbereich	18,4	25,2	11,5	28,5	14,0	18,1	42,3		11,4	9,2	10,2	15,7	
.. Männer													
.... Weniger als Sekundarstufe II	33,4	33,2	8,8	16,6	25,9	18,3	15,0		18,5	24,2	11,4	20,8	
.... Sekundarstufe II	51,1	38,8	78,1	61,9	60,4	65,1	47,5		71,4	65,4	77,7	65,1	
.... Tertiärbereich	15,5	28,0	13,1	21,6	13,7	16,6	37,5		10,1	10,4	10,9	14,1	
.. Frauen													
.... Weniger als Sekundarstufe II	32,5	40,8	19,0	14,1	35,3	14,9	15,3		22,0	37,0	21,3	29,6	
.... Sekundarstufe II	46,4	36,8	71,1	51,2	50,4	65,6	38,1		65,4	54,9	69,1	53,0	
.... Tertiärbereich	21,1	22,4	9,9	34,7	14,3	19,5	46,6		12,6	8,1	9,6	17,3	
25-29 Jahre													
.. Männer und Frauen													
.... Weniger als Sekundarstufe II	25,1	18,9	6,9	12,6	19,1	13,4	11,0		9,8	14,9	5,0	12,1	
.... Sekundarstufe II	56,8	47,0	82,9	55,3	66,8	70,6	52,9		75,2	76,1	84,0	68,0	
.... Tertiärbereich	18,1	34,1	10,2	32,1	14,0	16,0	36,1		15,0	9,0	10,9	20,0	
.. Männer													
.... Weniger als Sekundarstufe II	27,0	18,9	5,7	17,7	17,8	14,6	12,6		10,8	13,7	4,9	14,1	
.... Sekundarstufe II	61,7	50,8	84,7	59,7	70,3	71,1	56,4		78,1	76,6	85,2	73,3	
.... Tertiärbereich	11,3	30,2	9,7	22,6	11,9	14,4	31,0		11,1	9,7	9,9	12,6	
.. Frauen													
.... Weniger als Sekundarstufe II	22,9	18,9	8,1	7,7	20,5	12,2	9,4		8,7	16,1	5,2	10,0	
.... Sekundarstufe II	51,5	43,4	81,2	51,0	63,2	70,2	49,3		72,3	75,6	82,8	62,6	
.... Tertiärbereich	25,6	37,8	10,7	41,3	16,3	17,6	41,4		19,0	8,3	12,0	27,3	
30-49 Jahre													
.. Männer und Frauen													
.... Weniger als Sekundarstufe II	25,6	29,4	11,8	8,5	22,7	9,5	4,8		14,6	20,4	12,5	22,8	
.... Sekundarstufe II	54,0	41,7	75,4	63,0	62,6	70,9	47,9		74,5	70,0	76,5	61,5	
.... Tertiärbereich	20,5	29,0	12,8	28,6	14,7	19,6	47,3		10,9	9,6	11,0	15,7	
.. Männer													
.... Weniger als Sekundarstufe II	26,6	27,2	8,1	10,1	18,6	11,4	6,3		14,2	15,6	9,2	19,8	
.... Sekundarstufe II	56,4	40,9	77,3	70,1	68,1	72,3	52,6		76,2	74,1	79,1	66,5	
.... Tertiärbereich	17,0	31,9	14,6	19,8	13,2	16,3	41,1		9,6	10,3	11,7	13,7	
.. Frauen													
.... Weniger als Sekundarstufe II	24,5	31,5	15,6	6,9	26,7	7,7	3,4		15,0	25,1	15,8	25,9	
.... Sekundarstufe II	51,6	42,5	73,4	56,0	57,2	69,6	43,3		72,9	66,1	73,9	56,3	
.... Tertiärbereich	23,9	26,0	11,0	37,1	16,1	22,7	53,3		12,1	8,8	10,3	17,8	
50-64 Jahre													
.. Männer und Frauen													
.... Weniger als Sekundarstufe II	47,1	59,6	20,3	27,6	48,5	29,1	36,0		35,9	56,5	30,5	35,1	
.... Sekundarstufe II	37,6	26,5	69,6	45,6	38,5	54,2	28,0		53,4	34,9	61,2	50,9	
.... Tertiärbereich	15,3	14,0	10,1	26,8	12,9	16,7	36,0		10,7	8,6	8,3	14,0	
.. Männer													
.... Weniger als Sekundarstufe II	46,9	51,1	11,4	28,1	42,2	32,8	34,1		31,0	45,5	19,9	25,5	
.... Sekundarstufe II	38,1	29,7	76,1	47,5	42,4	49,0	32,1		58,3	43,8	70,2	58,9	
.... Tertiärbereich	14,9	19,3	12,4	24,4	15,4	18,3	33,8		10,6	10,7	9,9	15,6	
.. Frauen													
.... Weniger als Sekundarstufe II	47,3	67,7	28,6	27,2	53,9	26,3	37,5		40,2	66,5	39,6	44,2	
.... Sekundarstufe II	37,1	23,4	63,5	44,1	35,2	58,2	24,9		49,1	26,8	53,4	43,3	
.... Tertiärbereich	15,6	8,9	7,9	28,7	10,9	15,6	37,6		10,8	6,7	7,0	12,4	

