



Statistiken zur Gesundheit

Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002

Daten 1970-2001



EUROPÄISCHE
KOMMISSION



THEMENKREIS 3
Bevölkerung
und soziale
Bedingungen

Zahlreiche weitere Informationen zur Europäischen Union sind verfügbar über Internet, Server Europa (<http://europa.eu.int>).

Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2003

ISBN 92-894-3729-4

© Europäische Gemeinschaften, 2003

Einführung

Mit dieser zweiten Ausgabe von **Statistiken zur Gesundheit: Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002** in der Reihe Panorama leistet Eurostat einen Beitrag zu den Zielsetzungen des neuen **Aktionsprogramms der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008)**, das durch einen Beschluss des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 angenommen wurde.

Der erste Teilbereich des neuen Programms unterstreicht die Bedeutung der Erarbeitung und Weitervermittlung von **Informationen und Wissen zum Bereich der Gesundheit** – worunter auch Statistiken, Berichte, Untersuchungen, Analysen und beratende Informationen zu Themen zu verstehen sind, die für die Gemeinschaft und die Mitgliedstaaten von allgemeinem Interesse sind – an die zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten, an Fachleute im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen sowie ggf. auch an andere interessierte Stellen und die Allgemeinheit. Insbesondere soll anhand verlässlicher und aussagefähiger Informationen von Fachleuten in geeigneter Weise eine nachhaltige Koordinierung von Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsinformationen sowie in folgenden Bereichen erreicht werden: Feststellung des Bedarfs an Informationen, Erarbeitung von Indikatoren, Erhebung von Daten und Informationen, Fragen der Vergleichbarkeit, Daten- und Informationsaustausch innerhalb der und zwischen den Mitgliedstaaten, Weiterentwicklung von Datenbanken, Analysen sowie die weitere Verbreitung von Informationen. Entsprechende Koordinierungsmaßnahmen müssen insbesondere auch im Hinblick auf die Möglichkeit erfolgen, auf eine Bedrohung der Gesundheit der Bevölkerung rasch reagieren und Maßnahmen zur epidemiologischen Überwachung durchführen zu können und die Entwicklung von Überwachungsverfahren, den Informationsaustausch zu Leitlinien sowie zu Vorbeugungs- und Abwehrmaßnahmen, -mechanismen und -verfahren voranzutreiben.

Das neue Programm schließt sich an eine große Zahl bereits abgeschlossener oder noch laufender Programme im Rahmen des bis 2002 verlängerten Gesundheitsberichterstattungsprogramms der Gemeinschaft (HMP) 1997-2001 an. Diese Veröffentlichung bietet einen umfassenden, einheitlichen und international vergleichbaren Bestand an Gesundheitsdaten und -indikatoren, wobei – soweit erforderlich – auf die Aktivitäten des Gesundheitsberichterstattungsprogramms eingegangen wird, soweit diese für Aspekte der Gesundheitsstatistik von Belang sind. Ein herausragendes Merkmal dieses Berichts ist darin zu sehen, dass Eurostat hier Informationen zu einer Vielzahl von Aspekten des Gesundheitswesens aus den weltweit aussagefähigsten Datenquellen zusammenführt: aus der Eurostat-Datenbank New Cronos, der Gesundheitsdatenbank der OECD, der „Health for All“-Datenbank der WHO, ferner Daten der Food and Agriculture Organisation der Vereinten Nationen (FAO), der International Agency for Research in Cancer, EuroHIV sowie aus speziellen epidemiologischen Untersuchungen usw.

Aspekte der Mortalität werden ausführlich im Band **Atlas zur Sterblichkeit** der Reihe „Panorama der Europäischen Union“ behandelt. Der vorliegende Band **Statistiken zur Gesundheit: Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002** gibt einen Überblick über eine Vielzahl von Aspekten des Gesundheitswesens aus über 40 der aussagefähigsten verfügbaren Quellen. Die Analyse geht dabei mehr ins Detail als in der ersten Ausgabe. Zu den neu aufgenommenen Themen zählen die Humanressourcen im Pflege- und Sozialsektor, berufsbedingte Gesundheitsschäden, Stress, persönliches Befinden und soziale Isolation, Kindersterblichkeit, Antibiotikaresistenz sowie verschiedene übertragbare Krankheiten.

Die Gliederung von **Statistiken zur Gesundheit: Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002** wurde übersichtlicher gestaltet: Zur Hervorhebung werden Farben verwendet, die Ausgabedaten sind im Text mit Verweisen gekennzeichnet, außerdem wurde ein Glossar aufgenommen und alle Kapitel bzw. Unterabschnitte durch Literaturhinweise – auch auf Internetadressen der Quellen – ergänzt.

Soweit Daten vorliegen, umfasst der geografische Abdeckungsbereich von **Statistiken zur Gesundheit: Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002** die 15 EU-Mitgliedstaaten sowie Island, Norwegen, die Schweiz und Liechtenstein. Der überwiegende Teil der Analysen wurde auf EU- oder Länderebene erstellt, darunter einige auf NUTS-2-Ebene (*siehe Glossar*). Die Daten für Deutschland enthalten (soweit nicht anders angegeben) für sämtliche Jahre die Daten aus den alten und neuen Bundesländern.

Viele der Datenbanken wurden bzw. werden auch für die Vergangenheit aktualisiert, daher können bestimmte Ergebnisdaten für zurückliegende Jahre von den Daten der vorherigen Ausgabe abweichen. Die letzten Datenabrufe aus der Datenbank New Cronos (der Datenbank von Eurostat) erfolgten am 7. März 2003.

Metadaten sind bei der erstmaligen Erwähnung einer bestimmten Quelle innerhalb des Bandes in Kästchen angegeben. Weiterführende Informationen zu bestimmten Quellen sind aus den Literaturhinweisen des jeweiligen Kapitels zu entnehmen.

Abschließend möchten wir Sie noch bitten, den auf den folgenden Seiten abgedruckten Fragebogen auszufüllen. Ihr Feedback ist für uns eine wichtige Hilfe, um **Statistiken zur Gesundheit: Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002** weiter zu verbessern.

LESERFRAGEBOGEN

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antwortkästchen an.

1. Haben Sie die erste Ausgabe von **Eckzahlen für den Bereich Gesundheit** gelesen? Ja Nein
2. Welche(s) Kapitel bzw. Unterkapitel war(en) für Sie **besonders** nützlich?
3. Welche(s) Kapitel bzw. Unterkapitel brachte(n) für Sie den **geringsten** Nutzen?
4. Welche der folgenden Komponenten sind für Sie **besonders** nützlich?
Output Analysen Metadaten Websites
5. Welche der folgenden Komponenten bringen für Sie den **geringsten** Nutzen?
Output Analysen Metadaten Websites
6. Gibt es Themen, die in **Eckzahlen für den Bereich Gesundheit** fehlen und die Sie gerne berücksichtigen möchten?
.....
.....
7. Haben Sie Anmerkungen zu bestimmten Teilen des Textes?
8. Haben Sie Anmerkungen zu speziellen Ergebnissen?
9. Haben Sie sonstige Anmerkungen?
10. Wären Sie an **Eckzahlen für den Bereich Gesundheit** als Internet-Veröffentlichungen mit interaktiven Komponenten und Links interessiert? Ja Nein
11. In welchem Bereich sind Sie tätig?
12. In welchem Land wohnen Sie?

Bitte zurücksenden an: Antoni Montserrat Moliner
Eurostat
Bech-Gebäude
5, rue Alphonse Weicker
L-2721 Luxembourg

Diese Veröffentlichung wurde erstellt durch das
Office for National Statistics – ONS, Vereinigtes Königreich,
und durch
Eurostat, Bereich „Gesundheit und Sicherheit“, Referat E3 (Gesundheit, Bildung und Kultur).

Text, Tabellen, Quellen, Literatur und Glossar wurden erstellt von
Antoni Montserrat Moliner (Eurostat)
und
Tim Devis and Susan Westlake (ONS, UK).

Unterstützend wirkten mit:
Ehshan Sumun und Alan Hervé (ONS, UK) sowie weitere Mitarbeiter des ONS (UK), Department of
Health and Department of Environment, Food and Rural Affairs;
sowie
Gunter Brückner, Marleen De Smedt, Jaap van den Berg, Didier Dupré, Nassima Hamzaoui und Luca
Locatelli (Eurostat E-3), weitere Mitarbeiter von Eurostat, der Generaldirektion Gesundheit und
Verbraucherschutz sowie Mitarbeiter anderer Dienststellen der Europäischen Kommission.

© MEGRIN GIE 1999, für die administrativen Grenzen im Namen der nationalen Einrichtungen, die
für die amtliche Kartierung der dargestellten Länder verantwortlich sind.

Kommentare der Leser sind jederzeit willkommen. Bitte richten Sie diese an:

antoni.montserrat@cec.eu.int
marleen.desmedt@cec.eu.int
oder Tel. (352) 43 01- 3249 oder -33673
Fax (352) 43 01-35399

New Cronos ist die Datenbank für makroökonomische und soziale Daten von **Eurostat** (Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaften) und wurde als Hilfe für alle geschaffen, die qualitativ hochwertige statistische Informationen als Entscheidungshilfe benötigen. New Cronos enthält harmonisierte Statistikdaten für die EU, die Eurozone und ihre Mitgliedstaaten sowie für die Beitrittsländer. Diese Daten – die je nach statistischem Sachbereich monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich aufgebaut sind – werden in einem Spektrum unterschiedlicher Einheiten ausgedrückt. Die Daten liegen je nach Variable und Land für den Zeitraum von 1960 bis zur Gegenwart vor.

New Cronos ist in neun Themenkreise unterteilt (z. B. Bevölkerung und soziale Bedingungen), die jeweils mehrere Bereiche abdecken (z. B. Demografie, Gesundheit und Sicherheit, Erhebungen über Haushaltsrechnungen, Einkommen und Lebensbedingungen usw.), welche wiederum jeweils einen spezifischen Sachbereich umfassen. Jeder Bereich bzw. Sachbereich umfasst Sammlungen der entsprechenden Wirtschafts- und Sozialindikatoren. Diese Sammlungen sind ihrerseits in multidimensionale Tabellen gegliedert. So umfasst der Bereich Gesundheit und Sicherheit zwei Sammlungen (Öffentliches Gesundheitswesen und Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz), die sich jeweils aus mehreren Gruppen zusammensetzen (Todesursachen, Gesundheitszustand, Gesundheitswesen, Lebensstil, Arbeitsunfälle, berufsbedingte Gesundheitsschäden, Berufskrankheiten, Arbeitswegunfälle usw.).

Sämtliche **New-Cronos**-Daten können von Ihrem Datashop (siehe Liste am Ende dieser Veröffentlichung) bezogen werden.

Redaktionsschluss für diese Veröffentlichung

Stichdatum für diese Ausgabe: 7. März 2003.

INHALT

1 BEVÖLKERUNG UND SOZIOÖKONOMISCHER HINTERGRUND	23
1.1 Bevölkerungsstruktur	23
1.2 Geburten und Sterbefälle, Zuwanderungssaldo	26
1.3 Lebenserwartung	27
1.4 Sozioökonomischer Hintergrund	28
2 LEBENSWEISE	51
2.1 Ernährung	51
2.1.1 Tägliche Nährstoffzufuhr	51
2.1.2 Lebensmittelkonsum	53
2.1.3 Ausgaben für Lebensmittel	54
2.1.4 Eine gesunde und ausgewogene Ernährung?	56
2.1.5 Auswahl der Lebensmittel	56
2.2 Körperliche Betätigung	57
2.3 Rauchen	60
2.3.1 Raucher	61
2.3.2 Ausgaben für Tabak	61
2.3.3 Sehr junge Raucher	62
2.3.4 Beschränkungen des Tabakverkaufs und der Tabakwerbung auf einzelstaatlicher Ebene	62
2.3.5 Zigarettenangebot auf dem Markt	63
2.4 Alkohol	64
2.4.1 Auf dem Markt angebotene Alkoholmengen	64
2.4.2 Ausgaben für Alkohol	65
2.4.3 Anteil der Trinker	65
2.4.4 Sehr junge Trinker	65
2.5 Drogen	66
2.5.1 Prävalenz des Drogenkonsums	66
2.5.2 Einstellungen und Meinungen von Jugendlichen zu Drogen	69
2.6 Schwangerschaften bei Jugendlichen	70
2.7 Soziale Ausgrenzung	72
3 RISIKEN IN ZUSAMMENHANG MIT UMWELT, ARBEITSBEDINGUNGEN, FREIZEIT UND VERKEHR	119
3.1 Umwelt	119
3.1.1 Schwefeldioxidemissionen	119
3.1.2 Stickoxidemissionen (NO _x)	119
3.1.3 Kohlendioxidemissionen (CO ₂)	120
3.1.4 Emissionen von flüchtigen organischen Verbindungen ohne Methan (NMVOC)	121
3.1.5 Schwermetall-Luftemissionen	121
3.1.6 Anschluss der Bevölkerung an das Kanalisationsnetz	122
3.1.7 Behandlung kommunaler Abwässer	123
3.1.8 Partikelemissionen	125
3.1.9 Luftverunreinigung durch Ozon	125
3.1.10 Lärmbelastung	127
3.2 Arbeitsbedingungen	130
3.2.1 Sicherheit am Arbeitsplatz	130
3.2.2 Arbeitsumgebung	132
3.3 Haus- und Freizeitunfälle	133
3.4 Verkehrsunfälle	134
4 GESUNDHEITZUSTAND	151
4.1 Eigene Angaben zur Gesundheit	151
4.1.1 Eigene Einschätzung der Gesundheit	151
4.1.2 Gesundheitsbefragungen	153
4.1.3 Selbstangaben zu chronischen Erkrankungen	154

4.1.4	Selbstangaben zu chronischen Erkrankungen bei Kindern	155
4.2	Anthropometrische Merkmale	156
4.3	Zahngesundheit	157
4.4	Behinderungen	158
4.4.1	Invaliditätsfreie Lebenserwartung	158
4.4.2	Behinderungen	159
4.4.3	Vorübergehende Minderung normaler Aktivitäten	161
4.4.4	Spezifische Einschränkungen	162
4.4.5	Beschäftigung von Behinderten	162
4.4.6	Die in Europa vorherrschende Einstellung zu Behinderungen	163
4.5	Stress	166
4.6	Persönliches Befinden und soziale Isolation	166
4.7	Erkrankungsspezifische Morbidität	167
4.7.1	Übertragbare Krankheiten	167
4.7.1.1	Durch Impfung vermeidbare Krankheiten	169
4.7.1.2	Sexuell übertragbare Krankheiten	172
4.7.1.3	HIV/Aids	173
4.7.1.4	Virushepatitis	177
4.7.1.5	Durch Lebensmittel und Wasser übertragbare Krankheiten und umweltbedingte Krankheiten	177
4.7.1.6	Durch unkonventionelle Erreger übertragbare Krankheiten	180
4.7.1.7	Auf dem Luftweg übertragbare Krankheiten	180
4.7.1.8	Zoonosen (außer den unter 4.7.1.5 genannten)	182
4.7.1.9	Eingeschleppte schwere übertragbare Krankheiten	183
4.7.1.10	Streptokokkenerkrankungen	184
4.7.1.11	Nosokomiale Infektionen	185
4.7.1.12	Antibiotikaresistenz	185
4.7.2	Nicht übertragbare Krankheiten	186
4.7.2.1	Krebs	186
4.7.2.2	Angeborene Anomalien	190
4.7.2.3	Kardiovaskuläre Erkrankungen	191
4.7.2.4	Diabetes	192
4.7.2.5	Berufskrankheiten	194
4.7.2.6	Berufsbedingte Gesundheitsschäden	195
4.7.2.7	Krankheiten des Muskel- und Knochenapparats: Osteoporose	197
4.7.2.8	Allergien und Asthma	198
4.7.2.9	Demenz	200
4.7.2.10	Sonstige neurologische und neurodegenerative Krankheiten	200
4.7.2.11	Psychische Störungen	202
4.7.2.12	Seltene Krankheiten	209
5	TODESURSACHEN	281
5.1	Säuglings- und Kindersterblichkeit	281
5.2	Sterblichkeit nach Ursachen	284
5.3	Besondere Todesursachen	285
6	GESUNDHEITSWESEN	315
6.1	Humanressourcen im Gesundheitswesen	315
6.1.1	Humanressourcen im Gesundheits- und Sozialwesen	315
6.1.2	Ärzte	317
6.1.3	Fachärzte	320
6.1.4	Zahnärzte	320
6.1.5	Apotheker	320
6.1.6	Krankenschwestern/Krankenpfleger und Hebammen	321
6.1.7	Physiotherapeuten	322
6.2	Einrichtungen und Inanspruchnahme der Dienste	323
6.2.1	Krankenhausbetten und Krankenhausaufenthalt	324
6.2.2	Betten in der Langzeitpflege	326
6.2.3	Krankenhausbetten: die regionale Dimension	327
6.2.4	Übernachtungen im Krankenhaus	327

6.2.5	Krankenhausentlassungen und durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthalts	.329
6.2.6	Medizinische Einrichtungen der Spitzentechnologie	.332
6.2.7	Ambulante Gesundheitsversorgung: Konsultation von Angehörigen der Gesundheitsberufe	.332
6.2.8	Häusliche Pflege	.333
6.2.9	Verbrauch von Pharmazeutika	.333
6.2.10	Problemlose Erreichbarkeit der Gesundheitsdienste	.335
6.2.11	Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem	.335
6.3	Behandlungen und medizinische Verfahren	.336
6.3.1	Durchimpfungsrate	.336
6.3.2	Klinische Verfahren	.337
6.3.3	Kaiserschnitte	.338
6.3.4	Organtransplantation	.338
6.3.5	Dialyse	.338
6.3.6	Assistierte Reproduktionstechniken	.339
6.4	Wirtschaftliche Dimensionen des Gesundheitswesens – Produktionswert, Gesundheitsaufwendungen, Kosten und Finanzierung	.341
6.4.1	Produktionswert des Gesundheitswesens im System volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen	.342
6.4.2	Gesundheitsaufwendungen: der Ansatz der OECD	.343
6.4.3	Aufwendungen für Pharmazeutika	.344
6.4.4	Das System of Health Accounts	.344
6.4.5	Die Grenzen des Gesundheitssystems: Eucomp	.345
6.4.6	Gesundheitsaufwendungen in den Sozialschutzsystemen	.346
6.4.7	Verbrauchsausgaben privater Haushalte für Gesundheit im System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen	.347
6.4.8	Verbrauchsausgaben privater Haushalte für Gesundheit in den Erhebungen zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte	.347
6.4.9	Forschung und Entwicklung im Gesundheitssektor	.348
ANHÄNGE		.453
I	Organisation der Gesundheitssysteme in den EU-Ländern	.453
II	Übersicht über die Betreuung zu Hause (häusliche Krankenpflege- und Hilfsdienste)	.454
III	Beschreibung der Zahlungen:	
	1. Hauptformen des Selbstbehalts für medizinische Behandlung und Krankenhausaufenthalte	.458
	2. Hauptformen des Selbstbehalts bei anderen Leistungen des Gesundheitswesens 2001	.464
GLOSSAR		.476

VERZEICHNIS DER TABELLEN, ABBILDUNGEN UND KARTEN

Code	Art	Titel	Quelle
1 BEVÖLKERUNG UND SOZIOÖKONOMISCHER HINTERGRUND			
1 Bevölkerungsstruktur			
1.1.1	Tabelle	Bevölkerung nach Geschlecht (zum 1. Januar), 1950-2002	Eurostat
1.1.2	Abb.	Bevölkerungsanteile nach Alter und Geschlecht, 1975-2000, EU-15	Eurostat
1.1.3	Abb.	Bevölkerung nach Alter, 2000	Eurostat
1.1.4	Tabelle	Altersabhängigkeitsquotient	Eurostat
1.1.5	Tabelle	Bevölkerungszahlen: Istzahlen (1995-2000) und Prognosen (2005-2050)	Eurostat
2 Geburten und Todesfälle; Wanderungssaldo			
1.2.1	Tabelle	Gesamtfruchtbarkeitsrate	Eurostat
1.2.2	Tabelle	Bruttogeburtenziffer (Rohe Geburtenziffer)	Eurostat
1.2.3	Tabelle	Bruttosterbeziffer (Rohe Sterbeziffer)	Eurostat
1.2.4	Tabelle	Wanderungssaldo	Eurostat
1.2.5	Tabelle	Komponenten der Bevölkerungsveränderung, 1990-2001	Eurostat
3 Lebenserwartung			
1.3.1	Tabelle	Lebenserwartung bei der Geburt, Männer und Frauen: 1950-2000	Eurostat
1.3.2	Tabelle	Lebenserwartung im Alter von 55 Jahren, Männer und Frauen: 1950-2000	Eurostat
1.3.3	Tabelle	Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren, Männer und Frauen: 1950-2000	Eurostat
1.3.4	Tabelle	Lebenserwartung im Alter von 75 Jahren, Männer und Frauen: 1950-2000	Eurostat
1.3.5	Tabelle	Länder-Cluster für die Lebenserwartung in unterschiedlichen Altersstufen	SANCO
1.3.6	Tabelle	Angenommene Lebenserwartung in den aktuellsten Bevölkerungsprognosen	Eurostat
4 Sozioökonomischer Hintergrund			
1.4.1	Tabelle	Bevölkerungsdichte, Stadtbevölkerung als Anteil an der Gesamtbevölkerung, Erwerbsbevölkerung als Anteil an der Gesamtbevölkerung, letztes zurückliegendes Jahr	WHO
1.4.2	Tabelle	Pro-Kopf-BIP zu Marktpreisen (EUR)	Eurostat
1.4.3	Tabelle	Harmonisierte Arbeitslosenquoten nach Geschlecht	Eurostat
2 LEBENSWEISE			
1 Ernährung			
2.1.1	Tabelle	Insgesamt verfügbare Energie aus Fett in Lebensmitteln für den menschlichen Verzehr pro Tag	WHO
2.1.2	Tabelle	Durchschnittliche tägliche Fettaufnahme pro Person nach Lebensmitteltyp: 1999	FAO
2.1.3	Tabelle	Durchschnittliche Kalorienaufnahme pro Tag	FAO
2.1.4	Tabelle	Durchschnittliche tägliche Kalorienaufnahme pro Person nach Lebensmitteltyp: 1999	FAO
2.1.5	Tabelle	Insgesamt verfügbare Energie aus Eiweiß in Lebensmitteln für den menschlichen Verzehr	WHO
2.1.6	Tabelle	Durchschnittliche tägliche Eiweißaufnahme pro Person nach Lebensmitteltyp: 1999	FAO
2.1.7	Tabelle	Durchschnittliche Verfügbarkeit ausgewählter Lebensmittel (Gramm/Person/Tag)	Eurostat
2.1.8	Tabelle	Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke – Durchschnittliche Verbrauchsausgaben und Struktur der Haushaltsausgaben: 1999	Eurostat
2.1.9	Tabelle	Trends bei den Haushaltsausgaben für Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke: 1988/1994/1999	Eurostat
2.1.10	Tabelle	Struktur der Verbrauchsausgaben für Lebensmittel und alkoholfreie Getränke (Coicop Ebene 2): 1999	Eurobarometer

2.1.11	Tabelle Antworten auf die Frage „Ernähren Sie sich gesund und ausgewogen?“: 1999	Eurobarometer
2.1.12	Tabelle Antworten auf die Frage „Ernähren Sie sich gesund und ausgewogen?“, nach Alter: 1999	Eurobarometer
2.1.13	Tabelle Antworten auf die Frage „Ernähren Sie sich gesund und ausgewogen?“, nach beruflichem Status: 1999	Eurobarometer
2.1.14	Tabelle Die drei wichtigsten Entscheidungskriterien Erwachsener bei der Auswahl von Lebensmitteln: 1996	IFES
2.1.15	Tabelle Erwachsene, für die gesunde Ernährung ein wichtiges Entscheidungskriterium bei der Auswahl von Lebensmitteln ist, nach Geschlecht und Alter: 1996	IFES

2 Körperliche Betätigung

2.2.1	Tabelle Antworten auf die Frage „Betätigen Sie sich mindestens zweimal pro Woche körperlich?“: 1999	Eurobarometer
2.2.2	Tabelle Antworten auf die Frage „Betätigen Sie sich mindestens zweimal pro Woche körperlich?“, nach Alter: 1999	Eurobarometer
2.2.3	Tabelle Rauchen, Ernährung und Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, nach regelmäßiger körperlicher Betätigung, EU-15: 1999	Eurobarometer
2.2.4	Tabelle Antworten auf die Frage „Ist Ihre Lebensweise gesund?“: 1999	Eurobarometer
2.2.5	Tabelle Antworten auf die Frage „Ist Ihre Lebensweise gesund?“, nach Alter: 1999	Eurobarometer
2.2.6	Tabelle Antworten auf die Frage „Ist Ihre Lebensweise gesund?“, nach beruflichem Status: 1999	Eurobarometer
2.2.7	Tabelle Rauchen, Ernährung, Alkoholkonsum und körperliche Betätigung, nach gesunder Lebensweise, EU-15: 1999	Eurobarometer
2.2.8	Tabelle Körperliche Betätigung in einer typischen Woche – Anteil der vier beliebtesten Aktivitäten, nach Alter: 1997	IFES
2.2.9	Tabelle Körperliche Betätigung Erwachsener in einer typischen Woche, pro aufgewandter Zeit: 1997	IFES
2.2.10	Tabelle Motivierende Faktoren für die körperliche Betätigung Erwachsener (ab 15): 1997	IFES
2.2.11	Tabelle Körperliche Betätigung Erwachsener am Arbeitsplatz neben Stehen oder Gehen, pro Tag: 1997	IFES
2.2.12	Tabelle Von Erwachsenen (ab 15) sitzend verbrachte Zeit an einem typischen arbeitsfreien Tag: 1997	IFES
2.2.13	Tabelle Kinder, die nach eigenen Angaben mehr als zwei Stunden pro Woche Sport treiben, nach Alter und Geschlecht: 1997/98	HBSC
2.2.14	Tabelle Kinder, die nach eigenen Angaben pro Tag mindestens vier Stunden fernsehen, nach Alter und Geschlecht: 1997/98	HBSC

3 Rauchen

2.3.1	Tabelle Erwachsene (ab 15), die täglich Zigaretten rauchen, nach Alter und Geschlecht: 1995	Eurobarometer
2.3.2	Tabelle Raucher, nach Alter und Geschlecht: 1999	Eurobarometer
2.3.3	Tabelle Ernährung und Stress, nach Raucherverhalten, EU-15, 1999	Eurobarometer
2.3.4	Tabelle Zahl der gerauchten Zigaretten, Raucher nach Geschlecht: 1995	Eurobarometer
2.3.5	Tabelle Trends bei den Haushaltsausgaben für Tabak	Eurostat
2.3.6	Tabelle Struktur der Verbrauchsausgaben für Tabak (Coicop Ebene 2): 1999	Eurostat
2.3.7	Tabelle Kinder, die nach eigenen Angaben rauchen, 1997/98	HBSC
2.3.8	Tabelle Beschränkung des Tabakverkaufs und der Tabakwerbung auf einzelstaatlicher Ebene: 1994/2001	SANCO
2.3.9	Tabelle Durchschnittliche auf dem Markt erhältliche Zigarettenmenge pro Person und Jahr	WHO

4 Alkohol

2.4.1	Tabelle Auf dem Markt erhältliche durchschnittliche Alkoholmenge in Litern pro Person und Jahr	WHO
2.4.2	Tabelle Trends bei den Haushaltsausgaben für Alkohol	Eurostat

2.4.3	Tabelle Struktur der Verbrauchsausgaben für alkoholische Getränke (Coicop Ebene 2): 1999	Eurostat
2.4.4	Tabelle Alkoholtrinker, nach Alter und Geschlecht: 1999	Eurobarometer
2.4.5	Tabelle Körperliche Betätigung, Stress und Ernährung, nach Alkoholkonsum, EU-15: 1999	Eurobarometer
2.4.6	Tabelle Kinder, die nach eigenen Angaben mindestens einmal pro Woche Bier, Wein oder Branntwein trinken: 1997/98	HBSC
2.4.7	Tabelle Beschränkung der Werbung für Alkohol auf einzelstaatlicher Ebene: 1994/1998	WHO

5 Drogen

2.5.1	Tabelle Prävalenz des Drogenkonsums in den vergangenen zwölf Monaten in landesweiten Erhebungen: 1994-2000	EBDD
2.5.2	Tabelle Lebenszeitprävalenz des Drogenkonsums unter der allgemeinen Bevölkerung in neueren landesweiten Erhebungen: 1994-2000	EBDD
2.5.3	Tabelle Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen bei Schülern von 15-16 Jahren in jüngeren landesweiten Erhebungen in Schulen: 1993-1999	EBDD
2.5.4	Tabelle Nationale Prävalenzschätzungen des problematischen Drogenkonsums unter Erwachsenen: 1996-1998	EBDD
2.5.5	Tabelle Einige Kennzeichen erstmals wegen Drogen behandelter Personen: 1998/1999	EBDD
2.5.6	Tabelle Prävalenz von Hepatitis-C-Antikörpern und HIV-Infektionen bei injizierenden Drogenkonsumenten: 1994-2000	EBDD
2.5.7	Tabelle Experimentieren mit und kürzliche Verwendung von Drogen bei Jugendlichen (im Alter von 15-24 Jahren), 2002	Eurobarometer
2.5.8	Abb. Verwendung von Cannabis/anderen Drogen im Verlauf des letzten Monats. Regelmäßiger Konsum von Zigaretten und Alkohol. EU 15, 2002	Eurobarometer
2.5.9	Tabelle Selbstempfundene Folgen von Drogenkonsum, 2002	Eurobarometer
2.5.10	Tabelle Bewertung der Gefährlichkeit ausgewählter Substanzen, EU 15 — 2002	Eurobarometer
2.5.11	Tabelle Bewertung der Gefahr dreier Substanzen: Anteil der „sehr gefährlich“-Antworten in %	Eurobarometer

6 Schwangerschaften bei Jugendlichen

2.6.1	Tabelle Fruchtbarkeitsziffern, Lebendgeburten bei Mädchen zwischen 15 und 19	Eurostat
2.6.2	Abb. Fruchtbarkeitsziffern, Lebendgeburten bei Mädchen von 15-17 und 18-19: 1998	Unicef
2.6.3	Tabelle Gesamtzahl der gesetzlichen Schwangerschaftsabbrüche bei Mädchen von 15-19	Eurostat

7 Soziale Ausgrenzung

2.7.1	Tabelle In Armut lebende Personen, die auf eine von drei Arten sozial ausgegrenzt werden, nach Beschäftigungsstatus	Eurostat
2.7.2	Tabelle Gegenüberstellung der objektiven und der subjektiven Armut	Eurostat/EB

3 RISIKEN IN ZUSAMMENHANG MIT UMWELT, ARBEITSBEDINGUNGEN, FREIZEIT UND VERKEHR

1 Umwelt

3.1.1	Tabelle Schwefeldioxidemissionen (SO ₂), kg pro Kopf	Eurostat
3.1.2	Tabelle Stickoxidemissionen (NO _x), kg pro Kopf	Eurostat
3.1.3	Tabelle Anthropogene Kohlendioxidemissionen (CO ₂)	EUA
3.1.4	Tabelle Emissionen von flüchtigen organischen Verbindungen ohne Methan (NMVOC)	Öko-Inst.
3.1.5	Tabelle As-Teq-gewichtete Schwermetallemissionen in die Luft	Öko-Inst.
3.1.6	Abb. Prozentsatz der Bevölkerung mit Anschluss an das Kanalisationsnetz (mit Aufbereitung)	Eurostat
3.1.7	Abb. Kommunaler Abwasserbehandlungsindex, 1995	Eurostat
3.1.8	Abb. Kommunaler Abwasserbehandlungsindex, IRL, P, FIN, S, 1970-1995	Eurostat/TAU
3.1.9	Abb. Kommunaler Abwasserbehandlungsindex, DK, E, NL, A, 1970-1995	Eurostat/TAU
3.1.10	Tabelle Partikelemissionen	Eurostat

3.1.11	Karte	Zahl der Tage, an denen der Ozonschwellenwert von 110 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (12-20h) überschritten wurde — Innenstadtgebiete, Straßen und andere Messstationen, 1999	EUA
3.1.12	Karte	Zahl der Tage, an denen der Ozonschwellenwert von 110 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (12-20h) überschritten wurde — ländliche Messstationen, 1999	EUA
3.1.13	Abb.	Anteil der Bevölkerung, der unterschiedlichen Straßenverkehrslärmpegeln ausgesetzt ist (EU)	EUA
3.1.14	Abb.	Gesamt-Schalldruckenergie (geschätzt), ECAC-Staaten, 1999-2001	Eurostat

2 Arbeitsbedingungen

3.2.1	Tabelle	Arbeitsunfälle in der EU nach Geschlecht, Alter und Wirtschaftszweig, 1994-1999	Eurostat
3.2.2	Tabelle	Tödliche Arbeitsunfälle in der EU nach Geschlecht, Alter und Wirtschaftszweig, 1994-1999	Eurostat
3.2.3	Tabelle	Arbeitsunfälle, EU-Mitgliedstaaten, 1999	Eurostat
3.2.4	Tabelle	Medizinische und wirtschaftliche Folgen der Arbeitsunfälle in der EU und Norwegen, 1998	Eurostat
3.2.5	Tabelle	Wirtschaftszweige, Personen und Arbeitstätigkeiten mit hohem Arbeitsunfallrisiko, Europa, 1998-1999	Eurostat
3.2.6	Abb.	Körperlichen Gefahren ausgesetzte Erwerbstätige	FILWC
3.2.7	Abb.	Faktoren körperlicher Arbeit, EU-15 (%)	FILWC

3 Unfälle in Haushalt und Freizeit

3.3.1	Abb.	Haus- und Freizeitunfälle nach Alter und Art der Verletzung, EU, 1995 — Männer	Ehlass
3.3.2	Abb.	Haus- und Freizeitunfälle nach Alter und Art der Verletzung, EU, 1995 — Frauen	Ehlass

4 Verkehrsunfälle

3.4.1	Tabelle	Verletzte in Straßenverkehrsunfällen je 100 000 Einwohner	UN ECE
3.4.2	Karte	Straßenverkehrsunfalltote Durchschnitt 1996-1998 — NUTS 2	Eurostat

4 GESUNDHEITZUSTAND

1 Selbsteinschätzung und Messung der Gesundheit

4.1.1	Tabelle	Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands, nach Geschlecht	Eurostat
4.1.2	Abb.	Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands, nach Bildungsniveau, EU-15, 1998	Eurostat
4.1.3	Tabelle	Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands nach Alter	
4.1.4	Tabelle	Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands nach Erwerbstätigkeitsstatus	Eurostat
4.1.5	Tabelle	Prozentanteile chronisch erkrankter Personen nach Geschlecht	Eurostat
4.1.6	Tabelle	Kinder, die mindestens einmal pro Woche an Kopf-, Magen- oder Rückenschmerzen leiden, nach Alter und Geschlecht (eigene Angaben): 1997/98	WHO

2 Anthropometrische Merkmale

4.2.1	Tabelle	Durchschnittliche Körpergröße nach Alter und Geschlecht, 1996	Eurobarometer
4.2.2	Tabelle	Durchschnittliches Körpergewicht der Europäer nach Alter und Geschlecht, 1996	Eurobarometer
4.2.3	Tabelle	Durchschnittlicher Body Mass Index nach Geschlecht; Verteilung in der Bevölkerung ab 15 Jahren, 1996	Eurobarometer
4.2.4	Tabelle	Kinder, die Diät halten oder nach eigener Einschätzung Diät halten müssten: 1997/98	WHO

3 Zahngesundheit

4.3.1	Tabelle	Karies: DMFT-Index (zerstörte, plombierte oder fehlende Zähne) und % der Betroffenen (nach Alter)	Eurobarometer
-------	---------	---	---------------

4.3.2 Tabelle Kinder, die nach eigenen Angaben mehr als einmal täglich Zähne putzen: 1997/98 WHO

4 Behinderungen und Einschränkungen

4.4.1	Tabelle Lebenserwartung mit 16 Jahren, mit und ohne Behinderungen — nach Geschlecht, 1996	REVES
4.4.2	Abb. Prozentsatz der 16-64-Jährigen, die nach eigenen Angaben an schweren oder leichteren Behinderungen leiden, nach Geschlecht: 1996	REVES
4.4.3	Tabelle Einschränkungen im Alltag durch körperliche/psychische Probleme, Krankheiten oder Behinderungen, nach Geschlecht, ab 16 Jahre	Eurostat
4.4.4	Tabelle Einschränkungen im Alltag durch körperliche/psychische Probleme, Krankheiten oder Behinderungen, nach Alter	
4.4.5	Tabelle Verteilung der Bevölkerung (16-64) mit schweren, leichten bzw. ohne Behinderungen, nach Bildungsstand (höchster erworbener Bildungsabschluss), 1996	Eurostat
4.4.6	Tabelle Einschränkungen im Alltag durch körperliche/psychische Probleme, Krankheiten oder Behinderungen, nach Bildung, ab 16 Jahre	REVES
4.4.7	Tabelle Erwerbstätige Männer zwischen 16 und 64 Jahren mit schweren, leichten bzw. ohne Behinderungen, nach Geschlecht: 1996	Eurostat
4.4.8	Tabelle Einschränkungen im Alltag durch körperliche/psychische Probleme, Krankheiten oder Behinderungen, nach Erwerbsstatus	REVES
4.4.9	Tabelle Wahrscheinlichkeit, dass Personen mit schwerer, leichter bzw. ohne Behinderung im Erwerbsalter (16-64 Jahre) über ein Einkommen und Erwerbseinkommen verfügen, 1996	REVES
4.4.10	Tabelle Minderung der Aktivitäten in den letzten zwei Wochen aus gesundheitlichen Gründen, nach Geschlecht	Eurostat
4.4.11	Tabelle Minderung der Aktivitäten in den letzten zwei Wochen aus gesundheitlichen Gründen, nach Alter	Eurostat
4.4.12	Tabelle Minderung der Aktivitäten in den letzten zwei Wochen aus gesundheitlichen Gründen, nach Bildung	Eurostat
4.4.13	Tabelle Minderung der Aktivitäten in den letzten zwei Wochen aus gesundheitlichen Gründen, nach Erwerbsstatus	Eurostat
4.4.14	Abb. Einstellung von Europäern zu Behinderungen: Bekanntschaft mit Behinderten, EU-15	Eurobarometer
4.4.15	Abb. Einstellung von Europäern zu Behinderungen: Zugang Behinderter zu Dienstleistungen, EU-15	Eurobarometer
4.4.16	Abb. Einstellung von Europäern zu Behinderungen: in Europa verbreitete Kenntnisse über Behinderungen, EU-15	Eurobarometer

5 Stress

4.5.1	Tabelle Antworten auf „Leiden Sie regelmäßig unter Stress?“, nach Geschlecht, 1999	Eurobarometer
4.5.2	Tabelle Antworten auf „Leiden Sie regelmäßig unter Stress?“, nach Alter, 1999	Eurobarometer
4.5.3	Tabelle Unzufriedenheit mit verschiedenen Aspekten des eigenen Lebens, 1997	Eurostat

6 Persönliches Befinden und soziale Isolation

4.6.1	Tabelle Häufigkeit der Begegnungen mit anderen Menschen zuhause/auswärts (1997)	Eurostat
4.6.2	Tabelle Kinder, die sich nach eigenen Angaben einsam fühlen, nach Alter und Geschlecht: 1997/98	WHO

7 Erkrankungsspezifische Morbidität

4.7.1	Tabelle Inzidenz verschiedener durch Impfungen vermeidbarer Krankheiten	Eurostat
4.7.2	Abb. Klinisch-virologische Überwachung von Grippeerkrankungen in Europa	WHO
4.7.3	Tabelle Inzidenz von Syphilis und Gonokokkeninfektionen	Eurostat
4.7.4	Tabelle Neue Aids-Fälle nach Jahr der Diagnose (um Meldeverzögerungen korrigiert)	EuroHIV
4.7.5	Tabelle Aids-Inzidenzraten je Million Einwohner nach Jahr der Diagnose (um Meldeverzögerungen korrigiert)	EuroHIV
4.7.6	Abb. Aids-Fälle nach Übertragungsgruppe, ab 13 Jahren, kumulativ bis Ende 2001	EuroHIV

4.7.7	Tabelle	Aids-Fälle (unkorrigiert) nach Altersgruppe (% der kumulativen Gesamtzahl)	EuroHIV
4.7.8	Tabelle	Aids-Indikatorerkrankungen (unkorrigierte Fallzahlen), 2001 bei erwachsenen/jugendlichen Männern und Frauen diagnostiziert (%), EU-15	EuroHIV
4.7.9	Tabelle	Vergleichende HIV- und Aids-Meldedaten für 2001	EuroHIV
4.7.10	Tabelle	Inzidenz von Virushepatitis A, B und C	Eurostat
4.7.11	Tabelle	Inzidenz verschiedener durch Lebensmittel und Wasser übertragener Krankheiten	Eurostat
4.7.12	Tabelle	Creutzfeld-Jakob-Krankheit: sporadisch, iatrogen, familiär-hereditär, GSS und neue Variante. Eindeutig nachgewiesene und wahrscheinliche Fälle	Eurostat
4.7.13	Tabelle	Inzidenz verschiedener über die Luft übertragener Krankheiten	Eurostat
4.7.14	Tabelle	Inzidenz von Tuberkulose, Gesamtwerte je 100 000 Personen	EuroTB
4.7.15	Tabelle	Tuberkulosefälle nach Alter und Geschlecht (%), 1999	EuroTB
4.7.16	Abb.	Durchschnittliche jährliche Veränderung der Tuberkulosemeldungsdaten, 1995-1999	EuroTB
4.7.17	Tabelle	Inzidenz verschiedener zoonotischer Krankheiten	Eurostat
4.7.18	Tabelle	Inzidenz von Cholera und Malaria	Eurostat
4.7.19	Tabelle	Inzidenz von Streptokokkenerkrankungen	Eurostat
4.7.20	Tabelle	Nosokomiale Infektionen in Frankreich und Spanien (unbereinigte Vergleichswerte)	Raisin/EPINE
4.7.21	Tabelle	Kumulative Ergebnisse der Tests auf Anfälligkeit für invasive <i>Streptococcus pneumoniae</i> und <i>Staphylococcus aureus</i> , 1998-2000	EARSS
4.7.22	Tabelle	Krebsinzidenz 1997: altersstandardisierte Rate je 100 000 Personen (europäische Standardbevölkerung)	IARC
4.7.23	Abb.	Prozentualer Anteil spezifischer Krebsformen an der Gesamtzahl der Krebserkrankungen in den 15 EU-Staaten — 1997	IARC
4.7.24	Abb.	Die häufigsten Krebsarten nach Geschlecht und Altersgruppe, EU-15, 1997	IARC
4.7.25	Tabelle	Überlebensraten und Gesamtprävalenz ausgewählter Krebsorte, Zeiträume um 1990	Europreval
4.7.26	Tabelle	Fallzahlen nach Art der Geburt und Gesamtprävalenzraten je 10 000 Geburten, kombinierte Gesamtzahlen 28 Eurocat-Vollmitgliedregister, 1980-1999	Eurocat
4.7.27	Tabelle	Gesamtzahl der Fälle angeborener Anomalien nach Geburtsart und Prävalenzrate je Register, 1980-1999	Eurocat
4.7.28	Abb.	Angeborene Anomalien nach Hauptgruppen, 28 Vollmitgliedsregister, 1980-1999	Eurocat
4.7.29	Tabelle	Koronare Herzkrankheiten (KHK), KHK-Todesfälle und jährliche Veränderungen; Erwachsene (35-64 Jahre) nach Geschlecht; Jahre in den 80er und frühen 90er Jahren	Monica
4.7.30	Tabelle	Zahl der Personen mit Diabetes mellitus: geschätzte Gesamtzahl 1994, Prognosen für 2000 und 2010	IDI
4.7.31	Abb.	Geschätzte Prävalenz von Diabetes mellitus, 1995	IDI
4.7.32	Tabelle	Anerkannte Berufskrankheiten in der EU. Gesamtzahl der Fälle und Inzidenz je Million, 1995	Eurostat
4.7.33	Abb.	Anerkannte Berufskrankheiten in der EU-15 (% aller Fälle) — 1995	Eurostat
4.7.34	Tabelle	Personen mit arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen außer Unfallverletzungen in Europa, 1998-1999	Eurostat
4.7.35	Tabelle	Personen mit arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen (ohne Unfälle) nach Stellung der Geschädigten im Beruf und Dauer der Arbeitsunterbrechung in den letzten zwölf Monaten, EU, 1998-1999	Eurostat
4.7.36	Tabelle	Inzidenz von Hüftknochenbrüchen mit Osteoporose, Geschlechtsverteilung der Inzidenz nach Alter und hochgerechnete jährliche Inzidenz von Hüftknochenbrüchen im Jahr 2000, 15 Mitgliedstaaten	DG SANCO
4.7.37	Tabelle	Prävalenz von Wirbelbrüchen mit Osteoporose, Geschlechtsverteilung der Prävalenz nach Alter und hochgerechnete jährliche Prävalenz von Wirbelbrüchen im Jahr 2000, 15 Mitgliedstaaten	DG SANCO
4.7.38	Tabelle	Prozentsatz der Bevölkerung, die positiv auf Allergene reagiert, und Prozentsatz der an Asthma und Rhinitis leidenden Personen	ECHRIS
4.7.39	Tabelle	Asthma- und Allergiesymptome bei 13- bis 14-Jährigen	ISAAC

4.7.40	Tabelle	Geschätzte Anzahl der Alzheimer- und anderen Demenzkranken im Jahr 2000	Alzheimer E.
4.7.41	Tabelle	Geschätzte Prävalenz von Demenz und Alzheimer-Krankheit, ausgewählte Jahre (90er Jahre)	Alzheimer E.
4.7.42	Tabelle	Hospitalisierungsrate von Parkinson-Patienten; ausgewählte Länder und Zeiträume	UCL
4.7.43	Tabelle	Prävalenz der wichtigsten psychischen Erkrankungen in der primären Gesundheitsfürsorge nach ausgewählten Untersuchungen	div.
4.7.44	Tabelle	Standardisierte Prävalenzrate berufsbedingter Gesundheitsschäden (Stress, Depressionen und Angstzustände) nach Diagnosegruppe und Alter	Eurostat
4.7.45	Tabelle	Krankenhausentlassungen stationärer Patienten nach Diagnose je 100 000 Einwohner: psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Eurostat
4.7.46	Abb.	Schätzungen der häufigsten gemeldeten psychischen Erkrankungen als Anteil an der Gesamtzahl der Krankenhausentlassungen, 1999 (in %), England und Frankreich	Eurostat

5 TODESURSACHEN

1 Säuglings- und Kindersterblichkeit

5.1.1	Tabelle	Säuglingssterbeziffer	Eurostat
5.1.2	Tabelle	Sterblichkeitsfälle bei Säuglingen (unter 1 Jahr)	Eurostat
5.1.3	Karte	Säuglingssterbeziffern nach Region, 1997-1999	Eurostat
5.1.4	Abb.	Hauptursachen der Säuglingssterblichkeit, Jungen, 1997-1999	Eurostat
5.1.5	Abb.	Hauptursachen der Säuglingssterblichkeit, Mädchen, 1997-1999	Eurostat
5.1.6	Abb.	Säuglingssterblichkeit beim plötzlichen Kindstod, 1998	Eurostat
5.1.7	Tabelle	Perinatalsterbeziffer	Eurostat
5.1.8	Tabelle	Neonatalsterbeziffer	Eurostat
5.1.9	Tabelle	Frühsterblichkeitsrate	Eurostat
5.1.10	Tabelle	Späte Fruchtsterbeziffer	Eurostat
5.1.11	Tabelle	Postneonatale Sterbeziffer	Eurostat
5.1.12	Tabelle	Kindersterbeziffern	Eurostat
5.1.13	Abb.	Kindersterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen, Jungen, Ende 90er Jahre	Eurostat
5.1.14	Abb.	Kindersterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen, Mädchen, Ende 90er Jahre	Eurostat

2 Sterblichkeit nach Ursachen

5.2.1	Tabelle	Altersstandardisierte Sterblichkeitsrate für 65 Todesursachen, Männer, 1998	Eurostat
5.2.2	Tabelle	Altersstandardisierte Sterblichkeitsrate für 65 Todesursachen, Frauen, 1998	Eurostat
5.2.3	Abb.	Sterbefälle nach Ursache und Geschlecht, 1998, EU-15 (%)	Eurostat
5.2.4	Abb.	Sterbefälle nach Ursache und Alter, Männer, 1998	Eurostat
5.2.5	Abb.	Sterbefälle nach Ursache und Alter, Frauen, 1998	Eurostat
5.2.6	Tabelle	Sterbefälle nach ausgewählten Ursachen, nach Geschlecht und Alter, 1998, Prozentsätze je Geschlecht/Altersgruppe	Eurostat
5.2.7	Tabelle	Müttersterblichkeitsrate	WHO
5.2.8	Tabelle	Standardisierte Sterbeziffer durch bösartige Neubildungen, alle Altersstufen, Männer	WHO
5.2.9	Tabelle	Standardisierte Sterbeziffer durch bösartige Neubildungen, alle Altersstufen, Frauen	WHO
5.2.10	Tabelle	Standardisierte Sterbeziffer durch sämtliche Krankheiten des Atmungssystems, alle Altersgruppen, Männer	WHO
5.2.11	Tabelle	Standardisierte Sterbeziffer durch sämtliche Krankheiten des Atmungssystems, alle Altersgruppen, Frauen	WHO

3 Besondere Todesursachen

5.3.1	Tabelle	Todesfälle durch Alkoholmissbrauch (einschließlich Alkoholpsychosen), nach Geschlecht und Alter, 1998	Eurostat
5.3.2	Tabelle	Akute drogenbedingte Todesfälle	EBDD

6 GESUNDHEITSWESEN

1 Humanressourcen im Gesundheitswesen

6.1.1	Tabelle	Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen	Eurostat
6.1.2	Tabelle	Anteil der Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen an der Beschäftigung insgesamt	Eurostat
6.1.3	Tabelle	Anzahl der behandelnd tätigen Ärzte	Eurostat
6.1.4	Tabelle	Anzahl der behandelnd tätigen Ärzte je 100 000 Einwohner	Eurostat
6.1.5	Tabelle	Anzahl der approbierten Ärzte	Eurostat
6.1.6	Tabelle	Anzahl der approbierten Ärzte je 100 000 Einwohner	Eurostat
6.1.7	Karte	Ärzte je 100 000 Einwohner: 1999-2000	Eurostat
6.1.8	Abb.	Ärzte nach Geschlecht: letztes Jahr, für das Daten vorliegen	Eurostat
6.1.9	Abb.	Anteil der Ärzte nach Altersgruppen und Geschlecht: 1998	Eurostat
6.1.10	Tabelle	Anzahl der Fachärzte nach medizinischer Spezialität: letztes Jahr, für das Daten vorliegen	Eurostat
6.1.11	Tabelle	Anzahl der Fachärzte nach medizinischer Spezialität je 100 000 Einwohner: letztes Jahr, für das Daten vorliegen	Eurostat
6.1.12	Tabelle	Anzahl der behandelnd tätigen Zahnärzte	Eurostat
6.1.13	Tabelle	Behandelnd tätige Zahnärzte je 100 000 Einwohner	Eurostat
6.1.14	Tabelle	Anzahl der approbierten Zahnärzte	Eurostat
6.1.15	Tabelle	Approbierte Zahnärzte je 100 000 Einwohner	Eurostat
6.1.16	Tabelle	Anzahl der behandelnd tätigen Apotheker insgesamt	Eurostat
6.1.17	Tabelle	Behandelnd tätige Apotheker je 100 000 Einwohner	Eurostat
6.1.18	Tabelle	Anzahl der in Apotheken tätigen Apotheker	Eurostat
6.1.19	Tabelle	In Apotheken tätige Apotheker je 100 000 Einwohner	Eurostat
6.1.20	Tabelle	Behandelnd tätige Krankenpfleger/-innen und Hebammen	Eurostat
6.1.21	Tabelle	Behandelnd tätige Krankenpfleger/-innen und Hebammen je 100 000 Einwohner	Eurostat
6.1.22	Tabelle	Anzahl der qualifizierten Krankenpfleger/-innen	Eurostat
6.1.23	Tabelle	Qualifizierte Krankenpfleger/-innen je 100 000 Einwohner	Eurostat
6.1.24	Tabelle	Anzahl der Hebammen	Eurostat
6.1.25	Tabelle	Anzahl der Hebammen je 100 000 Einwohner	Eurostat
6.1.26	Tabelle	Anzahl der Physiotherapeuten	Eurostat
6.1.27	Tabelle	Physiotherapeuten je 100 000 Einwohner	Eurostat

2 Einrichtungen und Inanspruchnahme der Dienste

6.2.1	Tabelle	Anzahl der Krankenhausbetten insgesamt (einschließlich Betten in der Psychiatrie)	Eurostat
6.2.2	Tabelle	Mittlere Verweildauer in Krankenhäusern	OECD
6.2.3	Tabelle	Krankenhausbetten (einschließlich Betten in der Psychiatrie) je 100 000 Einwohner	Eurostat
6.2.4	Karte	Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner	Eurostat
6.2.5	Tabelle	Anzahl der Betten in der Psychiatrie	Eurostat
6.2.6	Tabelle	Betten in der Psychiatrie je 100 000 Einwohner	Eurostat
6.2.7	Tabelle	Anzahl der Krankenhausbetten in der Akutversorgung	Eurostat
6.2.8	Tabelle	Anzahl der Krankenhausbetten in der Akutversorgung je 100 000 Einwohner	Eurostat
6.2.9	Tabelle	Anzahl der Betten in der Langzeitpflege	Eurostat
6.2.10	Tabelle	Anzahl der Betten in der Langzeitpflege je 100 000 Einwohner	Eurostat
6.2.11	Abb.	Anteil der Personen (ab 16 Jahren), die in den letzten zwölf Monaten in ein Krankenhaus eingewiesen wurden	Eurostat
6.2.12	Abb.	Anteil der Personen, die in den letzten zwölf Monaten in ein Krankenhaus eingewiesen wurden, nach Alter, EU-15	Eurostat
6.2.13	Tabelle	Durchschnittliche Anzahl der Übernachtungen im Krankenhaus pro Kopf, nach Geschlecht	Eurostat
6.2.14	Tabelle	Krankenhausverweildauer insgesamt nach Geschlecht	Eurostat
6.2.15	Abb.	Krankenhausentlassungen nach den häufigsten Diagnosen gemäß ICD-10, EU-15, 1999 (in %)	Eurostat

6.2.16	Tabelle Krankenhausentlassungen je 100 000 Einwohner nach Diagnosen gemäß ICD-10: 1999	Eurostat
6.2.17	Tabelle Durchschnittliche Krankenhausverweildauer nach Hauptdiagnose gemäß ICD-10: 1999	Eurostat
6.2.18	Tabelle Medizinische Einrichtungen der Spitzentechnologie	OECD
6.2.19	Tabelle Anzahl der Besuche bei Angehörigen der Gesundheitsberufe in den letzten zwölf Monaten: 1998	Eurostat
6.2.20	Tabelle Häufigkeit der Besuche bei Angehörigen der Gesundheitsberufe in den letzten zwölf Monaten: 1998	Eurostat
6.2.21	Tabelle Arzneimittelkäufe in Apotheken nach Arzneimitteltyp in den zwölf Monaten vor dem 31. Januar 2002	IMS Health
6.2.22	Abb. Problemlose Erreichbarkeit des praktischen Arztes oder Gesundheitszentrums: 1999	Eurobarometer
6.2.23	Tabelle Problemlose Erreichbarkeit des praktischen Arztes oder Gesundheitszentrums — Wegezeit bis zum nächstgelegenen Krankenhaus	Eurobarometer
6.2.24	Tabelle Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem, nach Geschlecht: 1999	Eurobarometer
6.2.25	Tabelle Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem nach dem Alter bei Ende der Vollzeitausbildung: 1999	Eurobarometer
6.2.26	Tabelle Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem, nach Beruf: 1999	Eurobarometer
6.2.27	Tabelle Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem im Vergleich zur Zufriedenheit vor zwei Jahren: 1999	Eurobarometer
6.2.28	Tabelle Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem im Vergleich zur Zufriedenheit vor zwei Jahren, nach Beruf: 1999	Eurobarometer

3 Behandlungen und medizinische Verfahren

6.3.1	Tabelle Durchimpfungsrate bei Kleinkindern, nach Krankheit	WHO
6.3.2	Tabelle Anzahl verschiedener chirurgischer und ärztlicher Eingriffe je 100 000 Einwohner	OECD
6.3.3	Tabelle Kaiserschnitte je 1 000 Lebendgeburten	WHO
6.3.4	Tabelle Organtransplantationen (absolute Zahlen)	Eurostat
6.3.5	Tabelle Organtransplantationen (Quote je Million Einwohner)	Eurostat
6.3.6	Tabelle Dialysen	OECD
6.3.7	Tabelle Assistierte Reproduktionstechniken (ART) je Million Einwohner	OECD
6.3.8	Tabelle Prozentsatz der ART-Geburten und Mehrlinge	OECD

4 Wirtschaftliche Dimensionen des Gesundheitswesens – Produktionswert, Gesundheitsaufwendungen, Kosten und Finanzierung

6.4.1	Tabelle Bruttowertschöpfung — Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen	Eurostat
6.4.2	Tabelle Gesamtgesundheitsausgaben	OECD
6.4.3	Tabelle Ausgaben für öffentliche Gesundheit	OECD
6.4.4	Tabelle Ausgaben für die individuelle Gesundheitsversorgung	OECD
6.4.5	Tabelle Öffentliche Ausgaben für die individuelle Gesundheit	OECD
6.4.6	Tabelle Gesamtausgaben für stationäre Leistungen	OECD
6.4.7	Tabelle Gesamtausgaben für ambulante Leistungen	OECD
6.4.8	Tabelle Gesamtausgaben für häusliche Gesundheitsdienste insgesamt	OECD
6.4.9	Tabelle Ausgaben für medizinische Güter im Rahmen der ambulanten Behandlung insgesamt	OECD
6.4.10	Tabelle Gesamtausgaben für Arzneimittel im Rahmen der ambulanten Behandlung	OECD
6.4.11	Tabelle Gesamtausgaben für therapeutische Hilfsmittel im Rahmen der ambulanten Behandlung	OECD
6.4.12	Tabelle Ausgaben des Sozialschutzes für Krankheit/Gesundheitsversorgung	Eurostat
6.4.13	Tabelle Barleistungen des Sozialschutzes für Krankheit/Gesundheitsversorgung	Eurostat
6.4.14	Tabelle Sachleistungen des Sozialschutzes für Krankheit/Gesundheitsversorgung	Eurostat
6.4.15	Tabelle Sozialleistungen pro Funktion: Krankheit/Gesundheitsversorgung (alle Systeme): 1999	Eurostat
6.4.16	Tabelle Konsumausgaben der privaten Haushalte	Eurostat
6.4.17	Tabelle Durchschnittliche Verbrauchsausgaben für Gesundheit je Haushalt	Eurostat
6.4.18	Tabelle Schutz und Förderung der menschlichen Gesundheit als Anteil an den staatlichen Aufwendungen für FuE (bereitgestellte Haushaltsmittel)	Eurostat

Anhänge

I	Tabelle Organisation der Gesundheitssysteme in den EU-Ländern	BASYS
II	Tabelle Übersicht über die Betreuung zu Hause	NIVEL
III	Tabelle Beschreibung der Zahlungen:	
	1. Hauptformen des Selbstbehalts für medizinische Behandlung und Krankenhausaufenthalte, 2001	Missoc
	2. Hauptformen des Selbstbehalts bei anderen Leistungen des Gesundheitswesens 2001	Missoc

Verwendete Symbole und Länderkürzel

0	nach festgelegtem Rundungsverfahren auf Null gerundete Rate oder Prozentsatz
:	keine Daten verfügbar
-	Null
<i>kursiv</i>	vorläufige oder geschätzte Daten
()	aufgrund des geringen Stichprobenumfangs unzuverlässige Daten
—	Unterbrechung in der Zeitreihe
MS	Mitgliedstaaten
EU-15	Europäische Union (15 Mitgliedstaaten)
Eurozone	die elf Länder der Eurozone
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
EFTA	Europäische Freihandelsassoziation
B	Belgien
DK	Dänemark
D	Deutschland (einschließlich ehemalige DDR ab 1991)
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
IS	Island
NO	Norwegen
CH	Schweiz
LI	Liechtenstein

1 BEVÖLKERUNG UND SOZIOÖKONOMISCHER HINTERGRUND

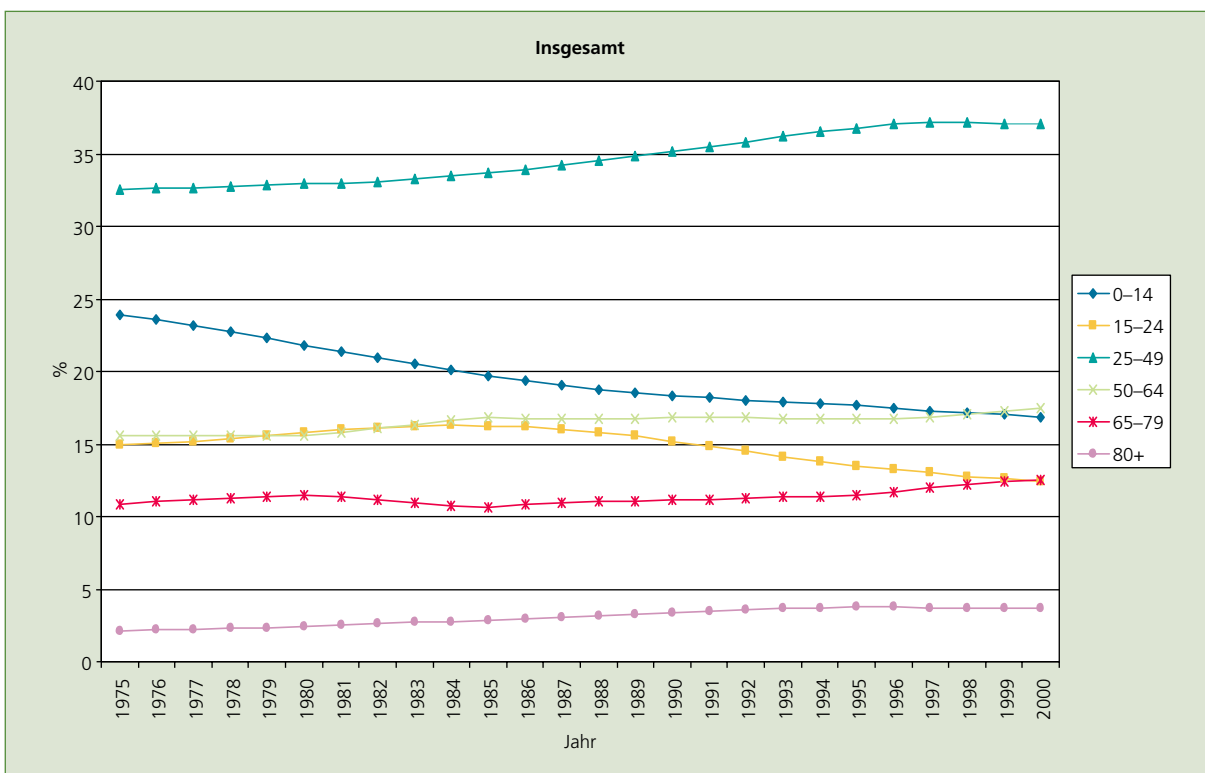
1.1 Bevölkerungsstruktur

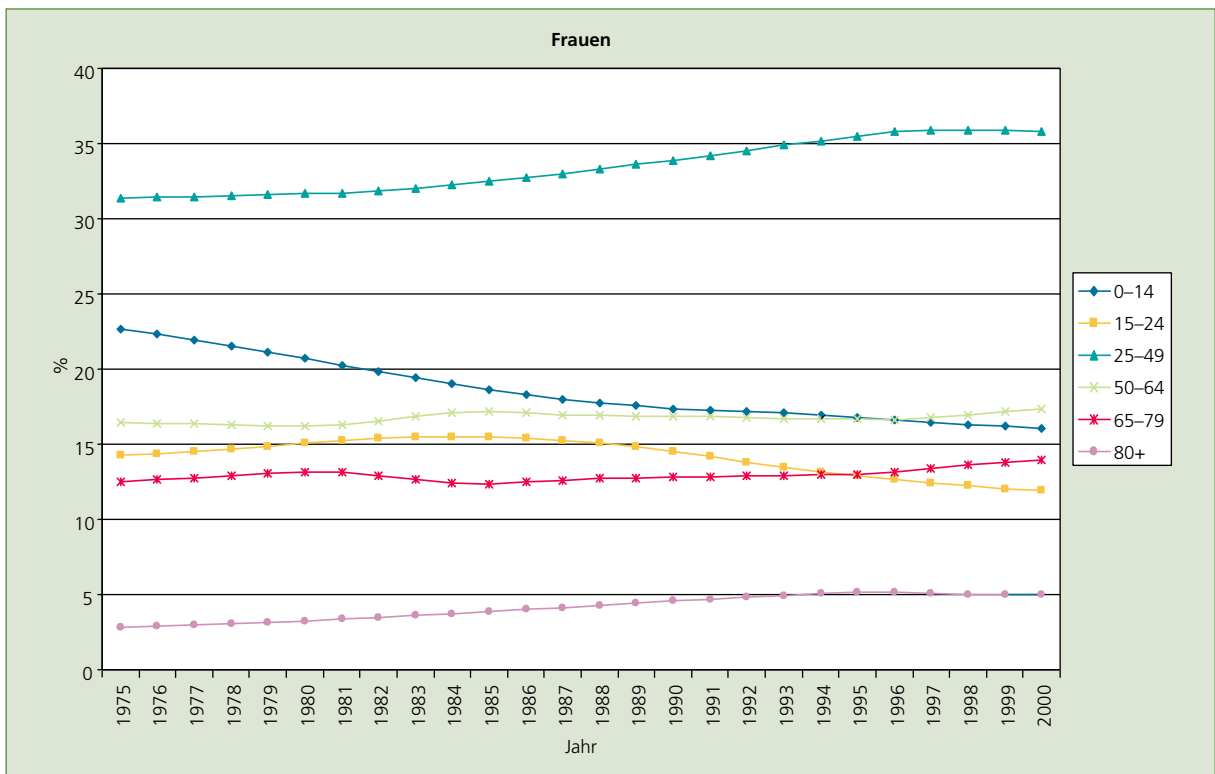
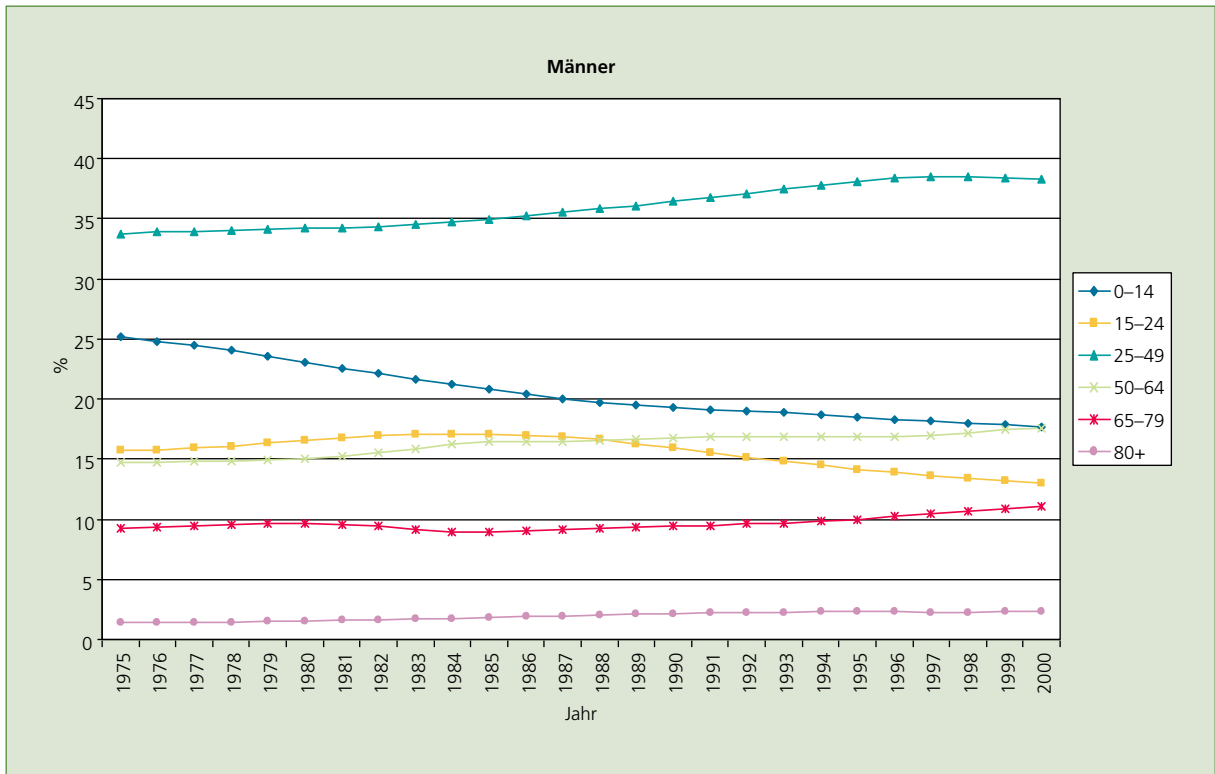
Im Jahr 2002 betrug die Gesamteinwohnerzahl der 15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union 379,6 Millionen Menschen. Die bevölkerungsreichsten Länder sind Deutschland (82,4 Millionen), das Vereinigte Königreich (60,1 Millionen), Frankreich (59,3 Millionen) und Italien (57,8 Millionen) (1.1.1). Kleinstes Land ist Luxemburg mit lediglich knapp 0,5 Millionen Einwohnern. Noch 1953 lag die Einwohnerzahl der EU bei nur rund 300 Millionen (siehe Eurostat 2001). Danach wuchs die Bevölkerung der EU innerhalb von zehn Jahren um 25 Millionen. In der Folgezeit waren für einen Bevölkerungsanstieg um abermals 25 Millionen bereits 13 Jahre erforderlich, für die nächsten 25 Millionen gar 22 Jahre. Das Bevölkerungswachstum verlangsamte sich also im Laufe dieses halben Jahrhunderts, insbesondere in den letzten 20 Jahren. In den 90er Jahren betrug die jährliche Wachstumsrate 0,34 %, d. h., mit einem geschätzten Wachstum von 0,39 % (oder knapp 1,5 Millionen Menschen) liegt das Jahr 2002 ziemlich genau im allgemeinen Trend der letzten Jahre. In der zweiten Hälfte der 90er Jahre waren noch niedrigere Wachstumsraten verzeichnet worden, doch bleibt auch der zuletzt erreichte Zuwachs wesentlich hinter den Werten der 60er Jahre (durchschnittlich 2,5 Millionen jährlich) zurück. Im Vergleich zum Ende der 90er Jahre ist der Zuwachs des Jahres 2001 etwas höher, längerfristig betrachtet allerdings nach wie vor

recht gering. Die Bevölkerung Luxemburgs und Irlands wächst weiterhin um deutlich über 1 % jährlich, Deutschland überschreitet dagegen nur knapp einen Wert von 0,1 %. Diese Schätzungen unterstreichen, dass internationale Migrationsströme nach wie vor eine wichtige Komponente des Bevölkerungswandels ausmachen (1.2.4). So würden ohne Migrationsbewegungen beispielsweise die Bevölkerungszahlen Deutschlands und Schwedens schrumpfen und auch die Österreichs und Italiens kaum mehr wachsen. Fast zwei Drittel der Staaten der EU verzeichneten im Jahr 2001 steigende Bevölkerungszahlen. Insbesondere in Spanien wächst die Bevölkerung relativ stark, vor allem als Folge des deutlichen Anstiegs der Lebendgeburten und eines Nettozustroms von Migranten.

Aus der Analyse nach *Alter* (1.1.2 und 3) ergibt sich, dass jeder sechste Einwohner (16,2 %) der EU im Jahr 2000 über 64 Jahre alt war. Dieser Anteil ist in allen Ländern — mit Ausnahme Irlands (11,2 %) — ungefähr gleich. Jeder fünfte Einwohner Irlands (21,9 %) war unter 15 Jahren alt. Mit diesem Anteil übertrifft Irland Werte anderer Länder deutlich. Aus den Trends seit 1975 lässt sich ablesen, dass die Altersgruppe der 25- bis 49-Jährigen relativ zunimmt (von 32 % auf 37 % der Gesamtbevölkerung im Jahr 2000), während der Anteil der 15-Jährigen im gleichen Zeitraum von 24 % auf 17 % sank. Bei Männern und Frauen verliefen die Trends in beiden Altersgruppen gleich. Auch die steigenden Anteile besonders alter Menschen (über 80 Jahren) waren auffällig; der Anteil dieser Altersgruppe erhöhte sich bei Männern von 1 % auf 2 %, bei Frauen von 3 % auf 5 %.

1.1.2 Bevölkerungsanteile nach Alter und Geschlecht, 1975-2000, EU-15



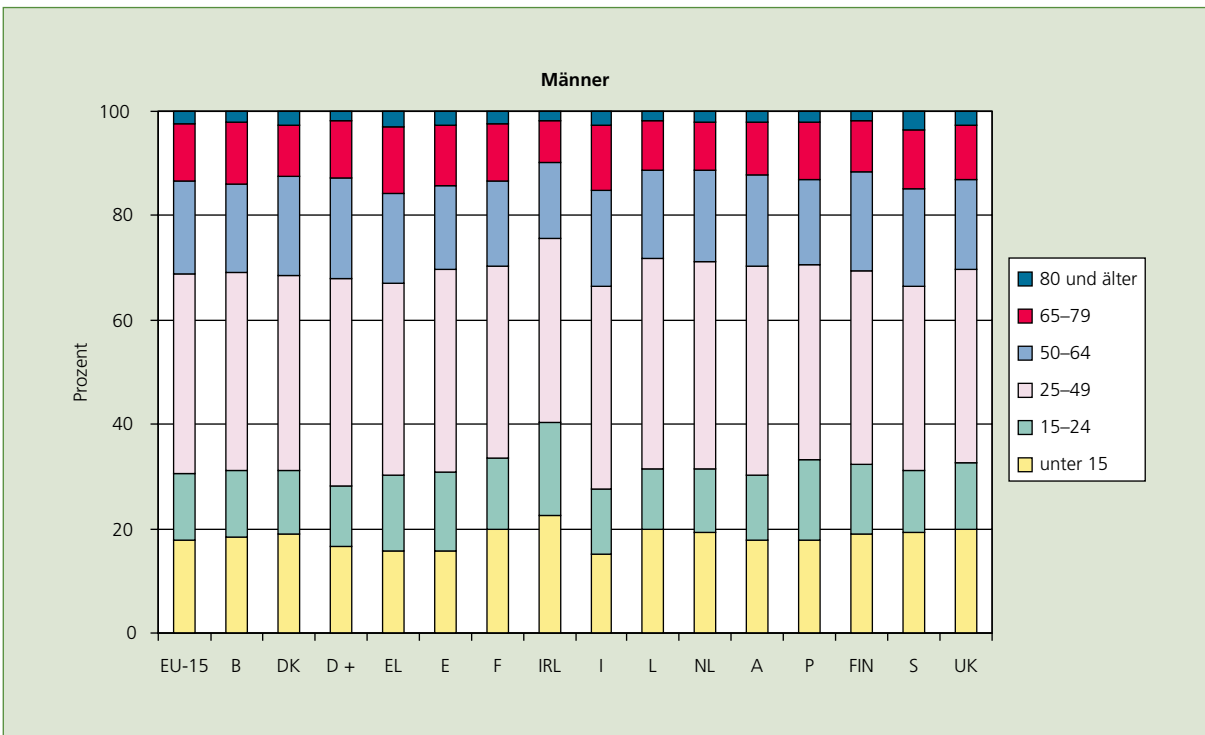
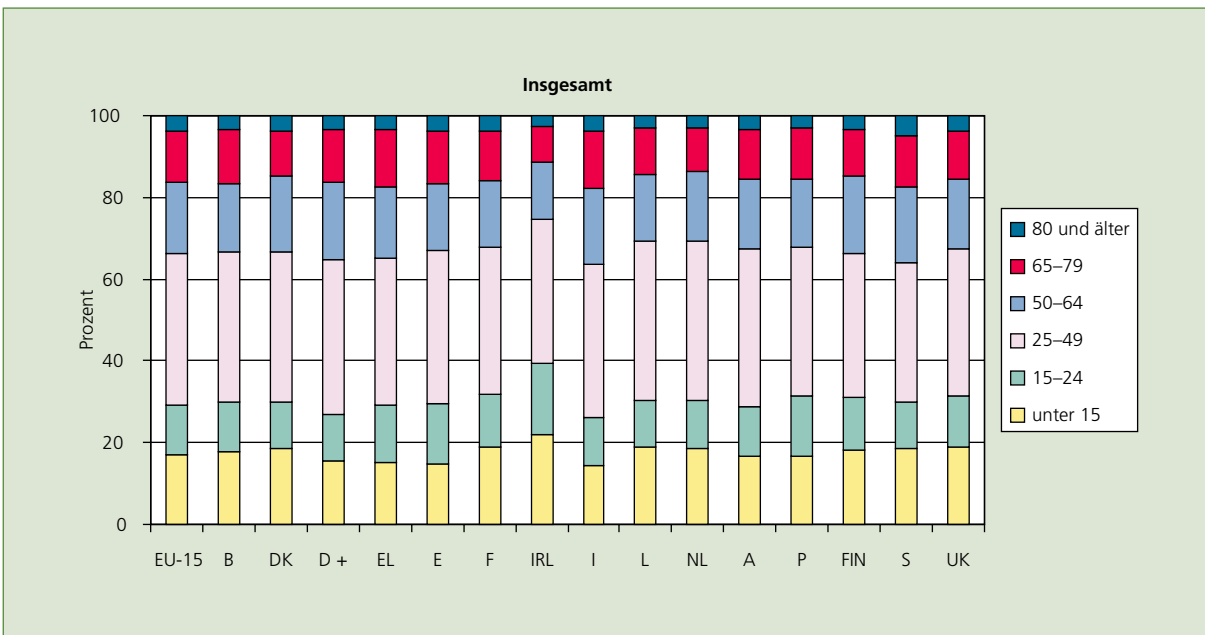


Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Demographie).

Der Altersabhängigkeitsquotient, der als der Bevölkerungsanteil unter 15 Jahren und ab 65 Jahren in Relation zur Bevölkerung von 15 bis 64 Jahren definiert wird, stieg in der EU von 1960 bis 1975 insgesamt auf bis zu 58 % an, ging dann aber bis 1991

auf 49 % zurück und verharrt bis heute auf diesem Niveau (1.1.4). In hohen Quotienten kommt eine ausgeprägtere Abhängigkeit der nicht erwerbstätigen Bevölkerung zum Ausdruck, wie z. B. im Jahr 1998 in Schweden (58 %). Diese Situation kann

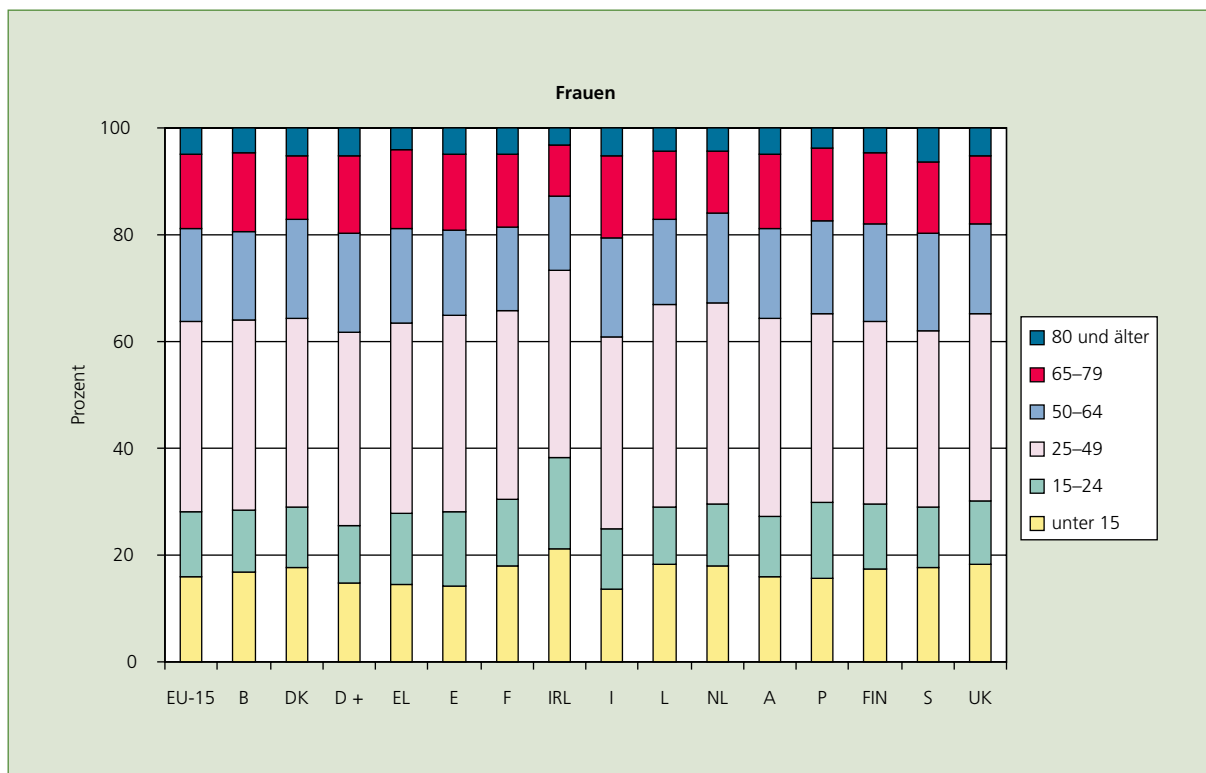
1.1.3 Bevölkerung nach Alter, 2000



sich auf die Gesundheitspolitik, aber auch auf die Politik in den Bereichen der sozialen Sicherheit und des Arbeitsmarktes erheblich auswirken.

Projektionen für die EU prognostizieren bis zum Jahr 2025 einen Anstieg der Bevölkerung auf 388,3 Millionen und anschließend einen Rückgang von 367,7 Millionen bis zum Jahr 2050 (1.1.5). Über

diesen 50-Jahres-Zeitraum werden deutlich rückläufige Bevölkerungszahlen in Deutschland, Italien und Spanien vorhergesagt, während andere Länder wie Frankreich, die Niederlande und Schweden einen geringfügigen Bevölkerungszuwachs verzeichnen dürften.



1.2 Geburten und Sterbefälle, Zuwanderungssaldo

Legt man die Gesamtfruchtbarkeitsrate zugrunde, ging die *Fruchtbarkeit* in der EU stetig von 2,72 Kindern pro Frau im Jahr 1965 auf 1,42 Kinder im Jahr 1995 zurück und veränderte sich seither kaum mehr (1.2.1). Analog zur bereits oben beschriebenen Altersstruktur war die Gesamtfruchtbarkeitsrate innerhalb der EU im Jahr 2000 in Irland am höchsten (1,89), ging aber auch dort gegenüber dem noch 1965 erreichten Wert von 4,03 deutlich zurück. Spanien (1,24 im Jahr 2000) und Italien (1,23 im gleichen Jahr) verzeichneten die niedrigsten Fruchtbarkeitsraten. Außerhalb der EU meldete Island im Jahr 2000 eine Gesamtfruchtbarkeitsrate von 2,08 (siehe Eurostat 2002).

Die Zahl der Lebendgeburten wird für 2001 (1.2.2) auf 4,03 Millionen geschätzt, eine Zahl, die um rund 0,5 % hinter dem Wert des Jahres 2000 zurückbleibt. Mitte der 60er Jahre lag die jährliche Zahl der Lebendgeburten über 2 Millionen höher, im Zeitraum von 1965 bis 1975 gingen die Fruchtbarkeitszahlen allerdings drastisch zurück. Die Brutto geburtenziffern (rohen Geburtenziffern) dürften Vorhersagen zufolge in Irland auf dem höchsten und in Deutschland auf dem niedrigsten Niveau verharren. In neun EU-Staaten ist voraussichtlich mit einem Rückgang der Lebendgeburten zu rechnen, wobei Portugal (-4 %) den stärksten Rückgang verzeichnet. Griechenland dürfte dem gegenüber unter den EU-Staaten den deutlichsten Geburtenzuwachs aufweisen (fast 6 %).

1976 erreichte die Zahl der Sterbefälle in der EU ein Nachkriegshoch von fast 3,8 Millionen. In der Folgezeit schwankte die Zahl der Sterbefälle von Jahr zu Jahr und ging geringfügig auf das gegenwärtige Niveau von rund 3,6 Millionen zurück. Der Einfluss der zunehmenden Zahl älterer Menschen auf die Zahl der Sterbefälle wurde durch rückläufige Bruttosterbeziffern vollständig ausgeglichen. Auch für das Jahr 2001 ist damit zu rechnen, dass die Auswirkungen der demografischen Alterung durch einen weiteren Rückgang der Sterbeziffern kompensiert werden. Aufgrund der Alterung der Bevölkerung und einer relativ ungünstigeren Mortalitätsstruktur werden Deutschland und Dänemark auch weiterhin die EU-Mitgliedstaaten mit der höchsten *Bruttosterbeziffer* (*rohen Sterbeziffer*) bleiben (1.2.3). Irland dürfte mit seiner relativ jungen Bevölkerung auch in Zukunft seine Stellung als Mitgliedstaat mit der niedrigsten Sterbeziffer behaupten. Rund drei Viertel der EU-Staaten erlebten 2001 ein „vergleichsweise gutes“ Jahr, wobei Irland an der Spitze stand (7 % weniger Sterbefälle). Für Dänemark wird dagegen ein Anstieg der Zahl der Sterbefälle um rund 1 % prognostiziert.

Im Jahrzehnt von 1990 bis 2000 stieg die Bevölkerungszahl in der EU um 12,7 Millionen, und zwar überwiegend infolge des *Nettozustroms* von Migranten. Der natürliche Anstieg, der 1990 noch bei 658 000 lag, ging 1999 auf nur 261 000 zurück. Die jährliche Zahl der Todesfälle verharrte in den gesamten 90er Jahren Jahr für Jahr bei rund 3,7 Milli-

onen, die jährliche Geburtenzahl ging dagegen von 4,4 Millionen im Jahr 1990 auf 4,0 Millionen 1999 zurück. Diese Migrationsströme sind in Tabelle 1.2.4 dargestellt, wobei in den Jahren 1990-1992 ein erheblicher Nettozustrom von mehr als 1 Million jährlich erreicht wurde, der sich bis 1994 auf hohem Niveau fortsetzte. Einen erheblichen Teil der Zuwanderer nahm Deutschland auf. In Pro-Kopf-Bevölkerungszahlen ausgedrückt war der Nettozustrom jedoch in Luxemburg (10,2 je 1 000 im Jahr 1998) und Irland (5,9 im Jahr 1998) am höchsten. Im Vergleich hierzu ging der Nettozustrom in Griechenland, der 1991 noch bei 14,9 je 1 000 gelegen hatte, bis 1998 auf 2,1 zurück.

Nach einer Periode ausgeprägt rückläufiger Zahlen stieg der Nettozustrom von (internationalen) Migranten in die EU von 515 000 im Jahr 1998 wieder auf 897 000 im Jahr 1999 an. Für 2000 und 2001 wird mit einem geringfügigen Rückgang des Nettozustroms auf rund 1 Million gerechnet. Spanien, Italien, das Vereinigte Königreich und Deutschland nehmen zusammen voraussichtlich über zwei Drittel dieses Nettozustroms auf, allerdings erreicht Luxemburg weiterhin den höchsten Wanderungssaldo je 1 000 Einwohner. Das Bevölkerungswachstum Frankreichs und Deutschlands dürfte sich infolge des Wanderungssaldos allerdings langsamer entwickeln, als es nach den Bevölkerungszahlen beider Länder zu erwarten wäre (1.2.5). Vor allem aufgrund eines umfassenden Programms zur Erfassung von illegalen Einwanderern ist Spanien innerhalb der EU nach wie vor das Land mit der stärksten Zunahme des Nettowanderungssaldos.

Der natürliche Bevölkerungszuwachs entspricht der Differenz zwischen der Anzahl der Lebendgeburten und der Anzahl der Todesfälle. Der Altersabhängigkeitsquotient ist ein Indikator, der von Eurostat als das Verhältnis zwischen der Anzahl der Menschen in den Altersgruppen von 0 bis 14 Jahren und ab 65 Jahren zu denjenigen in der Altersgruppe 15-64 Jahre berechnet wird. Er zeigt das Ausmaß, in dem die Jungen (unter 15 Jahren) und die Alten (ab 65 Jahren) vom Segment der so genannten aktiven Bevölkerung (15-64 Jahre) abhängig sind. Dabei wird davon ausgegangen, dass die 15- bis 64-Jährigen ihre jüngeren und älteren Mitbürger unterstützen. Dieses Verhältnis wird in Prozent ausgedrückt.

Die Gesamfruchtbarkeitsrate gibt die mittlere Kinderzahl an, die eine Frau während ihres Lebens als Lebendgeburten zur Welt bringt, wenn ihre gebärfähigen Lebensjahre entsprechend der altersbezogenen Fruchtbarkeitsrate eines bestimmten Jahres verlaufen. Es handelt sich also um die abgeschlossene Fruchtbarkeit einer hypothetischen Generation, die berechnet wird, indem die altersbezogenen Fruchtbarkeitsraten der Frauen in einem jeweiligen Bezugsjahr (die Anzahl der Frauen im jeweiligen Alter wird

dabei als gleich bleibend angenommen) addiert werden. Die Gesamtfruchtbarkeitsrate wird außerdem zur Angabe des Ersatzfruchtbarkeitsniveaus verwendet; in entwickelteren Ländern wird eine Rate von 2,1 als Ersatzniveau betrachtet. Die nicht bereinigten (Brutto-)Ziffern (Geburten oder Todesfälle) geben die Anzahl der Geburten bzw. Todesfälle im Verhältnis zum Bevölkerungsdurchschnitt in einem bestimmten Jahr an.

Der Wanderungssaldo wird definiert als der Unterschied zwischen der Zuwanderung in ein bestimmtes Gebiet und der Auswanderung aus diesem Gebiet im Jahresverlauf; ein negativer Wanderungssaldo liegt dann vor, wenn die Zahl der Auswanderer die Zahl der Einwanderer überschreitet. Da zu den meisten Ländern keine genauen oder gar überhaupt keine Zahlen zur Zuwanderung und Auswanderung vorliegen, wird der Wanderungssaldo normalerweise auf der Grundlage des Unterschieds zwischen der Bevölkerungsveränderung und dem natürlichen Zuwachs zwischen zwei Stichdaten geschätzt. Die Statistikdaten des Wanderungssaldos werden daher durch sämtliche statistische Ungenauigkeiten beeinträchtigt, die in den beiden Komponenten dieser Gleichung vorkommen, insbesondere durch Bevölkerungsveränderungen.

1.3 Lebenserwartung

In der EU betrug die Lebenserwartung 1997 zum Zeitpunkt der Geburt — ein Maß, das die gegenwärtigen Mortalitätsraten zusammenfasst — bei Männern 74,6 Jahre, bei Frauen 80,9 Jahre (1.3.1) und bewegt sich in den meisten Mitgliedstaaten in etwa auf diesem Niveau. Die vergleichbare Lebenserwartung im Alter von 75 Jahren betrug zu diesem Zeitpunkt 9,5 Jahre bei Männern und 11,8 Jahre bei Frauen (1.3.2). Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist hier in Frankreich besonders ausgeprägt, da dort die Lebenserwartung bei der Geburt für weibliche Kinder um 7,6 Jahre höher ist als für männliche Kinder. In Schweden beläuft sich der Unterschied nur auf 5,1 Jahre. Seit 1960 stieg die Lebenserwartung in sämtlichen EU-Staaten. Die beobachtete Cluster-Bildung der Lebenserwartung von Männern und Frauen ist in Tabelle 1.3.5 zusammengefasst (siehe Ferrinho und Pereira, 2001). Dabei erhöhte sich die Lebenserwartung in den Ländern Südeuropas rascher als in Nordeuropa. Eurostat verwendete die Mortalitätsprojektionen für die Schätzung der künftigen Lebenserwartung. Bei einem optimistischen Szenario wird mit einem Anstieg auf 83 Jahre bei Männern und auf 87 Jahre bei Frauen im Jahr 2050 gerechnet. Die Annahmen auf der Grundlage dieser Zahlen wurden in neuere Bevölkerungsprognosen integriert (1.3.6); daraus ergibt sich, dass die Lebenserwartung beispielsweise in Frankreich im

Jahr 2025 bei Männern 78,8 Jahre und bei Frauen 87,2 Jahre beträgt. In den letzten Jahrzehnten ist die Lebenserwartung signifikant gestiegen. So kletterte sie bei Männern beispielsweise in Spanien von 59,8 Jahren im Jahr 1950 auf 69,2 Jahre im Jahr 1970 und 75,1 Jahre 1999; die entsprechenden Zahlen für Frauen lagen bei 64,3, 74,8 bzw. 82,1 Jahren.

Eurostat berechnet die *Lebenserwartung* als die Anzahl der durchschnittlich zu erwartenden weiteren Lebensjahre einer Person mit einem bestimmten Alter, wobei davon ausgegangen wird, dass das altersspezifische Mortalitätsniveau (d. h. die für den Untersuchungszeitraum beobachteten Raten) konstant bleibt. Die Lebenserwartungstabellen basieren auf der Sterbefallwahrscheinlichkeit nach dem Sterbeziffernverfahren von Farr: $q_x = M_x / [B_x + (M_x/2)]$, dabei ist M_x die Zahl der Todesfälle im Alter x bis weniger als $x+1$ Jahre im Meldezeitraum; B_x ist die durchschnittliche Bevölkerung im Alter x bis weniger als $x+1$ Jahre im Basiszeitraum und q_x ist die Sterbefallwahrscheinlichkeit im Alter x bis $x+1$. Die *Lebenserwartung* wird normalerweise als die Anzahl der von einer Person voraussichtlich erreichten Lebensjahre ab der Geburt ausgedrückt. Als Ausgangspunkt kann auch ein anderes Alter dienen. Die Lebenserwartung wird in der Regel für alle Altersstufen sowie für Männer, Frauen und die gesamte Bevölkerung berechnet.

1.4 Sozioökonomischer Hintergrund

Die Bevölkerungsdichte der Mitgliedstaaten der EU variiert erheblich und reicht von einer relativ geringen Dichte in Finnland (15 Personen je Quadratkilometer) und Schweden (20) bis zu einer wesentlich höheren Dichte in den Niederlanden (380), Belgien (333), dem Vereinigten Königreich (240) und Deutschland (230 Personen je Quadratkilometer) (**1.4.1**). In sieben der 15 Mitgliedstaaten stellt die Stadtbevölkerung mehr als 80 % der Gesamtbevölkerung. Am höchsten ist dieser Anteil

mit 97 % in Belgien, während die Urbanisierung in Irland (59 %), Griechenland (60 %) und Portugal (63 %) deutlich langsamer voranschreitet.

Bei der Messung des Wohlstands anhand des *Bruttoinlandsprodukts* (BIP) zu Marktpreisen in Euro je Einwohner ergibt sich innerhalb der EU ebenfalls ein erhebliches Gefälle (**1.4.2**). So lag das Pro-Kopf-BIP in Griechenland im Jahr 2001 bei 11 920 EUR, in Portugal bei 12 200 EUR und in Spanien bei 16 150 EUR. Die meisten übrigen Länder erreichten dagegen ein Pro-Kopf-BIP in der ungefähren Höhe des EU-Durchschnitts von 23 170 EUR, Luxemburg (47 470 EUR), Dänemark (33 680 EUR) und Irland (30 070 EUR) übertrafen diesen Wert sogar noch deutlich.

Nimmt man die *Arbeitslosenquote* als weiteren Wohlstandsfaktor eines Landes, so ergibt sich für die EU im Jahr 2001 ein Durchschnitt von 6,4 %, was einer rückläufigen Entwicklung seit 1994 gleichkommt. Die höchsten Arbeitslosenquoten weisen Deutschland (7,7 %), Spanien (7,5 %) und Italien (7,3 %) auf (**1.4.3**). Bei Frauen lag diese Quote mit 8,6 % im EU-Durchschnitt höher, ging in den letzten Jahren allerdings ebenfalls zurück. Die höchsten Quoten erreichen hier Griechenland (15,6 %), Spanien (15,5 %) und Italien (12,9 %). Interessanterweise ist in vier Ländern — Schweden, Irland, Vereinigtes Königreich und Norwegen — die Arbeitslosigkeit bei Frauen niedriger als bei Männern.

Literatur

Eurostat (2001), „*Erste Bevölkerungsschätzungen für 2001*“, Statistik kurz gefasst 19/2001.

Eurostat (2002), *Europäische Sozialstatistik — Bevölkerung*.

Paulo Ferrinho und José Pereira Miguel (2001), „*For better health in Europe*“, Europäische Kommission, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz.

1.1.1 Bevölkerung nach Geschlecht (zum 1. Januar), 1950-2002

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1950 insgesamt	295 833,4	8 639,0	4 251,5	68 376,0	7 566,0	28 009,0	41 647,3	2 969,0	47 101,0	294,7
Männlich	:	4 253,0	2 109,0	31 493,0	3 687,0	13 526,0	20 004,7	1 511,0	22 935,0	:
Weiblich	:	4 386,0	2 142,5	36 883,0	3 879,0	14 483,0	21 642,6	1 458,0	24 166,0	:
1960 insgesamt	314 826,0	9 128,8	4 565,5	72 543,0	8 300,4	30 327,0	45 464,8	2 835,5	50 025,5	313,0
Männlich	151 721,0	4 477,9	2 264,6	33 686,4	4 015,3	14 831,0	22 046,6	1 429,0	24 498,9	154,6
Weiblich	163 105,0	4 650,9	2 300,9	38 856,6	4 285,1	15 496,0	23 418,2	1 406,5	25 526,6	158,4
1970 insgesamt	339 974,9	9 660,2	4 906,9	78 269,1	8 780,4	33 587,6	50 528,2	2 943,3	53 685,3	338,5
Männlich	164 762,1	4 729,6	2 432,5	37 031,5	4 283,2	16 414,3	24 655,5	1 478,9	26 260,0	166,2
Weiblich	175 212,8	4 930,6	2 474,4	41 237,6	4 497,2	17 173,3	25 872,7	1 464,4	27 425,3	172,3
1980 insgesamt	354 571,7	9 855,1	5 122,1	78 179,7	9 587,5	37 241,9	53 731,4	3 392,8	56 388,5	363,5
Männlich	172 110,2	4 818,9	2 529,1	37 156,6	4 702,7	18 273,1	26 243,8	1 705,1	27 459,2	178,0
Weiblich	182 461,5	5 036,2	2 593,0	41 023,1	4 884,8	18 968,8	27 487,6	1 687,7	28 929,3	185,5
1990 insgesamt	363 763,4	9 947,8	5 135,4	79 112,8	10 120,9	38 826,3	56 577,0	3 507,0	56 694,4	379,3
Männlich	177 012,0	4 860,1	2 530,6	38 109,7	4 982,0	19 024,6	27 544,0	1 743,2	27 527,8	185,4
Weiblich	186 751,4	5 087,7	2 604,8	41 003,1	5 138,9	19 801,7	29 033,0	1 763,8	29 166,6	193,9
1995 insgesamt	371 442,0	10 130,6	5 215,7	81 538,6	10 442,9	39 196,8	57 752,5	3 597,6	57 268,6	406,6
Männlich	181 220,3	4 954,7	2 573,3	39 645,0	5 155,8	19 188,3	28 078,1	1 787,2	27 790,7	199,6
Weiblich	190 221,7	5 175,9	2 642,4	41 893,6	5 287,0	20 008,5	29 674,5	1 810,4	29 477,9	207,0
1996 insgesamt	372 475,6	10 143,0	5 251,0	81 817,5	10 465,1	39 249,1	57 936,0	3 620,1	57 333,0	412,8
Männlich	181 923,7	4 958,8	2 592,2	39 824,8	5 164,9	19 204,0	28 365,3	1 797,4	27 817,4	202,6
Weiblich	190 693,4	5 184,3	2 658,8	41 992,7	5 300,1	20 038,5	29 780,5	1 822,7	29 515,6	210,2
1997 insgesamt	373 486,6	10 170,2	5 275,1	82 012,2	10 486,6	39 308,5	58 116,0	3 652,2	57 461,0	418,3
Männlich	182 346,0	4 971,8	2 604,9	39 954,8	5 172,4	19 236,1	28 235,7	1 813,0	27 893,3	205,4
Weiblich	191 140,6	5 198,4	2 670,2	42 057,3	5 314,2	20 072,4	29 880,3	1 839,1	29 567,6	212,9
1998 insgesamt	374 144,5	10 192,3	5 294,9	82 057,4	10 511,0	39 387,5	58 299,0	3 694,0	57 563,4	423,7
Männlich	182 803,7	4 982,7	2 615,7	39 992,3	5 181,2	19 271,2	28 316,2	1 833,7	27 950,6	208,2
Weiblich	191 541,4	5 209,6	2 679,2	42 065,1	5 329,7	20 116,3	29 982,8	1 860,3	29 612,8	215,5
1999 insgesamt	375 106,2	10 213,8	5 313,6	82 037,0	10 521,7	39 519,2	58 496,6	3 734,9	57 612,6	429,2
Männlich	183 303,0	4 993,7	2 625,4	40 004,1	5 185,0	19 332,3	28 406,1	1 854,2	27 967,7	211,3
Weiblich	191 973,8	5 220,0	2 688,2	42 032,9	5 336,7	20 186,9	30 090,5	1 880,7	29 644,9	218,0
2000 insgesamt	376 481,8	10 239,1	5 330,0	82 163,5	10 554,4	39 733,0	58 748,7	3 776,6	57 679,9	435,7
Männlich	183 967,8	5 006,0	2 634,1	40 090,8	5 199,8	19 435,8	28 533,4	1 875,3	28 003,3	214,7
Weiblich	192 514,0	5 233,1	2 695,9	42 072,7	5 354,6	20 297,2	30 215,3	1 901,3	29 676,6	221,1
2001 insgesamt	378 036,6	10 263,4	5 349,2	82 259,5	10 564,7	40 121,7	59 038,5	3 825,9	57 844,0	439,5
Männlich	:	5 018,0	2 644,3	40 156,5	:	19 639,5	28 678,7	1 900,8	28 094,9	216,5
Weiblich	:	5 245,4	2 704,9	42 103,0	:	20 482,2	30 360,3	1 925,3	29 749,2	223,0
2002 insgesamt	379 600,7	10 307,3	5 368,4	82 440,3	10 598,3	40 409,3	59 344,0	3 882,7	56 305,6	440,1
Männlich	:	5 041,3	2 654,1	40 274,7	:	19 779,4	28 831,1	1 928,3	27 261,0	218,8
Weiblich	:	5 266,6	2 714,2	42 165,6	:	20 630,0	30 512,9	1 954,4	29 044,6	225,2

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Demographie).

(1 000)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
10 026,8	6 926,0	8 437,0	3 988,0	6 986,2	50 616,0	:	3 250,0	4 668,2	1950 insgesamt
4 998,3	3 213,7	4 088,1	1 904,7	3 480,6	24 575,0	:	1 610,1	2 249,8	Männlich
5 028,5	3 712,3	4 349,0	2 083,3	3 505,6	26 041,0	:	1 639,8	2 418,4	Weiblich
11 417,3	7 030,4	8 826,0	4 413,0	7 471,3	52 164,4	175,7	3 567,7	5 295,6	1960 insgesamt
5 686,2	3 273,2	4 222,8	2 124,7	3 727,8	25 282,1	87,5	1 777,8	2 565,1	Männlich
5 731,1	3 757,2	4 603,2	2 288,3	3 743,5	26 882,3	88,2	1 789,9	2 730,5	Weiblich
12 957,6	7 455,1	8 697,6	4 614,3	8 004,3	55 546,4	204,0	3 863,2	6 168,7	1970 insgesamt
6 465,1	3 510,8	4 158,0	2 230,2	3 996,5	26 949,7	103,2	1 922,0	3 014,0	Männlich
6 492,5	3 944,3	4 539,6	2 384,1	4 007,8	28 596,7	100,8	1 941,2	3 154,7	Weiblich
14 091,0	7 545,5	9 713,6	4 771,3	8 303,0	56 285,0	226,9	4 078,9	6 303,6	1980 insgesamt
6 994,3	3 564,2	4 670,7	2 306,8	4 115,5	27 392,4	114,4	2 021,9	3 066,2	Männlich
7 096,7	3 981,3	5 042,9	2 464,5	4 187,5	28 892,6	112,5	2 057,0	3 237,4	Weiblich
14 892,6	7 689,5	9 919,7	4 974,4	8 527,0	57 459,3	253,8	4 233,1	6 673,9	1990 insgesamt
7 358,5	3 685,1	4 782,5	2 412,8	4 212,1	28 053,7	127,4	2 093,3	3 257,5	Männlich
7 534,1	4 004,4	5 137,2	2 561,6	4 314,9	29 405,6	126,4	2 139,8	3 416,4	Weiblich
15 424,1	8 039,9	10 012,8	5 098,8	8 816,4	58 500,2	267,0	4 348,4	7 019,0	1995 insgesamt
7 627,5	3 898,4	4 824,3	2 481,6	4 356,3	28 659,6	133,9	2 150,3	3 428,4	Männlich
7 796,6	4 141,4	5 188,5	2 617,1	4 460,1	29 840,6	133,1	2 198,2	3 590,7	Weiblich
15 493,9	8 054,8	10 041,4	5 116,8	8 837,5	58 703,6	268,0	4 370,0	7 062,4	1996 insgesamt
7 662,3	3 907,2	4 777,5	2 491,7	4 366,1	28 791,6	134,3	2 160,7	3 448,8	Männlich
7 831,6	4 147,6	5 202,2	2 625,1	4 471,4	29 912,1	133,6	2 209,2	3 613,5	Weiblich
15 567,1	8 067,8	10 069,8	5 132,3	8 844,5	58 905,1	269,9	4 392,7	7 081,3	1997 insgesamt
7 696,8	3 915,0	4 853,7	2 500,6	4 369,7	28 922,6	135,2	2 172,1	3 457,6	Männlich
7 870,3	4 152,9	5 216,1	2 631,7	4 474,8	29 982,4	134,6	2 220,6	3 623,7	Weiblich
15 654,2	8 075,4	10 107,9	5 147,3	8 847,6	59 089,6	272,4	4 417,6	7 096,5	1998 insgesamt
7 740,1	3 918,5	4 872,9	2 509,1	4 371,9	29 039,5	136,4	2 185,1	3 465,2	Männlich
7 914,1	4 157,0	5 235,0	2 638,3	4 475,7	30 050,1	135,9	2 232,5	3 631,2	Weiblich
15 760,2	8 082,8	10 150,1	5 159,6	8 854,3	59 391,1	275,7	4 445,3	7 123,5	1999 insgesamt
7 793,3	3 922,5	4 894,5	2 516,1	4 375,6	29 221,1	138,1	2 199,6	3 478,7	Männlich
7 967,0	4 160,3	5 255,6	2 643,6	4 478,7	30 170,0	137,6	2 245,8	3 644,8	Weiblich
15 864,0	8 102,6	10 198,2	5 171,3	8 861,4	59 623,4	279,0	4 478,5	7 164,4	2000 insgesamt
7 846,3	3 935,0	4 919,4	2 523,0	4 380,1	29 370,6	139,7	2 217,1	3 500,7	Männlich
8 017,6	4 167,5	5 278,8	2 648,3	4 481,3	30 252,8	139,4	2 261,4	3 663,7	Weiblich
15 987,1	8 121,3	10 262,9	5 181,1	8 882,8	59 894,2	283,4	4 503,4	7 204,1	2001 insgesamt
7 909,9	3 947,8	4 953,3	2 529,3	4 392,8	29 511,8	141,9	2 231,3	3 519,7	Männlich
8 077,2	4 173,5	5 309,5	2 651,8	4 490,0	30 351,0	141,5	2 272,1	3 684,4	Weiblich
16 105,3	8 139,3	10 335,6	5 194,9	8 909,1	60 113,9	286,6	4 524,1	7 261,2	2002 insgesamt
7 972,0	3 935,6	4 991,6	2 537,6	4 408,4	:	143,5	2 241,9	3 549,1	Männlich
8 133,3	4 179,7	5 344,0	2 657,3	4 500,7	:	143,1	2 282,1	3 712,1	Weiblich

1.1.4 Altersabhängigkeitsquotient (°)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1960	53,9	54,7	56,2	48,1	51,8	55,4	60,9	72,4	51,5	47,4
1965	55,7	57,2	54,1	54,3	52,2	56,7	60,6	73,6	51,9	52,1
1970	58,2	58,7	55,3	58,2	54,7	59,4	60,5	73,5	54,7	52,9
1975	58,4	57,0	56,1	57,5	56,6	60,0	59,9	72,0	56,9	49,7
1980	55,5	52,9	54,9	52,6	56,8	58,3	57,6	70,1	55,4	48,4
1985	49,7	48,4	50,6	44,1	52,5	54,9	51,9	67,0	48,2	44,0
1990	48,9	49,1	48,7	44,7	49,7	50,8	51,6	63,3	46,0	44,2
1991	49,0	49,6	48,3	45,3	49,2	49,9	51,9	61,9	45,7	44,7
1992	49,0	50,1	48,2	45,6	48,9	49,0	52,3	60,6	45,6	45,4
1993	49,1	50,5	48,2	45,8	48,6	48,2	52,6	59,2	45,6	46,1
1994	49,2	50,8	48,2	46,1	48,3	47,5	52,7	57,8	45,7	46,9
1995	49,2	51,0	48,3	46,4	48,1	47,0	52,9	56,2	45,9	47,6
1996	49,3	51,4	48,5	46,5	47,9	46,7	53,0	54,5	46,4	48,3
1997	49,3	51,7	48,8	46,5	47,7	46,4	53,2	53,0	46,9	48,8
1998	49,3	52,0	49,1	46,6	47,7	46,3	53,3	51,6	47,1	49,2
1999	49,4	52,2	49,4	46,5	47,8	46,2	53,4	50,4	47,5	49,5
2000	49,5	52,4	49,8	46,9	48,0	46,3	53,6	49,4	47,9	49,7
2001	:	52,5	50,1	47,4	:	46,2	53,7	48,5	48,4	50,0

(°) Der Altersabhängigkeitsquotient bezeichnet das Verhältnis zwischen der Anzahl der Menschen zwischen 0 und 14 und ab 65 Jahren zur Anzahl der Menschen zwischen 15 und 64 Jahren.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Demographie).

1.1.5 Bevölkerungszahlen: Istzahlen (1995-2000) und Prognosen (2005-2050)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1995	371 573,9	10 130,6	5 215,7	81 538,6	10 442,9	39 177,4	58 020,4	3 579,6	57 268,6	406,6
1996	372 635,4	10 157,4	5 250,9	81 849,5	10 480,6	39 238,5	58 243,3	3 588,6	57 292,5	412,7
1997	373 711,1	10 182,5	5 268,8	82 170,1	10 517,8	39 307,3	58 473,6	3 597,3	57 327,3	418,6
1998	374 800,4	10 205,7	5 286,1	82 493,2	10 557,6	39 382,4	58 707,6	3 606,2	57 368,5	424,2
1999	375 890,4	10 229,3	5 303,5	82 812,9	10 599,5	39 462,0	58 943,4	3 615,2	57 412,4	429,6
2000	376 960,7	10 252,3	5 320,5	83 123,5	10 642,8	39 544,5	59 178,8	3 624,6	57 454,9	434,5
2005	381 812,2	10 367,1	5 398,1	84 373,6	10 870,0	39 981,5	60 330,3	3 681,3	57 626,2	454,9
2010	385 382,2	10 484,0	5 452,3	84 853,6	11 079,3	40 372,4	61 386,8	3 760,1	57 632,9	471,2
2015	387 343,8	10 577,5	5 487,1	84 869,5	11 212,6	40 487,7	62 202,2	3 842,8	57 238,8	485,9
2020	388 232,6	10 657,9	5 525,7	84 670,0	11 269,4	40 307,4	62 830,7	3 908,7	56 543,5	500,8
2025	388 253,7	10 725,8	5 575,7	84 178,8	11 299,7	39 983,4	63 302,0	3 947,3	55 721,5	516,2
2030	387 236,1	10 763,8	5 617,5	83 344,9	11 343,2	39 640,5	63 615,9	3 958,6	54 828,1	530,6
2035	384 887,4	10 754,3	5 629,6	82 273,8	11 390,2	39 250,8	63 693,9	3 947,8	53 817,1	542,4
2040	380 776,5	10 682,7	5 610,8	80 939,2	11 400,1	38 684,5	63 401,4	3 919,8	52 576,4	551,1
2045	374 949,0	10 566,9	5 578,1	79 179,7	11 349,7	37 855,9	62 817,7	3 877,3	51 061,8	557,5
2050	367 729,2	10 427,8	5 541,6	77 089,2	11 242,4	36 736,4	62 063,0	3 818,0	49 286,9	562,6

Quelle: Eurostat, Datenbank NewCronos (Demographie).

1.2.1 Gesamtfruchtbarkeitsrate

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1960	2,59	2,56	2,54	2,37	2,28	2,86	2,73	3,76	2,41	2,28
1965	2,72	2,62	2,61	2,50	2,30	2,94	2,84	4,03	2,66	2,42
1970	2,38	2,25	1,95	2,03	2,39	2,90	2,47	3,93	2,42	1,98
1975	1,96	1,74	1,92	1,48	2,38	2,80	1,93	3,40	2,20	1,55
1980	1,82	1,68	1,55	1,56	2,21	2,20	1,95	3,25	1,64	1,49
1985	1,60	1,51	1,45	1,37	1,68	1,64	1,81	2,50	1,42	1,38
1990	1,57	1,62	1,67	1,45	1,39	1,36	1,78	2,11	1,33	1,61
1991	1,53	1,66	1,68	1,33	1,38	1,33	1,77	2,08	1,31	1,60
1992	1,51	1,65	1,76	1,30	1,38	1,32	1,73	1,99	1,31	1,64
1993	1,47	1,61	1,75	1,28	1,34	1,27	1,65	1,90	1,25	1,70
1994	1,44	1,56	1,81	1,24	1,35	1,21	1,66	1,85	1,21	1,72
1995	1,42	1,55	1,80	1,25	1,32	1,18	1,70	1,84	1,18	1,69
1996	1,44	1,55	1,75	1,32	1,30	1,17	1,72	1,88	1,20	1,76
1997	1,45	1,55	1,75	1,37	1,31	1,16	1,71	1,92	1,22	1,71
1998	1,45	1,53	1,72	1,36	1,29	1,15	1,75	1,93	1,19	1,68
1999	1,45	1,61	1,73	1,36	1,28	1,20	1,79	1,88	1,23	1,73
2000	1,48	1,66	1,77	1,36	1,29	1,24	1,89	1,89	1,23	1,79
2001	1,47	1,65	1,34	1,27	1,29	1,25	1,90	1,98	1,29	1,70

Quelle: Eurostat, Datenbank NewCronos (Demographie).

1 Bevölkerung und sozioökonomischer Hintergrund

(in %)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
63,7	51,4	59,1	61,0	52,3	54,0	75,7	58,7	52,3	1960
61,0	57,0	59,5	54,7	50,5	55,1	75,5	57,9	52,7	1965
60,0	62,2	61,7	51,3	52,5	59,1	71,4	59,6	53,8	1970
57,1	61,8	60,7	48,5	55,5	59,9	65,2	60,0	54,0	1975
51,7	56,6	58,6	47,8	56,2	56,5	60,0	58,8	51,1	1980
46,4	48,3	55,4	46,7	54,6	52,3	57,3	55,7	46,6	1985
45,0	47,9	51,6	48,5	55,4	52,9	55,2	54,4	46,2	1990
45,2	47,8	50,6	48,7	55,7	53,3	55,3	54,5	46,5	1991
45,4	48,0	49,8	48,8	56,2	53,8	55,1	54,6	46,6	1992
45,7	48,1	49,0	49,1	56,6	54,1	55,6	54,8	47,1	1993
45,9	48,3	48,5	49,3	56,9	54,3	55,8	54,8	47,5	1994
46,2	48,5	48,0	49,7	57,1	54,2	55,6	54,8	47,8	1995
46,4	48,6	47,6	49,9	57,0	54,1	55,3	54,9	48,0	1996
46,6	48,5	47,7	50,0	56,8	53,9	55,0	54,9	48,3	1997
46,8	48,3	47,6	49,9	56,6	53,7	54,5	54,8	48,4	1998
47,1	48,1	47,5	49,6	56,2	53,4	53,9	54,6	48,5	1999
47,4	47,8	47,6	49,4	55,8	53,0	53,6	54,4	48,6	2000
47,5	47,4	47,9	49,4	55,3	:	53,4	54,1	48,6	2001

(in 1 000)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
15 422,8	8 039,9	9 912,1	5 098,8	8 816,4	58 503,6	267,0	4 348,4	:	1995
15 498,3	8 058,7	9 921,0	5 115,1	8 835,7	58 692,6	268,2	4 369,2	:	1996
15 584,8	8 079,2	9 934,2	5 132,0	8 857,5	58 860,1	270,7	4 392,3	:	1997
15 676,9	8 100,6	9 951,2	5 147,9	8 881,3	59 011,0	273,1	4 415,6	:	1998
15 772,3	8 122,3	9 970,9	5 163,4	8 906,1	59 147,7	275,5	4 439,0	:	1999
15 868,2	8 144,0	9 993,0	5 178,4	8 931,6	59 269,2	277,9	4 462,0	:	2000
16 311,3	8 241,6	10 130,6	5 241,8	9 055,2	59 748,7	288,5	4 570,6	:	2005
16 659,1	8 325,5	10 292,7	5 290,1	9 175,9	60 146,1	297,3	4 662,8	:	2010
16 940,3	8 388,2	10 421,2	5 325,1	9 307,0	60 557,9	304,7	4 750,3	:	2015
17 204,5	8 442,7	10 512,6	5 350,3	9 470,2	61 038,3	311,1	4 850,6	:	2020
17 459,0	8 484,6	10 594,4	5 363,8	9 641,0	61 460,4	316,5	4 959,0	:	2025
17 665,9	8 497,8	10 677,8	5 351,8	9 772,3	61 627,5	320,3	5 053,2	:	2030
17 777,1	8 475,3	10 747,2	5 306,3	9 855,3	61 426,4	321,5	5 114,7	:	2035
17 770,5	8 425,2	10 776,3	5 232,7	9 914,3	60 891,6	319,8	5 142,4	:	2040
17 684,1	8 345,6	10 754,1	5 153,0	9 987,6	60 179,9	315,9	5 154,3	:	2045
17 563,9	8 240,7	10 681,1	5 078,3	10 082,3	59 315,1	310,6	5 160,8	:	2050

(Anzahl der Geburten je Frau)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
3,12	2,69	3,10	2,72	2,20	2,72	4,17	2,91	2,44	1960
3,04	2,70	3,14	2,48	2,42	2,89	3,71	2,95	2,61	1965
2,57	2,29	2,83	1,83	1,92	2,43	2,81	2,50	2,10	1970
1,66	1,82	2,58	1,68	1,77	1,81	2,65	1,98	1,61	1975
1,60	1,62	2,18	1,63	1,68	1,90	2,48	1,72	1,55	1980
1,51	1,47	1,72	1,65	1,74	1,79	1,93	1,68	1,52	1985
1,62	1,45	1,57	1,78	2,13	1,83	2,30	1,93	1,59	1990
1,61	1,49	1,57	1,79	2,11	1,81	2,18	1,92	1,60	1991
1,59	1,49	1,54	1,85	2,09	1,79	2,21	1,88	1,58	1992
1,57	1,48	1,52	1,81	1,99	1,75	2,22	1,86	1,51	1993
1,57	1,44	1,44	1,85	1,88	1,74	2,14	1,86	1,49	1994
1,53	1,40	1,40	1,81	1,73	1,71	2,08	1,87	1,48	1995
1,53	1,42	1,43	1,76	1,60	1,72	2,12	1,89	1,50	1996
1,56	1,37	1,46	1,75	1,52	1,72	2,04	1,86	1,51	1997
1,63	1,34	1,46	1,70	1,50	1,71	2,05	1,81	1,46	1998
1,65	1,32	1,49	1,74	1,50	1,68	1,99	1,84	1,48	1999
1,72	1,34	1,52	1,73	1,54	1,65	2,08	1,85	1,50	2000
1,69	1,29	1,42	1,73	1,57	1,63	1,95	:	1,41	2001

1.2.2 Bruttogeburtenziffer (Rohe Geburtenziffer)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1960	18,3	17,0	16,6	17,3	18,9	21,5	17,9	21,4	18,1	16,0
1965	18,5	16,5	18,0	17,4	17,7	21,0	17,7	22,1	19,0	16,0
1970	16,2	14,8	14,4	13,5	16,5	19,6	16,7	21,8	16,7	13,0
1975	13,6	12,2	14,2	9,9	15,7	18,8	14,1	21,1	14,9	11,1
1980	13,0	12,6	11,2	11,1	15,4	15,3	14,9	21,8	11,3	11,4
1985	11,9	11,6	10,5	10,5	11,7	11,9	13,9	17,6	10,2	11,2
1990	12,0	12,4	12,3	11,4	10,1	10,3	13,4	15,1	10,0	12,9
1991	11,7	12,6	12,5	10,4	10,0	10,2	13,3	15,0	9,9	12,9
1992	11,5	12,4	13,1	10,0	10,1	10,2	13,0	14,4	10,0	13,1
1993	11,2	12,0	13,0	9,8	9,8	9,9	12,3	13,8	9,6	13,4
1994	10,9	11,5	13,4	9,5	10,0	9,5	12,3	13,5	9,3	13,5
1995	10,8	11,4	13,3	9,4	9,7	9,3	12,6	13,5	9,2	13,2
1996	10,8	11,4	12,9	9,7	9,6	9,2	12,7	14,0	9,2	13,7
1997	10,8	11,4	12,8	9,9	9,7	9,4	12,5	14,3	9,2	13,1
1998	10,7	11,2	12,5	9,6	9,6	9,2	12,7	14,4	9,0	12,6
1999	10,6	11,1	12,4	9,4	9,5	9,5	12,7	14,2	9,1	12,9
2000	10,7	11,3	12,6	9,2	9,6	9,8	13,1	14,3	9,4	13,1

Quelle: Eurostat, Datenbank NewCronos (Demographie).