Die Definition der Bildungsniveaus erfolgt gemäß ISCED (Internationale Standardklassifikation des Bildungswesens). Schulabgänge vor Abschluss der Sekundarstufe II entsprechen ISCED 0-2, abgeschlossene Sekundarstufe II ISCED 3-4 (einschl. Postsekundar-, Nichttertiärbereich) und eine Tertiärbereich (Hochschulausbildung) ISCED 5-6.

**Arbeitslosenquoten der Altersgruppe 25-59 nach Geschlecht und Bildungsniveau, 2000**

Männer und Frauen													
.. Weniger als Sekundarstufe II	24	7	20	22	10	21	23		23	5	37	10	
.. Sekundarstufe II	14	4	7	15	6	15	20		14	8	15	6	
.. Tertiärbereich	6	3	3	5	1	7	9		5	4	4	2	
Männer													
.. Weniger als Sekundarstufe II	22	5	22	23	12	23	27		21	6	44	11	
.. Sekundarstufe II	13	2	5	15	6	15	21		12	7	15	6	
.. Tertiärbereich	7	2	2	6	1	7	10		5	4	5	1	
Frauen													
.. Weniger als Sekundarstufe II	26	9	19	22	9	17	17		24	4	32	10	
.. Sekundarstufe II	14	8	9	15	5	14	18		17	8	15	6	
.. Tertiärbereich	6,0	3,0	3,0	4,0	1,0	8,0	8,0		5,0	3,0	3,0	3,0	

**Anteil der Personen die in den letzten vier Wochen an einer Bildungsmaßnahme teilgenommen haben, nach Bildungsabschluss und Geschlecht (in Prozent), 2000**

Männer und Frauen													
.. Weniger als Sekundarstufe II	3		6	3		3			1		4		
.. Sekundarstufe II	1		0	1		0			0		1		
.. Tertiärbereich	2		4	3		2			1		5		
.. Tertiärbereich	8		13	8		5			1		8		
Männer													
.. Weniger als Sekundarstufe II	3		4	3		2			1		4		
.. Sekundarstufe II	1		0	1		0			0		1		
.. Tertiärbereich	2		3	3		1			1		4		
.. Tertiärbereich	8		9	7		4			1		7		

3 ALLGEMEINE UND BERUFLICHE BILDUNG													
BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR	
Frauen	:	3	:	8	3	:	3	:	:	1	:	5	:
.. Weniger als Sekundarstufe II	:	0	:	0	0	:	0	:	:	0	:	1	:
.. Sekundarstufe II	:	3	:	5	4	:	2	:	:	1	:	5	:
.. Tertiärbereich	:	9	:	15	9	:	6	:	:	1	:	9	:

Quelle: Eurostat – Europäische Arbeitskräfteerhebung

**Beteiligungsquoten, 16-18 Jahre, nach Geschlecht, 1998/99**

Männer	63	:	82	79	82	75	78	59	83	58	:	83	33
Frauen	66	:	83	84	85	83	84	51	88	62	:	89	24

CY: keine Angaben für Männer und Frauen, SK: keine Spezifizierung nach Alter.

TR: 228 844 Studenten in ISCED 3C können nicht nach Alter oder Geschlecht spezifiziert werden. Die Angaben für ISCED 3C beziehen sich auf das Schuljahr 1997/98.