1.2.3 Bruttosterbeziffer (Rohe Sterbeziffer)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1960	10,7	12,5	9,5	12,0	7,3	8,6	11,4	11,5	9,6	11,8
1965	10,7	12,2	10,1	11,9	7,9	8,3	11,2	11,5	9,9	12,2
1970	10,8	12,3	9,8	12,6	8,4	8,3	10,7	11,4	9,7	12,2
1975	10,9	12,2	10,1	12,6	8,9	8,4	10,6	10,4	10,0	12,2
1980	10,5	11,5	10,9	12,2	9,1	7,7	10,2	9,8	9,8	11,3
1985	10,5	11,3	11,4	12,0	9,4	8,1	10,0	9,4	9,7	11,0
1990	10,2	10,4	11,9	11,6	9,3	8,6	9,3	8,9	9,6	9,9
1991	10,2	10,4	11,6	11,4	9,3	8,7	9,2	8,9	9,8	9,7
1992	10,0	10,4	11,8	11,0	9,5	8,5	9,1	8,7	9,6	10,2
1993	10,2	10,7	12,1	11,1	9,4	8,7	9,2	9,0	9,7	9,8
1994	9,9	10,4	11,7	10,9	9,4	8,6	9,0	8,6	9,7	9,4
1995	10,0	10,5	12,1	10,8	9,6	8,8	9,1	8,8	9,7	9,3
1996	10,0	10,4	11,6	10,8	9,6	8,9	9,2	8,7	9,5	9,4
1997	9,9	10,2	11,3	10,5	9,6	9,1	9,1	8,6	9,6	9,4
1998	9,8	10,2	11,0	10,3	9,5	8,9	9,2	8,5	9,9	9,0
1999	9,9	10,3	11,1	11,1	9,8	9,4	9,2	8,4	9,9	8,8
2000	9,7	10,3	10,9	10,9	9,8	9,1	9,1	8,2	9,7	8,6

Quelle: Eurostat, Datenbank NewCronos (Demographie).

1 Bevölkerung und sozioökonomischer Hintergrund

(Lebendgeburten je 1 000 Einwohner)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
20,8	17,9	24,1	18,5	13,7	17,5	28,0	17,3	17,7	1960
19,9	17,9	23,4	17,1	15,9	18,3	24,6	17,8	19,1	1965
18,3	15,0	20,8	14,0	13,7	16,2	19,7	16,7	16,1	1970
13,0	12,4	19,8	13,9	12,6	12,4	20,1	14,1	12,4	1975
12,8	12,0	16,2	13,2	11,7	13,4	19,8	12,5	11,7	1980
12,3	11,5	13,0	12,8	11,8	13,2	16,0	12,3	11,5	1985
13,2	11,7	11,8	13,1	14,5	13,9	18,7	14,4	12,5	1990
13,2	12,1	11,8	13,0	14,4	13,7	17,6	14,3	12,7	1991
13,0	12,0	11,7	13,2	14,2	13,5	17,7	14,0	12,6	1992
12,8	11,9	11,5	12,8	13,5	13,1	17,5	13,8	12,1	1993
12,7	11,5	11,0	12,8	12,8	12,9	16,7	13,9	11,9	1994
12,3	11,0	10,8	12,3	11,7	12,5	16,0	13,8	11,7	1995
12,2	11,0	11,1	11,8	10,8	12,5	16,1	13,9	11,7	1996
12,3	10,4	11,4	11,5	10,2	12,3	15,3	13,6	11,4	1997
12,7	10,1	11,4	11,1	10,1	12,1	15,2	13,2	11,0	1998
12,7	9,7	11,5	11,2	10,0	11,8	14,8	13,3	11,0	1999
13,0	9,6	12,0	11,0	10,2	11,4	15,3	13,2	10,9	2000

(Todesfälle je 1 000 Einwohner)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
7,6	12,7	10,7	9,0	10,0	11,5	6,6	9,1	9,8	1960
8,0	13,0	10,6	9,7	10,1	11,6	6,7	9,4	9,5	1965
8,4	13,2	10,7	9,6	9,9	11,8	7,1	10,0	9,2	1970
8,3	12,7	10,8	9,3	10,8	11,8	6,5	10,0	8,8	1975
8,1	12,2	9,7	9,3	11,0	11,7	6,7	10,1	9,4	1980
8,5	11,8	9,7	9,8	11,3	11,8	6,8	10,7	9,2	1985
8,6	10,7	10,4	10,0	11,1	11,1	6,7	10,9	9,5	1990
8,6	10,7	10,6	9,8	11,0	11,2	7,0	10,5	9,2	1991
8,6	10,5	10,3	9,9	10,9	10,9	6,6	10,4	9,1	1992
9,0	10,3	10,8	10,1	11,1	11,3	6,6	10,8	9,0	1993
8,7	10,0	10,1	9,4	10,5	10,7	6,5	10,2	8,9	1994
8,8	10,1	10,5	9,6	10,6	11,0	7,2	10,4	9,0	1995
8,9	10,0	10,8	9,6	10,6	10,8	7,0	10,0	8,9	1996
8,7	9,8	10,6	9,6	10,5	10,7	6,8	10,1	8,9	1997
8,8	9,7	10,8	9,7	10,5	10,4	6,7	9,9	8,9	1998
8,9	9,7	10,8	9,6	10,7	10,6	6,9	10,1	8,7	1999
8,8	9,5	10,6	9,5	10,5	10,2	6,5	9,8	8,7	2000

1.2.4 Wanderungssaldo

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
Nettozahlen										
1960	-117	4	3	174	-31	-142	140	-42	-94	1
1965	40	26	1	323	-40	-70	110	-22	-158	2
1970	:	4	12	560	-46	-28	180	-3	-47	1
1975	283	24	-9	-211	59	14	14	17	10	4
1980	575	-3	0	303	50	112	44	-1	-7	1
1985	299	0	10	56	6	-8	39	-26	82	1
1990	1 104	20	8	628	55	1	80	-23	133	4
1991	1 135	14	11	601	153	23	90	-2	33	4
1992	1 203	25	12	788	49	20	90	2	64	4
1993	900	19	11	471	56	25	70	-6	59	4
1994	726	18	10	330	27	27	50	-10	45	4
1995	:	13	29	431	30	:	45	:	51	5
1996	:	13	17	304	19	:	35	:	120	4
1997	:	6	12	95	21	:	40	20	:	4
1998	:	7	19	47	23	:	40	22	:	4
Wanderungssaldo										
1960	:	0,5	0,7	2,4	-3,7	-4,6	3,1	-14,8	-1,9	1,7
1965	:	2,8	0,1	4,2	-4,7	-2,2	2,3	-7,5	-3,0	5,3
1970	:	0,4	2,4	7,2	-5,3	-0,8	3,5	-1,2	-0,9	3,1
1975	:	2,4	-1,7	-2,7	6,5	0,4	0,3	5,4	0,2	9,7
1980	:	-0,3	0,1	3,9	5,2	3,0	0,8	-0,2	-0,1	3,7
1985	:	0,0	1,9	0,7	0,6	-0,2	0,7	-7,3	1,5	2,2
1990	:	2,0	1,6	7,9	5,4	0,0	1,4	-6,5	2,4	10,3
1991	:	1,4	2,1	7,5	14,9	0,6	1,6	-0,6	0,6	10,8
1992	:	2,5	2,2	9,8	4,7	0,5	1,6	0,6	1,1	10,8
1993	:	1,9	2,1	5,8	5,4	0,6	1,2	-1,7	1,0	10,7
1994	:	1,8	2,0	4,0	2,6	0,7	0,9	-2,8	0,8	9,9
1995	:	1,3	5,5	5,3	2,9	:	0,8	:	0,9	11,3
1996	:	1,3	3,3	3,7	1,8	:	0,6	:	2,1	8,8
1997	:	0,6	2,2	1,2	2,0	:	0,7	5,5	:	9,1
1998	:	0,7	3,5	0,6	2,1	:	0,7	5,9	:	10,2

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Demographie).

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
in 1 000									
-13	-2	-226	-9	9	111	0	-5	22	1960
19	11	-129	-21	33	-44	0	-2	-2	1965
34	10	:	-36	49	-15	-2	-1	-18	1970
72	-25	347	-4	16	-45	0	5	-58	1975
53	9	42	-1	10	-37	-1	4	17	1980
24	7	23	3	11	72	-1	6	14	1985
60	123	-33	7	35	6	-1	2	57	1990
63	59	-25	13	25	73	1	8	69	1991
58	37	-10	9	20	36	0	10	41	1992
60	40	15	8	32	35	0	13	40	1993
37	13	10	3	51	111	-1	7	31	1994
33	:	5	3	12	109	-1	6	15	1995
43	:	10	3	6	93	-1	6	-1	1996
:	3	15	4	6	92	0	11	-7	1997
41	5	15	3	11	:	1	14	1	1998
je 1 000 Einwohner									
-1,1	-0,3	-25,5	-2,1	1,2	2,1	0,0	-1,4	4,2	1960
1,5	1,4	-14,3	-4,6	4,2	-0,8	-0,8	-0,5	-0,3	1965
2,6	1,4	:	-7,9	6,1	-0,3	-8,7	-0,3	-2,9	1970
5,3	-3,2	38,2	-0,8	2,0	-0,8	-1,9	1,2	-9,1	1975
3,7	1,2	4,3	-0,3	1,1	-0,7	-2,7	1,0	2,7	1980
1,7	1,0	2,3	0,6	1,3	1,3	-2,5	1,5	2,1	1985
4,0	15,9	-3,3	1,4	4,1	0,1	-3,9	0,4	8,4	1990
4,2	7,5	-2,5	2,6	2,9	1,3	3,9	1,9	10,1	1991
3,8	4,6	-1,0	1,7	2,3	0,6	-1,0	2,3	5,9	1992
3,9	5,0	1,5	1,7	3,7	0,6	-0,7	3,0	5,7	1993
2,4	1,6	1,0	0,6	5,8	1,9	-3,0	1,7	4,4	1994
2,1	:	0,5	0,6	1,3	1,9	-5,1	1,5	2,1	1995
2,8	:	1,0	0,5	0,7	1,6	-1,9	1,3	-0,2	1996
:	0,4	1,5	0,7	0,7	1,6	0,7	2,4	-1,0	1997
2,6	0,6	1,5	0,7	1,2	:	3,6	3,1	0,1	1998

1.2.5 Komponenten der Bevölkerungsveränderung, 1990-2001

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1990 Bevölkerung⁽¹⁾	363 763,4	9 947,8	5 135,4	79 112,8	10 120,9	38 826,3	56 577,0	3 507,0	56 694,4	379,3
Lebendgeburten	4 379,1	123,8	63,4	905,7	102,2	401,4	762,4	53,0	569,3	4,9
Sterbefälle	3 720,8	104,1	60,9	921,4	94,2	333,1	526,2	31,4	543,7	3,8
Natürlicher Zuwachs	658,3	19,6	2,5	-15,8	8,1	68,3	236,2	21,7	25,5	1,2
Wanderung ⁽²⁾	1 012,8	19,5	8,6	656,2	71,1	-20,0	80,0	-7,7	24,2	3,9
Bevölkerungszuwachs gesamt	1 671,2	39,2	11,1	640,4	79,2	48,3	316,2	14,0	49,8	5,1
1991 Bevölkerung⁽¹⁾	365 382,0	9 987,0	5 146,5	79 753,2	10 200,1	38 874,6	56 840,7	3 521,0	56 744,1	384,4
Lebendgeburten	4 289,8	125,9	64,4	830,0	102,6	396,0	759,1	52,7	562,8	5,0
Sterbefälle	3 730,2	104,1	59,6	911,2	95,5	337,7	524,7	31,3	553,8	3,7
Natürlicher Zuwachs	559,6	21,8	4,8	-81,2	7,1	58,3	234,4	21,4	9,0	1,2
Wanderung ⁽²⁾	1 023,9	13,2	10,9	602,6	87,2	32,2	35,5	5,1	4,2	4,2
Bevölkerungszuwachs gesamt	1 583,5	35,0	15,7	521,3	94,4	90,5	269,9	26,5	13,1	5,4
1992 Bevölkerung⁽¹⁾	366 965,5	10 022,0	5 162,1	80 274,6	10 294,5	38 965,1	57 110,5	3 547,5	56 757,2	389,8
Lebendgeburten	4 247,8	124,8	67,7	809,1	104,1	396,7	743,7	51,1	567,8	5,1
Sterbefälle	3 676,4	104,2	60,8	885,4	98,2	331,5	521,5	30,9	546,7	4,0
Natürlicher Zuwachs	571,4	20,6	6,9	-76,3	5,9	65,2	222,1	20,2	21,2	1,1
Wanderung ⁽²⁾	1 302,7	25,7	11,6	776,4	48,9	26,3	36,5	1,7	181,9	4,3
Bevölkerungszuwachs gesamt	1 874,1	46,3	18,5	700,1	54,7	91,5	258,6	21,9	203,1	5,4
1993 Bevölkerung⁽¹⁾	368 839,7	10 068,3	5 180,6	80 974,6	10 349,2	39 056,6	57 369,2	3 569,4	56 960,3	395,2
Lebendgeburten	4 139,5	120,8	67,4	798,4	101,8	385,8	711,6	49,3	549,5	5,4
Sterbefälle	3 758,6	108,2	62,8	897,3	97,4	339,7	532,3	32,1	552,4	3,9
Natürlicher Zuwachs	381,0	12,7	4,6	-98,8	4,4	46,1	179,3	17,2	-2,9	1,4
Wanderung ⁽²⁾	1 012,2	19,6	11,5	462,3	56,0	32,9	16,5	-3,4	181,1	4,3
Bevölkerungszuwachs gesamt	1 393,2	32,3	16,0	363,5	60,4	79,0	195,8	13,8	178,2	5,7
1994 Bevölkerung⁽¹⁾	370 232,8	10 100,6	5 196,6	81 338,1	10 409,6	39 135,6	57 565,0	3 583,2	57 138,5	400,9
Lebendgeburten	4 052,9	116,4	69,7	769,6	103,8	370,1	711,0	48,3	533,1	5,5
Sterbefälle	3 679,0	104,9	61,1	884,7	97,8	338,2	520,0	30,9	556,3	3,8
Natürlicher Zuwachs	373,9	11,6	8,6	-115,1	6,0	31,9	191,0	17,3	-23,3	1,7
Wanderung ⁽²⁾	734,7	18,4	10,5	315,6	27,3	29,3	-3,5	-2,8	153,4	4,0
Bevölkerungszuwachs gesamt	1 108,5	29,9	19,1	200,5	33,3	61,2	187,5	14,5	130,1	5,7
1995 Bevölkerung⁽¹⁾	371 442,0	10 130,6	5 215,7	81 538,6	10 442,9	39 196,8	57 752,5	3 597,6	57 268,6	406,6
Lebendgeburten	4 009,9	115,6	69,8	765,2	101,5	363,5	729,6	48,8	525,6	5,4
Sterbefälle	3 733,9	105,9	63,1	884,6	100,2	346,2	531,6	32,3	556,7	3,8
Natürlicher Zuwachs	276,0	9,7	6,6	-119,4	1,3	17,2	198,0	16,5	-31,1	1,6
Wanderung ⁽²⁾	737,6	2,8	28,7	398,3	20,9	35,1	-14,6	5,9	95,5	4,6
Bevölkerungszuwachs gesamt	1 013,6	12,5	35,3	278,9	22,2	52,3	183,4	22,4	64,4	6,2
1996 Bevölkerung⁽¹⁾	372 475,6	10 143,0	5 251,0	81 817,5	10 465,1	39 249,1	57 936,0	3 620,1	57 333,0	412,8
Lebendgeburten	4 040,1	116,2	67,6	796,0	100,7	362,6	734,3	50,7	528,1	5,7
Sterbefälle	3 732,3	105,3	61,0	882,8	100,7	351,4	535,8	31,7	554,6	3,9
Natürlicher Zuwachs	307,8	10,9	6,6	-86,8	0,0	11,2	198,6	18,9	-26,5	1,8
Wanderung ⁽²⁾	688,2	16,3	17,5	281,5	21,6	48,2	-18,5	13,2	154,5	3,7
Bevölkerungszuwachs gesamt	996,0	27,2	24,1	194,7	21,5	59,4	180,1	32,1	128,0	5,5
1997 Bevölkerung⁽¹⁾	373 486,6	10 170,2	5 275,1	82 012,2	10 486,6	39 308,5	58 116,0	3 652,2	57 461,0	418,3
Lebendgeburten	4 046,4	115,9	67,6	812,2	102,0	369,0	726,8	52,3	528,9	5,5
Sterbefälle	3 684,9	103,9	59,9	860,4	99,7	349,5	530,3	31,6	553,1	3,9
Natürlicher Zuwachs	361,5	12,0	7,7	-48,2	2,3	19,5	196,4	20,7	-24,2 p	1,6
Wanderung ⁽²⁾	482,0	10,0	12,0	93,4	22,1	59,5	-13,5 p	21,1	126,6	3,8
Bevölkerungszuwachs gesamt	843,5	22,0	19,7	45,2	24,4	79,0	182,9	41,8	102,4	5,4
1998 Bevölkerung⁽¹⁾	374 345,1	10 192,3	5 294,9	82 057,4	10 511,0	39 387,5	58 299,0	3 694,0	57 563,4	423,7
Lebendgeburten	4 000,2	114,3	66,2	785,0	100,9	361,9	740,3	53,6	515,4	5,4
Sterbefälle	3 715,2	104,6	58,4	852,4	102,7	357,9	540,4	31,4	569,4	3,9
Natürlicher Zuwachs	285,0	9,7	7,7	-67,3	-1,8	4,0	199,9	22,2	-54,0 p	1,5
Wanderung ⁽²⁾	515,4	11,8	11,0	47,0	12,5	127,7	-2,2 p	18,7	103,2	4,0
Bevölkerungszuwachs gesamt	800,4	21,5	18,7	-20,4	10,7	131,7	197,7	40,9	49,3	5,5
1999 Bevölkerung⁽¹⁾	375 276,8	10 213,8	5 313,6	82 037,0	10 521,7	39 519,2	58 496,6	3 734,9	57 612,6	429,2
Lebendgeburten	3 996,6	113,5 (*)	66,2 (*)	770,7 (*)	100,6 (*)	377,8 (*)	744,8 (*)	53,4 (*)	523,5 (*)	5,6 (*)
Sterbefälle	3 735,2	104,9 (*)	59,2 (*)	846,3 (*)	103,3 (*)	370,4 (*)	541,6 (*)	31,7 (*)	570,9 (*)	3,8 (*)
Natürlicher Zuwachs	261,4	8,6 (*)	7,1 (*)	-75,6 (*)	-2,7 (*)	7,4 (*)	203,2 (*)	21,7 (*)	-47,5 e	1,8 (*)
Wanderung ⁽²⁾	897,4	16,8 (*)	9,4 (*)	202,1 (*)	23,8 (*)	206,4 (*)	44,3 (*)	20,0 (*)	114,7 (*)	4,7 (*)
Bevölkerungszuwachs gesamt	1 158,7	25,3 (*)	16,4 (*)	126,5 (*)	21,1 (*)	213,8 (*)	247,5 (*)	41,7 (*)	67,3 (*)	6,5 (*)
2000 Bevölkerung⁽¹⁾	376 481,8	10 239,1	5 330,0	82 163,5	10 554,4	39 733,0	58 748,7	3 776,6	57 679,9	435,7
Lebendgeburten	: e	: p	67,1	754,1	101,0 (*)	395,8 (*)	778,9	54,2 (*)	543,0 (*)	5,7 (*)
Sterbefälle	3 662,6 (*)	104,9	58,0	830,3	103,0 (*)	359,1 (*)	538,3	31,1 (*)	560,2 (*)	3,8 (*)
Natürlicher Zuwachs	: e	: p	9,1	-76,2 p	-2,0 e	36,6 (*)	240,6	23,1 (*)	-17,2 e	2,0 (*)
Wanderung ⁽²⁾	: e	: ep	10,1 (*)	105,3 (*)	23,9 (*)	352,1	55,0 (*)	26,5 (*)	181,3 (*)	3,6 (*)
Bevölkerungszuwachs gesamt	1 444,5 (*)	24,3 (*)	19,2 (*)	29,1 (*)	21,9 (*)	388,7	295,6 (*)	49,6 (*)	164,1 (*)	5,6 (*)
2001 Bevölkerung⁽¹⁾	377 987,8	10 263,4	5 349,2	82 259,5	10 564,7	40 121,7	59 037,2	3 826,2	57 844,0	441,3

(1) Zum 1. Januar.

(2) Einschließlich Korrekturen.

(*) Geschätzt.

Vorläufige Zahlen in Kursivschrift.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Demographie).

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
14 892,6	7 689,5	9 919,7	4 974,4	8 527,0	57 459,3	253,8	4 233,1	6 673,9	1990 Bevölkerung (1)
198,0	90,5	116,4	65,5	123,9	798,6	4,8	60,9	83,9	Lebendgeburten
128,8	83,0	103,1	50,1	95,2	641,8	1,7	46,0	63,7	Sterbefälle
69,1	7,5	13,3	15,5	28,8	156,8	3,1	14,9	20,2	Natürlicher Zuwachs
48,7	71,9	-55,5	8,6	34,8	68,4	-1,0	1,8	56,6	Wanderung (2)
117,9	79,4	-42,2	24,1	63,6	225,2	2,1	16,7	76,8	Bevölkerungszuwachs gesamt
15 010,4	7 768,9	9 877,5	4 998,5	8 590,6	57 684,5	255,9	4 249,8	6 750,7	1991 Bevölkerung (1)
198,7	94,6	116,4	65,4	123,7	792,5	4,5	60,8	86,2	Lebendgeburten
130,0	83,4	104,4	49,3	95,2	646,2	1,8	44,9	62,6	Sterbefälle
68,7	11,2	12,1	16,1	28,5	146,3	2,7	15,9	23,6	Natürlicher Zuwachs
50,0	87,7	-24,6	14,4	25,0	76,4	1,1	7,9	68,5	Wanderung (2)
118,7	98,9	-12,6	30,5	53,5	222,7	3,9	23,8	92,1	Bevölkerungszuwachs gesamt
15 129,2	7 867,8	9 864,9	5 029,0	8 644,1	57 907,3	259,7	4 273,6	6 842,8	1992 Bevölkerung (1)
196,7	95,3	115,0	66,7	122,8	781,0	4,6	60,1	86,9	Lebendgeburten
129,9	83,2	101,2	49,8	94,7	634,2	1,7	44,7	62,3	Sterbefälle
66,8	12,1	13,9	16,9	28,1	146,8	2,9	15,4	24,6	Natürlicher Zuwachs
43,2	82,1	-9,6	9,1	19,8	44,9	-0,2	10,2	40,6	Wanderung (2)
110,0	94,2	4,3	26,0	47,9	191,7	2,7	25,5	65,2	Bevölkerungszuwachs gesamt
15 239,2	7 962,0	9 869,2	5 055,0	8 692,0	58 098,9	262,4	4 299,2	6 908,0	1993 Bevölkerung (1)
195,7	95,2	114,0	64,8	118,0	761,7	4,6	59,7	83,8	Lebendgeburten
137,8	82,5	106,4	51,0	97,0	657,9	1,8	46,6	62,5	Sterbefälle
58,0	12,7	7,6	13,8	21,0	103,9	2,9	13,1	21,3	Natürlicher Zuwachs
44,4	40,3	15,3	9,1	32,1	90,1	-0,2	12,6	39,4	Wanderung (2)
102,4	53,0	23,0	22,9	53,1	194,0	2,7	25,6	60,6	Bevölkerungszuwachs gesamt
15 341,6	8 015,0	9 892,2	5 077,9	8 745,1	58 292,9	265,1	4 324,8	6 968,6	1994 Bevölkerung (1)
195,6	92,4	109,3	65,2	112,3	750,7	4,4	60,1	83,0	Lebendgeburten
133,5	80,7	99,6	48,0	91,8	627,6	1,7	44,1	62,0	Sterbefälle
62,1	11,7	9,7	17,2	20,4	123,0	2,7	16,0	21,0	Natürlicher Zuwachs
20,4	13,1	10,3	3,6	50,9	84,2	-0,8	7,6	29,5	Wanderung (2)
82,6	24,8	20,0	20,8	71,3	207,3	1,9	23,6	50,4	Bevölkerungszuwachs gesamt
15 424,1	8 039,9	10 012,8	5 098,8	8 816,4	58 500,2	267,0	4 348,4	7 019,0	1995 Bevölkerung (1)
190,5	88,7	107,2	63,1	103,4	732,0	4,3	60,3	82,2	Lebendgeburten
135,7	81,2	103,9	49,3	94,0	645,5	1,9	45,2	63,4	Sterbefälle
54,8	7,5	3,2	13,8	9,5	86,6	2,4	15,1	18,8	Natürlicher Zuwachs
14,9	7,4	5,4	4,3	11,6	116,9	-1,4	6,4	24,5	Wanderung (2)
69,8	14,9	8,6	18,1	21,1	203,4	1,0	21,5	43,3	Bevölkerungszuwachs gesamt
15 493,9	8 054,8	10 041,4	5 116,8	8 837,5	58 703,6	268,0	4 370,0	7 062,4	1996 Bevölkerung (1)
189,5	88,8	110,4	60,7	95,3	733,4	4,3	60,9	83,0	Lebendgeburten
137,6	80,8	107,3	49,2	94,1	636,0	1,9	43,9	62,6	Sterbefälle
52,0	8,0	3,1	11,6	1,2	97,4	2,5	17,1	20,4	Natürlicher Zuwachs
21,3	5,0	10,2	3,9	5,8	104,1	-0,5	5,7	-1,4	Wanderung (2)
73,2	13,0	13,4	15,5	7,0	201,4	1,9	22,8	19,0	Bevölkerungszuwachs gesamt
15 567,1	8 067,8	10 069,8	5 132,3	8 844,5	58 905,1	269,9	4 392,7	7 081,3	1997 Bevölkerung (1)
192,4	84,0	113,0	59,3	90,5	726,8	4,2	59,8	80,6	Lebendgeburten
135,8	79,4	105,2	49,1	93,3	629,7	1,8	44,6	62,8	Sterbefälle
56,7	4,6	7,9	10,2	-2,8	97,1	2,3	15,2	17,7	Natürlicher Zuwachs
30,4	3,0	15,3	4,8	6,0	87,5	0,2	9,7	-2,6	Wanderung (2)
87,1	7,6	23,2	15,0	3,1	184,5	2,5	24,9	15,1	Bevölkerungszuwachs gesamt
15 654,2	8 075,4	10 107,9	5 147,3	8 847,6	59 089,6	272,4	4 417,6	7 096,5	1998 Bevölkerung (1)
199,4	81,2	113,5	57,1	89,0	716,9	4,2	58,4	78,4	Lebendgeburten
137,5	78,3	106,6	49,3	93,3	629,2	1,8	44,0	62,6	Sterbefälle
61,9	2,9	6,9	7,8	-4,2	87,7	2,4	14,4	15,8	Natürlicher Zuwachs
44,1	4,5	15,2	4,5	10,9	102,5 (*)	1,0	13,4	11,3	Wanderung (2)
106,0	7,4	22,2	12,3	6,7	190,2 (*)	3,3	27,7	27,1	Bevölkerungszuwachs gesamt
15 760,2	8 082,8	10 150,1	5 159,6	8 854,3	59 391,1	275,7	4 445,3	7 123,5	1999 Bevölkerung (1)
200,4 (*)	78,1 (*)	116,0 (*)	57,6 (*)	88,2 (*)	700,2 (*)	4,1 (*)	59,3 (*)	78,4 (*)	Lebendgeburten
140,5 (*)	78,2 (*)	108,3 (*)	49,3 (*)	94,7 (*)	632,1 (*)	1,9 (*)	45,2 (*)	62,5 (*)	Sterbefälle
60,0 (*)	-0,1 e	7,8 (*)	8,2 (*)	-6,6 (*)	68,1 (*)	2,2 (*)	14,1 (*)	15,9 (*)	Natürlicher Zuwachs
43,8 (*)	19,8 (*)	10,4 (*)	3,4 (*)	13,7 (*)	164,1 (*)	1,1 (*)	19,0 (*)	25,0 (*)	Wanderung (2)
103,7 (*)	19,7 (*)	18,1 (*)	11,7 (*)	7,1 (*)	232,3 (*)	3,3 (*)	33,2 (*)	40,9 (*)	Bevölkerungszuwachs gesamt
15 864,0	8 102,6	10 198,2	5 171,3	8 861,4	59 623,4	279,0	4 478,5	7 164,4	2000 Bevölkerung (1)
206,6	78,3 (*)	120,0	56,7 (*)	90,4 (*)	679,3 (*)	4,3 (*)	59,2 (*)	78,5 (*)	Lebendgeburten
140,5	76,8 (*)	105,4	49,3 (*)	93,5 (*)	608,4 (*)	1,9 (*)	44,0 (*)	62,5 (*)	Sterbefälle
66,1	1,5 (*)	14,6	7,4 (*)	-3,0 (*)	70,9 (*)	2,4 (*)	15,2 (*)	15,9 (*)	Natürlicher Zuwachs
57,0 (*)	17,3 (*)	50,0 (*)	2,4 (*)	24,4 (*)	140,0 (*)	1,9 (*)	9,7 (*)	23,7 (*)	Wanderung (2)
123,1 (*)	18,8 (*)	64,6 (*)	9,8 (*)	21,4 (*)	208,7 (*)	4,3 (*)	24,9 (*)	39,6 (*)	Bevölkerungszuwachs gesamt
15 987,1	8 121,3	10 262,9	5 181,1	8 882,8	59 862,8	283,4	4 503,4	7 204,1	2001 Bevölkerung (1)

1.3.1 Lebenserwartung bei der Geburt, Männer und Frauen

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1950	Männer	:	62,0	:	64,6	63,4	59,8	62,9	64,5	63,7	:
	Frauen	:	67,3	:	68,5	68,5	64,3	68,5	67,1	67,2	:
1960	Männer	67,4	67,7	70,4	:	67,3	67,4	66,9	68,1	67,2	66,5
	Frauen	72,9	73,5	74,4	:	72,4	72,2	73,6	71,9	72,3	72,2
1970	Männer	68,4	67,8	70,7	:	70,1	69,2	68,4	68,8	69,0	67,1
	Frauen	74,7	74,2	75,9	:	73,8	74,8	75,9	73,5	74,9	73,4
1980	Männer	70,5	70,0	71,2	69,6	72,2	72,5	70,2	70,1	70,6	69,1
	Frauen	77,2	76,8	77,3	76,1	76,8	78,6	78,4	75,6	77,4	75,9
1990	Männer	72,8	72,7	72,0	72,0	74,6	73,3	72,7	72,1	73,6	72,3
	Frauen	79,4	79,4	77,7	78,4	79,5	80,4	80,9	77,6	80,1	78,5
1995	Männer	73,9	73,4	72,7	73,3	75,0	74,3	73,9	72,9	74,9	73,0
	Frauen	80,4	80,2	77,8	79,7	80,3	81,5	81,9	78,4	81,3	80,2
1996	Männer	74,2	73,8	73,1	73,6	75,1	74,4	74,1	73,1	75,3	73,3
	Frauen	80,6	80,5	78,2	79,9	80,4	81,7	82,0	78,7	81,4	79,9
1997	Männer	74,6	74,1	73,6	74,0	75,6	75,0	74,6	73,4	74,9	74,1
	Frauen	80,9	80,6	78,4	80,3	80,8	81,9	82,2	78,6	81,3	79,8
1998	Männer	74,6	74,3	73,9	74,5	75,5	75,1	74,8	73,5	75,5	73,7
	Frauen	80,9	80,5	78,8	80,6	80,6	82,1	82,4	79,1	81,8	80,5
1999	Männer	74,9	74,4	74,2	74,7	75,5	75,1	75,0	73,9	75,6	74,6
	Frauen	81,1	80,8	79,0	80,7	80,6	82,1	82,5	79,1	82,3	81,1
2000	Männer	75,3	74,6	74,5	:	:	75,5	75,2	74,2	76,3	74,9
	Frauen	81,4	80,8	79,3	:	:	82,7	82,7	79,2	82,4	81,3

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Demographie).

1.3.2 Lebenserwartung im Alter von 55 Jahren, Männer und Frauen

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1960	Männer	19,7	:	:	:	:	:	:	:	:	:
	Frauen	23,3	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1970	Männer	19,8	:	:	:	:	:	:	:	:	:
	Frauen	24,1	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1980	Männer	20,7	:	:	:	:	:	:	:	:	:
	Frauen	25,5	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1990	Männer	22,1	21,8	21,2	21,2	23,5	23,1	22,8	20,7	22,6	21,7
	Frauen	26,9	27,1	25,6	26,0	26,8	27,9	28,6	25,1	27,4	26,6
1995	Männer	22,9	22,5	21,5	22,1	23,9	23,7	23,6	21,3	23,6	22,0
	Frauen	27,8	27,7	25,4	27,1	27,4	28,8	29,3	25,7	28,4	27,8
1996	Männer	23,0	22,7	21,8	22,4	24,0	23,7	23,6	21,6	23,8	22,0
	Frauen	27,9	27,9	25,8	27,2	27,5	28,9	29,4	25,8	28,6	27,7
1997	Männer	23,4	23,0	22,2	22,7	24,4	23,9	23,9	21,8	:	22,6
	Frauen	28,1	28,0	25,9	27,5	27,8	29,0	29,6	25,9	:	27,4
1998	Männer	:	23,0	22,4	23,0	24,3	23,9	24,0	22,0	:	22,6
	Frauen	:	28,0	26,1	27,7	27,7	29,1	29,7	26,2	:	27,8
1999	Männer	:	23,1	22,6	23,2	24,2	23,9	24,1	22,1	:	23,2
	Frauen	:	28,1	26,2	27,8	27,6	29,0	29,7	26,2	:	28,3
2000	Männer	:	23,3	22,9	:	:	:	:	22,5	:	23,3
	Frauen	:	28,2	26,5	:	:	:	:	26,3	:	28,3

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Demographie).

1 Bevölkerung und sozioökonomischer Hintergrund

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH		
:	:	56,4	:	:	66,2	:	:	:	1950	Männer
:	:	61,6	:	:	71,2	:	:	:		Frauen
71,5	66,2	61,2	65,5	71,2	67,9	71,3	71,6	68,7	1960	Männer
75,3	72,7	66,8	72,5	74,9	73,7	76,4	76,0	74,5		Frauen
70,7	66,5	64,2	66,5	72,2	68,7	71,2	71,2	70,7	1970	Männer
76,5	73,4	70,8	75,0	77,1	75,0	77,3	77,5	76,9		Frauen
72,7	69,0	67,7	69,2	72,8	70,2	73,4	72,3	72,8	1980	Männer
79,3	76,1	75,2	77,6	78,8	76,2	80,1	79,2	79,6		Frauen
73,8	72,4	70,4	70,9	74,8	72,9	75,4	73,4	74,0	1990	Männer
80,9	78,9	77,4	78,9	80,4	78,5	80,5	79,8	80,7		Frauen
74,6	73,6	71,2	72,8	76,2	74,0	75,9	74,8	75,3	1995	Männer
80,4	80,1	78,6	80,2	81,4	79,2	80,0	80,8	81,7		Frauen
74,7	73,9	71,1	73,0	76,5	74,3	76,5	75,4	75,9	1996	Männer
80,3	80,2	78,6	80,5	81,5	79,5	81,2	81,0	82,0		Frauen
75,2	74,3	71,6	73,4	76,7	74,7	76,3	75,5	76,3	1997	Männer
80,5	80,6	78,8	80,5	81,8	79,6	81,5	81,0	82,1		Frauen
75,2	74,7	71,7	73,5	76,9	74,8	77,7	75,6	76,3	1998	Männer
80,6	80,9	78,9	80,8	81,9	79,7	81,5	81,3	82,4		Frauen
75,3	75,1	72,2	73,8	77,1	75,0	77,7	75,6	76,8	1999	Männer
80,5	81,0	79,2	81,0	81,9	79,8	81,5	81,1	82,5		Frauen
75,5	75,4	72,7	74,2	77,4	75,4	78,0	76,0	76,9	2000	Männer
80,5	81,2	79,7	81,0	82,0	80,2	81,4	81,4	82,6		Frauen

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH		
:	:	:	:	:	:	:	22,0	:	1960	Männer
:	:	:	:	:	:	:	24,5	:		Frauen
:	18,6	:	:	:	:	:	21,1	:	1970	Männer
:	23,0	:	:	:	:	:	25,3	:		Frauen
:	20,0	:	:	:	:	:	21,6	:	1980	Männer
:	24,5	:	:	:	:	:	26,6	:		Frauen
22,1	21,7	21,3	20,9	23,1	21,5	24,1	22,2	23,0	1990	Männer
27,5	26,5	25,6	26,4	27,6	26,0	27,8	27,1	28,2		Frauen
22,6	22,6	21,8	22,0	24,0	22,3	24,3	23,0	24,1	1995	Männer
27,6	27,3	26,3	27,3	28,3	26,5	27,7	27,7	28,9		Frauen
22,6	22,8	21,6	22,2	24,2	22,6	24,1	23,5	24,4	1996	Männer
27,6	27,4	26,4	27,6	28,4	26,7	28,0	28,0	29,1		Frauen
23,0	23,0	21,9	22,6	24,4	22,9	24,2	23,6	24,6	1997	Männer
27,8	27,8	26,6	27,7	28,6	26,9	28,3	28,0	29,2		Frauen
23,0	23,3	22,0	22,5	24,5	23,0	24,8	23,7	24,6	1998	Männer
27,8	28,0	26,6	27,9	28,6	26,9	28,4	28,3	29,4		Frauen
23,2	23,5	22,2	22,7	24,6	23,2	25,1	23,8	24,9	1999	Männer
27,7	28,1	26,7	28,0	28,6	27,0	28,0	28,1	29,5		Frauen
23,3	24,0	22,5	23,2	24,9	23,6	26,5	24,2	25,1	2000	Männer
27,8	28,3	27,1	28,1	28,7	27,4	28,0	28,3	29,4		Frauen

1.3.3 Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren, Männer und Frauen

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1950	Männer	:	12,3	:	:	13,0	11,8	12,3	12,1	12,6	:
	Frauen	:	13,9	:	:	13,7	13,5	14,6	13,3	13,7	:
1960	Männer	12,7	12,4	13,7	:	13,4	13,1	12,5	12,6	13,4	12,5
	Frauen	15,1	14,8	15,3	:	14,6	15,3	15,6	14,4	15,3	14,5
1970	Männer	12,6	12,1	13,7	:	13,9	13,3	13,0	12,4	13,3	12,1
	Frauen	15,9	15,3	16,7	:	15,2	16,0	16,8	15,0	16,2	14,9
1980	Männer	13,4	13,0	13,6	:	14,6	14,8	14,0	12,6	13,3	12,3
	Frauen	17,1	16,9	17,6	:	16,8	17,9	18,2	15,7	17,1	16,0
1990	Männer	14,6	14,3	14,0	14,0	15,7	15,4	15,6	13,3	15,1	14,2
	Frauen	18,4	18,5	17,8	17,6	18,0	19,1	19,9	16,9	18,8	18,2
1995	Männer	15,3	14,8	14,1	14,7	16,1	16,0	16,1	13,6	15,8	14,7
	Frauen	19,1	19,1	17,5	18,5	18,4	19,8	20,6	17,3	19,6	19,2
1996	Männer	15,4	15,0	14,4	14,9	16,1	16,0	16,1	13,9	16,0	14,8
	Frauen	19,2	19,2	17,8	18,6	18,6	19,9	20,6	17,3	19,8	19,2
1997	Männer	15,6	15,2	14,6	15,2	16,5	16,1	16,3	14,1	:	14,8
	Frauen	19,4	19,4	17,9	18,9	18,9	20,0	20,8	17,5	:	19,0
1998	Männer	:	15,2	14,8	15,3	16,4	16,1	16,4	14,2	:	15,1
	Frauen	:	19,3	18,1	19,0	18,7	20,1	20,9	17,7	:	19,2
1999	Männer	:	15,4	14,9	15,5	16,3	16,1	16,5	14,2	:	15,3
	Frauen	:	19,4	18,1	19,2	18,7	20,1	20,9	17,7	:	19,5
2000	Männer	:	15,5	15,2	:	:	:	:	14,6	:	15,6
	Frauen	:	19,5	18,3	:	:	:	:	17,7	:	19,8

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Demographie).

1.3.4 Lebenserwartung im Alter von 75 Jahren, Männer und Frauen

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1950	Männer	:	7,1	:	:	7,8	6,8	7,0	6,9	7,0	:
	Frauen	:	8,0	:	:	7,7	7,6	8,4	7,6	7,6	:
1960	Männer	:	7,3	7,9	:	7,7	7,6	7,2	7,1	7,8	7,4
	Frauen	:	8,4	8,7	:	8,2	8,8	8,9	8,1	8,8	8,3
1970	Männer	:	7,3	8,3	:	7,9	7,9	7,8	7,3	7,9	7,4
	Frauen	:	8,8	9,9	:	8,6	9,2	9,8	8,5	9,3	8,5
1980	Männer	:	7,6	8,2	:	8,8	8,8	8,2	7,3	7,8	7,2
	Frauen	:	9,8	10,6	:	9,7	10,5	10,7	9,1	9,9	8,8
1990	Männer	8,7	8,4	8,4	8,2	9,3	9,2	9,3	7,7	9,1	8,7
	Frauen	11,0	11,0	11,0	10,3	10,4	11,2	12,0	10,0	11,1	11,1
1995	Männer	9,2	8,7	8,4	8,8	9,7	9,6	9,9	7,9	9,6	8,8
	Frauen	11,5	11,5	10,8	11,1	10,7	11,8	12,6	10,3	11,9	11,7
1996	Männer	9,3	8,8	8,6	8,9	9,8	9,6	9,8	8,0	9,7	8,6
	Frauen	11,6	11,6	11,1	11,1	10,8	11,9	12,6	10,2	12,0	11,6
1997	Männer	9,5	9,0	8,8	9,2	10,1	9,6	10,0	8,2	:	8,9
	Frauen	11,8	11,7	11,2	11,4	11,1	12,0	12,7	10,4	:	11,6
1998	Männer	:	9,0	8,9	9,2	9,9	9,6	10,0	8,2	:	8,8
	Frauen	:	11,6	11,4	11,4	10,9	12,0	12,9	10,5	:	11,7
1999	Männer	:	9,0	8,9	9,3	9,8	9,6	10,1	8,1	:	9,1
	Frauen	:	11,6	11,4	11,5	10,8	11,9	12,8	10,4	:	11,8
2000	Männer	:	9,1	9,1	:	:	:	:	8,4	:	9,1
	Frauen	:	11,7	11,6	:	:	:	:	10,4	:	12,0

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Demographie).

1 Bevölkerung und sozioökonomischer Hintergrund

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH		
:	:	12,3	:	:	11,7	:	:	:	1950	Männer
:	:	14,4	:	:	14,2	:	:	:		Frauen
14,2	:	13,0	:	13,7	11,9	:	14,5	:	1960	Männer
15,7	:	15,3	:	15,3	15,1	:	16,1	:		Frauen
13,6	11,7	12,2	:	14,2	12,0	:	13,8	:	1970	Männer
16,5	14,9	15,0	:	16,8	16,0	:	16,8	:		Frauen
14,0	12,9	12,9	12,5	14,3	12,6	15,6	14,3	:	1980	Männer
18,5	16,3	16,5	16,5	17,9	16,6	19,0	18,0	:		Frauen
14,4	14,4	13,9	13,7	15,3	14,0	16,2	14,6	15,3	1990	Männer
18,9	18,0	17,0	17,7	19,0	17,9	19,5	18,5	19,4		Frauen
14,7	15,1	14,3	14,5	16,0	14,6	16,2	15,1	16,1	1995	Männer
19,0	18,7	17,7	18,6	19,6	18,2	19,0	19,1	20,2		Frauen
14,8	15,3	14,2	14,6	16,1	14,8	16,2	15,5	16,3	1996	Männer
19,0	18,8	17,7	18,7	19,7	18,3	19,2	19,4	20,3		Frauen
15,0	15,4	14,4	15,0	16,2	15,1	16,3	15,5	16,5	1997	Männer
19,2	19,1	17,9	18,9	19,9	18,4	19,9	19,4	20,4		Frauen
15,1	15,6	14,3	14,9	16,3	15,2	16,6	15,7	16,6	1998	Männer
19,2	19,3	17,9	19,1	19,9	18,5	19,7	19,6	20,5		Frauen
15,1	15,8	14,5	15,1	16,4	15,3	16,9	15,6	16,8	1999	Männer
19,1	19,4	18,0	19,2	19,9	18,5	19,2	19,5	20,6		Frauen
15,3	16,2	14,7	15,5	16,7	15,6	18,1	16,0	16,9	2000	Männer
19,2	19,6	18,3	19,3	20,0	18,9	19,6	19,7	20,7		Frauen

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH		
:	:	:	:	:	6,7	:	:	:	1950	Männer
:	:	:	:	:	8,0	:	:	:		Frauen
8,3	:	:	:	7,9	7,1	:	8,5	:	1960	Männer
8,9	:	:	:	8,6	8,7	:	9,2	:		Frauen
8,2	7,0	:	:	8,4	7,2	:	8,1	:	1970	Männer
9,5	8,5	:	:	9,6	9,4	:	9,6	:		Frauen
8,5	7,4	:	7,4	8,4	7,4	9,3	8,6	:	1980	Männer
11,1	9,2	:	9,4	10,5	9,8	11,7	10,7	:		Frauen
8,5	8,5	8,0	8,2	8,9	8,4	10,1	8,7	9,0	1990	Männer
11,4	10,5	9,7	10,4	11,4	11,1	12,1	11,1	11,6		Frauen
8,6	9,1	8,2	8,7	9,4	8,7	9,8	8,9	9,6	1995	Männer
11,5	11,1	10,1	10,9	11,9	11,2	11,2	11,6	12,3		Frauen
8,6	9,2	8,1	8,7	9,5	8,9	9,3	9,1	9,8	1996	Männer
11,5	11,2	10,0	11,0	12,0	11,3	11,8	11,8	12,3		Frauen
8,8	9,3	8,2	8,9	9,6	9,0	10,0	9,1	9,9	1997	Männer
11,7	11,4	10,2	11,2	12,1	11,4	12,1	11,7	12,4		Frauen
8,9	9,4	8,1	8,8	9,6	9,1	9,7	9,2	9,8	1998	Männer
11,6	11,5	10,2	11,3	12,1	11,4	11,9	11,8	12,4		Frauen
8,8	9,6	8,2	9,0	9,7	9,1	9,9	9,1	10,0	1999	Männer
11,6	11,6	10,1	11,3	12,0	11,3	11,5	11,8	12,5		Frauen
8,9	9,9	8,3	9,1	9,8	9,3	11,1	9,3	10,1	2000	Männer
11,6	11,7	10,5	11,4	12,2	11,6	12,0	11,9	12,6		Frauen

1.3.5 Länder-Cluster für die Lebenserwartung in unterschiedlichen Altersstufen

	Cluster der höchsten Lebenserwartung		Cluster der mittleren Lebenserwartung		Cluster der niedrigsten Lebenserwartung	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Geburt-15 Jahre	S	F, I, E, S	A, F, D, EL, I, L, E, NL, UK	A, B, FIN, D, EL, L, NL, UK	B, DK, FIN, IRL, P	DK, IRL, P
Mit 45 Jahren	F, EL, I, E, S	F	A, B, D, L, NL, DK	A, B, FIN, D, EL, I, L, E, NL, S	DK, FIN, IRL, P	DK, IRL, P, UK
Mit 65 Jahren	F, EL, I, E, S	F	A, B, DK, FIN, D, L, P, NL, UK	A, B, FIN, D, EL, I, L, E, NL, S, UK	IRL	DK, IRL, P

Quelle: „For better health in Europe“, Hrsg.: Paulo Ferrinho und José Pereira Miguel, Europäische Kommission, GD SANCO, 2001.

1.3.6 Angenommene Lebenserwartung in den aktuellsten Bevölkerungsprognosen

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1990	Männer	:	72,8	72,0	72,0	:	73,3	72,7	72,1	73,6	72,3
	Frauen	:	79,4	77,7	78,4	:	80,4	80,9	77,6	80,1	78,5
1991	Männer	:	72,9	72,5	72,2	:	73,4	72,9	72,3	73,6	72,0
	Frauen	:	79,6	78,0	78,7	:	80,6	81,1	77,9	80,2	79,1
1992	Männer	:	73,3	72,6	72,6	:	73,4	73,1	72,5	74,0	71,9
	Frauen	:	79,9	78,0	79,2	:	80,7	81,3	78,1	80,6	78,5
1993	Männer	:	73,4	72,6	72,7	:	73,3	73,3	72,6	74,5	72,2
	Frauen	:	80,0	77,8	79,2	:	80,9	81,5	78,2	80,9	79,4
1994	Männer	:	74,0	72,7	73,1	:	73,3	73,5	72,8	74,7	73,2
	Frauen	:	80,5	78,1	79,6	:	81,0	81,8	78,4	81,2	79,7
1995	Männer	:	73,7	72,6	73,2	:	73,2	73,7	73,0	74,9	:
	Frauen	:	80,5	77,8	79,6	:	81,2	82,0	78,6	81,4	:
2000	Männer	:	74,4	73,4	73,7	:	74,1	74,6	73,7	75,9	:
	Frauen	:	81,1	78,5	80,1	:	81,9	83,0	79,4	82,3	:
2005	Männer	:	75,0	73,5	74,3	:	74,8	75,5	74,5	76,6	:
	Frauen	:	81,7	78,6	80,8	:	82,5	83,9	80,2	83,0	:
2010	Männer	:	75,7	73,5	74,8	:	75,3	76,4	75,2	77,1	:
	Frauen	:	82,3	78,6	81,1	:	83,0	84,8	81,0	83,5	:
2015	Männer	:	76,4	73,5	:	:	75,7	77,2	75,8	77,7	:
	Frauen	:	82,9	78,6	:	:	83,4	85,7	81,7	84,1	:
2020	Männer	:	77,1	73,5	75,7	:	76,0	78,0	76,4	78,3	:
	Frauen	:	83,6	78,6	81,9	:	83,7	86,5	82,4	84,7	:
2025	Männer	:	77,9	73,5	:	:	:	78,8	77,0	78,3	:
	Frauen	:	84,3	78,6	:	:	:	87,2	83,1	84,7	:

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Demographie).

(Jahre)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH		
73,8	72,4	:	70,9	74,8	72,9	75,4	73,4	74,0	1990	Männer
80,1	78,9	:	78,9	80,4	78,5	80,5	79,8	80,7		Frauen
74,0	72,4	:	71,3	74,9	73,2	74,8	74,0	74,1	1991	Männer
80,1	79,0	:	79,3	80,5	78,6	81,1	80,1	81,1		Frauen
74,3	72,7	:	71,7	75,4	73,6	76,7	74,2	74,5	1992	Männer
80,3	79,2	:	79,4	80,8	79,0	80,7	80,3	81,3		Frauen
74,0	73,0	:	72,1	75,5	73,6	77,0	74,2	74,9	1993	Männer
80,0	79,4	:	79,5	80,8	78,9	80,8	80,2	81,4		Frauen
74,6	73,4	:	72,8	76,1	74,2	77,1	74,9	75,2	1994	Männer
80,3	79,7	:	80,1	81,4	79,4	81,2	80,6	81,7		Frauen
74,5	73,5	:	72,8	76,2	74,2	:	74,9	75,4	1995	Männer
80,2	80,1	:	80,1	81,4	79,4	:	80,6	82,3		Frauen
75,3	74,4	:	73,6	77,2	75,1	77,3	75,4	76,1	2000	Männer
80,6	80,8	:	80,6	82,0	80,1	81,9	81,5	83,0		Frauen
76,0	75,2	:	74,3	77,9	76,0	77,5	76,2	76,8	2005	Männer
80,8	81,6	:	81,0	82,5	80,8	82,1	82,1	83,7		Frauen
76,6	76,1	:	75,1	78,5	76,6	77,5	76,9	77,5	2010	Männer
81,1	82,3	:	81,5	83,0	81,5	82,1	82,7	84,4		Frauen
77,3	76,8	:	75,1	79,1	77,2	77,5	77,4	78,2	2015	Männer
81,3	83,0	:	81,5	83,4	82,1	82,1	83,1	85,1		Frauen
77,8	77,6	:	75,1	79,6	77,6	77,5	77,9	78,8	2020	Männer
81,6	83,7	:	81,5	83,8	82,6	82,1	83,5	85,6		Frauen
78,3	79,3	:	78,0	80,1	78,0	77,5	79,0	79,3	2025	Männer
81,9	84,9	:	83,5	84,1	82,9	82,1	83,8	85,8		Frauen

1.4.1 Bevölkerungsdichte, Stadtbevölkerung als Anteil an der Gesamtbevölkerung, Erwerbsbevölkerung als Anteil an der Gesamtbevölkerung, letztes zurückliegendes Jahr

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Bevölkerungsdichte (1) (Personen je km ²)	:	333	123	230	81	78	107	54	192	169	380	97	109	15	20	240
Stadtbevölkerung als Anteil an Gesamtbevölkerung (2)(%)	:	97	85	87	60	77	75	59	67	91	89	65	63	67	83	89
Erwerbsbevölkerung als Anteil an Gesamtbevölkerung (3) (%)	:	43	54	49	43	42	45	45	41	43	49	48	50	50	48	50

(1) 2000.

(2) 1999.

(3) 1998, jedoch 1999 für B, FIN, D, IRL, L, E und UK.

Quelle: Weltgesundheitsorganisation/Europa: Datenbank Health For All.

1.4.2 Pro-Kopf-BIP zu Marktpreisen (EUR)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1980	:	:	9 620	:	3 620	:	9 110	:	5 730	:
1985	:	11 110	15 460	:	5 380	:	12 700	:	9 930	:
1986	:	11 920	16 870	:	4 930	:	13 600	:	10 880	:
1987	:	12 610	17 830	:	4 880	:	14 000	:	11 640	:
1988	:	13 320	18 340	:	5 520	:	14 780	:	12 550	:
1989	:	14 410	19 090	:	6 120	:	15 820	:	13 980	20 960
1990	:	15 580	20 450	:	6 510	:	16 500	10 620	15 300	22 780
1991	15 730	16 340	21 060	17 910	7 120	11 400	16 930	10 960	16 560	24 520
1992	16 310	17 350	22 010	19 380	7 460	11 870	17 750	11 680	16 730	26 310
1993	16 290	18 290	22 860	20 580	7 680	10 890	18 500	11 950	14 880	29 150
1994	17 020	19 610	24 620	21 660	8 090	10 850	19 270	12 920	15 090	32 010
1995	17 650	20 880	26 390	23 020	8 600	11 390	20 030	14 130	14 640	33 510
1996	18 490	20 940	27 430	22 930	9 350	12 230	20 570	15 890	16 920	34 220
1997	19 420	21 260	28 250	22 710	10 200	12 600	20 780	19 290	17 910	36 710
1998	20 280	21 980	29 050	23 360	10 360	13 320	21 650	20 850	18 560	39 280
1999	21 280	23 040	30 670	24 050	11 200	14 270	22 530	23 770	19 230	42 200
2000	22 570	24 240	32 580	24 640	11 640	15 250	23 450	27 320	20 160	46 360
2001	23 170	24 960	33 680	25 060	11 920	16 150	24 100	30 070	21 000	47 470

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Wirtschaft und Finanzen).

(EUR)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
:	7 580	:	7 900	11 160	6 840	:	11 170	12 240	1980
:	11 700	:	14 690	16 400	10 630	:	20 160	19 760	1985
:	12 830	:	14 750	16 700	9 990	:	18 440	21 710	1986
13 330	13 660	:	15 710	17 250	10 450	:	18 760	22 860	1987
13 770	14 260	:	18 180	18 920	12 330	:	19 730	23 950	1988
14 530	15 230	:	21 150	21 260	13 310	:	21 230	24 500	1989
15 510	16 470	:	21 610	21 910	13 560	19 530	21 440	26 830	1990
16 230	17 480	6 640	19 910	23 230	14 460	21 200	22 340	27 680	1991
17 030	18 570	7 650	16 630	22 740	14 280	20 560	22 770	27 380	1992
18 170	19 840	7 450	14 520	18 830	14 150	19 150	22 990	29 130	1993
19 110	20 940	7 710	16 580	19 840	15 040	19 850	23 890	31 540	1994
20 530	22 350	8 330	19 360	20 800	14 810	19 930	25 710	33 400	1995
20 900	22 630	8 900	19 610	23 330	15 930	21 260	28 310	33 000	1996
21 310	22 500	9 440	21 030	23 830	19 850	24 050	31 030	31 860	1997
22 390	23 350	10 060	22 370	24 140	21 450	26 550	29 720	32 950	1998
23 640	24 300	10 790	23 330	25 700	23 050	29 140	32 290	34 050	1999
25 190	25 260	11 490	25 340	28 010	26 100	32 990	39 080	36 190	2000
26 480	25 940	12 200	26 210	26 320	26 510	29 800	40 570	38 260	2001

1.4.3 Harmonisierte Arbeitslosenquoten nach Geschlecht

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I
Männer									
1985	:	6,3	5,6	:	5,0	16,5	8,1	16,0	5,6
1990	:	4,0	6,8	:	3,9	9,6	6,6	12,8	6,2
1991	:	4,2	7,2	:	4,4	9,9	7,1	14,2	6,0
1992	:	5,1	8,0	5,1	5,0	11,7	8,1	15,1	6,3
1993	9,2	6,7	9,3	6,5	5,7	15,5	9,7	15,4	7,5
1994	9,4	7,7	7,1	7,0	6,0	16,2	10,2	14,2	8,5
1995	9,0	7,6	5,6	7,0	6,2	14,9	9,5	12,2	8,8
1996	9,1	7,4	5,3	8,1	6,1	14,4	10,2	11,5	8,9
1997	8,9	7,3	4,4	9,1	6,4	13,1	10,2	9,9	8,9
1998	8,2	7,7	3,9	8,6	7,1	11,2	9,7	7,7	9,0
1999	7,5	7,3	4,4	8,1	7,9	9,0	9,1	5,7	8,6
2000	6,7	5,6	4,1	7,5	7,3	7,9	7,6	4,2	8,0
2001	6,4	6,0	3,8	7,7	7,0	7,5	7,1	3,9	7,3
Frauen									
1985	:	16,4	7,9	:	10,6	20,6	12,1	18,5	13,1
1990	:	10,4	7,6	:	10,8	19,8	11,3	14,6	13,5
1991	:	9,8	8,6	:	11,9	19,5	11,6	15,8	12,9
1992	:	10,0	9,2	8,2	12,9	21,0	12,4	16,0	13,0
1993	11,5	11,5	9,9	9,4	13,6	24,1	13,2	16,0	14,5
1994	11,9	12,7	8,5	9,8	13,7	26,1	13,8	14,6	15,4
1995	11,7	12,7	8,1	9,4	14,1	25,3	13,5	12,5	16,1
1996	11,7	12,5	7,5	9,5	15,2	24,4	13,9	11,8	15,9
1997	11,6	11,9	6,2	10,4	15,2	23,4	13,7	9,9	16,1
1998	11,1	11,6	6,0	9,7	16,7	21,8	13,4	7,3	16,1
1999	10,2	10,3	5,4	8,9	18,0	18,7	12,6	5,5	15,5
2000	9,2	8,5	4,8	8,1	16,8	16,7	11,2	4,2	14,3
2001	8,6	7,4	4,9	7,8	15,6	15,5	10,5	3,7	12,9

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Arbeitslosigkeit)

L	NL	A	P	FIN	S	UK	NO	
Männer								
2,1	6,6	:	6,7	:	3,0	11,6	:	1985
1,2	4,1	:	3,3	3,6	1,7	7,2	:	1990
1,3	3,9	:	2,8	8,0	3,4	9,7	:	1991
1,7	4,1	:	3,6	13,6	6,6	11,6	:	1992
2,2	5,4	3,1	4,8	18,1	10,7	12,1	:	1993
2,6	6,0	3,0	6,1	18,1	10,7	11,0	:	1994
2,0	5,5	3,1	6,5	15,7	9,7	9,9	:	1995
2,2	4,7	3,7	6,5	14,3	10,1	9,3	4,7	1996
2,0	3,7	3,7	6,1	12,3	10,2	7,7	3,9	1997
1,9	3,0	3,8	4,1	10,9	8,6	6,8	3,1	1998
1,8	2,3	3,4	3,9	9,7	7,2	6,5	3,4	1999
1,8	2,1	3,1	3,3	9,0	6,0	5,9	3,6	2000
1,7	1,9	3,0	3,2	8,6	5,2	5,5	3,7	2001
Frauen								
4,3	10,1	:	12,6	:	2,8	10,7	:	1985
2,5	8,5	:	6,7	2,7	1,7	6,4	:	1990
2,3	7,9	:	5,9	5,2	2,8	7,3	:	1991
2,8	7,2	:	5,1	9,6	4,4	7,5	:	1992
3,3	7,5	5,0	6,7	14,4	7,3	7,8	:	1993
4,1	7,9	4,9	7,9	14,9	7,8	7,2	:	1994
4,3	8,1	5,0	8,2	15,1	7,8	6,7	:	1995
4,2	7,7	5,2	8,2	14,9	9,0	6,3	4,8	1996
3,9	6,6	5,4	7,6	13,0	9,5	5,8	4,2	1997
4,0	5,0	5,4	6,4	12,0	8,1	5,3	3,3	1998
3,3	4,3	4,7	5,2	10,7	7,1	5,0	3,0	1999
3,1	3,6	4,3	5,0	10,6	5,8	4,7	3,2	2000
2,4	3,0	4,3	5,1	9,7	4,9	4,4	3,5	2001

2 LEBENSWEISE

Der Einfluss der Lebensweise auf die Gesundheit kann im Rahmen dieses Dokuments nur kurz angerissen werden. Auch kann nur ein kleiner Teil der relevanten Daten aufgeführt werden. Ausführlichere Analysen der Thematik finden sich in den genannten Referenzdokumenten. Im Folgenden soll das Datenmaterial zu Ernährung, körperlicher Betätigung, Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum, Schwangerschaften bei Jugendlichen und sozialer Ausgrenzung erläutert werden.

2.1 Ernährung

Nach Schätzungen im Rahmen des Projekts **Eurodiet** (siehe Eurodiet-Website), das im Oktober 1998 gestartet wurde, ist ein Drittel aller vorzeitigen Todesfälle auf falsche Ernährung zurückzuführen — dabei werden in der gesamten Europäischen Union nicht einmal 1 % der verfügbaren Mittel im Gesundheitsbereich für die Förderung der Gesundheit ausgegeben. In den meisten Ländern Europas ist seit 1950 bei Erwachsenen ein stark gehäuftes Auftreten verschiedener chronischer Krankheiten zu verzeichnen, die mit steigendem Alter an Schwere zunehmen. Wichtigste Faktoren für koronare Herzkrankheiten (KHK), Schlaganfall, Fettleibigkeit, Altersdiabetes, Gallensteine, durch Eisen- und Jodmangel verursachte Krankheiten, Karies, Osteoporose und verschiedene Krebserkrankungen sind Ernährungsfehler und mangelnde Bewegung. Die Anzeichen mehren sich, dass die Belastung der Allgemeinheit und der europäischen Gesundheitssysteme durch Krankheiten stetig zunimmt. Dies gilt insbesondere für die immer zahlreichere ältere Bevölkerung, deren höhere Lebenserwartung mit gesundheitlichen Problemen statt mit Wohlbefinden einhergeht.

2.1.1 Tägliche Nährstoffzufuhr

Im Rahmen der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gemeinsam mit der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO) veranstalteten Expertenkonferenz über Ernährung und die Vorbeugung gegen chronische Krankheiten (**Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases**) wurde vorgeschlagen, dass die Empfehlungen für die Nährstoffzufuhr der Bevölkerung den Werten der durchschnittlichen Nährstoffzufuhr entsprechen sollten, die als angemessen für die Gesunderhaltung der Bevölkerung gilt (siehe WHO/FAO-Website). Nur in seltenen Fällen kann ein konkreter „idealer Wert“ empfohlen werden. Ausgehend von der Existenz eines sicheren Bereichs bei der Nährstoffaufnahme wird vielmehr häufig ein Sollbereich für die durchschnittliche Nährstoffzufuhr der Bevölkerung definiert, bei dem von einer Gesunderhaltung der Bevölkerung aus-

gegangen werden kann. Wenn die tatsächliche durchschnittliche Nährstoffzufuhr der Bevölkerung nicht innerhalb dieses Bereichs liegt oder wenn die Trends darauf hindeuten, dass sie in absehbarer Zeit nicht mehr innerhalb dieses Bereichs liegen wird, ist mit Gesundheitsproblemen zu rechnen. Es bestünde jedoch Anlass zu Besorgnis, wenn ein erheblicher Teil der Werte nicht den Empfehlungen entspräche. Für einige Nährstoffe existiert kein unterer Grenzwert. In diesem Fall ist nicht erwiesen, dass der betreffende Nährstoff für die Ernährung erforderlich ist. Folglich bedeutet auch eine geringe Aufnahme dieser Nährstoffe keinen Anlass zur Sorge. Die nachfolgende Tabelle zeigt die weltweit geltenden Empfehlungen für die Nährstoffzufuhr der Bevölkerung. Sie sind als absolute Werte angegeben und nicht als Steigerung oder Reduzierung der Aufnahme bestimmter Nährstoffe zu verstehen, da die angestrebte Veränderung von der tatsächlichen Nährstoffaufnahme der Bevölkerung in der jeweiligen Region abhängt und sowohl eine Erhöhung als auch eine Reduzierung implizieren kann. Im Mittelpunkt des Interesses stehen dabei die als Energiequelle dienenden Makronährstoffe. Dies soll allerdings nicht bedeuten, dass die übrigen Nährstoffe vernachlässigt werden können. Vielmehr wird dabei der Tatsache Rechnung getragen, dass frühere Berichte von FAO und WHO den Begriff „ausgewogene Ernährung“ insoweit nur unzureichend erläutert haben, als er die Anteile der verschiedenen Energiequellen betrifft, und dass offensichtlich Einvernehmen über den Zusammenhang dieses Aspekts der Ernährung und des Einflusses besteht, der davon auf chronische, nicht auf einen Mangel zurückzuführende Krankheiten ausgeht.

Empfohlene Bereiche für die Nährstoffzufuhr der Bevölkerung

Fette	15-30 % Energie
Gesättigte Fettsäuren (SFA)	< 7 % Energie
Mehrfach ungesättigte Fettsäuren (PUFA)	6-10 % Energie
Mehrfach ungesättigte n-6-Fettsäuren (PUFA)	5-8 % Energie
Mehrfach ungesättigte n-3-Fettsäuren (PUFA)	1-2 % Energie
Ungesättigte Fettsäuren (Trans-Fettsäuren — TFA)	< 1 % Energie
Einfach ungesättigte Fettsäuren (MUFA)	Verbleibender Fettanteil
Kohlenhydrate	55-75 % Energie
Freier Zucker	< 10 % Energie
Eiweiß	10-15 % Energie
Cholesterin	< 300 mg/Tag
Kochsalz	<5 g/Tag (< 2 g/Tag)
Obst und Gemüse	Ø400 g/Tag

Quelle: Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet.

Daten der **WHO** (Datenbank Health for All — **HFA**) belegen, dass der Fettanteil an der durch die Nahrungsaufnahme zugeführten Energie in Europa seit 1970 stetig gestiegen ist (**2.1.1**). Von dieser Entwicklung ausgenommen sind Dänemark (wo der Anteil 1970 mit 40,1 % am höchsten war), die Nie-

derlande und Norwegen (siehe WHO-/HFA-Webseite). In den Niederlanden und Norwegen schwankte der Anteil leicht, während er in Dänemark sank. Von 1970 bis 1999 war die höchste Zunahme in Spanien, Portugal und Italien zu verzeichnen, allerdings war der Anteil in Portugal (gefolgt von Irland) während des gesamten Zeitraums am niedrigsten. In allen Ländern (ausgenommen Portugal vor 1990) überstieg der Anteil der Energieaufnahme aus Fett die internationale Empfehlung von maximal 30 %. Ergebnissen von Eurodiet zufolge war der Anteil der Energieaufnahme aus gesättigten Fettsäuren bei Personen, die mehr Ballaststoffe, Obst und Gemüse zu sich nahmen als der Rest der Bevölkerung, stets niedriger.

Nach den Daten aus **Faostat**, der Datenbank der FAO, werden in allen Ländern mit Ausnahme von Griechenland, Italien und Spanien mehr Fette aus tierischen Erzeugnissen (durchschnittlich 83 g in der EU) als aus pflanzlichen Erzeugnissen (66,7 g) verzehrt. In den drei vorstehend genannten Ländern ist das Gegenteil der Fall. Dort erreicht der Pro-Kopf-Konsum von Pflanzenöl die höchsten Werte, während Griechenland und Spanien gleichzeitig die geringste Aufnahme von tierischen Fetten aufweisen. In Dänemark wird nach Frankreich die größte Menge tierischer Fette verzehrt. Der Pro-Kopf-Verbrauch tierischer Fette ist in Dänemark am höchsten, zugleich ist dort der Pro-Kopf-Verbrauch von pflanzlichen Ölen am geringsten. Ein Vergleich von Daten aus den Jahren 1999 (**2.1.2**) und 1997 ergibt, dass die Fettzufuhr in den letzten Jahren in den meisten Ländern gestiegen ist. Der höchste Anstieg um 16,2 g pro Person aus sämtlichen tierischen Erzeugnissen — vor allem Fleisch und tierische Fette — war in Island zu verzeichnen. Allerdings war die Fettaufnahme pro Tag in beiden Jahren in Island neben Finnland, Dänemark, Portugal, Irland und Schweden am niedrigsten. Die höchste Fettaufnahme pro Person wies in beiden Jahren Frankreich auf (>164 g), und zwar gefolgt von Österreich, Belgien, Griechenland und Spanien (jeweils >150 g). In Belgien, Dänemark, Griechenland und Österreich entwickelte sich der Pro-Kopf-Fettkonsum hingegen rückläufig.

Die durchschnittliche Kalorienmenge, die pro Person und Tag zur Verfügung steht, liegt mindestens seit 1970 über der empfohlenen Nährstoffzufuhr (**2.1.3**). Die Kalorienaufnahme ist von 1970 bis 1999 in allen Ländern mit Ausnahme der Schweiz gestiegen. 1970 war die höchste Kalorienaufnahme in der Schweiz (3 481 kcal) zu verzeichnen, gefolgt von Irland, Italien und Frankreich. Am niedrigsten war die Kalorienaufnahme in Spanien (2 733 kcal), gefolgt von Schweden und Portugal. 1999 war hingegen Portugal Spitzenreiter bei der Kalorienaufnahme (3 768 kcal). Es folgten Griechenland, Irland, Italien und Belgien/Luxemburg.

Die wenigsten Kalorien wurden in Finnland (3 143 kcal) und Schweden (3 141 kcal), den Niederlanden und der Schweiz verbraucht.

Auf Getreideerzeugnisse entfällt in allen Ländern der höchste Anteil an der Kalorienaufnahme pro Person. Die Kalorienaufnahme aus Süßmitteln war in Island, gefolgt von der Schweiz und Dänemark, am höchsten (**2.1.4**). Aus einigen Analysen geht hervor, dass ein Zusammenhang zwischen einer Rohrzuckeraufnahme von weniger als 18 kg pro Person und Jahr und einer geringeren Quote von Zahnerkrankungen besteht, ein Zusammenhang, der bei einer Aufnahme von weniger als 10 kg pro Jahr noch deutlicher wird. In allen Ländern werden mehr Kalorien aus pflanzlichen Erzeugnissen als aus tierischen Erzeugnissen aufgenommen. Dies gilt insbesondere für Griechenland, Italien und Spanien. Die Bevölkerung Islands und Norwegens isst wesentlich mehr Kalorien aus Fisch als die Einwohner anderer Länder. Ein Vergleich von Daten aus den Jahren 1999 (**2.1.4**) und 1997 ergibt, dass die Bevölkerung in allen Ländern mit Ausnahme der Niederlande 1999 mehr Kalorien aus pflanzlichen Erzeugnissen verbrauchte, während die Bevölkerung in Österreich, Belgien/Luxemburg, Dänemark, Schweden und der Schweiz im selben Jahr einen geringeren Anteil von Kalorien aus tierischen Erzeugnissen aufnahm. In beiden Jahren erreichte die Zahl der aus pflanzlichen Erzeugnissen aufgenommenen Kalorien in Griechenland die höchsten Werte (2 860 pro Person und Tag im Jahr 1999, 2 851 im Jahr 1997), in Island (1 966 im Jahr 1999, 1 893 im Jahr 1997) und Finnland hingegen die niedrigsten Werte. Die höchste Kalorienzahl aus tierischen Erzeugnissen verzeichnete Frankreich (1 353 im Jahr 1999, 1 334 im Jahr 1997), die niedrigste Griechenland (829 im Jahr 1999, 798 im Jahr 1997), gefolgt von Spanien und Italien.

Von 1970 bis 1999 stieg der Anteil der pro Person verfügbaren Energie aus Eiweiß gemäß **HFA**-Daten in den meisten Ländern allmählich an. In Belgien und Luxemburg hatte sich in den 70er Jahren zunächst ein Anstieg und dann ein allmählicher Rückgang vollzogen. Die größte Zunahme (2,5 %) verzeichnete Dänemark (**2.1.5**). Laut Daten von **Faostat** liefern tierische Erzeugnisse in allen Ländern mehr Eiweiß als pflanzliche Erzeugnisse, obwohl in der Europäischen Union Fleisch, gefolgt von Getreideerzeugnissen und Milchprodukten, insgesamt das meiste Eiweiß liefert (**2.1.6**). Die Verfügbarkeit von Eiweiß pro Person ist in Portugal am höchsten (120,7 g) und in der Schweiz am niedrigsten (88,6 g). Pflanzliche Produkte waren 1997 und 1999 in Griechenland, Italien und Portugal die wichtigsten Eiweißlieferanten, in der Schweiz, Schweden und den Niederlanden stammte dagegen der geringste Eiweißanteil aus pflanzlichen Produkten. In beiden Jahren lieferten außer-

dem tierische Erzeugnisse in Island und Frankreich den höchsten Eiweißanteil, in der Schweiz, im Vereinigten Königreich und in Deutschland dagegen den geringsten Eiweißanteil.

Die Datenbank **Health For All** (HFA) wird vom Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Europa unterhalten und deckt den Zeitraum ab 1970 ab. Die Daten werden von den Mitgliedstaaten bereitgestellt oder aus anderen Quellen oder über andere internationale Organisationen zusammengetragen. Für die meisten Indikatoren werden unterschiedliche Quellen verwendet, je nachdem, welche Daten aus einem bestimmten Land in einem bestimmten Jahr verfügbar sind. Der EU-Durchschnitt wird auf der Basis der Bevölkerung gewichtet und in der Regel dann berechnet, wenn in mindestens der Hälfte der Länder Daten für einen bestimmten Indikator und einen bestimmten Zeitraum vorliegen. Daher schwankt die Anzahl der in die Durchschnittsberechnungen bestimmter Indikatoren einbezogenen Länder. Mit der Vorlage neuer Daten erfüllen außerdem weitere Länder die Kriterien für die Aufnahme in die entsprechende Durchschnittsberechnung, mit dem Ergebnis, dass die Durchschnittswerte für denselben Indikator und dasselbe Jahr bei unterschiedlichen Versionen der HFA-Datenbank variieren können.

Die **Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation** der Vereinten Nationen (FAO) erstellt für jedes Land Ernährungsbilanzen. Ernährungsbilanzen sind abhängig von der landwirtschaftlichen Produktion und von der Handelsstatistik und basieren im Wesentlichen auf amtlichen Daten aus einzelstaatlichen Veröffentlichungen. Während in einigen Ländern eine umfassende Ernährungsbilanz veröffentlicht wird (z. B. Österreich, Deutschland), legen andere Länder nur ausgewählte Informationen über bestimmte Nahrungsmittel vor (z. B. Vereinigtes Königreich, Frankreich). Daten liegen für die Jahre 1961-1999 vor und werden jährlich erfasst. Die Ernährungsbilanzen basieren auf dem Kalenderjahr als Referenzzeitraum. Die Definition einer vollständigen Liste potenziell essbarer Erzeugnisse ist mit nahezu unüberwindlichen Schwierigkeiten sowohl in konzeptioneller als auch in statistischer Hinsicht verbunden. Faostat geht daher von einer pragmatischen Liste aus. Im Allgemeinen werden Ernährungsbilanzen für Erzeugnisse auf der Basis der wichtigsten Feldfrüchte, für Viehzucht- und Fischereierzeugnisse erstellt — für Erzeugnisse bis zur ersten Verarbeitungsstufe bei Feldfrüchten und bis zur zweiten (gelegentlich bis zur dritten) Verarbeitungsstufe bei Viehzucht- und Fischereierzeugnissen. Grund für diese Einschränkung in Bezug auf die höheren Verarbeitungsstufen ist die Schwierigkeit, Daten für die Vielzahl der unterschiedlichen verarbeiteten Produkte zu ermitteln, und die noch größere Schwierigkeit, die Bestandteile der verarbeiteten zusammengesetzten Erzeugnisse zurückzuverfolgen. Mit Hilfe einer speziellen Warensystematiksoftware

können viele abgeleitete Erzeugnisse auf das entsprechende Hauptprodukt zurückgeführt werden. Die Ernährungsfaktoren werden separat addiert und zu den relevanten Aggregatgruppen aufsummiert. Die Definition des Begriffs „Angebot“ hat sich im Laufe der Jahre verändert. In den vergangenen Jahren wurde jedoch bei der Erstellung und Veröffentlichung von Ernährungsbilanzen die folgende Formel verwendet: Angebot für den privaten Gebrauch = Produktion + Einfuhren – Ausfuhren + Bestandsänderungen (Abnahme oder Zunahme).

Bei der Berechnung des Brennwertes sowie des Eiweiß- und Fettgehalts der *pro Kopf* zur Verfügung stehenden Lebensmittel kommt der Wahl geeigneter Faktoren in Bezug auf den Lebensmittelkonsum entscheidende Bedeutung zu. So hängen z. B. die Faktoren für Weizenmehl neben anderen Faktoren vom Wassergehalt, von der Sorte und vom Mahlgrad ab. Die Nährstofffaktoren werden direkt aus den nationalen Tabellen der Lebensmittelzusammensetzung entnommen. Da die Mengendaten der Ernährungsbilanzen auf dem Zustand der Nahrungsmittel beim Kauf basieren, muss die Nährstoffzusammensetzung des essbaren Anteils ebenfalls auf diese Basis umgerechnet werden. Die Umrechnung erfolgt durch die Anwendung von Reststoff-/Abfallfaktoren auf die Nährstoffzusammensetzung des essbaren Anteils.

2.1.2 Lebensmittelkonsum

Die Pro-Kopf-Zahlen aus **Faostat** stellen nur den Durchschnitt dar und entsprechen nicht notwendigerweise dem tatsächlichen Verzehr. Der Verzehr kann von Person zu Person erheblich variieren, ebenso wie die Menge an Nahrungsmitteln und Nährstoffen, die in einem Haushalt verloren geht, z. B. bei der Lagerung, bei der Zubereitung und beim Kochen, in Form von Tischabfällen, als Futter für Haus- und andere Tiere oder wenn Lebensmittel weggeworfen werden. Auch geben die Ernährungsbilanzen keine Auskunft über die eventuellen Unterschiede bei der Ernährungsweise unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen, z. B. bei unterschiedlichen sozioökonomischen Gruppen und in unterschiedlichen geografischen Gebieten eines Landes. Genauso wenig geben sie Aufschluss über saisonale Schwankungen der gesamten verfügbaren Lebensmittelmenge.

Das von der **Universität Athen** koordinierte Projekt **DAFNE** (Data Food Networking — Vernetzung von Lebensmitteldaten, siehe DAFNE-Website) im Rahmen des Aktionsprogramms der Gemeinschaft für Gesundheitsberichterstattung wird genauere Daten zum Lebensmittelangebot liefern, die auf den Erhebungen zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte basieren (siehe Punkt 2.1.3). Die Daten sind nur eingeschränkt vergleichbar, da sich

der Erhebungszeitraum und andere Variablen von Land zu Land unterscheiden und nur für acht Mitgliedstaaten vorliegen. Im Rahmen des derzeit laufenden Projekts DAFNE IV (*siehe Kasten*) werden die Daten zur Lebensmittelverfügbarkeit (pro Person und Tag) mit unterschiedlichem Differenzierungsgrad (15 Hauptgruppen und 57 Untergruppen von Lebensmitteln) erweitert. Die vorliegenden Daten lassen auf eine bemerkenswerte Vielfalt der Ernährungsgewohnheiten in den europäischen Ländern schließen. In Ungarn, Polen und Luxemburg z. B. stehen pro Person und Tag mehr als 180 g Fleisch zur Verfügung (**2.1.7**); in Spanien steht die größte Fischmenge zur Verfügung, in Griechenland mit 229 g pro Person und Tag die größte Menge an Gemüse. Ein ähnliches Bild ergibt sich beim Obstangebot; die Obstmenge ist in den Mittelmeerländern am höchsten, wobei Spanien mit 308 g pro Person und Tag (entspricht in etwa einer mittleren Birne und einer großen Orange) an der Spitze liegt. Dies steht in scharfem Kontrast zu Polen und Irland, wo lediglich 100 g pro Person und Tag zur Verfügung stehen (also in etwa die einem Apfel entsprechende Menge).

2.1.3 Ausgaben für Lebensmittel

Daten der **Erhebungen zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte** aus dem Jahr 1999 zufolge war der Median der Verbrauchsausgaben für Lebensmittel (gemessen in KKS pro Haushalt, *siehe Kasten*) in Italien am höchsten; es folgen Irland und Luxemburg (**2.1.8**). Am niedrigsten waren die Ausgaben in Finnland, gefolgt von den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich. Ein Vergleich der höchsten mit den niedrigsten Ausgaben ergibt, dass in Italien doppelt so viel für Brot und fast dreimal so viel für Fleisch ausgegeben wurde wie in Finnland, doppelt so viel für Milchprodukte wie im Vereinigten Königreich und fast dreimal so viel für Obst wie in Dänemark; in Irland wurde doppelt so viel für Gemüse ausgegeben wie in Finnland und viermal so viel für gesüßte Produkte wie in Portugal; in Griechenland betragen die Ausgaben für Öle und Fette sechsmal so viel wie im Vereinigten Königreich; in Portugal wurde achtmal so viel für Fisch und Meeresfrüchte ausgegeben wie in den Niederlanden, und in Österreich betragen die Ausgaben für sonstige Lebensmittel (die in der Klassifikation anderweitig nicht genannt sind) fast 22-mal so viel wie in Portugal. Irland wies den höchsten Median der Ausgaben für alkoholfreie Getränke, insbesondere für Limonaden, auf (gemessen in KKS pro Haushalt). In Italien waren die Ausgaben für Kaffee und für andere Getränke mit anregender Wirkung am höchsten. Portugal verzeichnete demgegenüber die niedrigsten Ausgaben für alkoholfreie Getränke aller Art. Bei einer Betrachtung der letzten drei Erhebungen, für die Daten vorliegen, zeichnet sich folgender Trend ab: Die durchschnittlichen Verbrauchsausgaben für Lebensmittel und alkoholfreie Getränke in KKS pro Haushalt stiegen von 1988 bis 1994 in allen Mitgliedstaaten mit Ausnahme von Griechenland und Portugal und von 1994 bis 1999 in allen Mitgliedstaaten mit Ausnahme von Deutschland, Luxemburg und Österreich (**2.1.9**).

Bei der Betrachtung des „Anteils an den gesamten Haushaltsausgaben“, der auf Lebensmittel und alkoholfreie Getränke entfällt, entsteht ein etwas anderes Bild (**2.1.8**). Ein Vergleich der höchsten und der niedrigsten Anteile ergibt, dass der Anteil der Ausgaben für Gemüse in Portugal doppelt so hoch war wie in Luxemburg und Österreich, der Anteil für Fleisch dreimal so hoch wie in den Niederlanden und der Anteil für Fisch zehnmal so hoch wie in den Niederlanden und Österreich. In Italien beliefen sich die Ausgaben für Brot auf das Doppelte der entsprechenden Ausgaben in Luxemburg, der Anteil für Milchprodukte war doppelt so hoch wie in Luxemburg und im Vereinigten Königreich und der Anteil für Obst fast dreimal so hoch wie in Dänemark, in Irland und im Vereinigten Königreich. Der Anteil der Ausgaben für gesüßte Produkte war in Dänemark dreimal so hoch wie in Portugal, der Anteil der auf al-

Die **DAFNE**-Datenbank basiert auf Daten, die im Rahmen der Erhebungen zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte (*siehe 2.1.3*) gesammelt wurden. Diese Erhebungen werden in den meisten europäischen Staaten regelmäßig von den statistischen Ämtern auf der Basis repräsentativer Stichproben der Haushalte durchgeführt. Die dabei angewandte Methodik ist einheitlich genug, um nach geringfügigen Anpassungen Vergleiche zwischen den einzelnen Ländern zu ermöglichen. Erhebungen zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte dienen nicht in erster Linie zur Erhebung von ernährungsspezifischen Daten. Durch die Erfassung von Daten zu Wert und Menge der Lebensmittelkäufe der Haushalte können sie jedoch anhand repräsentativer Stichproben der Bevölkerung ein Bild der vorherrschenden Ernährungsgewohnheiten vermitteln. Außerdem ermöglicht die parallele Erfassung der demografischen und sozioökonomischen Merkmale der Haushaltsangehörigen die Auswertung des Einflusses dieser Merkmale auf die Lebensmittelauswahl. Die DAFNE-Daten sind über ein Softwareprogramm unmittelbar zugänglich (DafneSoft V 1.0), das von der Website des Projekts unter der Adresse <http://www.nut.uoa.gr> heruntergeladen werden kann. Ziel des laufenden Projekts **DAFNE IV** ist die Erweiterung der DAFNE-Datenbank und die Beobachtung der Ernährungstrends auf der Grundlage vergleichbarer und harmonisierter Daten. Letztendlich soll die DAFNE-Datenbank Erhebungen aus 14 europäischen Staaten umfassen, die den Zeitraum der letzten 20 Jahre abdecken.

koholfreie Getränke entfallenden Ausgaben war in Irland dreimal so hoch wie in Portugal, und in Dänemark und Italien entfiel ein doppelt so hoher Anteil wie in den meisten anderen Mitgliedstaaten auf Kaffee und andere Getränke mit anregender Wirkung. Eine Auswertung der letzten drei Erhebungen, für die Daten vorliegen, ergibt folgenden Trend: Der auf Lebensmittel und alkoholfreie Getränke entfallende „Anteil an den gesamten Haushaltsausgaben“ (2.1.9) ging von 1988 bis 1994 in sämtlichen Mitgliedstaaten und von 1994 bis 1999 in allen Mitgliedstaaten mit Ausnahme von Belgien zurück.

Anschließend wurde die Struktur der Verbrauchsausgaben für Lebensmittel und alkoholfreie Getränke für unterschiedliche Gruppen analysiert (2.1.10). Bei der Analyse nach sozioökonomischer Kategorie zeigte sich, dass der Anteil an den gesamten Haushaltsausgaben in den meisten Mitgliedstaaten bei der Gruppe der „Angestellten“ und der „Selbstständigen“ am niedrigsten und bei der Gruppe der „Arbeitslosen“ am höchsten war. Nach dem Anteil am Haushaltseinkommen gemessen, war der Ausgabenanteil in allen Mitgliedstaaten im ersten Quintil (niedrigstes Einkommen) am größten und machte einen um so geringeren Anteil aus, je höher das betrachtete Quintil angesiedelt war. Bei der Aufschlüsselung nach Haushaltstyp war der Anteil dieser Ausgaben bei Haushalten allein stehender Personen am niedrigsten. Die höchsten Anteile entfielen in sechs Mitgliedstaaten auf Haushalte mit „drei oder mehr Erwachsenen mit abhängigen Kindern“ und in fünf Mitgliedstaaten auf „allein stehende Elternteile mit abhängigem Kind“. Nach den Altersgruppen war der Ausgabenanteil in allen Mitgliedstaaten mit Ausnahme von Dänemark und Deutschland bei den Personen ab 60 Jahren am höchsten und, außer in Österreich (30–44 Jahre), bei den Personen unter 30 Jahren am niedrigsten. Bei der Aufschlüsselung nach Urbanisierungsgrad zeigte sich, dass der höchste Ausgabenanteil auf Personen in ländlichen Gebieten und der geringste Anteil auf Personen in dicht besiedelten Gebieten entfiel. In jeder dieser Gruppen gaben die Menschen in Luxemburg einen geringeren Anteil ihres Haushaltsbudgets für Lebensmittel und alkoholfreie Getränke aus als Einwohner anderer Mitgliedstaaten. Italiener und Spanier gaben dagegen einen wesentlich höheren Anteil (insgesamt doppelt so viel wie in Luxemburg) aus.

Eurostat verfolgt mit den **Erhebungen zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte (HBS)** den Zweck, eine präzise Darstellung des Gesamtkonsums und der Gesamtausgaben der privaten Haushalte in hinreichend detaillierter Form und in Abhängigkeit von Haushaltsmerkmalen wie Einkommen, sozioökonomische Merkmale, Größe und Zusammensetzung, Urbanisierungsgrad, Region usw. zu geben. Die Erhebungen geben darüber hinaus anhand des Einkommens- und Ausgabenniveaus Auskunft über den Le-

bensstandard. Die Verwendung der Erhebungen für die Erstellung von Verbraucherpreisindizes wird in Verbindung mit der Erstellung harmonisierter Indizes auf EU-Ebene überprüft. Die Erhebungen dienen daneben auch als Input-Daten für die Erstellung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen zur Ermittlung der Verbrauchsausgaben privater Haushalte in aggregierter Form. Die Verbrauchsausgaben privater Haushalte sind Bestandteil der Gesamtproduktion in einem bestimmten Wirtschaftsraum zu einem bestimmten Zeitpunkt und bilden somit Teil des Systems Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen zur Ermittlung des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Die Erhebungen beschränken sich auf die in *privaten Haushalten* lebenden Personen. Anstaltshaushalte (Altenheime, Krankenhäuser, Strafanstalten, Kasernen usw.) werden ebenso wenig berücksichtigt wie — im Allgemeinen — auch Personen ohne festen Wohnsitz. In der Regel beträgt der Anteil der Personen, die auf diese Weise unberücksichtigt bleiben, nicht mehr als 2 % der Gesamtbevölkerung; allerdings fällt diese Nichtberücksichtigung bei bestimmten Gruppen wie z. B. älteren Menschen und vor allem Obdachlosen stärker ins Gewicht. Die Verbrauchsausgaben privater Haushalte sind gleichzusetzen mit den Ausgaben der privaten Haushalte für den Konsum von Waren und Dienstleistungen. Neben dem Erwerb gegen Geld werden auch der geschätzte Wert bestimmter Waren und Leistungen, z. B. der Wert von Eigenleistungen, Sachleistungen sowie die unterstellten Mieten für bestimmte Haushaltskategorien berücksichtigt.

KKP (Kaufkraftparitäten) sind Währungsumrechnungsraten, mit denen Wirtschaftsindikatoren einer bestimmten Währung in eine gemeinsame Währung nach einem Verhältniswert umgerechnet werden, der die Kaufkraft einer Einheit unterschiedlicher nationaler Währungen ausgleicht. Mit anderen Worten, KKP sind sowohl Preisdeflatoren als auch Währungsumrechnungsfaktoren; sie gleichen bei der Umrechnung in eine gemeinsame Währung die unterschiedlichen Preisniveaus der einzelnen Länder aus. Als Referenzwährung kommt im Prinzip jede Währung eines Mitglieds der Gruppe oder auch die Währung eines anderen Landes wie der US-Dollar in Frage. Der US-Dollar wird z. B. von der OECD, von den Vereinten Nationen und von anderen internationalen Organisationen verwendet. Für die EU wurde von Eurostat eine Währungseinheit mit der Bezeichnung KKS eingeführt. **KKS (Kaufkraftstandard)** ist die künstliche gemeinsame Referenzwährungseinheit, die so festgelegt ist, dass das Gesamt-Bruttoinlandsprodukt der Europäischen Union in KKS dem Gesamt-Bruttoinlandsprodukt der Europäischen Union in Euro entspricht. Die Mengenaggregate der Volkswirtschaft ergeben sich, nachdem ihr ursprünglicher Wert in nationalen Währungseinheiten durch die entsprechenden KKS dividiert wurde. Ein KKS entspricht in allen Ländern derselben vorgegebenen Menge von Waren und Dienstleistungen. Allerdings werden in den einzelnen Ländern, je nach Preisniveau, unterschiedliche Beträge in der nationalen Währung benötigt, um die betreffende Menge von Waren und Leistungen einzukaufen.

2.1.4 Eine gesunde und ausgewogene Ernährung?

Bei der **Eurobarometer-Umfrage 52.1**, die 1999 von der **Europäischen Kommission** durchgeführt wurde, wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie sich gesund und ausgewogen ernähren (**2.1.11**). Diese Frage wurde von drei Vierteln sämtlicher Befragten bejaht — in allen Ländern, mit Ausnahme von Italien (48,3 %), bejahten mehr als 50 % der Befragten diese Frage. Am größten war der Anteil der „Ja“-Antworten in Irland (85,7 %). In allen Ländern wurde die Frage von mehr Frauen als Männern bejaht. Eine Analyse nach Alter ergab, dass der Gesamtanteil der Personen, die ihre Ernährung für gesund und ausgewogen hielten, mit steigendem Alter zunahm — von 65,4 % bei der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen bis auf 83 % bei der Gruppe ab 55 Jahren (**2.1.12**). Italien wies dabei in jeder Altersgruppe die geringsten Anteile auf. Ein Blick auf den Zusammenhang von beruflichem Status und Ernährung (**2.1.13**) ergab, dass der höchste Anteil der mit Ja Antwortenden auf die Gruppe der Rentner und Pensionäre (84,1 %), gefolgt von den Hausfrauen/-männern (81,4 %), und der geringste Anteil auf die Gruppe der Arbeitslosen (64,6 %) und der Schüler/Studenten (67,8 %) entfiel.

gewandt wurde, liegen keine Zahlen über fehlende Rückmeldungen vor. Die Methode der Quotenauswahl ist allerdings nicht vollkommen zufällig. Personen, die selten zu Hause sind, sind in der Stichprobe in geringerem Maße repräsentiert. Aber für die Kategorie des typischen Durchschnittsbürgers, der daheim erreichbar ist und einer Befragung zustimmt, kann die Stichprobe als repräsentativ betrachtet werden.

Für jedes Land wird ein Vergleich zwischen der Stichprobe und der (aus Bevölkerungsdaten von Eurostat abgeleiteten) Grundgesamtheit durchgeführt. Auf der Basis dieser Grundgesamtheit erfolgt anschließend eine Gewichtung in Form einer Gewichtung aufgrund der Randverteilung und der Zellenverteilung. In allen Ländern wurde eine Mindestanzahl von Variablen (Geschlecht, Alter, Region gemäß NUTS-2-Systematik) für die Iteration eingeführt. Anhand eines Gewichtungsfaktors wird in Deutschland ein Ausgleich zwischen den neuen Bundesländern (20,8 %) und den alten Bundesländern (79,2 %) sowie im Vereinigten Königreich zwischen Nordirland (2,5 %) und Großbritannien (97,5 %) vorgenommen — der Wert für die übrigen Länder liegt bei 100 %. Anhand der kombinierten Stichprobengebiete lässt sich auf der Basis der Bevölkerungszahlen der einzelnen Gebiete ein Gewichtungsfaktor für EU-15 berechnen.

Seit Herbst 1973 werden im Auftrag der Europäischen Kommission zweimal jährlich **Eurobarometer**-Umfragen (siehe Eurobarometer-Website) in Form persönlicher Befragungen in der Wohnung der Auskunftspersonen durchgeführt. In jedem Land umfasst die Stichprobe rund 1 000 Personen der Altersgruppe 15 Jahre und älter. Ausnahmen sind Luxemburg (600), das Vereinigte Königreich (1 000 in Großbritannien und 300 in Nordirland) sowie Deutschland (2 000 — 1 000 in den alten und 1 000 in den neuen Bundesländern). In allen Mitgliedstaaten wird ein einheitlicher Fragenkatalog verwendet. Es erfolgt eine Kontrolle in Form einer Rückübersetzung. Die geringe Stichprobengröße bedingt große Zuverlässigkeitsintervalle. Bei Aufschlüsselung nach Alter und Geschlecht muss die Anzahl der Beobachtungen in einer Zelle unter 50 liegen, was zu einem großen Zuverlässigkeitsintervall führt. Grundsätzlich wird die Stichprobe anhand eines mehrstufigen Zufalls-(Wahrscheinlichkeits-)Verfahrens erstellt. Zuerst erfolgt eine Zufallsauswahl von Stichprobenpunkten in den einzelnen Regionen der NUTS-2-Systematik (Eurostat-Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik, *siehe Punkt 3.4*), die die Bevölkerungszahl und -dichte des jeweiligen Landes anteilig widerspiegeln. Dabei erhält man 1 350 Stichprobenpunkte. Anschließend wird eine Zufallsauswahl von Adressen durchgeführt. Hierauf wird pro ausgewähltem Haushalt eine Person nach dem Zufallsprinzip für die Befragung ausgewählt. Pro Befragung erfolgen gegebenenfalls bis zu zwei erneute Anfragen. Da vorwiegend eine Quotenauswahl an-

2.1.5 Auswahl der Lebensmittel

Daten des **Institute of European Food Studies** (IEFS) zeigen, welche Faktoren von den befragten Personen als die drei wichtigsten Entscheidungskriterien bei der Auswahl von Lebensmitteln genannt wurden (**2.1.14**). Die Reihenfolge der Faktoren basiert dabei auf der Anzahl ihrer Nennungen. „Qualität und Frische“ war der einzige Faktor, der in jedem Land mit Ausnahme von Irland von mehr als der Hälfte der Befragten gewählt wurde. In Irland nannten 49 % der Befragten diesen Faktor. Dem Faktor „Zweckmäßigkeit“ (25 %) wurde in Dänemark und dem Faktor „Zusatzstoffe“ in Luxemburg (21 %) eine wesentlich höhere Bedeutung beigemessen als in den übrigen Ländern, während „Preis“ in Griechenland und Luxemburg (18 % in beiden Ländern) und „Gewohnheit“ in Österreich (10 %) als weniger wichtig bewertet wurden.

Zwischen einem Viertel und der Hälfte der Befragten entschied sich für den Faktor „Gesunde Ernährung“. Eine genauere Analyse der Personen, von denen dieser Faktor ausgewählt wurde, ergab, dass der Anteil der Frauen, die auf eine gesunde Ernährung achten (**2.1.15**), in allen Ländern und in allen Altersgruppen höher war als der Anteil der Männer, ausgenommen in der Altersgruppe ab 55 Jahren in Spanien. Dieser Anteil stieg in der Regel mit zunehmendem Alter an. In Italien und Portugal entfiel jedoch der höchste Anteil auf Frauen zwischen 15

und 35 Jahren. In Finnland, Frankreich, den Niederlanden und Spanien war der Anteil bei den Frauen zwischen 36 und 54 Jahren höher als in anderen Altersgruppen.

Die Erhebungen des **Institute of European Food Studies (IEFS)** (siehe IEFS-Website) sind Querschnittsuntersuchungen, die im Rahmen persönlicher Befragungen mit Hilfe von Fragebögen durchgeführt werden. Von (a) Oktober 1995 bis Februar 1996 wurden Befragungen zum Thema „Influences on Food Choice and Sources of Information on Healthy Eating“ (Einflüsse von Informationen zu gesunder Ernährung auf Auswahl und Bezugsquellen von Lebensmitteln) durchgeführt und von (b) Februar bis April 1997 Befragungen zu den Themen „A Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Food, Nutrition and Health“ (Europaweite Erhebung zum Verbraucherverhalten in Bezug auf Lebensmittel, Ernährung und Gesundheit) und „A Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body-weight and Health“ (Europaweite Erhebung zum Verbraucherverhalten in Bezug auf körperliche Betätigung, Körpergewicht und Gesundheit) (siehe IEFS 1999). Etwa 1 000 Personen im Alter von 15 Jahren und älter aus jedem der Mitgliedstaaten beteiligten sich an der Befragung, so dass sich eine Gesamtgröße der Stichprobe von ungefähr 15 000 pro Erhebung ergab. Bei der Zahl der Befragten gab es folgende Ausnahmen: Luxemburg (500), Deutschland (1 250 — 1 000 aus den alten und 250 aus den neuen Bundesländern) und Vereinigtes Königreich [1 000 aus England, Wales und Schottland; Nordirland wurde bei Erhebung (a) nicht berücksichtigt und war in Erhebung (b) mit 250 Befragten vertreten]. Die Themenauswahl erfolgte auf der Basis von Quoten, um die nationale Repräsentativität zu gewährleisten. Die Quoten wurden anhand verschiedener soziodemografischer Faktoren auf der Basis der aktuellen amtlichen Statistik (Volkszählungsdaten) in den einzelnen Mitgliedstaaten festgelegt. Die Ergebnisse in den einzelnen Mitgliedstaaten wurden nach Geschlecht, Alter und regionaler Verteilung gewichtet, sofern die Stichprobenauswahl auf der Basis von Quoten nicht ganz der Zusammensetzung der Bevölkerung entsprach. Bei der Gewichtung der Ergebnisse der kombinierten EU-Stichprobe flossen Bevölkerungszahl und nationale Profile hinsichtlich Geschlecht, Alter und regionaler Verteilung ein.

Literatur

DAFNE <http://www.nut.uoa.gr/>

Eurobarometer <http://europa.eu.int/comm/dg10/epo/eb.html>

Eurodiet <http://Eurodiet.med.uoc.gr/>

Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases

<http://www.who.int/hpr/nutrition/26Aprildraftrev1.pdf>

Faostat <http://www.fao.org/>

HFA (WHO) www.who.dk

IEFS <http://www.iefs.org/workinst.html>

IEFS (1999) „A Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Food, Nutrition and Health: Reports 1 & 2“, The Institute of European Food Studies, Dublin.

2.2 Körperliche Betätigung

Gemäß **Eurodiet** wirken sich vier verschiedene Aspekte der körperlichen Betätigung positiv auf die Gesundheit aus: Körperliche Betätigung reguliert insgesamt das Körpergewicht; kurze, intensive körperliche Betätigung macht fit und fördert das Wohlbefinden; mäßige körperliche Betätigung reduziert die Morbidität um 30-50 %, und Gewichts-training wirkt der Osteoporose entgegen und vermindert das Risiko von Knochenbrüchen. Bereits eine Stunde Gehen pro Tag ist offensichtlich ausreichend, um die Knochenmineralisierung zu verlangsamen (siehe Eurodiet-Website). Rütten (2001) untersuchte die Angaben zur körperlichen Betätigung von Befragten einer Stichprobe mit mehr als 3 000 Erwachsenen in sechs Mitgliedstaaten. Dabei zeigte sich, dass bei beiden Geschlechtern Personen, die angaben, sich nicht körperlich zu betätigen, ein niedrigeres Einkommen nannten als die körperlich aktiven Befragten; somit besteht eine positive Kovarianz zwischen körperlicher Betätigung und Einkommen. Bei Berücksichtigung der Faktoren Alter, Geschlecht, Einkommen und Mitgliedstaat zeigte sich außerdem, dass das „Erkennen von Chancen“ als „wichtiger Faktor für die Selbsteinschätzung der Gesundheit“ galt.

Bei der **Eurobarometer-Umfrage 52.1** (siehe Kapitel 2.1.4), die 1999 von der **Europäischen Kommission** durchgeführt wurde, wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie sich „mindestens zweimal pro Woche körperlich betätigen“ (**2.2.1**). Weniger als die Hälfte der Befragten bejahte diese Frage. Allerdings schwankte der Anteil der mit Ja Antworten zwischen 18,8 % in Griechenland und 77,8 % in Luxemburg. Dabei war in den meisten Mitgliedstaaten der Anteil der Männer höher als der der Frauen. In der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen gaben mehr Personen an, sich mindestens zweimal pro Woche körperlich zu betätigen, als in den höheren Altersgruppen. Die Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten weiteten sich mit zunehmendem Alter bis zu einer Spanne von 45 % bis 88 % bei der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen und von 8 % bis 85 % bei Personen der Gruppe ab 55 Jahren aus (**2.2.2**). 81 % der körperlich Aktiven beschrieben ihre Ernährung als gesund und ausgewogen; bei den nicht körperlich Aktiven lag dieser

Anteil bei 70 % **(2.2.3)**. Raucher waren unter den körperlich Aktiven mit 30 % seltener vertreten; bei den nicht körperlich Aktiven lag dieser Anteil dagegen bei 36 %. 37 % der körperlich Aktiven bezeichneten sich als „sehr“ und 51 % als „relativ zufrieden“ mit ihrer eigenen Gesundheit; bei den körperlich Aktiven hingegen waren 23 % „sehr“ und 59 % „relativ zufrieden“.

Bei derselben Umfrage wurde die Frage gestellt, ob die Befragten ihre Lebensweise für gesund hielten **(2.2.4)**. Der Anteil der mit „Ja“ antwortenden Personen lag insgesamt zwischen 64 % in Griechenland und 89 % in Spanien, wobei der Anteil der Frauen in allen Mitgliedstaaten mit Ausnahme von Portugal noch etwas höher war. Insgesamt sank der Anteil der mit „Ja“ Antwortenden bis zum Alter von 55 Jahren leicht mit der Altersgruppe; ab einem Alter von 55 war ein erheblicher Anstieg dieses Anteils zu verzeichnen **(2.2.5)**. Die Abweichungen zwischen den einzelnen Ländern verringerten sich mit zunehmendem Alter. Griechenland wies in allen Altersgruppen den geringsten Anteil der Personen, die dies bejahten, auf, außer in der Gruppe ab 55 Jahren, wo der geringste Anteil auf Portugal entfiel. Portugal wies allerdings in der jüngsten Altersgruppe den höchsten Anteil auf. Eine Analyse nach beruflichem Status ergab, dass die meisten der mit „Ja“ antwortenden Personen der Gruppe der Rentner und Pensionäre und der Gruppe der Hausfrauen und -männer angehörten **(2.2.6)**. Die Gruppe der „Führungskräfte“ wies die geringsten, die Gruppe der „Angestellten“ die größten Abweichungen zwischen den Mitgliedstaaten auf. Auch hier zeigten die Griechen in allen Gruppen außer bei den „Selbstständigen“ (Niederlande) und den „Arbeitslosen“ (Irland) die ungesündeste Lebensweise. Eine Analyse dieser Frage mit anderen Variablen **(2.2.7)** ergab, dass von den Personen, die ihre Lebensweise als gesund betrachteten, 83 % ihre Ernährung als gesund und ausgewogen bezeichneten, 76 % nicht regelmäßig Alkohol tranken, 70 % nicht rauchten, sich aber nur 43 % mindestens zweimal pro Woche körperlich betätigten.

Die Daten des **Institute of European Food Studies** (IEFS) aus dem Jahr 1997 zeigten Abweichungen zwischen den Ländern in Bezug auf den Umfang der körperlichen Betätigung und die Zahl der körperlich aktiven Personen. Spaziergehen, Gartenarbeit, Radfahren, Schwimmen und Fitness-training waren die fünf beliebtesten körperlichen Aktivitäten in der Europäischen Union, die von Personen unter und ab 15 Jahren ausgeübt wurden (siehe IEFS 1999). Wie aus **2.2.8** hervorgeht, wurden die ersten drei Aktivitäten insgesamt in Österreich und in den Niederlanden von prozentual mehr Personen ausgeübt als in anderen Mitgliedstaaten. Schwimmen und Radfahren andererseits waren in Griechenland, Italien, Spanien

und Portugal weniger beliebt als in den anderen Mitgliedstaaten; auch Gartenarbeit und Spaziergehen erfreuten sich in Portugal geringerer Beliebtheit. Interessant ist die Tatsache, dass in Griechenland (68 %) und Portugal (63 %) eine Mehrheit der Personen der Ansicht war, dass lokale Kampagnen für sie einen Anreiz zu mehr körperlicher Betätigung bieten könnten (siehe IEFS 1999). Dieser Anteil war erheblich höher als in anderen Mitgliedstaaten. Innerhalb der Europäischen Union übte ein Drittel der Personen im Alter ab 15 Jahren keine der genannten körperlichen Aktivitäten aus. 41 % davon waren der Ansicht, eine intensivere körperliche Betätigung sei nicht erforderlich. Zu den nicht Aktiven zählten vor allem Frauen über 55 Jahre, die eine allgemeine Grundbildung erworben haben. Wie **2.2.9** zeigt, lag der Anteil der Personen, die sich in der Regel pro Woche mehr als fünf Stunden auf unterschiedliche Weise körperlich betätigten, zwischen mehr als 40 % in Schweden, Österreich und Finnland und nur 5 % in Portugal. Der Anteil der Personen, die sich überhaupt nicht körperlich betätigten, bewegte sich zwischen 8 % in Finnland und 61 % in Portugal. Die aktivsten Teilnehmer waren in der Regel junge Männer mit Hochschulbildung. Personen, die verstärkt andere Aktivitäten als Gartenarbeit, Radfahren und Spaziergehen ausübten, wiesen tendenziell eher einen höheren Bildungsabschluss auf. Tabelle **2.2.10** zeigt, dass der Anteil der Personen in den einzelnen Ländern, die bestimmte Faktoren für besonders motivierend hielten, erheblich variierte. Am stärksten gewichtet von allen Faktoren wurde jedoch in allen Ländern, außer in Finnland und den Niederlanden, der Faktor „Gesund bleiben“. Anscheinend wird körperliche Betätigung nicht als Vergnügen empfunden, da dieser Faktor insgesamt in der Europäischen Union den geringsten Beliebtheitsgrad aufwies.

Da sich das Wesen der Arbeit mit der Verlagerung von der Fertigungs- zur Dienstleistungsindustrie und der zunehmenden Automatisierung am Arbeitsplatz erheblich verändert hat (siehe Rose & Reilly 1997), waren nur 5 % der Bevölkerung in der Europäischen Union bei der Arbeit mehr als sechs Stunden pro Tag körperlich aktiv (in einem Maße, das über das bloße Gehen hinausreichte). Den niedrigsten Personenanteil in dieser Kategorie (1 %) stellte Frankreich, gefolgt von Luxemburg und Schweden (beide 3 %), während der Anteil in Österreich am höchsten war (15 %). Abgesehen von Gehen entwickelten 42 % der Beschäftigten in der Europäischen Union in ihrem Beruf keinerlei körperliche Aktivitäten. Wie **2.2.11** zeigt, wies Frankreich den höchsten Anteil von Personen in dieser Kategorie auf (59 %), dicht gefolgt von Luxemburg und Spanien, während der Anteil in Österreich am niedrigsten war (23 %).

Zwischen Männern und Frauen bestanden nur geringfügige Unterschiede beim Ausmaß der körperlichen Aktivität. Bei Personen zwischen 15 und 34 Jahren war die Wahrscheinlichkeit größer als bei anderen Altersgruppen, dass sie mehr als sechs Stunden pro Tag saßen und dass sie durch Arbeit und Studium bedingte Aufgaben als Hinderungsgrund für körperliche Betätigung angaben; es ist davon auszugehen, dass sich dies auch auf die Gesundheit der Befragten auswirken wird. Die Zeitdauer, die Beschäftigte an einem typischen arbeitsfreien Tag sitzend verbringen, variiert von Land zu Land, wie Tabelle 2.2.12 zeigt. Am höchsten war der Anteil der Beschäftigten, die mehr als vier Stunden sitzen, in den Niederlanden (51 %) und Deutschland (50 %), am geringsten war er in Italien (21 %) und Belgien (24 %). Kaum Unterschiede gab es bei den Personen, die in ihrer Freizeit gar nicht sitzen; die höchsten Anteile entfielen hier auf Spanien und Italien (5 %). Zwar bestand in der Regel kein Zusammenhang zwischen körperlicher Betätigung bei der Arbeit und der Ausübung einer der 17 vorgegebenen Freizeitaktivitäten, doch ist es interessant, dass die Personen, die bei der Arbeit körperlich am aktivsten waren, auch in ihrer Freizeit weniger saßen, während die Personen, die bei der Arbeit mehr als sechs Stunden saßen, auch am ehesten dazu tendierten, einen größeren Teil ihrer Freizeit sitzend zu verbringen.

Angeichts des erwähnten Trends, dem zufolge junge Erwachsene mehr sitzen als Personen ab 35 Jahren, seien hier auch die Ergebnisse der internationalen Studie zum Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern von 1997/98 (**Health Behaviour of School-aged Children** — HBSC) aufgeführt. Mehr Jungen als Mädchen trieben pro Woche mindestens zwei Stunden Sport (2.2.13). In Österreich war der Anteil der Kinder, die im Alter von 11, 13 und 15 Jahren in diesem Umfang Sport trieben, höher als in anderen Ländern, mit Ausnahme von 11-jährigen Jungen in der Schweiz. Diese Zahlen sind ein weiteres Anzeichen dafür, dass in Europa von Land zu Land unterschiedliche kulturelle Vorstellungen in Bezug auf sportliche und andere Aktivitäten bestehen. In England war der Anteil der Kinder im Alter von 11, 13 und 15 Jahren, die pro Woche mindestens zwei Stunden Sport trieben, geringer als in sämtlichen anderen Ländern (mit Ausnahme von 15-jährigen Mädchen in Griechenland); Portugal blieb bei dieser Analyse allerdings unberücksichtigt, weil hier eine andere Frage gestellt wurde. In Österreich, Deutschland und Dänemark war der Anteil der Mädchen in allen Altersgruppen, die im obigen Umfang Sport trieben, am höchsten. Im Alter zwischen 11 und 13 Jahren erhöhten sich die Anteile bei beiden Geschlechtern in sämtlichen Ländern, mit Ausnahme der Schweiz und

Nordirlands, wo die Anteile gleich blieben. Bei der Veränderung der Anteile zwischen den Altersgruppen der 13- und 15-Jährigen sind jedoch Unterschiede zwischen den Geschlechtern festzustellen. Während der Anteil bei den Mädchen in allen bis auf zwei Ländern abnahm, nahm er bei den Jungen in sechs Ländern zu und in sechs Ländern ab. Eine separate Analyse der WHO (siehe Currie 2000) unter Verwendung derselben Daten und auf der Basis von elf Ländern, von denen sieben auch im vorliegenden Dokument berücksichtigt sind, ergab, dass durchweg ein Zusammenhang zwischen größerem Wohlstand der Familien (aus der Sicht von 11-, 13- und 15-Jährigen) und einem positiven Gesundheitsverhalten mit regelmäßigeren sportlichen Aktivitäten und dem Verzehr von mehr Obst besteht.

Einen Hinweis auf Sitzgewohnheiten in der Freizeit gibt der Anteil der Kinder, die angaben, pro Tag mindestens vier Stunden fernzusehen (2.2.14). Die Anteile stimmten in allen Ländern und Kategorien weitgehend überein, einige Unterschiede gibt es jedoch zwischen den einzelnen Ländern und Altersgruppen. Wales wies den höchsten Anteil (von 31-44 % je nach Altersgruppe) und die Schweiz (9-18 %) und Frankreich (12-17 %) den geringsten Anteil auf. Den WHO-Daten zufolge (siehe Currie 2000) geht ein exzessiver Fernsehkonsum bei beiden Geschlechtern und in allen drei Altersgruppen mit schlechten Ernährungsgewohnheiten wie dem Verzehr von Süßigkeiten, Chips und zuckerhaltigen Getränken einher.

Das von der **Technischen Universität Chemnitz** (Deutschland) koordinierte Projekt **European Physical Activity Surveillance System (Eupass)** im Rahmen des Aktionsprogramms der Gemeinschaft für Gesundheitsberichterstattung im Bereich der öffentlichen Gesundheit beinhaltet Entwicklung und Erprobung eines Systems zur Beobachtung der körperlichen Betätigung als wichtiger Verhaltensdeterminante für die Gesundheit. Dabei werden Kern- und optionale Indikatoren bereitgestellt, ausgewählte Indikatoren getestet und Implementierungsstrukturen für die Gesundheitsberichterstattung in der Europäischen Union untersucht. Art, Häufigkeit, Dauer und Intensität der Aktivität wurden als grundlegende Messgrößen der körperlichen Betätigung ermittelt. Es zeigte sich, dass keine dieser Größen in allen einzelstaatlichen Erhebungen der acht an dem Projekt beteiligten Mitgliedstaaten berücksichtigt wurde. Darüber hinaus variiert der Schwerpunkt der Fragen von Land zu Land erheblich, sogar bei ein und derselben Größe. Außerdem wurden in den meisten Fällen unterschiedliche Referenzzeiträume zugrunde gelegt.

Die **internationale Studie zum Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern (Health Behaviour of School-aged Children — HBSC)** wurde kurz nach ihrem Anlaufen im Jahr 1982 von der Weltgesundheitsorganisation für Europa übernommen und als „WHO Collaborative Study“ weitergeführt. Jeder der teilnehmenden Mitgliedstaaten führt die Studie mit Hilfe von Fragebogen im Klassenverband unter Anleitung eines Lehrers oder Wissenschaftlers durch. Ein Abschnitt des Fragebogens befasst sich mit einem *Schwerpunktthema*, das im Laufe der Zeit wechselt. Die erste Studie wurde 1983/84 in Finnland, Norwegen, England und Österreich durchgeführt. In der Zwischenzeit erhöhte sich die Zahl der teilnehmenden Länder nach und nach auf 32. Seit der zweiten Studie in den Jahren 1985/86 wurde alle vier Jahre eine Studie durchgeführt. Die Studie von 1997/98 deckt in Belgien nur den flämisch sprechenden Landesteil, in Frankreich nur Nancy-Lorraine und Toulouse-Midi-Pyrénées und in Deutschland nur Nordrhein-Westfalen ab. Die Ergebnisse in diesen Ländern sind daher nicht repräsentativ für das gesamte Land. Italien, Luxemburg und die Niederlande führten die Studie nicht durch. Es wird aber davon ausgegangen, dass an der nächsten Studie weitere Länder teilnehmen werden. Der Erhebungszeitraum in den einzelnen Ländern sollte möglichst bei zwei Wochen liegen, keinesfalls aber über vier Wochen hinausgehen. Die Felduntersuchungen für den Zeitraum 1997/98 wurden zwischen Oktober 1997 und Mai 1998 durchgeführt. Es handelt sich um Querschnittstudien mit Stichproben in drei Altersgruppen, die folgende Phasen widerspiegeln: den Beginn des Jugendalters (11), die Probleme der emotionalen und körperlichen Veränderungen (13) und die mittleren Jugendjahre, in denen erste wichtige Lebens- und Karriereentscheidungen getroffen werden (15). Gemäß den Empfehlungen sollte die Studie alle Schüler einer Altersgruppe in privaten und öffentlichen Schulen sowie in Spezialschulen erfassen. Die Länder können ihre Stichproben wahlweise schichten, um eine angemessene geografische Abdeckung zu erzielen, und machen von dieser Möglichkeit zumeist auch Gebrauch. Empfohlen wird eine Cluster-Stichprobenbildung mit der Schulklasse als Cluster. Aus der Menge der Klassen wird dann eine zufällige Stichprobe ausgewählt. Die empfohlene Mindeststichprobengröße für jede der drei Gruppen beträgt 1 536 Schüler. Dabei wird von einem Zuverlässigkeitsintervall von 95 % plus/minus 3 % und einem Designfaktorwert von 1,2 ausgegangen. Die Stichprobengröße in den EU-Ländern variierte zwischen knapp 4 000 und über 6 000 (für die drei Gruppen zusammen).

Literatur

Currie, C. et al. (Hrsg.) (2000), „*Health and Health Behaviour among Young People [Internationaler Bericht zur Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 1997/98]*“; World Health Organisation Policy Series: Health Policy for Children and

Adolescents (HEPCA), Issue 1, Weltgesundheitsorganisation — Regionalbüro für Europa.

Eurodiet <http://Eurodiet.med.uoc.gr/>

IEFS (1999) „*A Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body-weight and Health*“ & „*A Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Food, Nutrition and Health: Reports 1 & 2*“, The Institute of European Food Studies, Dublin.

Rose, D. und O'Reilly, K. (1997), „*Constructing classes: Towards a new social classification for the UK*“, ESRC/ONS, Swindon.

Rütten et al. (2001), „*Self reported physical activity, public health, and perceived environment; results from a comparative European study*“, in Journal of Epidemiology and Community Health 2001;55(2):139-146.

2.3 Rauchen

Jährlich sterben mehr als eine halbe Million Menschen in der Europäischen Union an den Folgen des Rauchens; die Hälfte dieser Menschen ist zwischen 35 und 69 Jahren alt — also in einem Alter, das weit unter der durchschnittlichen Lebenserwartung liegt. Auf das Rauchen zurückzuführende Todesfälle werden in den nächsten Jahrzehnten stark zunehmen, wenn die Änderungen der Bevölkerungsstruktur und die verzögert einsetzenden Auswirkungen des Rauchens auf die Gesundheit voll zum Tragen kommen (siehe Harkin 1997). Die durch Rauchen bedingte Morbidität reicht von akuten Infektionen der Atemwege wie Husten und Erkältungskrankheiten über Emphyse bis hin zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen — der bei weitem häufigsten Ursache für Todesfälle durch Rauchen. Mehr als alle anderen Krankheiten ist jedoch Lungenkrebs im Zusammenhang mit dem Tabakkonsum zu sehen, und die Sterbeziffern bei Lungenkrebs sind der beste Indikator für eine Langzeitexposition. In vielen Ländern existieren Informations- und Aufklärungsprogramme über die durch Tabak verursachten Schäden, und es wird Unterstützung für all jene angeboten, die mit dem Rauchen aufhören wollen. Die internationale Werbung in Fernsehen und Presse sowie die Umsetzung von Gesetzen, die den Verkauf an Jugendliche verbieten, stellen der WHO zufolge jedoch in einigen Ländern ein Problem dar (siehe Harkin 1997). Der Vorschlag der Kommission für eine Richtlinie über die Tabakwerbung mit Regeln für die direkte und indirekte Werbung und das Sponsoring von Veranstaltungen wurde im Mai 2001 angenommen. Das Europäische Parlament und der Rat haben im Juni 2001 die Richtlinie 2001/37/EG über den Verkauf, die Präsentation und die Herstellung von Tabakerzeugnissen (siehe Europa-Webseite) erlassen.