Zahl der Frauen pro 100 Männer im Tertiärbereich 1998/99	147	127	99	137	118	160	150	106	133	104	107	127	66
RO, SI: ISCED 6 fehlt													
Durchschnittsalter der Hochschulstudenten, 1998/99													
Männer und Frauen	22	21	22	22	22	22	21	21	23	22	:	22	22
Männer	23	21	22	22	23	22	21	22	23	22	:	23	22
Frauen	22	20	22	22	22	23	21	21	22	22	:	22	22
RO, SI: ISCED 6 fehlt													

Quelle: Eurostat-UOE (Unesco-, OECD- und Eurostat-Fragebögen zur Bildungsstatistik)

4 ARBEITSMARKT	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
<b>Beschäftigungsquote, Altersgruppe 15-64, Jahre nach Geschlecht, 2. Quartal 2000</b>													
Insgesamt	51,5	65,5	64,9	60,6	55,9	58,2	60,1	:	55,1	64,2	56,3	62,7	:
Männer	56,1	78,9	73,1	64,3	62,7	62,3	61,8	:	61,2	69,5	61,6	66,7	:
Frauen	47,2	52,5	56,8	57,1	49,4	54,3	58,5	:	49,3	59	51,1	58,5	:
<b>Beschäftigungsquote nach Altersgruppe und Geschlecht, 2. Quartal 2000</b>													
Männer und Frauen													
... 50-54	65,6	71,3	80,4	73,6	66,4	69,9	72,8	:	61,4	70,3	69,0	64,4	:
... 55-59	33,5	60,5	50,2	58,4	33,7	49,3	56,8	:	37,7	56,6	34,5	29,0	:
... 60-64	10,5	35,1	16,9	29,4	7,6	21,8	26,4	:	20,9	48,0	6,1	15,1	:
Männer													
... 50-54	67,6	91,0	84,5	72,5	69,7	69,9	69,3	:	65,7	77,4	74,4	77,7	:
... 55-59	53,6	80,8	71,6	66,5	50,2	64,5	64,3	:	47,5	63,1	55,3	40,3	:
... 60-64	15,7	50,0	23,5	35,5	10,8	31,6	38,4	:	27,5	52,5	10,4	19,8	:
Frauen													
... 50-54	63,8	51,8	76,3	74,5	63,2	69,9	75,8	:	57,4	63,3	63,9	51,2	:
... 55-59	16,2	40,7	30,4	52,0	19,8	37,5	50,8	:	28,9	51,1	16,8	17,5	:
... 60-64	6	22	11	25	5	15	18	:	15	44	3	11	:
Arbeitslosenquote nach Geschlecht, 2001													
Insgesamt	19,6	4,5	:	12,3	5,7	12,9	16,5	6,8	18,6	6,5	19,7	5,9	:
Männer	20,5	3,0	:	12,0	6,3	14,2	19,0	6,2	17,2	7,0	20,5	5,6	:
Frauen	18,6	6,5	:	12,5	4,9	11,5	13,8	8,2	20,3	5,9	18,8	6,3	:
<b>Jugendarbeitslosen-/Bevölkerungsquote (15-24 Jahre), nach Geschlecht, 2. Quartal 2000</b>													
Insgesamt	10,2	4,0	7,5	8,5	4,6	8,2	10,1	:	13,4	7,4	16,5	6,1	:
Männer	13,0	2,8	8,3	10,3	5,9	9,4	11,5	:	13,8	8,8	19,1	6,0	:
Frauen	7,6	5,1	6,6	6,7	3,4	6,9	8,8	:	13	5,9	13,9	6,2	:
<b>Jugendarbeitslosenquote (15-24 Jahre), nach Geschlecht, 2001</b>													
Insgesamt	39,5	9,6	:	24,6	10,9	22,6	31,3	16,7	42,0	17,0	38,5	16,9	:
Männer	36,1	6,7	17,4	24,7	13,7	21,1	27,6	:	34,3	19,3	40,0	14,8	:
Frauen	29,6	14,2	16,4	22,4	10,4	21,3	27,4	:	37,2	15,9	33,3	18,5	:
<b>Langzeitarbeitslosenquote (12 Monate oder länger), 2. Quartal 2000</b>													
Insgesamt	10,2	1,3	4,5	6,7	3,2	8,4	8,8	:	8,0	3,6	11,3	4,5	:
Männer	10,4	0,5	3,7	7,7	3,8	9,0	10,9	:	6,5	3,9	11,4	4,5	:
Frauen	9,9	2,5	5,5	5,7	2,6	7,8	6,7	:	9,8	3,2	11,1	4,4	:
<b>Jugendlangzeitarbeitslosenquote (15-24 Jahre, 6 Monate und länger), 2. Quartal 2000</b>													
Insgesamt	25,8	4,9	11,8	12,8	8,5	13,7	20,4	:	26,5	13,1	28,8	11,9	:
Männer	28,0	2,3	11,9	14,0	9,8	13,4	21,5	:	24,0	14,2	31,5	9,9	:
Frauen	22,9	7,5	11,7	11,1	6,8	14,1	18,9	:	29,4	11,8	25,9	14,6	:

Die Beschäftigungsquote entspricht dem prozentualen Anteil der beschäftigten Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren an der Bevölkerung dieser Altersgruppe. Zu den beschäftigten Personen zählen jene, die im Bezugszeitraum (der Woche der Arbeitskräfteerhebung) mindestens eine Stunde lang einer Arbeit nachgingen, für die sie entlohnt wurden oder mit der sie einen Gewinn erzielten, sowie jene Personen, die in diesem Zeitraum zwar nicht arbeiteten, jedoch eine Beschäftigung hatten, der sie zeitweilig fernblieben. Arbeitslose sind gemäß den von der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO) aufgestellten Kriterien Personen im Alter von 15 Jahren und darüber, die i) ohne Arbeit sind, ii) verfügbar sind, um innerhalb der folgenden zwei Wochen eine Arbeit aufzunehmen, und iii) irgendwann aktiv Arbeit gesucht haben. Die Arbeitslosenquote entspricht dem prozentualen Anteil der beschäftigungslosen Personen an der Erwerbsbevölkerung desselben Alters. Die Erwerbsbevölkerung wird als Summe der Beschäftigten und Arbeitslosen definiert.

Quelle: Eurostat – Europäische Arbeitskräfteerhebung

5 SOZIALSCHUTZ	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
----------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

**Anteil der Sozialschutzausgaben am BIP (in Prozent)**

1998	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	20,4	26,6	:
1999	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	20	27	:

**Ausgaben für den Sozialschutz in KKS pro Einwohner, 2000**

Insgesamt	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:2097,114	4057,539	:	:
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------	----------	---	---

**Sozialleistungen nach Funktionsgruppen (in Prozent der Gesamtleistungen), 2000**

Alter und Hinterbliebene	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	38,4	45,2	:
Krankheit, Gesundheitsversorgung	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	32,9	30,7	:
Behinderung	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	8,0	9,0	:
Arbeitslosigkeit	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	4,6	4,3	:
Familien/Kinder	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	9,3	9,2	:
Wohnen und soziale Ausgrenzung (n.a.z.)	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	6,8	1,6

**Sozialschutzeinnahmen nach Typ (in Prozent der Gesamteinnahmen), 2000**

Staatliche Zuweisungen	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	27,0	31,5	:
Arbeitgeberanteil der Sozialbeiträge	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	48,5	27,0	:
Von den Versicherten gezahlte Sozialbeiträge	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	18,6	39,3
Sonstige Einnahmen	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	5,9	2,2	:

Die Abkürzung n.a.z. steht für „nicht an anderen Orten zusammengetragen“.

Quelle: Eurostat - Europäisches System der Integrierten Sozialschutzstatistik (ESSOSS).

6 EINKOMMEN, ARMUT UND SOZIALE AUSGRENZUNG	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
--	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

**Mittlerer Bruttostundenlohn in der Industrie (Arbeiter, Abschnitt C bis F des NACE, Rev. 1) in ECU**

1997	80,38	:	1,73	1,28	1,83	1,26	0,98	4,39	2,08	104,95	1,35	3,88	1,67
1998	105,66	6,20	1,89	1,42	1,85	1,35	1,20	4,46	2,28	125,60	1,40	4,18	:
1999	114,02	6,36	1,91	1,53	2,03	1,46	1,27	4,70	2,87	106,95	1,37	4,37	:
2000	128,45	:	2,20	:	2,21	1,68	1,48	:	3,15	:	1,51	4,56	:

BG, RO: Monatsverdienst. CZ: ausgenommen Bausektor.

**Mittlerer Bruttomonatsverdienst, Vollzeitbeschäftigte, in der Industrie und im Dienstleistungssektor (Abschnitt C bis K des NACE, Rev. 1) in ECU**

1997	76	1181	309	242	277	198	190	759	323	111	269	768	382
1998	100	1240	339	276	289	214	233	764	346	136	280	823	407
1999	109	1342	359	291	318	226	251	836	442	120	271	809	:
2000	127	:	400	323	348	270	299	:	490	:	286	860	:

7 GLEICHSTELLUNG DER GESCHLECHTER	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
-----------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

**Frauenanteil in nationalen Parlamenten (Anteil der Sitze von Frauen in nationalen Parlamenten (oder Unterhaus))**

Jahr	:	:	1998	1999	1998	:	:	1998	1997	:	:	1996	:
Prozentsatz	:	:	15,2	17,8	8,4	:	:	9,2	13,4	:	:	12,2	:

**Frauenanteil in nationalen Regierungen**

Jahr	:	:	1998	1999	2000	:	:	1998	1999	:	:	1997	:
Prozentsatz	:	:	0	13,3	6,1	:	:	7,1	10,5	:	:	5,6	:

Quelle: Europäische Datenbank - Frauen in Führungspositionen (www.db-decision.de).

**Mittlerer Monatsverdienst von Frauen im Verhältnis zu dem der Männer in der Industrie und im Dienstleistungssektor (Abschnitt C bis K, NACE, Rev. 1)**

1995	:	69,5	:	73,3	80,3	:	76,9	:	77,7	78,0	:	83,2	:
1996	72,9	70,0	77,2	72,6	79,0	78,4	81,3	:	77,8	77,8	75,2	83,8	:
1997	74,1	70,2	75,7	72,0	77,6	79,9	78,4	:	80,2	74,3	75,0	83,8	:
1998	73,5	68,7	72,0	74,2	81,4	80,1	78,4	:	83,2	:	:	77,5	86,3
1999	77,6	69,3	74,2	:	81,3	77,8	80,7	76,4	82,6	81,9	76,9	90,3	:
2000	74,6	:	73,3	:	81,0	76,9	80,9	:	:	79,5	73,7	:	:

CZ: Vollzeitbeschäftigte, Abschnitt A bis O, NACE, Rev.1. EE: Stundenlohn, alle Sparten. LV: Daten aus Kurzzeitstatistiken einschließlich Prämien. PL: Quelle: die repräsentative Erhebung von September 1995 bis 1997 oder von Oktober 1998-1999. RO: Verdienst von Frauen als Anteil des Verdienstes von Männern im Oktober einschließlich Prämien. Quelle: Jahresangaben über Verdienst nach Beschäftigungsart für Oktober. SI: Alle Aktivitäten; wenn nur Industrie: 80,6 (1998).

<b>8 GESUNDHEIT UND SICHERHEIT</b>													
	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
Säuglingssterbeziffer, pro 1 000 Lebendgeburten													
1970	27,3	26	20,2	17,7	35,9	17,7	19,3	27,9	36,4	49,4	24,5	25,7	:
2000	13,3	6,1	4,1	8,4	9,2	10,4	8,6	6,1	8,1	18,6	8,6	4,9	:
CY: 1998													
Lebenserwartung bei der Geburt, Männer													
1980	68,7	72,3	66,8	64,1	65,5	63,5	65,5	68,5	66,9	66,5	66,8	67,4	55,8
2000	68,5	75,3	71,7	65,6	67,2	65	67,5	75,1	69,7	67,7	69,2	72,3	66,5
CY: 1999; TR: 1998.													
Lebenserwartung bei der Geburt, Frauen													
1980	74,0	77,0	73,9	74,1	72,7	74,2	75,4	72,7	75,4	71,8	74,3	75,2	60,4
2000	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
CY: 1999; TR: 1998.													

Quelle : Eurostat - Bevölkerungsstatistik. TR: Europarat

#### Standardisierte Mortalitätsrate (SMR) pro 100 000 Einwohner, nach Geschlecht, 1999

Männer													
Krankheiten des Kreislaufsystems	877	:	603	783	745	812	647	406	597	836	671	424	:
Krebs	203	:	320	282	402	303	287	236	299	217	336	295	:
Krankheiten der Atmungsorgane	64	:	55	62	79	55	70	113	72	104	74	112	:
Außere Ursachen für Verletzung oder Vergiftung	83	:	91	271	141	261	244	41	112	102	98	120	:
Frauen													
Krankheiten des Kreislaufsystems	607	:	402	442	477	477	415	324	374	625	442	269	:
Krebs	121	:	179	144	205	139	140	137	153	126	156	156	:
Krankheiten der Atmungsorgane	33	:	28	14	34	16	18	52	30	56	34	45	:
Außere Ursachen für Verletzung oder Vergiftung	24	:	34	59	50	69	57	17	31	30	23	39	:

Angaben von 1998 ausgenommen PL 1996  
Quelle: WHO – Datenbank Gesundheit für alle 2002

Krankenhausbetten pro 100 000 Einwohner													
1990	1004	:	1348	1154	1009	1245	1402	:	575	605	:	243	:
1999	748	:	1103	717	837	938	885	547	514	554	1116	257	:

#### Anzahl der aus dem Krankenhaus Entlassenen nach ICD-Diagnose je 100 000, 2000

Infektionskrankheiten	505	:	467	674	395	1040	748	:	:	990	480	490	295
Krebs	522	:	1494	1555	1810	1464	1233	:	:	1091	1658	1377	258
Krankheiten der Atmungsorgane	1781	:	1567	2165	2201	3094	2441	:	:	3008	1292	1606	725
Krankheiten des Kreislaufsystems	1766	:	3271	3118	4084	3939	3060	:	:	2253	1671	2723	732
Mentale und Verhaltensstörungen	:	:	302	:	1524	1291	1607	:	:	:	543	594	86
Außere Ursachen für Verletzung oder Vergiftung	1036	:	1740	1282	1487	2141	2213	:	:	1188	1639	1495	341

Quelle: Eurostat - Gesundheits- und Sicherheitsstatistik

#### Auftreten von Alzheimer und anderen Demenzkrankheiten pro 1 000 Einwohner, 2000

Quelle: Alzheimer Europe und Eurostat													
	6,1	3,6	9,5	:	9	:	9,2	:	8,1	6,2	:	7,8	:

Anteil der Gesundheitsausgaben insgesamt am Bruttoinlandsprodukt

1990	5,2	:	5,0	:	6,1	2,5	3,3	:	5,3	2,8	5,6	5,4	3,6
2000	4,7	:	7,3	6,1	6,8	4,8	6,2	8,8	6,2	2,6	7,9	6,5	4,8

Daten von 2000, ausgenommen BG: 1994, PL: 1999, RO, TR: 1998.

Quelle: WHO – Datenbank Gesundheit für alle 2002

#### Zahl der bei Straßenverkehrsunfällen getöteten Personen

1998	1 003	111	1 360	284	1 371	627	829	17	7 080	2 778	860	309	6 083
1999	1 047	113	1 455	232	1 306	604	748	4	6 730	2 505	671	334	5 723
2000	1 012	111	1 486	204	1 200	588	641	15	6 294	2 499	647	313	5 510

Zahl der bei Straßenverkehrsunfällen getöteten Personen je 1 Mio. Einwohner

2000	124	165	144	149	120	248	173	39	163	111	120	157	84
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----	-----	-----	-----	-----	----

Quelle: Eurostat – Verkehrsstatistik

#### Unfälle in Heim und Freizeit (alterstandardisierte Mortalitätsrate je 100 000 Einwohner), 1995

	55	:	40	177	70	92	168	11	60	86	32	53	:
--	----	---	----	-----	----	----	-----	----	----	----	----	----	---

Quelle: WHO-Mortalitätsstatistik, 1995

9 VERBRAUCH	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
-------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

**Ausführlichere statistische Angaben über den Verbrauch sind zu finden in "Consumers in Europe – Facts and figures 1996-2000", Eurostat, 2001, ISBN 92-894-1400-6.**

Endgültige Verbrauchsausgaben der Haushalte, 2000, aktuelle Preise

Milliarden Euro	9	5	30	3	26	5	8	:	110	28	11	11	:
Euro pro Einwohner	1100	8300	2900	2200	2600	2000	2100	:	2800	1200	2000	5300	:
Milliarden KKS	37,0	8,0	73,0	7,0	59,0	10,0	18,0	:	219,0	82,0	31,0	17,0	:
KKS pro Einwohner	4500	:	7100	5000	5900	4200	4800	:	5700	3700	5700	8400	:
Anteil am BIP	71,6	:	53,7	57,7	51,1	62,5	64,1	:	64,0	70,0	52,9	54,0	:

CY: 1998

Quelle: Eurostat, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen - ESA95 - Aggregate (theme2/aggs)