2.3.1 Raucher

Nach Daten der von der **Europäischen Kommission** durchgeführten **Eurobarometer-Umfrage 43.0** (siehe Eurobarometer-Website) rauchte 1995 ein Drittel der Männer und ein Viertel der Frauen in der Europäischen Union (**2.3.1**). In Griechenland, Dänemark, Italien und Frankreich rauchte mehr als ein Drittel der Personen ab 15 Jahren; in Finnland, Schweden und Portugal lag dieser Anteil bei unter einem Viertel. Der Anteil der rauchenden Männer stieg in den Altersgruppen 15-24 und 25-34 Jahre und nahm dann langsam ab. Der Anteil der rauchenden Frauen sank mit zunehmendem Alter. Zwischen den einzelnen Ländern gab es Unterschiede bei den Anteilen der rauchenden Männer und Frauen unterschiedlicher Altersgruppen; diese ergeben jedoch kein einheitliches Bild. Generell lässt sich feststellen, dass in allen Mitgliedstaaten und in allen Altersgruppen ein größerer Anteil der Männer als der Frauen rauchte. Es gibt jedoch einige Ausnahmen, so bei allen Altersgruppen in Schweden und bei zwei Altersgruppen in Großbritannien. Der Anteil der Raucher war bei Männern aus Griechenland und Frauen aus Dänemark höher, bei Männern aus Schweden und Frauen aus Portugal dagegen geringer als in anderen Mitgliedstaaten. Der **IEFS-Umfrage** von 1997 zufolge rauchten 36 % aller Bürger der Europäischen Union; der Anteil reichte von 46 % in Frankreich bis zu 24 % in Schweden und Portugal (siehe IEFS 1999).

Die Daten der von der **Europäischen Kommission** durchgeführten **Eurobarometer-Umfrage 52.1** zeichnen insofern ein etwas anderes Bild, als 1999 in den meisten Mitgliedstaaten ein Drittel der Bevölkerung rauchte, in Schweden dagegen nur weniger als ein Viertel (**2.3.2**). Kontext und Wortlaut der Fragen der Eurobarometer-Umfragen von 1995 und 1999 sind streng genommen nicht vergleichbar. Bei einem der nächsten Eurobarometer (Herbst 2002) wird ein neuer Fragenkatalog zum Thema Rauchen eingeführt (der mit dem von 1995 identisch ist). So wird zu gegebener Zeit ein Trendvergleich der Jahre 1995-2002 möglich sein. Gemäß Eurobarometer 52.1 rauchten in allen Ländern, mit Ausnahme von Dänemark und Schweden, mehr Männer als Frauen. Insgesamt nahmen die Unterschiede zwischen Männern und Frauen mit dem Alter zu. Ein Vergleich der Altersgruppen ergab folgendes Bild: Am größten war der Anteil der männlichen Raucher in Belgien und Frankreich bei den 15- bis 24-Jährigen (53 %), in Portugal bei den 25- bis 34-Jährigen (66 %), in Griechenland bei den 35- bis 54-Jährigen (74 % und 83 %), in Spanien bei den 55- bis 64-Jährigen (52 %) und in Dänemark bei den Angehörigen der Gruppe ab 65 Jahren (39 %). Den größten Anteil bei den weiblichen Rauchern verzeichnete Frankreich bei den 15- bis 24-Jährigen (53 %), Griechenland bei den 25-

bis 34-Jährigen (53 %) und Dänemark bei den Angehörigen der Gruppe ab 35 Jahren (55 %, 48 %, 41 % und 34 %). Am geringsten war der Anteil männlicher Raucher in Schweden, und zwar in sämtlichen Altersgruppen von 15 bis 64 Jahren, sowie in Finnland, gefolgt von Schweden bei der Altersgruppe ab 65 Jahren. Den geringsten Anteil von weiblichen Rauchern wies Portugal bei den 15- bis 24-Jährigen und den 35- bis 54-Jährigen auf, ferner Italien bei den 25- bis 34-Jährigen und Spanien bei der Altersgruppe ab 55 Jahren (sowie Frankreich bei der Altersgruppe ab 65 Jahren). Die Daten zeigen auch, dass 65 % der Raucher sich gesund und ausgewogen ernähren, aber 79 % der Nichtraucher (**2.3.3**). Außerdem fühlen sich 47 % der Raucher „regelmäßig gestresst“, jedoch nur 33 % der Nichtraucher.

Zur Frage der starken Raucher geht aus den Daten (**2.3.4**) von **Eurobarometer 43.0** hervor, dass 1995 nur unter Frauen im Vereinigten Königreich und Männern in Griechenland, Portugal und Österreich eine nennenswerte Zahl von Personen zu finden war, die mehr als 40 Zigaretten pro Tag rauchten. Am niedrigsten war die Anzahl der gerauchten Zigaretten in Italien, wo nahezu alle Männer weniger als 25 Zigaretten pro Tag und fast alle Frauen weniger als 20 Zigaretten pro Tag rauchten. Am häufigsten bewegte sich der Zigarettenkonsum in der Europäischen Union 1995 zwischen 10 und 14 Zigaretten pro Tag. In allen Ländern der Europäischen Union rauchte die überwiegende Mehrheit der Raucher weniger als 20 Zigaretten pro Tag. Eine Ausnahme bildeten lediglich die männlichen Raucher in Griechenland, von denen zwei Drittel auf mehr als 20 Zigaretten kamen.

2.3.2 Ausgaben für Tabak

Aus den Daten der **Erhebungen zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte (HBS)** (soweit vorhanden) geht hervor, dass die Ausgaben für Tabak in „KKS pro Haushalt“ von 1988 bis 1994 in allen Mitgliedstaaten anstiegen, außer in Belgien (wo sie sanken), und dass sie auch von 1994 bis 1999 in allen Mitgliedstaaten anstiegen, außer in Irland (hier blieben sie gleich) sowie in Italien und Finnland (wo ein leichter Rückgang eintrat). Der prozentuale Anteil der Ausgaben für Tabak an den gesamten Haushaltsausgaben stieg von 1988 bis 1994 in allen Mitgliedstaaten außer Belgien, Italien und dem Vereinigten Königreich, wo die Ausgaben zurückgingen, und in Luxemburg, wo sie gleich blieben. Von 1994 bis 1999 stieg der Anteil in fünf Mitgliedstaaten und sank in sieben Mitgliedstaaten. In jedem dieser Jahre gaben die Haushalte in Griechenland den höchsten Anteil aus (2,9 % im Jahr 1999), drei- bis viermal soviel, wie von den Haushalten in Luxemburg ausgegeben wurde (**2.3.5**). Allerdings ist allgemein bekannt, dass die

Befragten aus kulturellen Gründen dazu neigen, ihre Ausgaben für Tabak und Alkohol im Rahmen der Erhebungen zu tief anzusetzen.

Ein Vergleich der anteiligen Ausgaben von Haushalten unterschiedlicher Zusammensetzung für Tabak im Jahr 1999 (**2.3.6**), soweit diese im Rahmen der Erhebungen zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte ermittelt wurden, zeigt folgendes Bild: in Irland gab es bei den sozioökonomischen Kategorien die größten und in Italien die geringsten Unterschiede; dabei entfielen die höchsten Anteile in der Europäischen Union auf Haushalte von Arbeitslosen. Die größten Unterschiede nach Quintil des Haushaltseinkommens gab es im Vereinigten Königreich, gefolgt von Griechenland, die geringsten Unterschiede in den Niederlanden, gefolgt von Italien. Dabei sanken die anteiligen Ausgaben für Tabak in der Europäischen Union mit steigenden Einkommen; der höchste Anteil wurde von Haushalten mit drei oder mehr Erwachsenen ausgegeben, gefolgt von Haushalten des Typs „Allein stehender Elternteil mit abhängigen Kindern“, der geringste Anteil wurde dagegen von Haushalten mit zwei Erwachsenen mit Kindern ausgegeben. Ein Vergleich nach Altersgruppen ergab, dass in den meisten Mitgliedstaaten die Anteile der Ausgaben für Tabak an den Verbrauchsausgaben in jenen Haushalten am höchsten waren, in denen die Referenzperson unter 30 Jahre alt war, und dass sie in jenen Haushalten am geringsten waren, in denen diese Person 60 Jahre und älter war — außer in Dänemark, wo die Referenzperson dieser Haushalte zwischen 30 und 44 Jahre alt war. Ein Vergleich auf der Basis des Urbanisierungsgrads ergab kein eindeutiges Muster.

2.3.3 Sehr junge Raucher

Bei Kindern und Jugendlichen, die täglich rauchen, ist wahrscheinlich von einer Nikotinabhängigkeit auszugehen, während Kinder, die „mindestens einmal pro Woche“ rauchen, dies u. U. nur bei sozialen Anlässen tun und eventuell dazu bewegt werden könnten, mit dem Rauchen aufzuhören. Aus den Daten der **HBSC**-Studie (siehe WHO 2000) geht hervor, dass der Anteil der 11-Jährigen, die jeden Tag oder jede Woche rauchen, 1997/98 sehr gering war — unter 3 % (**2.3.7**). Den höchsten Anteil von Jungen in diesem Alter, die jede Woche rauchen, meldeten England und Nordirland, während es in Schottland den höchsten Anteil von Mädchen gab, die jede Woche bzw. jeden Tag rauchen. Bei den 13-Jährigen erreichten die entsprechenden Anteile höhere Werte, und die Unterschiede zwischen den Ländern nahmen zu. Bei den Jungen lagen diese Anteile zwischen 2 % (tägliches Zigarettenkonsum) bzw. 4 % (jede Woche) in Schweden und 9 % (täglich) bzw. 14 % (jede Woche) in Deutschland. Bei den Mädchen bewegten sich die

se Anteile zwischen 2 % (täglich) bzw. 4 % (jede Woche) in Portugal und 12 % (täglich) bzw. 18 % (jede Woche) in Wales. Noch höhere Anteile wurden bei den 15-Jährigen erreicht. Bei den Jungen lagen die entsprechenden Anteile zwischen 10 % (täglich) bzw. 18 % (jede Woche) in Schweden und 22 % (täglich) in Deutschland bzw. 30 % (jede Woche) in Österreich. Mädchen erreichten hier Anteile zwischen 10 % (täglich) bzw. 14 % (jede Woche) in Portugal und 26 % (täglich) bzw. 36 % (jede Woche) in Österreich. In allen Altersgruppen rauchten in Belgien und Irland mehr Jungen als Mädchen täglich, während das Verhältnis in Schottland umgekehrt war. Während bei den 11-Jährigen in der Regel mehr Jungen als Mädchen rauchten, kehrte sich dieser Trend in den meisten Ländern im Alter von 13 und 15 um. Der Anteil der Jungen, die jede Woche rauchen, war in acht Ländern bei den 11-Jährigen, in sechs Ländern bei den 13-Jährigen und nur in Portugal bei den 15-Jährigen höher als der Anteil der Mädchen.

2.3.4 Beschränkung des Tabakverkaufs und der Tabakwerbung auf einzelstaatlicher Ebene

In jedem Land wurden die Maßnahmen gegen das Rauchen (**2.3.8**) den Rauchgewohnheiten der Kinder gegenübergestellt. In vier Mitgliedstaaten galt ein Mindestalter von 18 Jahren für den Kauf von Zigaretten. Ein Vergleich dieser Mitgliedstaaten mit anderen ergab: In Frankreich rauchten 15-Jährige im Mittel wesentlich weniger Zigaretten, auch die mittlere Zunahme mit dem Alter war wesentlich geringer. Norwegen wies bei den 11-Jährigen, die jede Woche rauchen, die niedrigste Quote auf, und auch die durchschnittliche Zigarettenzahl, die Jungen in diesem Alter rauchten, war in Norwegen eine der niedrigsten. Auch in Schweden war die durchschnittliche Anzahl Zigaretten, die 11- und 13-jährige Jungen rauchten, mit am niedrigsten und bei den 15-jährigen Jungen am zweitniedrigsten; die Quote der 13- und 15-Jährigen, die jeden Tag rauchen, war hier am niedrigsten, ebenso die Quote der Jungen aller Altersgruppen, die jede Woche rauchen. Eine Untersuchung der Werte der drei Mitgliedstaaten mit der am wenigsten restriktiven Gesetzgebung in Bezug auf das Rauchen in der Öffentlichkeit und die Tabakwerbung erbrachte beim Vergleich der Rauchgewohnheiten von Kindern mit den entsprechenden Werten bei Kindern und Jugendlichen in den anderen Mitgliedstaaten (außer Spanien, wo keine Daten für Kinder und Jugendliche vorlagen) folgende Ergebnisse: Deutschland wies bei den 11-jährigen Mädchen die höchste durchschnittliche Zahl gerauchter Zigaretten und bei 13-jährigen Jungen die zweithöchste Zahl auf; außerdem erreichte Deutschland eine der höchsten Quoten von Jungen sämtlicher Altersgruppen, die jeden Tag rauchen. Dänemark

wies bei den 15-Jährigen, die jede Woche rauchen, eine der höchsten Quoten auf und nahm auch bei der durchschnittlichen Anzahl der von 15-Jährigen gerauchten Zigaretten einen der Spitzenplätze ein. Das Vereinigte Königreich wies eine der höchsten Quoten von Kindern sämtlicher Altersgruppen auf, die jeden Tag rauchen, eine der höchsten Quoten von 11- und 13-Jährigen und von 15-jährigen Mädchen, die jede Woche rauchen, und nahm auch bei der durchschnittlichen Anzahl der von 13-Jährigen gerauchten Zigaretten einen der Spitzenplätze ein. Es besteht also ein gewisser Zusammenhang zwischen weniger restriktiven Gesetzen und den Rauchgewohnheiten der Kinder und Jugendlichen. Ein Vergleich der Rauchgewohnheiten der Kinder und Jugendlichen in den Mitgliedstaaten, die die restriktivste Gesetzgebung in Bezug auf das Rauchen in der Öffentlichkeit und die Tabakwerbung aufweisen, und in anderen Mitgliedstaaten erbrachte folgende Ergebnisse: Schweden hatte den geringsten Anteil an Kindern und Jugendlichen aufzuweisen, die täglich rauchen, ferner einen der geringsten Anteile von 13-Jährigen, die jede Woche rauchen, die niedrigste durchschnittliche Zahl der gerauchten Zigaretten bei 13-jährigen Jungen und fast die niedrigste bei 13-jährigen Mädchen, den geringsten Anteil der 15-jährigen Jungen, die jeden Tag rauchen, die zweitniedrigste durchschnittliche Zahl von gerauchten Zigaretten bei 15-jährigen Jungen und eine auf mittlerem Niveau liegende durchschnittliche Zahl bei 15-jährigen Mädchen. Norwegen wies einen der niedrigsten Anteile bei Kindern auf, die jede Woche bzw. jeden Tag rauchen, und eine der niedrigsten durchschnittlichen Zahlen gerauchter Zigaretten bei 13-Jährigen, eine auf mittlerem Niveau liegende Zahl der 15-Jährigen, die jede Woche rauchen, sowie eine in etwa im Mittelfeld liegende durchschnittliche Zahl der gerauchten Zigaretten bei 15-Jährigen. Während in Schweden und Norwegen ein Zusammenhang zwischen strengeren Beschränkungen und den Rauchgewohnheiten der Kinder zu bestehen scheint, ist in Finnland kein offensichtlicher Zusammenhang erkennbar.

Ein Vergleich der Rechtsvorschriften mit den Rauchgewohnheiten von Erwachsenen ergab, dass der Anteil der Personen, die täglich mehr als 20 Zigaretten rauchen, in den Ländern mit den restriktivsten Rechtsvorschriften in Bezug auf die Tabakwerbung in der Regel niedriger war. Die auffälligste Abweichung von dieser Feststellung stellte Portugal dar, das eine der höchsten Quoten aufwies. Portugal wies zugleich auch den höchsten Anteil (69 %) von Personen auf, die noch nie geraucht hatten; den nächsthöchsten Anteil erreichte hier Österreich (66 %), den bei weitem niedrigsten Anteil Frankreich (35 %). In Frankreich war auch der Anteil der Personen am höchsten, die das Rauchen mehr als

ein Jahr bzw. weniger als ein Jahr zuvor aufgegeben hatten. Deutschland, Österreich und Portugal wiesen die niedrigste Quote von ehemaligen Rauchern auf. Die höchsten Quoten ehemaliger Raucher fanden sich in Frankreich (46 %), Griechenland (44 %) und den Niederlanden (42 %). Bei 13- und 15-jährigen Kindern ergab die Studie einen engen Zusammenhang zwischen dem Probieren von Zigaretten, häufigerem Rauchen und Alkoholkonsum und häufigerer Betrunkenheit. In einer Analyse der WHO auf der Basis von elf Ländern, von denen sieben im vorliegenden Dokument berücksichtigt sind, wurde ein Zusammenhang zwischen größerem Wohlstand der Familien (aus der Sicht von 11-, 13- und 15-Jährigen) und Rauchen in Portugal und mit Betrunkenheit in Schottland, Wales und Portugal festgestellt. In den übrigen Ländern war kein Zusammenhang mit dem Wohlstand der Familie feststellbar. Die **Eurobarometer-Umfrage 52.1** ergab, dass 41,5 % der Jugendlichen in der Altersgruppe 15 Jahre und älter, die rauchten, auch regelmäßig tranken, und dass 49,6 % der Jugendlichen, die regelmäßig tranken, auch rauchten.

2.3.5 Zigarettenangebot auf dem Markt

Ein zuverlässiger Vergleich der amtlichen durchschnittlichen Zahl der auf dem Markt angebotenen Zigaretten ist angesichts des Zigaretten-schmuggels, der in manchen Ländern weit verbreitet ist, nicht überall möglich (siehe Harkin 1997). Schätzungen zufolge wurden 2000 in Belgien 10-30 % des Konsums und im Vereinigten Königreich 25-30 % des Marktangebots durch geschmuggelte Zigaretten gedeckt (siehe Rowell 2000). In Spanien und Italien lag die Schmuggelquote besonders hoch, obwohl die Besteuerung in diesen Ländern niedriger ist. In einigen Ländern, z. B. Luxemburg (wo die Preise erheblich niedriger sind als in den Nachbarländern), setzt sich die Bevölkerung zudem aus einer relativ kleinen Zahl von Einheimischen und einer großen Zahl von Pendlern zusammen. Aus der Zahl der in einem Land angebotenen Zigaretten lässt sich kein geeigneter Indikator auf Pro-Kopf-Basis ableiten, der Rückschlüsse auf die Trends beim Rauchen zulässt. Laut Daten der WHO ist die durchschnittliche Anzahl der pro Person/Jahr auf dem Markt angebotenen Zigaretten in den letzten 15 Jahren insbesondere in Belgien, Italien, Finnland, Frankreich, Schweden und im Vereinigten Königreich erheblich gesunken. In anderen Ländern wie Portugal, Irland und Griechenland sind die pro Kopf auf dem Markt verfügbaren Mengen höchstens um 20 % gestiegen, während sie in den anderen Mitgliedstaaten relativ stabil blieben.

Literatur

Currie, C. et al. (Hrsg.) (2000), „*Health and Health Behaviour among Young People [Internationaler Bericht zur Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 1997/98]*“; World Health Organisation Policy Series: Health Policy for Children and Adolescents (HEPCA), Issue 1, Weltgesundheitsorganisation — Regionalbüro für Europa.

Eurobarometer <http://europa.eu.int/comm/dg10/epo/eb.html>.

Europa <http://www.europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/tobacco/publication.htm>.

„*Mitteilung an den Rat und das Europäische Parlament über die derzeitige und die vorgeschlagene Rolle der Gemeinschaft bei der Bekämpfung des Tabakkonsums*“

<http://europa.eu.int/comm/health/ph/programmed/tobacco/comm-de8.htm>.

Harkin, A.-M., Anderson, P. und Goos, C. (1997), „*Smoking, Drinking and Drug-Taking in Europe*“, WHO, Kopenhagen.

IEFS (1999) „*A Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body-weight and Health*“, The Institute of European Food Studies, Dublin.

Rowell, A. und Bates, C. (2000), „*Tobacco smuggling in the UK*“

<http://www.ash.org.uk/html/smuggling/html/uksmuggling.html>.

2.4 Alkohol

Mit Alkoholmissbrauch gehen unterschiedlichste, bereits nach kurzer Zeit eintretende negative Auswirkungen wie Unfälle, Gewalttätigkeit, Vergiftungen und soziale Probleme sowie langfristige Risiken wie schwere chronische Erkrankungen einher (siehe Europäische Kommission 2000). Alkoholbedingte Schäden bringen häufig auch eine Beeinträchtigung der physischen und psychischen Gesundheit der Familie des Trinkers sowie des Trinkers selbst mit sich. Da die Definition tödlicher Verletzungen sowie die Erfassung von Straßenverkehrsunfällen mit Verletzten von Land zu Land variieren, sind die Daten für alkoholbedingte Straßenverkehrsunfälle nicht vergleichbar (siehe NTSB-Website). 1997/98 lagen sie laut den Daten des Regionalbüros der WHO zwischen 4,3 pro 100 000 in Italien und 52 pro 100 000 in Luxemburg (siehe Rehn 2001). Die **Gruppe zur Untersuchung der Auswirkungen von Alkohol, Drogen und Medikamenten am Steuer der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz** der Europäischen Union führt ein Projekt zur Beschreibung der Methodik für die Messung und die Datenerfassung sowie zur Unterhaltung einer Datenbank für

alle Mitgliedstaaten der Europäischen Union durch. Generell hatten die Länder mit den strengsten Einschränkungen für das Fahren unter Alkoholeinfluss, ausgenommen Belgien, die niedrigsten Straßenverkehrsunfallzahlen. Der Bericht der schwedischen Präsidentschaft aus dem Jahr 2001 (siehe Bericht 2001) basiert auf Ergebnissen der **Vergleichenden europäischen Studie über Alkoholmissbrauch (ECAS)** von 1998, in der die gesetzlichen Einschränkungen, der Konsum und die schädlichen Wirkungen in den Mitgliedstaaten im Zeitraum 1950 bis 1995 verglichen wurden. Die Studie zeigte über die Jahre eine zunehmende Annäherung bei den bevorzugten Getränken und schwindende Unterschiede beim Konsumniveau (die in der Zahl der Todesfälle durch Alkohol, insbesondere durch Leberzirrhose, ihren Niederschlag fanden) in den Mitgliedstaaten. Die Anmerkungen zum Verkauf von Tabak und zum Schmuggel im vorhergehenden Absatz gelten auch für Alkohol. Die ECAS-Studie stellte bei der Menge des privat importierten Alkohols große Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten fest; die höchsten Importmengen wiesen die Hochpreisländer auf (Finnland, Schweden, Norwegen, Dänemark und das Vereinigte Königreich). Es wurde zudem festgestellt, dass andere Faktoren wie Kultur, Lebensbedingungen und gesetzliche Beschränkungen von größerer Bedeutung für Konsumveränderungen waren als wirtschaftliche Faktoren.

2.4.1 Auf dem Markt angebotene Alkoholmengen

Daten der **WHO** (HFA) aus dem Jahr 1999 belegen, dass in Luxemburg (unter den Ländern, für die Daten vorliegen) die höchste Menge reinen Alkohols pro Person auf dem Markt verfügbar ist, und zwar 16,4 Liter im Jahr 1998 und 15 Liter im Jahr 1999 (**2.4.1**). Am geringsten war das Angebot an reinem Alkohol 1998 in Norwegen (5,4) und Schweden (6,0). Anscheinend sind die verschiedenen Regionen der Europäischen Union nach wie vor durch unterschiedliche Trinkgewohnheiten geprägt. 1999 wies Luxemburg das höchste Angebot an Wein pro Person und Jahr auf (61 Liter), gefolgt von Frankreich (57,2), Portugal (51,7) und Italien (51,5). Die geringsten Mengen an Wein standen in Island zur Verfügung (7,2 Liter), gefolgt von Norwegen (9,5), dem Vereinigten Königreich (14,5), Schweden (14,8), Finnland (17,5) und den Niederlanden (18,6). Die größten Mengen an Bier pro Person und Jahr erreichte Irland (154,7 Liter), gefolgt von Deutschland (127,5), Luxemburg (109) und Österreich (108,9). Am geringsten waren die angebotenen Mengen an Bier in Italien (27,1), gefolgt von Frankreich (38,7), Griechenland (40,3) und Island (44,3). Spitzenreiter beim Angebot an Branntwein war Griechenland (2,7 Liter), gefolgt von

Spanien und Frankreich (beide 2,4) sowie von Finnland (2,3). Das geringste Angebot an Branntwein wies Italien auf (0,5 Liter), gefolgt von Norwegen (0,9).

2.4.2 Ausgaben für Alkohol

Eine Untersuchung der Trends bei den Ausgaben für Alkohol (**2.4.2**) auf der Basis von Daten aus der **Erhebung zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte** (in KKS pro Haushalt) zeigt im Zeitraum 1988 bis 1994 in allen Mitgliedstaaten mit Ausnahme von Italien und Portugal einen Anstieg. Von 1994 bis 1999 stiegen die Ausgaben in der Hälfte der Mitgliedstaaten an und sanken in der anderen Hälfte. In Irland erreichten die Ausgaben 1994 und 1999 das Zehnfache der Ausgaben in Griechenland, wo die Ausgaben in jedem der drei untersuchten Jahre am niedrigsten lagen. Die Ausgaben für Branntwein (in KKS pro Haushalt) stiegen von 1988 bis 1994 in allen Mitgliedstaaten mit Ausnahme von Belgien; am niedrigsten waren die Ausgaben in beiden Jahren in Portugal. Von 1988 bis 1994 stiegen die Ausgaben für Wein in allen Mitgliedstaaten außer Portugal, während für Bier in allen Mitgliedstaaten zunehmend höhere Beträge aufgewendet wurden. In allen drei Jahren bestanden zwischen den Mitgliedstaaten Unterschiede bei den Ausgaben der privaten Haushalte für Bier in Prozent der Gesamtausgaben (0,2-3,9 % im Jahr 1999), Wein (0,2-1,0 % im Jahr 1999) und Branntwein (0,1-0,8 % im Jahr 1999). Vergleicht man die Ausgaben für Alkohol in Prozent der Gesamtausgaben der privaten Haushalte nach unterschiedlichen Haushalten, zeigen die Daten der Erhebungen zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte aus dem Jahr 1999 (**2.4.3**) folgendes Bild: In jeder sozioökonomischen Kategorie und in jedem Quintil des Haushaltseinkommens war der Anteil an den Ausgaben in Irland am höchsten und in Griechenland am niedrigsten; die größten Unterschiede zwischen den sozioökonomischen Kategorien wurden in Irland (4,1 %), gefolgt von Finnland (1,4 %), festgestellt. Am geringsten waren die Unterschiede in Spanien (0,2 %) und im Vereinigten Königreich (0,3 %). Die größten Unterschiede zwischen den Einkommensquintilen gab es in Irland (1,6 %), die geringsten Unterschiede in Österreich, den Niederlanden, dem Vereinigten Königreich und Griechenland (0,1 %). Die höchsten anteiligen Ausgaben wiesen Haushalte mit drei oder mehr Erwachsenen auf, die niedrigsten anteiligen Ausgaben Haushalte von allein stehenden Elternteilen. Je höher das Alter der Referenzperson, desto höher waren auch die Ausgaben. Ein Vergleich der anteiligen Ausgaben innerhalb der Europäischen Union auf der Basis des Urbanisierungsgrads ergibt kein eindeutiges Muster.

2.4.3 Anteil der Trinker

Laut den Ergebnissen der **Eurobarometer-Umfrage 52.1 (2.4.4)** gab ein Viertel der Bevölkerung in der Europäischen Union an, regelmäßig Alkohol zu trinken. Dabei lag die Bandbreite zwischen 6 % der Frauen bzw. 19 % der Männer in Italien und 40 % der Frauen bzw. 64 % der Männer in Irland. In allen Mitgliedstaaten tranken mehr Männer als Frauen regelmäßig Alkohol; in der gesamten Europäischen Union konsumierten zweimal so viele Männer wie Frauen regelmäßig Alkohol. Bei den Altersgruppen zwischen 15 und 64 gab es nur geringe Unterschiede (26-28 %); allerdings war bei der Altersgruppe ab 65 Jahren ein starker Rückgang zu verzeichnen (auf 17 %). Die Ergebnisse zeigen zudem, dass 43 % der Personen, die regelmäßig Alkohol tranken, sich auch regelmäßig gestresst fühlten, jedoch nur 36 % der Personen, die nicht regelmäßig tranken (**2.4.5**).

2.4.4 Sehr junge Trinker

Wie seit jeher, probieren Jugendliche zu Beginn des Teenageralters zum ersten Mal Alkohol, beginnen jedoch früher als in der Vergangenheit, regelmäßig zu trinken (siehe Europäische Kommission 2000). Im Rahmen der **HSBC-Erhebung** wurde auch der Anteil der Jugendlichen untersucht, die Alkohol trinken. Am höchsten war der Anteil der 11-, 13- und 15-jährigen Kinder, die mindestens einmal pro Woche Alkohol trinken, 1997/98 in Griechenland, England, Wales und Dänemark (**2.4.6**), wobei der Anteil der Jungen, die Alkohol trinken, in diesen Ländern um ein Drittel über dem der Mädchen lag. In den meisten dieser Länder verdoppelt sich die Zahl der Alkohol trinkenden Jugendlichen in etwa in der Phase von 11 bis 15 Jahren. 1998 konsumierten in England in einer durchschnittlichen Woche 35 000 Kinder unter 16 Jahren mehr als die für Erwachsene empfohlene Alkoholmenge. In Norwegen, Deutschland und Finnland war der Anteil der Alkohol trinkenden 11-Jährigen am geringsten. Bei den 13-Jährigen wies Norwegen den geringsten Anteil bei Jungen und Mädchen auf (zusammen mit der Schweiz und Portugal bei den Mädchen), gefolgt von der Schweiz und Finnland bei den Jungen. Bei den 15-Jährigen war der Anteil der Alkohol trinkenden Jungen und Mädchen in Finnland am geringsten (gefolgt von Portugal und der Schweiz bei den Mädchen und Norwegen bei den Jungen).

Eine vergleichende Risikoanalyse auf der Basis von Daten der WHO-Studie *Global Burden of Disease Study 2000* über die globalen Auswirkungen von Krankheiten ergab, dass in der Europäischen Union bei männlichen Personen zwischen 15 und 29 Jahren jeder vierte Todesfall auf Alkohol zurückzuführen ist (siehe Harkin 1997). Es war kein Zusammenhang zwischen dem Anteil der Alkohol trinkenden

Jugendlichen und den Rechtsvorschriften zum Verkauf von Alkohol erkennbar. Allerdings bestand in den Ländern mit dem geringsten Anteil Jugendlicher, die Alkohol konsumieren, in der Regel eine stärkere Beschränkung der Werbung (2.4.7), während die Werbung in den Ländern mit dem höchsten Anteil Jugendlicher, die Alkohol konsumieren, in der Regel weniger strengen Beschränkungen unterlag. Alkoholische Getränke zählen zu den am stärksten beworbenen Produkten, wobei weithin die Auffassung vorherrscht, dass die Alkoholwerbung im Fernsehen einzelstaatlichen Initiativen (siehe IAS-Website) zur Reduzierung des Alkoholkonsums zuwiderläuft.

Literatur

Europäische Kommission (2000), „Bericht über die gesundheitliche Situation der jungen Menschen in der Europäischen Union“.

Harkin, A-M., Anderson, P. und Goos, C. (1997), „Smoking, Drinking and Drug-Taking in Europe“, WHO, Kopenhagen.

Institute of Alcohol Studies <http://www.ias.org.uk>.

National Transportation Safety Board — Reliability of Road Traffic Accidents Data <http://www.nts.gov/ITSA/roaddata.htm>.

Rehn, N., Room, R. und Edwards, G. (2001), „Alcohol in the European Region — consumption, harm and policies“, Weltgesundheitsorganisation — Regionalbüro für Europa.

„Report from the Swedish Presidency on alcohol“, Juni 2001.

2.5 Drogen

2.5.1 Prävalenz des Drogenkonsums

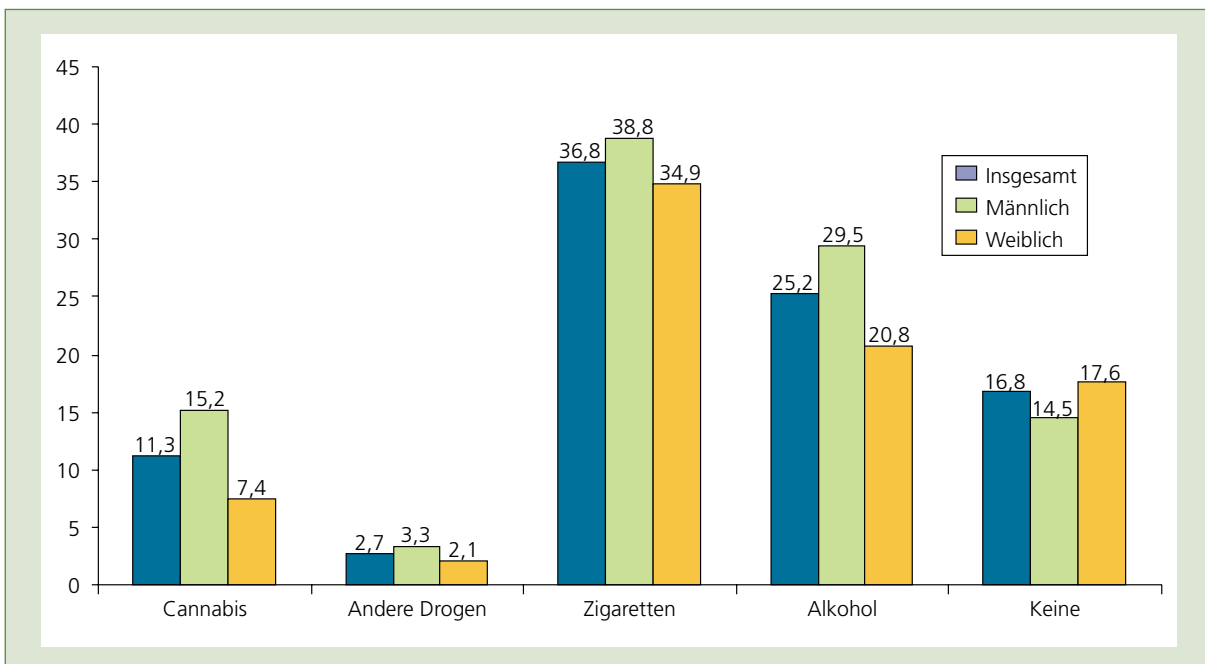
Von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) gesammelte Daten (siehe Website der EBDD) aus Erhebungen zur Prävalenz in den vergangenen zwölf Monaten, die zwischen 1994 und 2000 durchgeführt wurden, zeigen, dass Cannabis die am meisten konsumierte Droge in den untersuchten Mitgliedstaaten ist (2.5.1). Der Konsum von Cannabis bei Erwachsenen (in den verschiedenen Altersgruppen von 15-18 bis 59-74) variierte zwischen 1 % in Schweden und 9 % im Vereinigten Königreich. Die Prävalenz bei jüngeren Erwachsenen (15-18 bis 29-44 Jahre) war in den meisten Mitgliedstaaten etwa doppelt so hoch wie die Prävalenz bei der Gesamtheit aller Erwachsenen und bewegte sich zwischen 1 % in Schweden und 23 % im Vereinigten Königreich. Beim Konsum anderer Drogen war die Prävalenz bei allen Erwachsenen in sämtlichen Mitgliedstaaten wesentlich niedriger — zwischen 0,0 % (Kokain in Schweden) und 3 %

(Amphetamine im Vereinigten Königreich). Bei jüngeren Erwachsenen lag sie zwischen 0,0 % in Schweden (Kokain) und 8 % im Vereinigten Königreich (Amphetamine). Dabei variierte ihr Verbreitungsgrad von Land zu Land. Die Prävalenz des Konsums anderer Drogen als Cannabis lag bei der Gesamtheit aller Erwachsenen in allen Mitgliedstaaten außer Spanien, dem Vereinigten Königreich und Irland bei maximal 1 % und bei jüngeren Erwachsenen bei unter 5 %. In allen Ländern ging eine höhere Prävalenz des Konsums einer bestimmten Droge in der Regel mit einer höheren Prävalenz anderer Drogen einher.

Während desselben Zeitraums erhobene Daten belegen, dass die Lebenszeitprävalenz in den meisten Mitgliedstaaten dem Zwei- bis Dreifachen der Prävalenz während der letzten zwölf Monate entspricht; in Dänemark war sie jedoch vier- bis sechsmal höher und in Schweden sogar acht- bis dreizehnmal höher (2.5.2). Bei allen Erwachsenen war die Lebenszeitprävalenz von Cannabis am höchsten im Vereinigten Königreich (25 %), in Dänemark (24,3 %) und in Spanien (22,2 %); am niedrigsten war sie in Deutschland in den alten Bundesländern (3,6 %) und in Finnland (7,3 %). Ein ähnliches Bild zeigt sich bei jüngeren Erwachsenen, doch liegen die Anteile hier höher — bei Cannabis zwischen 42 % im Vereinigten Königreich und 6,4 % in den alten Bundesländern. „Amphetamine“ stellen beim Drogenkonsum die Drogengruppe mit der zweithöchsten Prävalenz, auch wenn die Lebenszeitprävalenz von Amphetaminen in allen Mitgliedstaaten unter 10 % lag, außer im Vereinigten Königreich, wo sie bei jüngeren Erwachsenen bis zu 20 % erreichte. Die Lebenszeitprävalenz des Kokain- und Ecstasy-Konsums bei der Gesamtheit aller Erwachsener bewegte sich bei unter 5 %; dies gilt auch für die Prävalenz von Kokain bei jüngeren Erwachsenen, ausgenommen Spanien mit 5,2 % und das Vereinigte Königreich mit 6,4 % sowie für die Prävalenz von Ecstasy im Vereinigten Königreich (10 %). Im Zweijahresvergleich der Erhebungsdaten ist eine rückläufige Prävalenz des Konsums aller in der Tabelle angegebenen Drogen in Spanien festzustellen, im Vereinigten Königreich hingegen ein Anstieg; in anderen Mitgliedstaaten verläuft die Entwicklung schwankend.

Erhebungen bei 15- und 16-Jährigen im Zeitraum 1993 bis 1999 (2.5.3) zeigen, dass Wales beim Konsum aller illegalen Drogen die höchste Lebenszeitprävalenz (41,5 %) aufwies, insbesondere bei Lösungsmitteln (15,1 %). Die Prävalenz des Konsums aller Drogen, insbesondere des Cannabiskonsums, war bei den 15- und 16-Jährigen auch im gesamten Vereinigten Königreich sowie in Irland, Spanien und den Niederlanden hoch. Niedrige Prävalenzwerte erreichten Österreich, Portugal, Norwegen, Schweden, Finnland und Griechenland; Griechenland wies jedoch die zweithöchste Prävalenz des Lösungsmittelkonsums auf (13,7 %).

2.5.8 Verwendung von Cannabis/anderen Drogen im Verlauf des letzten Monats. Regelmäßiger Konsum von Zigaretten und Alkohol. EU-15, 2002



Quelle: Eurobarometer 57.2, Europäische Kommission.

Während die Prävalenz des LSD-Konsums 1995 in Irland mit 13 % am höchsten war, ergab eine wesentlich umfangreichere Stichprobe im Jahr 1998 einen Wert von 3,4 %. Ähnlich ergab 1999 auch in Luxemburg eine kleine Stichprobe eine Prävalenz von 11,1 % beim Kokainkonsum, während eine wesentlich umfangreichere Stichprobe eine Prävalenz von nur 1,5 % ergab. Abgesehen vom ersten Wert war die Prävalenz des Konsums von Heroin und Kokain in dieser Altersgruppe in allen in der Tabelle genannten Ländern mit unter 5 % sehr niedrig. Die Prävalenz des Konsums von Amphetaminen und Ecstasy lag bei unter 10 %. Nur in Schottland (12,0 %) und Wales (14,2 %) wurden bei Amphetaminen höhere Werte erreicht. In jenen Fällen, in denen die Tabelle Erhebungsdaten aus zwei Jahren enthält, ist die Prävalenz des Konsums aller Drogen, mit Ausnahme von Ecstasy und Amphetaminen, in mehr Ländern gestiegen als gesunken. Allerdings gibt es in den einzelnen Ländern beim Konsum keine einheitlichen Prävalenzmuster. So stieg z. B. in Dänemark der Konsum aller Drogen, während der Heroinkonsum zurückging. Umgekehrt verhält es sich dagegen in Italien.

Die nationalen Prävalenzschätzungen zum problematischen Drogenkonsum pro 1 000 Personen von 1996-1998 für die Altersgruppe 15-64 Jahre **(2.5.4)** lagen in allen Mitgliedstaaten unter dem Wert 10 und in neun Mitgliedstaaten unter 5. In Deutschland reichten die Schätzungen von 1,4 bis 3 und im Vereinigten Königreich von 2,3 bis 8,9. Die Daten der EBDD **(2.5.5)** zeigen, dass das mitt-

lere Alter von problematischen Drogenkonsumenten 1998 zwischen 23 Jahren (Irland) bzw. 23,5 Jahren (Finnland) und 31,4 Jahren (Niederlande) bzw. 33 Jahren (Schweden) lag. Die Drogenkonsumenten, die aufgrund von Drogenproblemen eine Therapie durchliefen, waren in allen Mitgliedstaaten in der Mehrzahl Männer (68 % in Österreich — 86 % in Italien). Soweit entsprechende Daten vorliegen, variiert der Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten erheblich — zwischen 1,2 % in Spanien und 100 % in Österreich. Bei dieser Gruppe von Drogenkonsumenten, die aufgrund ihrer Drogenprobleme eine Therapie machten, waren in 10 von 13 Mitgliedstaaten Opiate die Hauptursache für die Therapie; am höchsten war der Konsum von Opiaten in Portugal (92,2 %). Am geringsten war der Konsum von Opiaten im flämischen Landesteil Belgiens, in Finnland und in Schweden. Die Kokainprävalenz variierte zwischen 1 % in Schweden und 30,9 % in Spanien. Den höchsten Anteil bei injiziertem Kokain wies Portugal auf (78,4 %). Der Anteil der injizierenden Konsumenten von Opiaten, Kokain und Amphetaminen lässt allerdings keinen Zusammenhang mit der Prävalenz dieser Drogen in den Mitgliedstaaten erkennen. Der EBDD zufolge existieren mittlerweile in allen Mitgliedstaaten Spritzenaustauschprogramme unterschiedlichen Umfangs. Cannabis war in fast allen Mitgliedstaaten die zweithäufigste Droge beim problematischen Drogenkonsum (3,4 %-40 %). Lediglich in zwei Mitgliedstaaten (Niederlande und Spanien) war der Kokainkonsum und in einem Mitgliedstaat (Finnland) der Konsum von Amphetaminen höher.

Der Konsum von Halluzinogenen lag in allen Mitgliedstaaten unter 1 %, außer in Deutschland (2,2 %) und Schweden (2 %). Daten des Jahresberichts 2000 der EBDD zufolge war der Anteil des Konsums sonstiger Drogen 1998 in Schweden (14 %) und Dänemark (12 %) sowie 1997 in Schweden (33 %) und im französischsprachigen Teil Belgiens (11,9 %) im Verhältnis höher. Demgegenüber fielen nicht nur die Zahlen für Dänemark (2 %) und Belgien (5,5-6,5 %) wesentlich niedriger aus, sondern die Daten in Tabelle 2.5.5 (aus dem Bericht von 2001) belegen für Schweden 1998 auch einen anteiligen Konsum von „sonstigen Drogen“ in Höhe von 47 %, beinhalten allerdings keine Angaben zu Amphetaminen oder Ecstasy. Die Abweichungen der schwedischen Daten sind auf die Einbeziehung unterschiedlicher Quellen zurückzuführen — für den Bericht 2000 wurde das DOK-System verwendet, das unterschiedliche Arten von Therapieeinrichtungen abdeckt.

Die einzelstaatliche Prävalenz von Hepatitis-C-Antikörpern bei injizierenden Drogenkonsumenten, die zwischen 1994 und 2000 untersucht wurden, lag zwischen 19 % in Schweden (1998) und 83 % in Spanien (1996) (2.5.6). Auf lokaler Ebene ermittelte Daten zeigen eine Prävalenz zwischen 38 % in Lissabon, Portugal (1999) und im flämischsprachigen Teil Belgiens (1999) sowie 92 % in Finnland (1999-2000). Die größte Zahl von injizierenden Drogenkonsumenten wurde in Italien getestet. Dort bewegte sich die Prävalenz von Hepatitis C 1999 bei 67 % gegenüber 68 % im Jahr 1998. Die HIV-Prävalenz bei den untersuchten injizierenden Drogenkonsumenten verharrte von 1996 bis 2000 in zwei Dritteln der Mitgliedstaaten bei unter 5 %. Die höchste Prävalenz war 1998/99 mit 48 % in Lissabon, Portugal, zu verzeichnen, gefolgt von 33,1 % in Spanien (1999) und 25,9 % in einer lokalen Studie der Niederlande aus den Jahren 1997 und 1999. In Italien war die Zahl der untersuchten injizierenden Drogenkonsumenten am höchsten; hier lag die Prävalenz 1999 bei 15,1 %, während sie 1998 noch 16,2 % erreicht hatte. Die Inzidenz von Aids-Fällen im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum lag von 1985 bis 2000 in sieben Mitgliedstaaten bei weniger als fünf von einer Million (siehe Kapitel 4). Ihren Höhepunkt erreichte die Inzidenz in allen Mitgliedstaaten Anfang der 90er Jahre. Nur in Portugal stieg die Inzidenz von 1985 (0,1) bis 1999 (61,0) Jahr für Jahr an und sank erst 2000 geringfügig auf 60,4. In drei Ländern stieg die Inzidenz nach 1985 dramatisch an, erreichte ihren Höhepunkt 1993/94 und ging in der Folge wieder zurück: Spanien (2,4, 120,5, 33,5), Italien (1,7, 58,7, 11,5) und Frankreich (0,8, 25,2, 3,8).

Die **Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)** sammelt Daten verschiedener Stellen in den einzelnen Ländern, z. B. Daten von Therapiezentren und Ministerien. Das Europäische Informationsnetz für Drogen und Drogensucht (**Reitox**) unterhält in jedem Mitgliedstaat einen nationalen Knotenpunkt, der die einzelstaatlichen Informationszentren koordiniert, um so die für die EBDD erforderlichen Kerndaten bereitzustellen. Als Datenquelle dienen Stichprobenerhebungen, polizeiliche Daten und Therapiedaten. Das **Europäische Projekt zum Konsum von Alkohol und Drogen an Schulen (European School Survey Project — ESPAD)** (siehe IPDT-Website) und **HBSC**-Daten wurden als Quelle für Daten zu Schülern herangezogen. Die EBDD nahm ihre Tätigkeit 1995 auf. Nur aus Deutschland, Spanien, Schweden und dem Vereinigten Königreich liegen vergleichbare Datenreihen aus Erhebungen vor. Die EBDD hat jedoch festgestellt, dass sich die Qualität und die Vergleichbarkeit der von den Mitgliedstaaten erhobenen Daten erheblich verbessert haben, auch wenn Unterschiede bei den Erhebungsmethoden, den Stichprobengrößen und dem Rahmen der Stichproben die Genauigkeit und Aussagefähigkeit der Daten beeinflussen könnten. Geringfügigere Abweichungen bestehen bei der Klassifizierung von Drogen. So fragen z. B. die Erhebungen in einigen Ländern nach „Kokain“, während in anderen nach „Kokain oder Crack“ gefragt wird. Auch bei der Altersbandbreite der Erhebungen sind Abweichungen feststellbar. Zudem wurden die Erhebungen in den einzelnen Ländern in unterschiedlichen Jahren durchgeführt. All diese Abweichungen beeinflussen die Vergleichbarkeit. In städtischen Gebieten erreicht der Drogenkonsum höhere Quoten als in ländlichen Gebieten, wobei auch die Unterschiede bei den landesweiten Zahlen großenteils durch den Anteil der städtischen Bevölkerung bedingt sein könnten.

Die relative und absolute Stichprobengröße variiert von Land zu Land und bewegt sich zwischen 562 und 47 657, doch bezieht sich diese Größe auf umfassende nationale Erhebungen. In manchen Fällen decken nationale Erhebungen eine größere Altersbandbreite ab als die in einer bestimmten Tabelle dargestellte Bandbreite. Daher basieren die vorgelegten Schätzungen u. U. auf kleineren Stichproben. Die gängigsten Stichprobenverfahren sind die einfache Zufallsauswahl und die mehrstufige Schichtung mit unterschiedlichen Methoden auf den verschiedenen Stufen. Meist wird eine Gewichtung durchgeführt, um Unterschiede in Bezug auf Alter, Geschlecht und/oder Religion auszugleichen. Bei einigen Studien wird Oversampling angewandt, und zwar in der Regel hinsichtlich Alter, Geschlecht und (im Vereinigten Königreich) ethnischer Herkunft. Die Erhebungsergebnisse werden durch das kulturelle, politische und wirtschaftliche Klima beeinflusst, in dem sie durchgeführt werden. Aufgrund methodischer Unterschiede sind Erhebungsdaten streng genommen nicht vergleichbar. Von der EBDD wurden

Richtlinien für die standardisierte Einführung von fünf epidemiologischen Schlüsselindikatoren für den Drogenkonsum erstellt (Drogenkonsum, problematischer Drogenkonsum, Therapienachfrage, drogenbedingte Todesfälle und drogenbedingte Infektionskrankheiten), die in den kommenden Jahren auf einzelstaatlicher Ebene in allen Mitgliedstaaten in vollem Umfang zu implementieren sind.

2.5.2 Einstellungen und Meinungen von Jugendlichen zu Drogen

Daten aus der Erhebung des Eurobarometers 57.2 von 2002, welche von der Europäischen Kommission durchgeführt wurde, analysiert die Einstellungen und Meinungen junger Bürger der EU in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre hinsichtlich Drogen (Ref EB572). Mehr als 10 % der Jugendlichen (**2.5.7**) geben an, daß sie Cannabis im vergangenen Monat konsumiert haben: in Frankreich (19,8 %), Spanien (15,0 %), dem Vereinigten Königreich (13,4 %), Dänemark (12,2 %) und in den Niederlanden (12,2 %). Während des gleichen Zeitraums überschreitet der Konsum einer weiteren Droge die 3%-Marke: in Irland (4,8 %), im Vereinigten Königreich (4,4 %), in Spanien (3,7 %), in den Niederlanden (3,2 %) und in Finnland (3,1 %). Das Vereinigte Königreich, Spanien und die Niederlande befinden sich daher in der führenden Gruppe für die beiden Drogen. Frankreich und Dänemark sind in der gleichen Gruppe für Cannabis, liegen jedoch für andere Drogen im Bereich des europäischen Durchschnitts. Irische Jugendliche sind die häufigsten Drogenkonsumenten, ausgenommen Cannabis, wo sie unter dem europäischen Durchschnitt liegen. In fast allen Fällen gibt es eine mathematische Verbindung zwischen der Rate des Experimentierens und des Konsums verschiedener Drogen. Die Länder, die am wenigsten von diesem Phänomen, welches sowohl für Cannabis als auch für andere Drogen gilt, betroffen sind, sind Griechenland (1,3 % und 0,4 %), Schweden (3,9 % und 1,6 %), Österreich (4,6 % und 1,3 %), Portugal (4,9 % und 1,8 %) und, in geringerem Ausmaß, Italien (7,8 % und 0,6 %) und Luxemburg (4,5 % und 2,3 %). Obwohl die südlichen Länder mit Ausnahme von Spanien von Drogen weniger beeinflusst scheinen als der europäische Durchschnitt, gibt es kein klares Nord-Südgefälle bezüglich dieses Phänomens. Belgien (9,5 % und 1,9 %) und Deutschland (8,3 % und 2,4 %) liegen ebenfalls unterhalb der 11,3 % und 2,7 % für die Gesamtheit der Europäischen Union, aber weniger deutlich unterhalb des Durchschnitts als die zuvor erwähnte Gruppe.

Um so weit wie möglich alle Korrelationen zu überprüfen, die zwischen Drogenkonsum und dem

Konsum von Tabak und/oder Alkohol existieren könnten, wurden Fragen bezüglich der letzteren zwei Substanzen in die Analyse jeglicher Art soziodemografischer Daten miteinbezogen (**2.5.8**). Es wird deutlich, dass die Penetrationsrate für Cannabis für Jungen zweimal so hoch ist wie für Mädchen und für andere Drogen mehr als 50 % höher ist. Hinsichtlich Tabak und Alkohol sind Unterschiede zwischen den Geschlechtern weniger ersichtlich. Hieraus wird deutlich, dass jede Verbindung zwischen diesen beiden Substanzen und Drogen für Mädchen weniger ersichtlich ist als für Jungen.

Ebenfalls analysiert in diesem Eurobarometer (**2.5.9**) wurden potenzielle Folgen von Drogenkonsum. Es ist anzumerken, dass zum Zwecke eines größtmöglichen Antwortbereichs zwei „positive“ Folgen in den Fragebogen einbezogen wurden. Eine war „Entlastung von Schmerz oder Stress“ und die andere war „Genießen“. Drogenabhängigkeit steht an erster Stelle mit gerade etwas weniger als zwei Drittel (63 %) der ausgedrückten Ansichten. Die Möglichkeit, Probleme mit dem Gesetz zu haben (38,3 %), ist die Folge, die am zweithäufigsten erwähnt wurde. Unter den Folgen, die Drogenkonsum haben kann, nehmen die Bedenken für geistige oder physische Gesundheit einen wichtigeren Platz ein als die Bedenken bezüglich sozialer Probleme (Selbstmord, Prostitution, Armut). Tatsächlich gehören geistige Probleme (35,4 %), meldepflichtige Krankheiten (33,7 %) und andere Gesundheitsprobleme (23,1 %) zu den sechs ersten erwähnten Folgen. Die Entlastung von Schmerz oder Stress (26,4 %) steht an 5. Stelle, während der Genuss mit 14 % an 9. Stelle liegt. Die „nützlichen“ oder „Spaß-“ Aspekte der Drogen bestehen daher in einem signifikanten Teil der untersuchten Bevölkerungsgruppe weiter.

Um ein Einreihen jener Substanzen festzulegen, die am gefährlichsten beurteilt wurden (**2.5.10**), wurde nur die Antwort „sehr gefährlich“ berücksichtigt. Die Ergebnisse bestätigen die spezielle Position von Cannabis unter Drogen. Neben Tabak und Alkohol wird Cannabis als die am wenigsten gefährliche Substanz auf der Liste beurteilt. 11,5 % der Antwortenden beurteilten es sogar als „überhaupt nicht gefährlich“. Es ist allerdings anzumerken, dass trotz der Tatsache, dass es weit verbreitet bekannt ist, dass Cannabis gefährlich ist, trotzdem 4,3 % sagten, sie hätten keine Ahnung, ob es gefährlich ist oder nicht. Misstrauen gegenüber anderen Drogen existiert zu unterschiedlichen Graden bei fast allen im Fragebogen erwähnten. Weniger als 1 % sind der Ansicht, dass die sechs Substanzen, die als gefährlichste klassifiziert sind, überhaupt nicht gefährlich sind. Es ist ersichtlich, dass die Antwort „ich weiß nicht“ für Heroin und Kokain, die an der Spitze der Tabelle stehen, und für Ecstasy in 5. Position weniger häufig sind. Sie sind et-

was häufiger für Morphin (6 %), Crack (7,2 %), Klebstoff und Lösemittel (8,1 %), LSD (8,6 %) Doping-Substanzen (8,9 %) und Amphetamine (11,4 %). Man hielt es für interessant, die Variationen in den nationalen Meinungen zu messen, wobei als Referenz drei Substanzen genommen wurden, die jeweils eine unterschiedliche Position in der Risikoskala einnehmen: Heroin, welches für die gefährlichste Droge gehalten wird, Cannabis, welches für die am wenigsten gefährliche gehalten wird, und Ecstasy, welches den 5. Platz einnimmt, jedoch wahrscheinlich (abgesehen von Cannabis) die Droge ist, die am häufigsten in den Medien erwähnt wird. Tabelle 2.5.11 zeigt den Vergleich zwischen den drei Substanzen. Hier fällt wieder auf, dass der Punkt, der die meisten Antworten in der gesamten Europäischen Union erhielt, auch derjenige ist, bei dem die Antworten von Land zu Land das höchste Niveau an Homogenität zeigen. Für diesen Punkt — Heroin — liegen die Ansichten in praktisch allen Staaten nahe dem Durchschnitt für die Europäische Union (88,8 %). Die Niederlande (79,2 %) und Portugal liegen leicht unter diesem Durchschnitt (75,4 %) und Griechenland (96,1 %) leicht darüber. Nichtsdestotrotz wird diese Substanz von einem Großteil der Bevölkerung jedes Mitgliedstaates als sehr gefährlich betrachtet. Für Ecstasy ist der Antwortbereich breiter. Italien (74,3 %) und Dänemark (71,1 %) sind die Länder mit der höchsten Antwortrate, die es für sehr gefährlich halten. Für sehr gefährlich halten es auch die Niederländer (49,4 %), die Finnen (45,2 %) und die Portugiesen (44,1 %), die mit ihren Antwortraten um den europäischen Durchschnitt (63,5 %) liegen. Auch im Hinblick auf Cannabis, der Substanz, die als am wenigsten gefährlich unter den von dieser Studie untersuchten Substanzen eingestuft wurde, gibt es signifikante Unterschiede von Land zu Land. Die Länder können wie folgt nach der Quote „sehr gefährlich“ in Gruppen eingeteilt werden: Die Ansicht, dass Cannabis eine sehr gefährliche Substanz ist, ist weiter verbreitet als der EU-Durchschnitt (20,6 %) in Griechenland (47,8 %), Schweden (45,1 %) und Finnland

(35,3 %). Sie wird weniger häufig in den Niederlanden (7,2 %) und in Dänemark gefunden (8,7 %). Es ist möglich, dass Schwankungen aufgrund des unterschiedlichen Grades der Toleranz und der Warnungen in Bezug auf Cannabis eine Rolle dabei spielen, inwieweit Personen es für gefährlich halten oder nicht.

Literatur

EBDD <http://www.emcdda.org>.

„Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union 2001“, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD), Luxemburg, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.

IPDT <http://www.ipdt.pt/investigacao/espada99/espada99.pdf>.

Eurobarometer 57.2, *Attitudes and opinions of Young people in the European Union on Drugs*, Report by Marc Callemien for the EC Directorate-General for Justice and Home Affairs, 2002.

Siehe auch Harkin, A-M., Anderson, P. und Goos, C. (1997), „*Smoking, Drinking and Drug-Taking in Europe*“, WHO, Kopenhagen.

2.6 Schwangerschaften bei Jugendlichen

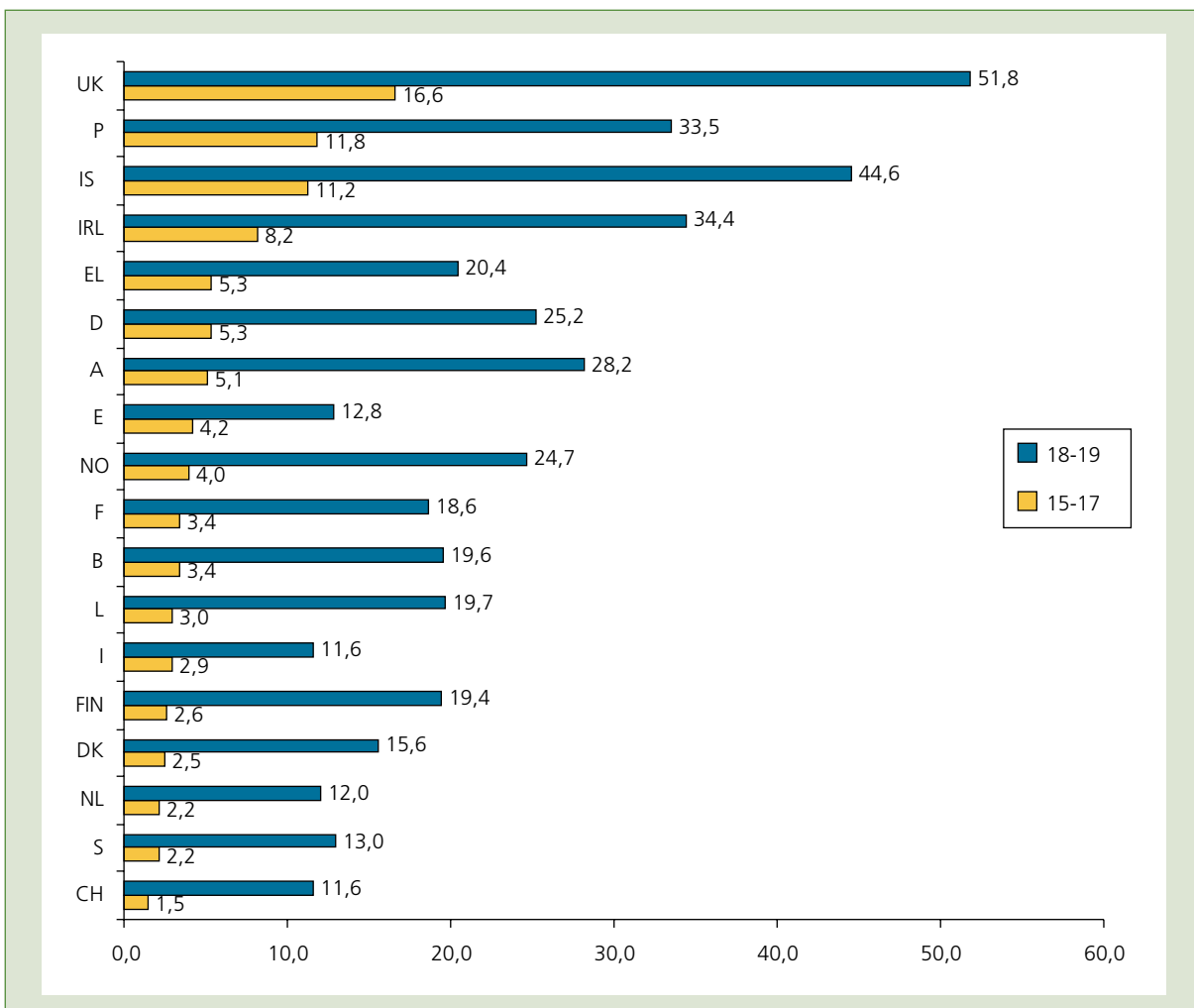
Schwangerschaften bei Jugendlichen sind mit dem Risiko nachteiliger gesundheitlicher und sozialer Auswirkungen für Mutter und Kind verbunden. Daten einer Erhebung zur Ernährung von Babys (Infant Feeding Survey) im Vereinigten Königreich aus dem Jahr 1999 (siehe Botting 1999) belegen z. B., dass jugendliche Mütter häufiger rauchten und ihre Babys weniger häufig stillten. Babys jugendlicher Mütter wiesen eine höhere Mortalitätsrate auf, und auch ihr Geburtsgewicht war niedriger. Die Babys wiesen häufiger angeborene Missbildungen auf und erlitten häufiger Unfälle. Die meisten jugendlichen Mütter konnten ihre Ausbildung nicht fortsetzen bzw. ihren Beruf nicht weiter ausüben und waren auf staatliche Unterstützung angewiesen. Allein erziehende Mütter und ihre Kinder lebten häufiger in ärmlichen Verhältnissen. Die mangelnde Ausbildung reduziert zudem ihre Chancen, die eigene Lebenssituation langfristig zu verbessern. Daher sind sie u. U. von Armut und sozialer Ausgrenzung bedroht. Eine Studie in Schottland kam zu dem Ergebnis, dass sich die Unterschiede zwischen den Schwangerschaftsraten bei Jugendlichen in wohlhabenderen und in benachteiligten Gegenden von Anfang der 80er Jahre bis Anfang der 90er Jahre ausweiteten und in sozioökonomisch stärker benachteiligten Gebieten schneller zunahm (siehe McLeod 2001). Da sich die Methoden der Datenerhebung von Land zu Land unter-

Im **Eurobarometer 57.2** (siehe Punkt 2.1.4 für Einzelheiten) wurden die Fragen in jedem Mitgliedstaat einer repräsentativen Auswahl der nationalen Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 24 Jahren unterbreitet. Insgesamt wurden 7 687 Personen befragt, d. h. im Durchschnitt ungefähr 450 Personen pro Mitgliedstaat, außer in Deutschland (900 befragte Personen), Nordirland (200) und Luxemburg (200). Es ist anzumerken, dass die Zahlen bezüglich der Europäischen Union ein gewogener Durchschnitt nationaler Zahlen sind. Für jeden Mitgliedstaat ist die verwendete Gewichtung der Anteil dieses Staates an der Gesamtbevölkerung der Gemeinschaft im Alter zwischen 15 und 24,1 Jahren.

scheiden können, ist bei Vergleichen zwischen Mitgliedstaaten Vorsicht geboten. Von **Eurostat** wurden die Fruchtbarkeitsziffern nach Alter und nach Durchschnittsalter der Mutter bei der Geburt auf der Basis einer einheitlichen Definition — dem von der Mutter im laufenden Jahr erreichten Alter — neu berechnet (siehe Calot 1984). Diese Raten können daher nicht direkt mit den *Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2000* verglichen werden, da diese auf andere Weise berechnet wurden. Das Vereinigte Königreich wies im Zeitraum 1980-2000 die höchsten Fruchtbarkeitsziffern bei Mädchen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren auf (**2.6.1**); 2000 lag sie bei 28,9 Lebendgeburten pro 1 000 Mädchen. Auch Island, Portugal und Irland wiesen im Zeitraum 1980-2000 hohe Fruchtbarkeitsziffern auf. Am niedrigsten waren sie in den

Niederlanden, Italien und Schweden. In Abbildung **2.6.2** mit Daten der **Unicef** (siehe Unicef) wird die Geburtenzahl von 1998 in jüngere und ältere Jugendliche aufgeschlüsselt. In der oberen Hälfte der Tabelle entfällt nur ein geringer Teil aller Geburten bei Jugendlichen auf jüngere Mädchen. In der unteren Hälfte jedoch ist der Anteil der Geburten bei 15- bis 17-Jährigen an der Geburtenziffer bei Jugendlichen insgesamt wesentlich höher. Die Zahl der gemeldeten gesetzlichen Schwangerschaftsabbrüche bei Mädchen unter 15 Jahren und zwischen 15 und 19 Jahren ist von 1995 bis 1999 gestiegen, ging allerdings im Vereinigten Königreich von 1998 bis 1999 geringfügig zurück (**2.6.3**).

2.6.2 Fruchtbarkeitsziffern, Lebendgeburten bei Mädchen von 15-17 und 18-19: 1998



Quelle: UNICEF (Weltkinderhilfswerk der Vereinten Nationen), Innocenti Research Centre, „A league table of teenage births in rich nations“, Juli 2001.

Es liegen keine Daten zum **Sexualverhalten** für die Gesamtheit der Europäischen Union vor; die verfügbaren Daten können den *Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2000* entnommen werden. Daten zu **sexuell übertragbaren Krankheiten** enthält *Kapitel 4.4*.

2001 wurde das neue Projekt **Reprostat (Reproductive Health Indicators in European Union)** im Rahmen des Programms für Gesundheitsberichterstattung der Europäischen Union gestartet. Dieses vom **Instituto de Medicina Preventiva** der Universität Lissabon (Portugal) koordinierte Projekt zum

Thema Indikatoren für reproduktive Gesundheit untersucht u. a. Indikatoren der Geburtenziffer bei Jugendlichen, Prävalenz von Empfängnisverhütungsmitteln, mittleres Alter bei der ersten Geburt, Alter und verwendetes Verhütungsmittel beim ersten Geschlechtsverkehr und Verwendung von Kondomen beim letzten Geschlechtsverkehr.

Literatur

Botting, B. et al. (1999), „*Teenage mothers and the health of their children*“, Population Trends: Number 97, National Statistics, The Stationery Office.

Calot, G. (1984), INED Travaux et documents No 104.

McLeod, A. (2001), „*Changing patterns of teenage pregnancy: population based study of small areas*“ in British Medical Journal Volume 323 — verfügbar unter <http://bmj.com/>.

Unicef (Weltkinderhilfswerk), Innocenti Research Centre, „*A league table of teenage births in rich nations*“, Juli 2001.

2.7 Soziale Ausgrenzung

Der Begriff „soziale Ausgrenzung“ beschreibt einen Prozess, der die uneingeschränkte Teilnahme von Personen am gesellschaftlichen Leben und ihre soziale Integration verhindert (siehe CEIES 1999). Armut und soziale Ausgrenzung können zu Isolation und Gesundheitsproblemen führen. In Armut lebende Personen leiden häufig unter Stress, weil sie sich stigmatisiert und von der Gesellschaft ausgeschlossen fühlen und weil sie sich der Tatsache bewusst sind, dass sie aufgrund ihrer eingeschränkten Möglichkeiten ihr Leben nicht eigenverantwortlich in der Hand haben. Heute ist es möglich, einen eindeutigen Zusammenhang zwischen diesen Bedingungen und koronarer Herzkrankheit herzustellen. Weniger wohlhabende Mütter haben mit höherer Wahrscheinlichkeit Kinder mit niedrigerem Geburtsgewicht, ein Faktor, der heute eindeutig mit einer erhöhten Neigung zu chronischen Krankheiten im Erwachsenenalter in Verbindung gebracht wird.

Im Rahmen des **Haushaltspanels der Europäischen Gemeinschaft (ECHP)** wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie finanziell zurecht kommen oder sich ein Auto bzw. einen Urlaub leisten können. Von den 1995 und 1996 in **monetärer Armut** (definiert als unter 60 % des medianen Äquivalenzeinkommens) lebenden Personen in der Europäischen Union war etwa die Hälfte der Arbeitslosen sozial ausgegrenzt (gemäß **2.7.1**), während dies nur auf ein Drittel der „Nichterwerbstätigen“ und ein Fünftel der „Erwerbstätigen“ zutraf. Die größten Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten zeigten sich bei den Arbeitslosen, gefolgt von den Erwerbstätigen. In sämtlichen Erwerbsgruppen war das Risiko der so-

zialen Ausgrenzung der in Armut Lebenden, insbesondere der Arbeitslosen, in Dänemark am geringsten. Bei den Mitgliedstaaten mit dem höchsten Anteil sozial ausgegrenzter, in Armut lebender Personen bestanden gewisse Unterschiede je nach Erwerbsgruppe. Die Arbeitslosen waren in Italien, Frankreich, Deutschland und im Vereinigten Königreich am stärksten sozial ausgegrenzt. In Frankreich und Luxemburg waren die in Armut lebenden „nicht Erwerbstätigen“ bei zwei Kriterien am stärksten sozial ausgegrenzt, ebenso wie in Belgien und Portugal bei einem Kriterium. Bei der Gruppe der Erwerbstätigen wies Luxemburg in Bezug auf alle Kriterien den höchsten Anteil sozial ausgegrenzter Personen auf. Die am stärksten ausgegrenzten Mitglieder der Gesellschaft, z. B. die Obdachlosen, werden in den vorhandenen Stichprobenrahmen und Verwaltungsunterlagen häufig nicht berücksichtigt. Ebenso bleiben in Anstaltshaushalten lebende Personen bei vielen Erhebungsstichproben unberücksichtigt. In Statistiken, die auf den vorhandenen Stichprobenrahmen basieren, sind die potenziell am stärksten ausgegrenzten Teile der Bevölkerung daher mit großer Wahrscheinlichkeit unterrepräsentiert.

Daten der **Eurobarometer-Umfrage 56.1**, die 2001 von der **Europäischen Kommission** durchgeführt wurde, messen die subjektive Armut. Außer in Dänemark und Deutschland ist der Anteil der Personen, die sich selbst als arm empfinden, wesentlich höher als der Anteil der Personen, für die ein objektiv messbares Armutsrisiko besteht. In einigen Ländern umfasst der erstere Anteil bis zu dreimal so viele Menschen wie der zweite; so leben z. B. in Portugal 20 % der Bevölkerung unter der Armutsgrenze, während sich 66 % selbst als arm betrachten. In Griechenland entfallen 22 % auf den ersten und 54 % auf den zweiten Indikator. Diese Abweichung (**2.7.2**) ist in erster Linie auf die Tatsache zurückzuführen, dass diese beiden Indikatoren nicht dieselbe Größe messen. Der erste Indikator ist relativ, da er anhand des nationalen medianen Äquivalenzeinkommens berechnet wird: Er ist von der Einkommensverteilung im betreffenden Land abhängig und kann daher als Indikator für nationale Ungleichheiten betrachtet werden. Der zweite Indikator misst den Grad der Unzufriedenheit des Einzelnen mit seinem Lebensstandard; er ist von der persönlichen Definition eines angemessenen Lebensstandards und von der potenziellen Lücke abhängig, die zwischen diesem subjektiven Minimum und dem angegebenen Nettoeinkommen besteht (siehe Gallie und Paugam).

Tabelle **2.7.2** vergleicht den „Indikator der von dauerhafter Armut bedrohten Personen“ auf der Basis der EU-Definition der objektiven, ressourcenbezogenen Armut mit dem oben definierten Indikator für subjektive Armut. Dem **Haushaltspanel der Europäischen Union (ECHP)** zufolge ist der Anteil der von

Eine Beschreibung des **Haushaltspanels der Europäischen Union (ECHP)**, das von den Mitgliedstaaten der Europäischen Union durchgeführt und von Eurostat koordiniert wird, ist in *Kapitel IV* enthalten.

Während eine Vielzahl unterschiedlicher Indikatoren und Methoden zur Messung der Armut existiert, wenden Statistiker in der Regel einen rein monetären Ansatz an; sie definieren eine Einkommensgrenze, bei deren Unterschreiten Haushalte und Personen als arm gelten. Dieser Grenzwert variiert: Über viele Jahre lag er in der Regel bei 50 % des nationalen durchschnittlichen (medianen) Äquivalenzeinkommens. Seit 2001 verwendet **Eurostat** eine Referenzschwelle von 60 % des nationalen medianen Äquivalenzeinkommens, die als Indikator des „Armutrisikos“ betrachtet wird. Um Größenvorteilen der Haushalte in Abhängigkeit von ihrer Zusammensetzung Rechnung zu tragen, wird dem ersten Erwachsenen im Haushalt üblicherweise der Wert 1, allen anderen mindestens 14-jährigen Personen der Wert 0,5 und Kindern unter 14 der Wert 0,3 zugeordnet. Im Gegensatz zu dieser Art der Messung stehen die auf der subjektiven Armut basierenden Ansätze. Auch hier gibt es eine gängige Definition: Als arm gelten Personen, deren Nettogesamteinkommen nach eigener Einschätzung nicht die unbedingt erforderliche Höhe zur Gewährleistung eines angemessenen Lebensstandards erreicht.

dauerhafter Armut bedrohten Personen in Portugal, Griechenland und im Vereinigten Königreich bei weitem am höchsten (in der Regel über 20 %). Auch in Italien, Spanien und Irland (etwa 20 %) ist dieser Anteil hoch. Am anderen Ende der Skala stehen die skandinavischen Länder (Dänemark, Schweden und Finnland). Hier scheint das Armutsrisiko am geringsten zu sein, denn der Anteil der Personen, die in Haushalten mit geringem Einkommen leben, liegt meist unter 10 %. Auch in den Niederlanden und Luxemburg ist das Armutsrisiko relativ gering (zwischen 11 % und 12 %). Frankreich, Deutschland und Belgien liegen im Mittelfeld (zwischen 15 % und 20 %).

Literatur

Europäischer Beratender Ausschuss für statistische Informationen im Wirtschafts- und Sozialbereich (CEIES) (1999), Jahreskonferenz des Statistics Users' Council zum Thema Statistik über die soziale Ausgrenzung (Social Exclusion Statistics), Imac Research.

Frey, L. (2001), „*Soziale Ausgrenzung und sozialer Zusammenhalt: Eine Einführung*“, Konferenz anlässlich des zehnjährigen Bestehens des CEIES, SIGMA (2/2001).

Gallie, D. und Paugam, S. (2002), „*Social Precarity and Social Integration*“, Bericht für die Europäische Kommission auf der Basis der Eurobarometer-Umfrage 56.1.

2.1.1 Insgesamt verfügbare Energie aus Fett in Lebensmitteln für den menschlichen Verzehr (¹) pro Tag

	EU-15	B (²)	DK	D	EL	E	F	IRL	I
1970	34,3	36,9	40,1	36,4	31,0	29,3	34,5	32,6	29,3
1975	34,9	36,8	38,7	36,2	32,7	30,8	36,2	33,0	30,7
1980	36,3	38,0	39,6	36,7	34,9	33,0	39,4	35,8	32,3
1985	37,2	39,6	37,1	36,6	35,4	35,5	39,8	35,4	36,2
1990	38,4	39,5	37,8	38,4	35,3	38,0	41,4	33,6	37,9
1991	38,5	39,9	36,6	38,4	35,9	39,0	41,6	33,5	37,7
1992	38,6	39,1	38,3	38,1	36,4	39,3	41,8	33,1	36,8
1993	38,7	39,7	37,1	38,5	35,8	39,5	41,7	33,0	37,5
1994	38,6	40,3	36,4	38,3	36,1	39,0	41,8	32,6	37,9
1995	38,8	40,5	36,8	37,8	37,1	39,3	41,8	32,6	37,6
1996	38,9	40,1	36,5	39,1	37,2	39,2	41,5	32,0	37,4
1997	39,2	39,6	34,8	40,2	37,7	39,6	42,0	33,8	37,6
1998	39,2	39,5	35,2	39,1	37,8	40,7	41,7	33,5	38,1
1999	39,0	:	35,4	38,8	36,9	40,5	41,4	33,6	37,8

(¹) Empfehlungen verschiedener Lebensmittelbehörden zufolge sollte die tägliche Fettaufnahme ca. 30-33 % der gesamten Energieaufnahme nicht überschreiten.

(²) Einschließlich Luxemburg.

Quelle: Weltgesundheitsorganisation — Regionalbüro für Europa, Datenbank Health For All.

2.1.2 Durchschnittliche tägliche Fettaufnahme pro Person nach Lebensmitteltyp: 1999

	EU-15	B (¹)	DK	D	EL	E	F	IRL
Fett pro Tag	149,8	159,1	130,4	146,9	151,3	150,7	164,6	136,3
Pflanzliche Erzeugnisse	66,7	68,6	29,4	62,0	94,1	87,7	55,9	47,7
Getreideerzeugnisse (ohne Bier)	3,5	2,9	3,2	3,3	4,3	2,8	3,7	3,4
Stärkehaltige Knollengewächse	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
Süßmittel	:	:	:	:	:	:	:	:
Hülsenfrüchte	0,2	0,1	0,0	0,1	0,2	0,4	0,1	0,1
Schalenfrüchte	2,6	3,1	2,7	3,2	4,7	3,7	2,1	0,5
Ölsaaten	2,2	1,4	0,7	2,4	4,2	3,0	1,9	2,0
Pflanzliche Öle	54,8	59,1	17,3	48,3	76,5	75,0	44,9	38,6
Gemüse	0,7	0,8	0,7	0,5	1,5	0,8	0,7	0,5
Obst und Obsterzeugnisse (ohne Wein)	0,8	0,7	0,8	0,8	1,0	0,9	0,8	0,4
Anregende Getränke (Tee, Kaffee usw.)	1,7	0,1	3,4	3,1	1,3	0,7	1,6	1,9
Gewürze und Zutaten	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2
Alkoholische Getränke	:	:	:	:	:	:	:	:
Tierische Erzeugnisse	83,0	90,5	101,0	85,0	57,1	63,1	108,6	88,5
Fleisch	33,3	21,3	31,6	27,9	23,3	33,8	45,1	33,9
Innereien	0,4	0,8	0,1	0,4	0,4	0,4	0,8	1,6
Tierische Fette	25,0	46,4	49,2	36,9	4,5	7,0	32,7	25,7
Milchprodukte (ohne Butter)	19,4	16,1	14,1	15,4	24,9	15,5	24,2	24,3
Eier	3,4	3,9	4,2	3,3	2,8	3,8	4,3	1,9
Fisch, Meeresfrüchte	1,5	1,9	1,9	1,1	1,2	2,5	1,5	1,2

(¹) Einschließlich Luxemburg.

Quelle: Datenbank Faostat, Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen.

(%)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
39,3	34,7	23,7	35,7	36,5	38,9	35,0	39,2	38,5	1970
38,6	36,8	25,8	38,3	36,3	38,2	38,8	42,5	41,9	1978
38,3	39,5	27,8	38,1	37,1	39,0	38,8	39,9	41,3	1980
38,5	41,1	28,7	37,6	37,0	38,5	38,2	38,2	41,3	1985
38,6	40,1	31,6	35,5	37,1	38,0	36,5	36,6	40,8	1990
37,3	40,3	32,1	36,2	37,1	38,1	34,3	37,0	41,2	1991
37,1	41,0	31,8	36,5	36,0	39,6	35,1	37,1	40,2	1992
38,6	40,9	31,8	37,1	36,6	38,9	34,6	37,0	40,5	1993
38,9	39,7	31,8	36,8	37,4	38,5	34,8	37,1	41,3	1994
41,0	39,7	31,7	37,9	38,2	39,2	34,2	37,3	40,8	1995
39,4	40,6	31,9	37,2	36,7	39,0	34,0	37,2	40,1	1996
39,1	40,5	32,2	36,9	37,9	38,7	36,1	36,4	39,8	1997
38,9	38,9	32,4	36,9	36,4	39,6	36,8	37,5	40,6	1998
39,0	37,8	32,4	36,5	37,3	39,5	37,3	36,8	40,2	1999

(Gramm pro Person)

I	NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
152,4	140,4	152,8	135,6	127,6	130,1	145,7	137,2	140,2	145,7	Fett pro Tag
82,7	53,9	59,4	58,8	37,0	57,4	63,6	39,2	52,9	57,3	Pflanzliche Erzeugnisse
3,9	2,4	5,0	5,5	3,9	3,2	3,2	8,3	4,3	3,1	Getreideerzeugnisse (ohne Bier)
0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1	Stärkehaltige Knollengewächse
:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	Süßmittel
0,3	0,1	0	0,2	0	0,1	0,3	0	0	0,1	Hülsenfrüchte
3,5	2,2	3,4	1,5	0,7	1,7	0,8	0,5	2,2	5,8	Schalenfrüchte
1,3	1,6	2,7	1,1	1,2	1,8	3,2	1,8	0,9	1,4	Ölsaaten
71,2	42,2	45,6	44,8	29,5	48,9	53,3	21,3	42,5	44,9	Pflanzliche Öle
0,9	0,5	0,7	1,0	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,6	Gemüse
0,9	0,6	0,7	1,4	0,4	0,6	0,5	0,4	0,5	0,6	Obst und Obsterzeugnisse (ohne Wein)
0,6	3,7	0,8	2,9	0,3	0,3	1,2	6,0	1,8	0,5	Anregende Getränke (Tee, Kaffee usw.)
0	0,3	0,3	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	Gewürze und Zutaten
:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	Alkoholische Getränke
69,6	86,4	93,4	76,7	90,7	72,7	82,2	98	87,2	88,3	Tierische Erzeugnisse
30,1	32,6	30,9	30,4	44,3	22,9	37,3	42,1	29,6	40,3	Fleisch
0,3	0,1	0,1	0,6	0,1	0,1	0,2	0,9	0,2	0,4	Innereien
16,7	19,9	36,9	24,6	14,8	22,4	19,9	26,5	26,7	22,2	Tierische Fette
17,6	28,2	21,0	16	26,4	21,9	21,1	23,3	22,3	21,5	Milchprodukte (ohne Butter)
3,5	4,4	3,5	2,5	2,5	3,2	2,5	1,5	2,8	2,8	Eier
1,5	1,2	0,9	2,6	2,5	2,2	1,2	3,6	5,8	1,2	Fisch, Meeresfrüchte

2.1.3 Durchschnittliche Kalorienaufnahme pro Tag

	EU-15	B (*)	DK	D	EL	E	F	IRL	I
1970	3 185	3 125	3 157	3 166	3 137	2 733	3 300	3 445	3 422
1975	3 177	3 167	2 988	3 161	3 335	2 990	3 246	3 496	3 364
1980	3 279	3 302	3 127	3 338	3 215	3 062	3 375	3 663	3 585
1985	3 333	3 439	3 165	3 464	3 507	3 120	3 498	3 604	3 411
1990	3 376	3 531	3 172	3 317	3 531	3 267	3 506	3 625	3 572
1991	3 423	3 571	3 251	3 430	3 571	3 338	3 538	3 616	3 628
1992	3 446	3 653	3 328	3 478	3 630	3 363	3 546	3 637	3 525
1993	3 380	3 589	3 308	3 329	3 523	3 304	3 535	3 613	3 457
1994	3 374	3 599	3 285	3 345	3 650	3 313	3 517	3 557	3 450
1995	3 378	3 584	3 333	3 397	3 608	3 249	3 536	3 552	3 493
1996	3 404	3 602	3 325	3 401	3 593	3 305	3 511	3 555	3 514
1997	3 413	3 619	3 407	3 382	3 649	3 310	3 518	3 565	3 507
1998	3 439	3 610	3 434	3 418	3 643	3 342	3 560	3 640	3 601
1999	3 461	3 625	3 317	3 411	3 689	3 353	3 575	3 649	3 629

Gemäß der internationalen Empfehlung für die Nährstoffzufuhr (RDA) wird für die meisten Länder eine maximale Kalorienzufuhr von 2 900 kcal (Männern, 25-50 Jahre, ca. 176 cm und 79 kg) bzw. 2 200 kcal (Frauen, 25-50 Jahre, ca. 163 cm und 63 kg) empfohlen.

Je nach personenspezifischen Merkmalen können unterschiedliche Empfehlungen gelten.

(*) Einschließlich Luxemburg.

Quelle: Datenbank FAOSTAT, Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen.

2.1.4 Durchschnittliche tägliche Kalorienaufnahme pro Person nach Lebensmitteltyp: 1999

	EU-15	B-L	DK	D	EL	E	F	IRL	I
Kalorien pro Tag	3 461	3 625	3 317	3 411	3 689	3 353	3 575	3 649	3 629
Pflanzliche Erzeugnisse	2 380	2 483	2 089	2 344	2 860	2 425	2 221	2 454	2 692
Getreideerzeugnisse (ohne Bier)	849	758	770	778	1062	736	867	955	1152
Stärkehaltige Knollengewächse	141	193	126	142	130	157	120	214	70
Süßmittel	374	472	499	414	308	300	385	456	302
Hülsenfrüchte	36	22	9	18	46	53	20	18	56
Schalenfrüchte	29	33	29	34	55	41	24	5	40
Ölsaaten	26	16	8	31	43	32	21	22	13
Pflanzliche Öle	485	523	153	427	677	664	397	342	630
Gemüse	83	133	78	54	165	106	86	61	105
Obst und Obsterzeugnisse (ohne Wein)	126	121	119	137	203	136	81	77	163
Anregende Getränke (Tee usw.)	27	9	52	44	20	14	26	26	14
Gewürze und Zutaten	4	4	7	4	3	3	3	5	1
Alkoholische Getränke	197	199	237	259	130	182	188	273	141
Tierische Erzeugnisse	1 082	1 141	1 229	1 067	829	929	1 353	1 195	937
Fleisch	429	308	432	368	330	461	552	447	407
Innereien	15	25	3	13	13	13	30	59	12
Tierische Fette	226	420	446	334	41	63	294	234	151
Milchprodukte (ohne Butter)	321	292	241	279	362	259	373	399	276
Eier	49	56	59	47	40	54	62	27	50
Fisch, Meeresfrüchte	42	40	47	27	44	78	42	29	41

Quelle: Datenbank Faostat, Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen.

2.1.5 Insgesamt verfügbare Energie aus Eiweiß in Lebensmitteln für den menschlichen Verzehr

	EU-15	B (*)	DK	D	EL	E	F	IRL	I
1970	11,6	11,8	9,9	11,2	12,8	12,2	12,7	12,3	11,4
1975	11,8	12,2	10,6	11,4	12,7	12,4	12,7	12,6	11,7
1980	12,1	12,3	11,2	11,6	12,8	12,7	13,3	12,6	12,0
1985	12,2	12,0	12,0	11,6	12,5	12,7	13,4	12,4	12,4
1990	12,3	11,7	12,5	11,9	12,7	12,8	13,2	12,6	12,3
1991	12,2	11,8	13,1	11,3	12,8	12,8	13,3	13,0	12,4
1992	12,0	11,7	12,3	11,1	12,5	12,7	13,0	12,4	12,5
1993	12,1	11,9	12,2	11,1	12,7	13,0	12,8	12,2	12,4
1994	12,2	11,6	12,3	11,4	12,7	13,3	12,9	12,0	12,4
1995	12,2	11,5	12,5	11,2	13,0	13,2	13,0	12,1	12,3
1996	12,2	11,3	12,8	11,3	13,0	13,0	13,0	12,4	12,5
1997	12,2	11,2	12,2	11,1	12,9	13,0	13,0	12,3	12,4
1998	12,3	11,4	12,3	11,4	12,9	13,2	13,0	12,3	12,4
1999	12,2	:	12,4	11,3	12,9	13,2	13,0	12,5	12,5

(*) Einschließlich Luxemburg.

Quelle: Weltgesundheitsorganisation — Regionalbüro für Europa, Datenbank Health For All.

(kcal pro Person)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
3 024	3 227	2 930	3 121	2 877	3 282	3 017	3 022	3 481	1970
3 047	3 145	3 109	3 198	2 922	3 128	2 975	2 979	3 230	1975
3 073	3 349	2 845	3 091	2 991	3 116	3 252	3 351	3 494	1980
3 105	3 373	3 060	2 963	2 981	3 191	3 161	3 195	3 348	1985
3 282	3 507	3 517	3 146	2 978	3 220	3 049	3 144	3 339	1990
3 344	3 543	3 546	3 120	2 954	3 188	3 120	3 211	3 253	1991
3 408	3 532	3 514	3 185	3 071	3 274	3 090	3 230	3 326	1992
3 327	3 512	3 570	3 040	3 148	3 233	3 074	3 269	3 283	1993
3 139	3 398	3 634	3 025	3 184	3 220	3 089	3 289	3 267	1994
3 186	3 550	3 630	3 107	3 120	3 136	3 086	3 276	3 260	1995
3 278	3 581	3 665	3 042	3 175	3 221	3 015	3 348	3 277	1996
3 284	3 536	3 667	3 100	3 194	3 276	3 117	3 357	3 223	1997
3 231	3 659	3 674	3 180	3 034	3 242	3 262	3 412	3 281	1998
3 243	3 639	3 768	3 143	3 141	3 318	3 313	3 425	3 258	1999

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
3 243	3 639	3 768	3 143	3 141	3 318	3 313	3 425	3 258	Kalorien pro Tag
2 064	2 456	2 701	1 948	2 111	2 268	1 966	2 294	2 172	Pflanzliche Erzeugnisse
572	910	1063	793	770	739	699	956	733	Getreideerzeugnisse (ohne Bier)
154	115	235	136	92	198	94	147	77	Stärkehaltige Knollengewächse
455	452	330	391	436	370	611	459	504	Süßmittel
27	8	40	12	13	62	9	10	13	Hülsenfrüchte
25	37	22	8	19	9	5	23	63	Schalenfrüchte
18	34	11	14	20	37	22	10	18	Ölsaaten
374	402	397	262	433	472	188	376	395	Pflanzliche Öle
71	69	117	47	55	65	42	48	64	Gemüse
135	140	174	89	113	96	90	109	116	Obst und Obsterzeugnisse (ohne Wein)
52	21	37	19	17	21	77	34	15	Anregende Getränke (Tee usw.)
11	6	1	3	4	5	4	4	5	Gewürze und Zutaten
170	257	264	168	133	187	102	112	170	Alkoholische Getränke
1 178	1 183	1 067	1 195	1 030	1 050	1 347	1 132	1 086	Tierische Erzeugnisse
419	417	412	494	318	448	504	345	463	Fleisch
7	4	19	6	5	8	24	7	15	Innereien
177	333	222	136	205	176	241	242	197	Tierische Fette
479	358	291	460	402	349	442	379	345	Milchprodukte (ohne Butter)
62	50	36	36	45	35	22	39	40	Eier
34	21	87	63	55	34	115	120	27	Fisch, Meeresfrüchte

(%)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
11,5	11,1	11,2	11,4	12,2	11,3	16,5	11,6	10,4	1970
11,8	11,5	11,0	11,8	12,6	11,4	16,9	12,4	10,9	1975
12,2	11,3	10,9	12,2	13,1	11,2	16,1	12,4	11,1	1980
12,5	11,4	11,6	12,5	12,9	11,6	16,1	12,6	11,5	1985
11,8	11,7	11,9	12,6	12,9	11,6	14,6	12,4	11,4	1990
11,8	11,6	11,9	12,5	12,8	11,5	14,7	12,2	11,7	1991
11,9	11,8	12,1	12,3	12,8	11,4	14,7	12,2	11,5	1992
12,5	11,7	12,2	12,2	12,8	11,4	15,0	12,3	11,3	1993
12,5	11,7	12,4	12,7	12,7	11,6	15,7	12,4	11,4	1994
12,9	11,8	12,3	12,9	12,6	11,7	15,3	12,5	11,2	1995
13,0	11,8	12,5	13,1	12,8	11,6	13,7	12,6	11,0	1996
13,2	11,7	12,6	12,9	12,7	11,7	14,2	12,5	11,0	1997
13,1	11,9	12,7	13,0	13,0	11,8	14,0	12,1	11,1	1998
12,8	11,7	12,8	12,9	12,9	11,7	13,9	12,2	10,9	1999

2.1.6 Durchschnittliche tägliche Eiweißaufnahme pro Person nach Lebensmitteltyp: 1999

	EU-15	B-L	D	DK	FIN	F	EL	IRL	I
Eiweiß pro Tag	106	104,3	96,2	102,4	101,7	115,9	118,8	113,9	113,2
Pflanzliche Erzeugnisse	42,0	39,8	38,5	37,8	35,8	39,8	54,6	41,9	51,4
Getreideerzeugnisse (ohne Bier)	26,1	23,6	23,6	23,5	24,2	26,4	33,4	27,9	35,5
Stärkehaltige Knollengewächse	3,3	4,5	3,3	2,9	3,2	2,8	3,0	4,8	1,6
Süßmittel	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Hülsenfrüchte	2,4	1,4	1,2	0,6	0,8	1,3	2,9	1,2	3,7
Schalenfrüchte	0,8	0,8	0,9	0,8	0,2	0,6	1,5	0,1	1,0
Ölsaaten	1,0	0,5	1,6	0,2	0,6	0,8	0,8	0,7	0,3
Pflanzliche Öle	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0	0	0,1	0,1
Gemüse	4,0	4,9	2,6	3,7	2,1	4,5	7,9	2,9	5,5
Obst und Obsterzeugnisse (ohne Wein)	1,5	1,4	1,5	1,2	1,0	1,0	2,8	0,9	2,1
Anregende Getränke (Kaffee usw.)	1,6	0,8	1,9	2,8	2,2	1,6	0,8	1,2	1,2
Gewürze und Zutaten	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0
Alkoholische Getränke	1,0	1,4	1,7	1,6	1,1	0,5	0,5	1,9	0,3
Tierische Erzeugnisse	64,1	64,5	57,7	64,5	65,9	76,1	64,2	72,0	61,7
Fleisch	30,2	27,0	27,1	34,2	22,4	34,2	28,1	33,1	31,8
Innereien	2,3	4,0	2,1	0,5	0,9	4,9	1,9	9,5	1,9
Tierische Fette	0,4	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,2	0,7	0,3
Milchprodukte (ohne Butter)	20,7	23,0	20,0	17,9	29,6	24,9	23,3	22,2	17,4
Eier	3,9	4,5	3,8	4,8	2,9	5,0	3,2	2,2	4,0
Fisch, Meeresfrüchte	6,5	5,3	4,0	6,4	9,4	6,4	7,5	4,2	6,3

Quelle: Datenbank Faostat, Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen.

2.1.7 Durchschnittliche Verfügbarkeit ausgewählter Lebensmittel

(g/Person/Tag)

	B	D	EL	IRL	L	NO	E	UK
	1987-1988	1988	1993-1994	1987	1993	1992-1994	1990-1991	1993
Fleisch	168,0	140,0	151,0	138,0	185,0	128,0	178,0	138,0
Obst	198,0	202,0	282,0	103,0	234,0	174,0	308,0	132,0
Fisch	26,0	12,0	38,0	10,0	28,0	53,0	75,0	21,0
Gemüse	162,0	141,0	229,0	130,0	180,0	102,0	180,0	158,0
Teigwaren	7,3	8,6	24,0	3,5	25,0	4,9	10,0	8,9
Milchprodukte	153,0	207,0	190,0	484,0	154,0	338,0	349,0	288,0
Getreideerzeugnisse	11,0	24,0	17,0	33,0	28,0	17,0	17,0	35,0

Quelle: DAFNE (Data Food Networking), Athen.

(g)

NL	A	P	E	S	UK	NO	IS	CH	
104,0	106,0	120,7	110,7	101,3	96,8	104,1	114,7	88,6	Eiweiß pro Tag
32,5	41,6	50,0	41,0	34,5	41,7	40,8	37,9	34,5	Pflanzliche Erzeugnisse
17,8	27,1	30,7	22,9	23,2	23,5	28,7	27,4	22,5	Getreideerzeugnisse (ohne Bier)
3,6	2,6	5,5	3,7	2,1	4,7	3,5	2,1	1,8	Stärkehaltige Knollengewächse
0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	:	0,0	Süßmittel
1,8	0,5	2,5	3,3	0,9	4,1	0,6	0,6	0,9	Hülsenfrüchte
0,7	0,9	0,5	1,2	0,5	0,3	0,6	0,1	1,6	Schalenfrüchte
0,6	1,7	0,3	1,0	0,8	1,5	0,3	0,9	1,0	Ölsaaten
0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0	0,2	:	0,1	Pflanzliche Öle
3,1	3,3	5,9	4,9	2,5	3,1	2,1	1,9	3,2	Gemüse
1,4	1,5	2,0	1,8	1,3	1,1	1,3	1,0	1,4	Obst und Obsterzeugnisse (ohne Wein)
1,9	2,0	1,2	1,2	2,0	1,7	2,3	2,5	1,2	Anregende Getränke (Kaffee usw.)
0,3	0,2	0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	Gewürze und Zutaten
1,1	1,6	0,9	0,9	0,8	1,4	0,8	0,6	0,7	Alkoholische Getränke
71,5	64,5	70,7	69,6	66,8	55,1	63,4	76,8	54,1	Tierische Erzeugnisse
29,1	32,3	32,0	36,4	26,1	26,1	18,4	29,0	23,2	Fleisch
1,0	0,6	3,0	2,0	0,7	1,1	1,1	3,2	2,5	Innereien
0,1	0,4	0,1	0,1	0,8	0,1	0,7	0,7	0,2	Tierische Fette
31,0	24,3	17,9	14,6	27,6	19,5	24,3	23,5	21,4	Milchprodukte (ohne Butter)
5,0	4,0	2,9	4,4	3,6	2,8	3,2	1,8	3,2	Eier
5,3	2,8	14,7	12,2	7,9	5,4	15,8	18,6	3,6	Fisch, Meeresfrüchte

Statistiken zur Gesundheit — Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002 — Daten 1970-2001

2.1.8 Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke — Durchschnittliche Verbrauchsausgaben und Struktur der Haushaltsausgaben: 1999

	B	DK	EL	E	F ^(*)	IRL ^(?)	I
Durchschnittliche Verbrauchsausgaben (KKS pro Haushalt)							
Nahrungsmittel	3 303	2 725	3 680	3 508	3 399	4 014	4 748
Brot und Getreideerzeugnisse	647	511	459	572	631	723	891
Fleisch	981	666	939	1 043	1 005	1 122	1 268
Fisch und Seelebensmittel	209	129	304	496	218	110	438
Milch, Käse und Eier	442	434	591	509	495	603	753
Öle und Fette	92	87	354	137	89	104	237
Obst	233	174	320	290	250	216	477
Gemüse einschließlich Kartoffeln und anderen Knollengewächsen	339	296	455	291	400	503	457
Zucker, Marmelade, Honig, Sirup, Schokolade und Süßwaren	248	355	223	121	173	396	184
Nahrungsmittel a. n. g.	113	74	35	49	138	237	44
Alkoholfreie Getränke	354	348	212	202	223	485	431
Kaffee, Tee und Kakao	85	130	81	75	74	100	171
Mineralwasser, Limonade und Saft	269	218	131	126	149	385	260
Struktur der Ausgaben (Anteil an den gesamten Haushaltsausgaben)							
Nahrungsmittel	12,1	11,6	15,7	17,3	15,2	13,6	17,4
Brot und Getreideerzeugnisse	2,4	2,2	2,0	2,8	2,8	2,4	3,3
Fleisch	3,6	2,8	4,0	5,1	4,5	3,8	4,7
Fisch und Seelebensmittel	0,8	0,6	1,3	2,4	1,0	0,4	1,6
Milch, Käse und Eier	1,6	1,9	2,5	2,5	2,2	2,0	2,8
Öle und Fette	0,3	0,4	1,5	0,7	0,4	0,4	0,9
Obst	0,8	0,7	1,4	1,4	1,1	0,7	1,8
Gemüse einschließlich Kartoffeln und anderen Knollengewächsen	1,2	1,3	1,9	1,4	1,8	1,7	1,7
Zucker, Marmelade, Honig, Sirup, Schokolade und Süßwaren	0,9	1,5	1,0	0,6	0,8	1,3	0,7
Nahrungsmittel a. n. g.	0,4	0,3	0,1	0,2	0,6	0,8	0,2
Alkoholfreie Getränke	1,3	1,5	0,9	1,0	1,0	1,6	1,6
Kaffee, Tee und Kakao	0,3	0,6	0,3	0,4	0,3	0,3	0,6
Mineralwasser, Limonade und Saft	1,0	0,9	0,6	0,6	0,7	1,3	1,0

KKS = Kaufkraftstandards.

(*) 1994.

(?) Vorläufig.

Hinweis: Für Deutschland und Schweden liegen keine Daten vor.*Quelle:* Eurostat-Datenbank New Cronos (Erhebung zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte).

2.1.9 Trends bei den Haushaltsausgaben für Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke: 1988/1994/1999

Durchschnittliche Verbrauchsausgaben (KKS pro Haushalt)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1988	2 980	2 724	:	2 487	3 498	4 027	2 866	:	4 068	4 022	2 214	:	3 527	:	:	2 479
1994	3 375	2 735	2 592	2 786	3 153	4 469	3 622	4 121	4 818	4 764	2 454	3 754	3 461	2 525	3 198	2 724
1999	:	3 657	3 073	2 605	3 892	3 709	:	4 499	5 180	4 361	2 697	3 535	:	2 581	3 329	2 897

Struktur der Ausgaben (Anteil an den gesamten Haushaltsausgaben)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1988	18,1	16,1	:	14,8	22,6	26,2	17,3	:	23,8	15,1	13,4	:	29,6	:	:	14,3
1994	16,1	12,0	13,5	13,5	17,8	22,8	16,2	18,5	21,1	12,3	12,1	15,4	21,2	15,8	17,8	13,3
1999	:	13,3	13,1	11,1	16,6	18,3	:	15,4	19,0	10,1	10,5	13,4	:	14,2	15,4	10,5

KKS = Kaufkraftstandards.

Quelle: Eurostat-Datenbank New Cronos (Erhebung zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte).

L	NL	A	P(*)	FIN	UK	
Durchschnittliche Verbrauchsausgaben (KKS pro Haushalt)						
3 911	2 437	3 181	3 348	2 351	2 638	Nahrungsmittel
708	455	576	523	443	561	Brot und Getreideerzeugnisse
1 172	568	768	1 010	490	651	Fleisch
219	67	81	528	91	103	Fisch und Seelebensmittel
569	416	477	406	449	361	Milch, Käse und Eier
143	69	120	195	71	61	Öle und Fette
338	207	264	254	175	187	Obst
378	322	277	328	235	402	Gemüse einschließlich Kartoffeln und anderen Knollengewächsen
265	187	272	88	204	202	Zucker, Marmelade, Honig, Sirup, Schokolade und Süßwaren
119	147	346	16	194	111	Nahrungsmittel a. n. g.
450	260	354	112	230	259	Alkoholfreie Getränke
144	93	128	47	98	85	Kaffee, Tee und Kakao
306	168	226	66	132	174	Mineralwasser, Limonade und Saft
Struktur der Ausgaben (Anteil an den gesamten Haushaltsausgaben)						
9,1	9,5	12,0	20,5	12,9	9,5	Nahrungsmittel
1,6	1,8	2,2	3,2	2,4	2,0	Brot und Getreideerzeugnisse
2,7	2,2	2,9	6,2	2,7	2,4	Fleisch
0,5	0,3	0,3	3,2	0,5	0,4	Fisch und Seelebensmittel
1,3	1,6	1,8	2,5	2,5	1,3	Milch, Käse und Eier
0,3	0,3	0,5	1,2	0,4	0,2	Öle und Fette
0,8	0,8	1,0	1,6	1,0	0,7	Obst
0,9	1,3	1,0	2,0	1,3	1,5	Gemüse einschließlich Kartoffeln und anderen Knollengewächsen
0,6	0,7	1,0	0,5	1,1	0,7	Zucker, Marmelade, Honig, Sirup, Schokolade und Süßwaren
0,3	0,6	1,3	0,1	1,1	0,4	Nahrungsmittel a. n. g.
1,0	1,0	1,3	0,7	1,3	0,9	Alkoholfreie Getränke
0,3	0,4	0,5	0,3	0,5	0,3	Kaffee, Tee und Kakao
0,7	0,7	0,9	0,4	0,7	0,6	Mineralwasser, Limonade und Saft

2.1.10 Struktur der Verbrauchsausgaben für Lebensmittel und alkoholfreie Getränke (COICOP Ebene 2): 1999

	B	DK	D	EL	E	IRL	I
Nach sozioökonomischer Kategorie							
Arbeiter in der Industrie und im Dienstleistungsbereich	14,9	13,3	11,3	18,0	19,5	16,1	17,8
Angestellte in der Industrie und im Dienstleistungsbereich	12,7	12,6	:	13,2	14,6	13,5	:
Selbstständige	12,7	12,4	10,0	16,8	19,0	16,3	16,9
Arbeitslose	14,2	15,4	13,5	18,2	20,7	21,0	22,1
Rentner und Pensionäre	13,9	13,8	:	19,6	21,6	16,3	21,0
Sonstige Nichterwerbspersonen	14,2	14,4	11,8	15,8	20,1	19,0	21,3
Unbekannt	:	:	:	:	:	19,6	:
Nach Quintil des Haushaltseinkommens							
Erstes Quintil	16,9	15,5	15,5	24,0	24,9	18,1	25,1
Zweites Quintil	14,9	14,8	13,5	20,6	21,6	16,8	22,4
Drittes Quintil	14,0	13,7	12,1	18,4	19,6	15,9	20,1
Viertes Quintil	12,9	12,8	10,8	15,8	17,4	14,2	18,0
Fünftes Quintil	10,6	11,2	8,2	12,1	13,3	13,1	14,0
Nach Haushaltstyp							
Allein stehende Person	11,0	12,2	9,5	13,1	15,7	12,7	18,9
Allein stehender Elternteil mit abhängigen Kindern	13,4	14,4	12,8	13,9	15,6	18,0	19,0
Zwei Erwachsene	13,1	12,6	10,6	18,3	18,8	14,6	19,0
Zwei Erwachsene mit abhängigen Kindern	14,2	13,9	12,5	16,0	17,1	16,4	18,9
Drei oder mehr Erwachsene	15,7	13,6	11,4	17,2	19,6	13,5	19,2
Drei oder mehr Erwachsene mit abhängigen Kindern	14,3	14,5	12,3	18,1	19,9	16,6	19,7
Nach Alter der Referenzperson							
Weniger als 30 Jahre	11,7	12,3	10,4	13,0	15,4	12,5	15,9
Zwischen 30 und 44 Jahre	13,2	13,7	11,7	15,1	16,6	15,6	17,1
Zwischen 45 und 59 Jahre	13,7	12,5	11,2	15,8	17,8	15,7	18,4
60 Jahre und älter	13,8	13,5	10,5	19,7	21,2	16,6	21,4
Nach Urbanisierungsgrad							
Dicht besiedeltes Gebiet (mindestens 500 Einwohner/km ²)	13,2	13,1	:	:	16,9	:	18,4
Mittel besiedeltes Gebiet (zwischen 100 und 499 Einwohner/km ²)	13,5	12,5	:	:	18,3	:	19,5
Gering besiedeltes Gebiet (weniger als 100 Einwohner/km ²)	14,2	14,1	:	:	21,0	:	20,4

Hinweise:

Für Frankreich und Portugal liegen keine Daten vor. Coicop — Klassifikation der Verwendungszwecke des Individualkonsums.

Quelle: Eurostat-Datenbank New Cronos (Erhebung zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte).

2.1.11 Antworten auf die Frage „Ernähren Sie sich gesund und ausgewogen?“: 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Insgesamt	Ja	74,3	81,3	84,0	80,2	69,7	79,8	82,1	85,7
	Nein	23,5	17,5	14,5	16,3	28,7	18,3	17,0	12,7
	Weiß nicht	2,2	1,2	1,5	3,5	1,5	1,9	0,9	1,6
Männer	Ja	70,0	75,5	82,6	77,0	68,1	75,5	79,6	83,4
	Nein	27,7	22,6	15,7	19,9	31,1	22,0	19,7	15,2
	Weiß nicht	2,4	1,9	1,7	3,2	0,9	2,5	0,7	1,5
Frauen	Ja	78,3	86,6	85,2	83,2	71,3	83,9	84,4	88,0
	Nein	19,5	12,8	13,4	12,9	26,5	14,8	14,5	10,4
	Weiß nicht	2,1	0,6	1,3	3,9	2,2	1,3	1,1	1,7

Quelle: Eurobarometer 52.1, Europäische Kommission.

(%)

L	NL	A	FIN	S	UK	
						Nach sozioökonomischer Kategorie
11,9	10,2	14,8	14,9	16,7	11,5	Arbeiter in der Industrie und im Dienstleistungsbereich
7,9	9,9	10,7	12,5	14,2	9,3	Angestellte in der Industrie und im Dienstleistungsbereich
9,4	10,7	13,7	14,3	14,0	9,6	Selbstständige
10,8	13,3	15,3	16,7	16,6	12,9	Arbeitslose
11,9	11,2	15,3	16,6	16,4	12,0	Rentner und pensionäre
10,7	12,0	14,1	12,2	16,2	12,8	Sonstige Nichterwerbspersonen
12,4	:	:	:	:	:	Unbekannt
						Nach Quintil des Haushaltseinkommens
14,2	13,0	17,9	17,0	17,5	15,1	Erstes Quintil
12,5	12,8	15,5	17,0	16,5	12,9	Zweites Quintil
10,5	10,8	13,9	14,9	16,8	11,3	Drittes Quintil
9,3	9,8	13,4	13,8	15,0	10,2	Viertes Quintil
7,5	8,4	9,7	11,5	12,8	7,6	Fünftes Quintil
						Nach Haushaltstyp
8,0	9,0	10,7	13,0	14,3	9,0	Allein stehende Person
						Allein stehender Elternteil mit abhängigen Kindern
9,5	11,8	13,6	16,1	15,4	13,2	Zwei Erwachsene
9,4	10,1	12,8	13,6	14,7	10,1	Zwei Erwachsene mit abhängigen Kindern
10,6	11,7	13,5	14,9	16,5	11,3	Drei oder mehr Erwachsene
11,7	10,1	15,8	16,1	15,3	10,6	Drei oder mehr Erwachsene mit abhängigen Kindern
12,1	11,4	17,0	15,4	19,3	11,1	
						Nach Alter der Referenzperson
7,4	8,3	12,5	10,9	14,6	9,0	Weniger als 30 Jahre
9,9	10,9	12,0	14,1	15,4	10,3	Zwischen 30 und 44 Jahre
9,9	10,5	13,8	14,0	15,2	10,2	Zwischen 45 und 59 Jahre
11,6	11,3	15,3	16,5	16,1	12,1	60 Jahre und älter
						Nach Urbanisierungsgrad
9,6	:	11,5	13,3	14,0	10,3	Dicht besiedeltes Gebiet (mindestens 500 Einwohner/km ²)
10,2	:	13,4	14,5	14,8	10,5	Mittel besiedeltes Gebiet (zwischen 100 und 499 Einwohner/km ²)
10,5	:	15,6	16,5	16,2	10,9	Gering besiedeltes Gebiet (weniger als 100 Einwohner/km ²)

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
48,3	77,0	77,2	82,8	58,6	80,1	79,8	78,3	Ja	Insgesamt
48,3	19,9	20,0	12,7	40,2	17,2	18,5	20,8	Nein	
3,4	3,0	2,8	4,5	1,2	2,7	1,8	0,9	Weiß nicht	
40,9	71,4	72,5	81,8	52,6	76,7	75,6	72,7	Ja	Männer
55,7	25,3	23,3	12,4	46,0	20,2	21,6	26,0	Nein	
3,4	3,2	4,2	5,9	1,4	3,1	2,9	1,3	Weiß nicht	
55,2	82,2	81,7	83,7	64,0	83,2	83,8	83,6	Ja	Frauen
41,4	15,0	16,9	13,1	35,0	14,5	15,5	15,9	Nein	
3,4	2,8	1,4	3,2	0,9	2,3	0,7	0,5	Weiß nicht	

2.1.12 Antworten auf die Frage „Ernähren Sie sich gesund und ausgewogen?“, nach Alter: 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
15-24	Ja	65,4	71,0	62,9	68,6	54,8	78,2	77,2	79,3
	Nein	32,3	26,2	34,8	27,4	41,2	20,2	22,82	0,5
	Weiß nicht	2,3	2,8	2,3	4,0	4,0	1,6	:	0,2
25-39	Ja	70,8	77,0	82,1	74,5	65,3	74,0	79,8	82,4
	Nein	26,7	21,6	16,5	21,5	33,3	21,8	19,5	15,2
	Weiß nicht	2,6	1,5	1,4	3,9	1,4	4,1	0,7	2,3
40-54	Ja	72,5	80,4	89,0	80,0	73,9	78,9	80,5	85,5
	Nein	25,0	18,7	9,6	16,0	25,5	19,9	17,5	11,4
	Weiß nicht	2,5	0,9	1,5	3,9	0,6	1,1	2,0	3,1
ab 55	Ja	83,0	90,4	91,8	89,7	78,4	87,1	88,2	93,4
	Nein	15,2	9,1	6,9	7,5	20,7	12,6	11,0	5,9
	Weiß nicht	1,7	0,5	1,2	2,8	0,9	0,3	0,8	0,8

Quelle: Eurobarometer 52.1, Europäische Kommission.

2.1.13 Antworten auf die Frage „Ernähren Sie sich gesund und ausgewogen?“, nach beruflichem Status: 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Selbstständige	Ja	70	71	89	84	71	78	85	88
	Nein	27	27	9	11	29	19	15	12
	Weiß nicht	3	2	2	5	1	3	:	:
Führungskräfte	Ja	75	67	87	81	70	68	72	94
	Nein	23	33	11	16	30	28	28	4
	Weiß nicht	2	:	2	3	:	4	:	2
Angestellte	Ja	69	80	73	76	60	71	80	80
	Nein	29	17	22	19	39	27	19	15
	Weiß nicht	3	2	5	5	1	2	1	5
Arbeiter	Ja	71	79	84	74	69	79	76	88
	Nein	27	21	14	22	31	19	22	11
	Weiß nicht	2	0	2	4	:	2	2	2
Hausfrauen/ -männer	Ja	81	91	100	90	75	91	93	91
	Nein	17	9	:	5	22	8	6	7
	Weiß nicht	2	:	:	6	3	0	1	2
Arbeitslose	Ja	65	78	85	74	67	70	78	59
	Nein	33	20	15	24	33	25	20	38
	Weiß nicht	3	2	:	3	:	5	2	3
Rentner und Pensionäre	Ja	84	90	91	90	78	85	92	95
	Nein	14	9	8	8	21	15	7	5
	Weiß nicht	2	1	1	2	1	:	1	:
Schüler/Studenten	Ja	68	74	73	67	57	81	78	78
	Nein	30	23	27	30	38	19	22	22
	Weiß nicht	2	3	:	3	5	1	:	:

Quelle: Eurobarometer 52.1, Europäische Kommission.

2.1.14 Die drei wichtigsten Entscheidungskriterien Erwachsener bei der Auswahl von Lebensmitteln: 1996

(%)

	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Qualität/Frische	76	64	76	75	80	77	49	84	68	73	90	66	67	73	59
Preis	34	39	40	18	52	57	30	29	18	36	54	38	62	59	43
Geschmack	46	29	31	47	22	42	45	40	49	41	25	40	41	37	49
Gesunde Ernährung	37	48	31	32	32	25	35	25	24	28	50	34	40	30	40
Von Familie bevorzugt	29	22	29	38	25	21	36	36	18	36	32	24	17	31	30
Gewohnheit	19	18	26	28	20	20	29	19	18	21	10	21	20	21	20
Zweckmäßigkeit	12	25	11	11	11	13	13	15	14	16	8	12	17	17	15
Zusatzstoffe	11	17	7	5	5	5	5	5	21	9	8	5	7	8	5

Quelle: Institute of European Food Studies (IEFS) 1996: A Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Food, Nutrition & Health (2).

(%)

	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
	40,7	50,7	69,5	76,8	58,1	69,7	52,5	64,5	Ja	15-24
	56,4	47,3	29,0	17,9	39,8	28,1	45,0	33,4	Nein	
	2,9	2,0	1,6	5,4	2,1	2,2	2,5	2,1	Weiß nicht	
	49,8	71,2	75,9	83,2	55,4	75,4	72,3	70,0	Ja	25-39
	45,8	26,5	21,3	13,7	44,2	22,3	25,4	29,4	Nein	
	4,3	2,2	2,8	3,1	0,3	2,3	2,3	0,6	Weiß nicht	
	39,5	81,2	72,8	80,9	54,2	77,3	85,6	80,9	Ja	40-54
	58,1	14,9	22,8	11,5	44,8	17,3	12,9	17,9	Nein	
	2,4	3,9	4,4	7,6	1,1	5,4	1,4	1,2	Weiß nicht	
	57,0	89,1	86,7	86,5	64,9	91,7	93,3	91,3	Ja	ab 55
	39,4	7,4	11,3	10,2	33,7	7,5	5,5	8,3	Nein	
	3,6	3,4	2,0	3,3	1,4	0,8	1,2	0,4	Weiß nicht	

(%)

	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
	40	80	66	76	56	85	85	85	Ja	Selbstständige
	55	20	28	20	43	13	14	15	Nein	
	5	:	6	4	1	2	1	:	Weiß nicht	
	53	76	77	85	61	88	79	85	Ja	Führungskräfte
	43	16	22	12	39	10	19	14	Nein	
	4	8	1	4	:	2	3	1	Weiß nicht	
	46	63	73	79	47	74	81	66	Ja	Angestellte
	51	34	24	19	50	23	19	32	Nein	
	3	3	3	3	4	3	:	1	Weiß nicht	
	38	70	72	79	46	73	74	73	Ja	Arbeiter
	60	28	24	14	53	23	23	26	Nein	
	2	2	3	6	0	4	3	1	Weiß nicht	
	55	95	87	89	68	89	83	81	Ja	Hausfrauen/ -männer
	42	4	11	8	32	11	8	19	Nein	
	3	2	1	3	:	:	9	0	Weiß nicht	
	35	78	85	70	54	62	66	59	Ja	Arbeitslose
	63	16	15	30	46	32	31	39	Nein	
	2	6	:	:	:	5	2	2	Weiß nicht	
	59	87	84	89	70	92	94	91	Ja	Rentner und Pensionäre
	37	11	13	6	28	8	4	9	Nein	
	4	3	3	4	2	1	1	0	Weiß nicht	
	51	47	68	80	61	71	65	67	Ja	Schüler/ Studenten
	47	51	29	12	37	25	34	30	Nein	
	2	2	4	8	2	4	1	3	Weiß nicht	

85



2.1.15 Erwachsene, für die gesunde Ernährung ein wichtiges Entscheidungskriterium bei der Auswahl von Lebensmitteln ist, nach Geschlecht und Alter: 1996

(%)

	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Männer															
15-35	26	26	25	29	28	17	23	17	14	16	35	30	25	18	32
36-54	37	43	29	25	21	21	28	23	22	23	48	30	36	19	34
55+	36	45	29	37	34	24	34	22	34	16	52	29	44	32	37
Frauen															
15-35	37	56	36	35	36	29	37	32	20	33	51	41	39	25	35
36-54	44	63	35	35	44	32	46	31	28	39	53	37	52	40	50
55+	45	63	33	38	28	30	53	26	34	33	57	36	46	52	53

Quelle: Institute of European Food Studies (IEFS) 1996: A Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Food, Nutrition & Health (2).

2.2.1 Antworten auf die Frage „Betätigen Sie sich mindestens zweimal pro Woche körperlich?“: 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Insgesamt	Ja	39,7	29,7	54,9	28,2	18,8	40,6	46,8	64,6
	Nein	59,6	69,8	44,7	70,6	80,3	59,0	52,6	34,4
	Weiß nicht	0,7	0,5	0,4	1,2	0,9	0,3	0,6	1,0
Männer	Ja	44,1	36,6	55,0	33,4	23,9	43,9	52,8	63,6
	Nein	55,4	62,5	44,4	65,8	75,5	56,1	47,0	36,0
	Weiß nicht	0,5	1,0	0,6	0,8	0,6	:	0,2	0,3
Frauen	Ja	35,6	23,3	54,8	23,4	13,9	37,5	41,3	65,5
	Nein	63,5	76,7	45,0	75,1	84,9	61,8	57,7	32,9
	Weiß nicht	0,8	–	0,2	1,5	1,3	0,6	1,0	1,6

Quelle: Eurobarometer 52.1, Europäische Kommission.

2.2.2 Antworten auf die Frage „Betätigen Sie sich mindestens zweimal pro Woche körperlich?“, nach Alter: 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
15–24	Ja	58,5	46,8	51,0	55,4	45,1	59,7	48,6	69,9
	Nein	41,5	52,3	49,0	43,3	54,8	40,3	51,4	29,9
	Weiß nicht	:	0,8	:	1,3	0,2	:	:	0,2
25–39	Ja	39,8	29,8	49,6	31,1	17,1	34,9	43,9	68,2
	Nein	59,3	69,9	49,5	66,9	81,8	64,0	55,5	31,0
	Weiß nicht	0,9	0,4	1,0	2,0	1,1	1,1	0,6	0,8
40–54	Ja	36,9	28,2	51,0	27,6	12,1	37,7	41,9	64,8
	Nein	63,0	71,8	49,0	72,1	87,1	62,3	58,1	33,9
	Weiß nicht	0,1	–	–	0,4	0,8	–	–	1,3
ab 55	Ja	34,4	22,7	65,2	15,7	10,7	36,4	52,2	57,5
	Nein	64,8	76,6	34,4	83,3	87,9	63,6	46,4	41,0
	Weiß nicht	0,8	0,7	0,5	1,0	1,3	–	1,3	1,5

Quelle: Eurobarometer 52.1, Europäische Kommission.