#### Struktur der Verbrauchsausgaben, geschätzt, 1999 (%)

Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Lebensmittel und nichtalkoholische Getränke	46,5	:	25,2	35,7	28,9	42,1	48,1	:	35,1	55,3	33,0	26,1	:
Alkoholische Getränke und Tabakwaren	3,9	:	3,5	3,4	4,3	2,8	4,0	:	3,3	2,7	3,6	3,4	:
Bekleidung und Schuhe	8,2	:	7,7	7,7	6,6	7,1	8,0	:	7,0	7,4	10,3	8,4	:
Wohnung, Wasser, Elektrizität, Gas und andere Brennstoffe (1)	14,2	:	17,1	18,7	19,5	17,0	12,3	:	18,4	15,3	12,4	10,7	:
Möbel, Hausrat und laufende Instandhaltung der Wohnung	4,4	:	7,8	5,4	5,4	4,2	4,8	:	5,5	4,3	6,4	6,8	:
Gesundheit (2)	3,3	:	1,5	1,6	3,0	3,5	3,5	:	4,4	2,3	1,2	1,6	:
Verkehr (3)	7,2	:	10,2	6,8	9,2	6,9	6,7	:	8,6	5,2	8,9	16,5	:
Kommunikation (4)	1,9	:	2,0	2,8	4,4	3,2	1,9	:	2,3	1,4	2,1	1,9	:
Freizeit und Kultur	3,0	:	11,0	7,5	6,7	5,6	3,5	:	6,5	2,6	8,2	8,8	:
Bildung	0,6	:	0,6	1,2	0,4	1,0	0,3	:	1,3	0,6	0,5	0,7	:
Hotels und Gaststätten	3,5	:	5,0	3,5	3,0	2,5	3,8	:	1,3	0,8	5,8	5,9	:
Verschiedene Waren und Dienstleistungen	3,3	:	8,4	5,7	8,6	4,1	2,9	:	6,3	2,1	7,6	9,2	:

CZ: Schätzungen auf Grundlage der nationalen Klassifikationen der 9 Hauptausgabengruppen. EE: Nichtmonetärer Verbrauch von Gegenständen außer Lebensmitteln ausgeschlossen; eingeschlossen sind Lebensmittel aus eigener Herstellung und kostenlose Lebensmittel; SI: 1997.

(1) Die unterstellte Miete für Wohneigentümer ist in keinem dieser Länder eingeschlossen; CZ, HU und SI: vom Arbeitgeber bereitgestellte Wohnung (unentgeltlich oder ermäßigt) nicht eingeschlossen; CZ: Einsparungen durch kostenlose oder ermäßigte Bereitstellung von Gas, Strom und Wasser nicht eingeschlossen; LT, LV und PO: Probleme mit der Quantifizierung.

(2) HU, LT und PL, Nettoausgaben der Haushalte (nach Abzug der Sozialversicherung und der Erstattungen aus Privatversicherungen) sind berücksichtigt; in den anderen Staaten sind Bruttoausgaben der Haushalte berücksichtigt; LT, alle Ausgaben der Haushalte wurden berücksichtigt ausgenommen Unterbringung in Kurheimen; PL, Gesundheitsausgaben wurden für die Erstattung nicht korrigiert; für die anderen Länder sind keine Angaben erhältlich.

(3) RO, SI und SK, persönlicher Gebrauch eines Firmenfahrzeuges und/oder kostenloser Kraftstoff wurden nicht berücksichtigt; LV, LT und PL: Probleme bei der Messung.

(4) CZ, gebührenfreies oder verbilligtes Telefonieren ausgenommen; LV, LT und PO: Probleme bei der Messung.

Quelle: Eurostat - Erhebungen über Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte. (theme3/hbs)

#### Anteil der Haushalte mit ausgewählten langlebigen Gebrauchsgütern (in %), 1996

Kocher	86,4	:	16,3	47,8	9,7	6,1	11,0	:	:	2,7	30,1	86,0	:
Mikrowelle	4,4	:	30,1	11,0	25,8	2,8	5,4	:	:	:	18,1	6,9	:
Kühlschrank	88,5	:	98,1	89,7	99,9	86,6	93,7	:	100,0	68,9	97,4	95,2	:
Gefrierschrank	17,3	:	65,2	11,7	52,4	2,2	6,2	:	30,0	13,0	55,7	85,8	:
Elektrische Waschmaschine	40,6	:	74,7	22,6	43,9	8,6	11,6	:	50,0	7,2	57,0	96,4	:
Waschmaschine, nicht elektrisch betrieben	36,2	:	35,7	52,1	59,6	61,3	63,2	:	80,0	43,6	45,7	:	:
Wäschetrockner	0,3	:	3,3	:	0,4	:	:	:	:	:	1,2	7,2	:
Geschirrspüler	0,9	:	3,3	0,7	0,6	0,1	2,0	:	:	:	1,3	20,2	:
Heißwasserboiler	61,1	:	38,8	11,3	47,1	3,1	2,1	:	:	0,3	30,0	47,3	:
Heizung	83,4	:	20,5	25,4	9,3	93,6	6,5	:	:	11,9	14,4	17,4	:
Klimaanlage	0,4	:	0,4	:	0,4	:	:	:	:	:	0,2	0,7	:

PL: Haushalte anstatt Gebäude; 1993. SI: Elektrische Waschmaschinen einschließlich nicht elektrisch betriebener.