2.2.3 Rauchen, Ernährung und Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, nach regelmäßiger körperlicher Betätigung, EU-15: 1999

Betätigen Sie sich mindestens zweimal pro Woche körperlich?		Ja	Nein	Weiß nicht
Ernähren Sie sich gesund und ausgewogen?	Ja	81,2	69,9	51,5
	Nein	17,3	27,6	18,8
	Weiß nicht	1,5	2,4	29,7
Rauchen Sie?	Ja	30,0	36,4	26,6
	Nein	69,6	63,5	58,0
	Weiß nicht	0,4	0,1	15,4
Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit	Sehr zufrieden	36,8	22,7	21,9
	Relativ zufrieden	51,1	55,8	56,4
	Nicht sehr zufrieden	9,8	17,6	14,2
	Gar nicht zufrieden	1,9	3,7	2,6
	Weiß nicht	0,3	0,2	4,9

Quelle: Eurobarometer 52.1, Europäische Kommission.

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
26,7	77,8	55,8	40,6	23,6	76,0	57,7	57,1	Ja	Insgesamt
72,8	20,8	43,7	58,7	76,1	22,9	42,3	42,5	Nein	
0,5	1,4	0,6	0,7	0,3	1,0	0,0	0,5	Weiß nicht	
32,0	80,0	53,9	45,3	32,9	72,4	57,0	60,7	Ja	Männer
67,3	19,2	44,9	53,9	66,5	26,5	43,0	39,1	Nein	
0,7	0,8	1,1	0,7	0,6	1,0	:	0,2	Weiß nicht	
21,7	75,8	57,5	36,2	15,3	79,4	58,5	53,7	Ja	Frauen
77,9	22,2	42,5	63,1	84,7	19,6	41,5	45,7	Nein	
0,4	2,0	-	0,7	-	1,0	-	0,7	Weiß nicht	

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
44,6	87,7	57,1	58,5	55,0	72,6	59,9	63,9	Ja	15-24
53,9	11,6	42,2	41,5	45,0	25,9	40,1	34,7	Nein	
1,5	0,6	0,7	:	:	1,4	:	1,3	Weiß nicht	
35,1	73,4	47,9	44,1	26,5	67,0	49,3	54,5	Ja	25-39
64,6	25,6	50,7	55,2	72,5	31,9	50,7	45,5	Nein	
0,4	0,9	1,4	0,7	1,0	1,2	:	0,0	Weiß nicht	
21,2	76,3	57,3	46,3	14,1	76,2	46,8	55,7	Ja	40-54
78,8	21,4	42,7	52,9	85,9	23,0	53,2	44,3	Nein	
-	2,3	-	0,8	-	0,8	-	-	Weiß nicht	
16,0	78,7	62,6	24,6	8,1	85,1	71,6	57,1	Ja	ab 55
83,4	19,8	37,4	74,4	91,9	13,9	28,4	42,1	Nein	
0,6	1,5	-	1,0	-	0,9	-	0,8	Weiß nicht	

2.2.4 Antworten auf die Frage „Ist Ihre Lebensweise gesund?": 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Insgesamt	Ja	80,8	84,1	79,3	81,2	64,4	89,1	88,2	86,4
	Nein	16,0	13,9	18,8	14,7	34,5	9,4	10,5	11,8
	Weiß nicht	3,2	2,0	1,9	4,2	1,1	1,4	1,3	1,8
Männer	Ja	78,1	82,3	78,8	79,0	60,7	87,7	85,7	83,5
	Nein	18,5	15,6	19,6	17,3	38,6	10,5	12,8	14,6
	Weiß nicht	3,4	2,1	1,6	3,8	0,7	1,8	1,5	1,9
Frauen	Ja	83,4	85,8	79,7	83,2	68,0	90,5	90,5	89,1
	Nein	13,7	12,3	18,1	12,2	30,5	8,5	8,3	9,2
	Weiß nicht	2,9	1,9	2,2	4,6	1,4	1,1	1,2	1,7

Quelle: Eurobarometer 52.1, Europäische Kommission.

2.2.5 Antworten auf die Frage „Ist Ihre Lebensweise gesund?“, nach Alter: 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
15-24	Ja	79,8	78,1	59,5	79,9	58,2	87,8	85,5	86,1
	Nein	17,1	17,4	37,6	15,2	39,7	10,0	14,1	12,5
	Weiß nicht	3,1	4,4	2,9	4,9	2,1	2,2	0,3	1,3
25-39	Ja	78,9	82,7	79,6	79,6	55,8	89,2	84,6	82,3
	Nein	17,9	15,5	18,7	16,2	43,9	9,6	14,0	15,8
	Weiß nicht	3,3	1,9	1,8	4,1	0,3	1,3	1,4	2,0
40-54	Ja	76,8	84,3	80,4	76,4	63,4	87,5	85,8	84,4
	Nein	20,3	15,2	19,0	20,1	35,1	11,4	12,2	13,0
	Weiß nicht	2,9	0,4	0,6	3,5	1,5	1,1	2,0	2,6
ab 55	Ja	85,9	88,0	88,1	86,1	75,2	91,0	94,8	91,7
	Nein	10,8	9,8	9,2	9,4	23,9	7,7	3,9	6,9
	Weiß nicht	3,2	2,1	2,7	4,5	0,9	1,3	1,3	1,4

Quelle: Eurobarometer 52.1, Europäische Kommission.

2.2.6 Antworten auf die Frage „Ist Ihre Lebensweise gesund?“, nach beruflichem Status: 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Selbstständige	Ja	76,2	80,4	78,9	78,4	65,8	89,6	85,2	88,8
	Nein	20,3	16,9	19,0	16,1	34,2	6,6	14,8	9,5
	Weiß nicht	3,5	2,7	2,1	5,5	—	3,8	—	1,7
Führungskräfte	Ja	78,8	80,9	77,7	79,6	67,1	75,5	89,7	90,3
	Nein	17,4	19,1	20,1	14,3	32,9	22,9	9,4	9,0
	Weiß nicht	3,8	—	2,2	6,2	—	1,6	0,9	0,8
Angestellte	Ja	78,3	87,9	78,0	82,3	51,4	85,1	85,5	80,8
	Nein	17,7	10,8	20,8	14,4	46,7	12,9	13,4	17,2
	Weiß nicht	4,0	1,3	1,2	3,3	1,8	2,0	1,1	1,9
Arbeiter	Ja	79,4	84,2	80,7	78,3	57,0	89,0	84,8	85,4
	Nein	17,1	14,2	17,2	16,8	43,0	9,4	13,2	12,7
	Weiß nicht	3,4	1,6	2,1	4,9	—	1,7	2,0	2,0
Hausfrauen/ -männer	Ja	86,3	89,1	100,0	84,7	69,6	93,3	95,7	91,2
	Nein	11,7	10,9	—	12,2	27,0	6,2	4,3	7,9
	Weiß nicht	2,0	—	—	3,1	3,4	0,5	—	1,0
Arbeitslose	Ja	72,7	73,0	68,3	75,8	64,2	87,1	78,8	60,9
	Nein	25,7	23,6	31,7	22,5	35,8	12,9	19,6	32,4
	Weiß nicht	1,6	3,3	—	1,6	—	—	1,6	6,7
Rentner und Pensionäre	Ja	85,9	88,9	88,2	87,2	70,6	94,8	95,1	88,0
	Nein	10,9	9,2	9,5	9,0	29,1	4,5	3,0	9,8
	Weiß nicht	3,2	1,9	2,3	3,9	0,3	0,7	1,9	2,2
Schüler/Studenten	Ja	80,2	76,4	67,0	78,4	62,7	88,3	84,4	89,0
	Nein	16,8	18,6	30,6	18,3	34,7	10,6	14,1	10,1
	Weiß nicht	3,1	5,0	2,4	3,3	2,5	1,0	1,5	0,9

Quelle: Eurobarometer 52.1, Europäische Kommission.

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
73,6	80,4	74,9	82,5	81,5	78,1	78,4	78,7	Ja	Insgesamt
19,2	16,6	22,1	11,8	17,0	19,0	19,7	19,8	Nein	
7,2	3,0	2,9	5,8	1,5	2,8	1,8	1,5	Weiß nicht	
70,3	77,2	71,7	81,6	83,0	72,9	77,5	73,5	Ja	Männer
20,7	20,6	25,5	11,7	16,2	24,0	20,9	24,8	Nein	
9,1	2,1	2,8	6,7	0,7	3,1	1,6	1,7	Weiß nicht	
76,7	83,2	78,0	83,2	80,1	83,0	79,3	83,6	Ja	Frauen
17,9	13,0	18,9	11,9	17,7	14,4	18,6	15,1	Nein	
5,5	3,8	3,0	4,9	2,2	2,6	2,0	1,3	Weiß nicht	

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
74,4	69,1	72,3	82,3	93,1	73,4	72,3	78,7	Ja	15–24
19,4	29,2	26,4	9,7	6,2	22,2	26,6	19,3	Nein	
6,2	1,7	1,4	8,0	0,7	4,5	1,0	2,1	Weiß nicht	
72,1	74,0	71,1	82,2	83,6	74,5	75,4	75,7	Ja	25–39
18,5	22,3	25,1	12,8	16,0	23,8	22,6	23,1	Nein	
9,4	3,7	3,8	5,0	0,4	1,7	2,0	1,1	Weiß nicht	
68,0	79,9	72,6	83,5	78,3	70,3	74,2	72,8	Ja	40–54
25,9	17,6	25,4	13,5	21,7	25,2	23,1	25,1	Nein	
6,1	2,5	2,1	3,0		4,5	2,7	2,1	Weiß nicht	
78,4	90,5	82,7	82,0	74,5	90,9	86,7	85,8	Ja	ab 55
14,9	6,4	13,7	10,4	21,5	7,7	11,9	13,2	Nein	
6,7	3,2	3,6	7,5	4,0	1,4	1,4	1,0	Weiß nicht	

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
60,8	79,2	55,2	81,5	85,8	84,9	81,4	81,3	Ja	Selbstständige
31,3	19,3	41,2	14,2	13,0	13,3	16,8	18,6	Nein	
7,9	1,5	3,7	4,3	1,2	1,9	1,8	0,1	Weiß nicht	
75,9	78,8	70,8	86,4	85,5	81,4	68,8	73,9	Ja	Führungskräfte
16,2	21,2	28,3	8,7	14,5	16,2	30,6	24,0	Nein	
8,0	–	0,9	4,9	–	2,4	0,6	2,0	Weiß nicht	
70,5	68,9	74,1	82,6	78,3	63,1	79,6	72,0	Ja	Angestellte
16,3	27,8	23,3	14,4	20,9	29,9	18,4	26,7	Nein	
13,2	3,2	2,6	3,1	0,8	6,9	2,0	1,3	Weiß nicht	
70,3	71,2	74,2	80,3	84,4	72,0	76,1	78,3	Ja	Arbeiter
22,1	22,3	22,8	13,8	15,6	24,4	22,2	19,7	Nein	
7,6	6,6	3,0	5,8	–	3,7	1,8	2,0	Weiß nicht	
82,1	93,1	82,5	80,4	80,3	87,2	90,9	85,6	Ja	Hausfrauen/ -männer
15,0	4,6	14,0	14,1	16,9	12,8	–	12,8	Nein	
2,9	2,3	3,5	5,5	2,8	–	9,1	1,6	Weiß nicht	
63,7	81,6	72,5	70,6	73,0	65,7	72,3	65,2	Ja	Arbeitslose
33,4	18,4	27,5	21,8	27,0	32,4	21,7	34,8	Nein	
2,9	–	–	7,6	–	1,9	6,0	–	Weiß nicht	
80,4	88,8	78,0	86,1	72,2	88,9	86,3	81,6	Ja	Rentner und Pensionäre
12,5	8,3	18,0	7,5	25,2	9,8	12,3	17,1	Nein	
7,1	2,9	4,0	6,4	2,7	1,3	1,4	1,3	Weiß nicht	
78,6	72,2	70,0	81,4	90,8	72,3	75,6	83,7	Ja	Schüler/Studenten
15,5	26,6	27,5	8,6	6,5	22,8	23,3	14,4	Nein	
5,8	1,2	2,5	10,0	2,7	4,9	1,0	1,8	Weiß nicht	

2.2.7 Rauchen, Ernährung, Alkoholkonsum und körperliche Betätigung, nach gesunder Lebensweise, EU-15: 1999

Haben Sie eine gesunde Lebensweise?		Ja	Nein	Weiß nicht
Ernähren Sie sich gesund und ausgewogen?	Ja	83,4	35,0	41,6
	Nein	15,2	63,0	35,9
	Weiß nicht	1,5	2,0	22,5
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	Ja	23,3	35,3	21,3
	Nein	76,1	64,4	74,3
	Weiß nicht	0,6	0,4	4,4
Rauchen Sie?	Ja	29,5	54,0	41,9
	Nein	70,3	45,8	54,9
	Weiß nicht	0,3	0,3	3,2
Betätigen Sie sich mindestens zweimal pro Woche körperlich?	Ja	43,3	25,1	22,5
	Nein	56,2	74,6	72,0
	Weiß nicht	0,5	0,3	5,4

Quelle: Eurobarometer 52.1, Europäische Kommission.

2.2.8 Körperliche Betätigung in einer typischen Woche — Anteil der vier beliebtesten (*) Aktivitäten, nach Alter: 1997

(%)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Spaziergehen																
15-34	25	22	22	14	19	24	26	49	18	29	21	35	16	60	45	42
35-54	30	27	32	19	24	37	28	62	25	46	25	44	19	69	67	43
ab 55	40	32	35	35	33	50	43	56	34	57	26	43	24	76	74	41
Gartenarbeit																
15-34	8	9	17	12	2	1	8	15	5	13	19	17	4	3	9	9
35-54	21	19	43	25	11	4	20	32	14	32	37	41	2	11	29	26
ab 55	27	17	41	33	19	4	26	37	20	41	44	50	3	19	45	36
Radfahren																
15-34	18	22	32	29	3	11	14	22	8	18	53	40	6	27	38	12
35-54	18	17	27	28	2	7	13	9	8	15	52	45	2	30	44	12
ab 55	14	18	24	26	1	3	11	12	5	18	54	29	<1	27	34	5
Schwimmen																
15-34	12	16	11	14	4	7	11	19	9	24	20	22	9	14	15	15
35-54	10	8	12	13	4	7	11	10	4	17	16	22	1	15	11	14
ab 55	7	4	7	10	5	4	9	5	2	12	13	14	<1	14	12	5

(*) Von 17 vorgeschlagenen Freizeitaktivitäten in der EU. 30 Minuten ununterbrochen.

Quelle: Institute of European Food Studies (IEFS), Dublin (mit Unterstützung der Europäischen Kommission).

2.2.9 Körperliche Betätigung Erwachsener in einer typischen Woche, pro aufgewandter Zeit: 1997

(%)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Keine	32	42	24	31	40	37	36	14	39	20	19	16	61	8	12	24
< 1 Stunde	7	7	6	6	4	11	7	5	7	8	6	4	7	5	4	7
1-3 Stunden	18	18	16	19	18	17	20	16	20	19	18	18	15	18	16	17
3-5 Stunden	21	15	22	19	22	21	20	28	19	21	18	20	11	26	23	25
> 5 Stunden	21	14	30	24	16	12	16	37	14	30	38	42	5	41	45	27

Quelle: Institute of European Food Studies (IEFS), Dublin (mit Unterstützung der Europäischen Kommission).

2.2.10 Motivierende Faktoren (¹) für die körperliche Betätigung Erwachsener (ab 15): 1997 (%)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Gesund bleiben	42	45	44	49	49	55	28	38	47	39	34	44	21	41	44	37
Entspannung	30	26	25	24	23	38	33	27	41	27	39	22	18	33	16	22
Fit werden	30	33	22	34	24	32	29	27	27	29	26	21	8	32	36	34
Frische Luft	20	14	22	25	9	17	16	32	18	9	9	38	15	37	27	19
Soziale Kontakte	14	14	35	13	6	13	12	17	12	16	22	22	12	9	15	16
Gewicht halten	13	12	9	11	25	16	7	19	15	10	13	9	7	14	17	15
Zum Vergnügen	10	10	18	7	8	9	10	14	7	16	19	13	8	5	11	12
Keine körperliche Betätigung	11	16	6	7	17	4	18	5	9	14	9	4	49	<1	5	8

(¹) Von elf vorgeschlagenen Faktoren.

Quelle: Institute of European Food Studies (IEFS), Dublin (mit Unterstützung der Europäischen Kommission).

2.2.11 Körperliche Betätigung Erwachsener am Arbeitsplatz neben Stehen oder Gehen, pro Tag: 1997 (%)

	EU-15 (¹)	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Keine	42	39	37	38	49	56	59	34	38	58	28	23	51	34	51	31
Weniger als 2 Stunden	36	38	36	41	21	28	31	35	38	29	30	34	33	41	31	42
2 bis 6 Stunden	17	16	19	15	21	12	9	24	20	10	27	28	10	17	15	21
Mehr als 6 Stunden	5	7	7	6	9	4	1	7	4	3	7	15	6	8	3	6

(¹) Gewichtet nach Bevölkerungsgröße.

Quelle: Institute of European Food Studies (IEFS), Dublin (mit Unterstützung der Europäischen Kommission).

2.2.12 Von Erwachsenen (ab 15) sitzend verbrachte Zeit an einem typischen arbeitsfreien Tag: 1997 (%)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Keine	3	3	<1	<1	4	5	4	3	5	2	1	2	2	1	<1	2
Weniger als 2 Stunden	24	30	15	10	28	30	32	30	34	29	14	25	29	19	20	20
2 bis 3 Stunden	39	42	40	40	35	39	39	37	40	39	33	41	38	45	38	38
Mehr als 4 Stunden	34	24	45	50	33	26	26	30	21	30	51	32	31	35	40	40

Quelle: Institute of European Food Studies (IEFS), Dublin (mit Unterstützung der Europäischen Kommission).

2.2.13 Kinder, die nach eigenen Angaben mehr als zwei Stunden pro Woche Sport treiben, nach Alter und Geschlecht: 1997/98

	B (¹)	DK	D (¹)	EL	F (¹)	IRL	A	P (²)
11-Jährige								
Jungen	64	76	78	57	79	57	80	38
Mädchen	45	62	65	36	51	46	70	20
13-Jährige								
Jungen	68	82	85	70	82	64	86	47
Mädchen	46	70	73	44	57	57	75	24
15-Jährige								
Jungen	66	72	85	72	76	67	86	48
Mädchen	44	62	70	38	50	45	63	25

(¹) In Belgien wurden nur die flämischen Landesteile, in Frankreich nur Nancy-Lorraine und Toulouse-Midi-Pyrenees und in Deutschland nur Nordrhein-Westfalen erfasst. Für Spanien, Luxemburg und die Niederlande liegen keine Daten vor.

(²) Schüler in Portugal wurden nach der Dauer der sportlichen Aktivitäten und nicht nach der wöchentlichen Gesamtdauer ihrer sportlichen Aktivitäten gefragt; daher sind die Ergebnisse mit denen der anderen Länder nicht vergleichbar.

Quelle: Currie, C. et al. (Hrsg.) (2000), „Health and Health Behaviour among Young People“ (*Internationaler Bericht zur Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 1997/98*), World Health Organisation Policy Series: Health Policy for Children und Adolescents (HEPCA) Issue 1 (2000), Weltgesundheitsorganisation — Regionalbüro für Europa.

2.2.14 Kinder, die nach eigenen Angaben pro Tag mindestens vier Stunden fernsehen, nach Alter und Geschlecht: 1997/98

	B (¹)	DK	D (¹)	EL	F (¹)	IRL	A	P
11-Jährige								
Jungen	22	21	20	28	15	28	17	28
Mädchen	18	14	15	25	12	21	9	26
13-Jährige								
Jungen	23	25	22	28	16	28	25	32
Mädchen	19	23	22	24	15	20	20	28
15-Jährige								
Jungen	20	22	25	29	17	19	22	26
Mädchen	18	19	19	21	14	16	20	25

(¹) In Belgien wurden nur die flämischen Landesteile, in Frankreich nur Nancy-Lorraine und Toulouse-Midi-Pyrenees und in Deutschland nur Nordrhein-Westfalen erfasst. Für Spanien, Luxemburg und die Niederlande liegen keine Daten vor.

Quelle: Siehe 2.2.13.

(%)

FIN	S	UK				NO	CH	
		England	Schottland	Nord- irland	Wales			
70	57	45	69	67	67	58	81	11-Jährige Jungen
56	44	37	53	48	45	53	54	Mädchen
76	67	57	72	67	75	73	81	13-Jährige Jungen
60	53	43	54	55	51	65	60	Mädchen
72	68	61	72	71	75	70	79	15-Jährige Jungen
59	53	40	52	49	48	63	56	Mädchen

(%)

FIN	S	UK				NO	CH	
		England	Schottland	Nord- irland	Wales			
25	19	24	30	27	31	19	11	11-Jährige Jungen
25	18	20	27	25	32	13	9	Mädchen
28	28	31	30	34	38	26	13	13-Jährige Jungen
25	23	31	28	32	44	21	12	Mädchen
21	25	29	27	28	38	28	18	15-Jährige Jungen
15	19	28	26	23	38	22	16	Mädchen

2.3.1 Erwachsene (ab 15), die täglich Zigaretten rauchen, nach Alter und Geschlecht: 1995 (%)

	EU-15	B	DK	D (W)	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Insgesamt																
Männer	33	34	39	30	49	39	39	31	33	28	37	35	37	22	18	29
Frauen	25	28	37	21	29	23	31	28	24	28	31	21	13	18	25	26
Zusammen	29	31	38	25	39	31	35	29	38	28	34	28	24	20	22	27
15-24																
Männer	37	36	50	39	46	33	51	31	29	28	57	42	49	27	18	28
Frauen	33	28	45	35	36	26	58	31	22	34	40	33	27	13	25	30
Zusammen	35	32	47	37	41	30	54	31	25	31	48	38	37	19	22	29
25-34																
Männer	44	43	55	33	56	49	57	37	28	37	44	53	58	35	14	32
Frauen	33	41	36	25	47	56	38	29	39	34	33	25	37	28	18	37
Zusammen	38	42	44	29	52	52	47	33	33	36	38	37	48	32	16	34
35-44																
Männer	38	27	30	30	60	58	41	39	49	30	34	37	45	35	27	32
Frauen	29	41	47	22	39	33	37	31	34	20	36	20	11	25	33	26
Zusammen	33	34	38	26	50	45	39	35	41	25	35	28	27	29	30	29
45-54																
Männer	34	44	34	31	65	32	37	26	35	29	34	37	32	35	20	33
Frauen	23	44	29	25	27	20	20	21	27	27	24	31	6	21	24	26
Zusammen	29	44	32	28	44	26	28	23	31	28	28	34	16	27	22	29
55-64																
Männer	27	30	40	24	40	37	17	27	36	26	45	20	30	13	17	31
Frauen	16	12	37	15	11	3	15	29	21	36	33	10	–	10	24	23
Zusammen	21	20	39	20	25	19	16	28	28	31	38	15	12	12	20	27
ab 65																
Männer	16	22	28	17	28	22	15	2	21	18	13	15	11	3	11	17
Frauen	11	9	26	5	7	–	10	22	7	21	18	9	–	–	33	15
Zusammen	13	14	27	10	17	8	12	21	13	19	16	12	5	2	21	16

Quelle: Eurobarometer 43.0, Europäische Kommission.

2.3.2 Raucher, nach Alter und Geschlecht: 1999 (%)

Rauchen Sie?	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Insgesamt																
Männer	40	47	32	41	58	47	43	38	35	39	37	47	44	40	19	37
Frauen	28	28	44	27	32	28	34	27	20	29	27	30	14	22	25	33
Zusammen	34	37	38	34	45	37	38	32	27	34	31	38	28	30	22	35
15-24																
Männer	43	53	21	45	47	46	53	32	34	50	34	45	33	34	16	45
Frauen	40	38	49	45	43	45	53	27	23	39	29	39	16	29	26	41
Zusammen	41	46	35	45	45	46	53	30	29	45	32	42	25	31	21	43
25-34																
Männer	46	55	33	49	64	49	56	34	38	43	39	50	66	49	20	35
Frauen	38	40	38	37	53	50	46	37	22	33	26	43	27	30	33	43
Zusammen	42	48	35	43	59	49	51	35	30	38	33	47	46	39	26	39
35-44																
Männer	45	49	32	41	74	54	52	55	34	42	45	63	55	41	21	46
Frauen	38	40	55	34	42	38	49	41	33	25	34	50	24	28	34	37
Zusammen	41	44	43	37	58	46	50	48	33	34	39	57	39	34	27	41
45-54																
Männer	46	48	40	45	83	65	41	38	45	36	36	51	55	62	23	34
Frauen	28	27	48	34	36	21	31	23	20	30	37	21	6	20	33	32
Zusammen	37	38	44	40	60	43	36	31	32	33	36	36	30	41	28	33
55-64																
Männer	35	42	29	35	48	52	22	36	35	44	42	35	29	26	17	33
Frauen	20	23	41	17	16	8	28	27	14	35	23	18	11	12	24	29
Zusammen	27	32	35	26	31	29	25	31	24	38	32	26	20	19	21	31
ab 65																
Männer	25	32	39	27	36	18	22	32	24	19	20	26	20	15	17	28
Frauen	10	8	34	8	7	5	5	13	10	7	11	11	–	12	8	19
Zusammen	16	17	36	15	20	11	12	21	15	14	15	17	8	13	12	23

Quelle: Eurobarometer 52.1, Europäische Kommission.

2.3.3 Ernährung und Stress, nach Raucherverhalten, EU-15, 1999

Rauchen Sie?		Ja	Nein	Weiß nicht
Ernähren Sie sich gesund und ausgewogen?	Ja	65,1	79,2	43,4
	Nein	32,4	18,9	24,2
	Weiß nicht	2,5	1,9	32,4
Fühlen Sie sich regelmäßig gestresst?	Ja	47,5	33,1	28,2
	Nein	49,5	64,1	27,0
	Weiß nicht	3,0	2,8	44,8

Quelle: Eurobarometer 52.1, Europäische Kommission.

2.3.4 Zahl der gerauchten Zigaretten, Raucher nach Geschlecht: 1995

(%)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Männer																
<5	11	7	21	12	2	5	21	9	10	14	6	26	11	12	.	12
5-9	14	10	4	12	6	21	13	18	31	10	13	9	16	19	8	20
10-14	23	24	24	30	14	32	25	21	21	17	17	13	11	30	31	27
15-19	17	18	15	14	11	16	21	11	11	30	39	15	25	13	38	5
20-24	18	24	29	14	23	12	17	25	12	13	12	10	21	21	8	28
25-29	5	.	3	2	14	.	5	4	.	9	11	8	9	6	8	2
30-34	3	2	4	2	8	.	.	3	.	.	.	12	3	.	.	2
35-39	2	.	.	5	11	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	.
>40	2	.	.	.	12	.	.	.	.	.	.	4	4	.	.	.
Frauen																
<5	14	13	22	17	14	12	21	14	29	6	3	11	4	7	24	6
5-9	20	21	12	27	6	14	13	31	31	13	21	24	24	21	29	19
10-14	23	23	29	31	29	16	23	19	20	10	34	14	29	23	14	18
15-19	15	14	16	7	16	11	24	15	8	25	17	15	19	4	14	15
20-24	14	14	14	10	24	7	13	18	.	36	6	31	5	13	5	18
25-29	3	8	.	3	3	6	5	.	.	.	9	.	5	.	5	3
30-34	2	.	3	5	8	2	.	.	.	.	.	.	4	.	5	2
35-39	1	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	10	.	5	2
>40	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.
Zusammen																
<5	12	9	21	14	7	8	21	11	18	10	4	19	8	9	14	9
5-9	17	15	8	19	6	18	13	25	31	11	17	16	19	20	20	19
10-14	23	24	27	30	20	25	24	20	20	14	25	14	18	27	21	22
15-19	16	17	16	11	13	14	22	13	10	27	28	15	23	9	24	10
20-24	16	20	21	12	24	10	15	21	7	25	9	19	15	17	6	23
25-29	4	3	1	3	10	3	5	2	.	4	10	4	7	3	6	2
30-34	2	1	4	3	8	1	.	2	.	.	.	7	4	.	3	2
35-39	1	.	.	2	6	.	.	.	.	1	.	.	4	.	.	1
>40	1	.	.	.	7	.	1	.	.	.	.	2	2	.	3	1

Quelle: Eurobarometer 43.0, Europäische Kommission.

2.3.5 Trends bei den Haushaltsausgaben für Tabak

Durchschnittliche Verbrauchsausgaben pro Haushalt (in KKS)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1988	168	153	:	:	354	201	136	:	224	192	142	:	170	:	:	365
1994	272	58	413	197	491	293	236	600	282	284	196	329	239	206	221	404
1999	:	233	456	:	668	389	:	600	267	348	206	400	:	201	224	428

Struktur der Ausgaben (Anteil an den gesamten Haushaltsausgaben)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1988	1,0	0,9	:	:	2,3	1,3	0,8	:	1,3	0,7	0,9	:	1,4	:	:	2,1
1994	1,3	0,3	2,2	1,0	2,8	1,5	1,1	2,7	1,2	0,7	1,0	1,4	1,5	1,3	1,2	2,0
1999	:	0,8	1,9	:	2,9	1,9	:	2,1	1,0	0,8	0,8	1,5	:	1,1	1,0	1,5

KKS = Kaufkraftstandards.

Quelle: Eurostat-Datenbank New Cronos (Erhebung zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte).

2.3.6 Struktur der Verbrauchsausgaben für Tabak (Coicop Ebene 2): 1999

	B	DK	EL	E	IRL	
Nach sozioökonomischer Kategorie der Referenzperson						
Arbeiter in der Industrie und im Dienstleistungsbereich	1,3	2,6	4,1	2,6	2,9	1,1
Angestellte in der Industrie und im Dienstleistungsbereich	0,8	1,5	2,3	1,6	1,7	:
Selbstständige	0,8	1,3	3,3	2,0	1,5	1,0
Arbeitslose	2,4	3,7	4,8	2,7	5,2	1,8
Rentner und Pensionäre	0,6	2,2	2,2	1,6	2,0	0,8
Sonstige Nichterwerbspersonen	1,2	2,5	2,0	1,6	3,3	0,9
Unbekannt	:	:	:	:	5,5	:
Nach Quintil des Haushaltseinkommens						
Erstes Quintil	1,5	2,6	4,4	2,8	2,4	1,4
Zweites Quintil	1,0	2,7	3,7	2,3	2,5	1,1
Drittes Quintil	0,8	2,2	3,1	2,1	2,4	1,0
Viertes Quintil	0,8	1,8	2,8	1,8	2,1	0,9
Fünftes Quintil	0,6	1,3	1,8	1,3	1,4	0,7
Nach Haushaltstyp						
Allein stehende Person	0,9	2,5	1,9	0,8	1,8	0,9
Allein stehender Elternteil mit abhängigen Kindern	1,2	1,9	1,9	1,7	2,8	1,2
Zwei Erwachsene	0,7	2,1	2,5	1,4	2,1	0,9
Zwei Erwachsene mit abhängigen Kindern	0,8	1,3	2,7	1,8	1,7	1,0
Drei oder mehr Erwachsene	0,9	2,3	3,6	2,4	2,5	1,0
Drei oder mehr Erwachsene mit abhängigen Kindern	1,3	3,1	3,8	2,5	3,1	1,1
Nach Alter der Referenzperson						
Weniger als 30 Jahre	1,2	2,0	3,4	3,1	3,1	1,1
Zwischen 30 und 44 Jahre	0,9	1,8	3,0	2,0	2,0	1,1
Zwischen 45 und 59 Jahre	1,0	2,1	3,1	2,0	2,0	1,1
60 Jahre und älter	0,5	1,9	2,3	1,6	1,9	0,8
Nach Urbanisierungsgrad						
Dicht besiedeltes Gebiet (mindestens 500 Einwohner/km ²)	0,9	2,0	:	1,9	:	1,0
Mittel besiedeltes Gebiet (zwischen 100 und 499 Einwohner/km ²)	0,8	1,6	:	2,0	:	1,0
Gering besiedeltes Gebiet (weniger als 100 Einwohner/km ²)	0,9	2,3	:	2,0	:	0,9

Hinweise:

Für Deutschland, Frankreich und Portugal liegen keine Daten vor.

Coicop-Klassifikation der Verwendungszwecke des Individualverbrauchs.

Quelle: Eurostat-Datenbank New Cronos (Erhebung zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte).

(%)

L	NL	A	FIN	S	UK	
						Nach sozioökonomischer Kategorie der Referenzperson
1,3	0,9	2,3	1,8	1,4	2,4	Arbeiter in der Industrie und im Dienstleistungsbereich
0,5	0,7	1,3	0,7	0,7	1,1	Angestellte in der Industrie und im Dienstleistungsbereich
0,5	0,9	1,3	0,9	1,0	1,5	Selbstständige
2,3	1,9	3,7	2,5	2,0	3,9	Arbeitslose
0,8	0,6	1,1	0,9	0,6	1,0	Rentner und Pensionäre
1,3	1,3	1,5	1,2	1,6	3,1	Sonstige Nichterwerbspersonen
1,0	:	:	:	:	:	Unbekannt
						Nach Quintil des Haushaltseinkommens
1,5	1,1	2,1	2,0	1,8	3,4	Erstes Quintil
1,2	1,0	1,8	1,3	1,0	2,5	Zweites Quintil
0,7	0,9	1,6	1,1	1,1	1,5	Drittes Quintil
0,7	0,7	1,4	1,1	1,0	1,3	Viertes Quintil
0,4	0,5	1,1	0,7	0,6	0,7	Fünftes Quintil
						Nach Haushaltstyp
0,8	1,0	1,6	1,3	1,4	1,6	Allein stehende Person
0,9	1,1	1,8	1,3	1,3	2,3	Allein stehender Elternteil mit abhängigen Kindern
0,7	0,8	1,4	1,1	0,9	1,3	Zwei Erwachsene
0,8	0,6	1,4	1,0	0,9	1,2	Zwei Erwachsene mit abhängigen Kindern
1,1	0,9	1,8	1,4	1,2	2,3	Drei oder mehr Erwachsene
0,9	1,1	1,4	1,1	1,1	2,4	Drei oder mehr Erwachsene mit abhängigen Kindern
						Nach Alter der Referenzperson
0,9	0,7	1,7	1,3	1,2	2,1	Weniger als 30 Jahre
0,8	0,8	1,7	1,2	1,1	1,6	Zwischen 30 und 44 Jahre
0,9	1,0	1,8	1,2	1,1	1,5	Zwischen 45 und 59 Jahre
0,6	0,6	0,9	0,6	0,7	1,1	60 Jahre und älter
						Nach Urbanisierungsgrad
0,9	:	1,7	1,0	1,1	1,6	Dicht besiedeltes Gebiet (mindestens 500 Einwohner/km ²)
0,8	:	1,5	1,1	1,1	1,4	Mittel besiedeltes Gebiet (zwischen 100 und 499 Einwohner/km ²)
0,7	:	1,3	1,3	1,0	1,4	Gering besiedeltes Gebiet (weniger als 100 Einwohner/km ²)

2.3.7 Kinder, die nach eigenen Angaben rauchen, 1997/98

	B (¹)	DK	D (¹)	EL	F (¹)	IRL	A	P
Rauchen mindestens einmal pro Tag								
11-Jährige								
Jungen	1	0,4	1	0,1	1	1	0,3	1
Mädchen	0	0,1	0,1	0,5	0,5	0,4	0,1	1
13-Jährige								
Jungen	6	3	9	3	5	8	5	3
Mädchen	4	4	9	2	6	6	3	2
15-Jährige								
Jungen	21	15	22	13	20	19	20	13
Mädchen	20	21	25	14	25	16	26	10
Rauchen mindestens einmal pro Woche								
11-Jährige								
Jungen	2	1	2	1	2	2	2	2
Mädchen	0,4	1	1	1	1	2	1	2
13-Jährige								
Jungen	10	6	14	5	9	14	10	5
Mädchen	8	8	13	5	11	12	8	4
15-Jährige								
Jungen	28	20	28	18	28	25	30	19
Mädchen	28	28	33	19	31	25	36	14
Durchschnittlich pro Woche gerauchte Zigarettenzahl								
11-Jährige								
Jungen	1	2	3	7	4,5	1	1	2
Mädchen	1	1	5	4,5	2,5	2	1	2,5
13-Jährige								
Jungen	7	8	10	7	4,5	10	5	5
Mädchen	4	5	9	6	3	5	3	3
15-Jährige								
Jungen	21	30	29,5	35	7	25	20	20
Mädchen	20	28	20	30	10	20	20	20

(¹) In Belgien wurden nur die flämischen Landesteile, in Frankreich nur Nancy-Lorraine und Toulouse-Midi-Pyrenees und in Deutschland nur Nordrhein-Westfalen erfasst. Für Spanien, Luxemburg und die Niederlande liegen keine Daten vor.

Quelle: Currie, C. et al. (Hrsg.) (2000), „Health and Health Behaviour among Young People“ (*Internationaler Bericht zur Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 1997/98*), World Health Organisation Policy Series: Health Policy for Children and Adolescents (HEPCA) Issue 1 (2000), Weltgesundheitsorganisation — Regionalbüro für Europa.

2.3.8 Beschränkung des Tabakverkaufs und der Tabakwerbung auf einzelstaatlicher Ebene: 1994/2001

	B (¹)	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO
Mindestalter für den Erwerb	:	:	:	:	16	18	:	16	:	:	:	:	18	18	16	16	18
1994 Verbot für öffentliche Orte (²)	2	3	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1
1994 Werbeverbot (³)	2	3	3	2	3	1	2	1	2	2	2	1	1	1	3	2	1
2001 Rechtsvorschriften zur Werbung (⁴)	C	C	L	L	L	B	C	B	L	C	L	B	B	L	C	:	:

Hinweise

(¹) Nur flämische Landesteile.

Die geltenden Rechtsvorschriften für Verbote und Beschränkungen wurden gemäß den Tabakprofilen der WHO für die EU (1994) wie folgt klassifiziert: 1) sehr streng, 2) mittel, 3) weniger streng.

(²) Öffentliche Orte sind: Schulen und andere Orte, an denen Jugendliche zusammentreffen, Betreuungszentren und medizinische Einrichtungen; Wartesäle an Bahnhöfen, Bushaltestellen, Häfen und Flughäfen, Regierungsgebäude, öffentliche Verkehrsmittel, Bahnhöfe, Inlands- und internationale Flüge, abgeschlossene, der Öffentlichkeit zugängliche Räumlichkeiten, Theater, Kinos, Ausstellungen, Kunstgalerien, Museen und Bibliotheken.

(³) Werbeplätze sind: Radio, Fernsehen, Plakatwände, Kinos, Einrichtungen des Gesundheitswesens, Bildungsstätten, Jugend- und Sportzentren.

(⁴) L = Beschränkung, B = Totales Verbot, C = Änderung der Rechtsvorschriften ist im Gange.

Quellen:

1. „Tobacco consumption 1970-1994 in the Member states of the European Union and in Norway and Iceland“, Statistisches Amt Schwedens, Europäische Kommission.
2. „Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über Werbung und Sponsoring zugunsten von Tabakerzeugnissen“ (30.May.2001), Europäische Kommission, Brüssel.
3. „Smoking, Drinking and Drug-taking in Europe“ (1997), Harkin, A-M., Anderson, P. und Goos, C., Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen.

(%)

FIN	S	UK				NO	CH	
		England	Schottland	Nord- irland	Wales			
Rauchen mindestens einmal pro Tag								
0,2	0	1	1	1	1	1	0,5	11-Jährige Jungen
0,4	0,3	1	2	1	1	0,1	0	Mädchen
7	2	7	5	7	6	4	3	13-Jährige Jungen
8	2	8	8	10	12	5	4	Mädchen
19	10	21	19	16	18	18	17	15-Jährige Jungen
20	16	24	24	24	23	21	17	Mädchen
Rauchen mindestens einmal pro Woche								
1	1	3	2	3	2	1	1	11-Jährige Jungen
1	0,5	1	3	2	2	0,2	1	Mädchen
10	4	11	9	12	8	8	6	13-Jährige Jungen
14	5	15	13	15	18	7	8	Mädchen
25	18	25	22	20	22	23	25	15-Jährige Jungen
29	24	33	28	28	29	28	25	Mädchen
Durchschnittlich pro Woche gerauchte Zigarettenzahl								
2	1	2	2	3	4,5	1	1	11-Jährige Jungen
2,5	2	1	2	3	2	2,5	1	Mädchen
10	4	10	5	10	11,5	5	4	13-Jährige Jungen
9	4	5	8	10	12	5	4	Mädchen
26	10	30	30	30	30	25	20	15-Jährige Jungen
20	20	20	30	30	30	20	20	Mädchen

2.3.9 Durchschnittliche auf dem Markt erhältliche Zigarettenmenge pro Person und Jahr

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1985	1 852	1 989	1 717	:	2 866	2 023	1 744	1 759	1 984	1 967
1990	1 799	1 751	1 566	2 035	2 656	2 096	1 689	1 656	1 662	1 671
1995	1 616	1 585	1 702	1 654	2 937	1 989	1 519	1 680	1 531	:
1996	1 587	1 533	1 800	1 664	2 864	1 899	1 476	1 684	1 515	:
1997	1 598	1 199	1 717	1 678	2 848	2 057	1 416	1 713	1 621	:
1998	1 615	1 206	1 605	1 687	2 853	2 284	1 425	1 733	1 624	:
1999	1 653	1 212	1 636	1 909	2 861	2 271	1 416	1 834	1 613	:

Quelle: Datenbank Health for All, 2000, Weltgesundheitsorganisation — Regionalbüro für Europa.

2.4.1 Auf dem Markt erhältliche durchschnittliche Alkoholmenge in Litern pro Person und Jahr

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
Wein 1999	33,6	24,9	29,9	22,9	35,2	33,7	57,2	28,7	51,5	61,0
Bier 1999	77,8	94,5	101,9	127,5	40,3	68,8	38,7	154,7	27,1	109,0
Spirituosen 1999	1,7	1,1	1,1	2,0	2,7	2,4	2,4	2,1	0,5	1,6
Reiner Alkohol (°) 1999	:	:	:	12,6	:	:	:	:	:	15,0
Reiner Alkohol (°) 1998			11,6	12,6	10,2	12,0	13,3	14,2	9,1	16,4

(°) Definiert als im betreffenden Land während des Kalenderjahrs konsumierte oder aufgrund offizieller lokaler Produktions-, Import- und Exportstatistiken, ggf. unter Berücksichtigung von Beständen und Eigenerzeugung, berechnete Ethanolmenge. Diese Menge wird durch die Bevölkerungszahl zur Mitte des Jahres dividiert.

In einigen Fällen dienten in World Drink Trends veröffentlichte Daten als Quelle.

Quelle: Datenbank Health for All, Weltgesundheitsorganisation — Regionalbüro für Europa.

2.4.2 Trends bei den Haushaltsausgaben für Alkohol

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	
Durchschnittliche Verbrauchsausgaben pro Haushalt (in KKS)										
Branntwein	1988	41	79	:	:	37	29	72	:	
	1994	55	51	58	:	:	35	111	146	
	1999	:	52	91	:	51	30	:	224	
Wein	1988	95	98	:	:	40	92	165	:	
	1994	125	230	176	:	82	97	257	131	
	1999	:	256	243	:	53	84	:	218	
Bier	1988	31	71	:	:	31	41	31	:	
	1994	43	94	171	:	33	50	:	856	
	1999	:	100	197	:	42	47	:	1 086	
Alkohol	1988	166	249	:	:	109	162	267	:	
	1994	313	376	405	321	115	182	367	1 132	
	1999	:	408	531	:	146	161	:	1 528	
Struktur der Ausgaben (Anteil an den gesamten Haushaltsausgaben)										
Branntwein	1988	0,2	0,5	:	:	0,2	0,2	0,4	:	
	1994	0,3	0,2	0,3	:	:	0,2	0,5	0,7	
	1999	:	0,2	0,4	:	0,2	0,1	:	0,8	
Wein	1988	0,6	0,6	:	:	0,3	0,6	1,0	:	
	1994	0,6	1,0	0,9	:	0,5	0,5	1,1	0,6	
	1999	:	0,9	1,0	:	0,2	0,4	:	0,8	
Bier	1988	0,2	0,4	:	:	0,2	0,3	0,2	:	
	1994	0,2	0,4	0,9	:	0,2	0,3	:	3,8	
	1999	:	0,4	0,8	:	0,2	0,2	:	3,9	

KKS = Kaufkraftstandards.

Quelle: Eurostat-Datenbank New Cronos (Erhebung zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte).

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
1 074	2 135	1 393	1 393	1 356	1 711	1 802	569	2 545	1985
1 222	1 789	1 565	1 436	1 254	1 710	1 621	695	2 488	1990
1 075	1 568	1 638	1 016	920	1 552	1 380	609	2 201	1995
991	1 605	1 627	885	936	1 518	1 376	621	2 185	1996
1 066	1 636	1 656	920	678	1 492	1 340	629	2 047	1997
1 058	1 919	1 653	934	644	1 400	1 272	581	2 012	1998
	1 928	1 649	931	711	1 336		608	2 009	1999

(1)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
18,6	30,9	51,7	17,5	14,8	14,5	7,2	9,5	43,6	Wein 1999
84,2	108,9	64,3	80,1	59,3	99,0	44,3	51,0	58,6	Bier 1999
1,7	1,4	1,5	2,3	1,0	1,5	1,1	0,9	1,4	Spirituosen 1999
10,1	11,2	13,2	8,7	:	10,0	:	:	:	Reiner Alkohol (°) 1999
9,9	11,2	13,6	8,6	6,0	9,8	:	5,4	:	Reiner Alkohol (°) 1998

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
Durchschnittliche Verbrauchsausgaben pro Haushalt (in KKS)									
48	39	73	:	22	:	:	59	1988	Branntwein
48	50	76	44	28	93	:	109	1994	
19	75	74	35	:	93	:	87	1999	
177	305	86	:	230	:	:	95	1988	Wein
210	375	117	125	166	77	:	135	1994	
171	336	142	123	:	92	:	189	1999	
35	94	77	:	23	:	:	50	1988	Bier
:	125	82	143	30	156	:	102	1994	
49	100	109	119	:	150	:	121	1999	
259	439	235	:	275	:	:	204	1988	Alkohol
258	550	274	312	223	325	354	346	1994	
239	512	326	277	:	334	412	397	1999	
Struktur der Ausgaben (Anteil an den gesamten Haushaltsausgaben)									
0,3	0,1	0,4	:	0,2	:	:	0,3	1988	Branntwein
0,2	0,1	0,4	0,2	0,2	0,6	:	0,5	1994	
0,1	0,2	0,3	0,1	:	0,5	:	0,3	1999	
1,0	1,1	0,5	:	1,9	:	:	0,5	1988	Wein
0,9	1,0	0,6	0,5	1,0	0,5	:	0,7	1994	
0,6	0,8	0,6	0,5	:	0,5	:	0,7	1999	
0,2	0,4	0,5	:	0,2	:	:	0,3	1988	Bier
:	0,3	0,4	0,6	0,2	1,0	:	0,5	1994	
0,2	0,2	0,4	0,5	:	0,8	:	0,4	1999	

2.4.3 Struktur der Verbrauchsausgaben für alkoholische Getränke (Coicop Ebene 2): 1999 (%)

	B	DK	EL	E	IRL	I	L	NL	A	FIN	S	UK
Nach sozioökonomischer Kategorie												
Arbeiter in der Industrie und im Dienstleistungsbereich	1,2	2,0	0,7	0,8	7,0	0,8	1,2	1,2	1,0	2,1	1,7	1,5
Angestellte in der Industrie und im Dienstleistungsbereich	1,4	2,2	0,5	0,7	5,7	:	1,0	1,2	0,8	1,8	1,9	1,5
Selbstständige	1,2	1,8	0,7	0,7	4,8	0,8	1,1	1,1	1,2	1,5	2,2	1,2
Arbeitslose	1,4	2,9	0,6	0,9	5,4	0,9	2,0	1,4	1,2	2,9	2,0	1,3
Rentner und Pensionäre	2,0	2,7	0,7	0,9	4,5	1,1	1,3	1,7	1,3	1,6	1,7	1,4
Sonstige Nichterwerbspersonen	1,6	1,8	0,3	0,7	4,7	0,7	1,3	1,2	1,1	1,9	1,9	1,3
Unbekannt	:	:	:	:	2,9	:	1,5	:	:	:	:	:
Nach Quintil des Haushaltseinkommens												
Erstes Quintil	1,4	2,3	0,7	0,9	4,8	1,0	1,4	1,3	1,1	1,9	1,8	1,4
Zweites Quintil	1,4	2,5	0,7	0,8	4,9	1,0	1,2	1,2	1,0	1,5	1,6	1,5
Drittes Quintil	1,5	2,2	0,7	0,8	5,8	0,9	1,3	1,2	1,1	1,8	1,7	1,4
Viertes Quintil	1,7	2,1	0,6	0,8	6,4	0,9	1,2	1,3	1,1	2,0	2,2	1,5
Fünftes Quintil	1,5	2,3	0,6	0,7	5,5	0,7	1,0	1,3	1,0	1,9	2,0	1,5
Nach Haushaltstyp (Coicop Ebene 2)												
Allein stehende Person	1,5	2,5	0,5	0,5	4,1	0,9	1,4	1,2	1,0	1,8	2,1	1,4
Allein stehender Elternteil mit abhängigen Kindern	1,1	1,7	0,4	0,4	3,5	0,6	1,3	0,7	0,7	1,5	1,1	1,0
Zwei Erwachsene	1,9	2,6	0,8	0,9	5,0	1,0	1,4	1,5	1,2	2,0	2,3	1,6
Zwei Erwachsene mit abhängigen Kindern	1,3	1,8	0,5	0,8	4,3	0,8	1,1	1,2	0,8	1,7	1,5	1,3
Drei oder mehr Erwachsene	2,3	2,8	0,7	0,9	8,6	1,0	1,0	1,5	1,3	2,2	1,4	1,6
Drei oder mehr Erwachsene mit abhängigen Kindern	1,3	2,4	0,7	0,8	7,5	0,9	0,8	1,2	1,3	1,7	1,7	1,4
Nach Alter der Referenzperson												
Weniger als 30 Jahre	0,9	1,7	0,6	0,8	9,0	0,7	1,0	0,8	0,7	1,6	1,9	1,4
Zwischen 30 und 44 Jahre	1,2	1,9	0,6	0,8	4,9	0,7	1,1	1,0	0,9	1,8	1,6	1,4
Zwischen 45 und 59 Jahre	1,7	2,7	0,6	0,7	5,5	0,9	1,2	1,6	1,2	2,1	2,1	1,5
60 Jahre und älter	2,0	2,6	0,7	0,9	4,4	1,0	1,3	1,5	1,4	1,5	2,0	1,4
Nach Urbanisierungsgrad												
Dicht besiedeltes Gebiet (mindestens 500 Einwohner/km ²)	1,6	2,4	:	0,7	:	0,9	1,3	:	0,9	1,9	2,4	1,4
Mittel besiedeltes Gebiet (zwischen 100 und 499 Einwohner/km ²)	1,3	1,9	:	0,8	:	0,9	1,2	:	1,2	1,8	2,0	1,5
Gering besiedeltes Gebiet (weniger als 100 Einwohner/km ²)	1,7	2,4	:	0,9	:	1,0	1,1	:	1,1	1,6	1,7	1,4

Hinweise:

Für Deutschland, Frankreich und Portugal liegen keine Daten vor.

Coicop-Klassifikation der Verwendungszwecke des Individualverbrauchs.

Quelle: Eurostat-Datenbank New Cronos (Erhebung zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte).

2.4.4 Alkoholtrinker, nach Alter und Geschlecht: 1999

(%)

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Insgesamt																
Männer	35,3	44,1	49,1	31,9	36,8	28,3	32,6	63,9	18,7	35,1	54,4	31,9	47,4	32	35,3	53,7
Frauen	16	18,7	38,5	11	7,7	9,3	13,4	39,9	6,3	13,9	31	9,7	12,9	14	20,9	34,6
Zusammen	25,3	30,9	43,6	21	22	18,5	22,6	51,5	12,3	24,1	42,5	20,3	29,2	22,6	27,9	43,9
15-24																
Männer	33,3	48,6	46,6	30,4	40	31,3	23,2	53,1	14	29,5	56,2	22,6	24,7	32,1	50,8	56,7
Frauen	18,8	19,4	29,8	15,6	12,1	13,9	13,2	50,6	5,2	9,8	33,9	8,6	7	19,2	33,9	41,7
Zusammen	26,2	34,3	38,3	23,2	26,4	22,8	18,3	51,9	9,7	19,8	45,3	15,8	16	25,7	42,5	49,4
25-34																
Männer	36,4	47,6	49,2	35,7	43,7	32	29	80	16,9	26,5	55,3	29,9	60,7	29,7	36,3	53,2
Frauen	18,9	24,5	29,6	16,7	18,3	17,3	18,6	51,2	2,8	15,2	21,2	10,5	19,4	15,5	17	37,5
Zusammen	27,8	36,1	39,7	26,4	31,2	24,8	23,8	65,6	9,9	20,9	38,5	20,2	39,9	22,6	26,8	45,5
35-44																
Männer	37,3	46,5	37,7	33,1	39,6	24,2	31,2	70,5	19,8	39,6	58	39,7	55,3	39,5	37,1	63,5
Frauen	17,6	23,4	42	9,1	7,8	7,8	16,8	53	7,3	14,6	31,2	10,1	13	25,3	24,3	41
Zusammen	27,5	35,1	39,9	21,2	23,7	16	24	61,7	13,5	27,7	44,8	25,3	33,8	32,4	30,8	52,3
45-54																
Männer	37,9	49,1	53,5	34,3	39,9	33,3	46,9	63,4	17,9	32,6	49,9	29,6	49,3	40,6	33,7	49,4
Frauen	18,3	21,1	46,7	14,6	5,6	9,9	15	39,2	4,5	18,5	37,9	8,5	9,9	10,8	25,5	42,4
Zusammen	28,1	35,2	50,1	24,5	23	21,5	30,8	51,3	11,1	25,9	44	19,1	28,8	26	29,7	45,9
55-64																
Männer	38,9	34,9	58,1	33,3	35	36,5	36,3	51,1	26,3	30,6	55,9	35,7	52,9	30	37,4	57,7
Frauen	14,4	10,1	52,9	9,3	2,9	4,6	12,3	27,1	10,1	16,1	37,3	19,7	13,6	11,1	19	26,9
Zusammen	26,3	22,1	55,5	21,1	18,4	19,9	23,9	39	17,8	20,5	46,6	27,4	31,7	20,1	28,1	42,1
ab 65																
Männer	28,4	35,2	51,7	22,1	22,5	13,5	32,2	62,6	19	49,4	50,4	33,3	46,2	14,3	20,4	42,1
Frauen	10	13,4	34	4,4	:	2	6	18,1	7,9	6,6	28,8	4,4	14,3	3,9	11,5	21,8
Zusammen	17,1	22,2	41,3	10,8	10	6,7	16,5	36,6	12,4	29,8	37,5	15	27,2	7,8	15,3	30,1

Quelle: Eurobarometer 52.1, Europäische Kommission.

2.4.5 Körperliche Betätigung, Stress und Ernährung, nach Alkoholkonsum, EU-15: 1999

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?		Ja	Nein	Weiß nicht
Betätigen Sie sich mindestens zweimal pro Woche körperlich?	Ja	44,5	38,2	25,9
	Nein	55,0	61,3	49,9
	Weiß nicht	0,6	0,5	24,2
Fühlen Sie sich regelmäßig gestresst?	Ja	43,3	36,2	33,7
	Nein	54,0	61,0	30,0
	Weiß nicht	2,7	2,8	36,3
Ernähren Sie sich gesund und ausgewogen?	Ja	69,6	76,0	63,2
	Nein	28,3	21,9	18,4
	Weiß nicht	2,2	2,1	18,5

Quelle: Eurobarometer 52.1, Europäische Kommission.

2.4.6 Kinder, die nach eigenen Angaben mindestens einmal pro Woche Bier, Wein oder Branntwein trinken: 1997/98

	B (¹)	DK	D (¹)	EL	F (¹)	IRL	A	P
11-Jährige								
Jungen	7	4	2	20	6	7	3	4
Mädchen	2	2	0.3	8	3	1	1	1
13-Jährige								
Jungen	11	11	10	27	12	8	8	9
Mädchen	6	9	5	16	5	6	4	3
15-Jährige								
Jungen	38	46	29	52	31	27	39	29
Mädchen	22	38	22	31	15	12	23	9

(¹) In Belgien wurden nur die flämischen Landesteile, in Frankreich nur Nancy-Lorraine und Toulouse-Midi-Pyrenees und in Deutschland nur Nordrhein-Westfalen erfasst. Für Spanien, Luxemburg und die Niederlande liegen keine Daten vor.

Quelle: Currie, C. et al. (Hrsg.) (2000), „Health and Health Behaviour among Young People“ (*Internationaler Bericht zur Studie HealthBehaviour in School-aged Children (HBSC) 1997/98*), World Health Organisation Policy Series: Health Policy for Children and Adolescents (HEPCA) Issue 1 (2000), Weltgesundheitsorganisation — Regionalbüro für Europa.

2.4.7 Beschränkung der Werbung für Alkohol auf einzelstaatlicher Ebene: 1994/1998

	B		DK		D		EL		E		F		IRL		I		L	
	1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998
Spirituosen																		
TV	F	B	V	V	F	F	K	K	B	V	V	V	F	F	B	B	K	F
Radio	F	B	V	V	F	F	K	K	K	B	B	B	F	F	K	B	K	F
Printmedien	F	F	F	F	F	F	K	K	K	B	B	B	F	F	K	B	K	F
Plakatwände	F	F	F	F	F	F	K	K	K	K	B	B	F	F	K	F	K	F
Tafelwein																		
TV	K	B	V	V	F	F	K	K	K	B	V	V	F	F	B	B	K	F
Radio	K	B	V	V	F	F	K	K	K	B	B	B	F	F	K	B	K	F
Printmedien	K	F	F	F	F	F	K	K	K	B	B	B	F	F	K	B	K	F
Plakatwände	K	F	F	F	F	F	K	K	K	K	B	B	F	F	K	B	K	F
Bier																		
TV	F	B	V	V	F	F	K	K	K	B	V	V	F	F	B	B	K	F
Radio	F	B	V	V	F	F	K	K	K	B	B	B	F	F	K	F	K	F
Printmedien	F	F	F	F	F	F	K	K	K	B	B	B	F	F	K	B	K	F
Plakatwände	F	F	F	F	F	F	K	K	K	K	B	B	F	F	K	B	K	F

F Freiwillige Übereinkunft B Beschränkung V Verbot K Keine Beschränkung

Quellen: 1. Harkin, A-M., Anderson, P. und Goos, C. (1997), „Smoking, Drinking and Drug-Taking in Europe“, Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen.
 2. Rehn, N., Room, B. und Edwards, G. (2001), „Alcohol in the European Region-consumption, harm and policies“, Weltgesundheitsorganisation — Regionalbüro für Europa

(%)

FIN		S		UK				NO		CH	
				England	Schottland	Nord- irland	Wales				
2	3	14	8	5	12	1	4	11-Jährige			
0.3	1	9	4	1	5	0.2	0.5	Jungen			
								Mädchen			
5	6	22	17	14	24	4	5	13-Jährige			
4	4	16	11	6	16	3	3	Jungen			
								Mädchen			
11	17	47	37	33	53	16	19	15-Jährige			
8	11	36	33	20	36	12	9	Jungen			
								Mädchen			

NL		A		P		FIN		S		UK		IS		NO		CH		
1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998	
F	F	F	B	B	B	V	V	V	V	F	F	V	V	V	V	V	V	Spirituosen
F	F	F	B	B	B	V	B	V	V	F	F	V	V	V	V	V	V	TV
F	F	F	F	K	K	V	B	V	B	F	F	V	V	V	V	B	K	Radio
F	F	F	F	V	K	V	V	V	B	F	F	V	V	V	V	B	B	Printmedien
																		Plakatwände
																		Tafelwein
F	F	F	B	B	B	B	B	V	V	F	F	V	V	V	V	V	V	TV
F	F	F	B	B	B	B	B	V	V	F	F	V	V	V	V	V	V	Radio
F	F	F	F	K	K	B	B	V	B	F	F	V	V	V	V	K	K	Printmedien
F	F	F	F	F	K	B	B	V	B	F	F	V	V	V	V	V	K	Plakatwände
																		Bier
F	F	F	B	B	B	B	B	V	V	F	F	V	V	V	V	V	V	TV
F	F	F	B	B	B	B	B	V	V	F	F	V	V	V	V	V	V	Radio
F	F	F	F	K	K	B	B	V	B	F	F	V	V	V	V	K	K	Printmedien
F	F	F	F	V	K	B	B	V	B	F	F	V	V	V	V	B	K	Plakatwände

2.5.1 Prävalenz des Drogenkonsums in den vergangenen zwölf Monaten in landesweiten Erhebungen: 1994-2000

	Jahr	Methode		Alle Erwachsenen (%)				
		Datenerfass.	Stichprobe	Altersbandbreite	Cannabis	Kokain	Amph (*)	Ecstasy
B (flämischsprachig)	1994	Telefon	2 259	(18-65)	1,5	0,2	0,3	0,1
DK	1994	Befrag.	2 521	:	:	:	:	:
	2000	Befrag.	14 228	(16-64)	4,4	0,5	1,0	0,3
D (alte Bundesländer)	1995	Post	6 292	(18-59)	5,0	0,9	0,8	0,9
(neue Bundesländer)	1995	Post	1 541	(18-59)	1,9	0,2	0,2	0,6
D (alte Bundesländer)	1997	Post	6 337	(18-59)	4,5	0,7	0,5	0,9
(neue Bundesländer)	1997	Post	1 682	(18-59)	2,3	0,1	0,3	0,4
EL	1998	Befrag.	3 752	(15-64)	4,4	0,5	0,1	0,1
	2000	Post	8 139	(18-59)	6,0	0,9	0,6	0,7
E	1997	Befrag.	12 445	(15-64)	7,6	(b) 1,6	0,9	(c) 0,9
	1999	Befrag.	12 488	(15-64)	7,0	(b) 1,6	0,7	(c) 0,8
F	1995	Telefon	1 993	(18-69)	4,7	0,2	(d) 0,3	:
	1999	Telefon	1 999	(15-64)	7,4	0,2	0,1	0,2
IRL	1998	Post	10 415	(15-64)	9,4	1,3	2,6	2,4
NL	1997/98	Befrag.	22 000	(15-64)	5,5	0,7	0,4	0,8
P	2001	Befrag.	15 000	(15-64)	3,3	0,3	0,1	0,4
FIN	1996	Post	3 009	(16-74)	1,9	:	:	:
	1998	Post \$	2 568	(15-69)	2,5	(b) 0,2	0,2	0,2
S	1998	Befrag.	1 500	(15-69)	1,0	:	:	:
	2000	Befrag.	2 000	(15-64)	1,0	0,0	<0,5	<0,5
UK (England und Wales)	1998	Befrag.	10 293	(16-59)	9,0	1,2	2,7	1,2
	2000		1 330	(16-59)	8,6	0,0	1,7	1,7

(*) Amph = Amphetamine, \$ kombinierte Stichprobe, Post (n=2143) und Telefon (n=425), a) „harte Drogen“, b) Kokain oder Crack, c) Ecstasy und andere Designerdrogen, d) Amphetamine + Ecstasy, e) die Zahl für 16-44 ist 7,0 % wie in der Erhebung von 1994, f) auf nationale Ebene auf die Altersbandbreite 16-34 Jahre umgerechnet

Hinweis: Die Angaben zur Prävalenz in dieser Tabelle können aufgrund der unterschiedlichen Altersbandbreiten von den auf einzelstaatlicher Ebene veröffentlichten Zahlen abweichen (siehe Fußnote 6).

Hinweise:

1. „Datenerfass.“ ist die bei der Erhebung verwendete Datenerfassungsmethode: „Befrag.“ (persönliche Befragung), „Telefon“ (telefonische Befragung), „Post“ (Fragebogen per Post).
2. Wurden in einem Land mehrere Erhebungen durchgeführt, gibt die Tabelle die letzten beiden Erhebungen wieder. Von den beiden Erhebungen in Dänemark im Jahr 1994 wird die Erhebung präsentiert, die die größere Vergleichbarkeit mit der Erhebung aus 2000 aufweist.
3. Die von einigen Ländern vorgelegten Erhebungen aus Großstädten wurden nicht berücksichtigt, da sie tendenziell zu höheren Prävalenzschätzungen führen, die nicht mit den landesweiten Schätzungen vergleichbar sind.
4. Die Stichprobengrößen beziehen sich auf die landesweiten Erhebungen in den Ländern. Die Altersbandbreite einiger einzelstaatlicher Erhebungen liegt über der hier verwendeten. Daher basieren die präsentierten Schätzungen auf etwas kleineren Stichproben. Auch die Schätzungen für junge Erwachsene basieren auf kleineren Teilstichproben.
5. In Belgien, Irland und Luxemburg wurden anhand der Erhebungen aus 1998 keine Prävalenzschätzungen für die vergangenen zwölf Monate erstellt.
6. Die Länder wurden gebeten, bei der Weiterleitung ihrer Ergebnisse soweit möglich die Standard-Altersbandbreiten der EBDD zu verwenden (alle Erwachsene: 15-64, junge Erwachsene: 15-34). In einigen Ländern mit kleineren Altersbandbreiten fallen die Prävalenzschätzungen tendenziell etwas höher aus. Einige Länder haben ihre Prävalenzzahlen auf der Basis der Standard-Altersbandbreiten der EBDD neu berechnet.

Quelle: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD).

Junge Erwachsene (%)					
Alters- bandbreite	Cannabis	Kokain	Amph (!)	Ecstasy	
(18-35)	3,6	:	:	:	B (flämischsprachig)
(16-44)	7,0	:	(a) 0,5	:	DK
(16-34)	(e) 9,7	1,4	2,5	0,9	
(18-39)	8,8	1,6	1,5	1,6	D (alte Bundesländer)
(18-39)	3,5	0,3	0,4	1,2	(neue Bundesländer)
(18-39)	7,8	1,2	0,9	1,7	D (alte Bundesländer)
(18-39)	4,5	0,2	0,6	0,7	(neue Bundesländer)
(15-34)	8,8	1,0	0,1	0,3	EL
(18-34)	13,0	1,9	1,3	1,6	
(15-34)	14,2	(b) 2,7	1,7	(c) 1,7	E
(15-34)	12,7	(b) 2,7	1,4	(c) 1,7	
(18-39)	8,9	0,3	(d) 0,6	:	F
(15-34)	15,1	0,5	0,1	0,4	
(15-34)	17,7	2,6	5,4	4,9	IRL
(15-34)	9,8	1,4	0,8	1,8	NL
(15-34)	6,2	0,6	0,1	0,8	P
(16-34)	5,2	:	:	:	FIN
(15-34)	6,3	(b) 0,4	0,4	0,4	
(15-34)	2,0	:	:	:	S
(15-34)	1,0	0,0	0,0	<0,5	
(16-29)	23,0	3,0	8,0	4,0	UK (England und Wales)
(16-34) (f)	17,9	2,5	5,9	2,9	
(16-29)	22,0	5,0	5,0	5,0	

2.5.2 Lebenszeitprävalenz des Drogenkonsums unter der allgemeinen Bevölkerung in neueren landesweiten Erhebungen: 1994-2000

	Jahr	Methode		Alle Erwachsenen (%)				
		Datenerfass.	Stichprobe	Altersbandbreite	Cannabis	Kokain	Amph (¹)	Ecstasy
B (flämischsprachig)	1994	Telefon	2 259	(18-65)	5,8	0,5	0,9	0,5
B (französischsprachig)	1996-97	Telefon	3 311#	(18-49)	12,8	:	:	:
B (französischsprachig)	1998-99	Telefon	3 311#	(18-49)	20,8	:	:	:
DK	1994	Befrag.	2 521	:	:	:	:	:
	2000	Befrag.	14 228	(16-64)	24,3	1,7	4,5	0,8
D (alte Bundesländer)	1995	Post	6 292	(18-59)	13,9	2,2	2,8	1,6
(neue Bundesländer)	1995	Post	1 541	(18-59)	3,6	0,2	0,7	0,7
D (alte Bundesländer)	1997	Post	6 337	(18-59)	13,4	1,5	1,8	1,7
(neue Bundesländer)	1997	Post	1 682	(18-59)	4,2	0,2	0,5	0,7
EL	1998	Befrag.	3 752	(15-64)	13,1	1,3	0,6	0,3
E	1997	Befrag.	12 445	(15-64)	22,2	(c) 3,3	2,5	(e) 2,5
	1999	Befrag.	12 488	(15-64)	19,8	(c) 3,2	2,2	(e) 2,4
F	1999	Telefon	2 002	(15-64)	21,9	1,5	0,2	0,9
	2000	Telefon	13 685	(15-64)	22,5	1,6	1,5	0,9
IRL	1998	Befrag.	1 000	(18-64)	14,2	:	:	:
	1998	Post	10 415	(15-64)	19,9	:	:	:
L	1998	Befrag.	667	(15-64)	12,9	0,2	:	1,2
NL	1997/98	Befrag.	22 000	(15-64)	19,1	2,6	2,2	2,3
P	2001	Befrag.	15 000	(15-64)	16,2	0,9	0,5	0,7
FIN	1998	Post	2 568	(15-69)	9,7	(c) 0,6	1,0	0,5
	2000	Befrag.	2 500	(15-64)	9,9	0,6	1,0	0,6
S	1998	Befrag.	1 500	(15-69)	13,0	1,0	2,0	0,0
	2000	Befrag.	2 000	(15-64)	13,0	1,0	2,0	0,0
UK (England und Wales)	1996	Befrag.	10 940	(16-59)	22,0	3,0	9,0	3,0
	1998	Befrag.	10 293	(16-59)	25,0	3,0	10,0	4,0
NO	1999	Befrag.	2 170	(15-64)	15,3	2,2	3,8	1,3

(¹) Amph = Amphetamine, # Mischprobe für 1996-1999, Drogenbereich, 2112, \$ kombinierte Stichprobe: Post (n=2143) und Telefon (n=425); a) „harte Drogen“; b) der Wert für Cannabis in der Gruppe 16-44 ist 32,3 %, c) Kokain oder Crack, d) Amphetamine + Ecstasy, e) Ecstasy und andere Designerdrogen, f) auf nationaler Ebene auf die Altersbandbreite 16-34 Jahre umgerechnet

Hinweis: Die Angaben zur Prävalenz in dieser Tabelle können aufgrund der unterschiedlichen Altersbandbreiten von den auf einzelstaatlicher Ebene veröffentlichten Zahlen abweichen (siehe Fußnote 6).

Hinweise:

1. „Datenerfass.“ ist die bei der Erhebung verwendete Datenerfassungsmethode: „Befrag.“ (persönliche Befragung), „Telefon“ (telefonische Befragung), „Post“ (Fragebogen per Post).
2. Wurden in einem Land mehrere Erhebungen durchgeführt, gibt die Tabelle die letzten beiden Erhebungen wieder. Von den beiden Erhebungen in Dänemark im Jahr 1994 wird die Erhebung präsentiert, die die größere Vergleichbarkeit mit der Erhebung aus 2000 aufweist.
3. Die Tabelle präsentiert Erhebungen auf nationaler Ebene. Die Berücksichtigung einiger relevanter regionaler Erhebungen stellt eine Ausnahme dar. Die von einigen Ländern vorgelegten Erhebungen aus Großstädten wurden nicht berücksichtigt, da sie tendenziell zu höheren Prävalenzschätzungen führen, die nicht mit den landesweiten Schätzungen (und Schätzungen für Großregionen mit städtischen und ländlichen Gebieten) vergleichbar sind.
4. Die Stichprobengrößen beziehen sich auf die landesweiten Erhebungen in den Ländern. Die Altersbandbreite einiger einzelstaatlicher Erhebungen liegt über der hier verwendeten. Daher basieren die präsentierten Schätzungen auf etwas kleineren Stichproben. Auch die Schätzungen für junge Erwachsene basieren auf kleineren Teilstichproben.
5. Die Stichprobe der luxemburgischen Erhebung von 1998 ist sehr klein, so dass bei der Interpretation der Ergebnisse Vorsicht geboten ist.
6. Die Länder wurden gebeten, bei der Weiterleitung ihrer Ergebnisse soweit möglich die Standard-Altersbandbreiten der EBDD zu verwenden (alle Erwachsene: 15-64, junge Erwachsene: 15-34). In einigen Ländern mit kleineren Altersbandbreiten fallen die Prävalenzschätzungen tendenziell etwas höher aus. Einige Länder haben ihre Prävalenzzahlen auf der Basis der Standard-Altersbandbreiten der EBDD neu berechnet.

Quelle: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD).

Junge Erwachsene (%)					
Alters- bandbreite	Cannabis	Kokain	Amph (!)	Ecstasy	
(18-35)	9,2	1,2	2,0	1,3	B (flämischsprachig)
(18-34)	17,8	:	:	:	B (französischsprachig)
(18-34)	26,1	:	:	:	B (französischsprachig)
(16-44)	36,7	:	(a) 5,0	:	DK
(b) (16-34)	34,0	3,1	7,0	1,9	
(18-39)	21,0	3,7	4,1	2,8	D (alte Bundesländer)
(18-39)	6,4	0,3	1,3	1,3	(neue Bundesländer)
(18-39)	20,1	2,2	2,4	3,2	D (alte Bundesländer)
(18-39)	7,8	0,4	1,0	1,3	(neue Bundesländer)
(15-34)	19,7	2,2	0,7	0,6	EL
(15-34)	31,8	(c) 5,2	4,1	(e) 4,7	E
(15-34)	28,5	(c) 4,8	3,2	(e) 4,4	
(15-34)	32,9	1,9	0,1	1,7	F
(15-34)	35,7	1,9	1,4	1,8	
(18-34)	26,2	:	:	:	IRL
(15-34)	30,0	:	:	:	
(15-34)	15,8	0,3	:	1,9	L
(15-34)	27,3	3,7	3,0	4,4	NL
(15-34)	26,2	1,3	0,6	1,4	P
(15-34)	17,5	(c) 1,2	2,0	1,3	FIN
(15-34)	16,6	1,2	2,5	1,4	
(15-34)	16,0	1,0	3,0	1,0	S
(15-34)	14,0	1,0	2,0	1,0	
(16-29)	36,0	4,0	16,0	9,0	UK (England und Wales)
(16-29)	42,0	6,0	20,0	10,0	
(f) (16-34)	38,1	6,4	16,5	7,7	
(15-34)	20,9	3,3	5,4	2,5	NO

2.5.3 Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen bei Schülern von 15-16 Jahren in jüngeren landesweiten Erhebungen in Schulen: 1993-1999

(%)

	Jahr	Projekt (¹)	Stich- probe	Alle illega- len Drogen	Cannabis	Lösungs- mittel	Amph (²)	Ecstasy	LSD	Kokain	Heroin
B (flämischsprachig)	1998	HBSC (WHO)	9 211	:	23,7	4,4	3,8	6,2	2,1	1,3	0,7
	1999		47 657	27,9	24,1	4,2	6,5	4,0	4,2	1,9	0,9
	2000	HBSC (WHO)	4 989		20,7	3,6	3,3	2,6	3,0	1,2	0,6
B (französischsprachig)	1997-98	HBSC (WHO)	12 987	:	27,9	5,8	7,0	6,3	7,1	3,5	3,4
DK	1995	ESPAD	2 571	:	18,0	6,0	19	0,5	0,4	0,5	2,0
	1999	ESPAD	1 557	25,4	24,8	7,5	4,0	3,1	1,0	1,5	1,3
EL	1993		10 543	4,5	3,0	6,3	4,0	:	1,1	0,9	0,6
	1998		8 557	11,4	10,2	13,7	3,6	1,8	2,6	1,6	0,8
E	1996		19 191	29,6	24,3	3,5	4,1	(c) 4,6	(e) 5,6	2,5	0,8
	1998		18 346	32,9	28,0	4,2	4,0	(c) 2,8	(e) 4,7	4,3	1,0
	2000		18 348	37,1	30,0	4,0	3,4	5,4	0,0	4,1	0,6
F	1997		9 919	27,5	23,0	5,5	1,9	(b) 2,5	:	1,5	1,4
	1999	ESPAD	12 113	:	28,8	11,0	2,3	2,4	1,0	1,5	1,2
IRL	1995	ESPAD	1 849	37,0	37,0	:	3,0	9,0	(e) 13,0	2,0	2,0
	1998		8 497	27,5	21,7	13,0	4,2	2,8	3,4	2,2	1,8
I	1995	ESPAD	1 641	21,0	19,0	8,0	3,0	4,0	(e) 5,0	3,0	2,0
	1999	ESPAD	20 215	:	16,8	4,7	1,4	1,3	(e) 2,1	1,6	3,7
	2000	ESPAD	22 358	30,2	28,4	4,9	1,3	2,9	2,5	2,7	0,3
L	1999		562	:	37,1	:	:	5,6	5,8	11,1	2,8
	1999		7 347	:	27,7	3,6	3,1	1,8	1,4	1,5	0,8
NL	1996		10 455	31,7	31,1	:	7,8	8,1	:	4,3	1,3
	1999		2 945	28,8	28,6	:	4,0	5,0	:	4,2	0,0
A	1994		2 250	9,9	9,5	:	:	:	:	:	(a) 2,0
P	1995	ESPAD	4 767	4,7	3,8	:	:	:	0,2	1,0	0,9
	1999	ESPAD	3 609	12,3	9,4	3,3	3,2	2,3	1,0	1,3	2,6
FIN	1995	ESPAD	2 300	5,5	5,2	4,4	0,5	0,2	0,3	0,2	0,1
	1999	ESPAD	3 109	10,1	9,9	5,4	0,6	0,6	:	0,6	1,0
S	1998		5 455	7,7	7,2	8,2	1,1	1,0	1,0	0,6	0,6
	1999		6 000	8,0	7,0	12,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	2000		6 000	9,0	8,0	9,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0
UK	1997		28 756	39,8	37,5	4,0	7,3	3,0	(d) 3,2	1,5	0,7
UK (England)	1998		4 752	31,4	29,6	5,7	7,6	2,5	3,2	2,8	1,0
UK (Schottland)	1998		3 538	39,0	38,0	9,0	12,0	4,0	7,0	1,0	0,0
UK (Schottland)	2000		7 000	32,0							
UK (Wales)	1998	HBSC (WHO)	1 238	41,5	35,8	15,1	14,2	4,5	6,7	1,8	1,1
NO	1999	ESPAD	3 918	13,0	12,3	5,9	2,6	2,5	1,5	1,3	1,2

(¹) Projekt = internationale Projekte, die den Rahmen für die Durchführung der nationalen Erhebung bildeten.

(²) Amph = Amphetamine.

a) „harte Drogen“, b) LSD und Ecstasy, c) Ecstasy und sonstige synthetische Drogen, d) „synthetische Halluzinogene“, e) LSD = „LSD und sonstige Halluzinogene“.

Hinweise:

- Die Tabelle präsentiert Erhebungen auf nationaler Ebene. Die Berücksichtigung einiger relevanter regionaler Erhebungen stellt eine Ausnahme dar.
- Liegen in einem Land Daten aus mehreren nationalen Erhebungen vor, gibt die Tabelle die letzten beiden Erhebungen wieder. Nur im Fall von Belgien und dem Vereinigten Königreich wurden aufgrund der unterschiedlichen geografischen Abdeckung mehr als zwei Erhebungen berücksichtigt.
- Erhebungen, die nur Großstädte oder Großstadtgebiete abdecken, wurden nicht berücksichtigt. Dasselbe gilt für Erhebungen, deren Altersbandbreite sich wesentlich von der geforderten Bandbreite (15-16 Jahre) unterscheidet.
- Bei allen Erhebungen erfolgte die Datenerfassung mit Hilfe schriftlich zu beantwortender Fragebögen.
- Bei ESPAD-Erhebungen schließt „Kokain“ kein „Crack“ mit ein.
- Die französische Erhebung aus dem Jahr 1997 liefert Informationen über die Prävalenz des Drogenkonsums in den vergangenen zwölf Monaten und nicht über die Lebenszeitprävalenz.
- In Deutschland wird seit 1970 statt der Erhebung in den Schulen alle 3 bis 4 Jahre eine Erhebung unter den Jugendlichen (12-25) durchgeführt. 1997 umfasste die Stichprobe insgesamt 3 100 Jugendliche und junge Erwachsene der Altersbandbreite 12-25: Als Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen bei 14- bis 17-Jährigen wurden 11 % (alte Bundesländer) bzw. 10 % (neue Bundesländer) ermittelt.
- In den griechischen Erhebungen (1993 und 1998) umfasst die Kategorie „Alle illegalen Drogen“ keine Amphetamine.
- Aufgrund der geringen Stichprobengröße bei der Erhebung in Luxemburg (562) ist bei der Interpretation der Ergebnisse Vorsicht geboten.
- Im Vereinigten Königreich (Schottland) wurden nur 15-Jährige berücksichtigt.

Quelle: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD).

2.5.4 Nationale Prävalenzschätzungen des problematischen Drogenkonsums unter Erwachsenen: 1996-1998

	B	DK	D	E	F	IRL	I
Gesamtpopulation der 15-64-Jährigen (¹)	6 706,3	3 551,2	55 968,1	26 866,3	38 370,9	2 387,2	39 168,8
Extrapolation von polizeilichen Daten	:	:	2,5-3,0	:	4,3	:	4,4
Extrapolation von Behandlungsdaten	:	:	1,7-2,5	6,6 (b)	4,1-4,6	:	6,1-7,6
Multiplikator für die Mortalität	:	4,0	1,4-2,0	3,1 (b)	:	1,9-3,2	:
Capture-Recapture-Verfahren	:	4,0	:	:	:	2,6-5,7 (c)	7,0
Multivariater Indikator	:	:	:	:	:	:	6,3
Rückrechnung — Multiplikator für HIV/AIDS	3,0 (a)	2,9	:	:	3,2-4,0	3,6	8,3
Schätzbandbreite insgesamt	3,0	2,9-4,0	1,4-3,0	3,1-6,6	3,2-4,6	1,9-5,7	4,4-8,3

(¹) In Tausend.

Hinweise:

(a) Schätzung basiert auf dem HIV/AIDS-Register statt auf Rückrechnung. Die Definition umfasst nur injizierende Drogenkonsumenten (IDK), weshalb der gesamte problematische Drogenkonsum zu niedrig geschätzt ist. (b) Opiatabhängige. (c) Problematischer Konsum von Opiaten. 7 % der polizeilich erfassten Drogenkonsumenten sind keine Opiatkonsumenten, 10 % der Zahlen beruhen auf Drogenbesitz (nicht unbedingt mit Konsum gleichzusetzen), 5 % auf anderen Kriterien. Capture-Recapture-Verfahren mit drei Stichproben: Die polizeilichen Daten decken den Zeitraum 1. September 1995 bis 30. August 1996 ab, andere Quellen legen das Kalenderjahr 1996 zugrunde. (d) Heroinabhängige oder Konsumenten harter Drogen. (f) Problematische Opiat- oder Amphetaminkonsumenten. Die niedrigeren Schätzwerte basieren vor allem auf Drogenkonsumenten mit gesundheitlichen Problemen, der höhere Wert umfasst auch Drogenkonsumenten mit dem Risiko, straffällig zu werden (Führen eines Fahrzeugs unter Drogeneinfluss). (g) 1 700 bis 3 350 Heroinabhängige, 8 900 bis 12 450 sonstige Drogenabhängige, vor allem injizierende Amphetaminkonsumenten (ohne Cannabisabhängige). (h) Injizierende Drogenkonsumenten.

Alle Schätzungen basieren auf einem 12-monatigen Zeitraum zwischen 1996 und 1998. Nur den Werten für Österreich (1995), Irland (1995-1996) und Schweden (1992) liegt jeweils ein anderer Zeitraum zugrunde. Griechenland und Portugal konnten keine Schätzungen vorlegen.

Quelle: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) Oktober 2001-Projekt CT.99.RTX.05 (koordiniert vom Institut für Therapie-forschung, München).

2.5.5 Einige Kennzeichen erstmals wegen Drogen behandelter Personen: 1998/1999

	Jahr	Durchschn.-alter		Altersverteilung		Verteilung Manner/ Frauen	% IV-Verabr. Hauptdroge	% Verteilung der Hauptdroge (% intravenöse Verabreichung)						
		<25	>35	<25	>35			Opiate	Kokain	Amphetamine	Ecstasy	Halluzinogene	Cannabis	Andere
B	1999	24,5	63,0	13,0	76/24	8,0	21,0 (7,0)	5,0 (5,0)	14,0 (3,0)	3,0 (0,0)	0,0	1,0 (0,0)	44,0 (1,0)	4,0 (0,0)
DK (¹)	2000	28,0	40,1	22,5	77/23	16,0	41,0 (33,0)	4,0 (7,0)	7,0 (5,0)	3,0 (0,0)	:	:	30,0 (0,0)	1,0 (0,0)
D (²)	1999	26,6	:	:	82/18	:	44,2 (37,1)	9,8 (21,7)	:	:	2,2 (-)	40,0 (-)	0,0	0,0
EL	2000	29,4	39,7	28,1	85/15	64,1	90,5 (70,6)	0,6 (16,7)	0,0	0,1 (0,0)	0,1 (0,0)	0,0 (0,0)	6,5 (0,0)	0,1 (0,0)
E	2000	28,8	36,2	21,6	85/15	9,2	48,6 (17,5)	32,1 (1,9)	1,4 (1,3)	1,1 (0,0)	0,3 (0,0)	14,5 (0,0)	0,4 (3,6)	
F (³)	1999	28,9	31,6	20,7	80/20	:	58,8 (59,0)	5,0 (39,0)	0,2 (25,0)	1,3 (11,0)	0,4 (13,0)	25,3 (7,2)	1,1 (20,3)	
IRL	1999	23,0	:	:	73/27	30,6	55,6 (55,0)	1,6 (8,0)	2,1 (6,0)	8,9 (0,0)	0,2 (0,0)	29,1 (0,0)	0,2 (0,0)	
I (⁴)	2000	28,0	36,0	21,0	87/13	49,0	71,0 (100,0)	9,0 (8,0)	1,0 (0,0)	2,0 (0,0)	:	15,0 (1,0)	1,0 (0,0)	
L	2000	24,2	63,0	26,0	50/50	75,0	88,0 (20,0)	:	:	:	:	13,0 (0,0)	:	
NL	2000	30,1	35,0	28,0	79/21	3,0	28,0 (12,0)	34,1 (1,0)	3,0 (7,0)	2,0 (0,0)	0,0 (0,0)	6,0 (0,0)	1,0 (0,0)	
A (⁵)	2000	29,2	33,9	26,2	70/30	100,0	100,0	:	:	:	:	:	:	
P (⁶)	2000	29,1	6,1	24,8	82/18	26,7	67,8 (28,0)	1,1 (1,3)	:	:	:	2,5 (0,0)	0,0	
FIN	1999	23,5	:	:	75/25	43,7	23,2 (66,2)	:	39,0 (61,8)	1,6 (0,0)	:	32,7 (0,0)	:	
S (⁷)	2000	35,5	30,0	44,0	54/44	10,0	30,0 (14,0)	3,0 (0,0)	21,0 (23,0)	2,0 (0,0)	0,0	19,0 (0,0)	2,0 (0,0)	

Hinweise:

- (¹) Daten zu Opiaten beziehen sich nur auf Heroin.
- (²) Daten zur intravenösen Verabreichung von Opiaten beziehen sich auf Heroin, Daten zur intravenösen Verabreichung von Kokain beziehen sich auf Kokain (CIH).
- (³) Die Daten beziehen sich auf die jährliche Zählung der therapierten Personen.
- (⁴) Die Daten beziehen sich auf alle im Berichtsjahr therapierten Personen, einschließlich Personen, deren Behandlung im Vorjahr begann.
- (⁵) Die Daten beziehen sich nur auf Personen in einer Substitutionstherapie: Die Daten zu Opiaten als Hauptdroge und zur intravenösen Verabreichung ergeben daher 100 %.
- (⁶) Die Daten zur Behandlungsnachfrage insgesamt beziehen sich auf alle Maßnahmen (nicht auf Personen); eine Unterscheidung nach Drogen ist nicht möglich.
- (⁷) Die Daten stammen aus dem nationalen Entlassungsregister stationärer Abteilungen von Krankenhäusern, die den ICD-10-Code verwenden; daher konnte keine Hauptdroge ermittelt werden.

Für das Vereinigte Königreich liegen keine Daten vor.

Quelle: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD).

(pro 1 000 Einwohner)

L	NL	A	FIN	S	UK	NO	
284,0	10 661,5	5 444,8	3 433,4	5 650,8	38 275,4	2 852,9	Gesamtpopulation der 15-64-Jährigen (i)
6,7-7,7	:	:	:	:	:	:	Extrapolation von polizeilichen Daten
6,7	2,3-2,7	:	0,5-0,7 (f)	:	6,9-8,9	:	Extrapolation von Behandlungsdaten
:	:	:	1,2-2,5 (f)	:	2,3-4,6	3,2-4,6 (h)	Multiplikator für die Mortalität
:	:	2,9-3,4	2,5-4,2 (f)	2,5-3,5 (g)	:	:	Capture-Recapture-Verfahren
:	2,5 (d)	:	:	:	7,2-7,5	:	Multivariater Indikator
:	:	:	:	:	:	:	Rückrechnung – Multiplikator für HIV/AIDS
6,7-7,7	2,3-2,7	2,9-3,4	0,5-4,2	2,5-3,5	2,3-8,9	3,2-4,6	Schätzbandbreite insgesamt

2.5.6 Prävalenz von Hepatitis-C-Antikörpern und HIV-Infektionen bei injizierenden Drogenkonsumenten: 1994-2000

	Jahr	Daten	Getestete Zahl	% infiziert
Hepatitis C				
B (französischsprachig)	1998	Drogenbehandlung, Selbstauskünfte	237	52
B (flämischsprachig)	1999	Drogenbehandlung, Screening	195	(38)
DK	1996-97	1. Fünen: Studie Strafanstalt/Behandlung; 2. Kopenhagen: Drogenbehandlung, Selbstauskünfte	602	(75-86)
D	1995	Lohr: Erhebung in Drogenbehandlungszentrum	120	(66)
EL	1999	1. Methadonbehandlung; 2. Labor des öffentlichen Gesundheitswesens	567	41-82
E	1996	Erhebung in Drogenbehandlungszentren	1 000	83
F	1998-99	1. Drogenbehandlung, Selbstauskünfte; 2. Nadelaustausch, Screening	8 744	50-63
IRL	1996-98	1. Erhebung in Strafanstalten; 2. Dublin: Drogenbehandlung, Screening	862	(52)-81
I	1999	Drogenbehandlung, Screening	73 512	67
L	1998	Erhebung in Strafanstalt	116	37
NL	1996	Heerlen und Maastricht: Studie bei Drogenbehandlung und auf der Straße	288	(73)
			160	(63-72)
A	1999	Wien, Screening: 1. stationäres Behandlungszentrum 2. niedrigschwellige Dienste und Nadelaustausch	549	(45-88)
P	1997-00	1. Lissabon; 2. Porto: Drogenbehandlung, Screening	281	(38)-58
FIN	1999-00	Screening-Speicheltest in Strafanstalten und Helsinki: Nadelaustausch, Screening-Bluttest	905	(92)
S	1994	Stockholm: Studie Strafanstalt/Behandlung	1 169	19-(52)
UK (England)	1998	1. Erhebungen in Strafanstalten und Gemeinden, England ohne London; 2. London: Screening bei Drogenbehandlung		
HIV-Infektion				
B (französischsprachig)	1998	Drogenbehandlung und niedrigschwellige Dienste, Selbstauskünfte	252	1,6
B (flämischsprachig)	1998/99	Drogenbehandlung, niedrigschwellige Dienste und Krankenhäuser, Screening und Selbstauskünfte	559	0,5-1,9
DK	1996-97	1. Fünen: Studie Strafanstalt/Drogenbehandlung; 2. Kopenhagen; Drogenbehandlung, Selbstauskünfte	608	1,5
D	1999	Drogenbehandlung, Selbstauskünfte	1 795	3,8
EL	1999	Meldesystem für Drogenbehandlung, Selbstauskünfte und Screening	912	0-2,2
E	1999	Meldesystem für Drogenbehandlung, Screening	8 750	33,1
F	1999	Drogenbehandlungszentren, Selbstauskünfte	8 339	15,9
IRL	1997-99	1. Dublin: Drogenbehandlungszentrum, Screening; 2. Strafanstalten, Screening	773	1,2-5,8
I	1999	Drogenbehandlung durch öffentliche Gesundheitsdienste	69 474	15,1
L	1999	Drogenbehandlung, niedrigschwellige Dienste und Krankenhäuser, Selbstauskünfte und Screening	150	3,3
NL	1997-99	Screening, Mehrfacherhebungen im Rahmen der und unabhängig von der Drogenbehandlung: 1. Amsterdam; 2. Arnheim; 3. Brabant; 4. Groningen; 5. Rotterdam	1 118	0,5-25,9
A	1999	Selbstauskünfte und Screening; 1. Todesfälle durch Überdosis von Opiaten; 2. Voralberg: Drogenbehandlung; 3. Wien: niedrigschwellige Dienste; 4.) Wien: Drogenbehandlung	319	3,1
P	1998-00	Screening; 1. Drogenbehandlung 1999/00; 2. Lissabon: Erhebung in problematischem Bezirk 1998/99	880	(0-48)
FIN	1999-00	Drogenbedingte Todesfälle, Strafanstalten, Helsinki und Tampere: Spritzenaustausch	692	0-2,8
S	1997	Studie in neun Strafanstalten	196	2,6
UK (England)	1998	1. Drogenbehandlung, Nadelaustausch, niedrigschwellige Dienste, Screening-Speicheltest; 2. Erhebungen	3 366	0,33-3,3
UK (Schottland)	1997	Erste positive HIV-Tests mit Namen	1 497	1,6

Hinweise:

(a) Bei Zahlenangaben in Klammern handelt es sich um lokale Daten.

(b) Die Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern sind vorsichtig zu interpretieren, da sie aus unterschiedlichen Quellen stammen und es sich in manchen Fällen um lokale Daten handelt.

(c) Die Daten für Deutschland, Italien und Spanien beschränken sich auf die HCV-Prävalenz bei therapierten injizierenden Drogenkonsumenten und sind deshalb möglicherweise nicht repräsentativ für die HCV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten, die sich nicht in Behandlung befinden.

(d) Die Zahlenangaben in der Spalte Daten beziehen sich auf Quellen (siehe <http://www.emcdda.org/>).

Quelle: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD).

2.5.7 Experimentieren mit und kürzliche Verwendung von Drogen bei Jugendlichen (im Alter von 15-24 Jahren), 2002

	Schon einmal benutzt		In den letzten Monaten	
	Cannabis	Andere Drogen	Cannabis	Andere Drogen
EU-15	28,9	8,8	11,3	2,7
B	24,7	6,8	9,5	1,9
DK	47,0	11,4	12,2	2,5
D (W)	27,2	8,4	8,8	2,4
D (E)	18,5	9,1	6,0	2,5
EL	4,8	1,2	1,3	0,4
I	17,2	2,7	7,8	0,6
E	29,4	12,2	15,0	3,7
F	44,9	9,0	19,8	2,9
IRL	24,2	8,9	8,7	4,8
L	27,3	6,6	4,5	2,3
NL	35,3	10,6	12,2	3,2
P	14,1	6,8	4,9	1,8
FIN	19,2	9,0	5,6	3,1
S	16,5	9,9	3,9	1,6
A	17,9	4,6	4,6	1,3
UK	37,0	13,7	13,4	4,4

Frage: Welche der nachfolgenden Aussagen trifft auf Sie zu?

Quelle: Eurobarometer 57.2, Europäische Kommission.

2.5.9 Selbstempfundene Folgen von Drogenkonsum, 2002

	Abhängigkeit	Probleme mit dem Gesetz	Psychische Probleme	Meldepflichtige Krankheiten	Entlastung von Schmerz oder Stress
EU-15	63,0	38,3	35,4	33,7	26,4
B	49,1	36,5	34,1	25,5	30,8
DK	69,3	43,4	69,8	15,0	24,6
D (W)	71,4	46,0	22,6	38,8	25,1
D (E)	69,2	36,2	24,3	29,2	23,3
EL	66,2	30,7	21,7	50,9	13,4
I	65,6	32,3	35,9	48,9	25,3
E	58,4	38,6	53,4	33,3	10,4
F	61,4	36,4	29,1	31,5	37,7
IRL	64,2	49,6	33,8	25,3	23,4
L	52,3	32,1	33,2	32,4	26,5
NL	61,2	20,5	45,5	13,2	40,8
P	56,1	26,7	26,2	54,7	13,0
FIN	67,4	47,0	43,1	37,5	14,6
S	65,8	31,2	57,6	25,3	22,4
A	64,5	43,6	50,7	35,4	19,9
UK	57,3	43,0	37,2	21,3	34,2

Frage: Drogenverbrauch hat Nebenwirkungen. Bitte wählen Sie die drei ihrer Meinung nach zutreffendsten Merkmale.

Quelle: Eurobarometer 57.2, Europäische Kommission.

2.5.10 Bewertung der Gefährlichkeit ausgewählter Substanzen, EU-15 — 2002

	Sehr gefährlich	Ziemlich gefährlich	Nicht sehr gefährlich	Absolut nicht gefährlich	Nicht bekannt
Heroin	88,8	8,8	0,7	0,1	1,7
Kokain	74,0	20,8	3,0	0,2	2,0
Crack	73,4	16,6	2,5	0,3	7,2
LSD	65,2	23,3	2,7	0,1	8,6
Ecstasy	63,5	28,7	4,7	0,1	3,1
Morphium	60,8	26,2	6,2	0,7	6,0
Klebstoff und Lösemittel	47,0	32,4	11,3	1,1	8,1
Amphetamine	40,9	37,5	9,3	1,0	11,4
Doping-Substanzen	32,8	40,1	16,6	1,6	8,9
Cannabis	20,6	27,0	36,6	11,5	4,3
Zigaretten	12,4	35,7	41,3	9,6	1,1
Alkohol	12,9	34,9	43,4	7,4	1,1

Frage: Bitte sehen Sie die nachstehende Liste durch und geben Sie an, für wie gefährlich bzw. ungefährlich Sie die folgenden Punkte halten.

Quelle: Eurobarometer 57.2, Europäische Kommission.

2.5.11 Bewertung der Gefahr dreier Substanzen: Anteil der „sehr gefährlich“-Antworten in %

	Heroin	Ecstasy	Cannabis
EU-15	88,8	63,5	20,6
B	83,5	57,8	14,7
DK	84,2	71,1	8,7
D (W)	89,3	58,6	18,3
D (E)	84,6	48,9	22,5
EL	96,1	68,8	47,8
I	91,3	74,3	17,2
E	85,8	65,3	23,1
F	93,1	69,6	21,1
IRL	90,8	66,8	29,8
L	87,2	60,6	16,2
NL	79,2	49,4	7,2
P	75,4	44,1	24,9
FIN	91,2	45,2	35,3
S	90,0	68,2	45,1
A	86,2	52,0	20,2
UK	90,0	64,6	17,4

Frage: Bitte sehen Sie die nachstehende Liste durch und geben Sie an, für wie gefährlich bzw. ungefährlich Sie die folgenden Substanzen halten.

Quelle: Eurobarometer 57.2, Europäische Kommission.

2.6.1 Fruchtbarkeitsziffern, Lebendgeburten bei Mädchen zwischen 15 und 19

(pro 1 000)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH
1980	:	20,2	16,3	:	:	25,9	24,4	:	19,9	16,6	9,2	34,4	42,1	18,9	15,7	30,6	56,6	25,2	9,9
1985	:	12,5	9,8	:	36,0	18,3	15,9	:	12,2	10,6	6,8	24,4	32,8	18,5	11,0	29,4	34,7	17,8	6,6
1990	16,4	11,5	9,1	17,8	20,0	11,9	12,1	17,2	8,6	17,7	7,7	21,1	23,9	12,4	14,0	33,0	37,7	17,1	6,9
1996	:	:	8,2	12,9	12,1	7,3	9,7	16,6	6,6	9,9	5,6	15,6	20,7	9,8	7,7	29,5	21,5	13,6	5,6
1997	:	:	8,8	12,9	11,9	7,6	9,6	17,2	:	9,0	6,0	14,6	21,0	9,0	7,2	30,0	24,0	12,7	10,5
1998	:	:	8,1	:	11,6	7,7	9,6	18,6	:	9,7	6,2	14,0	20,9	9,2	6,5	30,6	24,7	12,4	5,5
1999	:	:	7,6	12,9	11,3	8,3	10,0	19,9	:	10,4	6,6	13,4	20,8	9,8	6,7	30,3	24,5	11,5	29,7
2000	:	:	7,7	:	:	:	:	19,0	:	12,7	7,2	13,5	22,0	10,3	7,0	28,9	22,5	11,6	30,0

Quelle: Eurostat, Demografische Statistik.

2.6.3 Gesamtzahl der gesetzlichen Schwangerschaftsabbrüche bei Mädchen von 15-19

	B	DK	D	EL	E	F	I	FIN	S	UK	IS	NO
1995	:	2 328	6 487	:	6 695	15 218	10 918	1 489	4 067	31 233	158	:
1996	:	2 339	11 131	468	:	:	:	1 514	4 225	35 557	207	:
1997	:	:	12 010	:	:	:	:	1 633	4 240	36 633	:	:
1998	1 781	:	:	:	7 657	:	10 941	1 786	:	40 371	:	:
1999	1 989	:	13 759	:	:	:	:	1 952	4 090	39 676	:	2 414
2000	:	:	:	:	:	:	11 160	2 264	5 001	40 235	:	:

Quelle: Eurostat, Demografische Statistik.

2.7.1 In Armut lebende Personen (⁽¹⁾), die auf eine von drei Arten sozial ausgegrenzt werden, nach Beschäftigungsstatus

	EU-15		B		DK		D		EL		E		F	
	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996
Erwerbstätig														
Kann sich kein Auto leisten	19	22	14	20	7	11	18	17	22	28	20	21	18	26
Kann sich keinen 1-wöchigen Urlaub leisten	21	21	15	19	14	9	25	24	22	27	20	19	20	19
Finanzielle Schwierigkeiten	16	16	13	13	7	6	19	17	16	19	16	15	15	15
Arbeitslos														
Kann sich kein Auto leisten	59	6	66	52	12 ⁽²⁾	16 ⁽²⁾	54	58	44	49	55	50	67	75
Kann sich keinen 1-wöchigen Urlaub leisten	53	53	55	46	21	:	58	61	40	41	47	43	53	55
Finanzielle Schwierigkeiten	47	48	48	47	16	11 ⁽²⁾	49	51	33	36	43	39	46	47
Nicht Erwerbstätige ⁽³⁾														
Kann sich kein Auto leisten	34	34	40	36	25	30	29	26	40	37	29	27	40	45
Kann sich keinen 1-wöchigen Urlaub leisten	37	36	37	45	26	27	41	35	38	37	32	29	38	40
Finanzielle Schwierigkeiten	31	31	36	37	23	25	32	28	30	29	27	25	34	34

Hinweise:

⁽¹⁾ 60 % des medianen Äquivalenzeinkommens pro Person sind die Referenzschwelle für die Klassifizierung eines Haushalts als einkommensschwach. Dieser Wert ist ein zuverlässigerer Indikator als 50 %. Der Median wird durch Extremwerte oder Stichprobenschwankungen weniger beeinflusst als der Durchschnittswert. Für Finnland und Schweden liegen keine Daten vor.

⁽²⁾ Unzuverlässige oder unsichere Daten.

⁽³⁾ Im Ruhestand oder für den Arbeitsmarkt nicht verfügbar.

Quelle: Eurostat-Datenbank New Cronos (Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft).

2.7.2 Gegenüberstellung der objektiven und der subjektiven Armut

	Indikator für Armutsrisiko				Indikator für subjektive Armut
	% Personen in von Armut bedrohten Haushalten (⁽¹⁾)				% Personen, die sich selbst als arm betrachten (⁽²⁾)
	1995	1996	1997	1998	2001
B	17	6	15	16	32
DK	12	10	8	9	9
D	17	15	15	16	14 ⁽³⁾
EL	22	21	23	22	54
E	20	19	20	19	34
F	16	17	16	18	30
IRL	19	20	20	17	24
I	20	19	19	20	41
L	12	12	–	–	8
NL	11	12	11	12	18
A	13	14	13	13	16
P	23	22	24	20	66
FIN	–	8	8	–	30
S	–	–	9	10	20
UK	21	17	22	21	27

⁽¹⁾ Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft, Referenzschwelle für Armutsrisiko: 60 % des nationalen medianen Einkommens, modifizierte OECD-Skala, bei der der erste Erwachsene des Haushalts mit 1, andere Mitglieder des Haushalts ab 14 Jahren mit 0,5 und Kinder unter 14 Jahren mit 0,3 gewichtet werden.

⁽²⁾ Eurobarometer 56.1, Soziale Prekarität und soziale Integration, 2001. Die Werte geben den prozentualen Anteil der Personen wieder, deren Nettogehaltseinkommen nach eigener Einschätzung nicht die unbedingt erforderliche Höhe zur Gewährleistung eines angemessenen Lebensstandards erreicht.

⁽³⁾ Alte Bundesländer: 11 %, neue Bundesländer: 24 %.

Quelle: Gallie, D. und Paugam, S. (2002), „Social Precarity and Social Integration“, Bericht für Europäische Kommission auf der Basis von Eurobarometer 56.1.

(%)

IRL		I		L		A		P		UK		
1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	
11	11	20	24 (*)	45	41	26	14	31	28	19	22	Erwerbstätig
9	10	23	26	33	15	18	16	25	20	14	15	Kann sich kein Auto leisten
8	8	18	21	30	18	14	10	20	17	13	11	Kann sich keinen 1-wöchigen Urlaub leisten
												Finanzielle Schwierigkeiten
												Arbeitslos
47	37	69	49		:	56	46	48	30	60	57	Kann sich kein Auto leisten
47	40	58	56		:	42	44	38	29	56	59	Kann sich keinen 1-wöchigen Urlaub leisten
42	38	53	54		:	38	34	34	27	53	58	Finanzielle Schwierigkeiten
												Nicht Erwerbstätige (?)
38	31	27	26	38	36	37	31	47	45	44	44	Kann sich kein Auto leisten
33	31	33	35	48	40	27	27	39	35	42	42	Kann sich keinen 1-wöchigen Urlaub leisten
28	27	28	31	43	39	22	19	33	30	37	36	Finanzielle Schwierigkeiten

3 RISIKEN IN ZUSAMMENHANG MIT UMWELT, ARBEITSBEDINGUNGEN, FREIZEIT UND VERKEHR

3.1 Umwelt

3.1.1 Schwefeldioxidemissionen

Anthropogene Emissionen (Emissionen, die durch den Menschen infolge natürlicher Prozesse in die Umwelt freigesetzt werden) von Schwefeldioxid (SO₂) sind mitverantwortlich für die Übersäuerung und für das phasenweise Auftreten von Wintersmog, infolgedessen vermehrt Atemwegsbeschwerden zu beobachten sind (Europäische Kommission 2001a). Darüber hinaus wurde SO₂ als Ursache für die Beeinträchtigung der Sichtverhältnisse ermittelt, die auf die Konzentration von Aerosol-Sulfaten in der Atmosphäre zurückzuführen ist. Im Zeitraum 1980-1998 gingen die Pro-Kopf-Emissionen immerhin um 68 % zurück (3.1.1). Am höchsten waren die Emissionen im Jahr 1998 in Griechenland (51 Einheiten pro Kopf) und Irland (48), am niedrigsten lagen die gemessenen Werte in Schweden und Österreich (jeweils 6). In Österreich wurde während dieses Zeitraums mit 89 % zugleich der stärkste Rückgang der Emissionen verzeichnet. Die gegenwärtig vorgeschlagene EU-Richtlinie über nationale Emissionshöchstgrenzen sieht für EU-15 eine Verringerung der Emissionen von 77 % für den Zeitraum 1990-2010 vor. Aus der Tabelle geht hervor, dass in der Europäischen Union bereits ein Emissionsrückgang um 53 % erreicht wurde und dass Dänemark und Luxemburg den Zielwert bereits weitgehend erreicht haben. Der überwiegende Anteil der SO₂-Emissionen entfiel im Jahr 1998 auf die Energiewirtschaft (65 %), während der Verkehrssektor (5 %) weniger ins Gewicht fällt. Ein Grund für die sinkenden Emissionswerte ist auch in der rückläufigen Verfeuerung von Braunkohle (insbesondere in

Daten zu Schwefeldioxidemissionen werden von der **EUA (Europäische Umweltagentur)** im Rahmen der jährlichen Clrtap-Erhebung (UNECE Convention on Long Range Transboundary Air Pollution/UN/ECE-Übereinkommen über weiträumige, grenzüberschreitende Luftverunreinigung) erfasst. Wichtigste anthropogene Emissionsquellen sind in diesem Bereich die Verbrennung von Stein- und Braunkohle sowie von Mineralölerzeugnissen. Die SO₂-Gesamtemissionen sind unmittelbar von der Menge des in fossilen Brennstoffen enthaltenen Schwefels und von den eingesetzten Entschwefelungstechniken abhängig. Soweit keine Details zum Schwefelgehalt oder zum Wirkungsgrad der Entschwefelungstechniken vorliegen, werden Standard-Emissionsfaktoren bei der näherungsweise Ermittlung der SO₂-Emissionen angesetzt.

Deutschland) zu sehen. Demgegenüber führte die zunehmende Abhängigkeit von Braunkohle bei der Elektrizitätserzeugung in Griechenland dazu, dass dort die Pro-Kopf-Emissionen den höchsten Stand in der gesamten EU erreichten. Weitere Faktoren, die zum Rückgang der Schwefeldioxidemissionen in der EU beitragen, sind die zunehmende Nutzung von Kernkraft sowie die europäische Gesetzgebung, die auf die Senkung des Schwefelgehalts in Kraftstoffen abzielt.

3.1.2 Stickoxidemissionen (NO_x)

Stickoxide können in der Atmosphäre über große Entfernungen transportiert werden und sich viele Kilometer von ihrer Entstehungsquelle entfernt niederschlagen (Europäische Kommission 2001a). Stickoxide sind mitverantwortlich für eine Vielzahl unterschiedlicher Probleme, so u. a. die Übersäuerung, Eutrophierung und steigende Konzentrationen von Fotooxidantien in der Atmosphäre, was zum phasenweisen Auftreten fotochemischen Smogs führt. Lokal begrenzte Emissionen in Großstadtgebieten mit hoher Verkehrsdichte ziehen auch Folgewirkungen auf die Gesundheit der Menschen nach sich. Im 1988 unterzeichneten Protokoll von Sofia wurden Zielwerte zur Stabilisierung der NO_x-Emissionen auf dem Niveau von 1987 festgelegt, die bis zum Jahr 1994 erreicht sein sollten. Wie aus Tabelle 3.1.2 hervorgeht, lagen die Emissionsniveaus der meisten Mitgliedstaaten der EU 1998 deutlich unter den Werten von 1987 bzw. 1980. Gegenwärtig sind die Emissionswerte der EU-Mitgliedstaaten in Finnland (49 kg pro Kopf), Dänemark (44) und Luxemburg (40) am höchsten; im EU-Durchschnitt liegen die Emissionen bei 28 kg pro Kopf. Weitere Zielvorgaben für die NO_x-Emissionen wurden durch das Göteborg-Protokoll von 1999 festgelegt. Hierin wird eine Verringerung der Werte von 1990 um 49 % bis zum Jahr 2010 angestrebt. Einige Mitgliedstaaten, vor allem Deutschland und Schweden, sind auf diesem Weg schon sehr weit fortgeschritten.

Hauptverursacher von NO_x-Emissionen sind in der EU der Straßenverkehr, Elektrizitätskraftwerke, weitere mobile Emissionsquellen sowie die Industrie. Annähernd die Hälfte aller anthropogenen NO_x-Emissionen entsteht durch die Verbrennung fossiler Kraftstoffe in Kraftfahrzeugen. Diese Emissionen gingen seit 1980 zwar um 25 % zurück und auch die Emissionen von Kraftwerken und in der Industrie wurden deutlich verringert, das Haupthindernis auf dem Weg zu einem weiteren Emissionsrückgang ist jedoch der stetig steigende Verbrauch an Otto- und Dieselmotoren im Straßenverkehr. Mit der zunehmenden Einführung von Katalysatoren sinken jedoch auch hier die Emissionen, und vor allem in den nächsten Jahren dürfte diese Technik noch erheblich deutlichere Auswirkungen mit sich bringen.

Daten zu Stickoxidemissionen werden von der **EUA (Europäische Umweltagentur)** im Rahmen der jährlichen Clrtap-Erhebung (UNECE Convention on Long Range Transboundary Air Pollution / UN/ECE-Übereinkommen über weiträumige, grenzüberschreitende Luftverunreinigung) erfasst. Zu den Stickoxiden (NO_x) zählen sowohl NO als auch NO_2 , aus Gründen der Vergleichbarkeit werden die NO_x -Emissionen hier jedoch in NO_2 -Einheiten gemessen. Stickoxidemissionen entstehen insbesondere durch die Reaktion von Stickstoff und Sauerstoff bei der Verbrennung fossiler Brennstoffe und von Biomasse sowie durch verschiedene Produktionsabläufe. NO_x -Emissionen großer, punktueller Emissionsquellen werden einzeln gemeldet oder — falls diese Angaben nicht verfügbar sind — anhand der Daten über die Wirtschaftstätigkeit geschätzt. Voraussetzung für genaue Schätzungen sind detaillierte Angaben zu den Merkmalen der Verbrennungsbedingungen und -prozesse, allerdings liegen diese Detaildaten häufig nur in mangelhafter Güte vor. Weitere Arbeiten seitens der Clrtap/EMEP sind noch notwendig, um bessere Schätzungen zu erreichen. Beim EMEP handelt es sich um das kooperative Programm zur Überwachung und Auswertung weiträumiger Luftschadstofftransporte in Europa.

Im Jahr 1988 wurde das **Protokoll** über die Stabilisierung der Stickoxidemissionen bzw. deren grenzüberschreitender Ströme in **Sofia** (Bulgarien) verabschiedet. In diesem Protokoll ist als erster Schritt das Einfrieren der Stickoxidemissionen bzw. deren grenzüberschreitender Ströme vorgeschrieben. Als allgemeines Bezugsjahr gilt 1987 (eine Ausnahme bilden lediglich die Vereinigten Staaten, die ihre Emissionsziele anhand des Bezugsjahres 1978 messen wollen).

In **Göteborg** (Schweden) wurde 1999 ein **Protokoll** zur Bekämpfung von Versauerung, Eutrophierung und bodennahem Ozon angenommen. In diesem Protokoll werden die Emissionsgrenzwerte für das Jahr 2010 für vier Schadstoffe festgelegt: Schwefel, NO_x , VOC und Ammoniak. Diese Grenzwerte wurden auf der Grundlage wissenschaftlicher Untersuchungen der Auswirkungen von Schadstoffemissionen und der Bekämpfungsmöglichkeiten vereinbart. Die Unterzeichnerparteien, deren Emissionen besonders schwer wiegende Folgen für Umwelt oder Gesundheit mit sich bringen, deren Emissionen sich aber relativ kostengünstig verringern lassen, müssen die drastischsten Emissionsenkungen vornehmen. Nach vollständiger Umsetzung des Protokolls dürften sich in Europa die Schwefelemissionen gegenüber 1990 um mindestens 63 %, die NO_x -Emissionen um 41 %, die VOC-Emissionen um 40 % und die Ammoniakemissionen um 17 % verringert haben. Unter Eutrophierung sind übermäßige Anreicherung der Gewässer mit Nährstoffen und die damit einhergehenden nachteiligen biologischen Auswirkungen zu verstehen.

3.1.3 Kohlendioxidemissionen (CO_2)

Durch die Tätigkeit des Menschen, insbesondere durch die Verbrennung fossiler Brennstoffe, steigt die Konzentration von Treibhausgasen wie Kohlendioxid und Methan in der Atmosphäre. Dadurch wird immer mehr Wärme eingeschlossen und die globalen Temperaturen steigen weiter (Europäische Kommission 2001a). Im Protokoll von Kyoto von 1997 verpflichteten sich die EU und ihre Mitgliedstaaten, die Emissionen einer Gruppe von sechs Treibhausgasen bis zum Zeitraum 2002-2012 gegenüber den Werten von 1990 um 8 % zu senken. Wichtigster Schadstoff dieser Gruppe ist Kohlendioxid (CO_2), wobei als wichtigste anthropogene Emissionsquelle dieses Gases die Verbrennung fossiler Brennstoffe — in Kraftwerken, in der Industrie, im Haushalt oder im Verkehr — zu nennen ist. Die Pro-Kopf-Kohlendioxidemissionen in der EU gingen zwar im Zeitraum 1990-1998 um 3 % zurück (**3.1.3**), doch in elf der 15 Länder stiegen die Emissionen im gleichen Zeitraum an, insbesondere in Portugal (Anstieg um 18 %) und Irland (Anstieg um 20 %). Lediglich in Deutschland (Rückgang der Emissionen um 16 %), Luxemburg (55 %) und im Vereinigten Königreich (7 %) war aus unterschiedlichen Gründen ein nennenswerter Rückgang zu verzeichnen. So war der Rückgang im Vereinigten Königreich beispielsweise auf die Umstellung von Kohle auf Gas bei der Stromerzeugung zurückzuführen. Der überwiegende Teil der CO_2 -Emissionen entfällt in der EU auf vier Hauptbereiche. Wichtigster Bereich ist der Energiesektor (32 % der Gesamtemissionen im Jahr 1998); hier wurden in den letzten Jahren auch die deutlichsten

Daten zu CO_2 -Emissionen werden durch die **EUA (Europäische Umweltagentur)** in der Jährlichen Bestandsaufnahme der Treibhausgasemissionen in der EU erfasst. Das internationale Verfahren zur Schätzung der Treibhausgasemissionen basiert auf Leitlinien des IPCC (Inter-Governmental Panel on Climate Change/Zwischenstaatlicher Ausschuss über Klimaänderungen). Diese Leitlinien wurden von allen Vertragsstaaten formell im Unfccc (UN Framework Convention on Climate Change/Rahmenübereinkommen der Vereinten Nationen über Klimaänderungen) anerkannt.

Die jüngsten internationalen Bemühungen, mit denen das Problem des Treibhauseffekts angegangen werden soll, gipfelten im **Kyoto-Protokoll**, einer Vereinbarung der Industrienationen zur Senkung der Emissionen von sechs Treibhausgasen [insbesondere Kohlendioxid (CO_2)] über einen bestimmten Zeitraum. Jede der teilnehmenden entwickelten Nationen muss demnach entscheiden, wie sie ihr jeweiliges Ziel zur Emissionsenkung über einen Fünfjahreszeitraum (2008-2012) erreicht; spezielle Grundsatzbestimmungen müssen bei zukünftigen Verhandlungen allerdings erst noch ausgehandelt werden.

Emissionsrückgänge erreicht. Weitere wichtige Sektoren sind Industrie, Verkehr sowie weitere Bereiche, insbesondere Feuerungsanlagen in Wirtschaft und Haushalt.

3.1.4 Emissionen von flüchtigen organischen Verbindungen ohne Methan (NMVOC)

Die Emissionen flüchtiger organischer Verbindungen (VOC) werden aufgrund ihrer unterschiedlichen Auswirkungen auf die Umwelt normalerweise in Methan und Nicht-Methan-VOC (NMVOC) unterteilt (Europäische Kommission 2001a). In Verbindung mit Stickoxiden tragen NMVOC zur Bildung von Fotooxidantien bei und sind somit für die Entstehung von fotochemischem Smog verantwortlich, vor allem während der Sommermonate. NMVOC-Emissionen stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Verwendung organischer Lösungsmittel sowie mit verschiedenen Eigenschaften der zur Energieerzeugung verwendeten fossilen Brennstoffe. Im Cirtap-Protokoll der UNECE von 1999 wurde als Zielwert eine Senkung der VOC-Emissionen um 57 % zwischen 1990 und 2010 festgesetzt. Im Zeitraum 1990-1998 gingen die Pro-Kopf-NMVOC-Emissionen in EU-15 um 25 % zurück; dieser Rückgang war in einigen Mitgliedstaaten (Niederlande, Österreich, Luxemburg und Deutschland) 1998 bereits zu einem

Daten zu NMVOC-Emissionen werden durch die **EUA (Europäische Umweltagentur)** im Rahmen der jährlichen Cirtap-Erhebung (UNECE Convention on Long Range Transboundary Air Pollution/UN/ECE-Übereinkommen über weiträumige, grenzüberschreitende Luftverunreinigung) erfasst. Zu den erfassten Informationen zählen: Menge der für Energiezwecke verwendeten Brennstoffe, Lagerung und Handhabung von Brennstoffen und Kraftstoffen bei Transport und Vertrieb, Menge der in bestimmten Produkten wie z. B. Lacken oder chemischen Reinigungsmitteln enthaltenen Lösungsmittel usw. Emissionsschätzungen sind aufgrund des mangelhaften Bestands an Daten zur Verwendung von Lösungsmitteln nicht sehr zuverlässig. Um dieses Manko zu überwinden, verwenden die Mitgliedstaaten bei der Erstellung ihrer Schätzungen ein „Lösungsmittelbilanzverfahren“ mit angenommenen Emissionsfaktoren.

erheblichen Teil erreicht worden (**3.1.4**). In Griechenland und Portugal stiegen die Emissionen im gleichen Zeitraum allerdings an.

Im Jahr 1998 entfielen 34 % der NMVOC-Emissionen auf den Straßenverkehr, insbesondere in Form von Kraftfahrzeugabgasen sowie freigesetzten Otto-kraftstoffemissionen beim Tankvorgang. In einigen Ländern trug die zunehmende Ausrüstung der Ottomotor-Fahrzeuge mit Katalysatoren zu den rückläufigen Emissionswerten bei. In dem aus Portugal und

Griechenland gemeldeten Anstieg der Emissionswerte kommen das Alter des Fahrzeugbestands in diesen Ländern sowie der Umfang der Nutzung von Straßenfahrzeugen zum Ausdruck. Weitere 38 % der NMVOC-Emissionen entfallen auf den Einsatz von Lösungsmitteln und lösungsmittelhaltigen Produkten sowie auf bei deren Verwendung freigesetzte VOC. In Ländern, in denen der Einsatz von Lösungsmitteln reglementiert ist (Österreich, Deutschland, Belgien), ist ein deutlicher Rückgang der Emissionen aus dieser Quelle festzustellen.