Quelle: Eurostat - Erhebung über den Energieverbrauch in Haushalten

#### Verbreitung des Internet-Zugangs - Haushalte - Prozentsatz der Haushalte mit Internet-Zugang

2000	:	14,0	8,0	7,0	2,6	:	2,3	11,2	:	:	:	21,0	:
2001	:	20,0	11,0	10,0	:	2,0	3,2	:	8,2	:	:	24,0	:

Quelle: Eurostat - Statistiken zur Informationsgesellschaft

**Anhang V: Symbole, Länder und Ländergruppen, Abkürzungen und Akronyme**Symbole

*	vorläufige/geschätzte Daten oder geringe Zuverlässigkeit aufgrund einer kleinen Zahl von Beobachtungen
-b	Bruch in der Zeitreihe
:	nicht verfügbar
-	null
.	nicht zutreffend oder Daten statistisch nicht signifikant
0	weniger als die Hälfte der verwendeten Einheit
%	Prozent
°	siehe Anmerkung (die Zahlenangabe kann aus einem anderen Jahr stammen oder auf andere Weise eingeschränkt sein)

Länder und Ländergruppierungen

EU-15 Die 15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union

EUR-12 Die 12 an der Eurozone teilnehmenden Länder (B, D, EL, E, F, IRL, I, L, NL, A, P und FIN)

Die ‚südlichen‘ Mitgliedstaaten sind EL, E, I und P.

Die ‚nordischen‘ Mitgliedstaaten sind DK, FIN und S.

B	Belgien	DK	Dänemark	D	Deutschland	EL	Griechenland
E	Spanien	F	Frankreich	IRL	Irland	I	Italien
L	Luxemburg	NL	Niederlande	A	Österreich	P	Portugal
FIN	Finnland	S	Schweden	UK	Vereinigtes Königreich		

Kandidatenländer

BG	Bulgarien	CY	Zypern	CZ	Tschechische Republik	EE	Estland
HU	Ungarn	LV	Lettland	LT	Litauen	MT	Malta
PL	Polen	RO	Rumänien	SK	Slowakische Republik	SI	Slowenien
TR	Türkei						

Sonstige Abkürzungen und Akronyme

AMP	Arbeitsmarktpolitik
BIP	Bruttoinlandsprodukt
CVT	Continuing Vocational Training (Betriebliche Weiterbildung)
CVTS2	Second Survey of Continuing Vocational Training (Zweite Erhebung über die betriebliche Weiterbildung)
ECHP	European Community Household Panel (Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft)
ECHP UDB	European Community Household Panel – Users' Database (Benutzerdatenbank des Haushaltspanels der Europäischen Gemeinschaft)
EG	Europäische Gemeinschaften
ESAW	European Statistics on Accidents at Work (Europäische Arbeitsunfallstatistik)
Essoss	Europäisches System der integrierten Sozialschutzstatistik
EU	Europäische Union
Eurostat	Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaften
EZB	Europäische Zentralbank
GCSE	General Certificate of Secondary Education (Sekundarstufenabschluss in UK)
HBS	Household Budget Survey (Wirtschaftsrechnungen der privaten Haushalte)
HVPI	Harmonisierter Verbraucherpreisindex
IAO	Internationale Arbeitsorganisation
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ISCED	International Standard Classification of Education (Internationale Standardklassifikation des Bildungswesens)
KKS	Kaufkraftstandard
LFS	Labour Force Survey (Arbeitskräfteerhebung)
LLL	Lebenslanges Lernen
NACE Rev. 1	Nomenclature générale des activités économiques dans les Communautés européennes (Allgemeine Systematik der Wirtschaftszweige in der Europäischen Gemeinschaft)
n.a.z.	nicht anders zugeordnet
NUTS	Nomenclature des unités territoriales statistiques (Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
QLFD	Quarterly Labour Force Data (Vierteljährliche Arbeitskräftedaten)
SDR	Standardised Death Rate (Standardisierte Sterbeziffer)
SES	Structure of Earnings Survey (Verdienststrukturserhebung)
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation (Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur)
UOE	UNESCO/OECD/Eurostat



## 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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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 35-22221  
E-mail: [dslux@eurostat.datashop.lu](mailto: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  
United Kingdom  
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/](http://www.europa.eu.int/comm/eurostat/)