3.1.5 Schwermetall-Luftemissionen

Da sich Schwermetalle nicht zersetzen, sammeln sich alle in die Luft freigesetzten Schwermetalle irgendwann auf der Erde oder im Wasser und lagern sich in Boden, Wasser und Sedimenten ab (Europäische Kommission 2001a). In einem Index für Schwermetall-Luftemissionen (**As-Teq**) werden die Emissionen an Arsen, Kadmium, Chrom, Quecksilber, Nickel und Blei aus Schlüsselprozessen wie z. B. Verbrennungsvorgängen erfasst. Dieser Index basiert auf der Toxizität für den Menschen und auf den Mengen der emittierten Substanzen. Er entwickelte sich zwischen 1985 und 1996 spürbar rückläufig (**3.1.5**), wobei EU-weit in diesen Jahren ein Rückgang von 62 % erreicht wurde. Im Ländervergleich wurden die größten Rückgänge in Deutschland und den Niederlanden erreicht, die geringsten in Luxemburg und Portugal. Nach Eurostat vollzog sich der deutlichste Rückgang im Verkehrssektor, wo die gewichteten Emissionen weniger als ein Fünftel der Werte von 1985 ausmachten. Im Jahr 1985 entfielen auf den Straßenverkehr rund ein Drittel der Indexwerte, im Jahr 1995 jedoch aufgrund der Abschaffung von verbleitem Kraftstoff nur noch 13 %. Die rückläufige Entwicklung der Emissionen im Energiesektor rührte aus der Entwicklung weg vom Einsatz von Braunkohle in der ehemaligen DDR und aus dem zunehmenden Einsatz von Partikelfiltern (auch zur Filterung von Schwermetallpartikeln) bei den Rauchgasemissionen in Kraftwerken her.

Im industriellen Bereich fallen Schwermetallemissionen in erster Linie bei der Verbrennung von Brennstoffen sowie bei Eisen- und Stahlerzeugungsprozessen an; in letzterem Bereich gingen die gewichteten Emissionen zwischen 1985 und 1995 um 40 % zurück. In Haushalten verringerten sich die gewichteten Schwermetallemissionen im gleichen Zeitraum um 29 % — als Ergebnis der zunehmenden Abkehr von der Verwendung von Stein- und Braunkohle in Hausfeuerungsanlagen. Im Cirtap-Protokoll von 1998 zu Kadmium, Blei und Quecksilber ist festgelegt, dass die einzelnen Länder die Emissionen dieser drei Metalle unter das Niveau von 1990 zu senken haben. In Tabelle **3.1.5** geht aus dem As-Teq-Indikator, in dem Arsen und

Nickel sowie die drei vorstehenden Metalle enthalten sind, hervor, dass dieser Rückgang in allen Mitgliedstaaten außer Luxemburg erreicht ist.

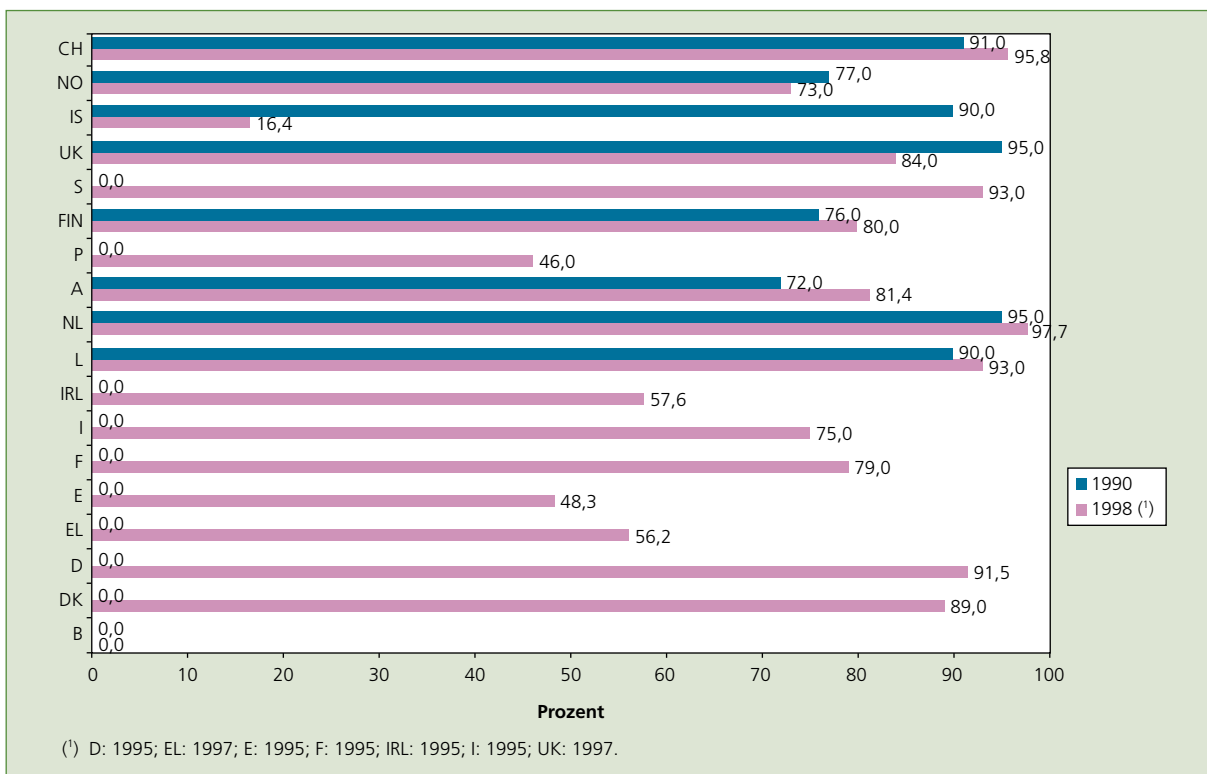
Der **As-Teq-Indikator** (der vom **Öko-Institut** Darmstadt entwickelt und von **Eurostat** verbreitet wurde) soll ein Maß für die Gesamtmengen an Schwermetallen vermitteln, die aus den wichtigsten Quellen in EU-15 in die Luft emittiert werden. Bei der Anlage dieses Indikators wird zwischen Substanzen mit potenziell karzinogener Wirkung sowie Substanzen mit ausschließlich langfristig toxischer Wirkung unterschieden. Karzinogene Substanzen werden nach ihren Einheits-Risikowerten gewichtet, letztere Substanzen dagegen nach ihrer chronischen Toxizität. Das Schwermetall Arsen gilt dabei als Bezugssubstanz, d. h. 1 g As = 1 g As-TEQ. Bei der Berechnung der Indexzahl wurden folgende Prozesse einbezogen: öffentliche Energie- und Wärmegewinnung aus Steinkohle; Braunkohle und Flüssigbrennstoffe; industrielle Verbrennung von Steinkohle; Straßenverkehr; Eisen- und Stahlindustrie; Müllverbrennung sowie Verbrennung von Festbrennstoffen in Haushalten. Die Emissionsdaten von Schwermetallen können bei ein und demselben Energieträger im Jahresvergleich erheblich variieren. Da die Daten für 1985 erwiesenermaßen mit Vorsicht zu behandeln sind, wird hier der Zehn-Jahres-Vergleichszeitraum 1986 bis 1995 zugrunde gelegt.

3.1.6 Anschluss der Bevölkerung an das Kanalisationsnetz

Organische Schadstoffe in Haushaltsabwässern (und Industrieabwässern) werden durch Oxidation, d. h. durch Kontakt mit Luft, behandelt. Um dies zu erreichen, werden die unbehandelten Abwässer über das Kanalisationsnetz gesammelt und abgeführt. Seit 1990 stieg der Anteil der an das Kanalisationsnetz angeschlossenen Bevölkerung in einigen Mitgliedstaaten erheblich an, insbesondere in Portugal (von 55 % auf 82 %) und in Österreich (von 72 % auf 81 %). In allen EU-Mitgliedstaaten (**3.1.6**), für die Daten vorlagen, waren 1998 mindestens 80 % der Bevölkerung an ein Kanalisationssystem angeschlossen, in einigen Ländern (Niederlande, Vereinigtes Königreich) lag dieser Anteil sogar noch wesentlich höher.

Daten zum Anteil der an das Kanalisationsnetz angeschlossenen Bevölkerung werden von **Eurostat** zur Verfügung gestellt; Eurostat erfasst hierfür die Informationen der Mitgliedstaaten. Wie aus Abb. **3.1.6** hervorgeht, wurden diese Detailangaben von einigen Ländern in letzter Zeit nicht bzw. noch überhaupt nicht gemeldet.

3.1.6 Prozentsatz der Bevölkerung mit Anschluss an das Kanalisationsnetz (mit Aufbereitung) 1990 und 1998



Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Umwelt und Energie).

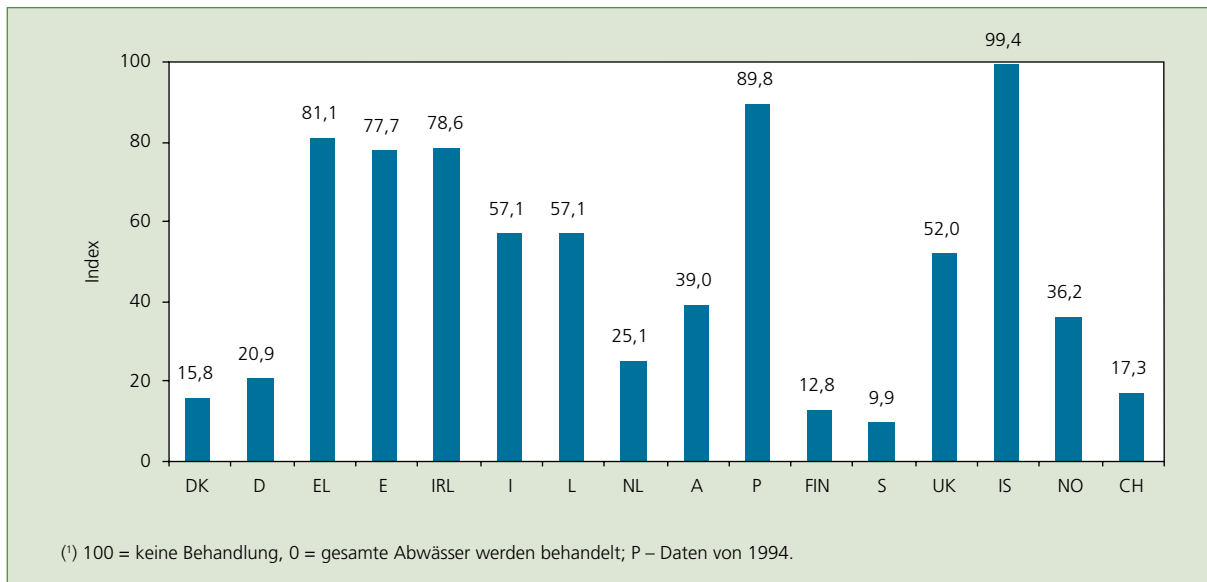
3.1.7 Behandlung kommunaler Abwässer

In der Freisetzung unbehandelter kommunaler Abwässer ist eine gravierende Ursache für die Verschmutzung von Oberflächengewässern zu sehen, die erhebliche Probleme durch Eutrophierung (Überdüngung), steigende Bakterienkonzentrationen, Sauerstoffmangel und zunehmende Nährstoffkonzentration nach sich zieht (Europäische Kommission 2001a). In Stadtgebieten kann es infolge überlaufender Kanalisationen oder durch direkten Ablauf von Regenwasser über separate Abwasserkanäle zu schweren Verunreinigungen kommen. Um den Grad der Behandlung kommunaler Abwässer zu überwachen, wird in der obigen einfachen Maßzahl der Prozentsatz der an Abwas-

serkläranlagen angeschlossenen Bevölkerung zugrunde gelegt. Von Eurostat wurde allerdings ein komplexerer Indikator erstellt, bei dem die verschiedenen Behandlungsarten entsprechend ihrer Fähigkeit, die wichtigsten Schadstoffe abzubauen, gewichtet werden (siehe Europäische Kommission 2001, S. 150-153). Dieser Indikator basiert auf der Gewichtung unterschiedlicher Abwasserbehandlungsarten. Er reicht von 0 (d. h., die gesamten Abwässer werden einer tertiären Behandlung unterzogen) bis zu 100 (d. h., es erfolgt überhaupt keine Abwasserbehandlung).

Im Jahr 1995 war der Anteil der einer tertiären Behandlung unterzogenen Abwässer in Schweden (Index 10), Dänemark (16) und Deutschland (21)

3.1.7 Kommunaler Abwasserbehandlungsindex, 1995 (¹)



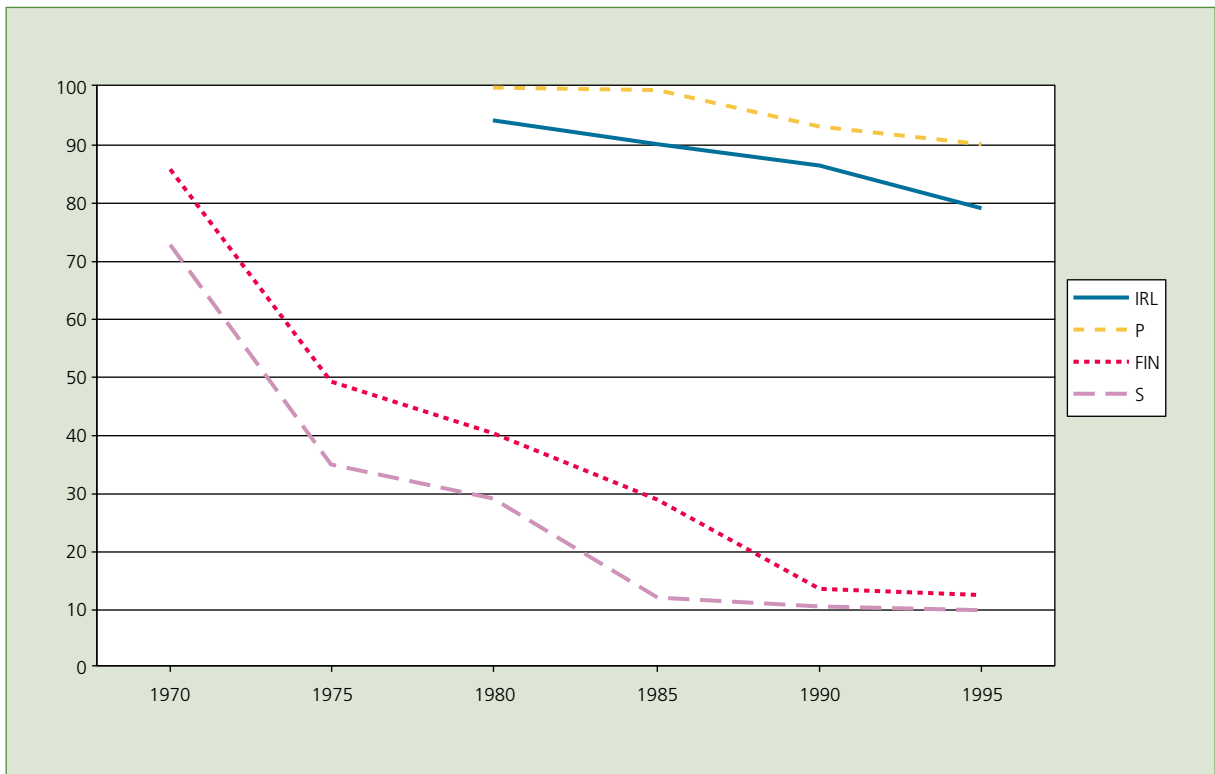
Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Umwelt und Energie).

am höchsten, während am anderen Ende jene Länder standen, in denen eine tertiäre Behandlung am seltensten war: Irland (Index 79), Griechenland (81) und Portugal (90) (3.1.7).

Da bei den Schätzungen für alle Mitgliedstaaten die gleichen Gewichtungen verwendet wurden, müsste der Indexwert jener Länder mit effizienteren Abwasserbehandlungsanlagen niedriger sein. In Wirklichkeit variieren die Wirkungsgrade allerdings von Land zu Land, d. h., aus dem Index lassen sich eher Trends in den einzelnen Mitgliedstaaten ablesen. Wie aus Abb. 3.1.8 und 3.1.9 hervorgeht, ging der Index in einigen Ländern seit 1970 erheblich zurück, da ein zunehmend höherer Bevölkerungsanteil an Kläranlagen angeschlossen ist und wirksamere Behandlungsverfahren zur Anwendung kommen. Generell wurden weit reichende Verbesserungen erzielt, vor allem in Finnland, Schweden, Deutschland, den Niederlanden und Dänemark.

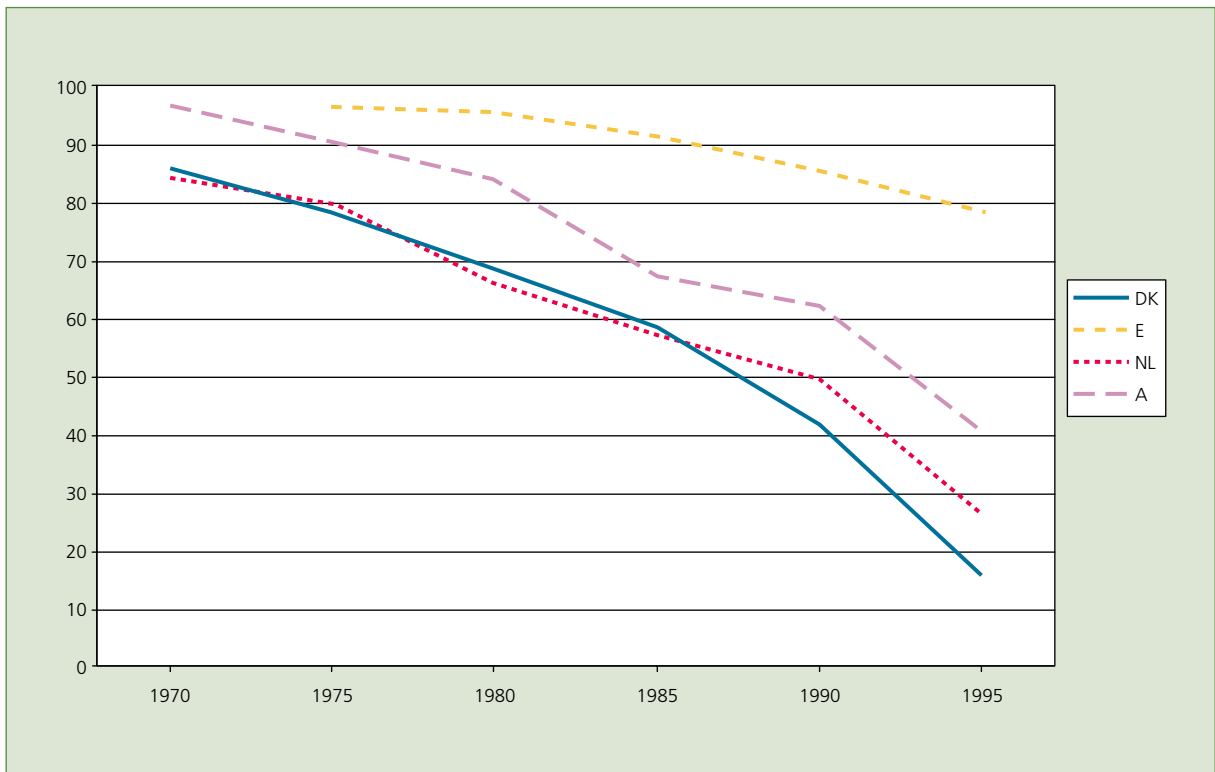
Der Abwasserbehandlungsindex wurde im Auftrag von **Eurostat** durch externe Beratungsunternehmen entwickelt, zu denen TAU (Madrid), EMAIL (Leiden), Öko-Institut (Darmstadt) und DHI (Horsholm, Dänemark) zählen. Für jedes Land bzw. Jahr wird in diesem Index ein Bestand an Gewichtungen auf Grundlage des theoretischen Wirkungsgrads für die Entfernung von Stickstoff, Phosphor und sowie des biochemischen Sauerstoffbedarfs (BSB) für die einzelnen Behandlungsarten zugrunde gelegt. Die Reinigungswirkungsgrade stellen Durchschnittswerte dar, und es werden für alle Mitgliedstaaten der EU die gleichen Gewichtungen verwendet. Diese Gewichtungen sind: 0 für tertiäre Abwasserbehandlung (die beste verfügbare Technologie), 0,49 für sekundäre Behandlung, 0,86 für primäre Behandlung und 1, falls keine Abwasserbehandlung erfolgt. Die Gewichtungen wurden auf den Prozentsatz der an die verschiedenen Arten der Abwasserbehandlungsanlagen angeschlossenen Bevölkerung und den Prozentsatz der Bevölkerung ohne Kläranlagenanschluss angewandt.

3.1.8 Kommunalen Abwasserbehandlungsindex, IRL, P, FIN, S, 1970-1995



100 = keine Behandlung; 0 = Tertiärbehandlung der gesamten Abwässer.
 Quelle: Eurostat, aktualisiert durch TAU.

3.1.9 Kommunalen Abwasserbehandlungsindex, DK, E, NL, A, 1970-1995



100 = keine Behandlung; 0 = Tertiärbehandlung der gesamten Abwässer.
 Quelle: Eurostat, aktualisiert durch TAU.

3.1.8 Partikelemissionen

Hohe Partikelkonzentrationen in der Atmosphäre bedeuten eine Gefahr für die menschliche Gesundheit, insbesondere Partikel mit einer Größe unter 10 µm, die für Herz- und Lungenerkrankungen verantwortlich gemacht werden. Schwebstoffpartikel führen in Verbindung mit hohen Schwefeldioxidkonzentrationen zu phasenweisem Auftreten von Wintersmog in Gegenden mit geringen Windgeschwindigkeiten und Temperaturinversion (Europäische Kommission 2001a). Werden derartige Partikel eingeatmet, dringen sie tief in die Lungen ein und führen zu Gesundheitsbeeinträchtigungen, da Menschen, die an chronisch obstruktiver Atemwegserkrankung (COPD — Chronic Obstructive Pulmonary Disease) oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen leiden, dadurch in besonderem Maße belastet werden; die Partikelemissionen führen zugleich zu einer Verschlechterung der Sichtverhältnisse. Bei den feineren Partikeln handelt es sich überwiegend um Kohlenstoff und Aerosole. Erstere Substanz fällt als Ruß aus der unvollständigen Verbrennung von Brenn- und Kraftstoffen an, insbesondere von Dieselmotoren und Holz. Größere Emissionsprodukte entstehen insbesondere aus mechanischen Prozessen wie Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden sowie anderen Industrieprozessen.

Emissionsraten wurden für die EU als Schätzwerte ermittelt, allerdings fehlen für zahlreiche Mitgliedstaaten noch Daten. Aufgrund von Unterschieden in den einzelstaatlichen Definitionen und Methodiken sowie unterschiedlich festgesetzten Größenschwellenwerten sind die Daten in **3.1.10** eher für die Mitverfolgung von Entwicklungstrends als für den Vergleich einzelner Länder geeignet. In den meisten Ländern, zu denen fortlaufende Daten vorliegen, gingen die Partikelemissionen im Zeitraum 1980-1996 zurück, insbesondere durch die rückläufige Verwendung von Kohle in Heizanlagen und Kraftwerken. Gleichzeitig stiegen die Emissionen im Straßenverkehr, insbesondere durch Dieselfahrzeuge, weiter an. Diese Entwicklung bereitet besondere Sorge, auch wenn die Trends in einzelnen Ländern möglicherweise ein ganz anderes Bild ergeben.

Daten zu Partikelemissionen werden in einem gemeinsamen Fragebogen von **Eurostat und der OECD** erhoben. Das gegenwärtige Interesse an diesen Emissionen konzentriert sich überwiegend auf sehr feine, atemwegsgängige Partikel, da bei diesen eine Beeinträchtigung der Gesundheit wahrscheinlich ist. Die Partikelemissionen werden anhand von Brennstoffverwertungs- und Emissionsfaktoren berechnet, die je nach Verbrennungsprozess variieren.

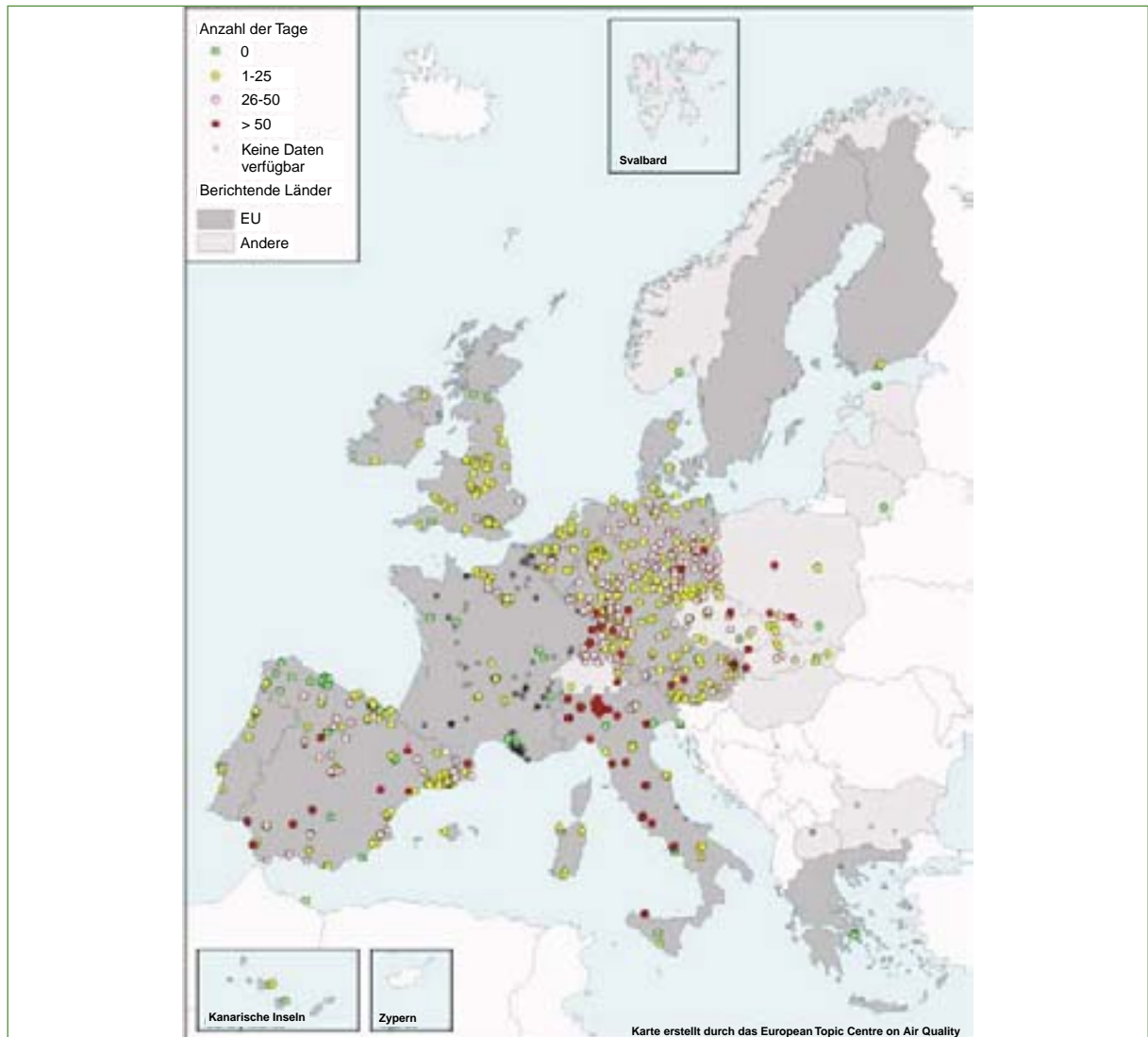
3.1.9 Luftverunreinigung durch Ozon

Troposphärisches Ozon ist ein Luftschadstoff, der nicht unmittelbar emittiert wird, sondern durch die Reaktion von Vorläufersubstanzen wie Stickoxiden und flüchtigen organischen Verbindungen (VOC) unter Einwirkung von Sonnenlicht entsteht. Ozon ist also ein fotochemisches Oxidans, das für die Entstehung von fotochemischem Smog als Gesundheitsgefahr verantwortlich ist. Bei Menschen, die hohen Ozonkonzentrationen ausgesetzt sind, können Entzündungsreaktionen und Verringerungen der Lungenfunktion auftreten. Als Symptome wurden Husten, Brustschmerzen, Atembeschwerden, Kopfschmerzen und Augenreizungen beobachtet.

Aufgrund einer EU-Richtlinie des Rates von 1994 sind die Mitgliedstaaten verpflichtet, die Ozonkonzentrationen zu überwachen und detaillierte Angaben zu Zeiträumen vorzulegen, in denen die Konzentrationen die vereinbarten Schwellenwerte überschreiten (EUA 2001). Der Schwellenwert für den Schutz der menschlichen Gesundheit liegt bei 110 µg/m³ als Durchschnittswert eines Acht-Stunden-Zeitraums. Die Ozonkonzentrationen erreichen nachmittags, wenn die Intensität der Sonnenlichteinstrahlung am höchsten ist, normalerweise ihren Höchstwert, d. h., die Zeiten zwischen 12 Uhr mittags und 20 Uhr gelten als der geeignetste Zeitraum für die Messung der Tageshöchstkonzentrationen. Aus den Daten für das Jahr 1999 geht hervor, dass der Schwellenwert am häufigsten in den städtischen Ballungsgebieten Italiens (insbesondere in Norditalien) sowie in einigen Gegenden Deutschlands und Spaniens erreicht wurde (**3.1.11**).

In ländlichen Regionen zeigte sich ein ähnliches Bild, allerdings wurden auch in Teilen Österreichs diese Konzentrationsniveaus häufig erreicht (**3.1.12**). Nach Auffassung der EUA sind diese höheren Messwerte aus Österreich möglicherweise auf die Höhenlage der Messstationen zurückzuführen. Außerdem wurde von der EUA gemeldet, dass 42 % der Bevölkerung der EU im Jahr 1999 an 1 bis 25 Tagen im Jahr Konzentrationen über 110 µg/m³ ausgesetzt waren, 12 % sogar an 50 Tagen oder mehr. In der EU-Ozonrichtlinie wurden Zielwerte vorgegeben, allerdings sind diese als eine Konzentration von 120 µg/m³ angegeben, die an nicht mehr als 20 Tagen im Jahr überschritten wird. Die Daten von 1999 können zwar nicht ohne weiteres mit dem Zielwert verglichen werden, die EUA vertritt allerdings die Auffassung, dass der Schwellenwert, ab dem ein Risiko für die menschliche Gesundheit besteht, in diesem Jahr innerhalb der EU überschritten wurde.

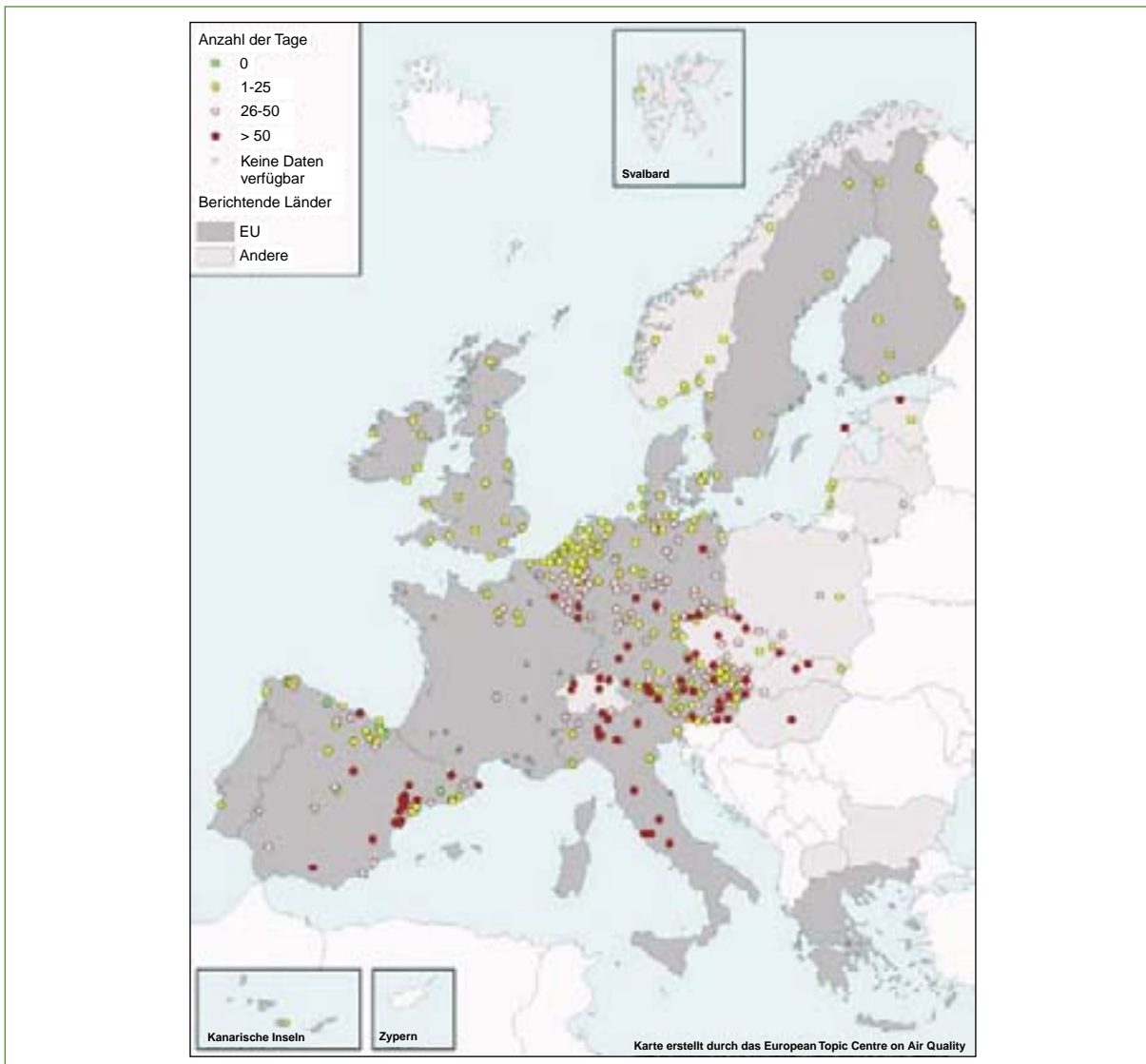
3.1.11 Zahl der Tage, an denen der Ozonschwellenwert von $110 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (12-20h) überschritten wurde ⁽¹⁾, Innenstadtgebiete, Straßen und andere Messstationen, 1999



⁽¹⁾ Der Schwellenwert der Ozonbelastung zum Schutz der Gesundheit beträgt $110 \mu\text{g}/\text{m}^3$; die Karte zeigt die Zahl der Tage, an denen 1999 an den Messstationen dieser Schwellenwert zwischen 12 und 20 Uhr überschritten wurde.

Quelle: Europäische Umweltagentur, Themenbericht Nr. 1/2001.

3.1.12 Zahl der Tage, an denen der Ozonschwellenwert von $110 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (12-20h) überschritten wurde (¹), ländliche Messstationen, 1999



(¹) Der Schwellenwert der Ozonbelastung zum Schutz der Gesundheit beträgt $110 \mu\text{g}/\text{m}^3$; die Karte zeigt die Zahl der Tage, an denen 1999 an den Messstationen dieser Schwellenwert zwischen 12 und 20 Uhr überschritten wurde.

Quelle: Europäische Umweltagentur, Themenbericht Nr. 1/2001.

Informationen zur Luftverunreinigung durch Ozon werden durch das European Topic Centre on Air Quality als Vertragspartner der **EUA (Europäische Umweltagentur)** erstellt. Im Jahr 1999 wurden Informationen von 1 451 Überwachungsstationen gemeldet, wovon sich 1 304 in Mitgliedstaaten der Europäischen Union befanden. Von letzteren Stationen waren 346 in ländlichen Gegenden aufgestellt, 563 in Stadtgebieten, 266 an Straßen und 129 in Industriegebieten oder an nicht näher bezeichneten Standorten.

3.1.10 Lärmbelastung

Verkehrslärm: Belastung und Belästigung

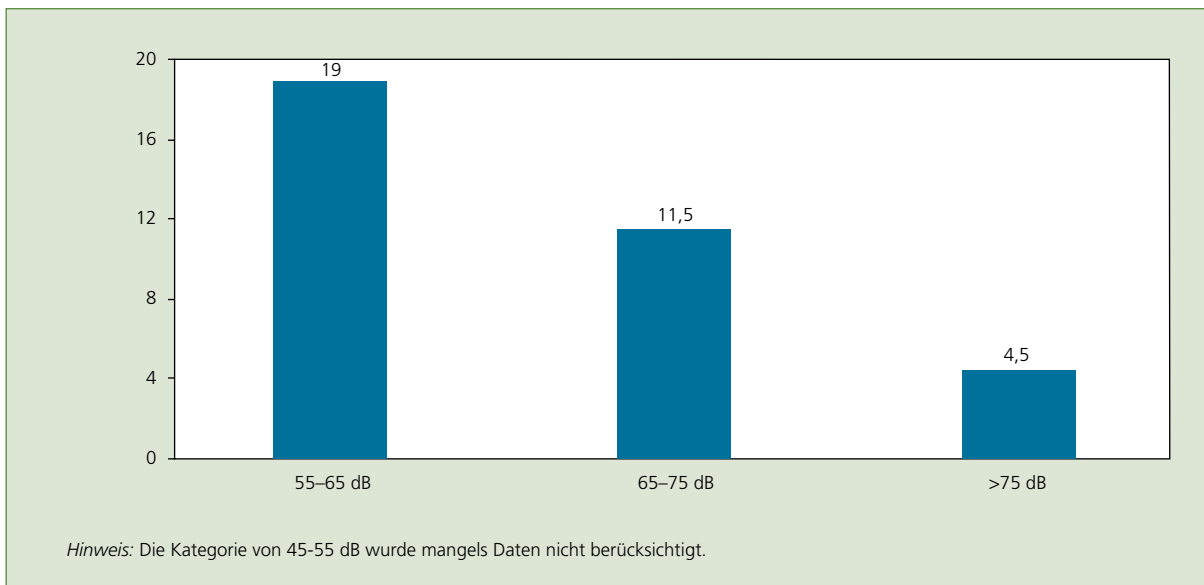
Lärm ist ein ernstes Problem — Geräuschpegel über 40 Ldn dB(A) führen zur Beeinträchtigung des

Wohlbefindens, und es gilt als erwiesen, dass Geräuschpegel über 60 Ldn dB(A) zu einer körperlichen und physiologischen Gesundheitsbeeinträchtigung führen können (EUA 2001). In den beiden vergangenen Jahrzehnten ging die Geräuschentwicklung sämtlicher Fahrzeuggattungen zwar deutlich zurück, doch sind heute aufgrund der raschen Zunahme des Verkehrsaufkommens — insbesondere des Luft- und Straßenverkehrs — mehr als 120 Millionen Menschen in der EU unmittelbar vor ihrem eigenen Haus Lärmpegeln von mehr als 55 Ldn dB(A) ausgesetzt. Dies entspricht mehr als 30 % der Bevölkerung der EU (**3.1.13**); mehr als 50 Millionen Menschen erleben sogar regelmäßig Lärmpegel von mehr als 65 Ldn dB. Schätzungsweise 10 % der Bevölkerung der EU sind Schienenverkehrslärm von mehr als 55 LAeq dB ausgesetzt. Am

unsichersten sind die Daten zur Lärmbelastung durch Fluglärm, allerdings geht aus Untersuchungen hervor, dass 10 % der gesamten Bevölkerung

der EU unter als extrem belästigend empfundenem Flugverkehrslärm zu leiden haben.

3.1.13 Anteil der Bevölkerung, die unterschiedlichen Straßenverkehrslärmpegeln ausgesetzt ist (EU), % der EU-Gesamtbevölkerung



Quelle: Europäische Umweltagentur, 1999.

Lärmbelastung bedeutet eine physiologische und psychologische Belastung des Menschen. Ein Lärmpegel über 40 dB LAeq kann zur Beeinträchtigung des Wohlbefindens führen; bei Lärmpegeln von 50 dB LAeq fühlen sich die meisten Menschen mäßig gestört, während 55 dB LAeq als erhebliche Störung empfunden werden. Lärmpegel über 65 dB LAeq sind gesundheitsschädlich (WHO, 1999). Die Lärmemissionsgrenzwerte der EU wurden seit 1972 erheblich verschärft; in den EU-Rechtsvorschriften sind heute zulässige Geräuschhöchstwerte für Kraftfahrzeuge, Motorräder und Flugzeuge festgelegt. Aufgrund mangelnder methodischer Konsistenz (nicht harmonisierte Indizes und ungeeignete Prüfverfahren für Kraftfahrzeuge) kommen die Bemühungen im Bereich der Geräuschbegrenzung in Stadtgebieten allerdings nur mühsam voran, und die Genauigkeit der Lärmbewertungen ist erheblich beeinträchtigt. Von der Europäischen Kommission wurde zu diesem Thema die Richtlinie 2002/49/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. Juni 2003 über die Bewertung und Bekämpfung von Umgebungslärm angenommen.

Belastung durch Fluglärm

Fluglärm unterscheidet sich von dem kontinuierlich fluktuierenden Geräuschniveau des Straßenverkehrslärms insofern, als er sich in erster Linie durch plötzliche Spitzen beim Lande- und Startvorgang der Luftfahrzeuge bemerkbar macht (ECAC 1997). Beschäftigte an Flughäfen sowie die Bewohner von

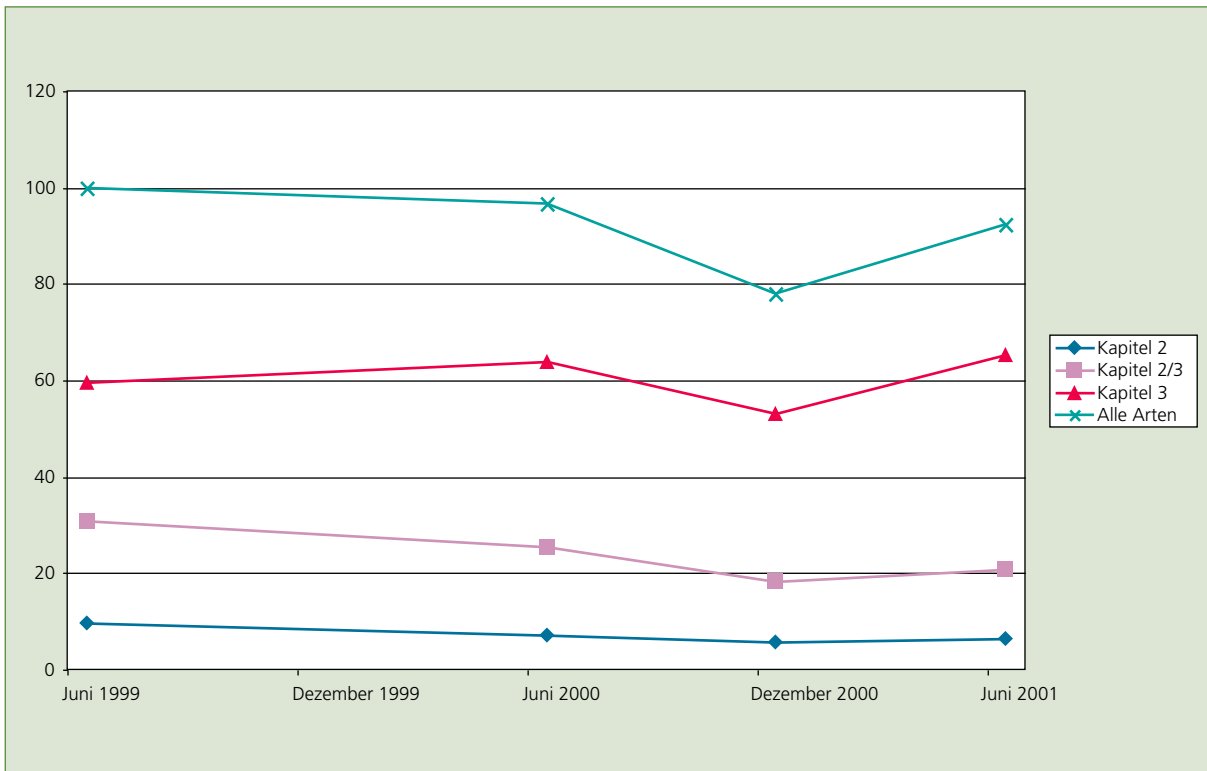
Ortschaften in Nähe der Flughäfen sind jedoch darüber hinaus auch hohen Lärmpegeln beim Starten der Triebwerke, bei Rollmanövern und anderen Bodenfahrmanövern, z. B. bei laufenden Hilfsaggregaten, ausgesetzt. Die Lärmpegel überschreiten — je nach Zahl der Flugbewegungen und Flugzeugtyp — häufig einen Wert von 60 dB. Die Lärmbelastung der Bevölkerung wird anhand der Siedlungsmuster rund um den Flughafen sowie anhand der Flugwege ermittelt. Als nachgewiesene Folgen von Fluglärm sind Schlafstörungen, Lernschwierigkeiten bei Kindern, Bluthochdruck, Herzerkrankungen sowie ein permanentes Gefühl des Unwohlseins zu nennen. Die internationalen Bemühungen um eine Verringerung der Lärmbelastung durch den Flugverkehr konzentrierten sich in erster Linie auf die Senkung der Geräuschemissionen der Flugzeuge selbst (siehe Kasten unten). Die Festschreibung von Normen für neue Flugzeuge macht sich bei den Lärmpegeln allerdings erst nach und nach bemerkbar, da die Flugzeuge ein relativ hohes Betriebsalter erreichen und die Flugzeugflotten folglich nur langsam durch neue Maschinen verjüngt werden. Darüber hinaus waren also noch weitere Maßnahmen notwendig. Durch die Richtlinie 83/206/EWG des Rates sind Flugzeugen, die nicht die dort aufgeführten Lärmnormen erfüllen und außerhalb der EU zugelassen sind, Landungen innerhalb der Gemeinschaft untersagt. Durch die **Europäische Zivilluftfahrtkonferenz (ECAC)** und die Europäische Gemeinschaft wurde den Flottenbetreibern

die Beschaffung weiterer Luftfahrzeuge nach Kapitel 2 ab November 1990 untersagt. Gemäß der Richtlinie 92/14/EWG des Rates ist der Betrieb sämtlicher Flugzeuge nach Kapitel 2 ab 1. April 2002 untersagt. Zu den weiteren Maßnahmen zur Verringerung des Lärmpegels von Flugzeugen und an Flughäfen zählen Nutzungseinschränkungen der lärmintensivsten Flugzeuge, insbesondere bei Nacht, sowie Lärmzuschläge, Raumplanungs- und Meliorationsmaßnahmen wie z. B. Lärmschutzwände.

Durch die ECAC wurde in jüngster Zeit die Lage hinsichtlich der Außerbetriebsetzung von Flugzeugen nach Kapitel 2 untersucht. Dabei wurden die Flugzeuge in drei Kategorien eingeteilt: Kapitel 2, Kapitel 3 und Kapitel 2/3; letztere Kategorie steht für Flugzeugtypen, die in unterschiedlichen Ausführungen existieren, welche in unterschiedliche Kapitel

eingeteilt sind und gegebenenfalls mit Hushkits (Lärmschutz-Nachrüstsets) ausgerüstet sind. Von der ECAC wurden Eurocontrol-Schätzungen der Schalldruckenergie der einzelnen Flugzeugtypen für drei Zeiträume der letzten Jahre zugrunde gelegt: 1. Juni 1999, 1. Juni 2000 und 1. Dezember 2000. Für diese Analyse nahm Eurostat zusätzlich die Eurocontrol-Schätzungen zum 1. Juni 2001 mit auf. Die gesamten Flugbewegungen der ECAC-Staaten nahmen im Zeitraum vom 1. Juni 1999 bis 1. Juni 2001 um 14 % zu, allerdings war dieser Anstieg von einem Rückgang der Flüge von Kapitel-2-Flugzeugen um 56 % und von Kapitel-2/3-Flugzeugen um 43 % begleitet. Die Zunahme der Flugbewegungen von Flugzeugen nach Kapitel 3 führte zu einer geringfügigen Zunahme der Schalldruckenergie dieser Kategorie (3.1.14).

3.1.14 Gesamt-Schalldruckenergie (geschätzt) (¹), ECAC-Staaten, 1999-2001



(¹) Gesamt-Schalldruckenergie im Juni 1999 = 100.
Quelle: Eurostat (Umwelt- und Energiestatistik).

Aufgrund rückläufiger Flugzahlen in den beiden übrigen Kategorien gingen allerdings sowohl die Lärmgesamtemissionen der entsprechenden Kategorien als auch die Lärmemissionen aller Flugzeugtypen insgesamt zurück. Hieraus wird deutlich, wie sich die Außerbetriebsetzung älterer Flugzeuge auf die Fluglärm-Gesamtemissionen auswirkt. Die Zahlen zum 1. Dezember 2000 wurden aufgenommen, um die Auswirkungen saisonaler Schwankungen zu verdeutlichen. Am 1. Juni 2000 erfolgten

448 695 Starts von ECAC-Flughäfen, wovon 3 761 (0,8 %) auf Kapitel-2-Flugzeuge entfielen. Diese Flüge verursachten allerdings bereits 7,7 % der gesamten Schalldruckenergie sämtlicher Flüge. In ähnlicher Weise entfielen auf Kapitel-2/3-Flugzeuge 8,4 % aller Starts am gleichen Tag, allerdings 26,7 % der gesamten Schalldruckenergie. Die Stilllegung von Kapitel-2-Flugzeugen wirkt sich also in unverhältnismäßig hohem Maße auf die Senkung der Lärmpegel aus (ECAC 2001).

LAeq [als zeitlicher Mittelwert angegebener, A-bewerteter äquivalenter Dauerschallpegel in dB(A), bezogen auf 20 Mikropascal] bezeichnet jenen gleichbleibenden Lärmpegel, der im Verlauf eines bestimmten Stundenzitraums die gleiche A-bewertete Schalldruckenergie verursachen würde, wie sie durch den tatsächlichen Lärm im Verlauf des eigentlichen Arbeitstags verursacht wird. **Ldn** (Tag-Nacht-Schallpegel) bezeichnet ein Maß für die Lärmbelastung über 24 Stunden. Er stellt den konstanten, A-bewerteten Lärmpegel dar, der gemessen würde, wenn ein Mittelwert der gesamten im Tagesverlauf einfallenden Schallenergie gebildet würde. Hierin ebenfalls enthalten ist ein 10-dB-Gewichtungsfaktor für Lärmvorkommnisse spät in der Nacht.

Von der **Internationalen Zivilluftfahrtorganisation** (ICAO) der Vereinten Nationen wurden 1971 erstmals internationale Lärmzulassungsnormen aufgestellt. Die Strahlflugzeuge der ersten Generation (z. B. Boeing 707 und Douglas DC-8) waren in dieser Zulassung nicht enthalten und gelten daher als nicht lärmzugelassen. Vor Oktober 1977 entwickelte Flugzeuge wurden als Kapitel-2-Flugzeuge zugelassen (z. B. BAe1-11, Boeing 727, Boeing 737-200 und Douglas DC-9). Seit Oktober 1997 müssen neue Flugzeuge (z. B. 737-300/400, Boeing 767, Douglas DC-10 und Airbus A319) die strengeren Auflagen nach Kapitel 3 erfüllen. Ab 1. Januar 2006 sind für neue Flugzeuge die noch strengeren Auflagen nach Kapitel 4 verbindlich vorgeschrieben.

Der **Europäischen Zivilluftfahrtkonferenz** (ECAC) gehören 38 Mitgliedstaaten an, u. a. sämtliche EU-Mitgliedstaaten sowie nahezu alle übrigen Länder Europas. Die ECAC untersucht das Verkehrsaufkommen der Luftverkehrsträger aus Entwicklungsländern und konzentriert sich dabei auf die gegenwärtige Lage und die absehbare Entwicklung beim Einsatz lärmintensiver Flugzeuge. Diese Arbeiten wurden durch Eurocontrol (Europäische Organisation zur Sicherung der Luftfahrt) unterstützt, deren vorrangiges Ziel die Entwicklung eines nahtlosen, europaübergreifenden Luftverkehrsmanagementsystems ist. Daten zu den Lärmemissionen der verschiedenen Flugzeugtypen während des Überflugs und Landeanflugs wurden von der Vereinigung europäischer Fluggesellschaften (AEA) vorgelegt.

3.2 Arbeitsbedingungen

3.2.1 Sicherheit am Arbeitsplatz

Sicherheit am Arbeitsplatz kann durch Auswertung der Unfallhäufigkeit am Arbeitsplatz gemessen werden. 1999 ereigneten sich in der Europäischen Union schätzungsweise 4 786 898 Arbeitsunfälle, die zu Ausfallzeiten von mehr als

drei Tagen führten. Dies entspricht einer Zunahme um 2,3 % gegenüber den 4 678 586 vergleichbaren Unfällen im Jahr 1998 (**3.2.1**). Diese Daten wurden von **Eurostat** aus der **Europäischen Statistik über Arbeitsunfälle (ESAW)** für die Jahre ab 1994 und aus ergänzenden Daten der **Arbeitskräfteerhebung (AKE)** für das Jahr 1999 erfasst (siehe Dupré 2001). Aus diesen Quellen ist zu entnehmen, dass die Inzidenzrate (die je 100 000 Erwerbstätige angegeben wird) für neun allgemeine Branchen der Wirtschaft von 4 539 im Jahr 1994 auf 4 089 im Jahr 1998 und 4 088 im Jahr 1999 stetig zurückging. Ein ähnlicher Vergleich nach Wirtschaftszweigen zeigt für das Jahr 1999 einen Anstieg in der Land- und Forstwirtschaft (Anstieg um 4,0 %), bei Arbeitnehmern in Handel, Instandhaltung und Reparatur (um 1,8 %), im Beherbergungs- und Gaststättengewerbe (um 3,4 %) sowie bei Kreditinstituten und Versicherungen, im Grundstücks- und Wohnungswesen und in unternehmensbezogenen Dienstleistungen (Anstieg um 10,3 %). Die Auswertung nach Alter und Geschlecht zeigt, dass die Inzidenzraten im Jahr 1999 bei Männern (5 253) wesentlich höher als bei Frauen (1 909) waren. Außerdem erreichen die Inzidenzraten in der Altersgruppe zwischen 18 und 24 Jahren die höchsten Werte (5 804 im Jahr 1999) und gehen mit steigendem Alter immer weiter zurück. Am höchsten sind die Inzidenzraten tendenzmäßig in jenen Wirtschaftszweigen, in denen besonders viele junge Arbeitnehmer (insbesondere Männer) beschäftigt werden, z. B. im Baugewerbe.

Die ESAW-Daten können auch für die Analyse tödlicher Arbeitsunfälle herangezogen werden (**3.2.2**). 1999 ereigneten sich in der EU 5 275 tödliche Arbeitsunfälle, wovon 4 736 auf Arbeitnehmer in den neun allgemeinen Branchen der Wirtschaft entfielen. Die Inzidenzrate dieser Unfälle ging von 1994 bis 1999 kontinuierlich zurück und lag 1999 bei 4,77, was einem Rückgang von 22 % gegenüber 1994 entspricht. Besonders ausgeprägt war dieser Abwärtstrend bei Arbeitnehmern bei Kreditinstituten und Versicherungen (Rückgang um 27 % von 1994 bis 1999), im Beherbergungs- und Gaststättengewerbe sowie in der Herstellung von Waren (Rückgang um 26 %). Demgegenüber stieg die Inzidenzrate bei Arbeitnehmern in der Metallherzeugung und -bearbeitung und in der Herstellung von Metallzeugnissen von 1994 bis 1998 um 16 % an (ging 1999 allerdings wieder zurück). Nach Alter aufgeschlüsselte Trenddaten tödlicher Unfälle von Arbeitnehmern lassen bei jungen Arbeitnehmern einen deutlicheren Rückgang der Inzidenzrate (Rückgang um 11,9 % von 1996 bis 1999 in der Altersgruppe der 18-24-Jährigen) als bei älteren Arbeitnehmern (Rückgang um 3,9 % in der Altersgruppe zwischen 55 und 64 Jahren) erkennen.

Die Inzidenzrate der Arbeitsunfälle variierte 1999 von Land zu Land erheblich (**3.2.3**). Spanien (standardisierte Inzidenzrate von 7 027 je 100 000 Arbeitnehmer in neun allgemeinen Branchen), Portugal (5 048) sowie Frankreich, Luxemburg, Belgien und Deutschland (zwischen 5 000 und 4 900) wiesen die höchsten Werte auf, Irland (1 291), Schweden (1 425) und das Vereinigte Königreich (1 606) die niedrigsten. Im Allgemeinen waren die höchsten Werte allerdings in jenen Ländern festzustellen, in denen Arbeitsunfälle durch Versicherungen abgedeckt sind, die niedrigsten Werte dagegen in jenen Ländern, in denen Arbeitsunfälle bei der Arbeitsaufsichtsbehörde zu melden sind. Dies legt den Schluss nahe, dass die eigentlichen Zahlen von der verwendeten Quelle abhängig sind. Tödliche Arbeitsunfälle wurden nach Unfällen in Verkehr und Transport (RTTA) sowie allen sonstigen Kategorien analysiert. Bei Unfällen außerhalb von Straßenverkehr und Transport (Nicht-RTTA) betrug die standardisierte Inzidenzrate in EU-15 im Jahr 1999 2,9 Todesfälle je 100 000 Erwerbstätige in den neun allgemeinen Branchen. Insgesamt schwankte diese Rate zwischen 7,0 in Irland, 6,3 in Griechenland und 6,1 in Portugal sowie 1,1 in Schweden und 1,4 im Vereinigten Königreich.

Die medizinischen und wirtschaftlichen Folgen der Arbeitsunfälle können anhand des verletzten Körperteils des Unfallopfers sowie der Art der erlittenen Verletzung beurteilt werden. In der EU und Norwegen betrafen die Unfälle am häufigsten die oberen Extremitäten bzw. Gliedmaßen (42 %) sowie die unteren Extremitäten bzw. Gliedmaßen (27 %) (**3.2.4**). Der gesamte Körper war nur bei sehr wenigen Unfällen (3 %) betroffen, allerdings führte in diesen Fällen rund jeder achte Unfall (13 %) zu Ausfallzeiten von drei Monaten oder mehr bzw. zu dauernder Arbeitsunfähigkeit. Bei Verletzungen an den Extremitäten waren längere Ausfallzeiten wesentlich seltener (5 % bei den oberen Extremitäten, 7 % bei den unteren Extremitäten). Häufigste Verletzungen waren Wunden und oberflächliche Verletzungen (41 % aller Verletzungen) sowie Verrenkungen, Verstauchungen und Zerrungen (26 %); nur 1,6 % aller Fälle betrafen traumatische Amputationen, fast ein Drittel (31 %) dieser Amputationen zog allerdings längere Ausfallzeiten oder dauernde Arbeitsunfähigkeit nach sich. Knochenbrüche sind eine wichtige Gruppe; auf sie entfallen 11 % aller Verletzungen, und in 90 % aller Fälle führen sie zu Ausfallzeiten von zwei Wochen oder mehr.

In den neueren AKE-Daten (für das Jahr 1999) wurden spezifische Arbeitnehmergruppen benannt, die einem besonders hohen Arbeitsunfallrisiko ausgesetzt sind (**3.2.5**). So lag die Inzidenzrate aller Unfälle von Erwerbstätigen in der Fischerei und Aquakultur um 43 % über der Rate der Gesamtheit aller Erwerbstätigen, wobei diesen Zahlen eine Auswertung aller

Unfälle — mit oder ohne Arbeitsausfallzeiten — zugrunde liegt. In die gleiche allgemeine Gruppe fallen auch Unfälle bei Hilfstätigkeiten im Baugewerbe; hier war das Risiko besonders hoch. Handelte es sich um befristete Tätigkeiten, lag die Inzidenzrate um 132 % über der Norm, war der Arbeitnehmer weniger als zwei Jahre auf diesem Arbeitsplatz beschäftigt, lag sie immer noch um 71 % über der Norm. Zudem lag die Inzidenzrate bei Zeitarbeitsverhältnissen in Gesundheits- und Sozialberufen um 91 % höher; auch Arbeitnehmer, die weniger als zwei Jahre in ihrem Arbeitsplatz im Beherbergungs- und Gaststättengewerbe beschäftigt waren, wiesen eine Inzidenzrate auf, die um 72 % über der Norm lag. Zu den besonders unfallgefährdeten Gruppen, bei denen zudem lange Ausfallzeiten (zwei Wochen und mehr) zu erwarten waren, zählten: Bauarbeiter (70 % über der Norm), Arbeitnehmer in Landwirtschaft, gewerblicher Jagd und Forstwirtschaft (44 % höher) sowie im Bergbau und in der Gewinnung von Steinen und Erden (39 % höher). Zudem lag die Inzidenzrate bei Schichtarbeitnehmern um 34 % über der Norm, bei Nachtarbeit um 27 % darüber.

Die Europäische Statistik über Arbeitsunfälle (ESAW — European Statistics on Accidents at Work), die von Eurostat erstellt wird, basiert auf der Richtlinie 89/391/EWG des Rates über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit. In dieser Statistik werden sowohl tödliche Unfälle als auch Arbeitsunfälle mit mehr als dreitägiger Arbeitsunfähigkeit erfasst. Letztere Kategorie bezieht sich auf Unfälle, bei denen die betroffene Person frühestens am fünften Tag nach dem Tag des Unfalls an den Arbeitsplatz zurückkehrt, also mindestens vier Tage der Arbeit fernbleibt. In neun Mitgliedstaaten sind die Unfälle meldepflichtig, und es besteht nur bei erfolgter Meldung Anspruch auf Behandlung im Rahmen der Sozialversicherung, d. h., es werden praktisch alle Unfälle einbezogen. In sechs weiteren Ländern (Dänemark, Griechenland, Irland, den Niederlanden, Schweden sowie im Vereinigten Königreich und außerdem in Norwegen) erfolgen die Erfassungen nur in unvollständiger Form; Eurostat schätzt die Gesamtzahlen anhand einer angenommenen Meldequote, die von den betreffenden Mitgliedstaaten geschätzt wird. In der **Arbeitskräfteerhebung (AKE)** der Europäischen Union von 1999, einer Haushaltserhebung zu Beschäftigung und Arbeitsmarkt, wurden Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten in einem Ad-hoc-Modul erfasst. Arbeitsunfälle wurden dabei retrospektiv aufgezeichnet, indem die Auftretenshäufigkeit von Arbeitsunfällen im letzten zurückliegenden Zwölfmonatszeitraum abgefragt wurde. Dieses Modul kam in elf Mitgliedstaaten zum Einsatz (Ausnahmen: Belgien, Frankreich und Österreich; die Niederlande führten das Modul erst später ein).

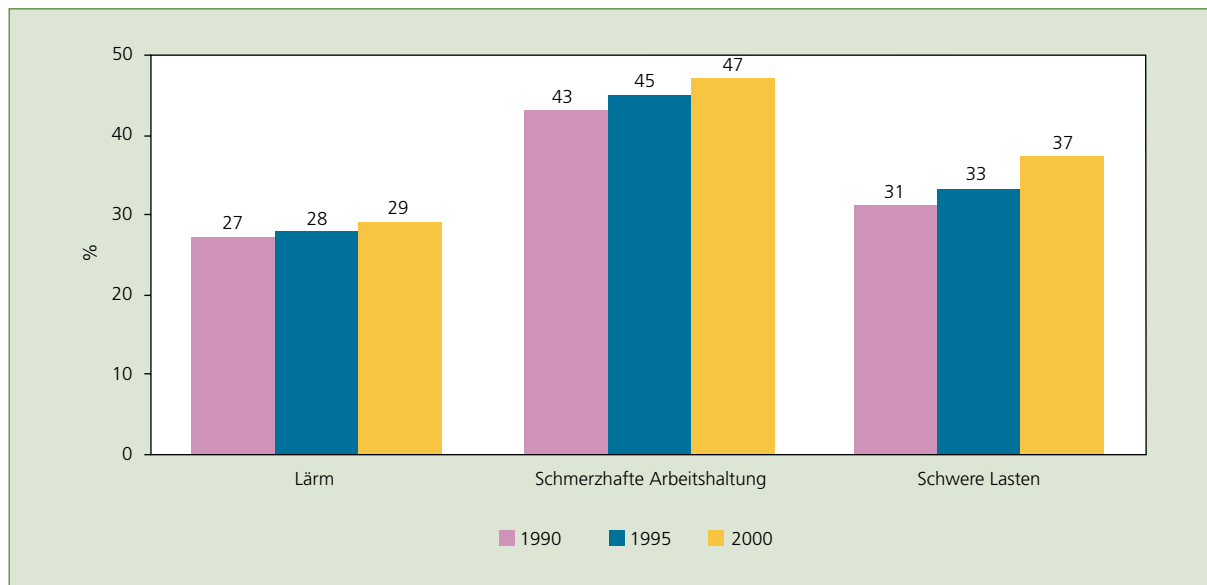
Die Europäische Statistik über Arbeitsunfälle (ESAW — European Statistics on Accidents at Work), die von Eurostat erstellt wird, basiert auf der Richtlinie 89/391/EWG des Rates über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit. In dieser Statistik werden sowohl tödliche Unfälle als auch Arbeitsunfälle mit mehr als dreitägiger Arbeitsunfähigkeit erfasst. Letztere Kategorie bezieht sich auf Unfälle, bei denen die betroffene Person frühestens am fünften Tag nach dem Tag des Unfalls an den Arbeitsplatz zurückkehrt, also mindestens vier Tage der Arbeit fernbleibt. In neun Mitgliedstaaten sind die Unfälle meldepflichtig, und es besteht nur bei erfolgter Meldung Anspruch auf Behandlung im Rahmen der Sozialversicherung, d. h., es werden praktisch alle Unfälle einbezogen. In sechs weiteren Ländern (Dänemark, Griechenland, Irland, den Niederlanden, Schweden sowie im Vereinigten Königreich und außerdem in Norwegen) erfolgen die Erfassungen nur in unvollständiger Form; Eurostat schätzt die Gesamtzahlen anhand einer angenommenen Meldequote, die von den betreffenden Mitgliedstaaten geschätzt wird. In der **Arbeitskräfteerhebung (AKE)** der Europäischen Union von 1999, einer Haushaltserhebung zu Beschäftigung und Arbeitsmarkt, wurden Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten in einem Ad-hoc-Modul erfasst. Arbeitsunfälle wurden dabei retrospektiv aufgezeichnet, indem die Auftretenshäufigkeit von Arbeitsunfällen im letzten zurückliegenden Zwölfmonatszeitraum abgefragt wurde. Dieses Modul kam in elf Mitgliedstaaten zum Einsatz (Ausnahmen: Belgien, Frankreich und Österreich; die Niederlande führten das Modul erst später ein).

3.2.2 Arbeitsumgebung

Aus der dritten **Europäischen Erhebung in Bezug auf die Arbeitsbedingungen (ESWC — European Survey on Working Conditions)**, die im Jahr 2000 von der **Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbe-**

dingungen durchgeführt wurde, ging hervor, dass alle Arbeitnehmer in der EU nach wie vor körperlich belastenden Bedingungen ausgesetzt sind (29 % intensiver Lärmbelastung, 47 % schmerzhaften und ermüdenden Arbeitshaltungen, ferner müssen 37 % schwere Lasten heben) (**3.2.6**).

3.2.6 Körperlichen Gefahren ausgesetzte Erwebstätige



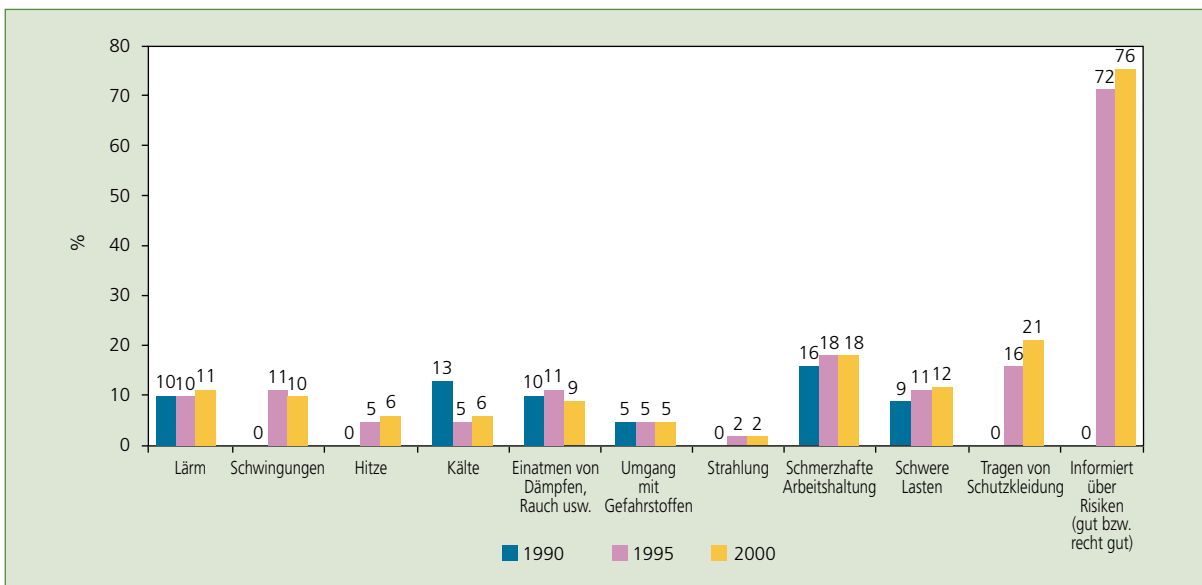
Quelle: Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, Dublin.

Hinsichtlich anderer körperlich belastender Arbeitsfaktoren (**3.2.7**) waren seit der Erhebung von 1995 allerdings in einigen Bereichen Verbesserungen festzustellen — z. B. hinsichtlich der Kälteexposition (von 6 % auf 5 %), dem Einatmen von Dämpfen und Rauch (von 11 % auf 9 %) sowie der Belastung durch Vibrationen bzw. Schwingungen (von 11 % auf 10 %). Darüber hinaus wird auch Schutzausrüstung mittlerweile in größerem Umfang verwendet (von 16 % auf 21 %). Das Ausmaß, in dem die Arbeitnehmer körperlichen Gefährdungen ausgesetzt sind, variiert je nach Geschlecht, Status, Branche und Beruf. Im Allgemeinen arbeiten Frauen an weniger gefährdeten Arbeitsplätzen — allerdings haben beide Gruppen gleichermaßen unter schmerzhaften/ermüdenden Arbeitshaltungen zu leiden. Ein eindeutiger Zusammenhang zeichnet sich zwischen befristeten Arbeitsverhältnissen und mangelhaften Arbeitsbedingungen ab, die eine erhöhte Gesundheitsgefährdung mit sich bringen: 62 % der Arbeitnehmer, die über Zeitarbeitsfirmen beschäftigt werden, sind der Ansicht, dass sie über Risiken beim Umgang mit Materialien, Instrumenten oder Produkten gut informiert sind, bei Arbeitnehmern in unbefristeten Arbeitsverhältnissen liegt diese Quote allerdings bei 79 %; 38 % der Zeitarbeitnehmer sowie 36 % der befristet Beschäftigten müs-

sen repetitive Arbeitsbewegungen ausführen, allerdings nur 29 % der Arbeitnehmer in unbefristeten Arbeitsverhältnissen. Rund 27 % der Arbeitnehmer sehen sich aufgrund ihrer Arbeitstätigkeit Gesundheits- und Sicherheitsrisiken ausgesetzt. Dieser Anteil ging im Laufe des Jahrzehnts von 30 % im Jahr 1990 geringfügig auf 28 % im Jahr 1995 zurück.

Die **Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen** führte diese dritte europäische Erhebung zu den Arbeitsbedingungen im Jahr 2000 durch (siehe Paoli und Merlié 2001). Diese Erhebung wird als Modul der **Eurobarometer-Umfrage** durchgeführt (siehe Kasten in Abschnitt 2.1.4). Die beiden früheren Erhebungen waren 1990 und 1995 erfolgt. Im Rahmen der Erhebung 2000 wurden insgesamt 21 703 Arbeitnehmer in persönlichen Befragungen in ihrer Wohnung befragt. In jedem Mitgliedstaat wurden rund 1 500 Arbeitnehmer befragt, außer in Luxemburg, wo insgesamt 502 Personen in die Befragung einbezogen wurden. Diese Erhebung wurde — wie bereits die Erhebungen 1990/91 und 1995/96 — von nationalen Ämtern abgewickelt, die derartige Erhebungen auf nationaler Ebene und in enger Zusammenarbeit mit Eurostat vornehmen.

3.2.7 Faktoren körperlicher Arbeit, EU-15 (%)



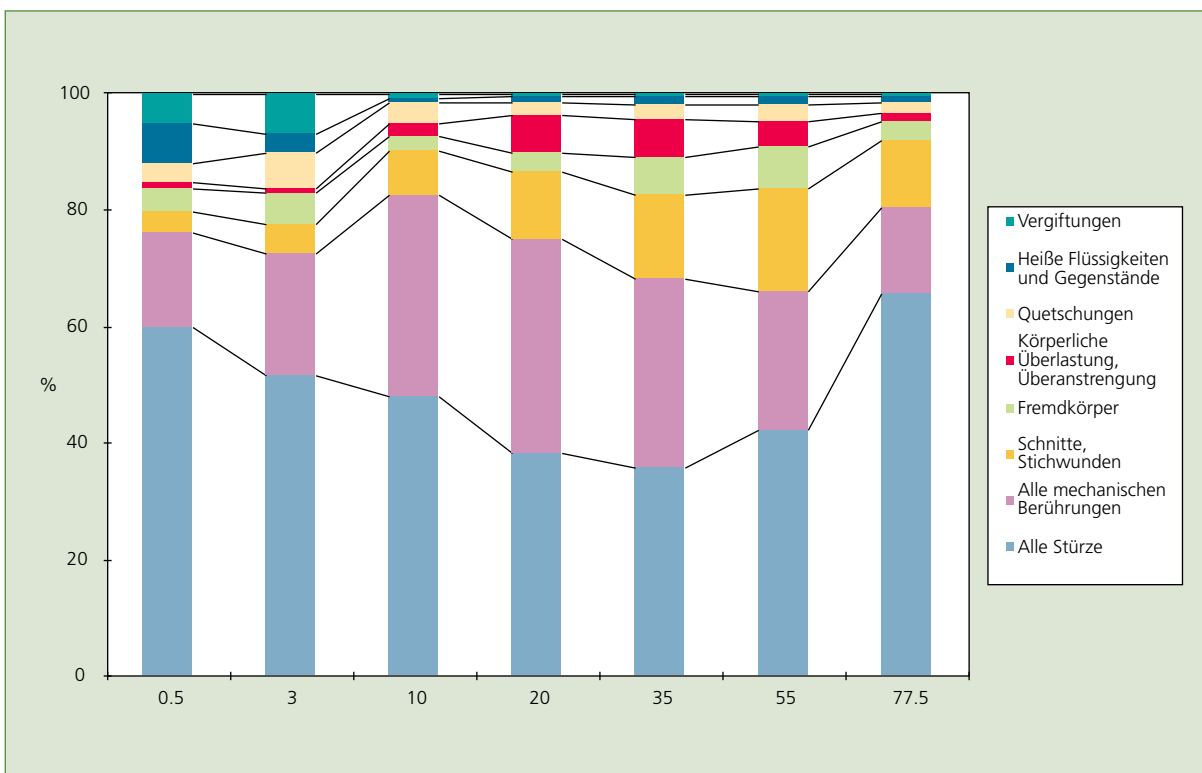
Quelle: Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, Dublin.

3.3 Haus- und Freizeitunfälle

Die EU ist sich über Wert und Bedeutung der Daten zu Haus- und Freizeitunfällen vollkommen bewusst, allerdings fehlen aktuelle Informationen zu diesem Thema. Die aktuellsten Daten beziehen sich auf den Zeitraum 1993-1995 und wurden von **Eh-**

lass (European Home and Leisure Accidents Statistical System/Gemeinschaftliches Informationssystem über Haus- und Freizeitunfälle) vorgelegt. Im Mittelpunkt der hier beschriebenen Analysen stehen die Arten der im Jahr 1995 eingetretenen Unfälle sowie Geschlecht und Alter der Unfallopfer (**3.3.1 und 3.3.2**).

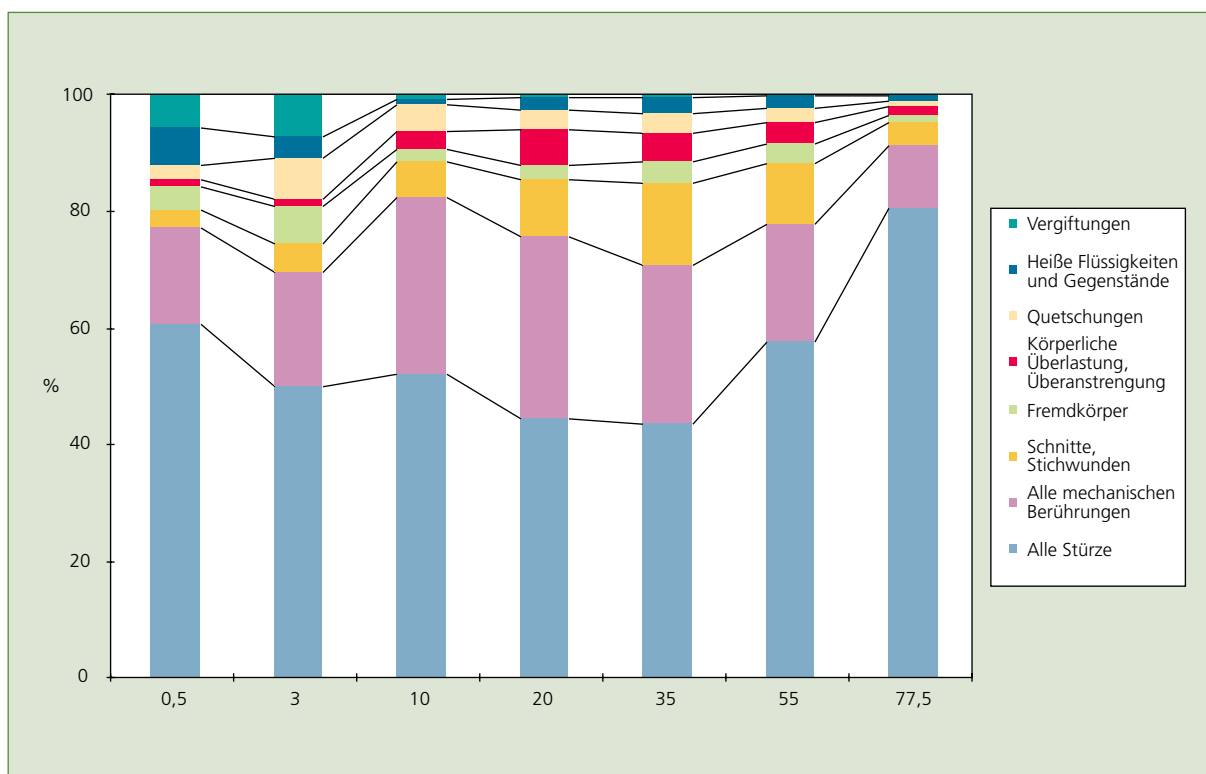
3.3.1 Haus- und Freizeitunfälle nach Alter und Art der Verletzung, EU, 1995 – Männer



Quelle: Gemeinschaftliches Informationssystem über Haus- und Freizeitunfälle, GD Gesundheit und Verbraucherschutz.

3.3.2 Haus- und Freizeitunfälle nach Alter und Art der Verletzung, EU, 1995 – Frauen

Statistiken zur Gesundheit — Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002 — Daten 1970-2001



Quelle: Gemeinschaftliches Informationssystem über Haus- und Freizeitunfälle, GD Gesundheit und Verbraucherschutz.

134



Bei weiblichen Personen waren Stürze in allen Altersgruppen die häufigste Ursache von Haus- und Freizeitunfällen, insbesondere bei Säuglingen unter 1 Jahr (60 % aller Unfälle) sowie bei Frauen ab 65 Jahren (80 %). Vergiftungsunfälle spielten nur in der Altersgruppe unter 5 Jahren eine Rolle (6 %), Unfälle mit Schneid- oder Stechwerkzeugen gewinnen dagegen mit zunehmendem Alter immer mehr an Bedeutung (zwischen 3 % der Unfälle von Kleinkindern und 10 % der Unfälle der Altersgruppe

zwischen 55 und 64), werden in der Altersgruppe ab 65 Jahren allerdings wieder seltener. Ähnliche Verlaufsmuster ergaben sich auch bei der Auswertung der Unfälle männlicher Personen.

3.4 Verkehrsunfälle

Bei den Informationen, anhand deren eine Analyse der Straßenverkehrssicherheit möglich ist, stehen zwei Maßnahmen im Mittelpunkt: die Inzidenzrate von Straßenverkehrsunfällen sowie die Sterblichkeit infolge tödlicher Verkehrsunfälle. Zu Straßenverkehrsunfällen zählen Unfälle, an denen eine oder mehrere der folgenden Personen beteiligt sind: Fahrer, mitfahrende Insassen, Fahrrad- und Motorradfahrer und Fußgänger. Auf internationaler Ebene liegen allgemein gültige Klassifikationsstandards für die Erfassung von Verletzungen und Todesfällen bei Straßenverkehrsunfällen vor, doch bestehen von Land zu Land Unterschiede hinsichtlich der Aufzeichnung und Darstellung dieser Daten. Zusätzlich wird die Interpretation von Tendenzen durch Veränderungen erschwert, die in den Klassifikationen im Laufe der Zeit eingetreten sind. Mit diesen Vorbehalten lag die Verletzungsquote in Straßenverkehrsunfällen in der EU im Jahr 1999 laut Eurostat bei 489 je 100 000 Einwohnern, also 17 % unter der Quote von 1970 (3.4.1). In den letzten Jahren wurde seit 1990 ein Rückgang von 6 % erreicht, allerdings schließt diese geringfügige Veränderung von Land zu Land erhebliche Unter-

Das **Gemeinschaftliche Informationssystem über Haus- und Freizeitunfälle (European Home and Leisure Accident Surveillance System — Ehlass)** wurde durch die Entscheidung 93/683/EWG des Rates vom 29. Oktober 1993 zur Errichtung eines gemeinschaftlichen Informationssystems über Haus- und Freizeitunfälle eingeführt. Die Daten wurden von den Mitgliedstaaten gesammelt und die Ergebnisse der **Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz** der Kommission vorgelegt. Allerdings liegen keine Ergebnisse für den Zeitraum nach 1995 vor; nach derzeitigen Plänen sollen durch ein neues Überwachungssystem für Verletzungen (Injury Surveillance System — ISS) in naher Zukunft Daten zu diesen Unfällen vorgelegt werden. Das ISS ist eine der Anwendungen, die Teil des Europäischen Netzwerks für öffentliche Gesundheit (European Public Health Network — Euphin) bilden sollen (Europäische Kommission, 2001b).

schiede mit ein. Die Zahl der Unfallverletzten ging seit 1990 in Italien (Anstieg um 42 %), Irland (um 17 %) und Griechenland (um 13 %) steil nach oben. Im gleichen Zeitraum gingen die Zahlen in Finnland (Rückgang um 32 %), Frankreich (29 %) und Luxemburg (25 %) deutlich zurück.

Auf Straßenverkehrsunfälle entfällt der überwiegende Teil aller tödlichen Verkehrsunfälle. Zudem sind diese Unfälle die häufigste Todesursache von Personen unter 40 Jahren. Im Vergleich zur normalen Lebenserwartung entspricht ein tödlicher Straßenverkehrsunfall im Durchschnitt einem Verlust von 40 Lebensjahren. Die entsprechenden Verlustzahlen betragen bei Krebs 10,5 Jahre, bei Tod infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen 9,7 Jahre (Collin 2000). Die Sterblichkeit infolge von Straßenverkehrsunfällen entwickelte sich in der EU in den letzten Jahren ebenfalls rückläufig und sank von 140 Todesfällen je Million Einwohner im Jahr 1990 auf 110 im Jahr 1998. Dieser Rückgang ist in den meisten Mitgliedstaaten der EU zu beobachten, in Griechenland erhöhte sich die Sterblichkeitsrate allerdings von 175 im Jahr 1991 auf 212 im Jahr 1998.

Bei der Analyse der Sterbeziffern nach subnationalen Gegenden sind innerhalb der EU erhebliche Schwankungen dieser Sterbeziffern festzustellen (**3.4.2**). Hinzu kommt, dass diese Ziffern nicht mit den in *Kapitel 5* angegebenen Ziffern vergleichbar sind, da jeweils unterschiedliche Meldesysteme zugrunde gelegt werden. Im Dreijahreszeitraum 1996-1998 wurden die höchsten Sterbeziffern in fünf Regionen Griechenlands (Anatoliki Makedonia, Sterea Ellada, Thessalia, Kentriki Ellada und Peloponnisos), zwei Regionen Portugals (Alentejo und Algarve) sowie in Namur (Belgien) und in Luxemburg verzeichnet. Werden allerdings (siehe Loof und Finn) die regionalen Sterbeziffern miteinander verglichen, sind Bevölkerungszahlen und Kraftfahrzeugbestand sowie weitere für die Straßenverkehrssicherheit wichtige Faktoren zu berücksichtigen, z. B. Straßenzustand, Größe und Zustand der Fahrzeuge, Verhaltensmuster beim Anlegen bzw. Nichtanlegen von Sicherheitsgurten und Fahrgeschwindigkeit sowie die Beachtung der Verkehrsvorschriften. Innerhalb der EU variiert beispielsweise die zulässige Grenze für Alkohol am Steuer zwischen 0,2 mg/ml in Schweden und 0,8 mg/ml in Irland, Italien, Luxemburg und dem Vereinigten Königreich. In Schweden und Dänemark gilt auf Autobahnen eine Höchstgeschwindigkeit von 110 km/h, in Frankreich, Italien und Österreich dagegen 130 km/h, und in Deutschland besteht auf einem erheblichen Teil des Autobahnnetzes überhaupt kein Tempolimit. Die weit verbreitete soziale Akzeptanz der geltenden Obergrenzen und deren Auswirkung auf das Fahrerverhalten erklärt möglicherweise die weithin einheitlichen Sterbeziffern

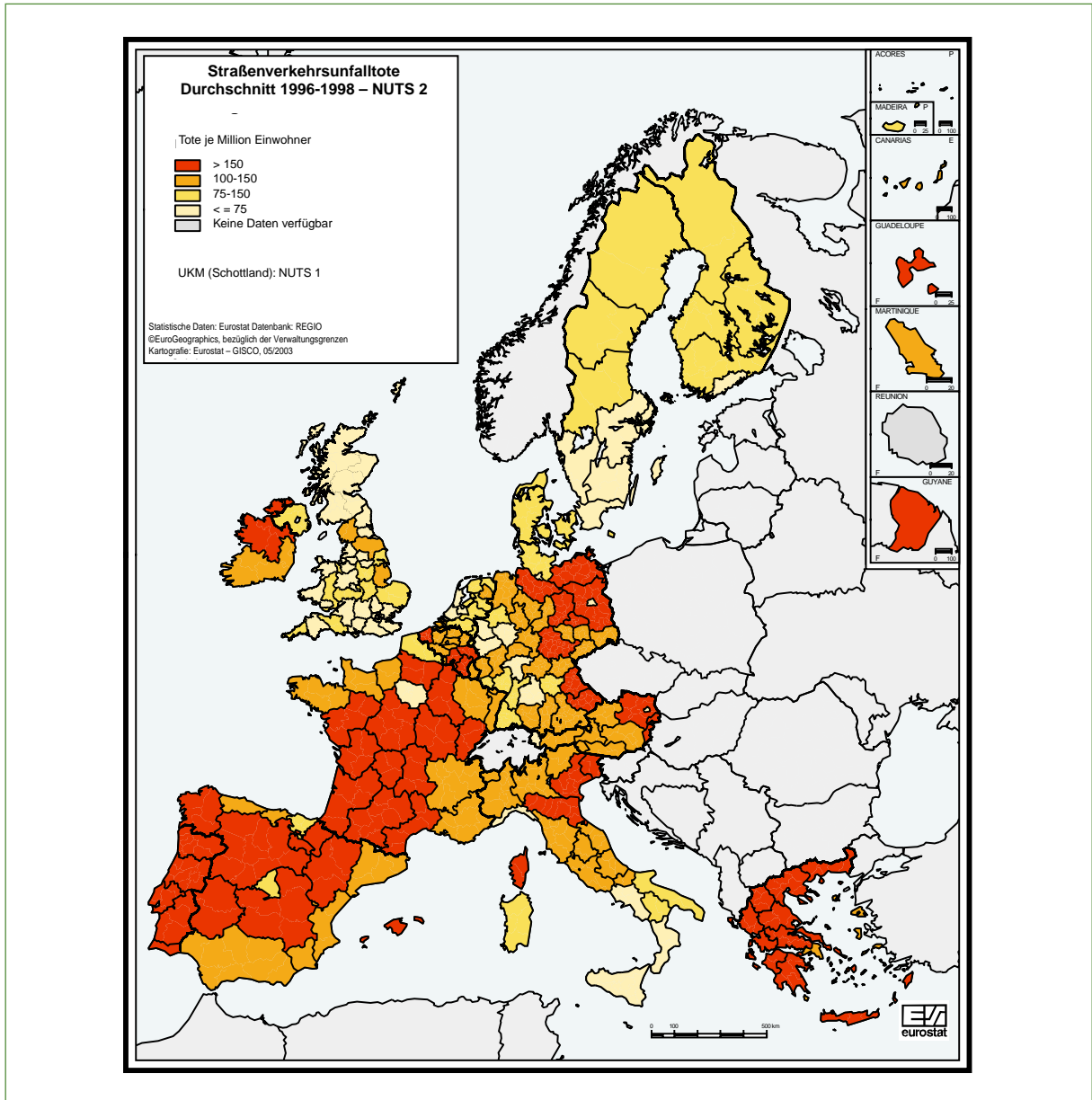
bei Straßenverkehrsunfällen in allen Regionen Schwedens (Loof und Finn 2001). Am niedrigsten sind die Sterbeziffern meistens in großstädtischen Ballungsgebieten: Brüssel (B), Hamburg (D), Berlin (D), Wien (A), Uusimaa (FIN), Stockholm (S), Västsverige (S), London (UK) und West Midlands (UK). Diese Raten könnten durch die relativ niedrigeren Fahrgeschwindigkeiten in Stadtgebieten sowie durch die intensivere Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel — selbst bei Pkw-Besitzern — zu erklären sein (siehe Loof und Finn 2001). Ein deutliches Beispiel für unterschiedliche Methoden und Definitionen findet sich im Unterschied zwischen hohen Sterbeziffern durch Straßenverkehrsunfälle und geringen Verletzungsraten durch Straßenverkehrsunfälle, wie z. B. in Griechenland, sowie dem umgekehrten Bild (geringe Sterblichkeitsraten, hohe Unfallzahlen) z. B. im Vereinigten Königreich.

1997 entfielen fast zwei Drittel (64 %) der tödlichen Straßenverkehrsunfallopfer auf die Fahrzeugführer. Hierbei waren jüngere Fahrer (unter 34 Jahren) besonders häufig betroffen; sie machten 41 % aller Straßenverkehrsunfalltoten aus (siehe Collin 2000). Demgegenüber waren 44 % der in Straßenverkehrsunfällen getöteten Fußgänger 65 Jahre und älter. Untergliedert man die Unfallhäufigkeit nach dem Wochentag, ist festzustellen, dass sich fast die Hälfte der Straßenverkehrsunfälle am Ende der Woche ereignete (15 % an Freitagen sowie je 17 % an Samstagen und Sonntagen).

In die Zahl der Straßenverkehrstoten werden sämtliche Personen eingerechnet, die noch am Unfallort oder innerhalb von 30 Tagen nach dem Unfall versterben. Die Daten werden von **Eurostat** gesammelt und werden hier als standardisierte Sterbeziffer bezogen auf eine Standard-Referenzbevölkerung dargestellt. Der Bezugszeitraum von 30 Tagen wurde von der Europäischen Konferenz der Verkehrsminister (ECMT) festgelegt, allerdings bestehen bei den von den Mitgliedstaaten zugrunde gelegten Zeiträumen erhebliche Unterschiede. Angaben zu den Verletzten bei Straßenverkehrsunfällen werden der **UN/ECE**-Statistik über Straßenverkehrsunfälle in Europa entnommen.

Die **Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik (NUTS)** (siehe Website-Verweis) wurde von Eurostat erarbeitet, um eine einzige, einheitliche Aufgliederung der Gebietseinheiten für die Erstellung von Regionalstatistiken für die EU zu erreichen. Bisher bestand für die NUTS-Klassifikation keine rechtliche Grundlage, doch ist nach umfangreichen Beratungen im Rat und im Europäischen Parlament zu hoffen, dass die NUTS-Verordnung im Laufe des Jahres 2002 angenommen wird. Die NUTS-Systematik wird nur für die 15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union definiert. NUTS unterteilt jeden Mitgliedstaat in eine Anzahl von NUTS-1-Regionen, die ihrerseits in

3.4.2 Straßenverkehrsunfalltote, Durchschnitt 1996-1998 – NUTS 2



Quelle: Eurostat, New-Cronos-Datenbank (Verkehr).

eine Anzahl NUTS-2-Regionen usw. unterteilt werden. NUTS ist also als hierarchische Klassifikation aufgebaut. NUTS unterteilt das Wirtschaftsgebiet der Mitgliedstaaten der Europäischen Union in 78 Regionen auf NUTS-1-Ebene, 211 Regionen auf NUTS-2-Ebene und 1 093 Regionen auf NUTS-3-Ebene. Aufgrund ihrer relativ geringen Größe oder Bevölkerungszahl kommen nicht in allen Ländern alle drei Regionalebenen vor. In Irland und Schweden existieren keine NUTS-1-Regionen; demzufolge sind Länderebene und Ebene 1 identisch. In Dänemark gibt es keine NUTS-1-

oder NUTS-2-Ebenen; folglich sind Länderebene und die Ebenen 1 und 2 identisch. Luxemburg weist keine Regionen der Ebenen 1, 2 oder 3 auf; es wird also auf sämtlichen NUTS-Ebenen jeweils als das komplette Land definiert. In den Karten in dieser Veröffentlichung werden die Statistiken auf NUTS-Ebene 2 dargestellt.

Literatur

Collin, C. (2000), *Verkehrssicherheit*, Europäische Kommission **Statistik kurz gefasst**, Thema 7 — 3/2000.

Dupré, D. (2001), *Arbeitsunfälle in der EU 1998-1999*, Europäische Kommission **Statistik kurz gefasst**, Thema 3 — 16/2001.

ECAC (1997), *Report on standard method of computing noise contours around civil airports*, ECAC.CEAC Doc 29.

ECAC (2001), *Analysis of the June 2000 period for noisy aircraft*, Arbeitspapier der Sitzung der Group of Experts on the Abatement of Nuisances caused by Air Transport, Madrid, Juni 2001.

Ehlass (European Home and Leisure Accident Surveillance System), unter <http://europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/injury/ehlass/default.htm>.

Europäische Kommission (2001a), *Umweltbelastungsindikatoren für die EU (Environmental pressure indicators for the EU)* (Luxemburg).

Europäische Kommission (2001b), *Euphin Newsletter*, August 2001.

Europäische Umweltagentur (2001), *Air pollution by ozone in Europe in 1999 and the summer of 2000*, Topic Report No 1/2001 (Kopenhagen).

Loof, A. und Finn, N. (2001), *Straßenverkehrstote in den Regionen Europas*, Europäische Kommission **Statistik kurz gefasst**, Thema 1 — 5/2001.

Paoli, P. und Merllié, D. (2001), *Third European Survey on Working Conditions*, Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Dublin).

„Regionen — Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik — NUTS“ <http://forum.europa.eu.int/Public/irc/dsis/regstat/information>.

WHO (1999), *Guidelines for Community Noise*, <http://www.who.int/peh/noise/guidelines2.html> noise.

3.1.1 Schwefeldioxidemissionen (SO₂)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1980	65	41	66	95	57	76	24	55	67	44
1985	54	41	66	95	55	62	23	52	34	44
1990	45	37	35	67	50	53	22	53	29	39
1991	40	33	47	50	54	53	24	51	27	38
1992	37	32	37	41	54	52	21	48	25	38
1993	33	29	30	36	53	49	18	45	23	38
1994	30	25	30	30	51	48	17	49	22	32
1995	28	24	29	26	53	44	16	45	23	21
1996	24	24	35	18	52	38	16	41	20	19
1997	21	22	21	17	50	38	13	45	18	13
1998	21	20	15	16	51	38	14	48	18	8
Veränderungen in %										
1980-1998 ⁽¹⁾	-68	-52	-78	-83	-10	-50	-40	-13	-73	-81
1990-1998 ⁽²⁾	-53	-48	-59	-77	3	-28	-36	-10	-39	-78

⁽¹⁾ Bei IS und CH beziehen sich die Veränderungen auf die Jahre 1980-1997.

⁽²⁾ Bei IS und CH beziehen sich die Veränderungen auf die Jahre 1990-1997.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Umwelt und Energie).

3.1.2 Stickoxidemissionen (NO_x)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1980	38	32	57	43	43	27	35	35	29	57
1985	37	32	57	43	42	24	34	33	29	57
1987	38	33	55	43	38	26	34	33	32	59
1990	37	34	52	34	32	30	33	34	34	61
1991	36	34	62	31	33	31	34	34	35	62
1992	35	34	53	29	32	32	33	37	35	63
1993	33	34	52	27	32	31	31	33	33	63
1994	32	34	53	25	33	31	30	32	31	57
1995	31	33	48	24	33	31	29	32	31	52
1996	30	31	55	23	34	30	29	33	31	54
1997	29	30	47	23	35	30	28	32	29	43
1998	28	29	44	22	36	30	28	33	29	40
Veränderungen in %										
1980-1998	-25	-9	-24	-49	-15	11	-19	-5	1	-30
1987-1998	-25	-11	-21	-50	-4	17	-17	0	-9	-32

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Umwelt und Energie).

3 Risiken in Zusammenhang mit Umwelt, Arbeitsbedingungen, Freizeit und Verkehr

(kg SO₂ pro Kopf)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
19	51	35	54	16	87	38	34	18	1980
18	25	34	53	16	66	31	:	12	1985
14	12	35	52	15	65	32	12	6	1990
12	11	34	39	13	62	28	10	6	1991
11	8	40	28	12	60	31	9	6	1992
11	8	34	24	12	54	33	8	5	1993
10	7	32	22	11	46	30	8	4	1994
10	7	37	19	11	40	30	8	5	1995
9	7	34	21	9	34	32	8	5	1996
8	6	34	19	6	28	32	7	5	1997
7	6	34	17	6	27	:	7	:	1998
									Veränderungen in %
-61	-89	-5	-68	-63	-68	-15	-80	-75	1980-1998 (*)
-47	-52	-3	-67	-62	-58			-46	1990-1998 (†)

Statistiken zur Gesundheit — Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002 — Daten 1970-2001

(kg pro Kopf)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
41	30	32	59	48	46	60	46	27	1980
40	29	31	58	48	45	85	:	28	1985
39	28	31	58	47	48	97	54	27	1987
39	25	31	57	47	49	103	52	25	1990
38	25	33	58	46	46	104	49	24	1991
37	24	35	56	45	45	109	49	22	1992
35	22	35	56	45	41	111	50	21	1993
33	23	36	55	43	39	110	49	19	1994
32	21	37	51	41	36	106	49	19	1995
32	21	38	52	34	35	110	51	19	1996
30	21	38	51	31	32	105	51	18	1997
29	21	38	49	29	30	:	51	:	1998
									Veränderungen in %
-28	-30	19	-18	-40	-35		10		1980-1998
-25	-25	21	-16	-39	-38		-6		1987-1998

3.1.3 Anthropogene Kohlendioxidemissionen (CO₂)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1980	:	:	12,6	14,1	5,0	5,1	8,2	:	6,5	:
1985	:	:	12,5	13,9	5,9	4,8	6,0	:	6,1	30,0
1990	9,1	11,6	10,3	12,8	8,4	5,6	5,7	9,0	7,3	26,2
1991	:	12,0	12,3	12,2	8,3	5,8	6,1	9,1	7,1	:
1992	8,9	11,7	11,2	11,5	8,3	6,0	5,9	9,3	7,3	:
1993	8,7	10,8	11,5	11,3	8,4	5,7	5,4	9,1	7,1	27,6
1994	8,7	11,2	12,2	11,1	8,4	6,0	5,2	9,5	6,8	22,3
1995	8,7	12,4	11,5	11,1	8,6	6,2	5,4	9,6	7,3	17,1
1996	8,9	12,7	14,0	11,3	8,8	5,9	5,5	9,8	7,6	16,8
1997	8,7	12,4	12,1	10,9	9,1	:	5,4	10,4	7,7	14,3
1998	8,8	12,0	11,3	10,8	9,5	:	5,7	10,8	7,9	11,7
1999	:	11,9	10,7	10,5	:	:	5,6	11,2	7,9	11,9
Veränderungen in % 1990–1999⁽¹⁾	-3	3	4	-18	13	5	-1	24	9	-55

(¹) 1990-1998 für EU-15, EL, P, IS; 1990-1996 für E.

Quelle: Europäische Umweltagentur.

3.1.4 Emissionen von flüchtigen organischen Verbindungen ohne Methan (NMVOC)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1980	44	67	39	42	65	45	47	32	38	42
1985	43	67	39	42	63	44	46	31	35	42
1990	42	34	32	41	33	48	45	31	39	50
1991	40	30	33	35	33	48	44	32	40	47
1992	39	30	32	32	33	47	43	32	41	44
1993	37	30	29	29	34	44	41	30	41	41
1994	36	29	31	27	34	46	39	30	41	44
1995	35	28	31	24	35	44	37	29	41	40
1996	33	26	26	23	36	43	36	30	37	40
1997	32	27	26	22	37	43	35	31	36	36
1998	31	26	24	21	38	43	33	31	36	31
Veränderungen in % 1990–1998	-25	-24	-24	-49	15	-10	-25	-1	-6	-37

Quelle: Eurostat, New Cronos-Datenbank (Umwelt und Energie).

3 Risiken in Zusammenhang mit Umwelt, Arbeitsbedingungen, Freizeit und Verkehr

(t pro Kopf)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	LI	
11,8	8,5	:	11,3	9,9	10,7	7,9	7,9	:	6,0	1980
10,4	7,8	:	10,2	8,0	10,0	7,9	7,7	:	6,6	1985
11,0	8,0	5,7	11,8	6,4	10,3	8,2	8,3	6,0	7,2	1990
11,3	8,4	6,0	11,8	6,4	10,3	8,1	7,9	6,2	7,3	1991
11,1	7,6	6,4	11,3	6,5	10,0	8,4	8,0	6,0	7,5	1992
11,2	7,5	6,2	11,3	6,4	9,7	8,7	8,3	5,5	7,2	1993
11,3	7,7	6,2	12,4	6,6	9,6	8,6	8,7	5,3	7,2	1994
11,8	7,9	6,4	11,9	6,6	9,4	8,6	8,7	5,4	:	1995
12,2	8,1	6,3	13,1	7,1	9,7	8,9	9,3	5,4	:	1996
11,7	8,3	6,4	12,6	6,3	9,3	9,2	9,4	5,3	:	1997
11,5	8,1	6,7	12,4	6,4	9,6	9,1	9,3	5,4	:	1998
11,0	8,1	:	12,4	6,4	9,0	:	9,3	5,7	:	1999
0	1	18	5	0	-12	11	13	-5		Veränderungen in % 1990-1999 (¹)

(kg pro Kopf)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
38	47	32	44	64	40	24	44	51	1980
37	47	31	43	64	41	43	:	50	1985
34	45	32	42	63	43	50	71	44	1990
28	40	33	41	60	41	55	70	40	1991
29	36	35	40	58	39	54	77	37	1992
27	34	35	39	56	38	52	80	34	1993
25	32	37	37	53	37	53	82	32	1994
24	32	37	36	51	35	45	84	30	1995
23	31	38	34	50	33	45	84	29	1996
20	30	38	34	48	31	36	82	28	1997
19	29	38	34	48	30	:	78	:	1998
-43	-34	19	-20	-23	-29		10		Veränderungen in % 1990-1998

3.1.5 As-Teq-gewichtete Schwermetallemissionen in die Luft

(1995 = 100)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1985	234	230	314	538	157	143	218	180	134	125	403	320	118	224	339	222
1990	165	143	148	331	113	153	159	132	108	84	192	207	117	131	153	152
1991	152	143	162	289	114	135	137	132	106	82	164	179	116	124	141	148
1992	138	136	135	237	110	118	123	122	110	75	143	167	123	113	138	136
1993	121	121	123	187	104	105	109	115	102	60	132	118	108	100	119	123
1994	109	117	115	141	99	104	98	107	101	75	112	100	97	98	104	111
1995	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
1996	88	81	104	84	93	82	99	102	88	97	77	99	81	78	91	86
Veränderungen in %																
1985-1996	-62	-65	-67	-84	-41	-42	-54	-44	-34	-23	-81	-69	-31	-65	-73	-61

Quelle: Öko-Institut (über Eurostat).

3.1.10 Partikelemissionen

(kg pro Kopf)

	EU-15	B	D	F	IRL	I	L	NL	A	FIN	S	UK	NO	CH
1980	12,0	:	33,3	8,1	27,6	7,7	:	11,2	9,9	:	:	6,4	5,0	5,8
1985	11,6	:	34,2	5,4	33,1	7,9	8,4	6,1	7,7	16,7	:	6,0	5,4	4,3
1990	9,4	2,4	23,0	4,1	29,9	8,8	:	5,0	5,0	15,2	4,7	5,5	5,6	3,6
1991	6,9	:	12,0	4,1	:	:	:	4,0	4,9	14,4	:	5,4	5,2	3,4
1992	5,8	:	8,0	3,9	:	:	:	4,0	:	12,2	:	5,2	5,1	3,2
1993	5,3	:	6,0	3,7	:	:	:	4,0	:	11,2	:	5,0	5,7	3,0
1994	4,9	2,7	4,0	3,6	:	:	:	4,0	:	10,4	:	4,6	6,2	2,9
1995	4,8	:	4,0	:	:	:	:	3,0	:	9,5	:	3,7	5,9	2,8
1996	4,6	:	4,0	:	:	:	:	3,0	:	10,0	:	3,6	6,2	2,7
1997	:	:	4,0	:	:	:	:	3,0	:	10,1	:	:	5,0	2,6
Veränderungen in %														
1980-1996 ⁽¹⁾	-61	:	-88	-55	:	:	:	-73	:	:	:	-44	23	-54

⁽¹⁾ Für 1980-1996 oder das letzte vergleichbare Jahr.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Umwelt und Energie).

3.2.1 Arbeitsunfälle in der EU nach Geschlecht, Alter und Wirtschaftszweig, 1994-1999

Art des Wirtschaftszweigs (¹)	Beschäftigte 1999 (in 1000)	Arbeitsunfälle mit Arbeitsunterbrechungen von mehr als 3 Tagen (²)							Veränderungen der Inzidenzrate (%)		
		Geschätzte Anzahl 1999	Inzidenzrate (³)						1994- 1998	1996- 1998	1998- 1999
			1994	1995	1996	1997	1998	1999			
Insgesamt — alle Wirtschaftszweige	139 377	4 786 898									
A und D bis K: Summe aller 9 allgemeinen Wirtschaftszweige	99 269	4 058 272	4 539	4 266	4 229	4 106	4 089	4 088	-9,9	-3,3	0,0
davon (⁴):											
Männer	61 896	3 251 269	5 960	5 534	5 458	5 291	5 268	5 253	-11,6	-3,5	-0,3
Frauen	33 205	633 899	1 936	1 864	1 924	1 865	1 890	1 909	-2,4	-1,8	1,0
18-24 Jahre	12 138	707 120	:	:	5 751	5 613	5 725	5 804		-0,5	1,4
25-34 Jahre	28 883	1 215 247	:	:	4 390	4 210	4 179	4 118		-4,8	-1,5
35-44 Jahre	26 171	945 924	:	:	3 766	3 696	3 678	3 703		-2,3	0,7
45-54 Jahre	20 571	731 519	:	:	3 558	3 548	3 543	3 521		-0,4	-0,6
55-64 Jahre	8 900	311 040	:	:	4 063	3 671	3 602	3 577		-11,4	-0,7
A: Land- und Forstwirtschaft	5 124	361 736	6 496	6 123	6 771	6 647	6 790	7 060	4,5	0,3	4,0
D: Verarbeitendes Gewerbe (Herstellung von Waren)	30 022	1 342 302	5 071	4 962	4 660	4 607	4 492	4 471	-11,4	-3,6	-0,5
davon (⁵):											
da Herstellung von Nahrungs- und Genussmitteln, Tabakverarbeitung	3 397	275 012	7 360	6 920	6 557	6 550	6 323	6 264	-14,1	-3,6	-0,9
db Herstellung von Textilien und Bekleidung	2 266	52 469	:	2 765	2 639	2 589	2 653	2 642		0,5	-0,4
dc Herstellung von Leder und Lederwaren	506	10 132	:	2 505	2 394	2 308	2 292	2 390		-4,3	4,3
dd Herstellung von Holz sowie Holz-, Kork- und Flechtwaren (ohne Möbelherstellung)	910	87 661	:	10 238	10 793	12 020	10 677	10 399		-1,1	-2,6
de Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus, Verlags- und Druckerzeugnisse	2 556	63 828	:	2 795	2 686	2 606	2 596	2 548		-3,4	-1,8
df Kokerei, Mineralölverarb., Herstellung und Verarb. von Spalt- und Brutstoffen	175	1 469	:	1 158	1 094	962	875	859		-20,0	-1,8
dg Herstellung von chemischen Erzeugnissen	2 068	43 222	:	2 431	2 400	2 195	2 177	2 126		-9,3	-2,3
dh Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	1 289	52 015	:	4 233	3 897	3 843	3 827	4 102		-1,8	7,2
di Herstellung von Glas- und Glaswaren, Keramik, Verarb. von Steinen und Erden 4 (⁶)	1 159	69 423	6 518	6 915	6 533	6 543	6 269	6 352	-3,8	-4,0	1,3
dj Metallerzeugung und -bearbeitung, Herstellung von Metallerzeugnissen	4 414	348 068	8 650	9 022	8 546	8 331	8 076	8 080	-6,6	-5,5	0,0
dk Maschinenbau	3 277	110 661	:	3 708	3 308	3 523	3 615	3 412		9,3	-5,6
dl Herstellung von Büromaschinen, DV-Geräten, E-Technik, Feinmechanik, Optik	3 329	86 556	:	2 858	2 684	2 638	2 631	2 637		-2,0	0,2
dm Fahrzeugbau	2 922	79 891	:	2 936	2 734	2 756	2 883	2 782		5,5	-3,5
dn Herst. von Möbeln, Schmuck, Musikinstr., Sportgeräten, Spielwaren n.a.g.	1 753	61 895	:	4 292	3 929	3 628	3 670	3 686		-6,6	0,4
E: Energie- und Wasserversorgung	1 156	16 459	:	1 545	1 619	1 662	1 625	1 423		0,4	-12,4
davon (⁷):											
e40 Energieversorgung	918	11 418	:	1 368	1 383	1 461	1 410	1 215		2,0	-13,8
e41 Wasserversorgung	239	5 041	:	2 133	2 426	2 429	2 382	2 182		-1,8	-8,4
F: Bau	10 825	845 315	9 014	9 080	8 023	7 963	8 008	7 809	-11,2	-0,2	-2,5
G: Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen und Gebrauchsgütern	21 037	525 071	2 552	2 523	2 431	2 394	2 451	2 496	-4,0	0,8	1,8
H: Beherbergungs- und Gaststätten (⁸)	5 425	201 328	4 121	3 645	3 532	3 365	3 590	3 711	-12,9	1,6	3,4
I: Verkehr und Nachrichtenübermittlung	7 833	446 649	6 139	5 790	6 018	5 937	5 862	5 702	-4,5	-2,6	-2,7
davon (⁹):											
i60 Landverkehr; Transport in Rohrfernleitungen	3 141	188 319	5 732	5 139	6 000	6 006	5 987	5 939	4,5	-0,2	-0,8
i61 Schifffahrt	92	4 652	4 933	4 658	4 886	5 132	5 290	5 347	7,2	8,3	1,1
i62 Luftfahrt	366	13 144	5 470	4 397	4 121	4 184	4 317	3 682	-21,1	4,8	-14,7
i63 Hilfs- und Nebentätigkeiten für den Verkehr; Verkehrsvermittlung	1 953	185 812	11 580	11 829	10 526	10 415	9 755	9 643	-15,8	-7,3	-1,1
J und K: Kreditinstitute und Versicherungen; Grundstücks- und Wohnungswesen, Vermietung beweglicher Sachen, Erbringung von unternehmensbezogenen Dienstleistungen	17 848	319 412	1 638	1 627	1 582	1 602	1 623	1 790	-0,9	2,6	10,3

Quelle: Europäische Statistik über Arbeitsunfälle (ESAW); für Dänemark und Irland: 1998 = 1997; für Frankreich 1997 = 1998; für die Niederlande 1995-1998 = Unfallzahlen 1994, Unfallzahlen 1999 werden entsprechend der Beschäftigungsentwicklung 1999/1994 neu evaluiert; für Portugal 1996 = 1995, und 1998 = Daten ab 1999.

(¹) Systematik nach NACE Rev. 1 (Wirtschaftszweig), Abschnitt (Wirtschaftszweig) und Unterabschnitt bzw. Abteilung (Sektor); die Wirtschaftszweige erstrecken sich auf die Bereiche A bis K.

(²) Geschlecht oder Alter wurden nicht immer angegeben (insbesondere für die Niederlande); Arbeitnehmer unter 18 oder über 64 sind in den Summen enthalten; bei Portugal Inzidenzraten nach Alter nach Korrektur der Altersklassen.

(³) Inzidenzraten ohne Portugal; NACE Abschnitt I (Verkehr und Nachrichtenübermittlung) einschließlich Abteilung i64 (Nachrichtenübermittlung).

(⁴) Glas und Glaswaren, Keramik, Bauerzeugnisse.

(⁵) Inzidenzraten ohne Portugal vor 1996.

(⁶) Inzidenzraten werden als Anzahl der Arbeitsunfälle je 1 000 Erwerbstätige angegeben.

(⁷) Ohne tödliche Unfälle.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

3.2.2 Tödliche Arbeitsunfälle in der EU nach Geschlecht, Alter und Wirtschaftszweig, 1994-1998

Art des Wirtschaftszweigs (¹)	Beschäftigte 1999 (in 1000)	Anzahl 1999	Tödliche Arbeitsunfälle							Veränderungen der Inzidenzrate (%)		
			Inzidenzrate (²)							1994- 1998	1996- 1998	1998- 1999
			1994	1995	1996	1997	1998	1999				
Insgesamt — alle Wirtschaftszweige	139 377	5 275										
A und D bis K: Summe aller 9 allgemeinen Wirtschaftszweige	99 269	4 736	6,09	5,90	5,18	5,22	5,03	4,77	-17,5	-3,0	-5,2	
davon (³):												
Männer	61 896	4 409	:	:	7,70	7,70	7,40	7,12	.	-3,8	-3,8	
Frauen	33 205	239	:	:	0,76	0,82	0,84	0,72	.	11,6	-14,3	
18-24 Jahre	12 138	417	:	:	3,88	3,71	3,60	3,42	.	-7,3	-5,0	
25-34 Jahre	28 883	1 055	:	:	4,10	3,94	3,85	3,58	.	-6,2	-7,0	
35-44 Jahre	26 171	1 086	:	:	4,58	4,87	4,60	4,25	.	0,5	-7,6	
45-54 Jahre	20 571	1 218	:	:	6,28	6,00	6,12	5,86	.	-2,5	-4,2	
55-64 Jahre	8 900	695	:	:	8,31	8,94	8,06	7,99	.	-3,0	-0,9	
A: Land- und Forstwirtschaft	5 124	682	14,0	13,8	12,9	12,6	12,4	13,3	-11,4	-3,9	7,3	
D: Verarbeitendes Gewerbe (Herstellung von Waren)	30 022	1 009	4,6	4,2	3,9	4,0	3,7	3,4	-19,6	-5,1	-8,1	
davon (³):												
da Herstellung von Nahrungs- und Genussmitteln, Tabakverarbeitung	3 397	171	9,2	5,2	4,7	4,8	4,4	3,6	-52,2	-6,4	-18,2	
db Herstellung von Textilien und Bekleidung	2 266	28		2,1	1,4	1,5	1,8	1,4	.	28,6	-22,2	
dc Herstellung von Leder und Lederwaren	506	10		2,1	1,7	1,7	1,9	2,4	.	.	.	
dd Herstellung von Holz sowie Holz-, Kork- und Flechtwaren (ohne Möbelherstellung)	910	54		9,5	8,5	9,1	8,9	6,4	.	4,7	-28,1	
de Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus, Verlags- und Druckerzeugnisse	2 556	50		2,7	1,7	1,7	1,9	2,0	.	11,8	5,3	
df Kokerei, Mineralölverarb., Herstellung und Verarb. von Spalt- und Bruststoffen	175	5		1,1	0,8	4,0	2,9	2,9	.	.	.	
dg Herstellung von chemischen Erzeugnissen	2 068	57		3,1	3,8	3,3	3,7	2,8	.	-2,6	-24,3	
dh Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	1 289	47		2,5	2,5	2,9	2,0	3,7	.	-20,0	85,0	
di Herstellung von Glas- und Glaswaren, Keramik, Verarb. von Steinen und Erden 4 (⁴)	1 159	85	9,1	7,3	8,1	10,4	8,2	7,8	-9,9	1,2	-4,9	
dj Metallerzeugung und -bearbeitung, Herstellung von Metallerzeugnissen	4 414	264	6,2	7,7	7,7	8,1	7,2	6,1	16,1	-6,5	-15,3	
dk Maschinenbau	3 277	85		2,5	2,5	2,5	2,3	2,6	.	-8,0	13,0	
dl Herstellung von Büromaschinen, DV-Geräten; E-Technik, Feinmechanik, Optik	3 329	73		3,6	3,2	2,9	2,6	2,2	.	-18,8	-15,4	
dm Fahrzeugbau	2 922	38		2,6	2,0	2,0	1,5	1,3	.	-25,0	-13,3	
dn Herst. von Möbeln, Schmuck, Musikinstr., Sportgeräten, Spielwaren n.a.g.	1 753	42		2,8	2,7	2,6	2,2	2,5	.	-18,5	13,6	
E: Energie- und Wasserversorgung	1 156	37		4,4	5,7	3,6	3,2	3,2	.	-43,9	0,0	
davon (³):												
e40 Energieversorgung	918	33		4,3	5,8	4,4	3,6	3,7	.	-37,9	2,8	
e41 Wasserversorgung	239	4		4,1	1,3	0,8	1,7	1,7	.	.	.	
F: Bau	10 825	1 266	14,7	14,8	13,3	13,1	12,8	11,7	-12,9	-3,8	-8,6	
G: Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen und Gebrauchsgütern	21 037	491	2,8	2,9	2,5	2,4	2,5	2,3	-10,7	0,0	-8,0	
H: Beherbergungs- und Gaststätten (⁵)	5 425	75	1,9	1,8	1,1	1,2	1,3	1,4	-31,6	18,2	7,7	
I: Verkehr und Nachrichtenübermittlung	7 833	892	13,7	13,7	12,0	12,1	11,8	11,4	-13,9	-1,7	-3,4	
davon (³):												
i60 Landverkehr; Transport in Rohrfernleitungen	3 141	649	21,7	22,8	20,4	20,8	20,3	20,5	-6,5	-0,5	1,0	
i61 Schifffahrt	92	23	38,4	30,8	26,4	20,7	15,7	26,4	.	.	.	
i62 Luftfahrt	366	15	7,9	6,0	5,7	4,3	5,3	4,2	.	.	.	
i63 Hilfs- und Nebentätigkeiten für den Verkehr; Verkehrsvermittlung	1 953	175	10,3	13,8	10,0	11,3	10,2	9,1	-1,0	2,0	-10,8	
J und K: Kreditinstitute und Versicherungen; Grundstücks- und Wohnungswesen, Vermietung beweglicher Sachen, Erbringung von unternehmensbezogenen Dienstleistungen	17 848	284	2,2	1,8	1,6	1,8	1,7	1,6	-22,7	6,3	-5,9	

Quelle: Europäische Statistik über Arbeitsunfälle (ESAW); einschließlich Straßenverkehrsunfälle und Unfälle mit Verkehrsmitteln aller Art während der Arbeit; ausgenommen Irland, Vereinigtes Königreich und (teilweise) Niederlande. In den Inzidenzraten sind die Niederlande vor 1996 (alle Jahre, nach Geschlecht) nicht berücksichtigt.

Für Dänemark und Irland: 1998 = 1997; für Frankreich 1997 = 1998, für Portugal 1996 = 1995, und 1998 = Daten ab 1999.

(¹) Systematik nach NACE Rev. 1 (Wirtschaftszweig), Abschnitt (Wirtschaftszweig) und Unterabschnitt bzw. Abteilung (Sektor); die Wirtschaftszweige erstrecken sich auf die Bereiche A bis K.

(²) Geschlecht oder Alter wurden nicht immer angegeben; Arbeitnehmer unter 18 oder über 64 sind in den Summen enthalten; bei Portugal Inzidenzraten nach Alter nach Korrektur der Altersklassen.

Gesamtinzidenzraten und Raten nach Alter werden für 1996 mit den Daten der Niederlande neu berechnet, um die Entwicklung 1996-1998 zu erfassen.

(³) Inzidenzraten ohne Portugal; NACE Abschnitt I (Verkehr und Nachrichtenübermittlung) einschließlich Abteilung i64 (Nachrichtenübermittlung).

(⁴) Glas und Glaswaren, Keramik, Bauerzeugnisse.

(⁵) Inzidenzraten ohne Portugal vor 1996.

(⁶) Inzidenzrate angegeben als tödliche Unfälle je 100 000 Erwerbstätige.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

3.2.3 Arbeitsunfälle, EU-Mitgliedstaaten, 1999

	Beschäftigte (in 1 000)	Nicht tödliche Arbeitsunfälle				Tödliche Arbeitsunfälle					
		Mit mehr als 3 Tagen Arbeitsausfall ⁽¹⁾			Alle ⁽²⁾	Zahl der Unfälle			Standardisierte Inzidenzrate		
		Geschätzte Anzahl	Standardisierte Inzidenzrate		% aller nicht tödlicher Unfälle ⁽³⁾	Geschätzte Anzahl	Tödl. RTTA bei der Arbeit ⁽⁴⁾	Sonstige Unfälle	Insgesamt	Sonstige Unfälle	Insgesamt
1994	1999										
Alle Wirtschaftszweige											
EU-15	139 377	4 786 898		63	7 582 672	2 145	3 130	5 275			
EUR-12⁽⁴⁾	105 581	4 283 010		73	5 836 452	2 088	2 853	4 941			
9 gemeinsame Wirtschaftszweige											
EU-15	99 269	4 058 272	4 539	4 088	64	6 332 531	2 091	2 645	4 736	2,9	4,8
EUR-12	76 386	3 685 198	:	4 764	73	5 043 581	2 034	2 403	4 437	3,3	5,6
<i>Nationale Daten der Arbeitsunfallversicherungsträger⁽⁵⁾</i>											
B	1 926	90 385	4 415	4 924	:	:	48	57	105	3,3	:
D	24 185	1 214 329	5 583	4 908	85	:	487	529	1 016	2,4	:
EL	1 352	38 064	3 702	2 740	:	:	17	81	98	6,3	:
E	9 112	623 585	6 166	7 027	71	:	256	425	681	5,0	:
F	12 738	603 060	5 515	4 991	:	:	417	368	785	3,4	:
I	14 715	626 325	4 641	4 067	:	:	663	480	1 143	3,4	:
L	196	8 889	4 508	4 973	59	:	4	3	7	:	:
A⁽⁶⁾	2 713	96 807	3 554	3 301	:	:	63	146	209	5,1	:
P	2 788	151 471	7 361	5 048	:	:	53	170	223	6,1	:
FIN	1 570	48 775	3 914	3 137	:	:	5	26	31	1,8	:
<i>Nationale Daten aus Meldungen bei anderen zuständigen Behörden⁽⁵⁾</i>											
DK	1 748	52 816	2 653	3 031	43	:	23	35	58	2,2	:
IRL⁽⁷⁾	924	11 105	1 494	1 291	51	:	:	44	:	7,0	:
NL⁽⁸⁾	4 167	172 403	4 287	4 223	:	:	14	74	88	2,3	:
S	2 539	35 608	1 123	1 425	23	:	20	25	45	1,1	:
UK	18 596	284 650	1 915	1 606	33	:	:	182	:	1,4	:
NO	1 232	:	:	:	:	50 483	:	:	21	2,4	2,4

⁽¹⁾ Europäische Statistik über Arbeitsunfälle (ESAW): Unfälle mit mehr als 3 Tagen Arbeitsausfall.

⁽²⁾ Ad-hoc-Modul der Arbeitskräfteerhebung (AKE) 1999, einschließlich Unfällen ohne Arbeitsausfall oder mit Arbeitsausfall von weniger als 4 Tagen.

⁽³⁾ Prozentangaben für sämtliche Wirtschaftszweige.

⁽⁴⁾ Eurozone (EUR-12): Belgien, Deutschland, Griechenland, Spanien, Frankreich, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal und Finnland.

⁽⁵⁾ Staatliche Versicherungsträger (z. B. Sozialversicherungsunternehmen) oder private Versicherungsträger, je nach Mitgliedstaat.

⁽⁶⁾ Normalerweise Arbeitsaufsichtsamt.

⁽⁷⁾ Für Österreich und Irland: Rate der nicht tödlichen Unfälle für 1994 = 1996; für Niederlande: Daten der nicht tödlichen Unfälle auf Basis der Daten für 1994, außer 1999 (neu bewertet entsprechend der Entwicklung der Beschäftigung 1999/1994).

⁽⁸⁾ Arbeitsunfälle in Straßenverkehr und Transport (RTTA) = Unfälle im Transportgewerbe und Verkehrsunfälle mit sämtlichen Verkehrsmitteln während der Arbeit in allen anderen Wirtschaftszweigen.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

3.2.4 Medizinische und wirtschaftliche Folgen der Arbeitsunfälle in der EU und Norwegen, 1998

	Ges. (1,2)	Bis zu 4 Tagen Arbeitsausfall (1)	Mehr als 3 Tage Arbeitsausfall (2) — nach:				Verletzter Körperteil/ Art der Verletzung (%)	Tod (2) (%)
			Dauer des Arbeitsausfalls (%)					
			Weniger als 2 Wochen	2 Wochen bis weniger als 3 Monate	3 Monate oder mehr, bleibende Arbeitsunf.	Insgesamt		
Verletzter Körperteil (% nach Arbeitsausfalldauer)								
Insgesamt			47,3	46,7	6,0	100	100,0	100,0
Kopf			64,9	30,8	4,3	100	9,2	28,2
Hals (einschließlich Halswirbel)			36,6	57,8	5,6	100	2,1	2,0
Rücken (einschließlich Wirbelsäule)			50,1	43,7	6,2	100	7,7	3,2
Rumpf (einschließlich Organen)			46,9	48,7	4,4	100	5,2	10,7
Obere Gliedmaßen (einschließlich Händen)			48,0	46,5	5,4	100	41,2	1,6
Untere Gliedmaßen (einschließlich Füßen)			42,0	51,2	6,8	100	26,5	2,2
Kompletter Körper (2)			39,7	47,2	13,1	100	2,7	31,2
Sonstige (2) bzw. keine Angaben			46,9	41,8	11,3	100	5,4	20,8
Art der Verletzung (2) (% nach Arbeitsausfalldauer)								
Insgesamt			47,3	46,7	6,0	100	100,0	100,0
Wunden und oberflächliche Verletzungen			56,5	40,0	3,5	100	37,6	-
Knochenbrüche			10,8	70,7	18,5	100	10,8	19,7
Verrenkungen, Verstauchungen, Zerrungen			45,6	49,5	4,7	100	24,4	-
Traumatische Amputationen			6,6	64,1	29,3	100	0,5	1,2
Gehirnerschütterungen und innere Verletzungen (4)			50,0	42,8	7,2	100	11,3	6,5
Verbrennungen und Erfrierungen			54,8	42,5	2,8	100	1,6	1,3
Vergiftungen, Infektionen (4)			60,8	35,9	3,3	100	1,0	0,7
Ertrinken, Ersticken			60,4	36,2	3,5	100	0,2	1,9
Einwirkungen von Lärm, Schwingungen, Druck (4)			57,7	40,3	2,0	100	0,0	0,1
Einwirkungen von Temperatur, Licht, Strahlung (4)			66,5	28,4	4,8	100	0,1	0,6
Schocks (4)			36,7	51,9	11,4	100	0,0	0,5
Mehrfachverletzungen (4)			30,9	57,2	11,9	100	0,2	10,0
Sonstige bzw. keine Angaben			45,6	44,3	10,2	100	12,3	57,6
Schweregrad (2) (% nach Arbeitsausfalldauer)								
Insgesamt	100	36,8	29,8	29,5	3,8	63,1		0,1
Anzahl der Arbeitsausfalltage (2)								
Geschätzte Gesamtzahl (Millionen)	148,4	1,8	18,2	82,6	45,8	146,5		-
Je 100 000 Beschäftigten	108 798	1 164	13 334	60 676	33 624	107 634		-
Mittlere Zahl Arbeitsausfalltage je Unfall	20	1	8	38	162	31		-
Personen, die pro Jahr mehr als einen Unfall erlitten (2) (2)								
Insgesamt	13,8							

(1) + (2) Ad-hoc-Modul in der Arbeitskräfteerhebung 1998: Unfälle in 12 Monaten 1998-1999, einschließlich Fällen ohne Fehlzeiten sowie Arbeitsausfallzeiten < 4 Tagen.

(2) Kompletter Körper = einschließlich mehreren Verletzungsstellen; sonstige = einschließlich Tod am Arbeitsplatz aus rein medizinischen Gründen (Frankreich).

(4) Die Art der Verletzung bezieht sich auf die „schwerste Verletzung“. „Mehrfachverletzungen“ = Verletzungen gleicher Schwere; Gehirnerschütterungen, innere Verletzungen = Blutungen, Verletzungen innerer Organe usw.; Vergiftungen, Infektionen, Einwirkungen von Lärm, Schwingungen, Druck, Temperaturextreme (einschließlich Sonnenbrand, Hypothermie), Licht und Strahlung = akute Auswirkungen; Schocks = Stromschläge und Schock nach Angriff durch Menschen, Tiere usw.

(2) Ohne Norwegen.

Quellen: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

3.2.5 Wirtschaftszweige, Personen und Arbeitstätigkeiten mit hohem Arbeitsunfallrisiko, Europa, 1998-1999

	Relative Arbeitsunfall-Inzidenzrate (¹)		
	Alle nicht tödlichen Unfälle (²) (mit oder ohne Arbeitsausfall)	Unfälle mit Arbeitsausfall (²)	
		Mehr als 3 Tage	2 Wochen oder mehr
Alle Unfälle (¹)	100	100	100
Wirtschaftszweig			
Land- und Forstwirtschaft	132	166 (⁵)	144
Fischerei und Fischzucht	243	:	:
Bergbau, Gewinnung von Steinen und Erden	112	:	139
Herstellung von Waren	112	110 (⁵)	127
Bau	141	196 (⁵)	170
Beherbergungs- und Gaststättengewerbe	117	88 (⁵)	63
Verkehr und Nachrichtenübermittlung	114	143 (⁵)	109
Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen	134	:	116
Männer	113	129 (⁵)	120
davon: 15-24 Jahre	135 (⁴)	:	:
Primär- und unterer Sekundarbildungsabschluss (³)	179 (⁴)	:	:
Alter 15-24 J. (mehr als 3 Arbeitsausfalltage: 18-24)	109 (⁴)	140 (⁵)	:
Beruf			
Dienstleistung, Verkauf	113 (⁴)	:	:
Landwirte/Facharbeiter und Land- und Fischwirtschaft	112 (⁴)	:	:
Handwerker/Arbeitnehmer in handwerklichen Berufen	164 (⁴)	:	:
Anlagen- und Maschinenbediener, Monteure	155 (⁴)	:	:
Einfache Tätigkeiten, ungelernete Arbeiter	134 (⁴)	:	:
Streitkräfte	108 (⁴)	:	:
Örtliche Einheit mit 1-9 Beschäftigten	:	100 (⁵)	:
davon: Herstellung von Waren	:	141 (⁵)	:
Bau	:	224 (⁵)	:
Verkehr und Nachrichtenübermittlung	:	174 (⁵)	:
Örtliche Einheit mit 10-49 Beschäftigten	:	126 (⁵)	:
davon: Herstellung von Waren	:	132 (⁵)	:
Bau	:	230 (⁵)	:
Verkehr und Nachrichtenübermittlung	:	205 (⁵)	:
Dauerarbeitsverh., Betriebszugeh. unter 2 Jahren (⁶)	126	106	90
davon: Herstellung von Waren	138	:	121
Bau	171	:	140
Beherbergungs- und Gaststättengewerbe	172	:	59
Verkehr und Nachrichtenübermittlung	157	:	66
Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen	157	:	109
Zeitarbeitsverhältnisse	115	101	104
davon: Betriebszugehörigkeit unter 2 Jahren (⁶)	121	106	104
davon: Bau	232	:	:
Handel, Instandhaltung und Reparatur	131	:	:
Beherbergungs- und Gaststätten	137	:	:
Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen	191	:	:
Unter 20 Stunden je Woche	144	101	106
Schichtarbeit (häufig oder gelegentlich) (⁷)	146	137	134
Nacharbeit (häufig oder gelegentlich) (⁷)	146	134	127

(¹) Inzidenz oder Inzidenzrate = Unfälle im Jahresverlauf/Beschäftigte in der Bezugspopulation; relative Inzidenzrate = Inzidenz in einer bestimmten Gruppe/Inzidenz aller Gruppen. Die relative Inzidenzrate wird bei allen Gruppen in jedem der 3 Unfallschweregrade (alle, > 3 Tage, >= 2 Wochen) gleich 100 gesetzt. Eine relative Inzidenzrate von 144 bei Unfällen in der Landwirtschaft, die Arbeitsausfälle von 2 oder mehr Wochen nach sich ziehen, bedeutet, dass die Inzidenz dieser Unfälle 44 % höher als die Inzidenz aller Unfälle dieser Schweregruppe war.

(²) Unfälle in den letzten 6 Monaten, direkt antwortende Arbeitnehmer (Antworten anderer Haushaltsangehöriger ausgeklammert), in Erwerbstätigkeit, die bei der Erhebung nach wie vor die Haupterwerbstätigkeit ist außer 4 und 5.

(³) Erreichter Bildungsabschluss, außer IRL, I, P, UK.

(⁴) Unfälle in den vergangenen zwölf Monaten in Erwerbstätigkeit, die nach wie vor die Haupterwerbstätigkeit ist (Arbeitnehmer oder Selbständige, direkte oder indirekte Antworten).

(⁵) Europäische Statistik über Arbeitsunfälle (ESAW) 1998.

(⁶) Dauer der Betriebszugehörigkeit oder Dauer der Selbständigkeit.

(⁷) Schicht- und Nacharbeit, außer D, E, IRL, L, FIN (Schichtarbeit), UK.

Quelle: Ad-Hoc-Modul, Arbeitskräfteerhebung 1999, außer Zahlen gemäß Anmerkung 5.

3.4.1 Verletzte in Straßenverkehrsunfällen je 100 000 Einwohnern

	EU-15	B	DK	D (¹)	EL	E	F	IRL	I	L
1960	:	859	442	:	:	137	405	192	401	717
1970	590	1118	541	877	293	268	663	333	444	735
1975	539	862	414	740	258	278	681	249	429	801
1980	540	860	307	834	277	300	644	267	405	655
1985	489	774	286	705	324	342	510	232	391	567
1986	496	829	276	740	291	369	487	246	385	562
1987	492	850	248	708	280	411	445	250	391	472
1988	511	877	244	743	308	441	456	252	409	521
1989	512	892	240	737	303	454	439	264	387	507
1990	523	884	220	721	287	417	416	283	395	484
1991	494	825	211	646	300	398	378	293	434	445
1992	486	784	215	654	311	349	361	298	437	418
1993	463	770	202	635	306	316	344	287	390	432
1994	468	742	198	646	309	305	327	297	430	400
1995	474	708	202	639	318	324	326	364	464	422
1996	467	672	196	613	322	330	305	380	471	387
1997	473	697	191	621	332	333	303	371	482	370
1998	480	708	182	616	339	374	301	357	520	369
1999	489	715	186	644	324	375	294	331	561	362
Veränderungen in %										
1970-1999 (²)	-17	-36	-66	-27	11	40	-56	-1	26	-51
1990-1999 (³)	-6	-19	-15	-11	13	-10	-29	17	42	-25

Hinweis:

(¹) Vor 1991 gelten die Zahlen für das Gebiet der „alten“ Bundesländer der Bundesrepublik Deutschland.

(²) Für NL: 1970-1997.

(³) Für NL: 1990-1997.

Quelle: United Nations Economic Commission for Europe-Health for All (WHO, Europa), 2001.

3 Risiken in Zusammenhang mit Umwelt, Arbeitsbedingungen, Freizeit und Verkehr

(je 100 000 Personen)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
421	924	162	219	288	674	:	173	642	1960
552	983	352	371	293	652	465	318	609	1970
456	909	457	320	268	581	324	287	491	1975
414	858	439	188	242	600	312	260	531	1980
344	809	414	206	257	576	378	296	475	1985
354	788	430	231	268	583	326	299	482	1986
346	772	569	230	253	:	401	274	474	1987
334	779	623	254	280	593	371	269	471	1988
349	810	643	257	288	617	329	281	468	1989
357	803	663	269	272	615	346	288	450	1990
323	790	730	243	253	556	447	282	428	1991
327	744	744	208	248	555	516	274	429	1992
319	692	697	164	234	545	550	274	417	1993
328	687	647	168	247	561	558	266	428	1994
338	646	685	208	246	550	619	277	418	1995
318	629	692	189	241	567	580	280	384	1996
314	653	688	183	247	577	558	275	393	1997
:	644	687	184	247	572	518	281	399	1998
:	693	649	184	255	561	550	265	421	1999
									Veränderungen in %
-43	-30	85	-50	-13	-14	18	-17	-31	1970-1999 (1)
-3	-14	-2	-32	-6	-9	59	-8	-6	1990-1999 (2)

4 GESUNDHEITZUSTAND

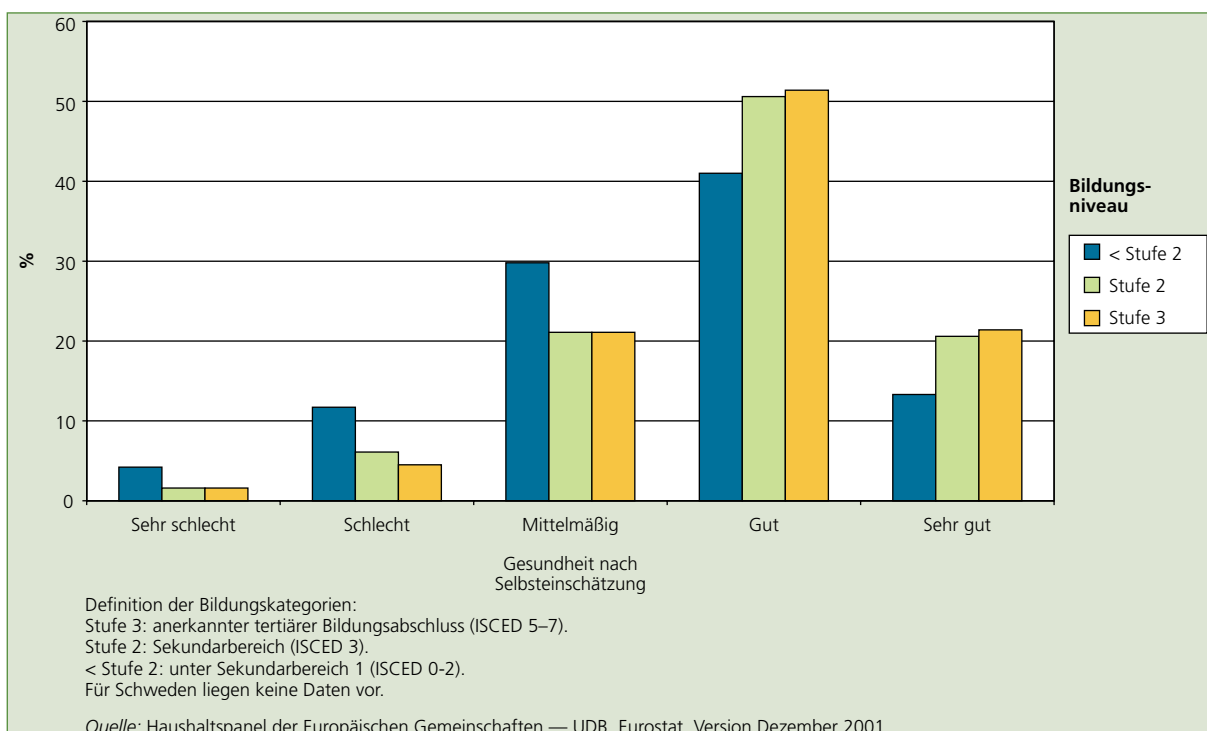
4.1 Eigene Angaben zur Gesundheit

4.1.1 Eigene Einschätzung der Gesundheit

Der allgemeine Gesundheitszustand der Bevölkerung, der mit Hilfe von „Selbstangaben“ gemessen wird, verändert sich naturgemäß im Laufe der Zeit nur sehr langsam. Verbesserte Vorbeugemaßnahmen, Ernährung, Sport und andere Faktoren der Lebensführung kommen möglicherweise erst Jahre später in der Gesundheit der Bevölkerung zum Ausdruck. Zudem ist der Gesundheitszustand innerhalb der Bevölkerung keineswegs gleichmäßig verteilt; je weiter oben die betreffenden Bevölkerungsgruppen auf der sozioökonomischen Leiter stehen, desto geringer ist ihre Krankheitsanfälligkeit und desto weniger sind sie von Behinderungen bzw. Funktionseinschränkungen und von vorzeitigem Tod betroffen. Genetische Faktoren, das äußere Umfeld und Erfahrungen aus der frühesten Kindheit beeinflussen zusätzlich zum sozioökonomischen Umfeld die Art und Weise, wie die Gesundheit in der Bevölkerung insgesamt wahrgenommen wird. Die Wahrnehmungsweise variiert zudem aufgrund kultureller Faktoren, weshalb Vergleiche mehr oder weniger nichtssagend sind. Eine der Methoden, nach denen die Staaten die positiven gesundheitlichen Aspekte beurteilen, besteht darin, den Gesundheitszu-

stand der Bevölkerung anhand deren eigener Einschätzung zu messen. Der subjektive oder auf eigenen Angaben basierende Gesundheitszustand ist kein Ersatz für objektivere Indikatoren, er ergänzt vielmehr diese Maßnahmen: Mit eigenen Angaben der Betroffenen über ihre Gesundheit fließt die Perspektive der Verbraucher in die Überwachung der Volksgesundheit mit ein, und es können Dimensionen des Themas „Gesundheit“ aufgezeigt werden, die mit herkömmlichen Messverfahren möglicherweise nicht zu erfassen sind (siehe NZ MoH 1999). Die Indikatoren für die auf eigener Einschätzung basierenden Gesundheitsangaben erwiesen sich als gutes Instrument für die Vorhersage der zukünftig zu erwartenden Inanspruchnahme der Gesundheitsfürsorge und für die zukünftige Sterblichkeit (siehe Miilunpalo 1997) sowie auch für die Vorhersage der rückläufigen funktionellen Fähigkeiten älterer Menschen und der Bevölkerung insgesamt. Die Messung der Gesundheit anhand eigener Angaben der Betroffenen ist naturgemäß eine subjektive Angelegenheit. Die EU setzt sich aus zahlreichen unterschiedlichen Ländern mit eigener Sprache und eigenen kulturellen Traditionen zusammen. Selbst wenn Einigkeit hinsichtlich Struktur und Wortlaut der Fragen zur Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands bestünde, dürften in den Antworten wahrscheinlich zumindest teilweise kulturelle Unterschiede in der Beurteilung der eigenen Gesundheit zum Ausdruck kommen (siehe Robine 2002).

4.1.2 Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands, nach Bildungsniveau, EU-15, 1998



Im **Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaften (ECHP)**, das von **Eurostat** koordiniert wird, werden Personen ab 16 Jahren aufgefordert, ihre eigene Gesundheit zu beurteilen (siehe ECHP-Website). Die Mehrheit der Einwohner der EU beurteilt ihre Gesundheit als gut bis sehr gut (**4.1.1**). Frauen beurteilten ihre Gesundheit 1998 etwas häufiger als Männer (43,3 % gegenüber 36,1 %) als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht. Allerdings waren zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten erhebliche Unterschiede festzustellen. 1998 beurteilte in Irland (81 %), Dänemark (75,6 %) und Griechenland (75,4 %) ein höherer Anteil der Einwohner als in anderen Mitgliedstaaten die eigene Gesundheit als sehr gut oder gut. In Portugal und Deutschland war dies nur bei weniger als 50 % der Fall; 22,3 % bzw. 19,0 % empfanden hier ihre Gesundheit gar als schlecht oder sehr schlecht. Die Beurteilung der Gesundheit stieg generell in der EU mit zunehmendem Bildungsstand an (**4.1.2**).

Grundsätzlich ist festzustellen, dass die Wahrscheinlichkeit, dass die eigene Gesundheit als gut oder sehr gut empfunden wird, mit zunehmendem Alter sinkt. Nach einem Maximalwert von 85,3 % bei der Altersgruppe zwischen 16 und 24 Jahren ging dieser Anteil in der Altersgruppe von 25 bis 34 Jahren auf 78,6 % zurück. In jeder darauffolgenden Altersgruppe sank der Anteil derjenigen, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzen, sukzessive weiter und erreichte schließlich bei der EU-Bevölkerung ab 85 Jahren mit 23,7 % den niedrigsten Wert. Dieses Verlaufsmuster quer durch die aufeinander folgenden Altersgruppen ähnelt in auffälliger Weise den Ergebnissen der einzelnen früheren Wellen des ECHP (**4.1.3**). Die höchsten Anteile derjenigen, die ihre Gesundheit als sehr gut beurteilen, waren in den Altersgruppen zwischen 16 und 54 Jahren in Griechenland, Irland und Dänemark, in der Altersgruppe zwischen 55 und 64 Jahren in Irland, dem Vereinigten Königreich und Griechenland sowie in der Altersgruppe ab 65 Jahren im Vereinigten Königreich, Irland und Dänemark zu verzeichnen. Der höchste Anteil derjenigen, die ihre Gesundheit als sehr schlecht beurteilen, wurde in Frankreich in allen Altersgruppen außer den 65- bis 74-Jährigen (hier meldete Finnland den höchsten Anteil) sowie den 75- bis 84-Jährigen (hier war der Anteil in Deutschland am höchsten) festgestellt. Der Anteil der Personen, die ihre Gesundheit als „sehr schlecht“ und „schlecht“ beurteilen, nimmt mit zunehmendem Alter zu, wobei die höchsten Anteile der Personen, die sich diesen beiden Kategorien zurechnen, in der Mehrzahl der Altersgruppen in Portugal und Deutschland zu finden sind. Das Verhältnis der Personen mit sehr guter bzw. guter Gesundheit in der erwerbstätigen Bevölkerung zur entsprechenden Personengruppe in der nicht erwerbstätigen Bevölkerung in der EU liegt bei ca. 2:1. Die höchsten Anteile

(**4.1.4**) jener Personen, die ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht beurteilen, waren bei nicht erwerbstätigen Personen (arbeitslos, arbeitsunfähig oder im Ruhestand) zu finden.

Das **Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaften (ECHP — European Community Household Panel)** ist eine Längsschnitterhebung mit mehreren Themen, die viele Aspekte des täglichen Lebens, insbesondere Beschäftigung und Einkommen, aber auch demografische Merkmale, Umwelt, Bildung und Gesundheit abdeckt. Das ECHP ist aufgrund seiner drei zentralen Merkmale eine weltweit einmalige Informationsquelle. Diese drei Merkmale sind: 1. die gleichzeitige, mehrdimensionale Erfassung einer Reihe unterschiedlicher Themen, 2. eine standardisierte Methodik und standardisierte Verfahren, die länderübergreifend vergleichbare Informationen liefern, sowie 3. ein Längsschnitt- oder Panellaufbau. Das ECHP wurde konzipiert, um die beiden großen gesellschaftlichen Erhebungen zu ergänzen, die auf EU-Ebene koordiniert werden — die Arbeitskräfteerhebung und die Erhebung zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte. Insgesamt besteht die Stichprobe aus etwa 60 000 Haushalten mit 130 000 Erwachsenen, die am 31. Dezember des Vorjahres 16 Jahre oder älter waren. Die erste Welle der ECHP-Erhebung fand 1994 statt, als die EU nur zwölf Mitgliedstaaten hatte, d. h., Österreich, Finnland und Schweden wurden nicht berücksichtigt. Der Gesundheitsabschnitt des ECHP enthält Fragen zur *Einschätzung der eigenen Gesundheit, zu Behinderungen bei Alltagstätigkeiten aufgrund chronischer Beschwerden, zu temporären Einschränkungen von Aktivitäten (mindestens zwei Wochen) aufgrund gesundheitlicher Probleme und zu Krankenhausaufenthalten und Arztbesuchen in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung*. Durch den Längsschnitt-, „Panel“-Aufbau des ECHP können über mehrere aufeinander folgende Jahre hinweg die gleichen Privathaushalte und Personen begleitet und erneut befragt werden. Im Gegensatz zu einer Querschnitterhebung liefert das ECHP Daten zur sozialen Dynamik der EU, liefert Informationen zu im Laufe der Zeit eintretenden Zusammenhängen und Übergängen auf Mikroebene. Drei Länder — Deutschland, Luxemburg und das Vereinigte Königreich — beziehen vergleichbare Daten aus anderen, bereits existierenden einzelstaatlichen Panels (Deutsches sozioökonomisches Panel — GSOEP, Vereinigtes Königreich: British household panel survey — BHPS), in denen ähnliche Themen wie im ECHP erfasst werden. Finnland beschloss 1997, in den Befragungen keine Angaben zum Einkommen zu erheben, sondern diese Informationen aus Registern abzuleiten. Darüber hinaus unterzogen auch andere Länder ihre eigenen Daten einer Überarbeitung. In dem Maße, wie das ECHP einem breiteren Nutzerkreis zur Verfügung steht und das ECHP als Lieferant wichtiger Indikatoren gilt, rückte in einigen Ländern die Frage der Datenqualität zunehmend ins Bewusstsein, und die Datenbestände wurden in großem Umfang überarbeitet. Diese Über-

arbeiten sind noch nicht vollständig abgeschlossen; die Aktualisierung wird für die Ausgaben 2000 und 2001 der ECHP-Datenbank weiter fortgesetzt; diese enthalten ab 1997 vergleichbare Querschnittsdaten für Schweden, welche aus der schwedischen Erhebung zu den Lebensbedingungen entnommen wurden.

In der Gesundheitsstatistik ist das Alter eine wichtige Variable, da viele gesundheitliche Probleme mit dem Alter zunehmen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass das ECHP mit verschiedenen operativen Problemen zu kämpfen hat. Hauptproblem ist die mangelnde Aktualität der Daten. Die 1999 auf nationaler Ebene gesammelten Daten liegen auf EU-Ebene erst Anfang 2003 vor, also mit einer Verzögerung von 37 Monaten. Weitere Probleme bestehen insbesondere im Zusammenhang mit den Beantwortungs- bzw. Abgangsquoten sowie der Nichtbeteiligung eines der EU-Länder — Schweden — an diesem Projekt.

Nach einer Gesamtdauer von acht Jahren (1994-2001) beschloss Eurostat gemeinsam mit den Mitgliedstaaten, das Projekt des Haushaltspanels der Europäischen Gemeinschaften (ECHP) nicht weiter fortzuführen und es 2003 durch ein neues Instrument zu ersetzen, die **EU-SILC (Statistics on Income and Living Conditions/Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen)**. Für diese Änderung waren mehrere Gründe maßgeblich: Am wichtigsten ist die Notwendigkeit, Inhalt und Aktualität des Instruments an die neuen politischen Erfordernisse anzupassen, insbesondere nach den Europäischen Gipfeln von Lissabon und Nizza. Bei diesen Gipfeln wurde der Überwindung der Armut Priorität eingeräumt, und es wurde ein eingehenderes Verständnis des Phänomens der sozialen Ausgrenzung auf der Grundlage gemeinsam vereinbarter Indikatoren verlangt. Folglich wächst der Bedarf für vergleichbare und aktuelle Daten zu Einkommen und sozialer Ausgrenzung, insbesondere im Rahmen des „Aktionsprogramms der Gemeinschaft zur Förderung der Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten bei der Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung“. Zugleich müssen jährlich für den Frühjahrsbericht an den Europäischen Rat Strukturindikatoren erstellt werden. Hauptergebnis dieses Projekts ist, dass erstmals vergleichbare Daten zu Einkommensverteilung und Armut bzw. sozialer Ausgrenzung für die EU erstellt wurden.

4.1.2 Gesundheitsbefragungen

In den Mitgliedstaaten der EU sowie in den Ländern der EFTA und des EWR vermitteln **Gesundheitsbefragungen (Health interview surveys — HIS), Gesundheitsuntersuchungen (Health Examination Surveys — HES)**, Kombinationen der HIS/HES sowie weitere Bevölkerungserhebungen mit einer umfangreichen Komponente zur Gesundheit einen Einblick in die Bereiche, welche für die Überwachung des Gesundheitszustands durch nationale und internationale Erhebungen relevant sind und die für die

Zusammenstellung von Informationen zu den Selbstangaben zur Gesundheit der Bevölkerung (Gesundheit nach eigener Einschätzung, chronische Leiden, Behinderungen, psychische Erkrankungen), zu verschiedenen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (Gesundheitsfaktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum, körperliche Betätigung, Drogenkonsum, Ernährungsgewohnheiten) und zur Inanspruchnahme medizinischer Dienste (Krankenhausaufenthalte, Arzt-/Zahnarztbesuche, vorbeugende Maßnahmen wie Krebsfrüherkennungsuntersuchungen) herangezogen werden können. Darüber hinaus werden in diesen Erhebungen umfassende Informationen zu den persönlichen Merkmalen der befragten Personen gesammelt, in einigen Ländern können zudem Erhebungsdatenbanken auf Mikroebene mit Daten aus Registern kombiniert werden.

Eurostat arbeitet bereits seit einigen Jahren in diesem Bereich. Methodiken und Instrumente wurden für den Einsatz in diesem Bereich entwickelt und evaluiert. Umfangreiche Informationen zu bestehenden nationalen Gesundheitserhebungen wurden zusammengetragen und — mit Unterstützung durch das Gesundheitsberichterstattungsprogramm der Gemeinschaft 1998-2002 — in elektronischem Format (der „**HIS/HES-Datenbank**“) gespeichert. Die bestehenden Daten aus nationalen Erhebungen wurden 1999 zu zwölf Themen erhoben (*siehe 4.1.3*); eine ähnliche Datensammlung — allerdings mittlerweile zu 18 Themen — befindet sich gegenwärtig in der Ausarbeitung. Bei der Datensammlung von 1999 zeigte sich, dass sich zu verschiedenen Themen vergleichbare Daten bereits in ausreichendem Umfang aus nationalen Erhebungen gewinnen lassen (Gesundheit nach eigener Einschätzung, chronische Leiden insgesamt, Rauchen, Body Mass Index); bei verschiedenen Themen wäre mit relativ geringfügigen Anpassungen an nationale Konzepte, z. B. durch Harmonisierung der Bezugszeiträume in Fragen zu Arzt-/Zahnarztbesuchen und zur Einnahme von Medikamenten, eine wesentlich bessere internationale Vergleichbarkeit erreichbar; bei einigen Punkten unterscheiden sich die nationalen Konzepte nach wie vor erheblich, doch dürfte eine Harmonisierung durchaus möglich sein. Voraussichtlich dürfte die derzeit laufende Zusammenstellung vorhandener Daten zu 18 HIS-Themen bereits zeigen, dass zumindest in einigen Ländern erhebliche Fortschritte auf dem Weg hin zu besseren, vergleichbaren internationalen Daten erzielt wurden. Um die Harmonisierung zu fördern, beteiligt sich **Eurostat** direkt bzw. indirekt an verschiedenen Projekten, die auf die Entwicklung empfohlener Instrumente für Gesundheitserhebungen abzielen, z. B. Eurohis (unter der Koordination durch WHO Europe), EuroREVES-II und verschiedene andere Projekte, die im Rahmen des Aktionsprogramms der Gemeinschaft zur Gesund-

heitsberichterstattung gefördert werden). Über die Entwicklung von auf ein einziges Thema ausgerichteten Instrumenten hinaus wurde in jüngster Zeit auch mit der Entwicklung von „Modulen“ begonnen, die verschiedene Instrumente eines bestimmten Bereichs (Gesundheitszustand, Gesundheitsdeterminanten, Nutzung medizinischer Dienste) umfassen.

Eine zukünftige **Europäische Gesundheitsbefragung (European Health Interview Survey — EHIS)** könnte beispielsweise als **Grundlagenerhebung** eines Europäischen Gesundheitserhebungssystems (European Health Survey System — EHSS) gestaltet werden, das von Eurostat derzeit bereits in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten und der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz entwickelt wird. Die erste Runde der EHIS könnte (möglicherweise) in allen Mitgliedstaaten — einschließlich der neuen Mitglieder — bereits 2006 durchgeführt werden. Das Erhebungssystem ließe sich in den einzelnen Mitgliedstaaten unterschiedlich gestalten; als gemeinsame Elemente aller Mitgliedstaaten kämen allerdings in Frage: das jährliche *Mini European Health Module* (MEHM), welches als jährliche Komponente des EHSIS die jährlich für die Europäischen Strukturindikatoren benötigten Daten im Gesundheitsbereich liefert, z. B. die invaliditätsfreie Lebenserwartung, sowie weitere Module wie ein *European Survey Module on Determinants of Health* (ESMD) und ein *European Survey Module on Care* (ESMC). Ab 2003 wird das MEHM-Modul jährlich in die SILC-Erhebung einbezogen (siehe Kasten 4.1.1).

Hinter den **European Community Health Indicators (ECHI)** steht ein vom Rijksinstitut voor Volks-

Gesundheit, der Lebensführung, der Nutzung von Dienstleistungen usw. recherchieren. Um Recherchen nach bestimmten Themen zu ermöglichen, wurde eine Liste von Gesundheitsthemen erstellt. Gegenwärtig umfasst diese Liste 93 Themen, die sich in sieben Bereiche gliedern: demografische und sozioökonomische Faktoren, Gesundheitszustand, persönliche Faktoren, Faktoren der Lebensführung, Lebens- und Arbeitsbedingungen, Vorbeugungsmaßnahmen, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung sowie die Nutzung von Gesundheits- und Sozialdiensten. Da die Datenbank für eine fortlaufende Aktualisierung ausgelegt ist, kann sie als aktuelle Referenzunterlage für die Sammlung von Daten aus den Mitgliedstaaten durch die Kommission dienen. Weitere internationale Organisationen können die Ergebnisse dieses Projekts jederzeit nutzen, wenn sie Angaben zur Verfügbarkeit vergleichbarer Daten oder eine Übersicht über (inter)nationale HIS/HES und ähnliche Erhebungen in der EU benötigen. Die nationalen Institute können die Datenbank als Spiegel für die Bewertung ihrer eigenen Erhebungen sowie als Hilfe bei der Entscheidung über eine Angleichung der Bestandteile ihrer eigenen Erhebungen (im Hinblick auf eine internationale Harmonisierung) verwenden.

Die Liste der Indikatoren der Erhebung basiert auf der Liste der Gesundheitsbereiche und Gesundheitsthemen, die in einer früheren Bestandsaufnahme zur HIS in den Jahren 1996/97 erarbeitet wurde, sowie auf dem im Projekt **European Community Health Indicators (ECHI)** empfohlenen Bestand an Indikatoren.

Das **HIS/HES-Datenbankprojekt**, das durch das **Statistische Amt der Niederlande, KTL** (Finnland) und das belgische **Wissenschaftliche Institut für öffentliche Gesundheit** koordiniert wird, lief 1998 im Rahmen des Gesundheitsberichterstattungsprogramms der Gemeinschaft an. Diese Datenbank enthält Informationen zu den Methoden und Inhalten der HIS, HES und HIS/HES. Gegenwärtig umfasst die Datenbank Informationen zu acht nationalen Gesundheitsuntersuchungen (HES), 70 nationalen Gesundheitsbefragungen (HIS) und zwei internationalen Gesundheitserhebungen. Darüber hinaus werden bereits jetzt oder zukünftig empfohlene Instrumente aus unterschiedlichen Quellen (WHO/EURO, Gesundheitsberichterstattungsprojekte) mit aufgenommen. Die Datenbank deckt mehr als 5 000 Fragen der HIS ab, sowohl in der ursprünglichen Sprache als auch in Englisch. Die Datenbankbenutzer können hierin gezielt Informationen zu bestimmten Erhebungen oder zu bestimmten Themen wie den Selbstangaben zur

gezondheit en Milieu (**RIVM**) (Niederlande) im Rahmen des Gesundheitsberichterstattungsprogramms der Gemeinschaft koordiniertes Projekt. Ziel dieses Projekts ist, einen kohärenten Bestand an Gesundheitsindikatoren für die Europäische Gemeinschaft vorzuschlagen, die für die Zwecke eingesetzt werden können, welche im Programm der gemeinschaftlichen Maßnahmen zur Gesundheit der Bevölkerung formuliert wurden und von allen Mitgliedstaaten unterstützt werden.

4.1.3 Selbstangaben zu chronischen Erkrankungen

Zu den Selbstangaben zu chronischen Erkrankungen liegen auf EU-Ebene im Moment nur in unzureichendem Umfang Daten vor. Chronische Erkrankungen stellen eines der wichtigsten Probleme einer gesundheitsorientierten Lebensqualität dar, insbesondere für ältere Menschen, und sind zugleich eine der Hauptursachen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsfürsorgeleistungen. Häufig beeinträchtigen chronische Erkrankungen die psychischen oder physischen

Fähigkeiten der Menschen über längere Zeit oder sogar dauerhaft. Die Beobachtung der Verteilung und Entwicklungstrends chronischer Erkrankungen in der Bevölkerung ist insgesamt zwar von großer Bedeutung, doch werden derartige Morbiditätsdaten nur in wenigen Ländern regelmäßig erfasst. Die Datenerfassung erstreckt sich auf ausgewählte Krankheiten und Untergruppen, die nicht unbedingt repräsentativ für die Gesamtbevölkerung sind (z. B. für Krebsregister). In zahlreichen Ländern werden Morbiditätsdaten zu chronischen körperlichen Erkrankungen mit Hilfe der HIS gesammelt. Diese Vorgehensweise eignet sich insbesondere für lang anhaltende Erkrankungen mit geringer Sterblichkeit, sie ist außerdem kostengünstig, lässt sich rasch einführen und ermöglicht die gleichzeitige Sammlung von Daten zu zahlreichen chronischen Erkrankungen sowie von weiteren gesundheitsrelevanten Daten wie z. B. die Inanspruchnahme von Gesundheitsfürsorgeleistungen. Allerdings sind die Gesundheitsbefragungen (HIS) auch von bestimmten Nachteilen begleitet. Das Stichprobenverfahren ist für die Messung von Erkrankungen mit geringer Auftretenshäufigkeit nicht geeignet, und zudem wird durch die subjektiven Angaben die Krankheit nicht immer richtig angegeben, d. h. manche Menschen leiden an einer bestimmten Krankheit, ohne es zu wissen, oder sie haben eine Krankheit selbstständig, aber falsch „diagnostiziert“. Zudem sind die Konzepte und Definitionen, die in den einzelnen Ländern bei der Erfassung chronischer Erkrankungen eingesetzt werden, ausgesprochen vielfältig.

Wie bereits oben erwähnt (*siehe Punkt 4.1.2*), wurden die existierenden Daten aus den nationalen Gesundheitsbefragungen (HIS) von **Eurostat** im Jahr 1999 zu zwölf Themen in den Mitgliedstaaten der EU sowie der EFTA/des EWR gesammelt. Auf dieser Grundlage scheint in absehbarer Zukunft eine gewisse Harmonisierung möglich. Unterschiede sind dabei auf unterschiedliche Datenerfassungsjahre (diese erstrecken sich über den Zeitraum von 1991 bis 1998) sowie auf Unterschiede der einzelstaatlichen Gesundheitsfürsorgesysteme zurückzuführen. Aus den früheren Ergebnissen einer Untersuchung von Eurostat zu bestimmten ausgewählten Krankheiten lassen sich in den Mitgliedstaaten, zu denen Daten vorliegen (nur acht Staaten), erheblich schwankende Prozentanteile (**4.1.5**) der an chronischen Erkrankungen leidenden Personen ablesen. Diese Werte reichen von 45,4 % in Schweden (1996/97), 40,0 % im Vereinigten Königreich (1996), 37,6 % in Dänemark (1994) bis zu 17,0 % in der Schweiz (1997) und 27,7 % in Spanien (1997). Einige dieser chronischen Krankheiten sind insofern bedeutsam, als sie zu den Hauptursachen für Tod, Behinderungen bzw.

Invalidität oder Krankenhauseinweisungen (Bluthochdruck, Diabetes, chronische Herzerkrankungen oder Schlaganfälle) zählen.

4.1.4 Selbstangaben zu chronischen Erkrankungen bei Kindern

Nach der Studie zum Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern (Health Behaviour in School-aged Children — HBSC) (siehe ECHP-Website) liegen für junge Menschen in gewissem Umfang Daten mit Selbstangaben zu chronischen Erkrankungen vor. Zunehmend häufiger auftretende Symptome, die nicht für schwere körperliche Krankheiten stehen, sind möglicherweise ein Anzeichen für Ungleichgewichte im psychosozialen Umfeld junger Menschen. Tabelle 4.1.6 zeigt die Anteile junger Menschen, die 1997/98 „mindestens einmal pro Woche“ an Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Rückenschmerzen litten. Junge Menschen der Altersgruppen von 11, 13 und 15 Jahren litten nach eigenen Angaben häufiger an Kopfschmerzen als an Bauch- oder Rückenschmerzen. Kopfschmerzen traten in allen Ländern bei Mädchen häufiger auf als bei Jungen. Bei Mädchen stieg der Anteil der hiervon betroffenen Personen in der Altersgruppe von 11 bis 13 Jahren in allen Ländern, in der Altersgruppe von 13 bis 15 Jahren in den meisten Ländern an. Bei Jungen stieg der Anteil der Betroffenen altersabhängig in etwa der Hälfte der Länder an, entwickelte sich in den übrigen Ländern dagegen rückläufig. Mädchen litten nach eigenen Angaben in den Altersgruppen von 11, 13 und 15 Jahren in allen Ländern gleichfalls häufiger unter Magenschmerzen als Jungen. Diese Anteile gingen in den meisten Ländern in der Altersgruppe zwischen 13 und 15 Jahren (im Vergleich zwischen den 11- und 13-Jährigen) zurück. Die Unterschiede zwischen den Ländern nahmen bei Jungen im Alter zwischen 11 und 13 Jahren geringfügig zu, gingen im Alter von 15 Jahren dann aber um ein Drittel zurück. Bei Mädchen in der Altersstufe zwischen 11 und 13 Jahren war ein Rückgang dieses Unterschieds um ein Viertel festzustellen, während er in der Folgezeit wieder geringfügig zunahm. Unter Rückenschmerzen litt im Alter von 13 Jahren ein höherer Anteil der Auskunftspersonen als mit 11 Jahren, und zwar Jungen in allen Ländern sowie Mädchen in den meisten Ländern. Der Anteil der Jugendlichen, die im Alter von 15 Jahren unter Rückenschmerzen litten, war bei Mädchen in allen Ländern und bei Jungen in den meisten Ländern höher als im Alter von 13 Jahren. Auch hier waren wieder von Land zu Land Unterschiede festzustellen.

Literatur

ECHP (Metadaten siehe Kapitel 4.1.1)
<http://www-rcade.dur.ac.uk/echp/>.

HBSC — A WHO Collaborative study
[http://www.who.dk/hbsc/hbsc %20page.htm](http://www.who.dk/hbsc/hbsc%20page.htm).

New Zealand Ministry of Health (1999), „*Our Health, Our Future: The Health of New Zealanders*“.

Miilunpalo, S. et al (1997), „*Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population*“, Journal of Clinical Epidemiology, Vol 50, No 5, Mai 1997, S. 517-528.

Robine, J. M., Jagger, C. und Romieu, I. (Hrsg.) (2002), „*Selection of a Coherent Set of Health Indicators for the European Union*“, Edited, Montpellier (Frankreich), Euro-REVES.

4.2 Anthropometrische Merkmale

Aus den Daten der **Eurobarometer-Umfrage** von 1996 (siehe Eurobarometer-Website) geht hervor, dass zwischen Alter und Körpergröße bei Männern und Frauen in den Altersbereichen der Tabelle **4.2.1** ein umgekehrter Zusammenhang besteht. Jede Generation in der EU ist also größer als die Vorgängergeneration. Allgemein sind Männer nach wie vor größer und schwerer als Frauen. Das Gewicht (**4.2.2**) nimmt bei Männern in der Altersgruppe von 15 bis 44 Jahren zu und danach wieder ab, während es bei Frauen bis zur Altersgruppe von 55 bis 64 Jahren zu- und danach wieder abnimmt.

Die 1996 von Eurobarometer in Tabelle **4.2.3** verwendeten **Body Mass Index** (BMI)-Klassifikationen lauteten: <18 schwer untergewichtig; 18-19 untergewichtig; 20-26 normaler BMI; 27-30 übergewichtig; >30 schwer übergewichtig. Nach diesen Zahlen ist in sämtlichen Mitgliedstaaten ein größerer Frauen- als Männeranteil schwer untergewichtig (insbesondere in Belgien, Frankreich, Italien und Luxemburg) bzw. untergewichtig (insbesondere in Dänemark, Luxemburg, Italien und Frankreich). Der Anteil übergewichtiger Männer ist in allen Mitgliedstaaten (insbesondere in Griechenland und Schweden) höher als der entsprechende Frauenanteil, der Anteil schwer übergewichtiger Männer ist in 9 Mitgliedstaaten höher. Der Anteil normalgewichtiger Menschen liegt nach dieser Klassifikation bei Männern zwischen 58 % in Spanien und 74 % in den Niederlanden, bei Frauen zwischen 51 % in Griechenland und 66 % in Irland. Sowohl der BMI als auch ein Maß für die Fettverteilung [Taillenumfang bzw. Taille-Hüft-Umfang (Waist-Hip-Ratio) usw.] sind wichtige Größen für die Berechnung der Gefahr von durch Übergewichtigkeit verursachten Komorbiditäten. Nach **Eurodiet** steigt die Gefahr von Diabetes

bei Fettleibigkeit um das Hundertfache (siehe Eurodiet-Website). Mindestens 80 % der zunehmenden Zahl von Diabetesfällen sind auf übermäßige Gewichtszunahme zurückzuführen, insbesondere, wenn sich das Fett am Unterleib abgelagert. BMI-Werte <18,5 bedeuten eine akute Gefahr, dass andere klinische Probleme auftreten. Viele Menschen haben ein völlig falsches Bild von ihrem Körper. Häufig halten sich übergewichtige Menschen überhaupt nicht für übergewichtig. Andererseits leiden immer mehr Menschen, insbesondere Mädchen und junge Frauen, an Bulimie oder Anorexie (siehe Garrow 1993).

Bei jungen Menschen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren zeigen die Daten der Erhebung zum Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern (Health Behaviour in School-aged Children — **HBSC**) von 1997/98 (**4.2.4**) sowohl zwischen Mädchen und Jungen als auch zwischen den einzelnen Ländern deutliche Unterschiede hinsichtlich des Anteils junger Menschen, die sich als übergewichtig empfinden (siehe HBSC-Website). Ein Viertel der Jungen im Alter von 11 und 13 Jahren sowie knapp ein Viertel der Fünfzehnjährigen machte eine Diät bzw. war der Ansicht, dass sie eine Diät machen sollten. In sämtlichen Altersstufen lag der Anteil der Mädchen höher als der Jungenanteil, und auch von Altersstufe zu Altersstufe stieg der Mädchenanteil stärker an. Fast ein Drittel der Mädchen im Alter von 11 Jahren, knapp die Hälfte der 13-Jährigen sowie die Hälfte der 15-Jährigen machte eine Diät bzw. war der Ansicht, dass sie eine Diät machen sollten. Da die körperliche Betätigung junger Frauen in Europa immer weiter zurückgeht, passen sie sich dahin gehend an, dass sie durch geringere Nahrungsaufnahme ihre Gewichtszunahme zu begrenzen versuchen. Damit werden sie laut Eurodiet (siehe Eurodiet-Website) zunehmend anfälliger für Anämie. Bei Kindern im Alter von 11 Jahren war die Wahrscheinlichkeit, dass sie eine Diät machen, in Schweden (18 % der Jungen, 21 % der Mädchen) und der Schweiz (19 % der Jungen, 25 % der Mädchen) am *geringsten*. Bei Jugendlichen im Alter von 13 und 15 Jahren war die Wahrscheinlichkeit, dass sie eine Diät machen, in der Schweiz am geringsten (*13-Jährige*: 19 % der Jungen, 34 % der Mädchen; *15-Jährige*: 15 % der Jungen, 42 % der Mädchen). Bei Jungen in Nordirland (28 %, 30 %, 26 %) und Griechenland (27 %, 30 %, 29 %) war die Wahrscheinlichkeit einer Diät in allen drei Altersgruppen am *höchsten*, ebenso bei Jungen in Österreich im Alter von 11 Jahren (29 %) und 13 Jahren (30 %). Am weitesten verbreitet waren Diäten bei Mädchen im Alter von 11 Jahren in Griechenland (37 %), Wales (37 %) Belgien und Nordirland (jeweils 36 %), im Alter von 13 Jahren in Nordirland (53 %) und Wales (50 %) sowie im Alter von 15 Jahren in Griechenland und Norwegen (jeweils 56 %).

Der Body Mass Index (BMI) bzw. Quetelet-Index ist ein Maß für das Gewicht in Beziehung zur Körpergröße, das ziemlich gut mit dem Körperfettanteil bei Erwachsenen korreliert. Der BMI wird von Experten als das nützlichste Maß der Übergewichtigkeit bei Erwachsenen betrachtet, wenn nur Angaben zu Gewicht und Größe vorliegen. Er wird für jeden Befragten (in diesem Fall der **Eurobarometer**-Umfrage) berechnet, indem man das Körpergewicht (in kg) durch die Körpergröße (in m im Quadrat) dividiert. Bei einem Resultat zwischen 18 und 20 ist die Person untergewichtig, bei einem BMI unter 18 schwer untergewichtig. Menschen mit einem BMI zwischen 27 und 30 sind übergewichtig und mit einem BMI über 30 schwer übergewichtig. Es gibt keinen internationalen Konsens über die Klassifikation mäßigen Übergewichts, für das manchmal ein BMI von 25-30 angegeben wird. Von der International Obesity Task Force der WHO wurde vorgeschlagen, den Body Mass Index dahin gehend neu einzuteilen, dass der Bereich von 18,5-24,9 als Normalbereich gilt und folgende weitere Bereiche festgelegt werden: 25,0-29,9 (übergewichtig), 30,0-34,9 (mäßig fettleibig), 35,0-39,9 (schwer fettleibig) und > 40 (sehr schwer fettleibig). Diese Klassifikation wird von Eurostat in zukünftigen Erhebungen und Analysen übernommen. Allerdings sind diese Werte altersabhängig und gehen von einem gleichen Grad von Fettleibigkeit in unterschiedlichen Bevölkerungen aus.

Literatur

Eurobarometer (Metadaten siehe Kap. 2.1)
<http://europa.eu.int/comm/dg10/epo/eb.html>

Eurodiet <http://eurodiet.med.uoc.gr>.

Garrow, J. S. und James, W. P. T. (Hrsg.)(1993), „*Human Nutrition and Dietetics*“ (9. Auflage), London, Churchill Livingstone.

HBSC — A WHO Collaborative study
http://www.who.dk/hbhc/hbhc_%20page.htm.

4.3 Zahngesundheit

Die Zahngesundheit verbesserte sich zwar in den letzten 20 Jahren, was u. a. der Beimischung von Fluorid in Zahnpasta zugeschrieben wird, doch herrscht nach wie vor ein uneinheitliches Bild. Von einer paneuropäischen Taskforce (siehe Dental-Website) wurde festgestellt, dass die Zahngesundheit in den untersten sozioökonomischen Gruppen sowie bei bestimmten Migrantengruppen am schlechtesten ist. Periodontale Erkrankungen, Dentalerosion und Karies sind durchweg Problem-bereiche der Zahngesundheit, Karies ist allerdings mit Abstand der größte einzelne Kostenverursacher (5-10 %) im Gesundheitsbudget und zugleich das einzige gut dokumentierte, herausragende ernährungsbedingte Gesundheitsproblem in Europa (siehe Eurodiet-Website). Nur ein Bruchteil der für

die Behandlung von Karies aufgewandten Mittel wird für Vorbeugung verwendet. Häufiger Zuckerkonsum, insbesondere von Sukrose, in Nahrungsmitteln und Getränken, ist die Hauptursache für Zahnverfall. Säuren in Nahrungsmitteln und Getränken führen vor allem zu Dentalerosion, die sich ebenfalls immer weiter verbreitet.

Die Daten zu Karies wurden durch das schwedische **WHO Collaborating Centre** (siehe WHO-Website) aus verschiedenen Quellen über mehrere Jahre zusammengetragen und sind somit nicht exakt vergleichbar, bieten aber den aktuellsten verfügbaren Datenbestand (**4.3.1**). Vielleicht ist hierin auch der Grund dafür zu sehen, dass kein Land dauerhaft besser oder schlechter als andere Länder abschneidet. Rund die Hälfte der Bevölkerung der EU litt im Alter von 5-6 Jahren bereits an Karies. Dieser Anteil erhöhte sich bis zum mittleren Lebensalter auf annähernd 100 %. Die durchschnittliche Zahl der befallenen Zähne lag im Alter von 5-6 Jahren bei bis zu 3,5 Zähnen, mit 12 Jahren bei bis zu 2,3 Zähnen und stieg bis zum mittleren Lebensalter auf rund die Hälfte aller Zähne und im Rentenalter auf drei Viertel der Zähne. Das von der World Health Assembly (Weltgesundheitsversammlung) der WHO im Jahr 1981 formulierte übergeordnete Ziel der Mundgesundheit lautete, dass die Zahl der zerstörten, fehlenden oder plombierten Zähne (DMFT) bei 12-Jährigen bis zum Jahr 2000 bei nicht mehr als drei Zähnen liegen solle. Eine detaillierte Analyse des Auftretens von Karies lässt in zahlreichen Ländern erkennen, dass die Prävalenz von Karies sehr ungleich verteilt ist, d. h., manche Kinder weisen im Alter von 12 Jahren bereits sehr hohe DMFT-Zahlen auf, während andere kariesfrei sind. Hieraus folgte die Berechnung eines Signifikanten Kariesindex (SiC — Significant Caries Index) (siehe WHO-Website) für jenes Drittel der Bevölkerung mit hohem Kariesanteil — also der mittleren DMFT-Werte für diese Gruppe der 12-Jährigen — in verschiedenen Ländern. Hierbei ergaben sich folgende Zahlen: Frankreich 4,7, Deutschland 4,1, Schweden 2,8, Vereinigtes Königreich (Nordwestengland) 3,5, Vereinigtes Königreich (Schottland) 4,3. Das Ziel lautet, die SiC-Werte bis zum Jahr 2015 auf unter 3 DMFT zu senken.

In der Untersuchung Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern (Health Behaviour in School-aged Children — HBSC) von 1997/98 (siehe HBSC-Website) wurden Kinder und Jugendliche im Alter von 11, 13 und 15 Jahren befragt, ob sie ihre Zähne „mehr als einmal täglich putzen“. In sämtlichen Ländern bejahten dies die Mädchen häufiger als Jungen (4.3.2). Die größten Unterschiede bestanden zwischen Mädchen und Jungen im Alter von 15 Jahren in Finnland (Jungen 31 %, Mädchen 61 %), Griechenland (35 %, 61 %), Irland (46 %, 74 %) und in Frankreich (53 %, 79 %). In den meisten Ländern war der Anteil der 15-jährigen

Jungen und Mädchen, die ihre Zähne „mehr als einmal täglich putzen“, höher als der Anteil der 13-Jährigen. Der entsprechende Anteil der 13-jährigen Mädchen übertraf wiederum in den meisten Ländern den Anteil der 11-Jährigen, der Anteil der 13-jährigen Jungen war dagegen geringer als der Anteil der 11-Jährigen. In allen drei Altersklassen sind von Land zu Land deutliche Unterschiede festzustellen. In Schweden war der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die ihre Zähne mehr als einmal täglich putzen, am höchsten (zwischen 81 % und 92 %). Auch Dänemark (78-88 %) und die Schweiz (73-89 %) erreichten hohe Werte. In Finnland war der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die ihre Zähne „mehr als einmal täglich putzen“, am niedrigsten (zwischen 28 % und 61 %). Auch in Belgien (33-62 %) und Griechenland (35-64 %) lag der Anteil der Befragten, die regelmäßige Zahnpflege betreiben, relativ niedrig.

Literatur

„Dental Health in Europe: A problem for disadvantaged groups“, erstellt durch eine paneuropäische Taskforce, die im Nachgang zu einer von der Europäischen Kommission finanzierten Konferenz zur Förderung der Zahngesundheit eingesetzt wurde. http://www.gamdat.se/sthvf/dental_health_in_europe.htm.

Eurodiet <http://eurodiet.med.uoc.gr/>.

HBSC (Metadaten siehe Kapitel 2.2) – A WHO Collaborative study

http://www.who.dk/hbsc/hbsc_%20page.htm.

WHO

<http://www.whocollab.od.mah.se/index.html>

4.4 Behinderungen

Die Definitionen der Behinderungen (siehe Mayhew 2001) variieren häufig je nach Zweck der Datenerhebung und den unterschiedlichen verwendeten Klassifikationen. Aufgrund dieses Umstands und der Möglichkeiten, dass Menschen mit Mehrfachbehinderungen mehr als einmal gezählt werden könnten, variieren die offiziellen und inoffiziellen Schätzungen. Die Internationale Klassifikation der Schädigungen, Behinderungen und Beeinträchtigungen (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps — ICHID), die von der Weltgesundheitsorganisation entwickelt und 1980 erstmals veröffentlicht wurde, ist mittlerweile überarbeitet worden; hieraus ging die neue Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health — ICF) hervor, die von der WHO 2001 beschlossen wurde.

4.4.1 Invaliditätsfreie Lebenserwartung

Die invaliditätsfreie Lebenserwartung im Alter von 16 Jahren wurde von Insem (REVES) anhand von Mortalitätsstatistiken und Daten des Haushaltspanels der Europäischen Gemeinschaften (EHP) berechnet. Dabei ist zu beachten, dass sich nationale (kulturelle) Unterschiede bei der Meldung von Behinderungen möglicherweise nachhaltig auf die Ergebnisse auswirken. Bei der Lebenserwartung von Menschen mit schweren oder leichten Behinderungen bzw. ohne Behinderungen wurden innerhalb der Mitgliedstaaten erhebliche Unterschiede festgestellt (4.4.1). Männer in Griechenland und Frauen in Frankreich erreichen in den Altersgruppen der 16- bis 60-Jährigen bzw. der 66-Jährigen die höchste Lebenserwartung. Außerdem können Männer in Griechenland sowie Frauen in Griechenland und Italien damit rechnen, länger invaliditätsfrei zu leben als die Menschen in anderen Mitgliedstaaten. Demgegenüber müssen Männer und Frauen in Finnland damit rechnen, einen größeren Teil ihres Lebens mit leichten Behinderungen (Männer 10, Frauen 13 Jahre) oder schweren Behinderungen (Männer 7, Frauen 8 Jahre) zu verbringen. Bei Männern und Frauen in Belgien ist die zu erwartende Anzahl der Lebensjahre mit leichten Behinderungen (5 bzw. 6 Jahre) am geringsten. Männer und Frauen in Irland können bei ihren weiteren Lebensjahren von der geringsten Anzahl Lebensjahre mit schweren Behinderungen (2 bzw. 3 Jahre) ausgehen. Nach Eurodiet geht aus neueren Analysen des schwedischen Instituts für Volksgesundheit, das Schätzungen der um Invalidität korrigierten Lebensjahre (Disability Adjusted Life Years — DALY) erstellt, hervor, dass Ernährungsfaktoren und Bewegungsmangel Gesund-

Die invaliditätsfreie Lebenserwartung wird durch **Insem (REVES)** anhand des Sullivan'schen Verfahrens berechnet: Die altersbezogene Prävalenz der nach Selbstangaben bestehenden Behinderungen wird zugrunde gelegt, um die verbrachten Lebensjahre aus der aktuellen Sterblichkeitstabelle in Jahre mit und ohne Behinderungen zu unterteilen (siehe Robine 1992). Die *Sterblichkeitstabellen* stammen von Eurostat. Die Behinderungsdaten wurden aus dem EHP (Daten für 1996) entnommen. Das EHP enthält unterschiedliche Fragen zur Gesundheit, u. a. eine allgemeine Frage zu durch Gesundheitsprobleme verursachten Einschränkungen der täglichen Aktivitäten. Aufgrund des Mangels an Daten über in Anstalten lebende Personen ging REVES davon aus, dass deren Behinderungsdaten in allen Ländern mit denen von im eigenen Haushalt lebenden Personen vergleichbar sind. Diese Hypothese ist zwar unwahrscheinlich, führt aber wenigstens zu einer Minimalschätzung. Eine andere Annahme wäre, dass alle Personen in Anstalten eine Behinderung haben, was zu einer Maximalschätzung führen würde. Allerdings variiert der Anstaltstyp von Land zu Land, und es liegen keine ausreichenden Daten über den Grad

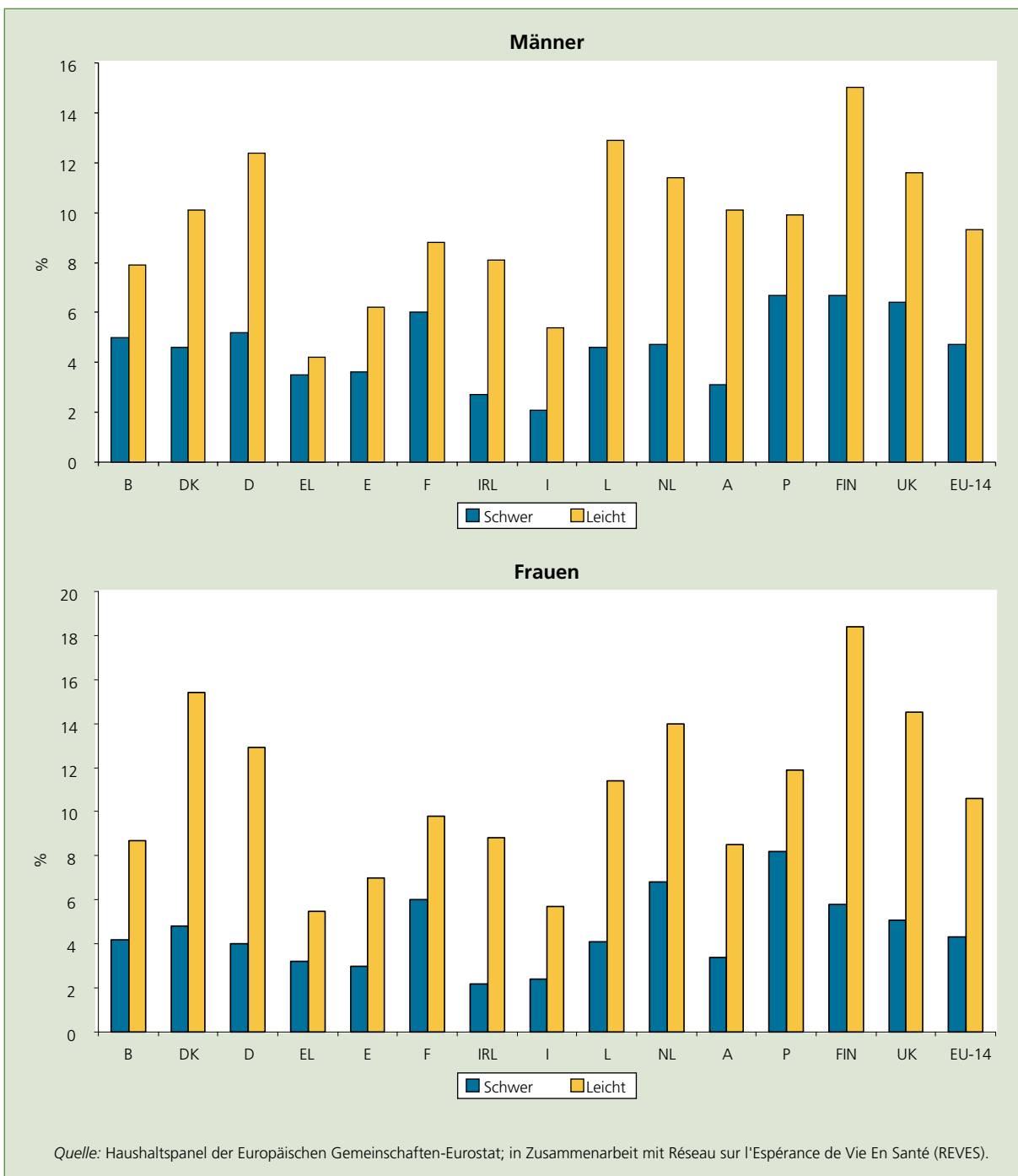
der Behinderung vor. Ferner wandte REVES, um Werte bei der Geburt für alle Länder und beide Geschlechter vorlegen zu können, eine konstante Behinderungsrate (von 1 %) für die Altersstufen von 0 bis 16 an. Diese Rate, die mit den Zahlen für die über 16-Jährigen kompatibel ist, hat praktisch keine Auswirkungen auf den Wert der invaliditätsfreien Lebenserwartung. Außerdem wurden von REVES Zuverlässigkeitsintervalle für die über 16-Jährigen nach der Mathers-Methode (1991) unter Verwendung der Berechnungstabelle nach Jagger (1997) ermittelt.

heitsfürsorgekosten verursachen, die innerhalb der EU sogar noch die durch Tabakkonsum verursachten Kosten übertreffen (siehe Eurodiet-Website).

4.4.2 Behinderungen

Aus den Daten des Haushaltspanels der Europäischen Gemeinschaften (ECHP) (siehe ECHP-Website) geht hervor, dass 1997/98 überall in der EU nur geringe Unterschiede zwischen dem mittleren Anteil der Männer und Frauen bestanden, die nach Selbstan-gaben unter einer schweren oder leichten Behinde-rung litten (4.4.2).

4.4.2 Prozentsatz der 16-64 Jährigen, die nach eigenen Angaben an schweren oder leichteren Behinderungen leiden, nach Geschlecht: 1996



„Behinderungen“ werden hier anhand der Frage des ECHP zu den „Einschränkungen in den täglichen Aktivitäten durch körperliche oder psychische Gesundheitsprobleme, Krankheit oder Behinderung“ definiert. Zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten bestanden allerdings erhebliche Unterschiede, wobei die höchsten Anteile von Menschen, die nach Selbsteinschätzung unter Behinderungen litten, in Finnland zu finden waren, die geringsten Anteile dagegen in Italien und Griechenland. Zwischen dem Bildungsniveau (siehe Websites zum Bildungsniveau) und Behinderungen bestand in der EU eine negative Korrelation. Der Anteil an Menschen ohne Behinderung im Alter zwischen 16 und 64 Jahren, welche den höchsten Bildungsabschluss erworben hatten, war 1996 (18 %) doppelt so hoch wie der Anteil der Menschen mit schweren Behinderungen (9 %) **(4.4.6)**. Fast 50 % mehr Menschen mit schweren Behinderungen (58 %) als Menschen ohne Behinderungen (41 %) verfügten nicht über einen Bildungsabschluss des Sekundarbereichs. In Dänemark (32 %), Finnland (31 %), Belgien und dem Vereinigten Königreich (je 25 %) hatte ein größerer Anteil der Menschen ohne Behinderungen als in anderen Mitgliedstaaten den höchsten Bildungsabschluss erreicht. Zudem hatte in Belgien und Dänemark (jeweils 25 %) ein größerer Anteil der Personen mit leichten Behinderungen sowie in Belgien, Dänemark und Deutschland (jeweils 14 %) ein größerer Anteil der Menschen mit schweren Behinderungen als in anderen Mitgliedstaaten einen Bildungsabschluss der höchsten Bildungsstufe erworben. In sämtlichen Behinderungskategorien verfügte in Österreich, den Niederlanden und Deutschland ein größerer Anteil der Menschen als in anderen Mitgliedstaaten über einen Sekundarbildungsabschluss. In Portugal war der Anteil der Personen mit Sekundarbildungsabschluss unabhängig vom Behinderungsniveau geringer als in anderen Mitgliedstaaten.

In der EU waren 1996 insgesamt 62 % aller Menschen ohne Behinderungen zwischen 16 und 64 Jahren erwerbstätig, allerdings nur 46 % der Menschen mit leichter Behinderung und sogar nur 24 % der Menschen mit schwerer Behinderung **(4.4.8)**. Betrachtet man die Altersgruppe der 25- bis 59-Jährigen, so waren hier 72 % der Nichtbehinderten erwerbstätig, aber nur 56 % der Menschen mit leichter Behinderung und 29 % der Schwerbehinderten (siehe Disability 2001). Wie im Hinblick auf die traditionelle Rollenverteilung und die Kindererziehung zu erwarten, war in sämtlichen Kategorien der Anteil der erwerbstätigen Männer höher als der Anteil der Frauen. Unterschiede bestanden zwischen den Mitgliedstaaten allerdings hinsichtlich der Anteile in den einzelnen erwerbstätigen Personenkategorien. Im Vereinigten Königreich, in Dänemark, Deutschland und

Portugal waren mehr Männer und im Vereinigten Königreich und Dänemark mehr Frauen ohne Behinderungen erwerbstätig als in anderen Mitgliedstaaten. In Portugal und Dänemark gingen mehr Männer und in Finnland, Dänemark und Portugal mehr Frauen mit leichten Behinderungen einer Erwerbstätigkeit nach als in anderen Mitgliedstaaten. Männer und Frauen mit leichten Behinderungen waren in Frankreich (gefolgt — bei Männern — von den Niederlanden und Luxemburg sowie — bei Frauen — von Portugal und Österreich) in größerem Umfang erwerbstätig als in anderen Mitgliedstaaten. In Spanien, Irland und Italien war der Anteil der erwerbstätigen Frauen in sämtlichen Kategorien am geringsten. In diesen Ländern bewegten sich auch die entsprechenden Anteile der Männer auf relativ niedrigem Niveau, allerdings fand sich der geringste Anteil der erwerbstätigen schwerbehinderten Männer in Dänemark (15 %).

Behinderte verfügten aufgrund der gewährten Sozialleistungen 1996 in der EU in etwas höherem Maße über ein Einkommen (bei schweren Behinderungen 92 %, bei leichten Behinderungen 90 %) als Nichtbehinderte (85 %) (4.4.10). Zwischen den Mitgliedstaaten waren hier allerdings deutliche Unterschiede festzustellen. In Dänemark, im Vereinigten Königreich und in Finnland war der Anteil der Einkommensbezieher (97-99 %) — unabhängig von etwaigen Behinderungen — wesentlich höher als in Italien, Spanien und Griechenland. In den letzteren drei Mitgliedstaaten lag der Anteil der Einkommensbezieher unter Behinderten wiederum über dem entsprechenden Anteil Nichtbehinderter (bei schweren Behinderungen 77-82 %, bei leichten Behinderungen 74-79 %, bei Nichtbehinderten 66-71 %). Beim tatsächlichen Erwerbseinkommen ergibt sich allerdings ein wesentlich anderes Bild. Menschen mit schwerer Behinderung verfügten wesentlich seltener über ein Erwerbseinkommen als Menschen mit leichter Behinderung, welche ihrerseits wiederum seltener als Nichtbehinderte ein Erwerbseinkommen bezogen. Am niedrigsten ist der jeweilige Anteil der Bezieher von Erwerbseinkommen in den einzelnen Kategorien in Spanien, Italien und Irland: E 13 %, IRL 17 %, I 18 % der Schwerbehinderten; E 27 %, I 29 %, IRL 31 % der Personen mit leichter Behinderung; I 49 %, E 52 % der Nichtbehinderten. Die höchsten Anteile der Bezieher von Erwerbseinkommen variierten je nach Kategorie: 38 % der Schwerbehinderten in Luxemburg und 36 % in Frankreich; 58 % der Menschen mit leichter Behinderung in Deutschland und 56 % in Frankreich; dem stehen 79 % der Nichtbehinderten in Dänemark und 76 % im Vereinigten Königreich gegenüber.

Der Anteil der EU-Bürger ab 16 Jahren, die nach eigenen Angaben in ihren täglichen Aktivitäten

bzw. Verrichtungen durch körperliche oder psychische Gesundheitsprobleme, Krankheit oder Behinderung schweren oder gewissen Einschränkungen unterliegen, variierte 1998 zwischen 13,0 % in Italien und 40,1 % in Deutschland (4.4.3). In Deutschland lag der Anteil jener, die eine gewisse Minderung ihrer Aktivitäten hinnehmen mussten, 1997 (29,6 %) und 1998 (29,3 %) fast doppelt so hoch wie in Dänemark und in den Niederlanden, wo die nächsthöchsten Anteile verzeichnet wurden. In allen Mitgliedstaaten waren Frauen durchweg in größerem Umfang hiervon betroffen als Männer. Zwischen 1996 und 1998 lag der Anteil der Menschen mit erheblichen Einschränkungen in der Altersgruppe unter 45 Jahren unter 5 %, in der Altersgruppe zwischen 75 und 84 Jahren bei fast 30 %, im Alter ab 85 Jahren sogar bei fast 40 % (4.4.4). Tabelle 4.4.6 enthält für die Jahre 1996 bis 1998 einen nach Bildungsstand gegliederten Vergleich der Anteile der EU-Bürger ab 16 Jahren, die in ihren täglichen Aktivitäten eingeschränkt waren. Zwischen 1996 und 1998 ging der Anteil der Erwerbstätigen ab 16 Jahren, die in ihren täglichen Aktivitäten nicht eingeschränkt waren, geringfügig von 90 % auf 85 % zurück (4.4.8). 1998 reichten die Anteile der Bevölkerung, die schwer oder in gewissem Umfang unter Einschränkungen litten, von 5 % der Erwerbstätigen in Italien bis zu 28 % in Deutschland sowie von 21 % der Nichterwerbstätigen in Italien bis zu 55 % in Deutschland.

4.4.3 Vorübergehende Minderung normaler Aktivitäten

Im Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaften (ECHP) wurden Bürger ab 16 Jahren auch befragt, ob sie ihre normalen Aktivitäten bzw. Verrichtungen in den vorangegangenen zwei Wochen aufgrund von Gesundheitsproblemen einschränken mussten. Dabei zeigte sich, dass 1996 ein höherer Anteil Frauen (14,9 %) als Männer (11,7 %) in der EU die eigenen Aktivitäten aus körperlichen oder psychischen Gründen vorübergehend einschränken musste (4.4.10). Das Verhältnis von körperlichen zu psychischen Ursachen belief sich dabei bei Männern auf 6:1, bei Frauen auf 4:1. Am höchsten war der Anteil der Menschen, die 1996 bis 1998 ihre Aktivitäten nach eigenen Angaben aufgrund körperlicher Erkrankungen und Verletzungen vermindern mussten, in Finnland und Dänemark, am geringsten in Italien und Spanien. Der Anteil der durch geistige oder psychische Probleme zur Reduzierung der eigenen Aktivitäten gezwungenen Menschen war in den Niederlanden am höchsten, in Italien am geringsten.

Die Daten des ECHP für die Jahre 1996 bis 1998 zeigen, dass bei Menschen ab 16 Jahren in der EU mit zunehmendem Alter allgemein auch die

Einschränkungen der Aktivitäten zunehmen, allerdings sind in einigen Mitgliedstaaten — vor allem bei den jüngsten und ältesten Altersgruppen — auch Ausnahmen festzustellen (4.4.11). Von Mitgliedstaat zu Mitgliedstaat sind hier erhebliche Schwankungen festzustellen. In der Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen betrug der Anteil der Personen, die ihre Aktivitäten durch Krankheit oder Verletzungen reduzieren mussten, zwischen 1 % in Griechenland und 20 % in Dänemark, bei den Personen ab 85 Jahren zwischen 13 % in Italien und 30 % in Dänemark. Eine Einschränkung der eigenen Aktivitäten aufgrund emotionaler oder psychischer Probleme betraf 1998 bei den 16- bis 24-Jährigen einen Anteil zwischen 0,2 % in Italien und 3,9 % in Portugal, bei den Personen ab 85 Jahren zwischen 3 % in Irland und den Niederlanden und 25,5 % in Österreich.

Die Minderung der eigenen Aktivitäten bzw. Verrichtungen ging mit steigendem Bildungsniveau überall in der EU etwas zurück, allerdings schränkten in einigen Mitgliedstaaten und in bestimmten Jahren Personen mit dem höchsten Bildungsabschluss ihre Aktivitäten in noch etwas größerem Maße ein als Menschen mit Sekundarbildungsabschluss (4.4.12). 1996 lag der Anteil der Personen, die ihre Aktivitäten „reduziert“ hatten, in Finnland und Deutschland am höchsten, in Italien und Griechenland (sowie auf Stufe 1 infolge von Krankheit oder Verletzungen auch in Irland) am niedrigsten. 1996 lag das Verhältnis von Nichterwerbstätigen zu Erwerbstätigen in der EU, die ihre Aktivitäten eingeschränkt hatten, bei etwas über 2:1 (4.4.13). Dieses Verhältnis variierte allerdings je nach Mitgliedstaat. Als höchste Werte wurden 1998 erreicht: 10:1 in Irland bei der Minderung der Aktivitäten infolge emotionaler oder psychischer Probleme (0,4 % der Erwerbspersonen gegenüber 4 % der Nichterwerbspersonen) bzw. 4:1 in Griechenland bei der Minderung infolge von Krankheit oder Verletzungen (2 % der Erwerbspersonen gegenüber 8 % der Nichterwerbspersonen). Die Anteile variierten bei den einzelnen Kategorien und Mitgliedstaaten geringfügig zwischen 1996 und 1998.

Die Angaben zu Behinderungen in den Ergebnisdaten 4.4.2 bis 4.4.13 stammen aus dem ECHP; die Tabelle zu Bildung und Ausbildung, Arbeitsstatus usw. nach Grad der Behinderung stützen sich auf eine Studie des Réseau sur l'espérance de Vie en Santé (REVES) zu den Daten des ECHP für 1996. Im ECHP wurden folgende Fragen gestellt: „Leiden Sie an einer chronischen körperlichen oder psychischen Störung, Krankheit oder Behinderung?“. Wenn „Ja“: „Behindert Sie diese chronische körperliche oder psychische Störung, Krankheit oder Behinderung bei Ihren täglichen Verrichtungen?“ Hierauf konnten die Auskunftspersonen antworten mit „Ja, in erheblichem Umfang“ oder „Ja, in gewissem

Umfang“ oder „Nein“. Schwankungen der Ergebnisse unter den einzelnen Mitgliedstaaten sind teilweise auf tatsächliche Unterschiede der Möglichkeiten bzw. sozialen Integration der Bevölkerungsgruppen zurückzuführen. Zudem sind einige dieser Schwankungen auch das Ergebnis unterschiedlicher Interpretationen der Frage der Behinderungen (kulturelle Unterschiede) sowie von Unterschieden in der gesellschaftlichen Organisation und Verfügbarkeit von Dienstleistungsangeboten in den einzelnen Mitgliedstaaten. Darüber hinaus lassen sich die Kategorien der untersuchten Personen aufgrund der Unterschiede in den Bildungssystemen, Renten-, Pensions- und Gesundheitsfürsorgesystemen mitunter nur schwer vergleichen.

4.4.4 Spezifische Einschränkungen

Daten zur Zahl blinder und sehbehinderter Menschen in den Ländern Europas stützen sich auf Schätzungen der einzelstaatlichen Mitglieder der **Europäischen Blindenunion** (EBU) und ergeben ein näherungsweise Bild einer extrem komplexen Sachlage (siehe Euroblind-Website). Aufgrund fehlender amtlicher Statistiken und unterschiedlicher rechtlicher Definitionen von Blindheit und Sehbehinderung lassen sich genaue Zahlen nur schwer berechnen. Insbesondere die Zahl sehbehinderter älterer Menschen nimmt zu. Viele dieser Betroffenen halten allerdings die Teilnahme an Rehabilitationskursen nicht für sinnvoll und werden folglich auch nicht in amtlichen Registern geführt. Auf europäischer Ebene wird von den Interessenvertretern Sehbehinderter normalerweise eine Zahl von 7 Millionen Menschen (von einer Gesamtbevölkerung von rund 385 Millionen) genannt. Auch diese Zahl darf allerdings nicht mit einzelstaatlichen Daten verglichen werden, welche auf strengeren Definitionen des Begriffs „Sehbehinderung“ basieren. Angesichts der problematischen Datenlage und da die Daten nur in geringem Umfang aktualisiert wurden, wurden die Zahlen im vorliegenden Werk nicht aufgenommen.

Daten über die Prävalenz von Gehörlosigkeit, Hörschäden oder Tinnitus liegen für die EU gegenwärtig nicht vor. Erhebungen sind in einigen Ländern geplant bzw. bereits angelaufen.

4.4.5 Beschäftigung von Behinderten

In einem *Ad-hoc*-Modul der **Arbeitskräfteerhebung 2002** werden Informationen zur Beschäftigung Behinderter gesammelt. Dieses Modul wurde von **Eurostat** gemeinsam mit dem ONS-UK entwickelt (siehe Meltzer 2002) und von den Mitgliedstaaten zur Aufnahme in die Erhebung gemäß der AKE-Verordnung über *Ad-hoc*-Module angenommen. Das Modul dürfte erstmals detaillierte und vergleichbare Informationen zum Anteil von Behin-

deten an der Erwerbsbevölkerung im Vergleich zum Erwerbsbevölkerungsanteil von Nichtbehinderten vermitteln. Außerdem wird erstmals eine ausreichend große Stichprobe für die weitere Aufschlüsselung, z. B. nach der Art der Behinderung, sowie für Informationen zu den für Behinderte als Voraussetzung für die Aufnahme einer Arbeit notwendige bzw. gewährte Unterstützung gewählt. In den Inhalt des Moduls flossen auch theoretische, methodische und politikorientierte Gesichtspunkte ein.

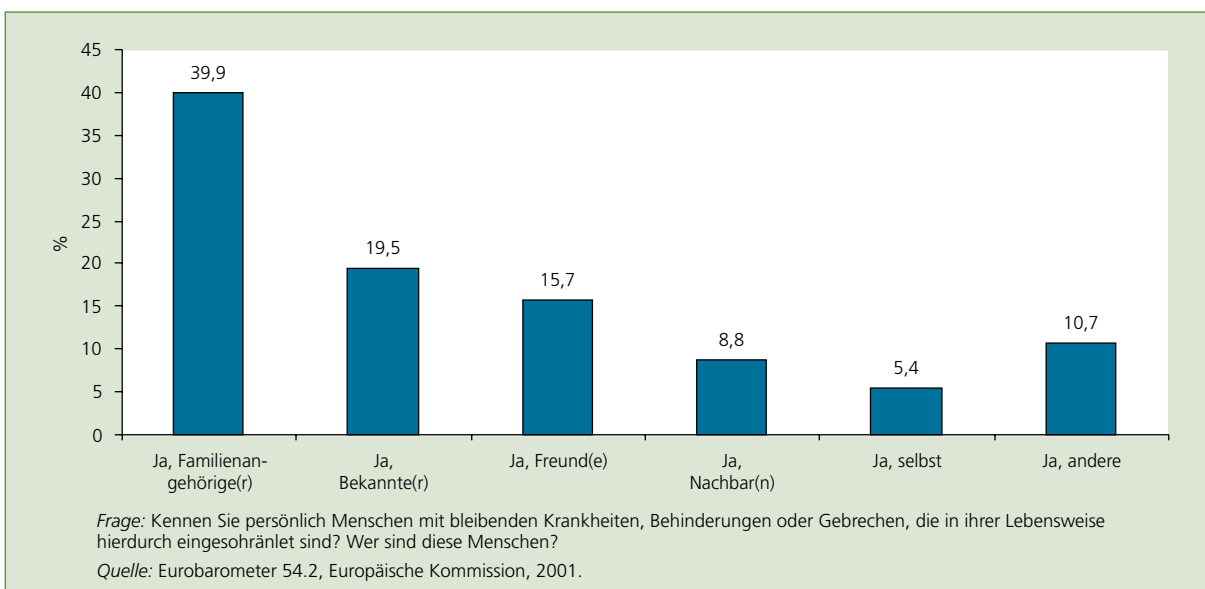
Im Mittelpunkt stehen Einschränkungen der Aktivitäten und nicht etwa Funktionseinschränkungen. Behinderungen gelten nicht mehr so sehr als ein Problem des Einzelnen, sondern als das Ergebnis der Interaktion zwischen Einzelperson und Umfeld und somit als ein dynamisches und nicht etwa statisches Merkmal. Eine der Konsequenzen, die sich daraus ergeben, dass Behinderungen als Interaktion zwischen dem Einzelnen und seinem Umfeld betrachtet werden, besteht darin, dass Messung und Klassifizierung von Behinderungen nicht mehr anhand des Verlusts von Strukturen oder Funktionen beschrieben werden können. Durch die Wahl der AKE als Medium für eine Behinderungskomponente können Daten zu Behinderungen unter Heranziehung des gesamten Spektrums der routinemäßig in der AKE gesammelten Behinderungsdaten ausgewertet werden. Dieses Modul ist sowohl für erwerbstätige als auch für nichterwerbstätige Behinderte relevant, da darin die Aufgaben abgedeckt werden, die Behinderte ausführen können. Die gesammelten Informationen erstrecken sich auf seit langem bekannte Behinderungsursachen wie z. B. Probleme an Armen und Händen (einschließlich Arthritis oder Rheuma), Probleme an Beinen oder Füßen (einschließlich Arthritis oder Rheuma), Rücken- oder Genickbeschwerden (einschließlich Arthritis oder Rheuma), Sehstörungen (mit Brille oder Kontaktlinsen, falls diese verwendet werden), Hörprobleme (mit Hörgeräten oder Paukenröhrchen, falls diese verwendet werden), ferner Sprachstörungen, Hauterkrankungen (einschließlich schwerer Entstellungen und Allergien), Brustkorb- oder Atemstörungen (einschließlich Asthma und Bronchitis), Herz-, Blutdruck- oder Kreislaufbeschwerden, Magen-, Leber-, Nierenbeschwerden oder Störungen des Verdauungsapparats, Diabetes, Epilepsie (einschließlich Anfällen), psychische, Nerven- oder emotionale Störungen, ferner sonstige fortschreitende Erkrankungen (einschließlich Krebs, Multiple Sklerose, HIV, Parkinson-Krankheit) sowie weitere seit langem bestehende Gesundheitsstörungen.

4.4.6 Die in Europa vorherrschende Einstellung zu Behinderungen

Mit dem Jahr 2003, dem „Europäischen Jahr der Behinderten“, wird die Sensibilisierung für das Thema „Behinderungen“ weiter gefördert. In der **Eurobarometer-Umfrage 54.2**, die 2001 von der **Europäischen Kommission** durchgeführt wurde, wurden die Befragten zu ihrer Einstellung zu Behinderungen befragt (siehe Eurobarometer 54.2). Diese Erhebung erstreckt sich allerdings nur auf die von den Bürgern Europas geäußerten Meinungen, die nicht unbedingt ihrer Verhaltensweise im Alltag entsprechen. In Europa besteht offenbar nur ein diffuses Bild über verschiedene Formen der Behinderungen und die damit einhergehenden Probleme, doch setzt sich dieses mangelnde Wissen nicht in Gleichgültigkeit gegenüber diesem Thema fort. Es besteht viel-

mehr ein greifbarer Wille, Veränderungen herbeizuführen. Aus der Erhebung (**4.4.14**) geht hervor, dass die Mehrheit der Bürger der EU mindestens eine Person kennt, die unter einer dauernden Krankheit, einer Behinderung oder Invalidität leidet, egal ob im eigenen persönlichen Umfeld oder nicht. Das Thema „Behinderungen“ ist auch durch ein hohes Maß an persönlicher Betroffenheit gekennzeichnet, da bei 39,9 % der Befragten ein Familienmitglied unter einer Behinderung leidet und 5,4 % sich selbst als behindert betrachten. Ein überwiegender Teil der Europäer (80 %) fühlt sich in Gegenwart von Menschen mit Behinderungen keinesfalls unwohl, insbesondere in Dänemark, dem Vereinigten Königreich, Schweden, den Niederlanden, Spanien und Irland. Am ausgeprägtesten ist das Gefühl des Unbehagens hier in Griechenland.

4.4.14 Einstellung von Europäern zu Behinderungen: Bekanntschaft mit Behinderten, EU-15



Insgesamt betrachten die Bürger der 15 EU-Staaten die Zugangsmöglichkeiten behinderter Menschen zu Gebäuden, Dienstleistungen und Veranstaltungen als „ziemlich schwierig“ bis „sehr schwierig“ (**4.4.15**). Bei einer Auswahl aus einer Liste mit sieben typischen derartigen Bereichen empfanden 76 % die Zugangsmöglichkeiten für blinde Menschen als schwierig. Die Beurteilung der Schwierigkeiten bei den Zugangsmöglichkeiten für Menschen mit anderen Behinderungen ergab bei geistig Behinderten einen Wert von 73 %, bei Körperbehinderten einen Wert von 71 %, wogegen die Werte für Gehörlose nur 54 % erreichten. Bei der Berechnung der Durchschnittswerte wurden Summen der Werte für „sehr schwierige“ und „ziemlich schwierige“ Zugangsmöglichkeiten gebildet. 88 % der Europäer beur-

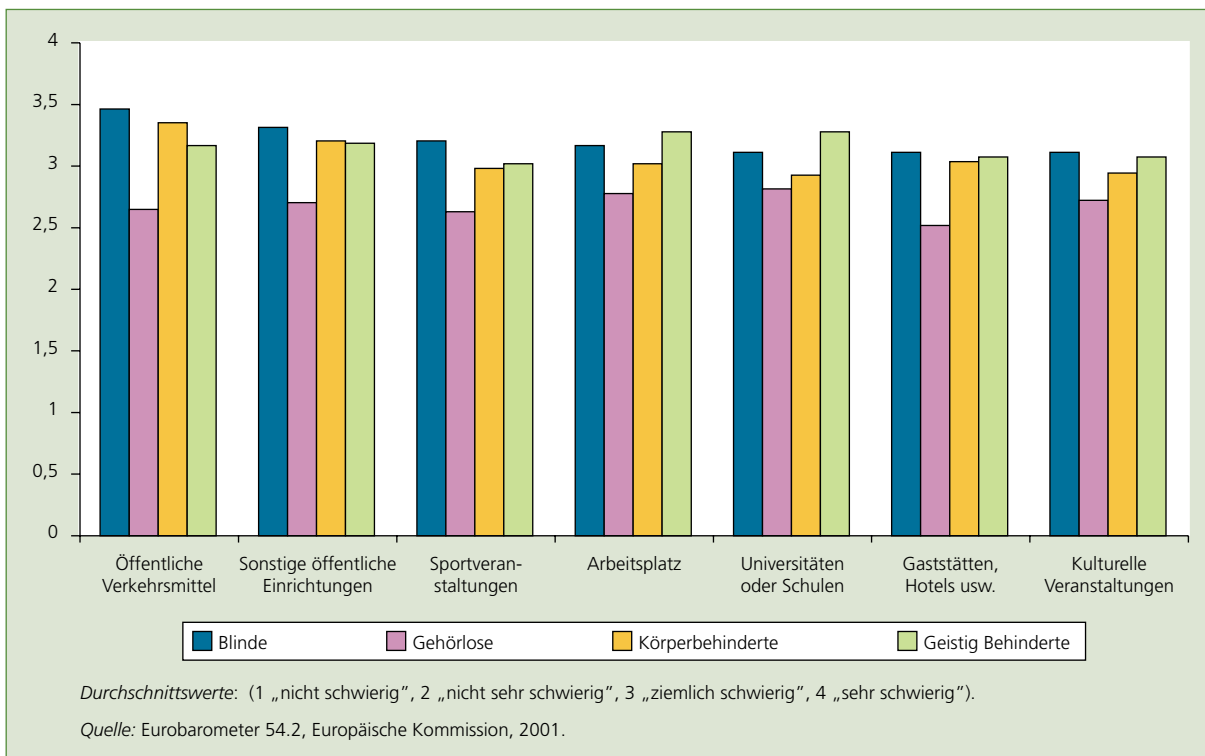
teilten die Zugangsmöglichkeiten blinder Menschen zu öffentlichen Verkehrsmitteln als schwierig (54 % als „sehr schwierig“, 34 % als „ziemlich schwierig“). 85 % verwiesen auf die Schwierigkeiten beim Zugang Körperbehinderter zu öffentlichen Verkehrsmitteln. Annähernd drei Viertel der Befragten halten die Zugangsmöglichkeiten geistig Behinderter zu öffentlichen Dienstleistungen (einschließlich Verkehrsmitteln) für schwierig. 59 % der Befragten vertraten die Auffassung, dass für Gehörlose der Zugang zu Schulen und Universitäten schwierig sei. Auf die Frage, ob sich die Zugänglichkeit öffentlicher Plätze in den letzten zehn Jahren verbessert habe, bejahten dies 57 % der Europäer mit einer Durchschnittsbewertung von 2,62 Punkten auf einer Skala von 1 für „keinerlei Verbesserungen“ bis 4

für „erhebliche Verbesserungen“. In vier Ländern wurden allerdings nur geringfügige Verbesserungen festgestellt: Griechenland (1,85 Punkte), Portugal (2,13), Italien (2,41) und Frankreich (2,49). Zu den Ländern, die die Veränderungen wesentlich positiver beurteilen, zählen Luxemburg

(2,84), das Vereinigte Königreich (2,91), Österreich (2,95), Schweden (2,97), die Niederlande (2,99) und Finnland (3,03).

Da 57 % der Europäer nach eigenem Eingeständnis nur über unzureichende Kenntnis über die im

4.4.15 Einstellung von Europäern zu Behinderungen: Zugang Behinderter zu Dienstleistungen, EU-15

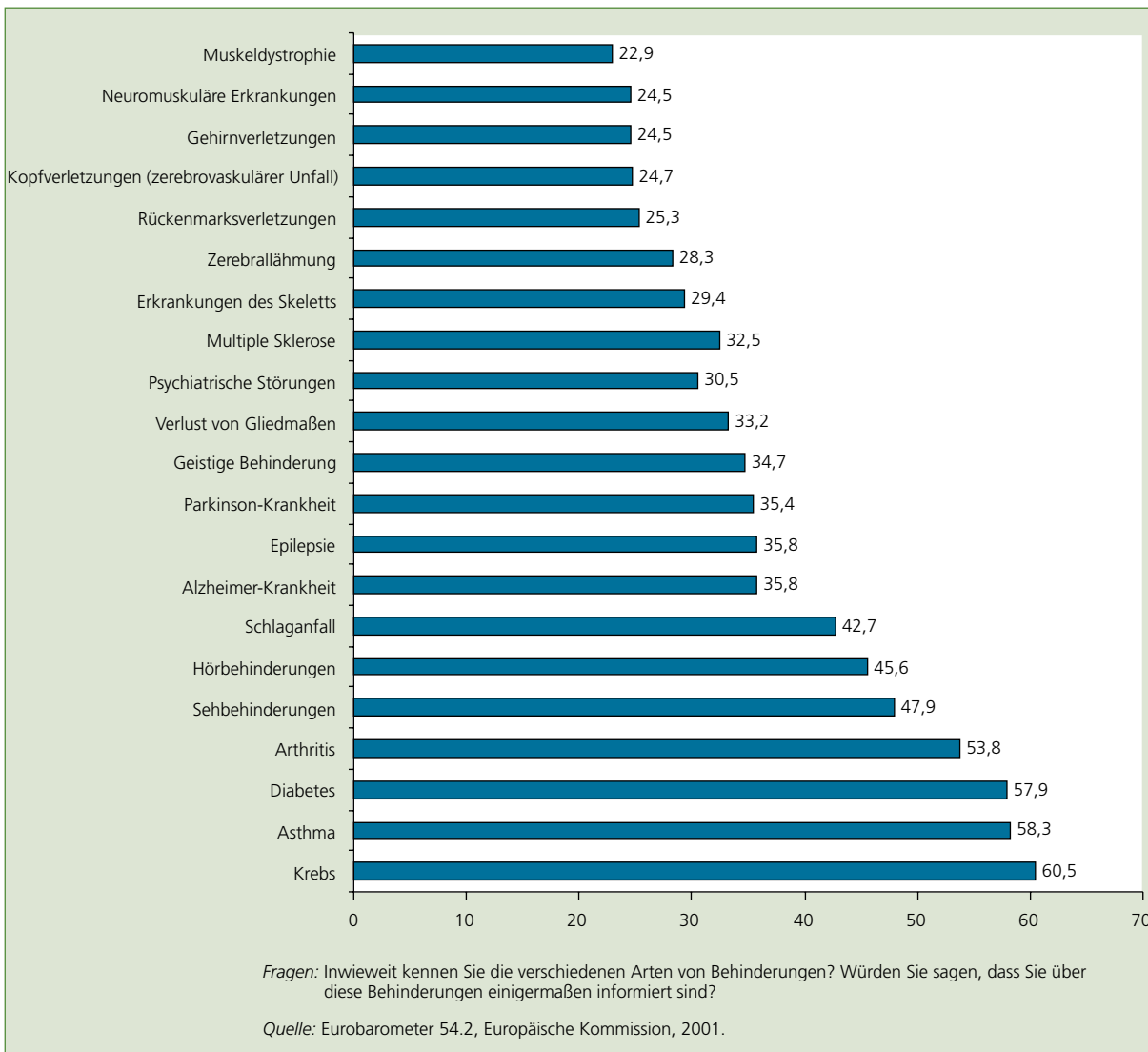


Fragebogen genannten 21 Behinderungsformen verfügen (wobei dieser Durchschnittswert anhand der Ergebnisse zu den einzelnen Punkten ermittelt wurde), sei darauf verwiesen, dass unter den Begriff der „Behinderung“ eine Vielzahl von Gebrechen fallen, über die in der Bevölkerung ein sehr unterschiedlicher Wissensstand vorherrscht. Am weitesten verbreitet waren Kenntnisse in vier Hauptgruppen (4.4.16): (a) Behinderungen infolge dauerhafter Erkrankungen wie Krebs (61 %), Asthma und Diabetes (58 %) sowie Arthritis (54 %) (die nicht immer als Behinderung aufgefasst werden); (b) Behinderungen infolge des weit verbreiteten Bildes der Behinderungen als körperliche und sensorische Defekte — z. B. wussten 48 % der Europäer über Sehbehinderungen Bescheid, 46 % über Hörschäden, 43 % über Schlaganfälle, aber nur 23 % über Muskeldystrophie (die Behinderung mit dem geringsten Bekanntheitsgrad aller 21 ausgewählten Behinderungsformen); (c) geistige und psychische Behinderungen sind am unbekanntesten; nur 37 % wissen einigermaßen über die Alzheimersche Krankheit Bescheid, 35 % über die Parkinsonsche Krankheit

und 31 % über psychiatrische Störungen; (d) zu weiteren Behinderungsformen, bei denen der Informationsstand sehr uneinheitlich entwickelt ist, zählen Gehirnverletzungen, Kopf- und Rückenmarksverletzungen (25 %), Multiple Sklerose (32 %) und Erkrankungen des Skeletts (30 %). Fast ein Viertel der Europäer war der Ansicht, dass 20 oder mehr Prozent der Bevölkerung des eigenen Landes an einer Behinderung litten, 19 % hatten dagegen keine Meinung zur Zahl der Behinderten in ihrem Land.

Nahezu alle Teilnehmer an der Erhebung sprachen sich für eine bessere Integration behinderter Menschen aus, 97 % halten Maßnahmen zur weiter gehenden Einbindung von Behinderten in die Gesellschaft für notwendig (z. B. zur Verbesserung der Zugangsmöglichkeiten zu öffentlichen Orten). Insbesondere wünschten 93 % zusätzliche Mittel für die Beseitigung baulicher Hindernisse, durch die das Leben Körperbehinderter erschwert wird. 72 % sprachen sich dafür aus, Kinder mit Behinderungen gemeinsam mit anderen Kindern zu unterrichten. Diese positive Einstellung findet ihre Bestätigung auch durch den Umstand, dass

4.4.16 Einstellung von Europäern zu Behinderungen: in Europa verbreitete Kenntnisse über Behinderungen, EU-15



nur eine Minderheit von 39 % die Ansicht vertritt, dass behinderte Menschen am Arbeitsplatz weniger produktiv sind. 76 % der Europäer lehnen die Vorstellung, Behinderte von der Gemeinschaft abzuschotten, ab.

Literatur

„Disability and social participation in Europe“ (2001), Luxemburg, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.

ECHP <http://www-rcade.dur.ac.uk/echp/>.

Zu den Bildungsstufen siehe http://unesco-stat.unesco.org/en/act/act_p/iscd.html und

<http://www.fernuni-hagen.de/FTB/telemate/database/iscd.htm>.

Eurobarometer 54.2, „Attitudes of Europeans to disability“, Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung und Soziales, 2002.

Euroblind <http://www.euroblind.org/fichiersGB/STAT.htm>.

Eurodiet <http://eurodiet.med.uoc.gr/> und „Determinants of the Burden of Disease in the EU“, (1997), NIPH, Schweden.

Mayhew, L. (2001), „Disability — Global Trends and International Perspectives“, vorgelegt bei der Staple Inn Actuarial Society, London.

Meltzer, H. (2002), „The 2002 LFS ad hoc module on disability“, Eurostat/Office for National Statistics, UK.

Robine, J. M. et al (OPCS)(1992), „Health Expectancy: First workshop of the International Healthy Life Expectancy Network (REVES): studies on medical and population subjects no. 54“, London, HMSO.

4.5 Stress

Durch Stress geprägte Lebensumstände führen bekanntermaßen zu nachteiligen hormonalen, metabolischen und immunologischen Veränderungen, die infolge verschiedener psychischer Erkrankungen sowie infolge von kardiovaskulären Erkrankungen und bestimmten Krebserkrankungen in erheblichem Maße zu erhöhter Morbidität und Sterblichkeit beitragen können. Daten des Eurobarometer 52.1 (1999) besagen, dass fast 40 % der Personen ab 15 Jahren sich regelmäßig gestresst fühlen (4.5.1). Unter den Mitgliedstaaten waren erhebliche Unterschiede festzustellen, wobei die Quoten von 26 % in Finnland bis zu 72 % in Griechenland reichten. In den meisten Mitgliedstaaten waren Frauen stärker betroffen als Männer. Die größten Unterschiede ergaben sich in Frankreich (13 %) und Portugal (12 %), die geringsten in Deutschland (0,2 %) und Finnland (1 %). Die Schwankungen zwischen den Ländern nehmen mit steigendem Lebensalter zu, wobei in allen Altersgruppen der Anteil der unter Stress leidenden Personen in Griechenland höher als in anderen Mitgliedstaaten war (4.5.2). Finnland wies in allen Altersgruppen mit Ausnahme der Altersgruppe ab 55 Jahren (hier lag Deutschland vorne, gefolgt von Dänemark) den niedrigsten bzw. zweitniedrigsten Anteil an unter Stress leidenden Personen auf. Am höchsten war der Anteil gestresster Personen in allen Mitgliedstaaten in der Altersgruppe zwischen 25 und 39 Jahren, außer in den Niederlanden und Deutschland, wo die Gruppe der 15- bis 24-Jährigen am stärksten betroffen war, sowie in Frankreich, Irland und Italien, wie die Gruppe der 40- bis 54-Jährigen die höchsten Anteile stellte. Am geringsten war dieser Anteil in allen Mitgliedstaaten bei der Gruppe ab 55 Jahren, außer in Griechenland, wo die Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen am wenigsten betroffen war.

Auf den psychischen und körperlichen Gesundheitszustand wirken sich unterschiedlichste Aspekte des täglichen Lebens aus. Im Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaften (ECHP) wurde gefragt, wie die Befragten mit ihrer Arbeit (bzw. Haupterwerbstätigkeit), der finanziellen Situation und Wohnsituation sowie mit der verfügbaren Freizeit zufrieden sind. 1997 (4.5.3) gab nahezu die Hälfte der Befragten in der EU an, „mit der finanziellen Situation unzufrieden“ zu sein. Zu diesem Punkt waren mit 50 % zugleich die größten Unterschiede zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten festzustellen. „Unzufriedenheit mit der verfügbaren Freizeit“ verzeichnete mit 27 % die geringsten Unterschiede unter den Mitgliedstaaten. Eindeutige Unterschiede zwischen den verschiedenen Ländern sind bei dieser Erhebung durchweg festzustellen; in einigen Mitgliedstaaten ist ein gewisser Teil der Befragten mit sämtlichen erfragten Aspekten besonders unzufrieden, in anderen Mitgliedstaaten herrscht bei allen Aspekten die geringste Unzufriedenheit. Die Menschen in Grie-

chenland, Italien und Portugal waren am *unzufriedensten* „mit ihrer Arbeit“ (EL 51 %, I 47 %, P 37 %), mit der „finanziellen Situation“ (P 71 %, EL 70 %, I 62 %), der „Wohnsituation“ (EL 38 %, P 31 %, I 29 %) sowie — neben den Befragten aus Spanien, mit der „verfügbaren Freizeit“ (EL 45 %, I 41 %, E 37 %, P 33 %). Dänemark, Österreich und die Niederlande verzeichneten die *geringste* „Unzufriedenheit mit der Arbeit“ (je 11 %), der „finanziellen Situation“ (DK 21 %, NL 22 %, A 28 %), der „Wohnsituation“ (NL 8 %, A 9 %, DK 11 %, F 11 %) sowie — neben Finnland — mit der „verfügbaren Freizeit“ (A 18 %, DK 20 %, FIN 21 %, NL 22 %, IRL 22 %).

4.6 Persönliches Befinden und soziale Isolation

Im Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaften (ECHP) wurden die Auskunftspersonen befragt, wie häufig sie sich mit Freunden treffen oder sich mit ihnen unterhalten (**4.6.1**). 1997 trafen drei Viertel der Bürger der EU mindestens einmal wöchentlich mit Freunden zusammen, wobei die Iren in dieser Hinsicht als die Geselligsten galten (95 %), gefolgt von Griechenland (93 %) und Spanien (92 %). In Deutschland war der Anteil derer, die sich mindestens einmal wöchentlich mit Freunden trafen, mit 43 % mit Abstand am geringsten, und der Anteil jener, die sich weniger als einmal monatlich mit Freunden trafen, mit Abstand am höchsten (22 %). Unter den Menschen, die weniger als einmal monatlich mit Freunden zusammenkommen, verzeichneten Italien (33 %), Griechenland (30 %), Irland (30 %) sowie Spanien (27 %) den höchsten Anteil an Personen, die mit niemandem außerhalb des eigenen Haushalts sprachen. Daten aus Deutschland lagen hierzu nicht vor. In den geselligsten Ländern Europas lebt also eine kleine Minderheit, die sich seltener als einmal monatlich mit Freunden trifft und sich folglich einsamer fühlen dürfte als entsprechende Menschen aus anderen Ländern, in denen ohnehin kein derart geselliger Lebensstil vorherrscht.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) befragte 1997/98 in der Studie Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern (Health Behaviour in School-aged Young people — HBSC) Kinder und Jugendliche in Europa im Alter von 11, 13 und 15 Jahren, ob sie sich einsam fühlen (**4.6.2**). Die „Ja, manchmal“-Antworten sind hier ausgeklammert, die Antworten „Ja, ziemlich oft“ und „Ja, sehr oft“ wurden in der Tabelle zusammengefasst. Aus den Daten ist abzulesen, dass der Anteil der Mädchen, die sich einsam fühlen, höher als der entsprechende Anteil der Jungen im gleichen Land ist (Ausnahme: Schweden in der Altersgruppe der 11-Jährigen). In allen Ländern außer Griechenland ging der Anteil der Jungen, die sich einsam fühlten, vom 11. bis zum 15. Lebensjahr zurück, während der entsprechende Anteil der Mädchen geringfügig

anstieg. Der größte Anteil einsamer Kinder fand sich bei den 11-Jährigen in Wales (15 % der Jungen, 22 % der Mädchen), der geringste in Norwegen (4 % der Jungen, 5 % der Mädchen). Bei 15-jährigen Jugendlichen waren diese Anteile in Griechenland am größten (20 % der Jungen, 39 % der Mädchen), in Dänemark am geringsten (3 % der Jungen, 10 % der Mädchen).

Literatur

HBSC (Metadaten siehe Kapitel 2.2)
http://www.who.dk/hbsc/hbsc_%20page.htm.

4.7 Erkrankungsspezifische Morbidität

Dieser Abschnitt gibt einen kurzen Überblick zu einigen Krankheitsgruppen. Abgesehen von Krebs und bestimmten übertragbaren Krankheiten liegen derzeit nur wenige krankheitsbezogene Daten für die gesamte Bevölkerung der EU vor. **Eurostat** hat mit der Untersuchung von verschiedenen relevanten Methodikfragen begonnen. In den

Es gibt zwei grundlegende Arten von Morbiditätstaktiken, nämlich die Messung der Inzidenz und der Prävalenz. Die *Inzidenz* ist die Anzahl neuer Krankheitsfälle, die in einem gegebenen Zeitraum in einer bestimmten Population auftreten. Werden sie als *Inzidenzrate* angegeben, bezieht sich dies auf die Anzahl der Fälle als Anteil an der Bevölkerungszahl am Anfang eines Zeitraums. Die Inzidenz dient also zur Messung des Erkrankungsrisikos in einem bestimmten Zeitraum. Die *Prävalenz* ist dagegen ein Maß für die Zahl der zu einem bestimmten Zeitpunkt bestehenden Krankheitsfälle. Die *Prävalenzrate* gibt den Anteil dieser Anzahl Fälle an der Gesamtpopulation an. Die Prävalenz wird häufig als Maß für die Planung der Mittel der Gesundheitsfürsorge herangezogen. Von geringerem Interesse ist sie in der Ätiologieforschung, wo Messungen der Inzidenz eine größere Bedeutung zukommt. Die Inzidenz könnte zum Beispiel als die Anzahl neuer Fälle einer Krankheit (oder Gesundheitsstörung) pro 100 000 Einwohner in einem Jahr ausgedrückt werden, während die Prävalenz den Anteil der Bevölkerung, die zu einem beliebigen Zeitpunkt des Jahres an der Krankheit leidet, angibt. Die Inzidenz kann sich entweder auf das erste Auftreten einer Krankheit (d. h. neue Fälle) oder auf alle Episoden beziehen. Damit die Prävalenzstatistiken aus unterschiedlichen Studien vergleichbar sind, müssen die untersuchten Zeiträume übereinstimmen. Die Hauptquellen von krankheitsbezogenen Daten für Inzidenz- und Prävalenzstatistiken mehrerer EU-Staaten sind: *Gesundheitsbefragungen, Querschnittsbevölkerungserhebungen, Panel-/Kohortenerhebungen, Krankenblätter/administrative Statistiken, Krankenhausunterlagen, Register für bestimmte Krankheiten, Unterlagen praktischer Ärzte und administrative Meldungen*.

einzelnen Ländern werden unterschiedliche Methoden zur Sammlung von Inzidenz- und Prävalenzdaten verwendet. Die möglichen Auswirkungen tatsächlicher Unterschiede auf die Daten müssen bei Ländervergleichen berücksichtigt werden.

Im Rahmen des Gesundheitsberichterstattungsprogramms der Gemeinschaft wurde unter der Koordination des **Office for National Statistics** (UK) ein Projekt zur **Bestandsaufnahme der Morbiditätsdaten für die gesamte Europäische Union** gestartet, mit dem nationale Quellen der Morbiditätsdaten für die EU festgelegt wurden. Endziel dieses Projekts ist die Erstellung eines elektronischen Verzeichnisses der Quellen krankheitsspezifischer Morbiditätsdaten sowie von Metadaten, das jährlich von den Mitgliedstaaten für die Kommission aktualisiert und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden kann. Darüber hinaus wurde das Projekt **Euro-Med-Data (EMD)** der **School of Public Health** der Université Libre de Bruxelles (Belgien) entwickelt und in dieses Maßnahmenpaket auf EU-Ebene einbezogen. Ziel dieses Projekts war die Bestandsaufnahme medizinisch-administrativer Daten, wie sie routinemäßig in 18 Ländern Europas auf der Ebene der primären und sekundären Gesundheitsfürsorge sowie im Bereich der Arbeitsmedizin gesammelt werden.

4.7.1 Übertragbare Krankheiten

Überwachung (Surveillance) bezeichnet gemäß Definition der WHO die laufende systematische Sammlung, Zusammenführung, Analyse und Interpretation von Daten sowie die Weitergabe der Informationen an alle, die diese für die Entscheidungsfindung benötigen. Gemäß Entscheidung 2000/96/EG der Gemeinschaft vom 22. Dezember 1999 vereinbarte die EU die Einrichtung eines Gemeinschaftsnetzes, mit dem die Inzidenz von 39 spezifischen übertragbaren Krankheiten sowie von Nosokomialinfektionen und Antibiotikaresistenzen überwacht werden soll, die in diesem Kapitel behandelt werden. Bei der Auswahl der Krankheiten, die durch die epidemiologische Überwachung im Netz der EU erfasst werden sollen, wurden folgende Kriterien einbezogen:

- Krankheiten, die in der gesamten Gemeinschaft in erheblichem Umfang zu Morbidität und/oder Mortalität führen oder führen können;
- Krankheiten, bei denen durch den Austausch von Informationen eine frühzeitige Warnung vor Gefahren für die öffentliche Gesundheit möglich ist;
- seltene und schwere Krankheiten, die auf einzelstaatlicher Ebene nicht erkannt würden und bei denen mit Hilfe von Datenpools die Erstellung von Hypothesen auf einer breiteren Wissensbasis möglich wäre;

- Krankheiten, bei denen wirksame vorbeugende Maßnahmen mit entsprechendem Nutzen für den vorbeugenden Gesundheitsschutz zur Verfügung stehen.

Nach der Entscheidung 2002/253/EG der Kommission vom 19. März 2002, in der Falldefinitionen für die Meldung übertragbarer Krankheiten an das Gemeinschaftsnetz festgelegt sind, sind die Mitgliedstaaten verpflichtet, Informationen zur durch übertragbare Krankheiten ausgelösten epidemiologischen Entwicklung und zum Auftreten von Gefahren für die öffentliche Gesundheit zu melden. Hierfür ist das Gemeinschaftsnetz zu nutzen, damit Vergleiche hinsichtlich Präventions- und Abwehrmaßnahmen auf Gemeinschafts- und einzelstaatlicher Ebene durchgeführt werden können. Um die Vergleichbarkeit dieser Informationen zu gewährleisten, ist die Aufstellung gemeinsamer Falldefinitionen eine Voraussetzung, und zwar auch dort, wo erkrankungsspezifische Überwachungsnetze noch nicht eingerichtet wurden. Sobald diese Entscheidung — am 1. Januar 2003 — in Kraft tritt, sind diese Falldefinitionen bei der Meldung an das Gemeinschaftsnetz verbindlich vorgeschrieben. Auch die Einhaltung der Bestimmung zum Datenschutz für Einzelpersonen ist zu gewährleisten.

Eine vollständige Übersicht über sämtliche Informationsquellen zu übertragbaren Krankheiten (öffentliche Meldesysteme, nichtöffentliche Meldesysteme, Warnsysteme bei Ausbruch bestimmter Krankheiten sowie Institute und Labors) ist in **IRIDE (Inventory of Resources for Infectious Diseases in Europe)** enthalten, einem Projekt unter der Koordination des **Istituto Superiore di Sanità** (Italien) im Rahmen des Gesundheitsberichterstattungsprogramms der Gemeinschaft. Diese Bestandsaufnahme (<http://iride.cineca.org>) ist als computergestützte Informationsquelle angelegt, welche den Informationsaustausch der Mitgliedstaaten untereinander innerhalb des europäischen Netzes für die Überwachung übertragbarer Krankheiten erleichtert. Der Zweck von IRIDE besteht darüber hinaus in der Bereitstellung von Beschreibungen und Analysen der existierenden Ressourcen für Überwachung und Kontrolle übertragbarer Krankheiten in den Mitgliedstaaten der EU und den Beitrittsländern. Darüber hinaus ermöglicht IRIDE Verbesserungen beim Informationsaustausch der Mitgliedstaaten untereinander in der für das European Network for Communicable Disease Control relevanten Form und bietet eine Gelegenheit zur Standardisierung von Protokollen für die Untersuchung des Ausbruchs übertragbarer Krankheiten, für die Qualitätssicherung mikrobiologischer Referenzlabors sowie für andere für die Eindämmung übertragbarer Krankheiten in ganz Europa wichtige Fragestellungen.

Die Organisation dieser Mittel für Überwachung und Eindämmung übertragbarer Krankheiten variiert zwischen den Mitgliedstaaten (siehe Salmaso 1998). Andererseits wurde festgestellt, dass sich die Systeme für die Meldung übertragbarer Krankheiten ähneln. Hierbei handelt es sich um die amtlichen Meldesysteme (**Statutory Notification Systems — SNS**), wobei die Anzahl der auf nationaler Ebene an der Verwaltung der Meldesysteme beteiligten Stellen zwischen einer (Österreich, Irland, England und Wales, Finnland, Schottland und die Schweiz) und vier Stellen (Niederlande) variiert. In zehn Ländern existieren eine Peripherie- und eine Zwischenebene zwischen Melder und nationaler Ebene, in acht Ländern existiert mehr als eine Zwischenebene. In den beiden übrigen Ländern (Luxemburg und Norwegen) sendet der Melder den Bericht an die zuständige nationale Stelle. Die Systeme in Deutschland, Italien und Portugal sind durch kompliziertere Informationsflüsse gekennzeichnet, da verschiedene auf Zwischenebene angesiedelte Stellen die Informationen an verschiedene nationale Stellen übermitteln. Die Zahl der Krankheiten und Krankheitserreger, die einer gesetzlichen Meldepflicht unterliegen, variiert zwischen 22 in Frankreich und 80 in Finnland, wobei der Mittelwert bei 39,5 liegt. In Italien und Spanien sind sämtliche übertragbaren Krankheiten zwingend meldepflichtig. In sieben Ländern bzw. Landesteilen [Norwegen, Schweden, Finnland, in der flämischen Gemeinschaft (B), der französischsprachigen Gemeinschaft (B), Dänemark und in der Schweiz] fungieren die Labors zugleich als Meldestellen, allerdings variiert ihre Rolle innerhalb des Meldesystems von Land zu Land. So werden in Schweden beispielsweise alle im System einbezogenen Erkrankungen sowohl durch Kliniken als auch durch Labors aufgezeichnet, während in Dänemark eine eindeutige Trennung zwischen dem System, in dem Kliniken als Meldestellen fungieren, und dem System, das sich auf Labors stützt, gezogen wird.

Nichtamtliche Überwachungssysteme (**Non-Statutory Surveillance Systems — NSSS**) sind Infrastrukturen für die routinemäßige Analyse und Interpretation der systematisch gesammelten Daten sowie für Rückmeldungen hierzu, die nicht notwendigerweise auf einem bestimmten Gesetz basieren. Ein NSSS wird häufig eingerichtet, um rasch den Bedarf an Informationen abdecken zu können, die auf einzelstaatlicher Weise nicht anderweitig verfügbar sind, wobei die Primärinformationsquellen von denen der gesetzlichen Meldesysteme abweichen können. Sehr oft werden NSSS aus praktischen Überlegungen heraus eingerichtet und per Definition nicht nach bestimmten Gesetzen gestaltet. Dennoch stellen sie eine wichtige Informationsquelle dar und bilden gegebenenfalls ein wichtiges Mittel

für die Eindämmung des überwachten Ereignisses. Die Anzahl der NSSS in den einzelnen EU-Ländern variiert zwischen 1 und 20. Luxemburg und Norwegen sind die einzigen Länder ohne NSSS (Erkrankungen und Krankheitserreger werden dort ausschließlich durch amtliche Systeme gemeldet).

4.7.1.1 Durch Impfung vermeidbare Krankheiten

Zu dieser Gruppe von Krankheiten zählen Tetanus, die bakteriellen Infektionen Diphtherie und Keuchhusten sowie *Haemophilus influenzae* Typ b, ferner die Vireninfektionen Grippe, Masern, Mumps, Poliomyelitis und Röteln. All diese Krankheiten sind — teilweise hochgradig — ansteckend, gegen die meisten dieser Krankheiten werden jedoch bereits im Kindesalter routinemäßig Impfungen vorgenommen.

Poliomyelitis wird durch das Poliovirus verursacht, ein Enterovirus, das den vorderen Teil des Rückenmarks und somit Nervenzellen, die für die Muskelkontraktion verantwortlich sind, befallen kann. Daher kann er zu bleibender Muskelschwäche oder Lähmungen führen. Eine Routineimpfung wird im Kindesalter entweder als Schluckimpfung (Sabin-Impfstoff) oder durch Injektionen (Salk) verabreicht. Im vergangenen Jahrzehnt wurden bis auf ein Aufflammen in den Niederlanden 1992-1993 in der EU nur sehr wenige Fälle von Poliomyelitis gemeldet (**4.7.1**). Bei den wenigen seit 1995 gemeldeten Fällen handelte es sich durchweg um schwere Reaktionen auf die verwendeten Impfstoffe. Im Juni 2002 traf die WHO den historischen Beschluss, die Region Europa der WHO als poliomyelitiefrei zu erklären. Der letzte Fall einer indigenen wilden Poliomyelitis trat 1998 in der Osttürkei auf.

Diphtherie wird durch das Bakterium *Corynebacterium diphtheriae* ausgelöst und verläuft in bestimmten Fällen tödlich. Die Bakterien vermehren sich in Mund oder Rachen und führen zu Entzündungen. Aufgrund der Pflichtimpfungen liegt die Inzidenz von Diphtherie in den Ländern der EU annähernd bei 0 (**4.7.1**), allerdings traten in den vergangenen Jahren Epidemien in Osteuropa auf, z. B. 1997 in der Russischen Föderation (Hinweis des Herausgebers 1997a). Einige Fälle von Diphtherie in Ländern der EU könnten mit Ansteckungen aus verschiedenen östlichen Ländern zusammenhängen. Bei einer Sitzung der **European Laboratory Working Group on Diphtheria** wurde kürzlich festgestellt, dass die Antikörperkonzentrationen gegen Diphtherie in der Bevölkerung über 21 Jahren zurückgingen. Hieraus folgte die Empfehlung, dass eine routinemäßige Auffrischungsimpfung mit Diphtherie-

Tetanus-Impfstoff (Td) alle zehn Jahre zweckmäßig sei (Lai 2002).

Haemophilus influenzae Typ b (Hib) ist die verbreitetste Form der Haemophilus-Bakterie, die Krankheiten hervorruft, insbesondere Meningitis; Kinder werden jedoch durch Routineimpfungen dagegen immunisiert. Die Inzidenz von Hib in den EU-Ländern ist generell gering (**4.7.1**), wobei die höchsten Erkrankungszahlen aus Belgien sowie weitere, geringere Fallzahlen aus Frankreich und der Schweiz gemeldet werden. In einigen Ländern wurden in den vergangenen Jahren praktisch überhaupt keine Erkrankungsfälle gemeldet.

Pertussis (oder Keuchhusten) wird durch das Bakterium *Bordetella pertussis* hervorgerufen und ruft — neben anderen Symptomen — charakteristische Hustenanfälle hervor. Dabei kann es zu möglichen Komplikationen in den Atemwegen kommen, die zu Lungenentzündungen führen können. Keuchhusten ist bei Kindern unter 2 Jahren als lebensgefährliche Erkrankung zu betrachten. Die Entwicklung von Keuchhusten in der EU zeigt, dass die Morbidität dieser Krankheit durch Immunisierung verringert wird (Therre und Baron 2000). In einigen einzelstaatlichen Impfprogrammen wurden seit über 30 Jahren inaktivierte ganzzellige Keuchhustenimpfstoffe verwendet, allerdings stellen negative Reaktionen, vor allem bei älteren Impfpersonen, ein ernst zu nehmendes Problem dar. In den letzten Jahren wurden neue, azelluläre Keuchhustenimpfstoffe entwickelt, deren Verwendung innerhalb der Europäischen Union allerdings erheblich variiert. Aufgrund der Sicherheitsbedenken wurde die Impfung mit ganzzelligen Impfstoffen in einzelnen Ländern eingestellt und später azelluläre Impfstoffe eingeführt, während in anderen Ländern weiterhin ganzzellige Impfstoffe Verwendung fanden. Bedenken hinsichtlich der Sicherheit und Wirksamkeit von Keuchhustenimpfstoffen werden allerdings nach wie vor diskutiert.

Keuchhustenenpidemien treten etwa alle drei bis vier Jahre auf, wobei die Länder Europas hinsichtlich der Inzidenz von Keuchhusten in drei Gruppen eingeteilt werden können (**4.7.1**): zum einen die Länder mit niedriger Inzidenz — Österreich, Belgien, das Vereinigte Königreich, Frankreich, Italien, Griechenland, Luxemburg, Portugal und Spanien. Zweitens die Länder mit mäßig hohen Inzidenzzahlen — Dänemark, Island und Irland. Drittens die Länder mit hoher Inzidenz — die Schweiz, Finnland, Deutschland, die Niederlande, Norwegen und Schweden. Bemerkenswert ist allerdings die Häufigkeit des Auftretens (Schweden in den Jahren 1990-1994, Finnland 1995, Italien 1995/96, Norwegen 1997/98, Niederlande 1999). In Schweden ist auffällig, dass zwar seit 1996 Impfungen für alle Kinder empfohlen werden und auch eine hohe Durchimpfungsrate erreicht ist, aber

dennoch die Auftretenshäufigkeit auf hohem, wenn auch rückläufigem Niveau verharrt. Die Entwicklung azellulärer Impfstoffe versprach bessere Möglichkeiten zur Eindämmung des Keuchhustens, doch sind nach wie vor wichtige Fragen zur Dauer der damit erzielten Impfwirkung offen. Diese Impfstoffe bieten zudem die Möglichkeit, Auffrischungsimpfungen vorzunehmen und damit die Übertragung der Infektion von älteren Personen auf Kleinkinder einzudämmen. Auch der hohe Preis azellulärer Impfstoffe im Vergleich zu ganzzelligen Impfstoffen dürfte ihrer weiteren Verbreitung entgegenstehen.

Röteln sind eine ansteckende Virusinfektion, die durch Routineimpfungen in der Kindheit verhindert werden kann. In der Schwangerschaft auftretende Röteln bedeuten eine ernste Gefahr; bei Frauen, die in den ersten 16 Schwangerschaftswochen infiziert werden, besteht die erhöhte Gefahr von Fehl- oder Totgeburten oder von angeborenen Anomalien beim Kind. Rötelnepidemien treten etwa alle 6-9 Jahre auf, meistens im Frühjahr. Nach den Meldungen des Jahres 1998 waren in den meisten der acht Teilnehmerländer am **European Sero-Epidemiology Network (ESEN)** in den 70er Jahren Rötelnimpfstoffe für selektive Impfungen bei Mädchen vor dem Pubertätsalter eingeführt worden, um Rötelninfektionen bei Schwangeren zu verhindern (siehe Levy-Bruhl 1998). In einigen dieser Länder wurde auch ein Programm zur Impfung anfälliger älterer Personen eingeführt. Ende der 80er Jahre zeigte sich anhand epidemiologischer Daten und der Ergebnisse mathematischer Modelle, dass die selektive Strategie alleine nicht ausreichte, um kongenitale Rötelnkrankungen zu vermeiden. Daher werden Impfungen gegen Röteln heute nach dem gleichen Zeitplan und Umfang wie Impfungen gegen Masern vorgenommen. In Dänemark, Frankreich, Deutschland und Italien waren Auffrischungsimpfungen für noch nicht geimpfte oder gefährdete Mädchen oder Frauen im Jahr 1998 immer noch angezeigt. Aus Tabelle 4.7.1 geht hervor, dass Röteln in Finnland und Schweden sowie in den Niederlanden fast völlig ausgerottet sind, aber in anderen Ländern wie der Schweiz, Italien, Irland und dem Vereinigten Königreich aus verschiedenen Gründen immer noch auftreten.

Masern (Rubeola) sind eine Virusinfektion mit unterschiedlichen Symptomen und einem charakteristischen Ausschlag. Impfungen werden im Kindesalter routinemäßig durchgeführt, meistens in Verbindung mit Impfungen gegen Mumps und Röteln. Bevor Impfstoffe gegen Masern allgemein zur Verfügung standen, traten alle 2-3 Jahre Epidemien auf. Masern können zu Komplikationen wie z. B. Lungenentzündungen (bei Kleinkindern) oder Mittelohrinfektionen führen. In nahezu allen der am ESEN teilnehmenden Länder war 1998 ein hohes Maß an Schutz gegen Masern erreicht worden, insbesondere durch bereits seit langem durchgeführte Impfprogramme bzw.

eine in zwei Dosen verabreichte MMR-Impfung (Masern/Mumps/Röteln). Dieses hohe Schutzniveau war in Finnland und Schweden sowie in Dänemark, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich bereits erreicht. In Italien war der Impfschutz 1997 dagegen noch relativ gering (siehe Kapitel 6), und auch in Frankreich, wo immerhin eine deutlich höhere Durchimpfungsrate erreicht war, bestand noch kein 100%iger Impfschutz. Aus beiden Ländern wurde bis 1997 eine relativ hohe Inzidenz an Masern gemeldet, allerdings ging diese in den letzten Jahren deutlich zurück (4.7.1). Im Falle Frankreichs könnte dieser Rückgang mit den seit 1996 bestehenden Empfehlungen für eine zweite Impfdosis zusammenhängen (siehe Brachet 2000).

Mumps ist eine Virusinfektion, die eine schmerzhafte Schwellung der Speicheldrüsen verursacht. Vor allem bei Erwachsenen können auch noch andere Organe hiervon betroffen sein. Diese Komplikationen können zu Orchitis (bei Männern), Enzephalitis oder Meningitis führen. Impfungen werden im Kindesalter als Routinemaßnahme durchgeführt. In den am ESEN teilnehmenden Ländern wurden Routineimpfungen in den 80er Jahren eingeführt. Heute wird der Impfstoff als Teil der MMR-Impfungen verabreicht (Levy-Bruhl 1998). In Finnland, Luxemburg, Norwegen und den Niederlanden ist Mumps fast völlig ausgerottet, in Dänemark, Schweden und Griechenland ist dieses Ziel annähernd erreicht. Auch in Irland und im Vereinigten Königreich ist die Krankheit weitgehend beherrscht. Die höchsten Inzidenzraten von Mumps werden gegenwärtig aus Italien, Portugal, Frankreich, Belgien und Spanien gemeldet (4.7.1). Impfplan, Durchimpfungsrate und Überwachung von Mumps und Masern entsprechen einander. Wie bei Masern wurden auch hier durch sehr hohe Durchimpfungsraten und zwei Verabreichungen von MMR-Impfungen in Finnland und Schweden die von der WHO gesetzten Zielwerte von Inzidenzen von weniger als 1 Fall je 100 000 Einwohnern erreicht.

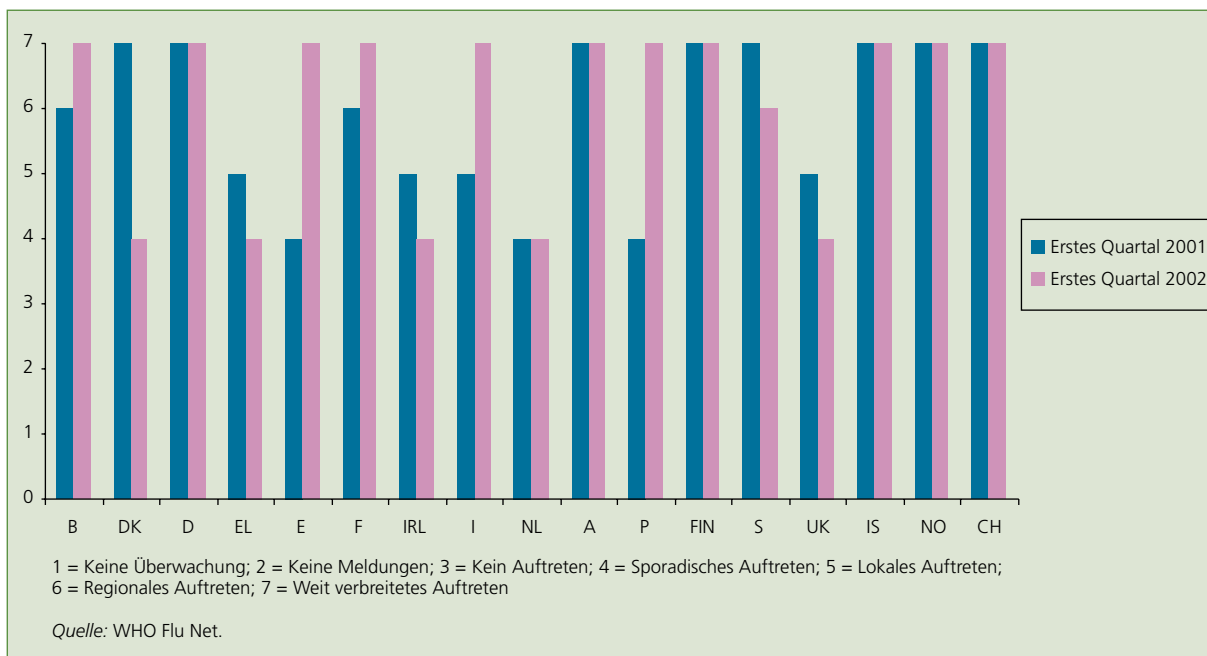
Tetanus (Wundstarrkrampf) ist eine schwere, in bestimmten Fällen tödlich verlaufende Erkrankung des zentralen Nervensystems, die durch eine Wundinfektion mit Sporen der Bakterie *Clostridium tetani* verursacht wird. Diese Sporen leben im Erdreich. Dringen die Sporen durch eine Wunde in den menschlichen Körper ein, können sie sich vermehren und ein Toxin produzieren, das die für die Steuerung der Muskeltätigkeit verantwortlichen Nerven befällt. Kinder unter 7 Jahren können eine DtaP-Impfung (Kombiimpfung gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten) erhalten. In den Entwicklungsländern bedeuten Tetanuserkrankungen nach wie vor ein erhebliches Problem für die öffentliche Gesundheit, doch auch in der EU treten noch immer — wenn auch selten — Erkrankungen auf. Die Epidemiologie der Krankheit veränderte sich in den letzten 50

Jahren aufgrund breit angelegter Tetanusimpfungen und verbesserter Wundheilmethoden: Fälle bei Neonaten sind verschwunden, und auch die Inzidenz der Krankheit in den übrigen Altersgruppen konnte erheblich verringert werden. Allerdings ist die Krankheit, obwohl in der EU im vergangenen Jahrzehnt nur sehr wenige Fälle gemeldet wurden (**4.7.1**), noch nicht völlig überwunden.

Grippe (Influenza) ist eine Vireninfektion, die zum weit verbreiteten Auftreten von Atemwegserkrankungen führt, vor allem im Spätherbst und Winter. Dieses Virus tritt meistens als Influenza-A- oder Influenza-B-Virus auf. Normalerweise klingt die Erkrankung innerhalb von 7 bis 10 Tagen ab, allerdings sind bei sehr jungen und sehr alten Menschen oder bei Personen mit Herz-, Lungen- oder Nervensystemerkrankungen Komplikationen möglich. Eine jährliche Impfung gegen die Virenstämme, die am wahrscheinlichsten zum Ausbruch von Grippe führen, wird empfohlen. Diese Impfung stützt sich auf im Vorjahr verbreitete Stämme sowie auf Stämme, welche die Krankheit gegenwärtig andersorts verbreiten. Geimpft werden schwerpunktmäßig meistens die besonders komplikationsgefährdeten Personengruppen. Seit 1996 existiert in Europa das **European Influenza Surveillance Scheme (EISS)**

als Grippe-Frühwarnsystem (Manguerra und Mosnier 2000). Im Winter 2000/2001 handelte es sich bei den meisten Grippefällen um den Influenza-A-Virus (H1N1), gefolgt vom Influenza-B-Virus, der in bestimmten Ländern häufiger vorkommt. In den meisten durch das EISS erfassten Ländern waren die aufgezeichneten Morbiditätsraten wesentlich geringer als in der Vorjahressaison, und es war nur ein mäßiger Umfang an Grippeerkrankungen zu beobachten. In der Woche 15/2002 meldeten die meisten am EISS beteiligten nationalen Netze niedrige bzw. Basiszahlen für das Auftreten von Grippe. Aus fünf Ländern wurden keinerlei Grippefälle angezeigt (Dänemark, Irland, Polen, Spanien und Schweiz), elf Netze meldeten sporadisches Auftreten und zwei Netze — Deutschland und Norwegen — meldeten lokale Grippefälle. Im Jahr 2002 dominierte der Influenza-Virus A in sechs Netzen, Influenza B in fünf Netzen. Aus sieben Netzen wurden in Woche 15/2002 keinerlei Influenza-Viren gemeldet. In Woche 15/2002 wurden dem EISS keine neuen Fälle von Influenza A (H1N2) oder Influenza B/Victoria/2/87-ähnlichen Viren gemeldet. Die Karten über die aufgetretenen Fälle wurden von den **nationalen Influenza-Zentren der WHO — FLU NET** erstellt (siehe Abb. 4.7.2).

4.7.2. Klinisch-virologische Überwachung von Grippeerkrankungen in Europa



Laut **Eurostat** ist die Anzahl der grippebedingten Todesfälle in den letzten Jahren in der EU stetig gestiegen (2 532 im Jahr 1994, 3 420 im Jahr 1995, 4 323 im Jahr 1996, 4 450 im Jahr 1997 und 5 613 im Jahr 1998).

Im November 2001 lud die Europäische Kommission Experten aus ganz Europa ein, um ihre Ansichten über Möglichkeiten zu äußern, für eine

Grippenpandemie auf dem Niveau der Europäischen Gemeinschaft vorbereitet zu sein. Die Konferenz wurde gut besucht, und Schlüsselaktionen, die von öffentlichen Gesundheitsämtern in Zusammenarbeit mit Entscheidungsträgern und der pharmazeutischen Industrie in Angriff genommen werden sollten, wurden identifiziert. Basierend auf den Vorschlägen, die auf dieser Konferenz

gemacht wurden, hat die Abteilung für Öffentliches Gesundheitswesen der Kommission, unterstützt von einer Expertengruppe der Mitgliedstaaten, einen **gemeinschaftlichen pandemischen Grippebereitschafts- und Aktionsplan ausgearbeitet** (Ref. Karcher 2002), der jetzt in seinem letzten Stadium ist. Während der Entwurfsphase wurde der Plan weitverbreitet innerhalb der Dienststellen der Kommission, mit Experten der Europäischen Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln (EMA) und auch mit Impfstoff- und Antivirenherstellern im Rahmen der Europäischen Vereinigung pharmazeutischer Industrien und Vereinigungen diskutiert. Vorbereitungen, um den Plan als ein gesetzliches Dokument anzunehmen, sind in Arbeit. Der Hauptzweck des Plans besteht darin, eine koordinierte Reaktion der Gemeinschaft im Falle einer Grippepandemie zu erreichen. Der Plan hebt die Schlüsselkomponenten der Reaktion hervor und versucht, alle betroffenen Parteien auf Gemeinschaftsebene zu identifizieren und ihre Rollen zu klären. Er identifiziert auch jene Kommissions- und EMA-Aktivitäten, die die Koordinierung der Aktivitäten der Mitgliedstaaten erleichtern könnten, und setzt die Reaktion der Gemeinschaft in den Kontext einer internationalen Reaktion. Die wichtigste Aufgabe der Überwachung besteht in der frühen Entdeckung, der Charakterisierung zwischen pandemischen und klinischen oder anderen Stämmen und einer zuverlässigen Risikobewertung bezüglich des Potenzials, weitverbreitete Epidemien unter Menschen zu verursachen. Routineüberwachung sollte Informationen über laufende und auftauchende Grippevirenstämme bei Menschen und Tieren, die Belastung von Gesundheit im Hinblick auf die Schwere und, wenn möglich, Informationen über Krankenhauseinweisungsquoten, Neuerkrankungsziffern und Kosten beinhalten. Die zur Verfügungstellung effektiver Antivirale und Impfstoffe steht im Mittelpunkt der Strategien zu Verhütung, Abschwächung und Reaktion.

4.7.1.2 Sexuell übertragbare Krankheiten

Da beim Geschlechtsverkehr Organismen auf einfache Weise neue Wirte finden können, können sich durch Geschlechtskontakt unterschiedlichste infektiöse Mikroorganismen verbreiten. Sexuell übertragbare Krankheiten oder Infektionen zählen folglich zu den häufigsten Infektionskrankheiten. Hierunter fallen in der vorliegenden Untersuchung Chlamydia-Infektionen, Gonokokken-Infektionen, HIV-Infektionen und Syphilis.

Gonokokken-Infektionen (insbesondere Gonorrhoe) werden durch das Bakterium *Neisseria gonorrhoea* übertragen und können sich durch die Blutbahnen in andere Körperteile, insbesondere Haut und Gelenke, verbreiten. Dies kann zu

Beckenerkrankungen und Fruchtbarkeitsstörungen bei Frauen führen. Aus neueren Verlaufszahlen in Europa (**4.7.3**) ist insgesamt ein Rückgang der Inzidenz zu beobachten, insbesondere in den Jahren um 1990. Im Vereinigten Königreich treten diese Infektionen allerdings nach wie vor verstärkt auf. 1988 kam es laut Angaben des nationalen Laborüberwachungsnetzes (**Renago**) in Frankreich zu einem plötzlichen Aufflammen von Gonorrhoe; auch aktuelle Daten für England und Wales besagen, dass dort die Zahl der Gonorrhoe-Diagnosen im Jahr 2000 den höchsten Stand seit 1987 erreicht hat und allein im letzten Jahr um 27 % stieg (siehe Hughes 2001). Ein linearer Zusammenhang zwischen der Inzidenz von Gonorrhoe-Infektionen und HIV-Infektionen ist nicht feststellbar, allerdings sind erstere Zahlen ein besonders sensibler Indikator für ein Risikoverhalten, das in naher Zukunft zu einem möglichen Anstieg von HIV-Fällen führen könnte. In der Untersuchung aus Frankreich wird auf die wachsende Bedeutung von antibiotikaresistenten und insbesondere von penicillinresistenten Stämmen verwiesen. Damit steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass eine Behandlung fehlschlägt und die Gefahr einer Weiterübertragung zunimmt.

Syphilis ist eine sexuell übertragene Infektion, die durch das Bakterium *Treponema pallidum* verursacht wird und durch einen dreistufigen Verlauf gekennzeichnet ist. Die Inzidenz von Syphilis, die vor wenigen Jahren noch eine erhebliche Gefahr bedeutete, ging in den letzten 15 Jahren in den Ländern der EU allmählich zurück (**4.7.3**). Einzige Ausnahme ist die steigende Inzidenz in Finnland seit 1993, die 1995 ihren Höhepunkt erreichte. Dieser Anstieg wurde in erheblichem Maße durch Männer verursacht, die sich im Ausland, insbesondere in der Russischen Föderation, infiziert hatten (siehe Hiltunen, Back 1996). Neue Fälle infektiöser Syphilis wurden in neuerer Zeit auch aus Frankreich, Belgien, Irland, Luxemburg und dem Vereinigten Königreich gemeldet. Junge Personen, Homosexuelle sowie Personen, die nur unzureichend durch die Gesundheitsfürsorgesysteme erfasst werden, dürften besonders betroffen sein, wobei entsprechende Charakteristika in allen EU-Staaten in ähnlicher Weise anzutreffen sind (siehe Fenton 2001). Die Maßnahmen gegen geschlechtlich übertragbare Infektionen variieren in der EU allerdings erheblich und umfassen das gesamte Spektrum von streng regulierten gesetzlichen Auflagen in einigen Ländern bis hin zur laxeren Handhabung in anderen Ländern.

Das Bakterium *chlamydia trachomatis* ist bei Männern für etwa die Hälfte der Harnröhrenkrankungen, die nicht durch Gonorrhoe hervorgerufen wurden, sowie bei Frauen für Gebärmutterhalskrankungen verantwortlich, die

nicht auf Gonorrhoe zurückzuführen sind. Diese geschlechtlich übertragbare Infektion ist heute offensichtlich so weit verbreitet wie noch vor einigen Jahren Syphilis oder Gonorrhoe, allerdings liegen für die Mitgliedstaaten der EU nur wenige Daten vor. Im Vereinigten Königreich ist die *Chlamydia-trachomatis*-Infektion die am weitesten verbreitete bakterielle, sexuell übertragbare Infektion. Vor allem für Frauen sind die Langzeitfolgen der Krankheit besonders gefährlich, zumal sie als Ursache für Beckenentzündungen, ektopische Schwangerschaften und Eileiterunfruchtbarkeiten nachgewiesen wurde (siehe Pimenta und Fenton 2001). Allerdings verläuft die Erkrankung weitgehend asymptomatisch, d. h., ein erheblicher Teil der Erkrankungen wird überhaupt nicht diagnostiziert.

Daten zu durch Impfungen vermeidbaren Krankheiten (außer Grippe) sowie zu sexuell übertragbaren Krankheiten (außer Aids) werden von **Eurostat** unmittelbar aus den amtlichen und nicht-amtlichen Überwachungssystemen in den Mitgliedstaaten gesammelt. In gewissem Umfang werden auch Daten aus dem Computer-Informationsprogramm für Infektionskrankheiten (Computerized Information System for Infectious Diseases — CISID) der **WHO** übernommen.

4.7.1.3 HIV/Aids

Aids (Acquired Immunodeficiency Syndrome/erworbenes Immundefekt-Syndrom) wurde erstmals 1981 beschrieben, erst 1983 wurde allerdings das **HIV-Virus (human immunodeficiency virus)** entdeckt und dabei erkannt, dass Aids die Folge einer fortgeschrittenen HIV-Infektion ist.

Laut Zahlen des **Europäischen Zentrums für die epidemiologische Überwachung von Aids (EuroHIV)** wurden im Jahr 2001 insgesamt 8 210 neue Aids-Fälle (bereinigt um Meldeverzögerungen) aus den EU-Staaten gemeldet. Damit liegt die kumulative Gesamtzahl der Erkrankten in der EU (**4.7.4**) bei 232 407, wovon 18 Fälle bereits vor 1981 aufgetreten waren. Schon in sieben aufeinanderfolgenden Jahren seit dem Beginn der Epidemie ist die Anzahl der jährlich neu gemeldeten Fälle gesunken (um 11 % von 2000 auf 2001). Die jährliche Aids-Inzidenz je Million Einwohner (bereinigt um Meldeverzögerungen) wurde 2001 auf 21,8 geschätzt, was seit 2000 einem Rückgang von 11 % in der EU entspricht (**4.7.5**). Gegenwärtig kommt damit auf je 40 000 Europäer eine Neuerkrankung, während diese Zahl noch vor einigen Jahren bei vier Neuerkrankungen lag. Das Jahr 1994 bedeutete für die Zahl der jährlichen Aids-Inzidenzen in der EU einen Wendepunkt, als insgesamt 24 886 neue Fälle gemeldet wurden. Von 1994 bis 2001 ging die jährliche Inzidenz von Aids um insgesamt 66 % zurück. Der ausgeprägteste

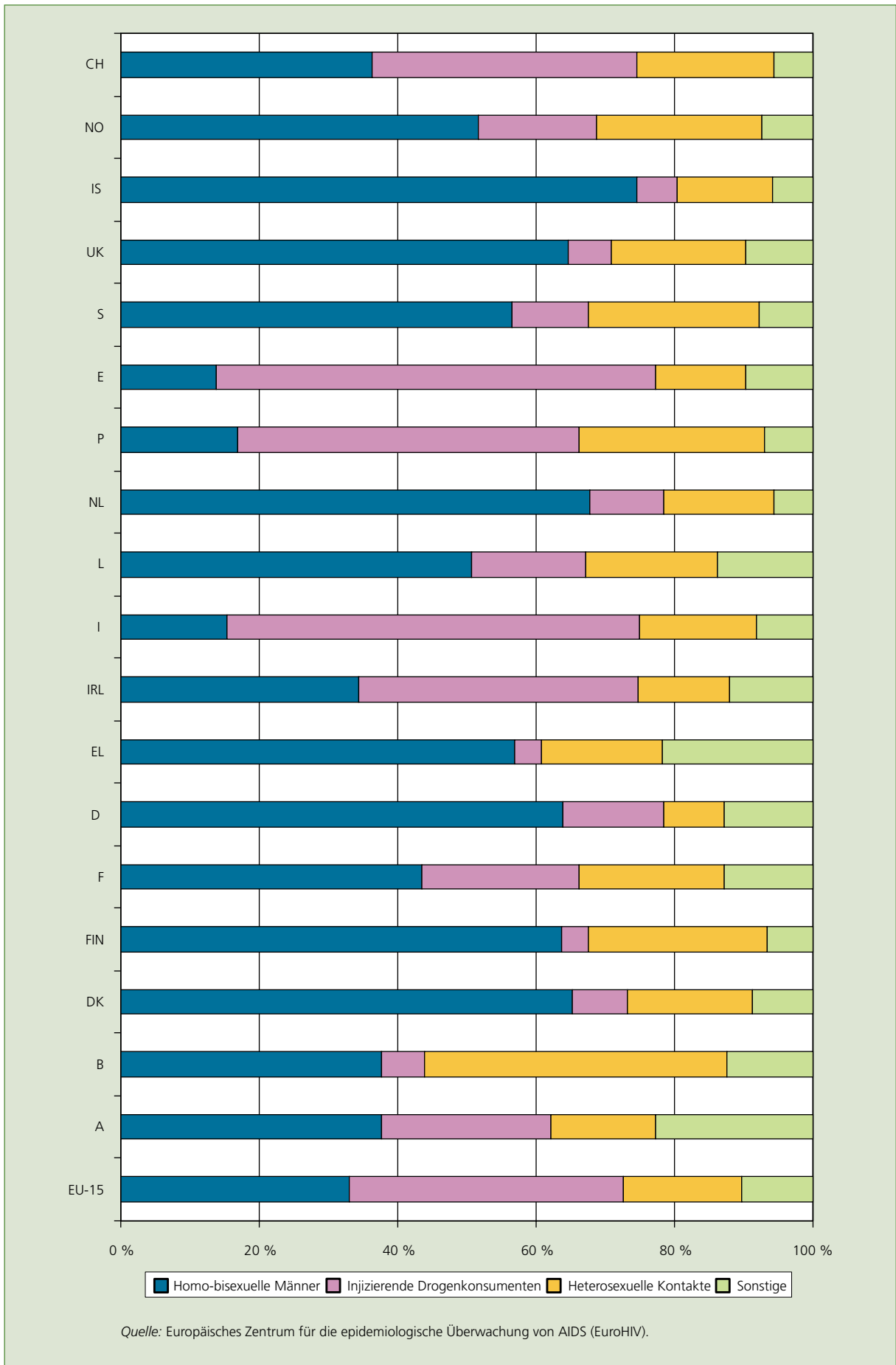
Rückgang der vergangenen sieben Jahre war zwischen 1996 und 1997 (32 %) zu verzeichnen. Dieser Zeitpunkt fällt mit dem zunehmenden Einsatz der hochaktiven antiretroviralen Therapie (**HAART**) zusammen. In den Folgejahren setzte sich diese Entwicklung fort, allerdings verlangsamte sich (nach den um Meldeverzögerungen bereinigten Daten) der Rückgang der Erkrankungszahlen. Seit der Einführung von HAART wurde eine rückläufige Inzidenz von Aids in allen Übertragungskategorien beobachtet. Im Mittelpunkt von HAART steht die frühzeitige Einleitung aggressiver kombinierter antiretroviraler Behandlungen, um die Virenreplikation in größtmöglichem Ausmaß einzudämmen, die Immunkompetenz zu erhalten und die Entwicklung von Resistenzen zu verringern (siehe Montserrat und Hamzaoui 2002).

Beim Rückgang der Zahl der Neuerkrankungen sind in den meisten Mitgliedstaaten ähnliche Muster feststellbar. Ein deutlicher Rückgang wurde in den Jahren 1995 bis 2001 in Spanien (–69 %) beobachtet, dem Mitgliedstaat, der zehn Jahre lang die höchste Inzidenz aufgewiesen hatte, sowie in Italien (–70 %) und Frankreich (–72 %), das lange Zeit die zweithöchste Inzidenz der EU erreichte. Im Jahr 2001 lag der jährliche Anstieg in Portugal bei 13 %, bereits seit 1998 weist dieses Land die höchste jährliche korrigierte Inzidenz auf, insbesondere aufgrund einer seit relativ kurzer Zeit bei injizierenden Drogenabhängigen zu beobachtenden Epidemie. Die Trends der Aids-Inzidenz wurden durch die stufenweise Umsetzung der Revision der europäischen Definition der Aids-Fälle aus dem Jahr 1993 beeinflusst, wodurch es 1994 zu einem ungewöhnlich hohen Anstieg und 1995 zu einem relativen Rückgang kam. Die seit 1995 eingetretenen Trends dürften hiervon jedoch nur relativ wenig beeinflusst gewesen sein. Die jüngsten Rückgänge bei der Aids-Inzidenz beruhen auf der zunehmenden Anwendung der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) ab 1996 und auf dem Verlauf der früheren HIV-Inzidenz, die Mitte der 80er Jahre ihre Spitze erreicht hatte.

Übertragungskategorien

Bei der Analyse der Übertragungskategorien zeigen die kumulativen Daten bis Ende 2001 (**4.7.6**), dass in der EU 39,4 % der Aids-Fälle durch injizierende Drogenkonsumenten verursacht wurden, 32,6 % durch homosexuellen oder bisexuellen Geschlechtsverkehr und 17,6 % durch heterosexuelle Kontakte. Diese Verteilung variiert unter den EU-Staaten allerdings erheblich: So liegt in Spanien und Italien der Anteil der homo-/bisexuellen Kontakte bei rund 15 %, der Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten dagegen bei 60 % oder mehr. Demgegenüber sind in Dänemark, Finnland, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich über 60 % der Fälle auf homo-/bisexuelle Kontakte zurückzuführen, während auf injizierende Drogenkonsumenten nur ein sehr

4.7.6 AIDS-Fälle nach Übertragungsgruppe, ab 13 Jahren, kumulativ bis Ende 2001



geringer Anteil entfällt. In Belgien ergibt sich nochmals ein anderes Bild: homo-/bisexuelle Kontakte 36 %, injizierende Drogenabhängige 6 %, aber heterosexuelle Kontakte immerhin 45 %. In Deutschland sind weniger als 9 % der Fälle auf heterosexuelle Kontakte zurückzuführen, aber 64 % auf homo-/bisexuelle Kontakte und 14 % auf injizierende Drogenabhängige.

Seit dem erstmaligen Ausbruch der Aids-Epidemie veränderten sich auch die Merkmale der Aids-Fälle. 1985 fand sich die höchste Inzidenz von Aids in der Kategorie der Übertragung durch homo- und bisexuelle Kontakte von Männern, seit 1990 geht der Anteil der Aids-Fälle in dieser Kategorie allerdings stetig zurück. Der Anteil homo-/bisexueller Männer, die in den ersten Jahren der Epidemie noch mehr als 60 % stellten, sank bis 2001 auf 19,5 %. Umgekehrt stieg der Anteil der durch heterosexuelle Kontakte übertragenen Aids-Fälle von 8,9 % im Jahr 1985 auf 36,5 % im Jahr 2001 an. Der Anteil der durch injizierende Drogenabhängige übertragenen Aids-Fälle sank in den letzten Jahren von 43,7 % im Jahr 1996 auf 33,2 % im Jahr 2001, allerdings ist diese Kategorie nach wie vor die wichtigste Kategorie für Krankheitsübertragungen (39,4 % aller kumulierten Fälle) in der EU. Diese Gruppe der Aids-Fälle bei injizierenden Drogenabhängigen umfasst dreimal mehr Männer als Frauen. Der Anteil der von Müttern auf ihr Kind übertragenen Aids-Fälle ging erheblich zurück — zwischen 1985 und 2001 um 80 %. Dies dürfte durch die Empfehlung zu erklären sein, schwangere HIV-positive Frauen mit Zidovudin zu behandeln, um eine vertikale Übertragung zu vermeiden. Beim Einsatz antiretroviraler Medikamente während der Schwangerschaft sind allerdings auch mögliche kurz- oder langfristige Auswirkungen auf den Fötus und das Neugeborene zu berücksichtigen. Auch die Zahl der Erkrankungen von Blutern und Bluttransfusionsempfängern ging seit 1985 um 88 % zurück. Nachdem erkannt worden war, dass der Aids-Auslöser durch das Blut übertragen werden konnte, wurden als Risikogruppe geltende Personen aufgefordert, von Blutspenden abzuweichen. Seit Oktober 1985, als geeignete Tests zur Verfügung standen, sollten sämtliche Blutspenden auf HIV-Antikörper geprüft werden. Weitere 4,6 % aller kumulativen Fälle entfallen auf eine Gruppe mit einigen Fällen von Nosokomialinfektionen, einige wenige Fälle, bei denen sich Angehörige der Gesundheitsfürsorgeberufe in Ausübung ihres Berufs infiziert haben, sowie Fälle, zu denen keine bzw. für eine Klassifizierung unzureichende Daten vorliegen.

Inzidenz nach Geschlecht und Alter

Der **Anteil der Frauen** an den Aids-Erkrankten stieg zwischen 1986 (11,0 %) und 2000 (22,9 %)

infolge der zunehmenden Bedeutung, die der heterosexuellen Übertragung von Aids zukommt, stetig an. Im Jahr 2000 lebten in Westeuropa durchschnittlich 14 % der auf heterosexuellem Wege infizierten Frauen mit einem Partner zusammen, der einer Risikogruppe (Drogenkonsument, bisexuell usw.) angehörte, sowie 36 % mit einem Partner aus einem Land, in dem Aids weithin als Epidemie auftritt. 19,1 % der Aids-Fälle innerhalb der EU entfielen auf die Altersgruppe zwischen 25 und 29 Jahren, 26,6 % auf die 30- bis 34-Jährigen (**4.7.7**). In den EU-Staaten zeigt sich bei der **Altersverteilung** ein ähnliches Bild; hier konzentrieren sich die Aids-Fälle vorwiegend auf die Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen und der 40- bis 49-Jährigen; einzige Ausnahme ist Portugal, wo der höchste Anteil auf die Gruppe zwischen 25 und 29 Jahren entfällt. In der Altersgruppe zwischen 15 und 24 Jahren erreicht Portugal (11,6 %) den doppelten Anteil des EU-Durchschnitts (5,5 %), bei den 50- bis 59-Jährigen liegen Luxemburg (15,4 %) und Deutschland (12,9 %) ebenfalls beim Doppelten des EU-Durchschnitts (7,1 %). Das Durchschnittsalter, in dem Aids diagnostiziert wird, ist bei homo-/bisexuellen Männern höher als bei heterosexueller Krankheitsübertragung; das durchschnittliche Diagnosealter beider Gruppen ist höher als in der Gruppe der injizierenden Drogenabhängigen. Insgesamt stieg das Durchschnittsalter, in dem Aids diagnostiziert wird, im Laufe der Zeit von weniger als 30 Jahren (1988) auf 38,7 Jahre (2001). Besonders auffällig ist dieser Anstieg bei injizierenden Drogenabhängigen; er lag Mitte der 80er Jahre bei 26 Jahren und im Jahr 2001 bei 36 Jahren. In den übrigen Kategorien findet ebenfalls eine zunehmende Verlagerung des Aids-Diagnosealters hin zu höherem Alter statt, allerdings in weniger ausgeprägtem Maß. Bei neueren Kohorten ist aus der Statistik eine geringere Inzidenz abzulesen, wobei die höchste Inzidenz bei den älteren Kohorten auch durch Unterschiede in der Lebensführung zu erklären sein könnte.

Indikatorerkrankungen bei Aids

Voraussetzung für eine Aids-Diagnose ist das Vorhandensein von mindestens einer der so genannten opportunistischen Erkrankungen, die als Anzeichen für Aids gelten, bei einer an HIV erkrankten Person. Durch die HAART-Behandlung konnte der Immunität von HIV-Erkrankten verbessert und die Häufigkeit dieser Erkrankungen verringert werden. Im Jahr 2001 war Lungenentzündung infolge von *Pneumocystis carinii* die häufigste opportunistische (und zugleich die lebensgefährlichste) Erkrankung; sie trat bei 22,2 % der Männer und 21,0 % der Frauen auf, bei denen in der EU Aids diagnostiziert wurde (**4.7.8**). Oesophagiale Candidiasis (verursacht durch *Candida albicans*, bei HIV die häufigste Pilzinfektion) war 2001 die zweit-

häufigste opportunistische Erkrankung (13,0 % der Männer und 14,9 % der Frauen). Tuberkulose (Lungen- und extrapulmonäre Tuberkulose zusammengefasst) liegt bei beiden Geschlechtern zusammen an zweiter Stelle; in 41 % der 1994 diagnostizierten Aids-Fälle war auch Tuberkulose aufgetreten. Bis 2001 ging dieser Prozentsatz jedoch auf 21,6 % zurück. Dieser Rückgang dürfte vermutlich durch ausgedehntere Prophylaxe und Tuberkuloseprävention bei HIV-positiven Personen erreicht worden sein. Eine weitere weithin bekannte Erkrankung ist das Kaposi-Sarkom (KS), seit jeher das auffälligste äußere Zeichen für Aids, da es durch Flecken und Blutergüsse auf der Haut zu erkennen ist. Die Zahl der KS-Fälle ging allerdings seit Einführung der HAART-Behandlung ebenfalls deutlich zurück (von 21 % in den 90er Jahren auf 5,5 % im Jahr 2001).

Neue HIV-Diagnoseverfahren

Nach Angaben des **Europäischen Zentrums für die epidemiologische Überwachung von Aids (EuroHIV)** lässt sich aus dem gegenwärtigen Rückgang der Aids-Inzidenz nicht ableiten, dass die HIV-Inzidenz zurückgeht. Im Jahr 1999 wurde in 12 der 15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union auf nationaler oder regionaler Ebene ein HIV-Meldesystem eingerichtet. In neun Ländern existierte bereits vor 1991 ein Meldesystem, in Deutschland ab 1993, in Spanien, Griechenland und Luxemburg ab 1999. In Österreich und Frankreich steht die Einführung eines entsprechenden Systems noch aus. In Italien, den Niederlanden und Spanien ist das HIV-Meldesystem erst in einigen Regionen in Betrieb genommen worden, weshalb die Daten hier nicht berücksichtigt werden. HIV-Infektionen werden in vier Ländern von Laboratorien, in zwei Ländern von Krankenhausärzten und in neun weiteren Ländern von beiden Stellen gemeldet (**4.7.9**). 1998 belief sich die kumulierte Gesamtzahl der HIV-Fälle in der EU (für nur zehn Mitgliedstaaten) auf 119 710 Fälle. Aus diesen zehn Ländern wurden 2001 insgesamt 10 632 HIV-Fälle und 2 616 Aids-Fälle gemeldet. Alle Länder registrierten mehr HIV- als Aids-Fälle, wobei das Verhältnis von 2,4 in Portugal und 2,5 in Deutschland bis zu 10,0 in Luxemburg und 9,0 in Belgien reichte. Die HIV-Infektionsmeldungen sind allerdings mit Vorsicht zu interpretieren, da diese Berichte kein genaues Maß der Inzidenz und Prävalenz der HIV-Infektion liefern. Der Anteil der HIV-Infizierten, die diagnostiziert und gemeldet werden, variiert je nach Phase der Epidemie, HIV-Testmustern und den Merkmalen der Überwachungssysteme. Die Anzahl der in den 90er Jahren jährlich gemeldeten HIV-Infektionen war in einigen Ländern relativ stabil und sank in anderen. Ein Vergleich der für HIV und Aids gemeldeten Daten weist darauf hin, dass der HIV-Übertragungsgrad

in der EU in den letzten Jahren relativ stabil blieb und dass der plötzliche Rückgang der Aids-Inzidenz vor allem auf die Wirkung von HAART zurückzuführen ist.

In den letzten fünf Jahren ging die Aids-Inzidenz in der EU auffallend zurück, ist insgesamt aber nach wie vor recht hoch. Die derzeitige Lage ist durch ein Gleichgewicht verschiedener gegenläufiger Faktoren gekennzeichnet. Einerseits werden Vorbeugungskampagnen und HAART-Behandlungen durchgeführt, andererseits verharrt die Prävalenz von HIV-Infektionen bei bestimmten Personengruppen nach wie vor auf hohem Niveau, die Wirkung von HAART wird durch bestimmte Umstände eingeschränkt, Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten und die Fortführung der Behandlung sind nicht immer gegeben, und HIV-Infektionen werden oft zu spät diagnostiziert. Letzterer Faktor ist insofern bedeutsam, als über ein Drittel der Personen, die an Aids erkranken, gar nicht wissen, dass sie HIV-infiziert sind.

Das **Europäische Zentrum für die epidemiologische Überwachung von Aids (EuroHIV)** bildet in Zusammenarbeit mit der WHO und UnaidS ein Überwachungsnetz der 51 Länder der europäischen Region der WHO. Seit dem Jahr 2000 ist EuroHIV im Institut de Veille Sanitaire (InVS) in Saint-Maurice (Frankreich) untergebracht. EuroHIV wird durch die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission gefördert und verfolgt das Ziel, das europäische HIV-/Aids-Überwachungssystem zu planen, zu entwickeln und zu verwalten. Hierunter fallen die Sammlung, Analyse und Verbreitung epidemiologischer Daten (<http://www.eurohiv.org>) mit dem Ziel, die HIV-/Aids-Epidemie zu beschreiben, ein eingehenderes Verständnis dieser Epidemie zu erreichen und Vorbeuge- und Bekämpfungsmaßnahmen zu verbessern. In jedem Land ist eine einzelne Stelle für die Qualität der gemeldeten Daten und für die Zusammenführung der Daten aus unterschiedlichen Quellen sowie für die Meldung an das Europäische Zentrum verantwortlich. Informationen zu HIV- und Aids-Fällen werden EuroHIV in Standardformat gemeldet. Die durch Eurostat verbreiteten Daten stützen sich auf die EuroHIV-Daten. Für Überwachungszwecke werden Fälle, die mehr als einer einzigen Übertragungsart zugeschrieben werden können, nur ein einziges Mal gezählt. Die Definition heterosexueller Übertragung variiert geringfügig je nach Land. Die Übertragungskategorie „Sons-tige/unbekannt“ umfasst auch einige wenige Fälle, in denen Angehörige von Gesundheitsfürsorgeberufen durch Aids infiziert wurden, sowie Fälle, zu

denen keine oder zu wenig Informationen für eine Klassifikation vorliegen. Berichtigungen für zu niedrig gemeldete oder unzureichend diagnostizierte Fallzahlen werden nicht vorgenommen, d. h., in den vorgelegten Daten werden keine Fälle berücksichtigt, die nie gemeldet oder diagnostiziert werden.

Die einzelstaatlichen Schätzungen der zu niedrig gemeldeten Fallzahlen variieren bei Aids-Fällen zwischen 0 % und 25 %, liegen zu HIV-Fällen allerdings nicht vor. Aufgrund von Verzögerungen bei der Meldung (Zeitraum zwischen der Diagnose von Aids und der Meldung auf nationaler Ebene) schlägt EuroHIV vor, Inzidenztrends am besten zu beurteilen, indem man die Daten unter Berücksichtigung der Meldeverzögerungen anhand des Jahres der Diagnose (mit einer entsprechenden Berichtigung für Meldeverzögerungen) und nicht anhand des Meldejahres auswertet. Diese Verzögerungen variieren je nach Land und Übertragungsgruppe erheblich und können in einigen Fällen sogar mehrere Jahre betragen. Insgesamt werden ungefähr ein Drittel der Fälle bis zum Ende des Quartals gemeldet, in dem sie diagnostiziert wurden. Zwischen 10 % und 15 % werden über ein Jahr nach der Diagnose gemeldet. In unterschiedlichen Ländern kommen zudem unterschiedliche Falldefinitionen zur Anwendung, die sich nach Bevölkerungsfaktoren (Kinder, Erwachsene, relatives Auftreten opportunistischer Infektionen) und nach der Laborinfrastruktur und den verfügbaren Fortbildungsmöglichkeiten richten, allerdings wird in den Ländern, die sich an der Aids-Überwachung in Europa beteiligen, eine einheitliche Aids-Falldefinition angewandt, die 1993 verabschiedet wurde. Die europäische Definition von Aids unterscheidet sich von der amerikanischen dadurch, dass die Anzahl der CD4-T-Lymphozyten nicht zu den Kriterien gehört. In Ländern, in denen nur eingeschränkte Diagnosemöglichkeiten bestehen, wird die klinische Aids-Falldefinition der WHO angewandt.

4.7.1.4 Virushepatitis

Hepatitis bzw. Leberentzündung wird normalerweise durch eines der fünf folgenden Viren verursacht: Hepatitis A, B, C, Delta oder E. Hier werden die ersten drei dieser Viren berücksichtigt (4.7.10).

Das **Hepatitis-A**-Virus ist selten tödlich, stellt jedoch eine signifikante Ursache für Morbidität und sozioökonomische Verluste dar. Am häufigsten tritt es bei mangelhafter Umwelthygiene auf, seine Inzidenz ist also in den meisten Ländern Europas nur gering. Ein sicherer und wirksamer Impfstoff steht zur Verfügung. Zudem kommt Hepatitis A vorwiegend bei Erwachsenen vor. In der EU ist sie kaum verbreitet; die Inzidenz lag im Jahr 2000 bei schätzungsweise 2,4 Fällen je 100 000 Einwohnern, in den letzten Jahren noch darunter. Von Zeit zu Zeit bricht die Krankheit allerdings aus, so in Griechenland (1998), Irland (1997), Italien (1996/97),

Norwegen (1998/99) und Luxemburg (1997-2000), meist aufgrund verunreinigter Nahrungsmittel. Ein Aufflammen von Hepatitis-A-Infektionen in den Niederlanden Anfang 1998 könnte auf die Sekundärübertragung nach bereits zuvor im Herbst 1997 verzeichneten relativ hohen Spitzenwerten zurückzuführen sein (siehe Termorshuizen und Van de Laar 1998).

In Westeuropa ist das **Hepatitis-B**-Virus seltener als in Entwicklungsländern, wobei chronische Infektionen bei weniger als 1 % der Bevölkerung festgestellt wurden: Diese Personengruppe trägt das Virus ständig und erkrankt später an Leberzirrhose oder Leberkrebs. Hepatitis B ist die ernsteste Erscheinungsform der Virushepatitis und die einzige Form, die zu chronischer Hepatitis führt und für die außerdem ein Impfstoff (der sicher und wirksam ist) zur Verfügung steht. In der EU erfolgt die Übertragung am häufigsten durch Geschlechtsverkehr in jüngerem Alter sowie bei Drogenkonsumenten durch die Verwendung von Spritzen. Daneben bildet das Hepatitis-B-Virus eine erhebliche Infektionsgefahr für Angehörige der Gesundheitsberufe. Die Inzidenz in der EU ist mit geschätzten 3,9 Fällen je 100 000 Einwohnern gegenwärtig sehr gering und entwickelte sich in den letzten zehn Jahren weiter rückläufig. Trotz dieser Entwicklung kam es allerdings dennoch zu gelegentlichen Krankheitsausbrüchen wie z. B. in Portugal (1993), Luxemburg (1994), Frankreich (1997), Norwegen (1998) und Island (1999) sowie (in den letzten Jahren) zu relativ hohen Inzidenzwerten in Luxemburg, Island und Norwegen.

Das **Hepatitis-C**-Virus ist eine Hauptursache für akute Hepatitis und chronische Lebererkrankungen und breitet sich in erster Linie durch Kontakt mit menschlichem Blut aus, z. B. durch ungeprüfte Blutkonserven sowie durch die Wiederverwendung nicht sterilisierter Nadeln und Spritzen (siehe WHO Fact Sheet 2000). Impfstoffe zur Vorbeugung gegen Hepatitis C existieren gegenwärtig noch nicht. Forschungsarbeiten in diesem Bereich werden durch die hochgradige Mutationsfähigkeit des Genoms kompliziert. Die größte Wirkung hinsichtlich der Inzidenz dieser Krankheit ist somit zu erzielen, indem die Übertragungsrisiken durch Nosokomialeinwirkungen und Risikoverhalten vermindert werden. Die Inzidenz von Hepatitis C ist in weiten Teilen der EU sehr gering, in Luxemburg, Schweden, Schweiz, Finnland und Island wurden allerdings erhöhte Fallzahlen festgestellt.

4.7.1.5 Durch Lebensmittel und Wasser übertragbare Krankheiten und umweltbedingte Krankheiten

Diese Zahlen sind mit Vorsicht zu bewerten, denn zahlreiche durch Lebensmittel und Wasser übertragene Krankheiten bleiben sehr wahrscheinlich uner-

fasst, da die Patienten entweder die Erkrankung nicht melden oder keine Labordiagnose erfolgt oder aber die Diagnose nicht zentral gemeldet wird. Es ist durchaus möglich, dass die gemeldeten Zahlen nur eine sehr niedrig angesetzte Schätzung der Inzidenz der Krankheit darstellen. Trotz dieser zu niedrigen Meldezahlen erreicht dieses Gesundheitsproblem erhebliche Größenordnungen.

Campylobakteriose entsteht durch Infektionen des Gastrointestinaltrakts oder Blutes durch das Bakterium *Campylobacter*. Häufig führt sie infolge des Konsums von verunreinigtem Wasser, des Verzehrs von ungenügend gekochtem Fleisch oder durch den Kontakt mit infizierten Tieren zu Gastroenteritis. Campylobakteriose ist sowohl in entwickelten Ländern als auch in Entwicklungsländern die häufigste Ursache für durch Tiere übertragene Darminfektionen. Sie wird allerdings nicht in allen Fällen erkannt, da Überwachungsmaßnahmen ungenügend entwickelt sind und die Krankheit nur selten ausbricht und auch selten tödlich verläuft (siehe WHO 2001d). In entwickelten Ländern ist die gemeldete Inzidenz seit 20 Jahren — vor allem seit 1990 — stark rückläufig. Allerdings kommen zu jedem diagnostizierten Fall zahlreiche nicht gemeldete Infektionen vor, was nachinfektiöse Folgen nach sich zieht. Hinsichtlich dieser Spätfolgen wurde die Campylobakteriose für akute Durchfallerkrankungen sowie das in Form von Lähmungen auftretende Guillain-Barre-Syndrom verantwortlich gemacht. Darüber hinaus sind — wie bei zahlreichen Infektionskrankheiten — die Erreger der Campylobakteriose zunehmend resistent gegen Antibiotika. Am häufigsten ist die Krankheit bei Kleinkindern und Jugendlichen anzutreffen und hier wiederum eher bei männlichen als bei weiblichen Patienten. Geflügel gilt in entwickelten Ländern als der Hauptüberträger der Infektion. In Nordeuropa liegt die gemeldete Inzidenz bei 60-90 je 100 000 Personen, wobei vermutlich nicht alle Fälle gemeldet werden. In Dänemark stieg die Erkrankungsrate von 1990 bis 2000 stetig an; Ähnliches wurde auch im Vereinigten Königreich und in der Schweiz beobachtet. Diese Zahlen sowie weitere in den letzten Jahren in ähnlichem Umfang gemeldete Zahlen sind in Tabelle 4.7.11 dargestellt. Zahlreiche Infektionen brechen im Zuge der weltweiten Reisebewegungen aus. Dies ist auch als Ursache für zahlreiche Infektionskrankheiten anzunehmen, die in EU-Staaten gemeldet wurden (siehe Kasten unten); auf diese „eingeschleppten Krankheiten“ entfallen rund 10-15 % der Fälle im Vereinigten Königreich und in Dänemark sowie 50-65 % der Fälle in Schweden und Norwegen.

Salmonellose wird zu einem immer gravieren-deren Gesundheitsproblem in der EU. Die *Enterobacteriaceae* sind eine Bakteriengruppe, die Infektionen des Gastrointestinaltrakts oder anderer Körperorgane hervorrufen kann. Hierzu zählen

Salmonella, *Shigella* und *Escherichia*. *Salmonella*-Infektionen sind — neben den zu Typhusfieber führenden Infektionen — in zahlreichen Varianten bekannt. Jede dieser Infektionen zieht gastrointestinale Störungen und Enteritis nach sich. Häufig sind infizierte Lebensmittel die Ursache der Salmonellose. In Westeuropa ging die Inzidenz der Salmonellose 1993-1995 zurück, stieg dann aber bis Anfang 1997 erneut an (59,1 je 100 000) und fiel in den nachfolgenden Jahren wieder langsam. Neuere Tendenzen lassen in zahlreichen Ländern eine relativ hohe Inzidenz erkennen, insbesondere in Deutschland, Dänemark (2000) und Luxemburg (1999-2000). Dem stehen niedrige Zahlen aus Griechenland und Portugal gegenüber. Bei den Erkrankungen im Jahr 2000 (England und Wales, Deutschland, Island, Niederlande und Schottland) wurde Salat als Übertragungsmedium ausgemacht, 1999 (Dänemark, England und Wales, Finnland, Deutschland, Irland, Norwegen, Schweden und Schweiz) ließ sich die Ursache auf einen Urlaubsort in der Türkei eingrenzen (Enter-net-Website).

Botulismus tritt am häufigsten durch den Verzehr von mit einem Toxin des Bakteriums *Clostridium botulinum* verdorbenen Lebensmitteln auf; dieses Toxin ist der stärkste bekannte derartige Stoff und kann zu schweren Nerven- und Muskelschädigungen führen. Nahezu alle in der EU gemeldeten Fälle sind auf Lebensmittel zurückzuführen: Kleinkinder- und Wundbotulismus sind selten (siehe Therre 1999). Durch Lebensmittel übertragener Botulismus ist die Folge des Verzehrs von verunreinigten Nahrungsmitteln. Im Haushalt eingekochte Lebensmittel sind die häufigste Ursache, ferner Gemüse, Fisch, Obst und Gewürze, Rindfleisch, Milchprodukte, Schweinefleisch und Geflügel. Botulismus ist zwar in den meisten EU-Mitgliedstaaten gesetzlich meldepflichtig, doch unterscheiden sich die Falldefinitionen in den einzelnen Mitgliedstaaten, d. h., die gemeldeten Zahlen sind möglicherweise zu niedrig angesetzt. Epidemiologische Merkmale des Botulismus variieren aufgrund unterschiedlicher Ernährungsgewohnheiten möglicherweise ebenfalls von Land zu Land. Im Zeitraum 1988 bis 1998 kam es in vier Ländern — Frankreich, Deutschland, Italien und Spanien — häufig in mäßigem Umfang zu Ausbrüchen von Botulismus, in vier weiteren Ländern — Belgien, Dänemark, Vereinigtes Königreich (England und Wales) und Schweden — war das gemeldete Auftreten der Krankheit selten und eng begrenzt. In Österreich, Finnland, Griechenland und den Niederlanden wurden in den 10 Jahren bis 2000 keine Fälle gemeldet. Wie aus Tabelle 4.7.11 hervorgeht, setzt sich dieser Verlauf auch im Jahr 2000 fort, wofür auch eine relativ hohe Inzidenz in Portugal im letzten berücksichtigten Jahr verantwortlich ist.

Leptospirose bezeichnet eine Infektion durch das Bakterium *Leptospira*, die zu Gelbsucht (und bei älteren Patienten zu möglicherweise tödlichen Leberschäden) sowie zum Weil-Syndrom führt. Sie ist als Berufskrankheit bei Landwirten und Arbeitern in Kanalisationen und Schlachthöfen bekannt. Die Infektion des Menschen erfolgt durch die Einwirkung von mit tierischem Urin verseuchtem Wasser und Boden. Auch mit Kanusport, Waten und Schwimmen in verunreinigten Gewässern und Flüssen wurde das Auftreten der Krankheit schon in Verbindung gebracht. Die Inzidenz ist in den meisten EU-Staaten sehr niedrig, wobei die höchsten Werte in Frankreich (1996-1999) und Portugal (**4.7.11**) verzeichnet wurden. In einer Untersuchung zur Leptospirose in Portugal wurden 552 Fälle im Zeitraum 1993-1997 gemeldet. Dabei war die Inzidenz bei älteren Menschen am höchsten. Allerdings wurden die Daten aus Portugal aus zwei Quellen abgeleitet (aus Meldungen und Krankenhausentlassungen), d. h., die tatsächliche Inzidenz dürfte höher als die gemeldete Inzidenz sein (siehe Falção 1999).

Listerioseinfektionen entstehen durch das Bakterium *Listeria monocytogenes*, das zu Meningitis führen kann. Die Bakterien werden meistens durch kontaminierte Milchprodukte oder rohes Gemüse übertragen. Insgesamt ist die Inzidenz in der EU sehr niedrig, die höchsten Zahlen wurden aus Dänemark, Frankreich, Finnland, Schweden und der Schweiz gemeldet (**4.7.11**).

Shigellose (oder Bakterienruhr) ist eine Darminfektion, die durch das Bakterium *Shigella* ausgelöst wird und zu schwerem Durchfall führt. Epidemien treten besonders häufig in überbevölkerten Gebieten mit mangelhaften sanitären Verhältnissen auf. In der EU wurden die höchsten Inzidenzraten aus Schweden sowie aus Norwegen und der Schweiz gemeldet (**4.7.11**). In einem Bericht über einen Ausbruch der Krankheit in Portugal im Jahr 1995 wurden die Auswirkungen durch die Übertragung von Shigellose auf eine Kindertagesstätte beschrieben, wobei die hohe Gefahr einer Sekundärausbreitung bestand. Von diesem Ausbruch, der höchstwahrscheinlich durch verunreinigte Nahrungsmittel hervorgerufen wurde, waren 123 Personen, darunter 99 Kinder, betroffen (siehe Suspiro und Menezes 1996).

Typhus ist eine infektiöse Fiebererkrankung mit schweren Symptomen im Verdauungssystem während der zweiten Phase der Krankheit. Typhus wird durch eine Infektion mit dem Bakterium *Salmonella typhi* hervorgerufen, das nur bei Menschen vorkommt, und kann zu schweren Erkrankungen führen. **Paratyphus** wird durch die *Salmonella paratyphi* ausgelöst und zeigt einen ähnlichen, aber meistens leichteren Krankheitsverlauf. Klassischer Typhus ist außerordentlich gefährlich. Die Erkrankung wird über Lebensmittel oder

Trinkwasser von Menschen auf andere Menschen übertragen, d. h., die Ausbreitung der Krankheit wird vor allem durch die hygienischen und sanitären Bedingungen bestimmt. Vor allem aus diesem Grund tritt Typhus heute in der EU wesentlich seltener auf (**4.7.11**), außer in Portugal, Italien und Österreich (im Jahr 2000) sowie in Schweden (2001).

Trichinose (oder **Trichinellose**) bezeichnet eine Infektion durch den Parasiten *Trichinella spiralis*. Sie wird meistens durch rohes Schweinefleisch oder Schweinefleischprodukte übertragen, mitunter allerdings auch durch andere Tierfleischerzeugnisse. In der EU kommt sie nur selten vor (**4.7.11**), zwei 1998 in Frankreich und Italien beobachtete Ausbrüche der Krankheit wurden mit aus Jugoslawien importiertem Pferdefleisch in Verbindung gebracht. Dieses Aufflammen der Krankheit verdeutlicht, wo bei der Prüfung von importiertem Pferdefleisch zu dieser Zeit noch Schwachstellen bestanden (Hemery 1999).

Yersiniose ist eine durch das Bakterium *Yersinia* verursachte Form der Gastroenteritis. *Yersinia*-Bakterien kommen häufig in ungekochtem Fleisch vor, insbesondere in Geflügel und Schweinefleisch. Die Bakterien können sich bereits bei Temperaturen von nur 0 °C vermehren, wobei die zunehmende Verwendung von Kühlanlagen in der Nahrungsmittelkette eine Rolle bei der zunehmenden Prävalenz dieses Organismus in Lebensmitteln spielen dürfte. Unterschiedliche Serotypen der *Y. enterocolitica* werden den bei Menschen auftretenden Infektionen zugeschrieben und wurden in einigen Mitgliedstaaten (Belgien, Dänemark, Schweden und Finnland) beobachtet.

Inzidenzraten anderer durch Lebensmittel und Wasser übertragbaren Erkrankungen wie die **enterohaemorrhagische E. coli (EHEC)**, **Cryptosporidiose**, **Giardiose** und **Toxoplasmose** liegen für die meisten EU-Mitgliedstaaten gegenwärtig nicht vor.

Vorkommnisse in einem einzigen Land, die früher außerhalb der jeweiligen Landesgrenzen meistens ohne Folgen blieben, können heute auch zahlreiche andere Länder in Mitleidenschaft ziehen. Die zunehmende Zahl internationaler Reisen und die heute üblichen Herstellungs- und Vertriebspraktiken spielen eine wichtige Rolle beim Auftreten von Infektionen durch über Lebensmittel übertragene Pathogene. Heute sind Reisen zu fast jedem Punkt der Welt innerhalb von 24 Stunden möglich, also in weniger als der Inkubationszeit für die Mehrzahl der enterischen Pathogene. Genau so wichtig ist der Umstand, dass Nahrungsmittel heute an einem bestimmten Ort verarbeitet bzw. geerntet und anschließend weithin vertrieben werden. Diese

Vertriebswege können sich auf ein Land, ganze Wirtschaftsregionen (z. B. die Europäische Union), Kontinente oder sogar die ganze Welt erstrecken. Damit können sich Infektionen auch in großen Entfernungen von der Verseuchungsquelle ausbreiten. Die Freizügigkeit von Menschen und Waren über Ländergrenzen hinweg bietet eine wirkungsvolle Möglichkeit zur internationalen Verbreitung von Erkrankungen. Als Reaktion auf diese Gefahr wurden Überwachungsnetze wie **Enter-net (Internationales Überwachungsnetz für enterische Infektionen)** mit Finanzmitteln der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission eingerichtet, die rasch auf den internationalen Ausbruch von durch Nahrungsmittel übertragenen Infektionen reagieren können.

4.7.1.6 Durch unkonventionelle Erreger übertragbare Krankheiten

Die **Creutzfeld-Jacob-Krankheit (CJD)**, auch als subakute spongiöse Enzephalopathie bekannt, ist eine fortschreitende, zwangsläufig zum Tode führende Infektion, die zu Muskellähmungen sowie zum allmählichen Ausfall der Hirnfunktionen führt. Die Creutzfeld-Jacob-Krankheit tritt zwar weltweit auf, doch ist noch wenig über die üblichen Ausbreitungswege bekannt. Sie befällt vorwiegend Erwachsene, insbesondere im Alter ab Ende 50. Eine der CJD ähnliche Erkrankung tritt bei Schafen (Scrapie) und Rindern (BSE) auf. Die Infektion wird auf Nachkommen übertragen, wobei spekuliert wird, dass eine Erkrankung durch den Verzehr von infiziertem Gewebe möglich ist. Die Diagnose der CJD lässt sich zu Lebzeiten der Betroffenen in der Regel nicht bestätigen, da zur Prüfung Hirngewebe benötigt wird. Folglich umfassen die als CJD-Fälle gemeldeten Zahlen sowohl eindeutig nachgewiesene als auch wahrscheinliche Fälle. Wie hier dargestellt (**4.7.12**), sind in den Fallzahlen sporadische, iatrogene, familiär-hereditäre, GSS sowie als neue Variante auftretende ätiologische Untertypen enthalten (*siehe Kasten*). Innerhalb der EU wurden Fälle der CJD aus sämtlichen Ländern gemeldet; dabei ist zu beobachten, dass die tatsächliche Inzidenzrate sehr gering ist — in keinem Land wurden mehr als zwei Fälle je Million Einwohner gemeldet (Ausnahme: Schweiz im Jahr 2001) — und auch keine große Bandbreite auftrat. Die geringste Inzidenz verzeichneten im Jahr 2001 Irland (0,53 je Million) und Griechenland (0,38); am anderen Ende der Skala lagen die Schweiz (2,65), Frankreich (1,96), Spanien (1,45), Deutschland (1,31) und das Vereinigte Königreich (1,30). Auf vereinzelte ätiologische Fälle entfallen in der Mehrzahl der Mitgliedstaaten mehr als 85 % der Fälle, während die neue Variante der CJD (die seit 1996 gemeldet wurde und bei welcher der Verdacht einer beim Menschen auftretenden Variante des

Rinder-BSE besteht) im Vereinigten Königreich (104 der nach dem Stand von 2001 in der EU gemeldeten 108 Fälle), Frankreich (3 Fälle) und Irland (1 Fall) gemeldet wurde.

Die von Eurostat gesammelten Daten basierten zunächst auf der gemeinsamen Studie zu CJD in der Europäischen Union, die 1993 über das Biomed1-Programm von der EG finanziert wurde. Für den Zeitraum 1993-1995 wurden die Daten aus den nationalen CJD-Registern in Frankreich, Deutschland, Italien, den Niederlanden, Spanien und dem Vereinigten Königreich sowie der Slowakei verglichen. Das vorrangige Ziel bestand dabei in der Feststellung, ob die Inzidenz von CJD in der EU ähnliche Werte erreicht und ob Unterschiede bei den vermuteten Risikofaktoren unterschiedlicher Länder bestanden. Das Projekt wurde 1997 über das EG-Programm Biomed2 u. a. auf Österreich und die Schweiz erweitert und trägt jetzt den Titel **European and Allied Countries Collaborative Study Group of CJD (Eurocjd — Gemeinsame Forschungsgruppe der EU und assoziierter Staaten zur Creutzfeld-Jacob-Krankheit)**. Weitere Informationen sind auf der Eurocjd-Website unter <http://www.eurocjd.ed.ac.uk/euroindex.htm> zu finden.

Bei *eindeutigen sporadischen* Fällen wird die Diagnose pathologisch bestätigt; eine eindeutig zuzuweisende Ursache ist nicht feststellbar, hierauf entfallen 85 % aller Fälle. Bei *wahrscheinlichen sporadischen* Fällen liegen erkannte Symptome und bestimmte klinische Merkmale vor, eine pathologische Bestätigung ist allerdings nicht erfolgt. *Iatrogene* Fälle sind all jene Fälle, bei denen eine Infektion als Unfall infolge einer medizinischen Behandlung verursacht wurde. *Familienbedingte* Fälle treten in Familien auf, bei denen bestimmte Veränderungen festgestellt wurden oder ein wahrscheinlicher CJD-Fall bei einem Verwandten ersten Grades vorliegt; sie bilden 10-15 % aller Fälle. GSS steht für das seltene Gerstmann-Straussler-Scheinker-Syndrom, *nvCJD* bezeichnet die 1996 erstmals gemeldete neue Variante.

4.7.1.7 Auf dem Luftweg übertragbare Krankheiten

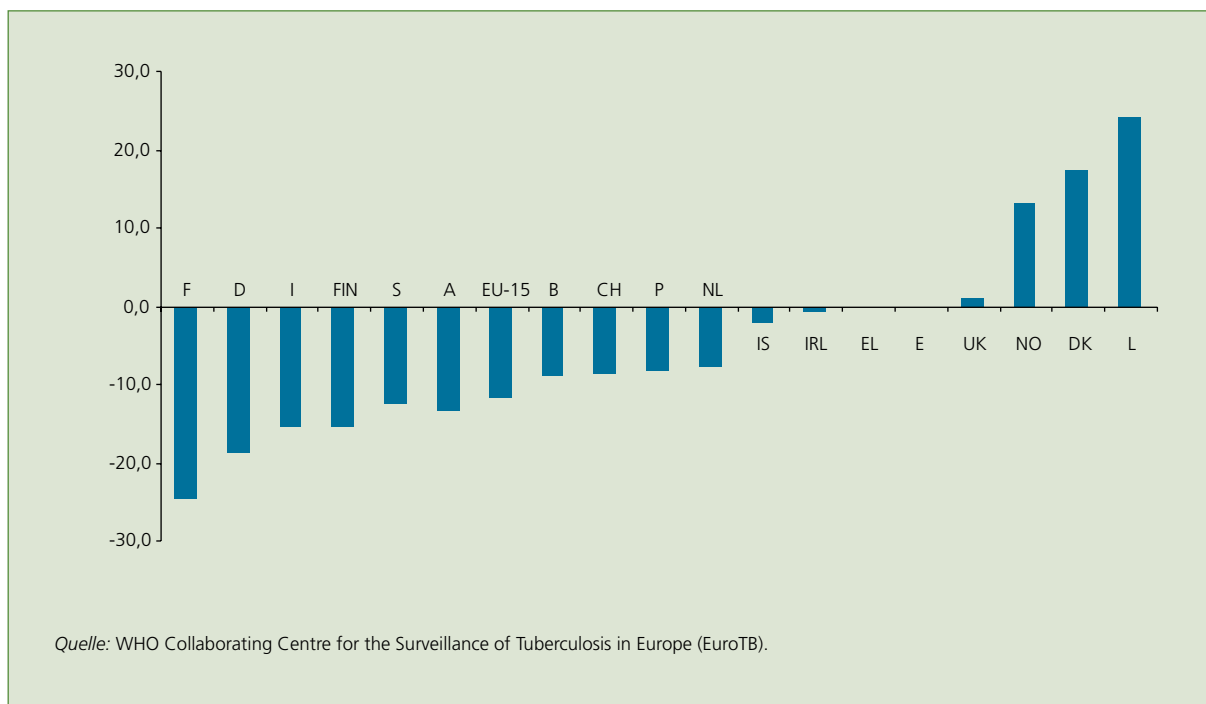
Legionellose (Legionärskrankheit) wird durch das Bakterium *Legionella pneumophila* verursacht und führt zu Lungenentzündung. Bei Personen mit geschwächtem Immunsystem führt diese vermehrt zum Tode. Die Bakterien leben in Wasser und sind häufig in Krankenhäusern, Hotels und anderen Wasseranlagen zu finden, bei denen Aerosole freigesetzt werden, z. B. in Whirlpools und Brunnen. Größere Ausbrüche der Krankheit in Wohngebieten werden demgegenüber meistens mit Kühltürmen in Verbindung gebracht. Diese werden auch als „feuchte Klimaanlage“ bezeichnet, da bei der Abkühlung der Luft extensiver Kontakt

zwischen Wasser und Luft stattfindet und somit Aerosole gebildet werden. Sind in diesen Systemen Legionellosebakterien vorhanden, kann dies zur Legionärskrankheit führen. Die Inzidenz dieser Krankheit ist in der EU langsam gestiegen (**4.7.13**). Nach Ländern aufgeschlüsselt, wurde die höchste Inzidenz im Jahr 2000 in Spanien (1,9 je 100 000 Einwohner), Dänemark (1,7), den Niederlanden (1,1), der Schweiz (1,1) und in Frankreich (1,0) beobachtet. Daten der **Europäischen Arbeitsgruppe für Legionella-Infektionen (European Working Group for Legionella Infections — EWGLI)** legen den Schluss nahe, dass 1999 insgesamt 32 % aller Fälle in Wohngebieten verursacht wurden, 9 % in Krankenhäusern und 21 % im Zuge von Reisen, entweder im Heimatland des Betroffenen oder im Ausland. Die hohen Fallzahlen in Dänemark, den Niederlanden und Spanien waren durch gehäuftes Auftreten der Krankheit in Wohngebieten verursacht worden, die insgesamt fast 300 Fälle von Legionellose nach sich zog. Die Häufung von Fällen, die im Zuge von Reisen auftraten, war in den Vorjahren weiter angestiegen, allerdings waren diese einer geringeren Zahl von Fällen zuzuordnen. Dies kann daran liegen, dass die örtlichen Gesundheitsbehörden rasch reagierten, aber auch an wirksamen Kontroll- und Wartungsmaßnahmen in zahlreichen großen Hotels europäischer Urlaubsorte.

Meningokokkenkrankheiten werden durch das gramnegative Kokkenbakterium *Neisseria meningitidis* (oder meningococci) hervorgerufen, für welches der Mensch der natürliche Wirt ist. Diese ansteckende Krankheit tritt in zweierlei Formen auf: als geläufigere Meningokokken-Meningitis (oder epidemische Genickstarre), die als einzige Form der bakteriellen Meningitis zu Epidemien führen kann, sowie als Meningokokken-Septikämie. Die Meningokokken-Meningitis tritt weltweit auf und kommt in gemäßigten Klimagegenden in endemischer Form vor und führt zu einer stetigen Anzahl sporadischer Fälle oder kleiner Cluster, wobei eine saisonale Zunahme im Winter und Frühjahr zu beobachten ist. Abgesehen von Epidemien in Afrika südlich der Sahara wird die Zahl der Meningokokken-Meningitis auf jährlich 500 000 geschätzt, wovon rund 50 000 tödlich verlaufen (siehe WHO Fact Sheet 1998). Es stehen allerdings Impfstoffe zur Verfügung. Nach neueren Daten aus der EU ist die Inzidenz hier mit 1,7 Fällen je 100 000 im Jahr 1999 sehr gering (**4.7.13**). Die höchsten Werte werden aus Irland und Island gemeldet. Ein Bericht über bakterielle Meningitis in Europa in den Jahren 1997-1998 bestätigte die relativ hohe Inzidenz in Irland und verwies auf die zunehmende Resistenz gegen Sulfonamid (bei 41 % der Proben in den Jahren 1997-1998 gegenüber 34 % im Jahr 1996) (siehe Handysides 1999).

Tuberkulose ist eine ansteckende Infektion mit potenziell tödlichem Ausgang, die durch das in der Luft vorkommende Bakterium *Mycobacterium tuberculosis*, *M. bovis* und *M. africanum* verursacht wird. Die Infektion entwickelt sich durch das Einatmen von Luft, in der *M. tuberculosis* vorkommt, in geschlossenen Räumen; Voraussetzung hierfür ist, dass ein an Tuberkulose Erkrankter das Bakterium abhustet. Bei übermäßigen Menschenansammlungen und mangelnder Hygiene verbreitet es sich also besonders leicht. Seit den 40er Jahren konnte die Prävalenz von Tuberkulose in zahlreichen Ländern durch die Entwicklung von Antibiotika wie Streptomycin, Isoniazid, Ethambutol und Rifampin reduziert werden, mit dem Aufkommen von Aids in den 80er Jahren sowie infolge der Bildung neuer, antibiotikaresistenter Bakterienstämme trat Tuberkulose dann jedoch wieder gehäuft auf. In Westeuropa entwickelt sich die Inzidenz mittlerweile rückläufig, nachdem es Ende der 80er Jahre und Anfang der 90er Jahre zu einer Stagnation bzw. zu einem Anstieg der Erkrankungszahlen gekommen war. Die Verläufe in zahlreichen EU-Staaten werden allerdings durch die zunehmende Zahl von Erkrankungsfällen bei ausländischen Patienten beeinflusst. Die Meldequoten bei Inländern entwickelten sich in den letzten Jahren beständig rückläufig, während unter Ausländern eine zunehmende Zahl von Erkrankungen gemeldet wurde. Dies legt den Schluss nahe, dass sich Tuberkuloseerkrankungen bei Bevölkerungsgruppen ausländischer Nationalität nur in begrenztem Umfang auch auf die Inländer auswirken (siehe EuroTB 2002). In der EU wurden im Jahr 2000 insgesamt 45 777 Fälle gemeldet, was einer Inzidenzrate von 12,2 je 100 000 Personen entspricht. In allen Ländern außer Spanien (21,2) und Portugal (45,2) lagen diese Raten bei unter 20 Fällen je 100 000 Personen (**4.7.14**). Im Zeitraum 1995-2000 ging die Inzidenz um 15,9 % zurück; die jährlichen Rückgänge rangierten dabei zwischen -4,0 % in den Jahren 1995-1998 und -4,7 % in den Jahren 1999-2000 (**4.7.16**). Ausnahmen bildeten hierbei Griechenland und Spanien, wo erst in jüngster Zeit Änderungen am Meldeverfahren eingeführt wurden. In Norwegen und Dänemark stiegen die Raten in den Jahren 1995-1999 infolge einer steigenden Zahl von Fällen bei Bürgern ausländischer Herkunft wieder an (siehe EuroTB 2002). In zehn Ländern, zu denen Daten vorlagen, fiel die durchschnittliche rückläufige Entwicklung pro Jahr zwischen 1995 und 1999 bei Inländern höher aus (-7 %) als bei Bürgern ausländischer Herkunft (-1,5 %). Eine Untersuchung des Alters der Patienten ergab, dass ältere Menschen die größte Gruppe bildeten; 24 % der neuen Fälle entfielen auf Menschen im Alter von 65 und mehr Jahren. 62 % der Betrof-

4.7.16 Durchschnittliche jährliche Veränderung der Tuberkulosemeldungsraten, 1995-1999



fenen waren Männer; sie stellen auch bei den in den einzelnen EU-Staaten auftretenden neuen Erkrankungsfällen die Mehrheit (4.7.15).

Medikamentenresistente Tuberkulose wurde bereits in den 40er Jahren festgestellt, allerdings startete die WHO erst 1994 ihr weltweites Projekt zur Überwachung von Resistenzen gegen Tuberkulosemedikamente (Global Project on Anti-tuberculosis Drug Resistance Surveillance). Im Rahmen dieses weltweiten Projekts wurde mittlerweile die Existenz von multiresistenter Tuberkulose (MDR-TB) nachgewiesen. Diese liegt vor, wenn Resistenz (mindestens) gegen Isoniazid und Rifampicin gegeben ist. In Westeuropa galt MDR-TB in den Jahren 1994-1999 nicht als Gesundheitsproblem; in den 13 untersuchten Gebieten lag bei 11 Gebieten die Prävalenz von MDR-TB bei unter 1 % (siehe WHO 2000). Aus einem neueren Bericht für Deutschland geht allerdings hervor, dass im Jahr 2000 die Inzidenz von Tuberkulose zurückging, jedoch nach Stichprobenuntersuchungen in 5,5 % der Fälle mehrfache Medikamentenresistenz vorlag. Dies lässt einen Anstieg gegenüber den beiden Vorjahren erkennen. Diese Daten galten zwar nicht als repräsentativ für Deutschland als Ganzes, doch ist davon auszugehen, dass die Mehrfachresistenz im Land zunimmt (siehe Laude 2001).

4.7.1.8 Zoonosen (außer den unter 4.7.1.5 genannten)

Anthrax wird durch das Bakterium *Bacillus anthracis* hervorgerufen, dessen Sporen in der Umwelt mehrere Jahre überlebensfähig sind. Beim

Das **WHO Collaborating Centre for the Surveillance of tuberculosis in Europe (EuroTB)** nahm seine Arbeit 1996 auf und arbeitet auf eine Verbesserung der epidemiologischen Überwachung der Tuberkulosebekämpfung in Europa sowie auf die Standardisierung der Tuberkuloseüberwachungsverfahren hin. Es wird in erster Linie durch die Europäische Union (GD SANCO) finanziert und durch das französische Institut de Veille Sanitaire (InVS) und die Königliche Niederländische Tuberkulosevereinigung (KNCV) gemeinsam geleitet. Sämtliche 51 Länder der europäischen Region der WHO sind in diesem Projekt durch einen offiziellen Vertreter vertreten. Kerntätigkeit ist die jährliche Sammlung, Validierung, Analyse und Veröffentlichung standardisierter Daten zu Tuberkulosemeldungen sowie (seit 1998) zur Resistenz gegen Tuberkulosemedikamente.

Menschen tritt die Erkrankung meistens durch Hautkontakt auf, wenn eine Spore durch eine Schnittwunde oder eine Abschürfung in die Haut eindringt. Impfstoffe stehen zur Verfügung, allerdings ist deren Anwendung Risikogruppen vorbehalten, z. B. Personen, die beruflich mit derartigen Sporen in Kontakt kommen können. In der EU wird Anthrax am häufigsten aus Spanien, Griechenland und Portugal gemeldet, allerdings bei sehr geringer Inzidenz — lediglich 0,01 je 100 000 Personen in der gesamten EU im Jahr 2000 (4.7.17).

Brucellose, die durch das Bakterium *Brucella* verursacht wird, wird normalerweise durch unpass-

teurisierte Milch oder Milchprodukte übertragen. Sie tritt als Berufskrankheit bei im Veterinärwesen und in der Landwirtschaft Beschäftigten auf. Aus den aktuellen Inzidenzzahlen der EU (4.7.17) lässt sich eine sinkende Inzidenz ablesen (0,63 je 100 000 im Jahr 2000, was einem Rückgang von 56 % gegenüber 1996 entspricht). Im Jahr 2000 trat die Brucellose am häufigsten in Griechenland (8,10), Portugal (5,00), Spanien (2,80) und Italien (1,85) auf.

Leishmaniase — viszeral und kutan — wird von Sandfliegen übertragen. In Europa wird die Leishmaniase mehr und mehr auch eine Ko-Infektion von HIV. In allen Mittelmeerländern wird die kutane und viszerale Leishmaniase von der *Phebotomine*-Sandfliege auf Menschen und Hunde übertragen. Viszerale Leishmaniase tritt hauptsächlich in bestimmten Regionen Italiens, Griechenlands, Portugals und Spaniens auf. Sandfliegen sind sehr temperaturempfindlich (siehe IPCC), und höhere Temperaturen können die geografische Verteilung dieses bedeutsamen Übertragungsvektors verändern und die Reifung des Protozoenparasiten beschleunigen, wodurch das Risiko der Infektion erhöht wird. Außerdem werden jedes Jahr einige Fälle von importierter Hunde-Leishmaniase gemeldet.

Q-Fieber (Balkangrippe) ist eine Rickettsieninfektion, die durch den Organismus *Coxiella burnetii* hervorgerufen wird und einer viralen Lungenentzündung ähnelt. Sie wird normalerweise durch Einatmen kontaminierter Stoffe an Orten, an denen Schafe und Vieh gehalten werden, übertragen. Eine Erhebung von 1997 ergab, dass Meldungen über Q-Fieber unter den EU-Staaten erheblich variierten (Hinweis des Herausgebers 1997b), aktuelle Zahlen lassen die Krankheit jedoch als selten erscheinen (4.7.17). Bei der Erhebung meldeten vier Länder Ausbrüche im Zeitraum 1990-2000, wobei die höchsten Fallzahlen bei 995 Fällen (Italien, 2000) bzw. 276 Fällen (Deutschland, 1999) lagen.

Tollwut ist eine Virusinfektion des Gehirns, die zu Gehirn- und Rückenmarksentzündung führt. Das Virus kommt im Speichel infizierter Tiere vor und wird meistens durch den Biss eines infizierten Hundes oder einer Katze auf den Menschen übertragen. Wie bereits im obigen Fall stehen Impfstoffe für Personengruppen zur Verfügung, die mit Tieren umgehen. Allerdings sind alle zwei Jahre Auffrischungsimpfungen erforderlich. Die Krankheit tritt in der EU nur selten auf; im vergangenen Jahrzehnt wurden praktisch keine Fälle gemeldet (4.7.17).

Durch Zecken übertragbare Enzephalitis (TBE) ist eine schwere Meningoenzephalitis, die sich durch ein Flavivirus verbreitet, das durch den Biss einer infi-

zierten Zecke auf den Menschen übertragen wird. Auch der Verzehr unpasteurisierter Milch infizierter Tiere wie z. B. Ziegen kommt als Infektionsweg in Betracht. Die Infektion ist in zahlreichen Waldgebieten Europas endemisch, vor allem in Skandinavien. Verteilung und Häufung von Zecken sind von Klimaveränderungen abhängig sowie insbesondere vom Lebensraum und Vorhandensein von Wirtstieren, vor allem größerer Spezies (meistens Huftiere), welche den Vektorzecken in allen drei Lebensphasen als Wirt dienen. Nach Angaben der **International Scientific Working Group on Tick-Borne-Encephalitis (ISW-TBE)** wird die Inzidenz von TBE zu gering veranschlagt, auch in Ländern, in denen die Krankheit bekannt ist, aber noch nicht richtig diagnostiziert wird. Aus den gemeldeten Inzidenzen von TBE in Europa (Randolph 2002) lässt sich im Laufe der 90er Jahre ein deutlicher Anstieg in Estland, Deutschland, der Slowakei und der Tschechischen Republik ablesen. Seit Mitte der 80er Jahre nahm die Zahl der TBE-Fälle in der Schweiz, in Schweden und Finnland stetig zu. Seit 1997 traten die ersten indigenen Fälle in Norwegen auf. In Österreich, dem einzigen Land, in dem eine umfassende systematische Impfung erfolgt, ging die Inzidenz von TBE seit Anfang der 80er Jahre kontinuierlich zurück (4.7.17).

4.7.1.9 *Eingeschleppte schwere übertragbare Krankheiten*

Malaria ist eine Infektion der roten Blutkörperchen, die durch den Organismus *Plasmodium* verursacht wird, der sich durch einen Biss der infizierten weiblichen *Anopheles*-Fliege ausbreitet. Durch eine Kampagne Ende der 50er Jahre wurde Malaria in allen Ländern der europäischen Region der WHO — auch in den EU-Mitgliedstaaten — ausgerottet. Bis Ende der 80er Jahre war die Krankheit in Europa fast völlig in Vergessenheit geraten, infolge der politischen und wirtschaftlichen Instabilität, massiven Bevölkerungswanderungen sowie Veränderungen in der Landbewirtschaftung ist sie in jüngsten Jahren allerdings wieder aufgetreten (siehe Sabatinelli 2001). Ein erhebliches Problem stellen für viele EU-Staaten die aus endemischen tropischen Ländern eingeschleppten Malariafälle dar. Durch die zunehmende Zahl internationaler Reisen und Bevölkerungswanderungen wurden ansteckende Krankheiten in massivem Umfang in Länder eingeschleppt, in denen sie bereits ausgerottet waren. Die einzigen einheimischen Fälle, die in der EU gemeldet wurden, traten in den 90er Jahren in Griechenland und Italien auf, allerdings in sehr geringer Zahl. Die Zahl eingeschleppter Malariaerkrankungen hat sich dagegen verachtfacht (4.7.18), wovon der größte Teil auf die EU entfiel (Anstieg der Inzidenz um 30 % zwischen 1995 und 1999). Im Jahr 2000 wurden insgesamt 13 986 Fälle (3,7 je 100 000) in der EU gemeldet (8 843 im Jahr 1990, 2,4 je 100 000). Die Inzidenz in den

Jahren 2000/2001 war besonders auffällig, wobei Frankreich (13,6 je 100 000), die Niederlande (3,6), Dänemark (2,9), das Vereinigte Königreich (3,4) und Belgien (3,2) an der Spitze liegen.

Cholera bezeichnet eine akute Infektion des Darmtrakts, die durch die Aufnahme von mit dem Bakterium *Vibrio cholerae* verseuchten Lebensmitteln oder Wasser verursacht wird. Die Übertragung kann auch durch persönlichen Kontakt erfolgen, aber auch entsprechende sanitäre Bedingungen können die Ausbreitung von Cholera begünstigen, da sich das Bakterium bei Überbevölkerung und ungeschützten Wasservorkommen rasch ausbreiten kann (siehe WHO 2001b). Diese Pandemie hält nach wie vor an, allerdings wurden im Jahr 2000 aus den EU-Staaten nur 34 Fälle (aus drei Ländern) gemeldet, die durchweg aus dem Ausland eingeschleppt worden waren (siehe WHO 2001c). Aus den Daten für die EU-Staaten (**4.7.18**) ist abzulesen, dass aufgrund der wenigen pro Jahr auftretenden (eingeschleppten) Fälle die Inzidenz in ganz Europa auf sehr niedrigem Niveau verharrt.

Pesterkrankungen wurden in letzter Zeit in Europa nicht gemeldet; Daten für die EU werden hier nicht vorgelegt. Die Pest verbreitet sich meistens durch einen Flohbiss, bei dem der Bazillus *Yersinia pestis* durch den Körper zu einem Lymphknoten (meistens zur Leiste) wandert. Impfstoffe stehen zur Verfügung, ihre Verwendung wird allerdings nur für Risikogruppen wie Beschäftigte im Gesundheitswesen empfohlen.

4.7.1.10 Streptokokkenkrankungen

Pneumokokkeninfektionen werden durch das grampositive Bakterium *Streptococcus pneumoniae* verursacht. Die Pneumokokken setzen sich meistens im Winter oder zu Beginn des Frühjahrs in den oberen Atemwegen fest; sie gelten weltweit als häufigste Ursache schwerer Lungenentzündungen bei Kindern unter 5 Jahren. Zu den invasiven Pneumokokkeninfektionen zählen Lungenentzündung, Meningitis und fieberhafte Bakteriämie (siehe WHO 2002). In der EU sind ältere Personen von Pneumokokkenkrankungen besonders betroffen; als Begleiterscheinungen kann es dabei zu HIV-Infektionen, Sichelzellenanämie und verschiedenen Formen chronischen Organversagens kommen. Die gegenwärtig verfügbaren Mehrfach-Pneumokokkenimpfstoffe erreichen eine durchschnittliche Schutzwirkung von ca. 60-70 %, die Dauer der Schutzwirkung ist bei den betroffenen Personengruppen allerdings relativ gering. Nach der gemeldeten Inzidenz in den EU-Staaten (**4.7.19**) sind die Raten in Belgien (13,3 je 100 000 im Jahr 2000), Dänemark (16,6 im Jahr 1999) und Schweden (13,3 im Jahr 2000) am höchsten. Die niedrigsten Werte wurden in Spanien (0,5 je 100 000 im Jahr 2000) erreicht, allerdings liegen zu fünf Mitgliedstaaten keine Daten vor.

Streptococcus pyogenes (Gruppe-A-Streptokokken, GAS) ist eines der häufigsten Pathogene beim Menschen. Schätzungsweise 5 bis 15 % der normalen Menschen tragen das Bakterium in sich, meistens im Atemwegstrakt, ohne dass Anzeichen einer Erkrankung festzustellen sind. Werden die Bakterien in anfällige Gewebe eingebracht oder übertragen, können unterschiedliche eitrige Infektionen auftreten. In jüngster Zeit wurde eine Zunahme an Vielfalt, Schwere und Folgen der Infektionen mit *Streptococcus pyogenes* sowie ein Wiederauftreten schwerer invasiver Infektionen beobachtet, die in den Nachrichtenmedien zu Begriffen wie „Killerbakterien“ oder „fleischfressende Bakterien“ führten. Eine umfassende Erklärung für Rückgang und Wiederaufleben der Infektionen liegt nicht vor. Diese Krankheit bedeutet weltweit nach wie vor eine erhebliche Gesundheitsgefahr. Die Forschung zielt verstärkt auf die Klärung der Risiken und Mechanismen von Folgeerkrankungen sowie die Ermittlung rheumatogener und nephritogener Stämme ab. **Strept-EURO**, ein Überwachungsprogramm für schwere Streptokokkenkrankungen der Gruppe A, lief am 1. September 2002 unter der Koordination der **Universität Lund** (Schweden) an und soll die Kenntnisse über die Epidemiologie der GAS-invasiven Erkrankung in Europa vertiefen. Die Überwachung (**4.7.19**) stützt sich gegenwärtig auf die passive Meldung von Krankheitsfällen durch Ärzte in der gesamten EU. Die gemeldeten Fälle sind also möglicherweise zu niedrig angesetzt. Eine auffallende Inzidenz ist allerdings in der Schweiz, Schweden, Norwegen und Belgien festzustellen.

Gruppe-B-Streptokokken (GBS) ist eine Bakterienform, die Erkrankungen bei Neugeborenen, Schwangeren, älteren Menschen und Erwachsenen mit anderen Krankheiten wie Diabetes oder Lebererkrankungen hervorruft. GBS ist die häufigste Ursache von Blutvergiftung, Meningitis und Lungenentzündung bei Neugeborenen. Überleben Säuglinge die Erkrankung, insbesondere Meningitis, sind häufig anhaltende Schäden wie z. B. Hör-

Daten zu Infektionskrankheiten wie Virushepatitis, durch Lebensmittel und Wasser übertragbare Krankheiten sowie umweltbedingte Krankheiten, durch Luft übertragbare Krankheiten (außer Tuberkulose), eingeschleppte schwere Krankheiten und Streptokokkenkrankungen werden von **Eurostat** direkt aus den amtlichen bzw. nichtamtlichen Überwachungssystemen der Mitgliedstaaten erfasst. Bestimmte Daten können auch aus dem Computerinformationssystem für Infektionskrankheiten (Computerized Information System for Infectious Diseases – CISID) der **WHO** sowie — bei bestimmten Zoonosen — aus Daten des Office international des épizooties (**OIE**) zusammengestellt werden.

oder Sehverluste oder Lernbehinderungen zu erwarten. Bei Schwangeren können GBS zu Blaseninfektionen, Gebärmutterinfektionen (Amnionitis, Endometritis) und Totgeburten führen. Bei Männern und (außerhalb der Schwangerschaft) bei Frauen rufen GBS am häufigsten Blutinfektionen, Haut- oder Gewebeeinfektionen sowie Lungenentzündungen hervor. Bei rund 20 % der Männer und der nicht schwangeren Frauen, die an GBS erkranken, führt die Krankheit zum Tod. In der EU werden die Daten für diese Krankheit nur in unzureichendem Maße erfasst, weshalb auch nur sehr wenige Daten vorliegen (**4.7.19**).

4.7.1.11 Nosokomiale Infektionen

Bis jetzt wurden auf EU-Ebene noch keine umfassenden Daten zur Inzidenz nosokomialer oder bei Krankenhausaufenthalten übertragener Infektionen (HAI) veröffentlicht; aus den durch bestehende Netze in Frankreich (**Raisin**) und Spanien (**EPINE**) veröffentlichten Daten lassen sich allerdings Umfang und Folgen des Problems ablesen (**4.7.20**). In Frankreich wurde im Jahr 2001 eine HAI-Prävalenz von 6,9 % festgestellt (gegenüber 8,0 % im Jahr 1996). Häufigste HAI waren *E. Coli* (22,6 % sämtlicher Fälle), *Staphylococcus Aureus* (19,8 %), *Pseudomonas aeruginosa* (11,0 %) und *Enterococcus* (6,0 %). In Spanien ging die HAI-Prävalenz von 9,9 % im Jahr 1990 auf 7,9 % im Jahr 1999 zurück. Die häufigsten HAI ähnelten denen in Frankreich, allerdings ist *Staphylococcus coag neg* (13,2 %) in Spanien wesentlich verbreiteter als in Frankreich. Eine Analyse nach Infektionsort ergibt für Spanien folgendes Bild: Infektionen des Harntrakts waren am häufigsten (27,7 %), gefolgt von oberflächlichen Infektionen infolge chirurgischer Eingriffe (13,3 %), tief sitzende Infektionen bei chirurgischen Eingriffen (9,4 %), primäre Bakteriämien (7,6 %) sowie „sonstige Atemwegsinfektionen“ (7,1 %) (siehe Vaqué und Rossello). In diesen Daten kommen die logischen Folgen der extrinsischen Risikofaktoren im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt zum Ausdruck. So hängen beispielsweise Infektionen des Harntrakts mit der Häufigkeit intravenöser Infusionen, chirurgiebedingte Infektionen mit chirurgischen Eingriffen sowie Atemwegsinfektionen mit mechanischen Lüftungsanlagen und Bakteriämien mit intravaskulären Geräten zusammen. Bei Krankenhausaufenthalten übertragene Infektionen stellen ein weltweites Problem dar, wobei aus Prävalenzuntersuchungen anderer Länder hervorgeht, dass sich regelmäßig 6 bis 12 % der stationären Krankenhauspatienten nach der Einweisung eine Infektion zuziehen.

Das EU-Projekt **Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance (Helics — Europäisches Krankenhausnetz für Infektions-**

bekämpfung durch Überwachung, <http://helics.univ-lyon1.fr/index.htm>) ist ein internationaler Zusammenschluss nationaler und regionaler Netze, der von der **Université Claude Bernard Lyon 1** (Frankreich) im Rahmen des Gesundheitsberichterstattungsprogramms der Gemeinschaft koordiniert wird und 1998 seine Arbeit aufnahm. In der gegenwärtigen Projektphase (Helics III) werden zwei Datenbanken zu HAI verwendet, zu denen bereits ein europaweiter Konsens besteht: Infektionen in der Chirurgie und in Intensivstationen; Validierung eines wissenschaftlichen Konzepts für vergleichende Analysen in Relation zu früheren Pilotstudien; Bereitstellung von Verfahren und Daten für die epidemiologische Evaluierung; Entwicklung eines Konsenses für Prävalenzverfahren sowie für die Überwachung von Infektionen bei Patienten mit geschwächtem Immunsystem. Die Unterschiede zwischen regionalen und nationalen Protokollen für die Überwachung nosokomialer Infektionen auf Intensivstationen sind zu groß für einen internationalen Vergleich der Infektionsraten. Ein europäisches standardisiertes Protokoll zu in Intensivstationen aufgetretenen Infektionen — einschließlich verschiedener Ebenen der Risikobegrenzung — wird derzeit eingerichtet und im Laufe des Jahres 2002 getestet.

4.7.1.12 Antibiotikaresistenz

Auf die Einführung sämtlicher denkbarer Antibiotika bzw. antimikrobieller Mittel in die klinische Praxis folgte die Entdeckung resistenter Mikroorganismenstämmen (siehe WHO 2001a). Diese Organismen können sich in Gegenwart von Medikamentenkonzentrationen vermehren, die höher als die bei der Verabreichung therapeutischer Konzentrationen im Menschen vorhandenen Konzentrationen sind. Die Prävalenz resistenter Organismen variiert je nach Region oder Zeitpunkt, früher oder später treten allerdings bei jedem Antibiotikum Resistenzen auf. In diesem Zusammenhang definiert die WHO Global Strategy die angemessene Verwendung von Antibiotika als „kosteneffiziente Verwendung von Antibiotika, bei der der klinische therapeutische Effekt maximiert und zugleich die medikamentenbedingte Toxizität sowie das Entstehen von Antibiotikaresistenz minimiert wird“.

Die WHO betrachtet darüber hinaus die Überwachung der Antibiotikaresistenz als einen wichtigen Baustein sowohl bei der Vermittlung von Grundlageninformationen als auch bei der Überwachung der Wirkung von Eingriffen. Im Jahr 2001 wurden vom **Europäischen Überwachungsnetz zur Resistenz gegen antimikrobielle Mittel (European Antimicrobial Resistance Surveillance System — EARSS)** zwei Pathogene überwacht: *Streptococcus pneumoniae* und *Staphylococcus aureus*, allerdings sollen in Zukunft noch weitere Pathogene (*Escherichia coli* und *E. faecium/E. faecalis*) einbezogen werden (siehe

Buchholz 2001). Die Resistenzdaten des Jahres 1998 für invasive Stämme der *S. pneumoniae* sind in **4.7.21** zusammengefasst; in dieser Analyse sind nicht penicillinanfällige *S. pneumoniae* (PNSP) von herausragender Bedeutung. „Invasiv“ bezieht sich in diesem Zusammenhang auf isolierte Substanzen aus Blut und Gehirn-Rückenmarks-Flüssigkeit, allerdings scheint der überwiegende Teil der 7 108 isolierten Substanzen aus 16 Ländern aus dem Blut zu stammen. Analysen nach dem Alter der Patienten zeigen die höchste relative Inzidenz bei älteren Personen, gefolgt von Kindern unter 5 Jahren. Diese jüngste Altersgruppe zeigte auch das größte Resistenzrisiko. Der Anteil von PNSP unter den isolierten Substanzen war im Allgemeinen in Südeuropa (Spanien, Portugal, Italien) höher.

Staphylococcus aureus macht sich im Wesentlichen in Abhängigkeit von der Dauer des Krankenhausaufenthalts als Problem bemerkbar, daher wurde in die Überwachung notwendigerweise eine Vielzahl von Krankenhäusern in unterschiedlichen Ländern einbezogen. Antibiotikaresistenz kann hier zu längeren Krankenhausaufenthalten, höheren Kosten und höherer Morbidität oder gar Mortalität führen. Die Ergebnisse, die sich auf die Daten der Jahre ab 1998 stützen, zeigen, dass bei Intensivpatienten die Wahrscheinlichkeit Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA) 2,3mal höher als bei Patienten auf anderen Stationen wie der inneren Medizin, Geburtshilfe oder Gynäkologie ist. Das Auftreten von MRSA-Stämmen nahm zudem mit steigendem Alter der Patienten zu. Zudem ist es bei beiden Pathogenen noch zu früh, um anhand der vorliegenden Daten aus weniger als drei Jahren Langzeitergebnissen abzuleiten. Wie bei PNSP ist der Anteil von MRSA unter den isolierten Substanzen auch hier in den Ländern Südeuropas durchweg höher. Abschließend sei darauf hingewiesen, dass *Staphylococcus aureus* in zunehmendem Maße auch als eine in Siedlungsgebieten auftretende Infektion gemeldet wird und somit kein rein krankenhausspezifisches Problem darstellt.

4.7.2 Nicht übertragbare Krankheiten

4.7.2.1 Krebs (böartige Neubildungen)

Eine durch Krebs befallene Zelle hat ihre normalen Kontrollmechanismen eingebüßt und wächst daher unkontrolliert. Krebs kann sich in jedem Gewebe in jedem Organ des Körpers entwickeln. Mit dem Wachstum und der Vermehrung von Krebszellen entsteht eine Masse von Krebsgewebe im Organ des Körpers, welche ihrerseits benachbartes Gewebe befällt und sich (in Form von Metastasen) im gesamten Körper ausbreiten kann. Zahlreiche genetische und umweltbedingte Faktoren wirken sich auf das Risiko einer Krebserkrankung aus. Hierzu zählen: familiäre Vorbelastung, Chromosomenabnormalitäten, Rauchen, ausgedehnte Einwir-

Das von der Europäischen Kommission gegründete **Europäische Überwachungsnetz zur Resistenz gegen antimikrobielle Mittel (European Antimicrobial Resistance Surveillance System — EARSS)** ist ein Netz nationaler Überwachungssysteme, die an der Sammlung vergleichbarer Resistenzdaten arbeiten (siehe Bronzwaer 1999). Nach den Empfehlungen des EARSS sollten in jedem Land in ausreichender Zahl Labors ausgewählt werden, mit denen mindestens 20 % der Gesamtbevölkerung erfasst werden können. Die Informationen zu isolierten Substanzen umfassen Testergebnisse, Patientendaten sowie Angaben zum durch das Labor versorgten Krankenhaus. Vom EARSS Management Team wurden Qualitätskontrollfilter eingerichtet, um Sammlung und Meldung von Daten auf hohem Niveau zu gewährleisten. Auf diese Weise lässt sich ein Beitrag zur Vergleichbarkeit der Daten von Land zu Land leisten. Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt der Europäischen Kommission ist die Verwendung von Antibiotika an sich. In jüngster Zeit ergingen durch die Kommission Aufforderungen zur Abgabe von Angeboten, mit denen für jedes Land Informationen zur Menge der Antibiotika in der Humanmedizin sowie zu Aspekten der Verwendung dieser Antibiotika vorgelegt werden sollen.

kung von UV-Strahlung, Ernährungsgewohnheiten, bestimmte Chemikalien sowie bestimmte Belastungen am Arbeitsplatz. Die zunehmende Inzidenz von Krebs mit steigendem Alter ist wahrscheinlich auf eine Kombination zunehmender und längerer Einwirkung von Karzinogenen auf den Körper sowie auf die Schwächung des Immunsystems des Körpers infolge der steigenden Lebenserwartung zurückzuführen. Böartige Neubildungen (Neoplasmen) sind eine wesentliche Todesursache; ihre Behandlung bildet einen wichtigen Bestandteil und Grund für den massiven Einsatz von Mitteln der Gesundheitsfürsorge.

In der vorliegenden Veröffentlichung wird der Begriff „Krebsart“ für die Bezeichnung von Krebserkrankungen in bestimmten Organen oder Geweben sowie von Krebserkrankungen des Gesamtorganismus wie Leukämie und Lymphome verwendet (siehe AIHW 1998). Die Daten zur Inzidenz neuer Krebsfälle beziehen sich auf 1997 und wurden von der **Internationalen Agentur für Krebsforschung (IARC)/WHO** vorgelegt. **Eurostat** lieferte die Daten zur Mortalität (*weitere Einzelheiten sind in Kapitel V enthalten*).

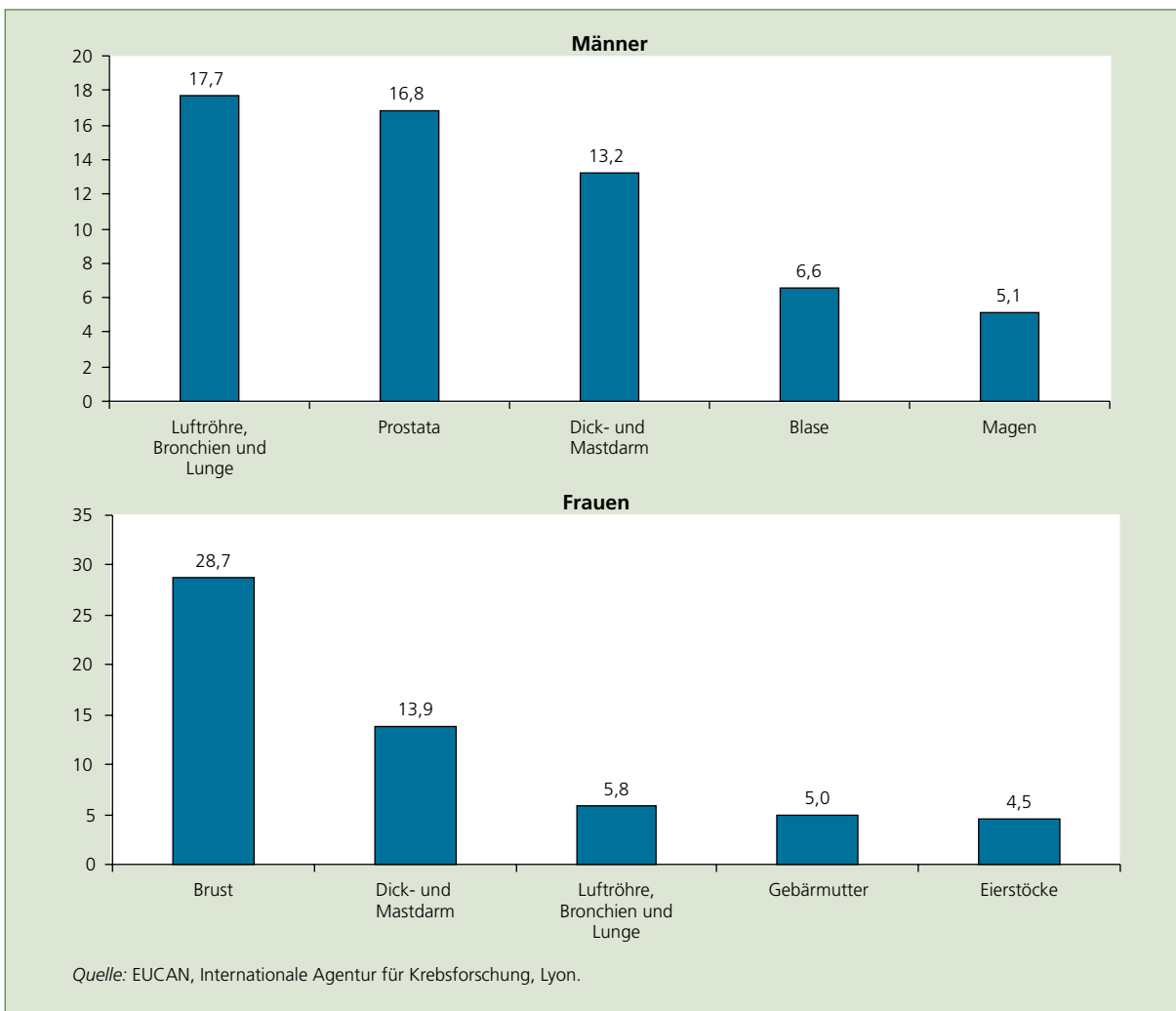
Klammert man nichtmelanozytischen Hautkrebs aus, kam es 1997 (dem letzten vollständigen Bezugsjahr für sämtliche Mitgliedstaaten) in der EU zu 1 631 932 neuen Krebsfällen und 927 740 Krebstodesfällen. Krebs tritt bei Männern häufiger

als bei Frauen auf. Die um den Altersfaktor normalisierte Inzidenzrate der europäischen Bevölkerung lag 1997 in der EU für die Gesamtheit sämtlicher Krebsarten (ausgenommen nichtmelanozytischer Hautkrebs) bei 428,0 Neuerkrankungen je 100 000 Männern und 303,6 je 100 000 Frauen, woraus sich eine um das Alter korrigierte geschlechtsspezifische Quote von 1,4 [und eine Inzidenz von 352,8 je 100 000 für beide Geschlechter zusammen **(4.7.22)**] ergibt. Bei Männern ist die Inzidenzrate für sämtliche Krebsorte mit Ausnahme von Brustkrebs (der bei Männern extrem selten ist) und Schilddrüsenkrebs durchweg höher. Die höchsten Inzidenzwerte wurden bei Männern in den Niederlanden (465,6), Frankreich (460,7) und Österreich (460,3) erreicht, die niedrigsten in Griechenland (338,1), Schweden (356,9) und Portugal (385,7). Bei Frauen ist die Inzidenzrate in Dänemark (396,5) am höchsten, gefolgt vom Vereinigten Königreich (366,8) und Irland (365,6), am niedrigsten in Griechenland (231,4), Spanien (242,1) und Portugal (265,1).

Nach den Inzidenzraten von 1997 wäre zu erwarten, dass jeder dritte Mann und jede vierte Frau in den ersten 75 Lebensjahren unmittelbar an Krebs erkrankt. Krebs ist gegenwärtig die Todesursache bei 28,5 % der Männer und 22,0 % der Frauen. Bei allen Personen in der EU war die Kombination von Dickdarm- und Mastdarmkrebs (220 973 neue Fälle) 1997 der häufigste registrierbare Krebsort **(4.7.23)**. Bei Männern waren die häufigsten registrierbaren Krebsorte Luftröhre, Bronchien und Lunge (17,7 % aller Fälle), Prostata (16,8 %), Dick- und Mastdarm (13,2 %), Blase (6,6 %) und Magen (5,1 %). Diese fünf Krebsarten machen 59 % aller registrierbaren Krebsfälle bei Männern aus. Bei Frauen ist Brustkrebs (28,7 %) der häufigste registrierbare Krebsort, gefolgt von Dick- und Mastdarmkrebs (13,9 %), Luftröhren-, Bronchial- und Lungenkrebs (5,8 %), Gebärmutter- (5,0 %) und Eierstockkrebs (4,5 %). Auf diese Gruppen entfallen bei Frauen insgesamt 58 % aller registrierbaren Krebsorte.

Die Inzidenz der häufigsten Krebsarten variiert je nach Alter. In der EU waren 1997 bei Personen

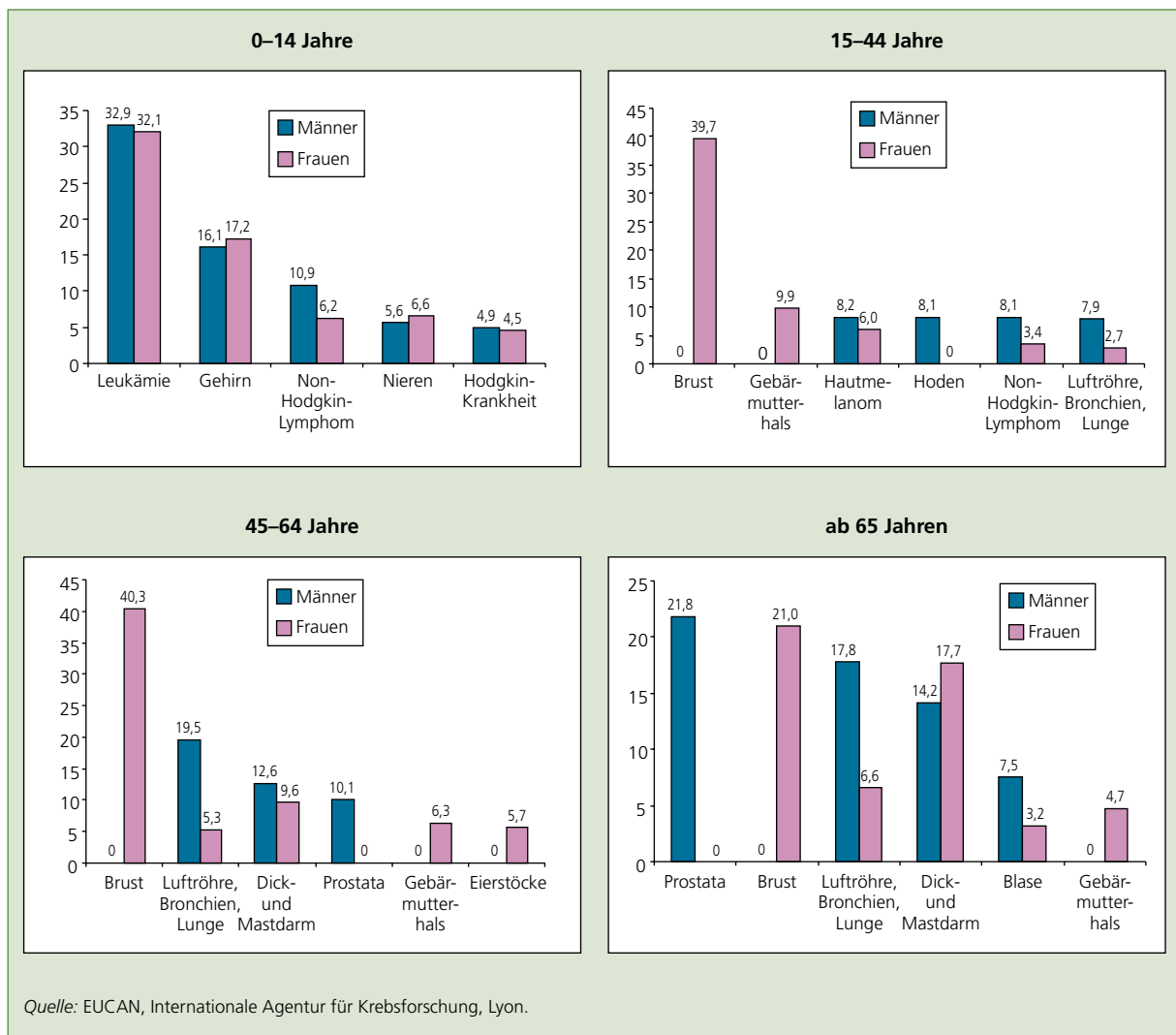
4.7.23 Prozentualer Anteil spezifischer Krebsformen an der Gesamtzahl der Krebserkrankungen in den 15 EU-Staaten – 1997



unter 15 Jahren Leukämie (32,9 % aller Fälle bei Männern und 32,1 % bei Frauen), Gehirntumore und Tumore des zentralen Nervensystems (16,1 % bzw. 17,2 %) sowie Non-Hodgkin-Lymphome (10,9 % bzw. 6,2 %) die häufigsten Krebsarten. Auf diese drei Krebsorte entfallen also 60 % aller Krebserkrankungen in dieser Altersgruppe. In der Altersgruppe von 15 bis 44 Jahren sind Hautmelanome (8,2 %), Hodenkrebs (8,1 %) sowie Non-Hodgkin-Lymphome (8,1 %) bei Männern am häufigsten, Brustkrebs (39,7 %) und Gebärmutterhalskrebs (9,9 %) bei Frauen. In der Altersgruppe zwischen 45 und 64 Jahren sind Lippen-, Mundhöhlen- und Rachenkrebs (8,6 %), Hautmelanome (8,2 %), Hodenkrebs (8,1 %) und Non-Hodgkin-Lymphome (8,1 %) bei Männern

am häufigsten, während bei Frauen Brustkrebs (40,3 %), Dick- und Mastdarmkrebs (9,6 %), Magen- (9,2 %) und Gebärmutterkrebs (6,3 %) die verbreitetsten Ursachen darstellen. Das Bild sieht ab einem Alter von 65 Jahren abermals anders aus; hier sind Prostatakrebs (21,8 %), Luftröhren-, Bronchial- und Lungenkrebs (17,8 %), Dick- und Mastdarmkrebs (14,2 %) und Blasenkrebs (7,2 %) bei Männern die häufigsten Ursachen, Brustkrebs (21,0 %), Dick- und Mastdarmkrebs (17,7 %), Luftröhren-, Bronchial- und Lungenkrebs (6,6 %) sowie Gebärmutterkrebs (4,7 %) bei Frauen. Einige der nach der Zahl der Todesfälle zu den fünf häufigsten Ursachen zählenden Krebsorte sind allerdings in Abb. 4.7.24 nicht dargestellt.

4.7.24 Die häufigsten Krebsarten nach Geschlecht und Altersgruppe, EU-15, 1997



Die wichtigste Datenquelle für die Prävalenz von Krebs findet sich in Krebsregistern, in denen auch Informationen zu Inzidenz und Überleben erfasst werden. In einem neueren Bericht zum Projekt **Europeval** (siehe Micheli; noch nicht veröffent-

licht) sind vergleichbare Prävalenzdaten aus 17 europäischen Ländern zusammengestellt. Die Zusammenfassung der Ergebnisse in Tabelle 4.7.25 umfasst neun EU-Mitgliedstaaten, allerdings sind England und Schottland einzeln ausgewiesen.

Unter diesen Mitgliedstaaten enthalten die Krebsregisterpopulationen in Österreich (1 677 je 100 000) und Schweden (1 638) die höchste nach dem Alter standardisierte Prävalenz sämtlicher bösartiger Krebsformen, Spanien (1 175) dagegen die niedrigste. Eine Auswertung der Prävalenz aus der gleichen Quelle nach den Krebsorten zeigt, dass die höchsten *Brustkrebs*raten in der Schweiz (637 je 100 000) und Island (667) vorlagen, die niedrigsten in Spanien (386) und Deutschland (501). Bei *Lungenkrebs* wiesen die Bevölkerungen Frankreichs (92) und der Niederlande (82) die höchsten Werte auf, Finnland (68) die niedrigsten. *Prostatakrebs* war insbesondere in Island (264), Österreich (235) und Schweden (234) prävalent; auch hier wurden die niedrigsten Werte in Spanien (87) sowie außerdem in Italien (93) erreicht. *Darmkrebs* erreicht in den Niederlanden, Deutschland und Schweden die höchsten Prävalenzwerte, in Finnland und Spanien die niedrigsten. Generell ergab die Studie, dass die Krebsprävalenz unter allen Bevölkerungen bei Männern häufiger auftrat als bei Frauen und dass in nahezu allen untersuchten Ländern mehr als 50 % der Fälle im Alter von über 65 Jahren auftraten. Brustkrebs wies in sämtlichen Ländern bei Frauen die höchste Prävalenz auf und machte 34 % der gesamten Prävalenz bei Frauen in Europa aus. Dick- und Mastdarmkrebs (10 %) liegt bei Frauen hinsichtlich der Prävalenz an zweiter Stelle, bei Männern dagegen an erster Stelle (15 %). An zweiter Stelle rangiert bei Männern Prostatakrebs (15 %), gefolgt von Lungenkrebs (12 %).

In allen Ländern, die sich am Projekt **Europrevall** beteiligen, wurde für den Inzidenzzeitraum 1988-1992 eine um das Alter korrigierte (prozentuale) Fünfjahres-Überlebensrate berechnet (auf der Grundlage der **Eurocare II**-Studie). Aus der altersstandardisierten und nach Krebsort aufgeschlüsselten relativen Fünfjahres-Überlebensrate von Krebspatienten im Alter ab 15 Jahren (**4.7.25**) geht hervor, dass das Todesrisiko bei Magen-, Dick- und Mastdarmkrebs, Lungenkrebs und Leukämie besonders hoch war, dass die Prognosen bei Hautmelanomen, Hodgkin-Krankheit, Brustkrebs, Gebärmutter- und Gebärmutterhalskrebs dagegen wesentlich günstiger ausfielen. Auch von Land zu Land treten mitunter erhebliche Unterschiede auf. Die Schweiz (48,7 %), Österreich (48,3 %) und Frankreich (45,2 %) weisen die beste relative Fünfjahres-Überlebensrate auf.

Neuere Daten der 1973-1998er-Datenbank des Surveillance Epidemiology and End Results (SEER)-Programms **des nationalen Krebsinstituts der Vereinigten Staaten** wurden bezüglich des Zeitraums analysiert. Schätzungen von relativen 5-Jahres-, 10-Jahres-, 15-Jahres- und 20-Jahres-Überlebensraten für alle Arten von Krebs waren

63 %, 57 %, 53 % bzw. 51 %. Diese Schätzungen waren um 1 %, 7 %, 11 % und 11 % höher als entsprechende Schätzungen von kohortenbasierten Überlebensanalysen. Bei Zeitraumanalysen lagen 20-jährige relative Überlebensraten fast bei 90 % für Schilddrüsen- und Testikelkrebs, überschritten 80 % für Melanome und Prostata-Krebs, lagen bei ungefähr 80 % für endometrialen Krebs und fast bei 70 % für Blasenkrebs und Hodgkin-Krankheit. Eine 20-jährige relative Überlebensrate von 65 % wurde für Brustkrebs, von 60 % für Gebärmutterkrebs und von ungefähr 50 % für colorectalen, Eierstock- und Nierenkrebs geschätzt (Ref. Brenner 2002).

EUCAN, die Inzidenz, Sterblichkeit und Prävalenz von Krebserkrankungen misst, ist eine von der IARC (Internationale Agentur für Krebsforschung) erstellte Datenbank. Diese Inzidenzdaten werden durch Krebsregister erstellt, die auch Statistiken zum Überleben von Krebserkrankungen liefern. Krebsdaten werden stets mit einer gewissen Verzögerung nach den zugrunde liegenden Ereignissen erfasst und zusammengestellt, selbst die aktuellsten Statistiken liegen also erst mit „Verspätung“ vor. In der **Europrevall**-Studie wurden Daten von 2,98 Millionen Krebspatienten ausgewertet. Bei diesen Patienten handelt es sich um Krebspatienten, die zwischen 1970 und 1992 in 38 bevölkerungsgestützten Krebsregistern in 17 europäischen Ländern diagnostiziert wurden (siehe Micheli, noch nicht erschienen). Der Erfassungsgrad variierte in den einzelnen EU-Mitgliedstaaten erheblich; in Dänemark und Finnland war eine zu 100 % komplette Erfassung erreicht, im Vereinigten Königreich zu rund 50 %, in Schweden, Österreich, den Niederlanden, Italien und Spanien lag sie zwischen 6 und 18 % und in Deutschland (1,7 %) und Frankreich (2,9 %) sogar noch niedriger. Als Regeln für die Einbeziehung von Krebsfällen wurden die Regeln der **Eurocare**-Studie zum Überleben europäischer Krebspatienten zugrunde gelegt; die Ergebnisse stehen also in Einklang mit jenen von Eurocare.

Es gibt ein Projekt, **Eurochip** (European Cancer Health Indicator Project) unter der Koordination des **Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori**, Italien, das im Jahr 2000 im Rahmen des Gesundheitsberichterstattungsprogramms der Gemeinschaft begonnen wurde. Das Projekt Eurochip zielt darauf ab, eine umfassende Liste von Gesundheitsindikatoren zu entwickeln, zur Überwachung von Krebs in den Ländern der EU. Die Liste wird Variablen bezüglich der Prävalenz von Risikofaktoren, vorklinischen Aktivitäten, Krebsfällen, klinischer Weiterverfolgung, Wiederauftreten von Krebs, Überleben von Patienten, diagnostischen und therapeutischen Verfahren, Wirksamkeit der Krebsbehandlung, Ergebnis und Pflegeprävalenzen einbeziehen. Das Projekt zielt

auch darauf ab, standardisierte Methoden für das Sammeln, die Prüfung und das Validieren von Daten anzugeben und Methoden, Verfahren und Techniken vorzuschlagen, die Ergebnisse zu analysieren und sie zur Verfügung zu stellen.

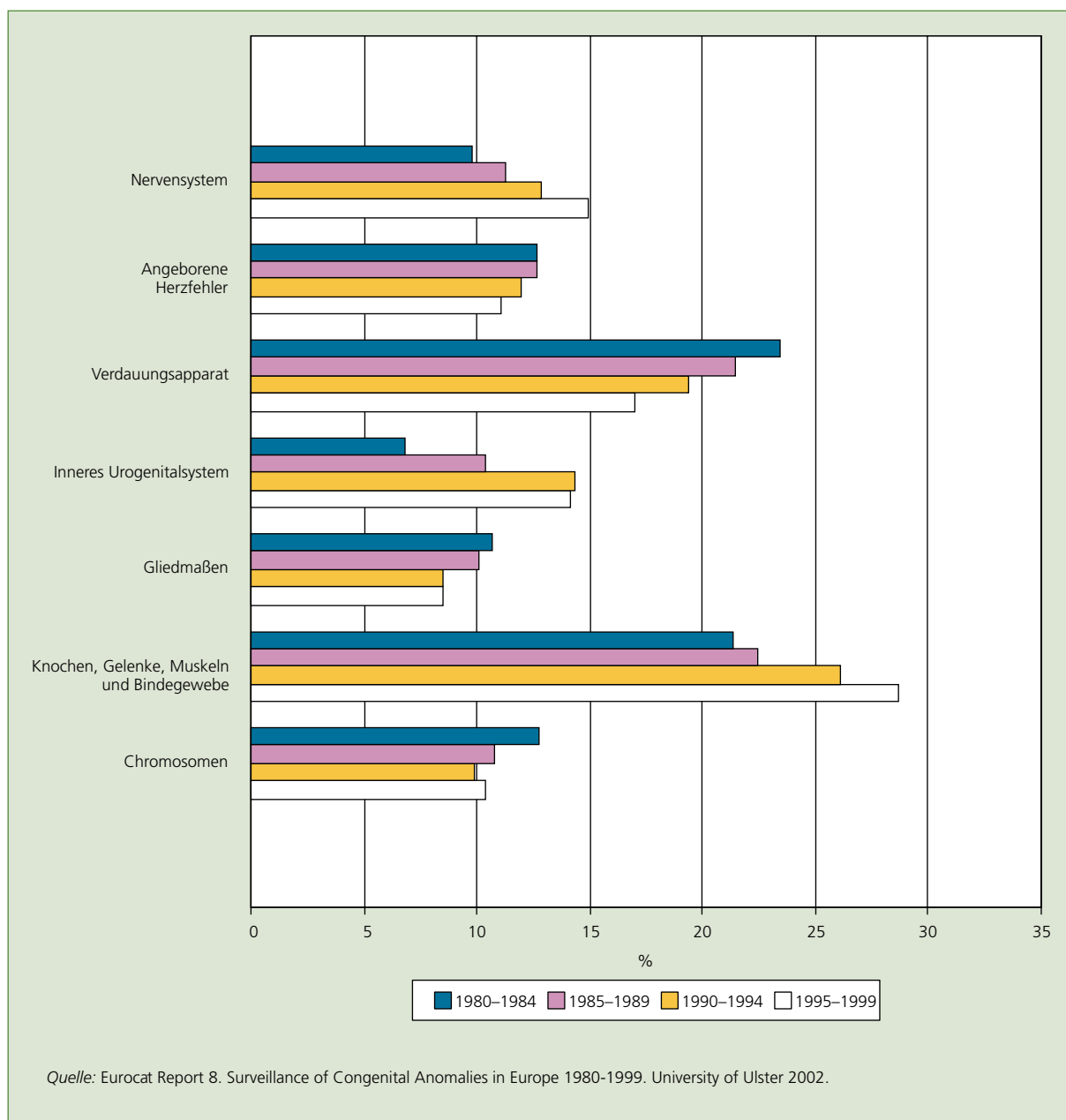
4.7.2.2 Angeborene Anomalien

Angeborene Anomalien (kongenitale Schädigungen) sind eine heterogene Gruppe von einzelnen nur sehr selten auftretenden Erkrankungen, die in ihrer Gesamtheit aufgrund ihrer Auswirkungen auf die Lebensqualität der betroffenen Personen und ihrer Familien sowie aufgrund der dadurch möglicherweise verlorenen bzw. durch schwere Behinderungen geprägten Lebensjahre sowie der Kosten für

das Gesundheitswesen eine erhebliche Belastung für die öffentliche Gesundheit bedeuten. Zu den Einflussfaktoren auf angeborene Anomalien zählen Ernährungsmangel, Strahlungseinflüsse, bestimmte Medikamente, Alkohol, bestimmte Infektionen und andere Erkrankungen der Mutter sowie Erbkrankheiten.

Angeborene Anomalien werden durch das **Eurocat-Netz (European Surveillance of Congenital Anomalies)** zur Registrierung angeborener Anomalien in Europa überwacht (*siehe Kasten*), das über einen Zeitraum von 20 Jahren bis jetzt eine Gesamtpopulation von 11 Millionen Geburten erfasst hat und gegenwärtig pro Jahr eine Population von 700 000 Geburten in 17

4.7.28 Angeborene Anomalien nach Hauptgruppen, 28 Vollmitgliedsregister, 1980-1999



Ländern abdeckt. Die Zusammenarbeit auf europäischer Ebene vereinfacht die Zusammenlegung der Daten, den Datenvergleich zwischen den Ländern, den Erfahrungsaustausch sowie die Übernahme eines gemeinsamen Konzepts für europaweit relevante Gesundheitsfragen.

Tabelle 4.7.26 gibt einen Überblick über die Zahl der Fälle angeborener Anomalien nach Art der Geburt sowie die Gesamtprävalenzraten je 10 000 Geburten in 28 Registern der Vollmitglieder im Zeitraum 1980 bis 1999. In diesem Zeitraum wurden insgesamt 132 017 betroffene Neugeborene und Föten mit angeborenen Anomalien registriert, womit die Gesamtprävalenzrate bei 217 je 10 000 Geburten in der Population liegt. Tabelle 4.7.27 zeigt die Zahl der Fälle angeborener Anomalien nach Art der Geburt sowie die zugehörigen Prävalenzraten (Lebendgeburten, Geburten und Gesamtprävalenzraten) für jedes der 28 Vollmitgliedsregister sowie für vier assoziierte Mitgliedsregister zwischen 1980 und 1999. In Schaubild 4.7.28 ist der Prozentsatz der Fälle in sieben wichtigen Anomaliegruppen in 28 Vollmitgliedsregistern über Fünfjahreszeiträume zwischen 1980 und 1999 dargestellt.

Bei allen Vollmitgliedsregistern waren die Prävalenzraten der Anomaliekategorien im Zeitraum 1980-1999 bei angeborenen Herzfehlern am höchsten (53,8 je 10 000), gefolgt von Fehlbildungen der Extremitäten (40,2) sowie Chromosomenanomalien (27,1). Unter den spezifischen Anomalien überwogen ventrikular-septale Defekte (22,9), Down-Syndrom (16,8) sowie Neuralrohrdefekte (10,9). Die in dieser Form zusammengestellten Daten beziehen sich allerdings auf die Zahl der gemeldeten spezifischen Anomalien, wobei ein Kind auch mehr als eine Anomalie aufweisen kann. Die Zahl der Anomalien ist also nicht mit der Zahl der betroffenen Kinder gleichzusetzen.

In den vergangenen 20 Jahren entwickelten sich die Screening-Verfahren in bestimmten Richtungen weiter, aufgrund deren angeborene Anomalien jetzt früher diagnostiziert werden und somit in die Meldesysteme der Register fallen (ein wesentlicher Faktor, der die zunehmende Zahl angeborener Herzfehler erklärt, die in 4.7.28 ausgewiesen sind). Außerdem werden in zunehmender Zahl pränatale Diagnosen gestellt, die bei schweren Anomalien zu einem Schwangerschaftsabbruch führen. 1995-1999 kam es in 15 % aller Fälle zu Abtreibungen im Anschluss an pränatale Diagnosen. Der höchste Wert wurde hier mit 28 % in Paris erreicht. Zudem führten auch demografische Entwicklungen, insbesondere das steigende Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt, zu einer Häufung der Prävalenz von Schwangerschaften mit altersbedingten Erkrankungen wie dem Down-Syndrom. Dies ist auch am steigenden Anteil der Fälle mit chromosomalen Anomalien in 4.7.28 abzulesen.

Eurocat (European Surveillance of Congenital Anomalies) sammelt und veröffentlicht Daten zur Prävalenz angeborener Anomalien und führt gemeinsame Forschungsvorhaben durch. Dieses Projekt wurde 1979 gegründet; das Zentralregister wird an der **University of Ulster** geführt und wird durch das Rare Diseases Programme der EG finanziert. 39 Register in 17 europäischen Ländern sind Mitglieder bei Eurocat; alle diese Register übermitteln jährlich Daten an das Zentralregister (4.7.25). Eurocat empfiehlt bei der Registrierung verschiedene Grundprinzipien, u. a. die Erfassung einer geografisch begrenzten gebietsansässigen Population (auf Populationsbasis), die Nutzung unterschiedlicher Kontrollverfahren, die Kontrolle von Abtreibungen im Anschluss an pränatale Diagnostik, ferner die Kontrolle der nach der Neugeborenenphase diagnostizierten Fälle sowie die Kontrolle von Todesfällen von Föten nach einer Schwangerschaftsdauer von 20 Wochen. Zu beachten ist allerdings, dass die Datensammelverfahren in den verschiedenen Regionen Europas je nach lokalen Besonderheiten und Sachzwängen variieren. Beim direkten Vergleich der Register sind diese Unterschiede — wie auch Faktoren wie Einbeziehungskriterien, Diagnosepraktiken in der betreffenden Region sowie Altersunterschiede bei der Diagnose (pränatal oder postnatal) — zu berücksichtigen. Regionale Unterschiede in der Prävalenz der Gesamtheit der Anomalien, wie sie in 4.7.27 dargestellt sind, können also nicht einfach als unterschiedliche Risiken interpretiert werden. Weitere Informationen zu sämtlichen Aspekten von Eurocat sind zu finden unter: <http://www.eurocat.ulster.ac.uk>.

4.7.2.3 Kardiovaskuläre Erkrankungen

Auf Herz- und Kreislauferkrankungen entfällt in den Ländern Europas rund die Hälfte sämtlicher Todesfälle. Innerhalb dieser Gruppe sind koronare Herzkrankheiten (KHK oder ischämische Herzkrankheiten) eine besonders häufige Todesursache. KHK führt in zahlreichen Fällen zu vorzeitigem Tod; da die klinische Versorgung kardiovaskulärer Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen) kostspielig und langwierig ist, bedeuten diese Krankheiten europaweit auch wirtschaftlich einen erheblichen Kostenfaktor.

In einem neueren **Monica-Projekt** der WHO werden die Schlussfolgerungen des Projekts hinsichtlich der Überlebenstrends und -raten beim Auftreten von koronaren Herzkrankheiten (KHK) zusammengefasst. Hieraus geht hervor, dass die Inzidenz von KHK in den untersuchten Bevölkerungsgruppen in Nordeuropa höher als in Südeuropa ist (4.7.29). Allerdings ging die Inzidenz von KHK bei der Bevölkerung Nordeuropas rasch zurück, im Süden dagegen deutlich langsamer (siehe Rayner und Petersen 2000). Das geografische Muster der Inzidenzraten sowie der tendenzi-

ellen Entwicklung der Inzidenzraten zeigt einen ähnlichen Verlauf wie das geografische Muster der tendenziellen Entwicklung der Sterbeziffern. Die Sterbeziffern werden durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst, u. a. durch die Diagnosegenauigkeit, die Schwere der Erkrankung und die Auswirkungen der Behandlung. Ergebnisse des Projekts **Monica** lassen erkennen, dass die Todesfallzahlen tendenzmäßig in Belgien, Dänemark, Frankreich und Deutschland höher und in Finnland und Island am geringsten sind.

Im Untersuchungszeitraum gingen die Todesfallzahlen bei den meisten Populationen zurück, insbesondere in Frankreich und der Schweiz, bei einigen anderen — in Dänemark und Teilen Finnlands — stiegen sie dagegen an. Die höchsten durchschnittlichen Herzerkrankungszahlen der über einen Zehnjahreszeitraum von Mitte der 80er bis Mitte der 90er Jahre untersuchten 170 000 Personen wiesen Männer in Nordkarelien (Finnland), Glasgow (Vereinigtes Königreich), Kuopio (Finnland) und Belfast (Vereinigtes Königreich) sowie Frauen in Glasgow (Vereinigtes Königreich), Belfast (Vereinigtes Königreich) und Warschau (Polen) auf. Am niedrigsten war während dieses Zehnjahreszeitraums die durchschnittliche Zahl der Herzinfarkte bei Frauen in Katalonien (Spanien), Toulouse (Frankreich) und Brianza (Italien). In Glasgow erreichten die Herzinfarktzahlen bei Frauen beispielsweise das Achtfache der Werte in Katalonien. Bei Männern war die durchschnittliche Herzinfarktrate in diesen zehn Jahren in Katalonien (Spanien), Vaud-Fribourg (Schweiz) und Toulouse (Frankreich) am geringsten; die Raten in Nordkarelien übertrafen hingegen die Werte in Beijing beispielsweise um das Zehnfache. Im **Projekt Monica** wurden Herzinfarktraten, Risikofaktoren und Koronargesundheitsfürsorge in ausgewählten Populationen in 37 Ländern von Mitte der 80er bis Mitte der 90er Jahre mitverfolgt. In Populationen mit gesunkenen Mortalitätsraten trugen Veränderungen der Überlebensraten durchschnittlich zu einem Drittel und geringere Herzinfarktraten zu zwei Dritteln zu den insgesamt besseren Überlebensraten bei. Dies verdeutlicht, wie wichtig sowohl die Prävention von Herzerkrankungen als auch eine verbesserte Akutversorgung sind.

Im Jahr 2000 lief mit **Eurociss** (Cardiovascular Indicators Surveillance Set) ein neues Projekt unter der Koordination des **Istituto Superiore di Sanità (ISS)**, Italien, als Teil des Gesundheitsberichterstattungsprogramms der Gemeinschaft an. Im Mittelpunkt des Projekts steht, neben anderen vorliegenden Datenbeständen, das Ziel, die unbedingt erforderlichen Informationen für eine objektive Definition der Morbiditätsindikatoren kardiovaskulärer Erkrankungen festzulegen und standardisierte Verfahren zu empfehlen, die

Um bessere Einblicke in die scheinbar rückläufige Mortalität durch KHK Ende der 70er Jahre zu gewinnen, wurde das **Projekt Monica** (Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) der WHO ins Leben gerufen, das Antworten auf bestimmte zentrale Fragen geben sollte: (a) Sind die gemeldeten rückläufigen KHK-Mortalitätszahlen wirklich eingetreten? (b) Wenn ja, in welchem Umfang lässt sich der Rückgang auf bessere Überlebensraten und nicht etwa auf eine geringere Zahl koronarer Herzerkrankungen zurückführen? Aufgabe dieses Projekts war, in genau umrissenen Populationen über zehn Jahre hinweg Trends im Auftreten von KHK und deren tödlichem Ausgang, Trends in der Entwicklung der Risikofaktoren sowie Trends in der akuten Versorgung von KHK zu messen (Tunstall-Pedoe 1999). Dabei wurden 37 Populationen in 21 Ländern einbezogen. Die Register geben definitive, nichttödliche Myokardinfarkte und definitive, mögliche oder unklassifizierbare Todesfälle aufgrund von Koronarerkrankungen bei Männern und Frauen im Alter von 35-64 Jahren an, die 28 Tage lang bei der stationären oder ambulanten Betreuung beobachtet wurden. Durch dieses Projekt konnte eine Methodik der Datenerhebung für die standardisierte Registrierung von Koronarerkrankungen und Schlaganfällen entwickelt werden, einschließlich der Erfassung der Daten zu Diagnoseinformationen sowie der Daten zur medizinischen Versorgung von Patienten vor, während und nach dem Herzinfarkt. Die Methoden wurden unter Berücksichtigung lokaler Besonderheiten des Gesundheitsfürsorgesystems des jeweiligen Zentrums sowie anhand von Risikofaktormessungen über Stichprobenerhebungen der untersuchten Population erarbeitet.

künftig in der Europäischen Union gelten sollen. Außerdem sollen Empfehlungen für die Zusammenstellung und Harmonisierung der Daten erarbeitet werden, die in den einzelnen Ländern auf einfache Weise angewandt werden können, damit auf diese Weise zuverlässige und aussagefähige Daten für die periodische Überwachung kardiovaskulärer Morbidität gewonnen werden können. Die Infarktraten reichen angesichts der Häufigkeit des chronischen Auftretens dieser Krankheit nicht aus, um anhand dieser Zahlen die Belastung der Population durch kardiovaskuläre Erkrankungen, insbesondere durch KHK, zu beschreiben. Aufgrund der demografischen Veränderungen in Europa und der Fortschritte bei der Behandlung von KHK ist noch nicht abzusehen, wie sich dies zukünftig auf chronische Erscheinungsformen dieser Krankheit auswirkt und in welchem Umfang eine Überwachung der Krankheit erforderlich ist.

4.7.2.4 Diabetes

Diabetes mellitus ist eine chronische Krankheit, die durch einen erblichen und/oder erworbenen Mangel

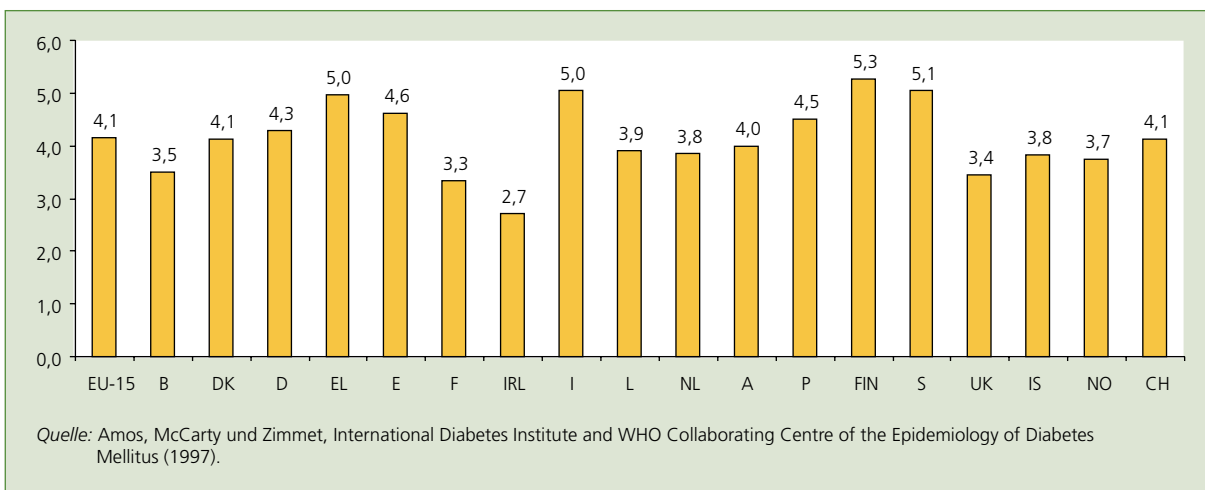
bei der Insulinproduktion durch die Bauchspeicheldrüse oder durch die Unwirksamkeit des produzierten Insulins verursacht wird. Dieser Mangel führt zu erhöhten Glukosekonzentrationen im Blut, wodurch wiederum zahlreiche Körpersysteme geschädigt werden, insbesondere die Blutgefäße und die Nerven (siehe WHO Fact Sheet 2002). Es sind zwei Hapterscheinungsformen der Diabetes zu unterscheiden: insulinabhängige Diabetes (IDDM), bei der die Pankreaszellen, die Insulin produzieren, vom Immunsystem des Körpers zerstört werden, sowie nichtinsulinabhängige Diabetes (NIDDM), bei der die Pankreasdrüse Insulin produziert, das aber vom Körper nicht wirksam verwertet werden kann. Zu den bei Diabetes möglichen Komplikationen zählen diabetische Retinopathie (eine der häufigsten Ursachen für Erblindungen und Sehstörungen), Nierenversagen, Herzerkrankungen, Neuropathie und diabetisches Gangrän.

Weltweit liegen keine präzisen Schätzungen zur Prävalenz von Diabetes vor; die jüngsten verfügbaren Schätzungen in der EU beziehen sich auf das

Jahr 1995. Werden die Sterblichkeitszahlen zugrunde gelegt, ergeben sich zu niedrige Schätzungen, da Diabetes auf den Todesscheinen von Diabetikern häufig nicht angegeben wird. Schätzungen für die EU wurden 1997 durch das **International Diabetes Institute** (IDI) anhand von Daten erstellt, mit denen die Prävalenz von IDDM und/oder NIDDM in unterschiedlichen Populationen gemessen wurde (siehe McCarty und Zimmet 1997). Außerdem liegen Hochrechnungen des IDI für die Prävalenz von Diabetes in den Jahren 2000 und 2010 vor. In der EU gab es 1995 schätzungsweise 12,7 Millionen Diabetiker, deren Zahl bis 2000 auf 15,6 Millionen (um 22,9 %) und bis 2010 auf 19,6 Millionen (um weitere 25,9 %) ansteigen dürfte (**4.7.30**). 1994 waren schätzungsweise 4,1 % der EU-Bevölkerung Diabetiker, darunter die höchsten Anteile in Finnland (5,3 %), Schweden (5,1 %), Italien (5,0 %) und Griechenland (5,0 %). Irland (2,7 %) wies unter den EU-Mitgliedstaaten mit Abstand den geringsten Diabetikeranteil auf (**4.7.31**).

4.7.31 Geschätzte Prävalenz von Diabetes mellitus, 1995

(%)



In ihrer Studie für das **International Diabetes Institute** (IDI) verwendeten Amos, McCarty und Zimmet die Ergebnisse von mehr als 250 weltweiten Untersuchungen zur Ermittlung der Prävalenz von IDDM bzw. NIDDM. Die meisten dieser Studien waren nicht spezifisch auf die Messung der einzelstaatlichen Prävalenz ausgerichtet, die Zahlen wurden von den Forschern vielmehr anhand altersspezifischer Prävalenzraten ermittelt. Diese Raten wurden anschließend auf die Bevölkerungen des Jahres 1995 übernommen und hieraus Schätzungen für die einzelnen Länder erstellt. Falls für ein bestimmtes Land keine Prävalenzdaten verfügbar waren, wurden ersatzweise Daten aus einem nahe gelegenen Land mit ähnlicher ethnischer Zusammensetzung ersatzweise verwendet. Für die Erstellung

von Projektionen griffen die Forscher auf ausgewählte NIDDM-Prävalenzraten für die einzelnen ethnischen Gruppen, wählten eine entsprechende Rate aus und übertrugen diese auf die hochgerechnete Bevölkerung des Jahres 2010. Da davon ausgegangen wurde, dass zwischen NIDDM und dem Grad der Anpassung an die westliche Lebensweise ein Zusammenhang besteht, wurde bei der Wahl der Raten der aktuelle und zukünftige wirtschaftliche Entwicklungsstand einbezogen. Die Projektionen für IDDM wurden nach den gleichen Verfahren wie bei den Schätzungen für das Jahr 1995 vorgenommen. Als Grundlagen der Projektionen für das Jahr 2000 dienten Durchschnittswerte der Schätzungen von 1995 und der Projektionen für 2010.

Diabetesindikatoren in Europa sollen durch das **European Diabetes Indicator Project (EUDIP)** unter der Koordination des **Centre Hospitalier de Luxembourg** erarbeitet werden. Dieses Projekt lief 2001 im Rahmen des Gesundheitsberichterstattungsprogramms der Gemeinschaft an und verfolgt die parallelen Ziele, einen Bestand an Diabetesindikatoren für die EU zu erarbeiten und harmonisierte Definitionen der Diabetesindikatoren zu vereinbaren. Dabei wird eine Bestandsaufnahme der verfügbaren Indikatoren und Datenquellen der verschiedenen Länder der EU/EFTA erstellt. Schwerpunkte unterschiedlicher Überwachungsbedürftiger Aspekte der Diabetes mellitus, weitere potenzielle Indikatoren sowie die Sammlung von Alternativdaten werden in die Bestandsaufnahme einbezogen. Aus dieser Liste wird ein Bestand an Indikatoren ausgewählt, der sich an Relevanz, Geltungsbereich, Sensibilität, Reproduzierbarkeit und Anpassungsfähigkeit orientiert.

4.7.2.5 Berufskrankheiten

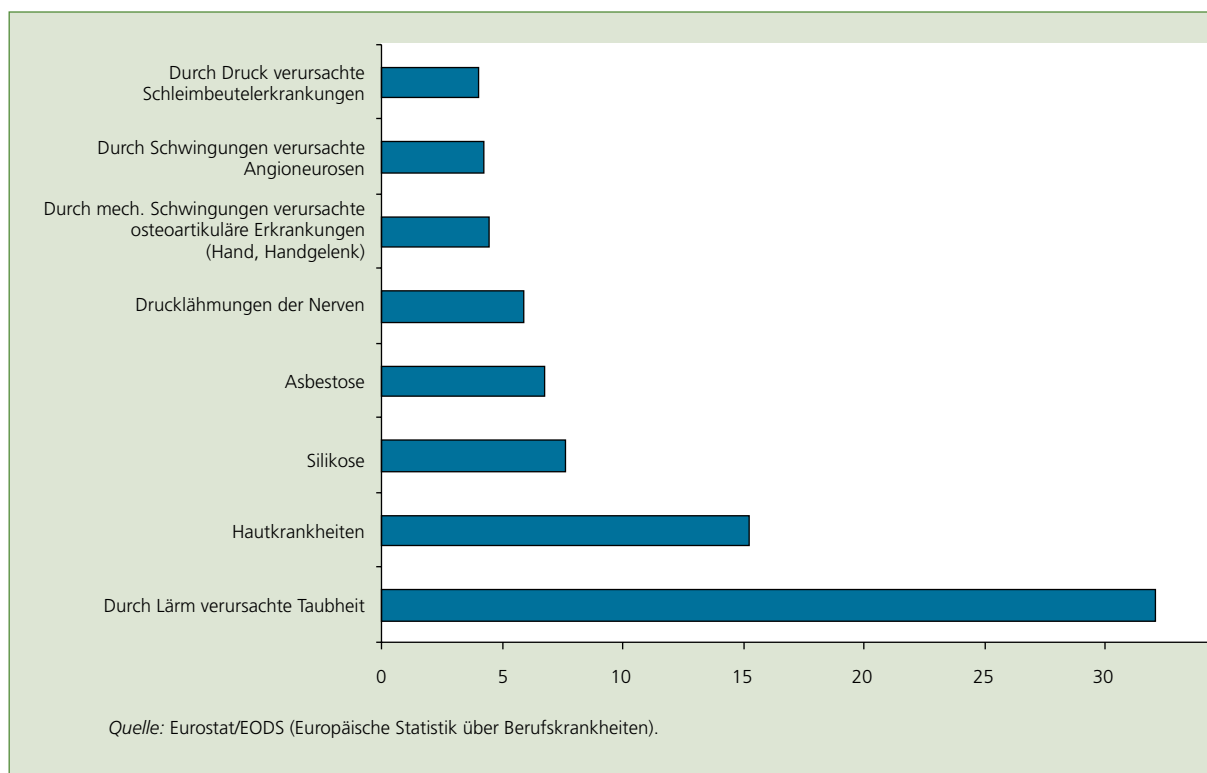
Die hier präsentierten Zahlen sind die ersten Ergebnisse eines Pilotprojekts von **Eurostat** zur **Europäischen Statistik über Berufskrankheiten (Projekt EODS)**. Auf Veranlassung der Generaldirektion Beschäftigung und Soziales der Europäischen Kommission erstellte Eurostat europäische Statistiken für das Jahr 1995 in Bezug auf 31 Punkte, die aus der Europäischen Liste der Berufs-

krankheiten (90/326/EWG) ausgewählt wurden. Die meisten der Berufskrankheiten, die den ausgewählten 31 Punkten entsprechen, wurden in allen Mitgliedstaaten erfasst. Eurostat entwickelte die Europäische Statistik über Berufskrankheiten (EODS Phase I), die ab dem Bezugsjahr 2001 implementiert wurde, weiter fort. Die ersten Daten werden 2003 vorliegen.

Bei den Vergleichen der Mitgliedstaaten ist besondere Vorsicht notwendig, während Analysen der Daten im Hinblick auf die Industrie besser abgesichert sein dürften, wenn man die oben erwähnten wenigen Ausnahmen bei der Erfassung berücksichtigt. 1995 waren insgesamt 57 414 anerkannte Fälle von Berufskrankheiten für die 31 (**4.7.32 und 4.7.33**) aus der Europäischen Liste der Berufskrankheiten ausgewählten Punkte erfasst. Dies entspricht einer Inzidenz von 368,9 EODS-Fällen je Million Personen in EU-15. Diese europäische Statistik, die sich auf die 31 ausgewählten Punkte stützt, erfasst somit 70 % aller anerkannten Fälle von Berufskrankheiten im Jahr 1995 in Europa.

In gewissem Umfang liegen für das Jahr 1999 jedoch auch einzelstaatliche Daten vor. Die Gesamtzahl der in Deutschland, Frankreich und Spanien *anerkannten* Fälle zeigt im Zeitraum 1995-1999 eine uneinheitliche Entwicklung. In Frankreich stieg die Zahl der Fälle von 8 534 Fällen im Jahr 1995 steil auf 16 665 im Jahr 1999 an, vor allem aufgrund von Änderungen an den Entschädigungen für Krankheiten des Muskel- und Knochen-

4.7.33 Anerkannte Berufskrankheiten in der EU-15 (% aller Fälle), 1995



apparats, was einen sprunghaften Anstieg der anerkannten Fälle (von 4 704 Fällen im Jahr 1995 auf 10 874 Fälle im Jahr 1999) sowie einen Anstieg der anerkannten Fälle von Asbesterkrankungen (von 817 auf 1 950 Fälle) zur Folge hatte. Eine ähnliche Entwicklung vollzog sich in Spanien von 6 005 anerkannten Fällen im Jahr 1995 auf 14 119 im Jahr 1999, und zwar ebenfalls in erster Linie aufgrund der Zahl der Erkrankungen des Muskel- und Knochenapparats. Demgegenüber kam es in Deutschland zu einem leichten Rückgang von 21 886 Fällen im Jahr 1995 auf 17 046 im Jahr 1999. Die Zahlen aus den übrigen Ländern, zu denen Daten vorliegen, ergeben ein stabiles Bild bzw. einen nur geringfügigen Rückgang der Fallzahlen. Lediglich Italien und Schweden meldeten gegenüber 1993 deutlich rückläufige Gesamtzahlen der anerkannten Fälle von Berufskrankheiten, was durch Gesetzesänderungen und Änderungen in der Sozialpolitik zu erklären ist. Gehörschäden machen rund ein Drittel der Datenteilbestände aus, die von Eurostat erfasst werden. Mehr als 95 % der beruflich bedingten Gehörschäden betreffen Männer. Wesentliche Faktoren sind hierbei, dass Männer eine höhere Beschäftigungsrate aufweisen als Frauen und dass Männer häufiger Aufgaben ausführen, bei denen zum Beispiel geräuschintensive Maschinen und Geräte zum Einsatz kommen. Die meisten Fälle von Hauterkrankungen werden im produzierenden Gewerbe und im sozialen Bereich (Krankenhäuser) verzeichnet. In letzterem Bereich tritt auch die größte Zahl von Infektionserkrankungen auf; diese Erkrankungen werden bei Beschäftigten in Krankenhäusern und ähnlichen Einrichtungen nach den meisten Anerkennungsverfahren als berufsbedingte Krankheiten anerkannt.

Die von Eurostat geführte **Europäische Statistik über Berufskrankheiten (European Statistics on Occupational Diseases — EODS)** umfasst jene Fälle, die von den Mitgliedstaaten aufgrund ihrer nationalen Anerkennungskriterien als arbeitsbedingt anerkannt wurden. Die erste Veröffentlichung umfasst lediglich Fälle aus dem Teilbestand der 31 Punkte aus der Europäischen Liste der Berufskrankheiten gemäß Tabelle **4.7.32**.

4.7.2.6 Berufsbedingte Gesundheitsschäden

Bereits seit langem ist unbestritten, dass Krankheiten durch bestimmte Berufe oder Tätigkeiten ausgelöst oder zumindest in ihrer Entstehung begünstigt werden können. Aus dieser Erkenntnis folgte ein umfangreiches Maßnahmenpaket, begleitet von entsprechenden Arbeitsschutzgesetzen; allerdings können ständig neue Gefahren auftreten. Zunehmendes Interesse kommt aber

auch der Frage zu, wie sich die Arbeit auf den allgemeinen Gesundheitszustand des Einzelnen auswirkt. Vor kurzem wurden von Eurostat Daten der **Arbeitskräfteerhebung der EU** ausgewertet, in der die Auskunftspersonen eine eigene Einschätzung ihres berufsbedingten Gesundheitszustands abgaben (siehe Dupré 2001). In dieser Studie lag der Schwerpunkt auf Gesundheitsproblemen, die nach Ansicht der Auskunftspersonen durch die gegenwärtigen oder früheren Arbeitsbedingungen verursacht oder verschlimmert wurden, während Unfallverletzungen (unabhängig von ihrer Schwere) ausgeklammert wurden.

Im Zeitraum 1998-1999 litten schätzungsweise 7,7 Millionen Personen in der EU unter einem oder mehreren berufsbedingten Gesundheitsschäden (Unfälle ausgenommen), einschließlich der Fälle, in denen die Beschwerden bereits früher aufgetreten waren, aber nach wie vor Probleme bereiteten. Demgegenüber beliefen sich die vergleichbaren jährlichen Gesamtzahlen der Arbeitsunfälle auf 7,4 Millionen Arbeitnehmer. Besonders häufig (54 %) traten diese Probleme bei Arbeitnehmern ab 45 Jahren (57 %) sowie bei männlichen Arbeitnehmern auf. Darüber hinaus litten 12 % der Betroffenen im Jahresverlauf an mehr als einem arbeitsbedingten Gesundheitsproblem, allerdings wurden nur die Merkmale der schwerwiegendsten Probleme einbezogen (**4.7.34**). Erkrankungen des Muskel- und Knochenapparats machten die bei weitem häufigste medizinische Schädigung aus (53 % aller Personen mit berufsbedingten Gesundheitsschäden), gefolgt von Stress/Depressionen/Beklemmungen (18 %). Interessanterweise klagten die nicht erwerbstätigen Personen, die früher einer Erwerbstätigkeit nachgegangen waren, nur zu 8 % über Stress/Depressionen/Beklemmungen als Gesundheitsschädigung, doch bedeutet dies nicht, dass Krankheiten wie z. B. Depressionen bei dieser Bevölkerungsgruppe verschwinden, sondern nur, dass sie wesentlich seltener mit einer früher ausgeübten Erwerbstätigkeit zusammenhängen.

Werden Personen mit berufsbedingten Gesundheitsschäden, welche zu Ausfallzeiten von mehr als drei Tagen führen, separat analysiert, ergibt sich nach Diagnosegruppen eine ähnliche Verteilung wie bei der Gesamtheit der Personen mit berufsbedingten Gesundheitsschäden. Der einzige auffällige Unterschied ist ein höherer Anteil der Gruppe mit „Stress/Depressionen/Beklemmungen“. Dies legt den Schluss nahe, dass derartige Probleme zu längeren Ausfallzeiten als andere Gesundheitsprobleme führen. Wird die Gruppe der Personen, die Ausfallzeiten von drei oder mehr Tagen aufweisen, genauer nach Erwerbstätigen mit Ausfallzeiten von zwei oder mehr Wochen untersucht, kommt dieser Unterschied bei „Stress/Depressionen/Beklemmungen“ noch

stärker zum Ausdruck. Ein Viertel der Personen mit berufsbedingten Gesundheitsschäden nahm 1998-1999 keinerlei Krankheitstage in Anspruch (4.7.35), und sogar bei den gegenwärtig erwerbstätigen Personen versäumte mehr als ein Drittel keinen einzigen Arbeitstag; 49 % hatten entweder keine Fehltag oder fehlten weniger als eine Woche. Im Berichtszeitraum gingen in der EU 348,7 Millionen Tage aufgrund berufsbedingter Gesundheitsschäden verloren, größtenteils allerdings durch Arbeitnehmer mit Ausfallzeiten von einer Woche oder mehr. Der überwiegende Teil der

verlorenen Arbeitstage wurde durch Personen verursacht, die damit rechneten, aufgrund berufsbedingter Gesundheitsschäden nie mehr an den Arbeitsplatz zurückzukehren (120,1 Millionen Tage), sowie durch erwerbstätige Personen, die einen Monat oder länger fehlten (148,3 Millionen). Die hauptsächlichen Folgen berufsbedingter Gesundheitsschäden werden also nicht durch den hohen Anteil von Arbeitnehmern verursacht, deren Gesundheitsprobleme nur kurzfristige Ausfallzeiten nach sich ziehen, sondern durch eine kleine Gruppe Langzeiterkrankter.

Konzeptionelle Unterschiede zwischen dem Ad-hoc-Modul der AKE 1999 und den EODS-Daten

	Ad-hoc-Modul der AKE 1999	EODS
Physische oder psychische Erkrankungen, Behinderungen oder Gesundheitsprobleme, die nach Selbsteinschätzung der Betroffenen durch die gegenwärtige bzw. frühere Arbeit hervorgerufen wurden	Ja	Nein, außer die als Berufskrankheit anerkannten Fälle
Physische oder psychische Erkrankungen, Behinderungen oder Gesundheitsprobleme, die nach Selbsteinschätzung der Betroffenen durch die gegenwärtige bzw. frühere Arbeit verschlimmert wurden	Ja	Nein
Physische oder psychische Erkrankungen, Behinderungen oder Gesundheitsprobleme, die den Behörden gemeldet wurden	Ja	Nur, wenn als Berufskrankheit anerkannt
Von den einzelstaatlichen Versicherungen anerkannte Berufskrankheit	Ja	Ja
Merkmale (wenn eine Person an mehr als einem Gesundheitsschaden leidet)	Schwerwiegendster Gesundheitsschaden	Alle Krankheiten
Bezugszeitraum	In den vergangenen zwölf Monaten (1) aufgetretene Gesundheitsschäden, unabhängig vom Datum des Ausbruchs und der Einwirkung des Schadstoffs oder Faktors am Arbeitsplatz	Kalenderjahr der Anerkennung, unabhängig vom Datum des Ausbruchs und der Einwirkung des Schadstoffs oder Faktors am Arbeitsplatz

(1) Zum Zeitpunkt der Befragung.

Bei berufsbedingten Gesundheitsschäden umfasst das Ad-hoc-Modul sämtliche Krankheiten, Behinderungen und sonstigen physischen und psychischen Gesundheitsschäden (ausgenommen unfallbedingte Verletzungen), die in den abgelaufenen zwölf Monaten eingetreten sind und die durch die Erwerbstätigkeit verursacht oder verschlimmert wurden. Dieses umfassende Konzept deckt wesentlich mehr als nur die von den nationalen Versicherungssystemen anerkannten Berufskrankheiten ab. Im Bereich der Berufskrankheiten erfasst es auch Gesundheitsschäden, die ein Jahr vor der Erhebung (bzw. dem Bezugsjahr) eingetreten sind, sowie Gesundheitsschäden aus früherer Erwerbstätigkeit, von denen ggf. auch gegenwärtig nicht erwerbstätige Personen betroffen sind (z. B. Lungenerkrankungen, die sich beispielsweise Bergarbeiter bereits vor vielen Jahren zuzogen). Die drei wesentlichsten

Unterschiede gegenüber dem medizinisch-rechtlichen Konzept der Berufskrankheiten sind: a) Das Konzept der berufsbedingten Gesundheitsschäden basiert im Ad-hoc-Modul auf einer Selbsteinschätzung des berufsbedingten Gesundheitszustands durch die Befragten, b) es werden sämtliche Beschwerden unabhängig von ihrem Schweregrad einbezogen, und c) es werden auch Gesundheitsprobleme einbezogen, die nach Einschätzung des/der Betroffenen nur teilweise auf die gegenwärtige oder frühere Erwerbstätigkeit zurückzuführen sind („durch die Arbeit verschlimmert“). Außerdem bezieht sich das Ad-hoc-Modul auf Gesundheitsschäden, die im Laufe des Jahres aufgetreten sind, während Statistiken zu Berufskrankheiten, z. B. das EODS, im Allgemeinen das Jahr der Anerkennung der Berufskrankheit durch das nationale Versicherungssystem zugrunde legen.

In der **Gemeinschaftserhebung über Arbeitskräfte 1999 (AKE)**, einer Haushaltserhebung über Beschäftigung und Arbeitsmarkt, wurden in einem Ad-hoc-Modul Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten untersucht. Dieses Modul umfasste Fragen zu Krankheiten, Behinderungen und sonstigen physischen oder psychischen Problemen der betroffenen Personen im Laufe der letzten zwölf Monate, die durch die Erwerbstätigkeit hervorgerufen oder verschlimmert wurden. Dieses Modul wurde von elf Mitgliedstaaten (ohne Belgien, Frankreich und Österreich, während es in den Niederlanden später durchgeführt wurde) sowie von Ungarn durchgeführt. Insgesamt wurden 650 000 Personen in die Befragung über berufsbedingte Gesundheitsschäden einbezogen. Als Erwerbstätige gelten Personen, die in der Erhebungswoche erwerbstätig bzw. arbeitslos waren. Bei den berufsbedingten Gesundheitsschäden sind allerdings nur jene Arbeitslosen berücksichtigt, die bereits erwerbstätig waren, und die Ausfallzeiten während der letzten zwölf Monate wurden nur bei denen erfasst, die im Laufe der letzten zwölf Monate erwerbstätig waren.

4.7.2.7 Krankheiten des Muskel- und Knochenapparats: Osteoporose

Erkrankungen des Muskel- und Knochenapparats sind eine häufige Ursache chronischer Schmerzen und körperlicher Behinderungen. Verletzungen an Knochen, Muskeln und Gelenken treten häufig auf, doch auch entzündliche Erkrankungen wie Arthritis oder Stoffwechsel- oder Hormonstörungen können Knochen und Gelenke in Mitleidenschaft ziehen. Ein besonders markantes Beispiel für letztere Gruppe ist **Osteoporose**, bei der übermäßiger Mineralstoffverlust (z. B. von Kalzium und Phosphor) zu einer Schwächung der Knochendichte und damit zu einem erhöhten Bruchrisiko führt. Die beiden häufigsten Erscheinungsformen sind postmenopausale Osteoporose, die durch Östrogenmangel verursacht wird und vor allem Frauen über 50 betrifft, sowie senile Osteoporose, die mit altersbedingtem Kalziummangel zusammenhängt und bei Patienten über 70 Jahren auftritt, insbesondere bei Frauen. Osteoporosebedingte Brüche kommen vor allem an Hüfte, Rückgrat und Unterarm vor und bedeuten für das Gesundheitswesen eine erhebliche Belastung. Sowohl Hüft- als auch Wirbelbrüche gehen mit verringerten Überlebensraten und erheblichen Morbiditätszahlen einher.

Aus den Ergebnissen einer neueren von der EU geförderten Untersuchung lässt sich in anschaulicher Weise die zunehmende Inzidenz von Osteoporose und deren Prävalenz bei steigendem Alter sowie die bereits oben angesprochene unterschiedliche Häufigkeit bei Männern und Frauen ablesen (**4.7.36 und 4.7.37**). Aus den nachstehend erläuterten Gründen sind länderübergreifende Vergleiche problematisch. Aus zukünftigen Hochrechnungen (siehe

Kasten) lässt sich ablesen, dass die jährliche Zahl der Hüftfrakturen im Jahr 2000 auf 414 000 veranschlagt wurde und bis zum Jahr 2050 auf 972 000 steigen soll. Im gleichen Zeitraum ist mit einem Anstieg der Wirbelbrüche von 23,7 Millionen im Jahr 2000 auf 37,3 Millionen im Jahr 2050 zu rechnen. Diese Zahlen, die in erheblichem Maße durch den steigenden Anteil alter Menschen an der Bevölkerung der EU beeinflusst werden, lassen in den nächsten Jahren alleine aufgrund der osteoporosebedingten Brüche einen erheblichen Bedarf an Mitteln der Gesundheitsfürsorge erkennen.

Mitte der 90er Jahre richtete die **Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz** der Europäischen Kommission eine Arbeitsgruppe zur Untersuchung der Epidemiologie, Pathogenese und klinischen Betreuung von Osteoporose in den EU-Mitgliedstaaten ein. Dabei lag der Schwerpunkt auf künftigen Vorbeugemaßnahmen gegen diese Krankheit (siehe Europäische Kommission 1998). Die Inzidenzdaten stammen aus unterschiedlichen Quellen. Für fünf Länder wurden Ergebnisse der **Mediterranean Osteoporosis Study (MEDOS)** herangezogen, für andere Länder griff man auf verschiedene Register zurück. In den hier aufgeführten Tabellen werden die Daten einiger Länder auch auf andere Länder übertragen, für die keine Daten vorlagen. So werden beispielsweise die Inzidenzdaten der Niederlande auch für Luxemburg und Belgien verwendet. Zudem wurde die Annahme zugrunde gelegt, dass die Inzidenz der Krankheit mit zunehmendem Alter exponential ansteigt, d. h., sämtliche altersspezifischen Inzidenzdaten wurden am Mittelpunkt des Altersspektrums in natürliche Logarithmen umgesetzt. Hiermit ließ sich dann eine lineare Regression berechnen und die Inzidenzzahlen anhand einer gleichmäßigeren Verteilung schätzen. Darüber hinaus erstellte die Arbeitsgruppe Hochrechnungen für die zukünftige Inzidenz und Prävalenz in der EU, die sich auf die aktuellen Inzidenz- und Prävalenzdaten der Hüft- und Wirbelbrüche stützen und die wahrscheinlichen demografischen Veränderungen sowie die steigende Lebenserwartung berücksichtigen. Für weitere Länder wurde die **Europäische Studie zur vertebrealen Osteoporose (European Vertebral Osteoporosis Study — EVOS)** zugrunde gelegt. EVOS stellt die größte epidemiologische Untersuchung von Osteoporose in Europa dar und erstreckt sich auf 17 000 Befragte (sowohl Männer als auch Frauen) im Alter von 50 bis 79 Jahren aus 39 Zentren in 17 europäischen Ländern. EVOS/EPOS lieferten wichtige Daten für die beschreibende Epidemiologie prävalenter und inzidenter Wirbelverformungen sowie inzidenter Knochenbrüche in diesen Ländern. Darüber hinaus wurden in diesen Untersuchungen der Einfluss verschiedener zentraler Faktoren der Lebensweise auf das Auftreten von Knochenbrüchen und der Einfluss der Mineraldichte im Knochen untersucht sowie die Ergebnisse von Wirbelbrüchen hinsichtlich der Morbidität und Mortalität analysiert.

Im Jahr 2000 wurde das neue Projekt **Indicators for Monitoring Musculoskeletal Conditions** (Indikatoren für die Überwachung von Muskel-Skelett-Krankheiten) unter der Koordination der **Universität Oslo** (Norwegen) im Rahmen des Gesundheitsberichterstattungsprogramms der Gemeinschaft ins Leben gerufen. Ziel dieses Projekts ist die Erarbeitung und Entwicklung geeigneter Indikatoren für die Überwachung von Krankheiten des Muskel- und Knochenapparats in der Bevölkerung, wobei gesundheitspolitische Aspekte im Mittelpunkt stehen. Mit den Indikatoren sollen die notwendigen Informationen zur Prävalenz (insgesamt und in der Detaildarstellung für bestimmte Krankheitsformen), Trends (zeitlich und regional), Einflussfaktoren (genetische, psychosoziale und umweltbedingte Faktoren) sowie die Folgen (hinsichtlich Lebensqualität, Funktionsvermögen, Aufwendungen der Gesundheitsfürsorgesysteme und Sozialversicherungen) auf nationaler und Gemeinschaftsebene ermittelt werden. Mit diesem Projekt erhalten die bisher nur unzureichend beschriebenen Bedingungen Vorrang, die in internationalen Klassifikationen fehlen, und es werden Möglichkeiten aufgezeigt, um leichtere vorübergehende Verlaufsphasen, wie sie im Laufe des Lebens auftreten können, von signifikanteren Erkrankungen unterscheiden zu können.

4.7.2.8 Allergien und Asthma

Allergien und sonstige Hypersensibilität sind generische Bezeichnungen für Symptome, die durch Substanzen in unserem Umfeld, welche der Mensch normalerweise problemlos erträgt, ausgelöst werden. Der Begriff „Allergie“ sollte nur für Reaktionen verwendet werden, die durch die Immunmechanismen des menschlichen Körpers mit ausgelöst werden. Sonstige Hypersensibilitäten bezeichnen Störungen, die Allergien ähneln, bei denen aber – nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand – kein Zusammenhang mit dem Immunsystem besteht (siehe NBHW 2001). Allergieerkrankungen treten am häufigsten in Form von Rhinitis, Asthma, atopischer Dermatitis und anderen Hauterkrankungen, aber auch als lebensbedrohliche anaphylaktische Schockzustände auf. In entwickelten Ländern zählen Allergien zu den verbreitetsten chronischen Erkrankungen; 15 bis 30 % der Bevölkerung sind hiervon betroffen. In zahlreichen Untersuchungen, insbesondere im **European Allergy White Paper** (UCB Institute of Allergy) und im **Spezialbericht Allergien** (Statistisches Bundesamt), wird dargelegt, dass Allergieerkrankungen ein Besorgnis erregendes Phänomen darstellen. Hieran sind unterschiedliche Faktoren und komplexe Wechselwirkungen von Umweltfaktoren beteiligt, u. a. die Wohnqualität, unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten sowie Veränderungen der industriellen und chemischen Umwelteinflüsse.

Die Ergebnisse der Phase I (**4.7.38**) der **Europäischen Lungenstudie (European Community Respiratory Health Survey — ECRHS)** bestätigen nicht nur die generell weiter zunehmende Prävalenz von Asthma und Allergien, sondern auch, dass die in die Erhebung einbezogenen Länder in unterschiedlichem Maße hiervon betroffen sind. Je nach Pathologie treten hier Unterschiede in Größenordnungen von bis zu 1:4 oder 1:8 auf. Diese Erhebung, bei der rund 140 000 Personen im Alter von 20 bis 44 Jahren untersucht wurden, erstreckte sich auf nahezu alle EU-Länder. Von Land zu Land kann die Prävalenz von Asthma um den Faktor 1:6 variieren. Als auffällige Muster zeigten sich hier Schwankungen von 1:6 bei Asthma (2 % bis 12 % der Einzelpersonen), 1:4 bei allergischer Rhinitis (10 % bis 40 %) bzw. sogar 1:8 (3,5 % bis 28 %) bei bronchialer Hyperreaktivität. Die Prävalenz von Asthma- und Allergieerkrankungen ist in den englischsprachigen Regionen am höchsten, in den Mittelmeerländern und in Island am niedrigsten. Als Orte mit der höchsten Asthmaprävalenz wurden Cambridge (Vereinigtes Königreich) und Umeå (Schweden) ermittelt. Die niedrigste Prävalenz (ca. 2 %) wiesen Erfurt (Deutschland) und Galdakao (Spanien) auf. Mittlerweile ist Phase II der ECRHS angelaufen; dabei werden die Teilnehmer der Phase I zehn Jahre nach der ersten Untersuchung erneut untersucht. Ziel dieser neuen Untersuchung ist, alle Faktoren zu überprüfen, die nicht nur die Ursachen von Asthma erklären, sondern die auch als Mittel zum Schutz gegen diese Krankheit in Frage kommen.

Atemwegsallergien zählen zu den häufigsten Allergien. Hierunter fallen allergische Rhinitis wie z. B. der allgemein bekannte Heuschnupfen, dessen Inzidenz sich offensichtlich von 1 % der Bevölkerung Anfang des 20. Jahrhunderts auf 15 bis 20 % in den letzten Jahren erhöht hat. Betroffen sind davon vor allem Jugendliche und junge Erwachsene. Chronische allergische Rhinitis, die in der Regel durch Allergene in Gebäuden ausgelöst wird, verursacht Beschwerden, die mit mittelschwerem Asthma vergleichbar sind und auch zu Asthma führen können. Diese Wechselwirkungen geben Anlass zu großer Besorgnis, da auch Asthma zu den schweren Allergien zählt. Betroffen sind 10 % der Kinder, 5 % der Erwachsenen und insgesamt doppelt so viele Menschen wie noch vor 20 Jahren. Luftverschmutzung — z. B. durch NO_x aus Kfz-Abgasemissionen — wird in zunehmendem Maße als Problemursache angeführt; aus verschiedenen Studien geht hervor, dass Asthma in städtischen Ballungsgebieten häufiger auftritt als in ländlichen Regionen. Daneben kommt es in zunehmendem Maße zu Hautallergien. Auch Ekzeme und Nesselsucht sind bei immer mehr Betroffenen zu beobachten. Nach Prognosen von Experten besteht bei 40 % bis 60 % dieser Personengruppe das

Risiko zusätzlicher Atemwegserkrankungen. Als Ursache für diese Störungen wird häufig falsche Ernährung angeführt. Allerdings sind derartige Störungen mehr eine Frage von Unverträglichkeiten als von Allergien im eigentlichen Sinne, da die Symptome nicht auf eine Aktivierung des Immunsystems zurückzuführen sind. Unabhängig von der tatsächlichen Ursache hängt diese Hypersensibilisierung zudem mit veränderten Lebensgewohnheiten zusammen.

Bei der ersten Phase einer weiteren umfangreichen Befragung zu Asthmasymptomen, der **Internationalen Studie zu Asthma und Allergien im Kindesalter (Study of Asthma and Allergies in Childhood — ISAAC)**, wurden in 155 Zentren in 56 Ländern bei Kindern in den Altersgruppen von 6-9 Jahren und 13-14 Jahren erhebliche Schwankungen der Asthmasymptome festgestellt, wobei von Land zu Land Schwankungen um das bis zu 15fache auftraten. Laut ISAAC (4.7.39) traten keuchende Atemgeräusche, die zu Schlafstörungen führen, bei 13-14-Jährigen am seltensten in Osteuropa (Russische Föderation, Usbekistan, Albanien, Rumänien) und Asien (China und Südkorea) auf. Die höchste Prävalenz war in entwickelten, industrialisierten und wohlhabenden Ländern (Vereinigte Staaten, Vereinigtes Königreich, Neuseeland, Australien) sowie in einigen Entwicklungsländern wie Nigeria und Brasilien zu beobachten. Bei 6-7-Jährigen ließ sich aus den Schwankungen der Prävalenz in den einzelnen Ländern kein klares Muster hinsichtlich des Entwicklungsstands oder Wohlstands des jeweiligen Landes ablesen. Die niedrigste Prävalenz wurde einerseits in Entwicklungsländern (Hongkong, Südkorea, Malaysia, Indonesien, Estland), andererseits aber auch in wohlhabenden westlichen Ländern (Italien, Frankreich, Spanien) beobachtet. Aus ECRHS und ISAAC geht hervor, dass die Prävalenz von Asthma und Asthmasymptomen im Kindesalter und bis etwa zum mittleren Erwachsenenalter durch ausgeprägte regionale Schwankungen gekennzeichnet ist, und zwar — bei entwickelten wie auch bei Entwicklungsländern — sowohl innerhalb ein und desselben Landes als auch über Ländergrenzen hinweg. Die Gründe für diese ausgeprägten Schwankungen sind bis jetzt noch nicht ganz klar. Um sie genauer zu verstehen, sind umfangreichere Daten zur Prävalenz von Asthma bei heterogenen Bevölkerungen notwendig, vor allem in Entwicklungsländern, in denen die Asthmaprävalenz scheinbar sehr niedrig ist. Es wird erwartet, dass zusätzliche Untersuchungen dieser Bevölkerungen einen Schlüssel zu den Ursachen für die alarmierende, weltweite zunehmende Asthmaprävalenz, vor allem bei Kindern, liefern.

Die **ECRHS (European Community Respiratory Health Survey/Europäische Lungenstudie)** befasst sich als erste Studie auf der Grundlage eines standardisierten Protokolls mit der Prävalenz von Asthma und allergischen Erkrankungen in einer Vielzahl von Ländern. ECRHS ist eine Längsschnittuntersuchung bei mehr als 10 000 jungen Erwachsenen, die 1990 anließ und bei der in mehreren Zentren Daten vor allem aus europäischen Ländern gesammelt werden. Diese Studie wird durch das Department of Public Health Sciences, **King's College, London**, koordiniert und durch das Programm *Quality of life and management of human resources* im Rahmen des Fünften Rahmenprogramms für Forschung der Europäischen Kommission finanziert. Die Diagnose einer gegenwärtigen Asthmaerkrankung wurde als bejahende Antwort auf eine oder beide folgenden Fragen definiert: „*Litten Sie in den letzten 12 Monaten unter Asthma?*“ und „*Nehmen Sie zurzeit Medikamente gegen Asthma ein?*“ Die Ergebnisse der ECRHS II dürften 2004 vorliegen. Bei dieser Studie wurden rund 140 000 Personen im Alter zwischen 20 und 44 Jahren aus nahezu allen Ländern der Europäischen Union untersucht und Daten aus Island, Estland, Algerien, Indien, Neuseeland, Australien und den Vereinigten Staaten erfasst. An der ersten Phase der ECRHS beteiligten sich insgesamt 48 Zentren aus 22 Ländern. Von jedem Zentrum wurden Daten zu 3 000 bis 4 000 Auskunftspersonen vereinbart, darunter je zur Hälfte Männer und Frauen. Bei der ECRHS werden erstmals die geografischen Schwankungen von Asthma und allergischen Erkrankungen in einer großen Anzahl von Ländern nach der gleichen Technik und zwei verschiedenen Verfahren analysiert. Zunächst wurde ein identisches, standardisiertes Protokoll für alle Bereiche verwendet, um sichergehen zu können, dass die ausgewiesenen Schwankungen tatsächlich aufgetreten sind. Zweitens wurden subjektive und objektive Messungen kombiniert, was den Vorteil mit sich brachte, dass bei beiden Konzepten das gleiche, ausgeprägte Muster geografischer Schwankungen bei Asthma- und Allergieerkrankungen zum Ausdruck kommt. Siehe <http://www.ecrhs.org/>.

Die **Internationale Studie zu Asthma und Allergien im Kindesalter (Study of Asthma and Allergies in Childhood – ISAAC)** wird durch die Faculty of Medicine and Health Sciences der **University of Auckland** (Neuseeland) koordiniert und setzt sich aus drei Phasen zusammen: Die erste Phase besteht aus einem Kern schriftlicher Fragebögen für zwei Altersgruppen, die in 156 teilnehmenden Zentren in 56 Ländern für insgesamt 721 601 teilnehmende Kinder ausgefüllt wurden. In einer zweiten Phase werden dann international standardisierte Vergleiche der Erkrankungen und maßgeblichen Risikofaktoren durchgeführt; in der dritten Phase werden Schwankungen des zeitlichen Verlaufs von Asthma, allergischer Rhinokonjunktivitis und atypischen Ekzemen in aller Welt untersucht und die Zusammenhänge zwischen den festgestellten Verlaufsmustern und den Umweltdaten analysiert. Siehe <http://isaac.auckland.ac.nz/>.

4.7.2.9 Demenz

Demenz bezeichnet den Niedergang der geistigen Fähigkeiten, der normalerweise in einem schleichenden Prozess verläuft und in dessen Verlauf Gedächtnis, Denkvermögen und Urteilsvermögen beeinträchtigt werden und ein Persönlichkeitsverlust eintritt. Normalerweise entwickelt sich diese Krankheit langsam und betrifft in erster Linie Personen über 60 Jahre. Sie ist eine der häufigsten Alterskrankheiten; angesichts des zunehmenden Anteils alter Menschen in der Bevölkerung zahlreicher Länder ist auch mit einer steigenden Zahl von Demenzpatienten zu rechnen (siehe Huismann 1998). Häufigste Demenzursachen in der EU sind die Alzheimer-Krankheit (rund 50-70 % der Fälle), Folgen von Schlaganfällen, die zu einer Demenz infolge von Mehrfachinfarkten führen (rund 30 %); als weitere Ursachen sind die Pick-Krankheit, Binswanger-Krankheit, Lewy-Body-Demenz und andere Erkrankungen zu nennen. Daten zur Prävalenz der Alzheimer-Krankheit und anderer Demenzerkrankungen stehen für die gesamte EU in der Datensammlung von **Alzheimer Europe** zur Verfügung. Allerdings sind diese Schätzungen (**4.7.40**) mit Vorsicht zu behandeln, da die Quellen je nach Mitgliedstaat an Umfang und Genauigkeit erheblich variieren. Schätzungsweise 4,624 Millionen Europäer zwischen 30 und 99 Jahren litten im Jahr 2000 an den verschiedenen Arten von Demenzerkrankungen (12,3 je 1 000 Einwohner). Innerhalb dieser Gruppe sind Frauen (2,9 Millionen) in höherem Maße als Männer (1,7 Millionen) betroffen. Schweden (14,9) und Italien (13,9) weisen die höchsten geschätzten Prävalenzzahlen auf, Portugal (10,4) und Irland (8,4) die niedrigsten.

Altersspezifische Zahlen der Alzheimer-Krankheit (siehe Huismann 1998) lassen mit zunehmendem Alter einen stetigen Anstieg erkennen — von rund 1 % mit 65-69 Jahren bis zu 6 % mit 75-79 Jahren und rund 21 % mit 85-89 Jahren. Huismann legte darüber hinaus Schätzungen zu den Fallzahlen der letzten Jahre in den Ländern der EU vor (**4.7.41**), woraus die Anteile der betroffenen Bevölkerung ab 65 Jahren berechnet wurden. In einigen Zahlen sind möglicherweise nur diagnostizierte Fälle mit weit fortgeschrittenem Krankheitsbild enthalten. Da die Erkrankung über längere Zeiträume hinweg verläuft und nur langsam fortschreitet, liegt die tatsächliche Zahl der Erkrankungen möglicherweise wesentlich höher. Zieht man diesen Umstand in Betracht, erreichen zwei Länder (Dänemark und Spanien) eine Demenzrate von über 10 %, Finnland sogar 14 %. Bei der Alzheimer-Krankheit liegt dieser Anteil in Finnland bei 7 %, in Schweden und Spanien nur geringfügig darunter.

Demenzerkrankungen treten zwar nicht nur bei älteren Menschen auf, die Wahrscheinlichkeit einer Demenzerkrankung nimmt allerdings mit steigendem Alter stetig zu. Dank der Arbeit von **Eurodem** (European Community Concerted Action on the Epidemiology and Prevention of Dementia Group) lässt sich heute – sofern präzise Bevölkerungsstatistiken vorliegen — abschätzen, wie viele Menschen in einem bestimmten Land voraussichtlich an Demenz erkranken. In Eurodem wurden Daten zur Prävalenz mittelschwerer bis schwerer Demenzerkrankungen aus mehreren Ländern Europas zusammengeführt und daraus ein Bestand an Prävalenzraten für Männer und Frauen in neun verschiedenen Altersgruppen (30-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90-94 und 95-99 Jahre) erstellt. In diese Studie wurden Menschen mit Demenz einbezogen, die im eigenen Haushalt lebten, ferner Demenzkranke in Anstalten, Pflegeheimen und in häuslicher Pflege. Einzelheiten zu dieser Studie siehe Hofman (1991).

Alzheimer Europe berechnete die Wahrscheinlichkeit einer Demenzerkrankung anhand der von Eurodem ermittelten Prävalenzraten auf der Grundlage der Eurostat-Bevölkerungsstatistik. Für jedes Land Europas, zu dem entsprechende Daten vorliegen, wurde eine Tabelle erstellt und durch eine Vergleichstabelle ergänzt. Zu bestimmten Ländern lag die Bevölkerungsstatistik für die höchste Altersgruppe noch nicht vor. Dies ist bei der Auswertung der Tabellen zu berücksichtigen. Darüber hinaus sind die Ergebnisse aus folgenden Gründen mit Vorsicht zu behandeln: Die Daten wurden in Deutschland, Finnland, Frankreich, Italien, den Niederlanden, Norwegen, Portugal, Spanien, Schweden und im Vereinigten Königreich erhoben und sind in Verbindung mit anderen, in der Studie nicht einbezogenen Ländern möglicherweise nicht korrekt. Grundlage für die Studie bildeten ausschließlich die diagnostizierten Fälle. Dies führt bei der präzisen Schätzung der Zahl der Demenzerkrankten zu Problemen, da bei zahlreichen Betroffenen die Krankheit nie diagnostiziert wurde und auch Erkrankte in der Anfangsphase der Demenzerkrankung, bei denen noch keine Diagnose erfolgt ist, ausgeklammert sind. Weitere Informationen zu Alzheimer Europe sind zu finden unter: <http://www.alzheimer-europe.org/index.html>.

4.7.2.10 Sonstige neurologische und neurodegenerative Krankheiten

Die **Parkinson-Krankheit** (PD) ist eine fortschreitende degenerative Erkrankung des zentralen Nervensystems, die insbesondere bewusste, koordinierte Bewegungsabläufe beeinträchtigt. Auffällige körperliche Anzeichen sind Tremor, Versteifungen und Bradykinesie. Idiopathische Parkinson-Krankheiten werden durch den fortschreitenden Ausfall dopaminergischer Neuronen der Substantia Nigra und des nigrostriatalen

Kanals des Mittelhirns verursacht. Sekundärer Parkinsonismus kann durch bestimmte Medikamente (z. B. Metoclopramid und Haloperidol) oder durch zerebrovaskuläre Erkrankungen (z. B. durch wiederholte Schlaganfälle infolge eines Blutpfropfs) verursacht werden. Die Erkrankung tritt gegen Ende des mittleren Lebensalters auf, meistens jenseits des 50. Lebensjahres. Nach einem neueren Bericht der WHO betrifft die PD weltweit 3 765 000 Personen, wobei die Erkrankung jedes Jahr bei rund 305 000 Patienten diagnostiziert wird. 1996 litten 2 635 000 Menschen mit PD unter chronischen Behinderungen; 58 000 Parkinson-Patienten verstarben an der Krankheit. 1997 wurden in der Studie **EuroParkinson** (siehe de Rijk) im Rahmen des Biomed-Programms fünf Erhebungen auf Gemeindeebene in den Niederlanden, Frankreich, Italien und Spanien (zwei Erhebungen) untersucht. Die allgemeine Prävalenz (pro 100 Einwohner), alterskorrigiert an eine europäische Standardbevölkerung von 1991, war 2-3 für Parkinsonismus und 1-6 für die Parkinson-Krankheit. Die Prävalenz des Parkinsonismus für die Altersklassen 65 bis 69, 70 bis 74, 75 bis 79, 80 bis 84 bzw. 85 bis 89 Jahre waren respektive 0-9, 1-5, 3-7, 5-0 und 5-1. Die spezifischen Zahlen des entsprechenden Alters für die Parkinson-Krankheit waren 0-6, 1-0, 2-7, 3-6 und 3-5. Nach Anpassung bezüglich Alter und Geschlecht zeigt sich, dass die Prävalenz-Zahlen über die gesamten Studien nicht bedeutsam abweichen, ausgenommen die französische Studie, in welcher die Prävalenz niedriger war. Die Prävalenz war bei Männern und Frauen ähnlich. Insgesamt wurden 24 % der Fälle mit Parkinson-Krankheit durch die Erhebungen entdeckt. Die Prävalenz von sowohl Parkinsonismus als auch Parkinson-Krankheit erhöhte sich mit zunehmendem Alter ohne signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Es gab keinen überzeugenden Beweis für Unterschiede in der Prävalenz über die europäischen Länder. Ein wesentlicher Anteil der Patienten mit der Parkinson-Krankheit ging unentdeckt in der allgemeinen Bevölkerung unter. Diese Schätzungen suggerieren, dass zur Zeit in der EU ungefähr 400 000 Männer und 540 000 Frauen im Alter von 65 Jahren und älter an der Parkinson-Krankheit leiden (siehe Erasmus).

Zudem veröffentlichte das *British Medical Journal* (1. Juli 2000) die Ergebnisse einer aktuellen Erhebung über die Prävalenz der Parkinson-Krankheit im Raum London. Diese Erhebung war zugleich die erste groß angelegte Erhebung über die Prävalenz von Parkinson im Süden Englands. Die Studie wurde zunächst mit 121 000 Namen durchgeführt, den gesamten Patientenbeständen von 15 allgemeinmedizinischen Praxen. Die Genauigkeit des Gesamtergebnisses liegt bei

rund ± 15 %. Der Gesamtwert der alterskorrigierten Prävalenz idiopathischer PD wird in London mit 168 je 100 000 (d. h. rund 0,17 %) angegeben. Dieses Ergebnis ähnelt den Ergebnissen der EuroParkinson-Studie, bei der ein alterskorrigierter Prävalenzgesamtwert von 160 je 100 000 oder 0,16 % ermittelt wurde. In London wurde festgestellt, dass die Prävalenz von PD von 109 je 100 000 (0,11 %) in der Altersgruppe von 50 bis 59 Jahren auf 961 je 100 000 (0,96 %) in der Altersgruppe von 70 bis 79 Jahren und auf 1 265 je 100 000 (1,27 %) bei Menschen über 80 Jahren anstieg. Trotz der rückläufigen Mortalität der Patienten unter 75 Jahren blieb die Prävalenz in den vergangenen 30 Jahren konstant. Geht man davon aus, dass die idiopathische Parkinson-Krankheit in 10-20 % aller im eigenen Haushalt lebenden Patienten nicht diagnostiziert wird, dürfte die tatsächliche Prävalenz idiopathischer Parkinson-Erkrankungen in London bei rund 200 je 100 000 Personen liegen.

Daten zu Krankenhausentlassungen von PD wurden in einigen EU-Ländern untersucht, allerdings über unterschiedliche Zeiträume (siehe Gourbin und Wunsch). PD ist keine pathologische Erkrankung, bei der ein hoher Prozentsatz der Patienten stationär in Krankenhäusern behandelt wird. Der Rückgriff auf Alternativen zu stationären Behandlungen dürfte auch die Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten erklären (siehe Abschnitt 4.7.2.11). Allerdings kommt den Krankenhäusern bei der Behandlung von PD-Patienten in je nach Alter unterschiedlichem Umfang immer größere Bedeutung zu: Schweden meldete beispielsweise bei Personen zwischen 45 und 49 Jahren einen Anteil von 11,9 in ein Krankenhaus eingewiesenen Personen je 100 000 Einwohnern, bei 80-84-Jährigen allerdings bereits einen Anteil von 235,4 Personen (4.7.42).

Epilepsie ist eine rezidivierende Anfallekrankung, die durch punktuelle oder allgemeine Ausschüttungen von Epileptogenen aus den Gehirnzellen ausgelöst wird. Sie ist durch eine abnormale elektrische Funktion der Neuronen (Nerven) der Großhirnrinde gekennzeichnet. Epilepsie ist keine eigenständige Krankheit, sondern beschreibt eine Gruppe unterschiedlicher Erkrankungen, deren Symptom immer wiederkehrende Anfälle sind. Die unterschiedlichen Erscheinungsformen von Epilepsie sind entweder sekundäre Merkmale einer bestimmten Anormalität oder Erkrankung oder werden als „idiopathisch“, d. h. ohne klar erkennbare Ursache, bezeichnet. Daten zu Prävalenz oder Inzidenz in der EU wurden bisher nicht gesammelt (mit Ausnahme einiger lokaler oder regionaler Erhebungen, z. B. in Finnland). Anhand zahlreicher Studien aus aller Welt lässt sich

schätzen, dass die mittlere Prävalenz aktiver Epilepsie (d. h. wiederkehrende Anfälle oder ein Erkrankungsgrad, der eine Behandlung erforderlich macht) bei rund 8,2 je 1 000 Einwohnern liegt. Allerdings könnte diese Zahl zu niedrig geschätzt sein. Aus Studien in entwickelten Ländern geht hervor, dass die jährliche Inzidenz von Epilepsie bei ca. 50 je 100 000 Einwohnern liegt. Durch die europaweite Aktion **Eucare** (European Concerted Action and Research in Epilepsy/Gemeinsame Europäische Maßnahmen- und Forschungsinitiative für Epilepsie) soll das Bewusstsein für Epilepsie in ganz Europa durch verschiedene Fortbildungs- und politische Maßnahmen gefördert werden. Außerdem veröffentlicht Eurocare das *European White Paper on Epilepsy*.

Multiple Sklerose ist eine Erkrankung des zentralen Nervensystems (Gehirn und Rückenmark), die durch Läsionen der weißen Substanz des zentralen Nervensystems ausgelöst wird und zu einer Degeneration des Myelinmantels führt. Sie ist gekennzeichnet durch mangelndes Koordinationsvermögen der Muskeln, Muskelschwäche, Sprachprobleme, Parästhesie sowie Sehstörungen. Die Auftretenshäufigkeit von Multipler Sklerose schwankt weltweit erheblich. Als Grund hierfür werden Umweltfaktoren wie z. B. das Auftreten von Viren oder ionisierender Strahlung, aber auch genetische Faktoren genannt. Weltweit tritt Multiple Sklerose in hohen Breitengraden in großer Entfernung vom Äquator wesentlich häufiger als in niedrigeren Breitengraden in Äquatornähe auf. Schätzungen der Zahl der weltweit Betroffenen reichen von 1,1 bis 2,5 Millionen. Daten zu Prävalenz und Inzidenz in der EU wurden (von einigen lokalen und regionalen Erhebungen) bisher nicht gesammelt. Die Zahl der Betroffenen wird auf 350 000 geschätzt. Die Prävalenz von Multipler Sklerose (siehe RUG) variiert zwischen 20 und 40 Betroffenen je 100 000 in den Mittelmeerländern und ca. 150 je 100 000 in den nördlichen Landesteilen des Vereinigten Königreichs und in Sizilien. In den Niederlanden liegen nur Daten für die Provinz Groningen vor (61,1 je 100 000 im Jahr 1986), und eine Gesamtschätzung für Österreich hat eine Prävalenz von 98,5 pro 100 000 (siehe Baumhackl). **Eurostat**-Daten zur Mortalität infolge von Multipler Sklerose stehen nur für sechs Länder zur Verfügung: Dänemark (288 Todesfälle in den Jahren 1996-1999), Island (5 Todesfälle 1996/97), Luxemburg (9 Todesfälle 1998/99), Niederlande (384 Todesfälle 1996/97), Norwegen (352 Todesfälle 1996-1999) und Schweden (287 Todesfälle 1997-1999).

Inzidenz- und Prävalenzraten seltener Krankheiten sind nur schwer messbar (siehe Robbins und Ewbank). Bei seltenen Krankheitsbildern wie Parkinson-Krankheit oder Multipler Sklerose (oder auch bei Epilepsie) nähert sich die benötigte Stichprobengröße dem Umfang der Gesamtbevölkerung an. Allerdings gibt es eine Kategorie von Krankheiten, bei denen — allerdings zu hohen Kosten — die Durchführung umfangreicher Erhebungen der Gesamtbevölkerung möglich ist. Manche Erkrankungen in dieser Kategorie wurden nur in einigen populationsgestützten Studien untersucht. Oft liefern selbst breit angelegte Studien Schätzungen mit sehr breiten Konfidenzintervallen. In bestimmten Fällen liegen nur Prävalenzstudien vor, da hierfür kein Längsschnitt-Follow-up notwendig ist. Typischerweise liefern diese Studien Schätzungen einzelner Parameter im Zusammenhang mit der betreffenden Erkrankung (d. h. Inzidenz, Prävalenz oder die entsprechende Mortalität). Die Prävalenz einer Krankheit in einer Population bezeichnet jenen Teil der Population, der zu einem bestimmten Zeitpunkt unter dieser Krankheit leidet. Per Definition handelt es sich dabei um ein Produkt der Inzidenz dieser Krankheit (d. h. der Geschwindigkeit, mit der neue Fälle auftreten) und der mittleren Erkrankungsdauer, die durch die Genesungs- und Mortalitätsraten bestimmt wird. Bei zahlreichen chronischen Krankheiten wird von einer Genesungsrate Null ausgegangen; leidet ein Patient an dieser Krankheit, lassen sich Symptome und Verlauf der Krankheit möglicherweise mehr oder weniger gut beherrschen, ein erkrankungsfreier Zustand wird allerdings nie mehr erreicht. Bei diesen Krankheiten wird die Prävalenz ausschließlich durch die Inzidenz der Krankheit und die damit einhergehende Mortalität bestimmt. Aufgrund der Kosten für die Schätzung von Inzidenz und Prävalenz zahlreicher Krankheiten bringen statistische Analysen, die zu einer Verbesserung der Schätzungen von Inzidenz und Prävalenz führen, erhebliche Vorteile mit sich. Es lässt sich insbesondere dann viel lernen, wenn Daten aus Inzidenz- und Prävalenzstudien zusammengelegt werden. Aus einzelnen Untersuchungen der Inzidenz können die Prävalenzraten anhand der Basiserhebung mit im Längsschnittverfahren ermittelten Inzidenzraten kombiniert werden.

4.7.2.11 Psychische Störungen

Die Belastung von Gesundheit und Produktivität durch psychische Störungen wurde lange Zeit unterschätzt. Aus den Daten der *Global Burden of Disease Study 2000*, die von der WHO, der Weltbank und der Harvard University durchgeführt wurden, geht hervor, dass psychische Störungen — einschließlich Suiziden — mehr als 15 % der krankheitsbedingten Kosten in etablierten marktwirtschaftlichen Volkswirtschaften wie der EU ausmachen. Im Weltgesundheitsbericht 2001 (*Mental health, new understanding, new hope*) der

WHO werden die weltweiten krankheitsbedingten Lasten durch psychische Störungen auf 12 % geschätzt. Beide Studien entwickelten ein gemeinsames Maß für den Vergleich der Belastungen durch Krankheiten über zahlreiche unterschiedliche Krankheitssituationen hinweg, einschließlich Tod und Behinderungen. Dieses Maß wird als die um Invalidität korrigierten Lebensjahre (Disability Adjusted Life Years — DALY) bezeichnet. Nach den DALY als Maßeinheit rangieren Depressionen in der *Global Burden of Disease study 2000* hinsichtlich der Höhe der erkrankungsverursachten Belastungen etablierter marktwirtschaftlicher Volkswirtschaften an zweiter Stelle nach koronaren Herzkrankheiten. Schizophrenie, bipolare Psychosen, Zwangspsychosen, panische Psychosen und posttraumatische Stresserkrankungen trugen ebenfalls in erheblichem Maße zu den auf psychische Störungen zurückzuführenden Krankheitsbelastungen bei (siehe WHO 2002b).

Die Krankheitsbelastungen bilden ein Maß für die Gesundheit einer Population bzw. Bevölkerung. Dieses Konzept ermöglicht die quantifizierte Darstellung der Bedeutung unterschiedlicher Erkrankungen. Es dient nicht nur als Maß für Inzidenz oder Mortalität, sondern ermöglicht auch die Berechnung der Auswirkungen als Ganzes. Als Maß der Krankheitsbelastungen dienen die um Invalidität korrigierten Lebensjahre (Disability Adjusted Life Years — DALY), ein Maß, mit dem anhand der Inzidenz einer Krankheit, dem Alter, in dem die Krankheit auftritt, sowie der Behinderung bzw. Invalidität für die einzelnen Krankheitskategorien die von einer Krankheit ausgehende Belastung gemessen wird. Die DALY-Zahlen geben sowohl als Absolut- wie auch als Relativwert an, in welchem Umfang die einzelnen Krankheitskategorien zur Gesamtkrankheitsbelastung der Bevölkerung beitragen.

In der EU erkennen die Schlussfolgerungen des Rates vom 15. November 2001 zur Bekämpfung von Stress und depressionsbezogenen Problemen (siehe 2002/C/6/01) an, dass Stress und depressionsbezogene Probleme und ihre Übertragung zwischen den Generationen von herausragender Bedeutung für alle Altersklassen sind und entscheidend zur Krankheitslast und zum Verlust an Lebensqualität in der Europäischen Union beitragen. Diese Schlussfolgerungen fordern die Kommission im Rahmen des Aktionsprogramms im Bereich der Öffentlichen Gesundheit dazu auf, die Sammlung vergleichbarer Daten zu den Merkmalen, Determinanten und Ursachen von Stress und Depression zu erleichtern, entsprechende nationale Politiken zu ergänzen und Vorbeugungs-

maßnahmen gegen Stress und Depression zu entwickeln.

Das Zweijahresprojekt zur Erstellung der Indikatoren für die psychische Gesundheit in der EU, das unter Koordinierung des **Nationalen Forschungs- und Entwicklungszentrums für Wohlfahrt und Gesundheit (Stakes, Finnland)** durchgeführt wurde, lief 1999 im Rahmen des Gesundheitsberichterstattungsprogramms der Gemeinschaft mit dem Ziel an, einen Bestand an Indikatoren für die psychische Gesundheit für die EU aufzustellen. Hierzu sammelte das Projekt Informationen zu bereits bestehenden Informationssystemen und Indikatoren und betrieb die Aufstellung harmonisierter Definitionen der Indikatoren für die psychische Gesundheit. Diese Indikatoren der psychischen Gesundheit sollen in ein umfassendes europäisches Gesundheitsüberwachungssystem einfließen. Psychische Gesundheit (siehe Stakes 2002) lässt sich in zweierlei Dimensionen beschreiben: **1. Intakte psychische Gesundheit** kann konzeptionell entweder als Wert an sich oder aber als Mittel aufgefasst werden, das auch die Fähigkeit einschließt, widrige Umstände zu überwinden und auch in Belastungssituationen einen Zusammenbruch oder Gesundheitsprobleme unterschiedlicher Art zu verhindern; **2. Beeinträchtigte psychische Krankheit** bezieht sich auf psychische Störungen, Symptome und Probleme. Psychische Gesundheit drückt als unteilbarer Bestandteil des allgemeinen Gesundheitszustands das Gleichgewicht zwischen dem Einzelnen und seiner Umwelt aus. Sie wird beeinflusst durch: a) individuelle biologische und psychologische Faktoren, b) soziale Interaktion, c) Strukturen und Mittel der Gesellschaft sowie d) kulturelle Werte. In diesem Zusammenhang ist psychische Gesundheit als Prozess vorstellbar, der Veranlagung, Auslöser und begleitende Faktoren sowie unterschiedlichste Folgen und Konsequenzen umfasst. Die Frage der psychischen Gesundheit ist allerdings außerordentlich komplex, da die meisten psychischen Störungen in ihrer Ätiologie auf unterschiedlichste Faktoren zurückgehen; Ausbruch, Verlauf und Heilung einer bestimmten Störung können durch eine Vielzahl verschiedener Risikofaktoren beeinflusst werden, außerdem kann ein einziger Risikofaktor bei zahlreichen Formen von somatischen wie auch psychischen Gesundheitsproblemen auftreten.

Der **Indikator der psychischen Gesundheit** ist ein Maß für den psychischen Gesundheitszustand; eine Variable für die psychische Gesundheit, die auf ein vorrangiges Ereignis oder ein Problem hinweist. Hierbei kann es sich um Größen von Gesundheits-erhebungen oder um Sammlungen von Statistikdaten handeln; sie sind als Wiederholungsmessungen zu verstehen. Selbst unter opti-

malen Bedingungen sind Indikatoren nur indirekte oder teilweise Maßgrößen für eine komplexe Situation. Ziel des Projekts *Stakes* ist, einen Bestand an Indikatoren für die Beobachtung psychischer Gesundheit zu erstellen. In diesem Zusammenhang wird die Beobachtung der psychischen Gesundheit als systematische, wiederholte Messung von Faktoren der psychischen Gesundheit der Bevölkerung definiert. Neben der Erfassung von Daten schließt die Gesundheitsbeobachtung auch das Follow-up dieser Maßnahmen ein, um interpretieren zu können, wie sie die Lage der psychischen Gesundheit nach bestehenden politischen Zielen und Strategien entwickelt, und ggf. die entsprechenden Maßnahmen einzuleiten.

Einige der im Projekt **Stakes** angesprochenen Indikatoren wurden durch **Eurostat** regelmäßig gesammelt: a) Mittel (Psychiatriebetten, Zahl der Psychiater), b) Todesursachen im Zusammenhang mit psychischen Problemen (Suizid, Alkoholerkrankungen, Geisteskrankheiten), c) Stress, d) Minderung der Aktivitäten infolge emotionaler Probleme, e) persönliches Befinden und soziale Isolation, f) Konsum psychotroper Medikamente sowie g) durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Krankenhäusern infolge psychischer Störungen. Die vorstehenden Indikatoren werden in anderen Kapiteln bzw. Abschnitten dieser Veröffentlichung beschrieben. Ergebnisse der Gesundheitserhebungen (chronische Krankheiten) liegen noch nicht vor (*siehe Abschnitt 4.1*). Weitere Themen wie psychisches Befinden (nach den empfohlenen Fragen der **Euro-REVES Mental Health Group**) sowie Konsultationen von Spezialisten für psychische Krankheiten werden in einer zukünftigen Eurobarometer-Umfrage im Jahr 2002 berücksichtigt. Begrenzte Datenbestände zu Krankenhausentlassungen und depressions- und angstbedingten Problemen am Arbeitsplatz (die ebenfalls von Eurostat gesammelt werden) sowie bestimmte Prävalenzdaten aus verschiedenen Quellen werden in diesem Abschnitt behandelt.

Spezifische Daten zur Prävalenz oder Inzidenz der wichtigsten psychischen Krankheiten liegen nur selten in kontinuierlicher Form auf nationaler Ebene innerhalb der EU vor. Allerdings liegen verschiedene Zahlen aus lokalen und regionalen Studien vor; sie wurden in diesem Abschnitt verwertet.

Depressionen

Depressionen sind nach dem DSM-IV (*siehe Kasten*) durch Traurigkeit, fehlendes Interesse an Aktivitäten sowie nachlassende Energie gekennzeichnet (*siehe WHO 2001e*). Zu den weiteren Symptomen gehören schwindendes Selbstvertrauen und Selbstachtung, unangebrachte Schuldgefühle, Todes- und Suizidsehnsucht, vermindertes

Konzentrationsvermögen sowie Schlaf- und Appetitstörungen. Daneben können auch unterschiedlichste somatische Symptome auftreten. Depressionszustände sind zwar weit verbreitet, insbesondere nach Rückschlägen im Leben, doch wird eine Depressionserkrankung nur dann diagnostiziert, wenn die Symptome einen gewissen Schwellenwert erreichen und mindestens zwei Wochen dauern. Depressionen treten bei Frauen häufiger als bei Männern auf. Depressionen können in jedem Lebensabschnitt zum Ausbruch kommen, sind allerdings im mittleren Lebensalter am häufigsten. In zunehmendem Maße werden Depressionen mittlerweile jedoch auch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen beobachtet (*siehe Lewinsohn 1993*). Depressionen sind im Wesentlichen eine periodisch wiederkehrende Erkrankung, wobei jede Erkrankungsperiode normalerweise zwischen einigen Monaten und einigen Jahren dauert und von normal verlaufenden Lebensphasen begrenzt ist. In rund 20 % aller Fälle verlaufen die Depressionen allerdings chronisch ohne Remission (*siehe Thornicroft und Sartorius 1993*), vor allem, wenn keine angemessenen Behandlungsmöglichkeiten bestehen. Die Rückfallrate bei Patienten, die sich vom ersten Ausbruch der Krankheit erholen, liegt nach zwei Jahren bei rund 35 %, nach zwölf Jahren bei rund 60 %. Eine der besonders tragischen Folgen depressiver Erkrankungen ist Selbstmord. Rund 15-20 % der Depressionspatienten setzen ihrem Leben durch Selbstmord ein Ende.

Die Studie **Outcome of Depression in Europe (ODIN)** wird von der **Generaldirektion Forschung** der Europäischen Kommission unterstützt. ODIN war Teil einer breiter angelegten, mehrere Zentren umfassenden europäischen Studie zum Auftreten von Depressionen, war allerdings auf vier EU-Mitgliedstaaten sowie Norwegen beschränkt. Als Ziel der Studie sollte die Prävalenz von Depressionserkrankungen in zufällig ausgewählten Stichproben der Gesamtbevölkerung in fünf europäischen Ländern untersucht werden (**4.7.43**). Die Studie war als zweiphasige Querschnittsstudie der Gemeinschaft angelegt, die sich in Phase 1 auf das Beck-Depression-Inventar, in Phase 2 auf SCAN (Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) stützte. Eine Analyse der kombinierten Stichproben ($n=8,764$) ergab eine Gesamtprävalenz depressiver Erkrankungen in der Größenordnung von 8,2 %. Dabei lagen die Zahlen bei Frauen bei 9,6 %, bei Männern bei 6,2 %. Die Zentren lassen sich in drei Kategorien unterteilen: hohe Prävalenz (Großstadtgebiete in Irland und im Vereinigten Königreich: 12,8 bzw. 17,1 %), niedrige Prävalenz (Großstadtgebiete in Spanien: 2,6 %) und mittlere Prävalenz (Norwegen, Finnland: 6,0-9,3 %). Zusammenfassend weist ODIN die hohe Prävalenz von Depressionserkrankungen

in Europa nach. Die Autoren verweisen allerdings darauf, dass der Aussagefähigkeit der Studie aufgrund der geringen Antwortquote einiger Zentren Grenzen gesetzt sind und dass sie aufgrund von Nichtbeantwortung möglicherweise ein verzerrtes Bild vermittelt (siehe Ayuso-Mateos 2001).

Als weitere wichtige Quelle (siehe Tafforeau und Bayingana 2002) ist die Studie **Depres (Depression Research in European Society)** zu nennen. Diese Studie erstreckt sich auf eine Erhebung in sechs Mitgliedstaaten mit 78 463 Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren und stützt sich auf das MINI (*Mini-International Neuropsychiatric Interview*) gemäß der ICD-10. Als Ergebnis (**4.7.43**) wurde bei depressiven Erkrankungen über einen Zeitraum von sechs Monaten eine Prävalenzrate von 17,0 % festgestellt. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass die Prävalenz unterschiedlicher Depressionserkrankungen in Frankreich und im Vereinigten Königreich am höchsten ist (mehr als 22 % aller Typen bei beiden Geschlechtern). Am niedrigsten ist die Prävalenz in Deutschland (11,3 %) und Belgien (12,2 %). Nach der Depres-Studie nahmen nur 57 % der als depressiv ermittelten Personen medizinische Hilfe in Anspruch. Die Personen in medizinischer Behandlung erhielten überwiegend medizinische Grundversorgung; davon wurden zwei Dritteln keine Medikamente verschrieben. Wurde eine Medikamentenbehandlung verschrieben, erfolgte nur in 25 % der Fälle die Verschreibung eines Antidepressivums. Die Ergebnisse ähneln weitgehend denen der **U. S. National Comorbidity Survey**, bei der festgestellt wurde, dass 17,3 % der Gesamtbevölkerung bereits eine schwere Depressionsphase durchlebt hatten und 24,5 % bereits früher in ihrem Leben unter Angstpsychosen litten.

Wie bereits vorstehend erwähnt, umfasst die **Arbeitskräfteerhebung der EG** 1999 ein Ad-hoc-Modul zu berufsbedingten Gesundheitsschäden (siehe 4.7.2.6). Hierbei ging aus der standardisierten Prävalenzrate berufsbedingter Gesundheitsschäden nach Diagnosegruppen hervor, dass 1 181 von 100 000 Arbeitnehmern in der EU **Depressionen, Beklemmungen oder Stress** mit oder ohne Ausfalltagen meldeten (**4.7.44**); diese Erhebung erstreckte sich dabei allerdings nur auf acht Mitgliedstaaten der EU. Die Ergebnisse divergieren erheblich und reichen von den höchsten Prävalenzwerten in den Ländern Skandinaviens wie Finnland (3 374) und Schweden (2 052) bis zu den niedrigsten Werten in Italien (652) und Spanien (326). Bei diesen acht Mitgliedstaaten der EU ist die Prävalenz im Erziehungs- und Unterrichtssektor (2 306) sowie im Gesundheits- und Sozialwesen (2 188) am höchsten. Zu diesen Gruppen zählen Lehrer, Krankenschwestern, Sozialarbeiter und Ärzte. In der EU

meldeten 445 von 100 000 Erwerbstätigen aus diesem Grund mehr als 14 Ausfalltage (d. h. Fehlzeiten von zwei oder mehr Wochen). Die höchste Prävalenz wurde bei beiden Typen bei den 45- bis 54-Jährigen erreicht (1 532 mit oder ohne Ausfallzeiten, 603 mit mehr als 14 Ausfalltagen). Am höchsten sind die Prävalenzraten, die zu Arbeitsausfallzeiten von zwei Wochen oder mehr (über ein Jahr kumuliert) führen, im Gesundheits- und Sozialwesen (832) und im Erziehungs- und Unterrichtssektor (828). Gegenwärtig liegen nur in begrenztem Umfang Informationen vor, anhand deren sich diese berufsbedingten Krankheiten der Erwerbstätigen in der EU im zeitlichen Verlauf analysieren ließen. Aus Erhebungen berufsbedingter Krankheiten lässt sich ein Anstieg der gemeldeten Prävalenz berufsbedingter Stresserkrankungen ableiten, allerdings ist ein derartiger Anstieg möglicherweise auch durch andere Faktoren als durch eine echte Zunahme von Stress am Arbeitsplatz oder durch zusätzlich zur Stressbelastung auftretende Faktoren zu erklären. Im Hinblick auf Langzeiterkrankungen hebt die **Internationale Arbeitsorganisation (IAO)** allerdings hervor, dass psychische Krankheiten mehr Leben gefährden und eine größere Verschwendung von Humanressourcen bedeuten als sämtliche anderen Formen von Behinderungen und dass psychische Krankheiten eine der drei hauptsächlichsten Ursachen einer Arbeitsunfähigkeit darstellen. In der EU sind psychische Krankheiten eine der wesentlichsten Ursachen für die Inanspruchnahme von Erwerbsunfähigkeitsrenten (siehe ILO-Website).

Schizophrenie

Schizophrenie ist nach dem DSM-IV (*siehe Kasten*) eine schwere Erkrankung, die typischerweise gegen Ende der Jugend oder bei jungen Erwachsenen einsetzt (siehe WHO 2001e). Sie ist durch tief greifende Verzerrungen der Denk- und Wahrnehmungsprozesse und durch übertriebene emotionale Reaktionen gekennzeichnet. Diese Störung beeinträchtigt die grundlegendsten Funktionen, aus denen normale Menschen das Gefühl für Individualität, Einzigartigkeit der Persönlichkeit und die Fähigkeit zur Steuerung des eigenen Lebens gewinnen. In bestimmten Phasen der Erkrankung kann es zu schweren Verhaltensstörungen kommen, die negative soziale Folgen nach sich ziehen können. Ein tief verwurzelter Glaube an falsche und durch nichts in der Realität zu begründende Vorstellungen (Wahnvorstellungen) ist ein weiteres Krankheitsmerkmal. Schizophrenie verläuft schwankend, wobei es in rund einem Drittel der Fälle zur vollständigen symptomatischen und sozialen Erholung kommt. Allerdings kann die Krankheit auch chronisch oder schubweise verlaufen, d. h., es halten sich Restsymptome und die soziale Erholung erfolgt nur unvollständig.

Chronisch Schizophrene stellten in der Vergangenheit und auch heute noch — soweit derartige Einrichtungen noch weitergeführt werden — einen erheblichen Anteil der Patienten geschlossener Anstalten.

Aus den Daten fast hundertjähriger epidemiologischer Forschung geht hervor, dass Schizophrenie in sämtlichen Bevölkerungsgruppen mit einer Prävalenz von 1,4 bis 4,6 je 1 000 sowie mit Inzidenzraten von 0,16 bis 0,42 je 1 000 Personen auftritt (siehe Jablensky 2000). Nach den Daten des US National Institute of Mental Health leiden rund 2,2 Millionen Erwachsene in den Vereinigten Staaten, d. h. rund 1,1 % der Bevölkerung ab 18 Jahren, im Bezugsjahr an Schizophrenie (siehe Narrow 1998). In der EU liegt die Prävalenz nach der begrenzten Zahl verfügbarer Untersuchungen zwischen 2,4 und 6,7 je 1 000 Personen der Bevölkerung ab 18 Jahren. Schizophrenie tritt mit ungefähr gleicher Häufigkeit bei Männern und Frauen auf, allerdings bricht sie bei Frauen tendenzmäßig später aus. Auch zeigen Frauen eher einen günstigeren Verlauf und Heilungschancen bei dieser Krankheit. Wiederholt wurde nachgewiesen, dass Schizophrenie in Entwicklungsländern weniger schwer verläuft (siehe Kulhara & Wig 1978; Thara & Eaton 1996). So betrug beispielsweise bei einer der an mehreren Orten durchgeführten internationalen Untersuchungen der Anteil der Patienten, bei denen nach 2 Jahren eine Vollremission erreicht war, in Entwicklungsländern 63 %, in entwickelten Ländern dagegen nur 37 % (siehe Jablensky et al. 1992).

Bipolare Affektstörungen

Bipolare Affektstörungen (siehe Website des National Institute of Mental Health), auch als **manisch-depressive Erkrankung** bekannt, ist nach dem DSM-IV (siehe Kasten) eine Störung der Gehirnfunktionen, die außergewöhnliche Wechsel der Stimmung, Energie und Funktionsfähigkeit eines Menschen hervorruft. Die Symptome bipolarer Affektstörungen nehmen — anders als die üblichen Höhen und Tiefen, die jeder durchlebt — außerordentlich schwere Formen an. Sie können zu Beziehungsstörungen, Scheitern am Arbeitsplatz oder in der Schule und sogar zu Suizid führen. Bipolare Affektstörungen sind eine Langzeiterkrankung, die während des Lebens des Betroffenen einer sorgfältigen Handhabung bedarf. Eine Behandlung ist durchaus möglich; auch Menschen, die an dieser Krankheit leiden, können ein erfülltes und produktives Leben führen. Bipolare Affektstörungen entwickeln sich typischerweise in später Jugend oder bei jungen Erwachsenen. Bei manchen Menschen treten die ersten Symptome allerdings bereits im Kindesalter auf, bei anderen dagegen in wesentlich späteren Lebensabschnitten.

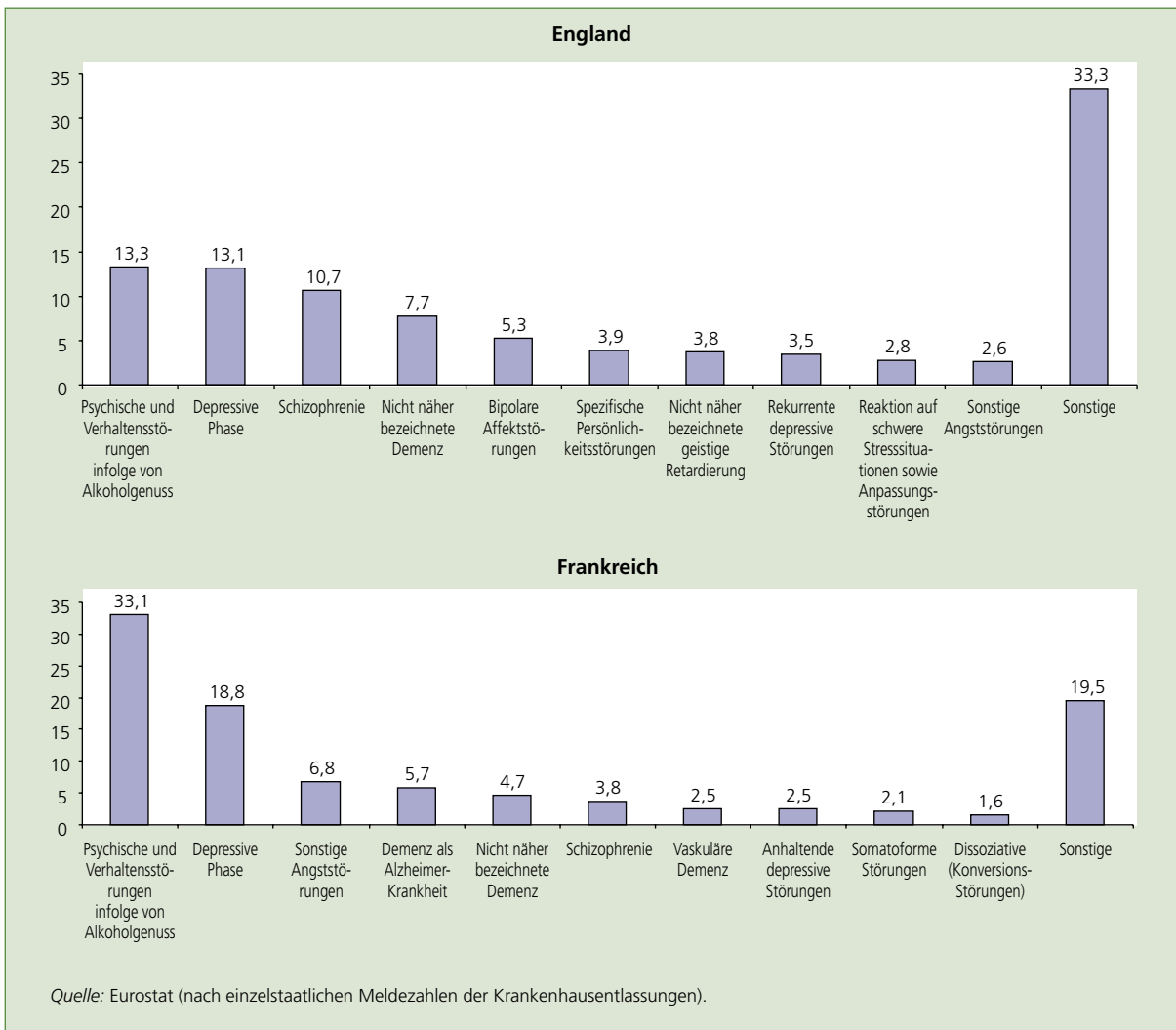
Nach den Daten des US National Institute of Mental Health und der DIS (*Diagnostic Interview Schedule*) auf Basis des DSM-IV leiden rund 2,3 Millionen Erwachsene, also ca. 1,2 % der US-Bevölkerung im Alter ab 18 Jahren, im jeweiligen Bezugsjahr an bipolaren Affektstörungen (siehe Narrow 1998). In der EU zeigen die meisten Studien, die auf der DIS basieren (**4.7.43**), eine Prävalenzspanne zwischen 0,2 und 1,2 % der Bevölkerung im jeweiligen Bezugsjahr. Allerdings werden bestimmte manische oder hypomanische Krankheitszustände nicht als Teil einer bipolaren Affektstörung gemeldet; die entsprechende Prävalenz könnte somit nach anderen Studien auf 1,6 bis 6,5 % angesetzt werden (siehe Bourgeois und Verdoux 1995). Die auf die Lebenszeit errechneten Prävalenzraten der bipolaren Affektstörungen I lagen in der Gesellschaft zwischen 0 und 1,6 %, die der bipolaren Affektstörungen II zwischen 0,3 und 2,0 %. Bei Studien, in die weitere Untergruppen des Spektrums einbezogen wurden, bewegten sich die gemeldeten Werte zwischen 3,0 und 5,5 %. Mit Ausnahme der Züricher Kohortenstudie, bei der eine Rate von 55 je 1 000 Personen ermittelt wurde, liegen allerdings keine Prävalenzdaten zu hypomanischen DSM-IV-Krankheitszuständen vor, und zu zylothymischen Krankheiten nach DSM-IV sind sogar überhaupt keine Daten zugänglich. Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Prävalenz bipolarer Affektstörungen wurden nicht nachgewiesen.

Aus Krankenhäusern entlassene Patienten mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen

Die Codes der ICD-9-CM zu Krankenhausentlassungen erfassen nur Personen, die aufgrund gesundheitlicher Probleme **mindestens eine Nacht in Krankenhäusern verbrachten**; Patienten, die durch primäre Gesundheitsversorgungseinrichtungen oder Ärzte ambulant behandelt werden, sind darin nicht einbezogen. Nach dieser Klassifikation in Verbindung mit den von Eurostat gesammelten Daten wurden 1999 schätzungsweise 2 141 000 Europäer (EU-15 ohne Belgien) aufgrund psychischer Störungen oder Verhaltensstörungen in Krankenhäuser eingewiesen. Aus den Vereinigten Staaten wurde im gleichen Jahr eine annähernd gleiche Zahl gemeldet: 2 018 000 Patienten laut Angaben der US National Discharge Survey.

Detaillierte Angaben zu den wichtigsten Diagnosen der Krankenhäuser bei psychischen und Verhaltensstörungen liegen für die überwiegende Zahl der Mitgliedstaaten nicht vor. Nach Eurostat (**4.7.46**) werden psychische Störungen und Verhaltensstörungen infolge Alkoholgenusses (13,3 %) sowie depressive Phasen (13,1 %) in England am

4.7.46 Schätzungen der häufigsten gemeldeten psychischen Erkrankungen als Anteil der Gesamtzahl der Krankenhausentlassungen, 1999 (in %)



häufigsten diagnostiziert, gefolgt von Schizophrenie (10,7 %), nicht näher bezeichneter Demenz (7,7 %) sowie bipolaren Affektstörungen (5,3 %). In Frankreich wurden die gleichen Hauptursachen festgestellt, allerdings in abweichenden prozentualen Anteilen: Diagnosen psychischer und Verhaltensstörungen infolge von Alkoholgenuss (33,1 %) sowie depressive Phasen (18,8 %) kommen auch hier am häufigsten vor, gefolgt von sonstigen Angststörungen (6,8 %), Demenz in Form der Alzheimer-Krankheit (5,7 %), nicht näher bezeichneter Demenz (4,7 %) und Schizophrenie (3,8 %). Aussagefähige Daten zu Diagnosen bei Wiedereinweisungen fehlen auf EU-Ebene, allerdings sind Schätzungen zufolge schizophrene Störungen und Affektpsychosen die häufigsten Gründe für eine Wiedereinweisung. Die Entlassungsstatistiken (siehe Kapitel 6) basieren auf Zählungen der Krankenhausentlassungen, die allerdings eine Zählung der Vorgänge, nicht der Patienten darstellen. Ein im Verlaufe des Berichtsjahres dreimal eingewiesener und wieder entlas-

sener Patient würde in dieser Statistik folglich als drei Entlassungen gezählt werden.

Bei den Entlassungszahlen je 100 000 Personen (4.7.45) wurden die höchsten einzelstaatlichen Zahlen für den gesamten Bereich der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen in Finnland (1 778,4), Österreich (1 507,4) und Luxemburg (1 101,7 im Jahr 1998), die niedrigsten Zahlen in Spanien (261,9) und den Niederlanden (137,6) ermittelt. Die erheblichen Unterschiede der Entlassungszahlen in den einzelnen EU-Mitgliedstaaten sind möglicherweise dadurch bedingt, dass in unterschiedlichem Umfang alternative Pflegeformen wie z. B. ambulante Kliniken, kommunale Dienste sowie häusliche Pflege zur Verfügung stehen und genutzt werden. Die von Jahr zu Jahr variierenden Zahlen könnten durch Veränderungen in der Gesundheitspolitik bedingt sein, z. B. durch die Einführung kommunaler Betreuungsprogramme anstelle von Krankenhausbehandlungen. Um diese Zahlen korrekt interpretieren zu können,

ist zu berücksichtigen, dass die Bettenkapazitäten der Krankenhäuser in den einzelnen Mitgliedstaaten in unterschiedlicher Weise abgebaut wurden. Daraus folgt, dass die Bettenzahlen psychiatrischer Krankenhäuser überall erheblich zurückgingen und dass die Betreuung psychisch Kranker heute in allen EU-Mitgliedstaaten häufig (in unterschiedlichem Umfang) ambulant, in Gesundheitszentren für die Primärversorgung und in privaten psychiatrischen Krankenhäusern (die durch die amtlichen Statistiken nicht immer erfasst werden) erfolgt. Durch die gegenwärtigen Gesundheitsreformen werden diese Veränderungen der staatlichen Systeme zur Behandlung psychisch Kranker noch weiter beschleunigt. Dieser Deinstitutionalisierungsprozess führt dazu, dass sich die Patienten in der Gemeinschaft auf eine Vielzahl von Orten verteilen, die allerdings oft nicht über die für eine einwandfreie Funktion nötigen Dienste und Hilfen verfügen (siehe Kapitel 6).

Das **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)** wird von der **American Psychiatric Association (APA)** veröffentlicht und ist die Standardklassifikation psychischer Erkrankungen, die zunächst von Fachärzten für psychische Krankheiten in den Vereinigten Staaten und heute in aller Welt verwendet wird. Sie soll in unterschiedlichsten Kontexten Anwendung finden (siehe APA-Website) und von klinischem Personal und Forschern unterschiedlichster Fachrichtungen genutzt werden (z. B. für biologische, psychosomatische, kognitive, Verhaltens-, zwischenmenschliche und familien- bzw. systemorientierte Konzepte). DSM-IV wurde für die umgebungsübergreifende Anwendung entwickelt: für stationäre oder ambulante Patienten, partielle Krankenhausaufenthalte, Konsultation/Überweisung, Kliniken, private Praxen und primäre Gesundheitsfürsorge sowie für das kommunale Lebensumfeld, ferner für Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter, Krankenhelfer und -schwestern, Arbeits- und Rehabilitationstherapeuten, Berater und andere Berufe im Bereich des Gesundheitswesens und psychischer Erkrankungen. Das DSM setzt sich aus drei Hauptbestandteilen zusammen: der diagnostischen Klassifikation, den Diagnosekriterien und dem beschreibenden Text. Die Diagnoseklassifikation umfasst ein Verzeichnis psychischer Krankheiten, die offiziell Teil des DSM-Systems sind. Bei einer „DSM-Diagnose“ werden jene Erkrankungen bzw. Störungen aus der Klassifikation ausgewählt, welche die Anzeichen und Symptome des untersuchten Patienten am besten ausdrücken. Jeder Diagnosebezeichnung ist ein Diagnosecode zugeordnet. Diese Diagnosecodes werden aus der International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation der Krankheiten), 9. Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) abgeleitet (siehe Kasten in Kapitel V). Die ICD-9-CM ist das offizielle Codierungssystem, das in der EU für die Überwachung von Morbidität und

Mortalität bestimmter Krankheiten und für die anschließende Erstellung von Statistiken verwendet wird. Für jede im DSM aufgenommene Krankheit bzw. Gesundheitsstörung existieren Diagnosekriterien, aus denen hervorgeht, welche Symptome vorliegen müssen (und wie lange), damit eine Diagnose (hier als Einschlusskriterien bezeichnet) gestellt werden kann, sowie, welche Symptome nicht vorhanden sein dürfen (als Ausschlusskriterien bezeichnet), damit für eine Person eine bestimmte Diagnose gestellt werden kann.

DSM-IV ist ein Diagnosehandbuch, das sich auf die ICD-9-CM-Codes als Hilfe bei der Führung klinischer Aufzeichnungen stützt. DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*) wurde 1994 als letzte groß angelegte Überarbeitung des DSM veröffentlicht. Da die nächste umfassende Überarbeitung des DSM (d. h. DSM-V) erst 2010 oder später erfolgen dürfte, wurde im Juli 2000 eine Textüberarbeitung des DSM-IV unter der Bezeichnung DSM-IV-TR veröffentlicht. Anders als bei DSM-III und DSM-III-R sind sämtliche Diagnosecodes in DSM-IV und DSM-IV TR so gewählt, dass sie als gültige ICD-9-CM-Codes behandelt werden können. Im Oktober 1995 veröffentlichte die APA außerdem das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition-Primary Care Version (DSM-IV-PC)*. Das DSM-IV-PC war speziell für die Verwendung in Kliniken der primären Gesundheitsfürsorge entwickelt worden. Da es sich beim DSM-IV-TR um ein Diagnosehandbuch handelt, sind verschiedene Untertypen und Spezifikationen im ICD-9-CM nicht codierbar. Gegenwärtig entwickelt das **National Center for Health Statistics** (Vereinigte Staaten) eine Modifikation der ICD-10, die in den Vereinigten Staaten als ICD-10-CM verwendet und dort in den nächsten Jahren in der Praxis erprobt werden soll. Eine internationale Version des DSM-IV liegt für Psychiater in jenen Ländern vor, die mit der ICD-10 arbeiten. Die internationale Version der DSM-IV enthält die ICD-10-Codes sowie zusätzliche Textteile, in denen der Zusammenhang zwischen den DSM-IV-Kriterien und den ICD-10-Diagnosekriterien für die Forschung beschrieben wird.

Gegenwärtig läuft eine neue Aktion: die **European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMEd/MhedeA 2000)**, welche vom **Institut Municipal d'Investigació Mèdica** (Barcelona) koordiniert wird. Es ist eine neue Querschnittsstudie, welche Prävalenz und die dazugehörigen Faktoren von physischen Störungen sowie auch ihre Auswirkung auf gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Nutzung von Diensten in sechs europäischen Ländern untersucht. Insgesamt werden 22 000 Personen über 18 Jahre, die aus dem Bevölkerungsbereich kommen, der nicht in Einrichtungen lebt, in Belgien, Frankreich, Deutschland, Italien, den Niederlanden und Spanien in ihren Heimen

interviewt, wobei die neueste Version des Zusammengesetzten internationalen diagnostischen Interviews (CIDI, 2000) verwendet wird. Das CIDI ist eine weitverbreitete akzeptierte epidemiologische Erhebung zum Bewerten von physischen Störungen. Dies ist die erste internationale Studie, welche die standardisierte aktualisierte Methodologie für epidemiologische Bewertung verwendet. Beträchtliche Unterschiede in Prävalenz, der Auswirkung und den Bedürfnissen, welche von den Gesundheitsdiensten abgedeckt werden müssen, werden erwartet (siehe Alonso).

Systeme für psychische Gesundheit in der EU

Die **London School of Economics and Political Science**, LSE Health and Social Care, hat (siehe Knapp/Eurohealth) die Hauptherausforderungen untersucht, die Systemen der psychischen Gesundheit Europas gegenüberstehen. Ausgehend von einer Ressourcenperspektive, gibt es mehrere Hauptherausforderungen, die Systemen der physischen Gesundheit Europas gegenüberstehen. Eine ist die Ressourcenverteilung: So gibt es z. B. eine Tendenz zur Konzentration der besten und größten Auswahl an Diensten in großen Städten, da psychische Probleme im städtischen Bereich weit mehr verbreitet sind als unter der Landbevölkerung. Ein damit zusammenhängendes Problem könnte sein, dass einige Dienste nur für höhere Einkommensklassen verfügbar sind, obwohl viele der gemeinsamen psychischen Probleme mit niedrigem Einkommen verbunden werden. Allgemeiner gibt es einen Bedarf für die europäischen Regierungen, das Veralterungsproblem in Angriff zu nehmen und zwar nicht nur als sozialen Ausschluss bei Personen mit schwerwiegenden und fortdauernden psychischen Krankheiten, sondern auch im Hinblick auf den bedeutenden sozialen Nachteil für Personen mit normalen psychischen Störungen. Eine weitere Herausforderung ist die Ressourcenuneignetheit: Ein klares Beispiel hierfür ist die anhaltende vorherrschende Stellung großer psychiatrischer Asyle in einigen Ländern. In Kosten ausgedrückt absorbieren diese Krankenhäuser hohe Anteile des verfügbaren Haushaltsetats der physischen Gesundheit, während sie nur einen relativ kleinen Anteil der Gesamtbevölkerung versorgen.

Die Finanzierung der Dienste für psychische Gesundheit ist ähnlich der Finanzierung des allgemeinen Gesundheitswesens (siehe Dixon/Eurohealth). Viele psychische Probleme neigen dazu, chronischer Natur zu sein, was einen dauernden Zugang zu Diensten erfordert. Allerdings wird die Intensität der Benutzung der Dienste zeitweilig aufgrund der Inzidenz akuter Episoden variieren, was eine Flexibilität in der Versorgung erfordert. In

den meisten Ländern und Kulturen sind psychische Probleme stigmatisiert, und es kommt vor, dass Personen oft erst spät um Rat und Behandlung für ihre Probleme suchen, und umgekehrt kann es für das Gesundheitssystem schwierig sein, Personen zu identifizieren und zu behandeln. Signifikanter ist die Diversifikation, die in den meisten Mitgliedstaaten infolge der Verschiebung weg von institutionalisierter Psychiatrie zu Gemeinschaftspflege stattgefunden hat.

Seit dem Anfang der Deinstitutionalisierungsbeziehung über viele Länder in den 60er Jahren ist eine große Vielfalt von Modellen entwickelt worden, um Personen mit psychischen Problemen außerhalb der Krankenhausumwelt zu versorgen (siehe Catty/Eurohealth). Während es weitverbreiteten Konsens gibt, dass Behandlung in der Gemeinschaft ein wertvolles Ziel ist, gibt es weit weniger Konsens über die relative Wirksamkeit dieser Dienstmodelle oder ihrer Ressourcenauswirkungen. Während Interventionen im Bereich psychischer Gesundheit an sich keinesfalls leicht zu bewerten sind, sind Dienstmodelle — Strukturen für die Lieferung einer Vielfalt von Interventionen — noch weniger einfach zu bewerten. Als Reaktion auf die Notwendigkeit, die Wirksamkeit von „Pflege zu Hause“ über anderen Formen der Pflege der Personen mit psychischen Problemen hervorzuheben, hat die LSE eine systematische Übersicht über „Pflege zu Hause“, die als jeder Pflegedienst außerhalb von Institutionen definiert wurde. Kontextabhängige Faktoren wie z. B. Methoden in psychiatrischer und sozialer Pflege oder Unterschiede in organisatorischen und finanzierenden Strukturen müssen vollständig verstanden und in Erwägung gezogen werden bei der Interpretation des Erfolgs der Pflegeform. Andererseits muss für die Bewertung dieser Dienste auch ihr Anpassungspotenzial an einen anderen Kontext in Erwägung gezogen werden. Für weitere Informationen siehe <http://www.lse.ac.uk/Depts/lsehsc/>.

4.7.2.12 Seltene Krankheiten

Vom Europäischen Parlament wurde ein **Aktionsprogramm der Gemeinschaft für seltene Krankheiten** (einschließlich genetischer Krankheiten) verabschiedet; zusätzlich wurde in der Entscheidung 1295/99/EG des Rates vom 29. April 1999 ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft betreffend seltene Krankheiten für den Zeitraum vom 1. Januar 1999 bis zum 31. Dezember 2003 angenommen. Dieses Programm verfolgt — in Verbindung mit anderen Gemeinschaftsmaßnahmen — das Ziel, einen Beitrag zu einem hohen Maß an Gesundheitsschutz gegen seltene Krankheiten zu leisten. Für die Zwecke dieses Programms sind unter seltenen Krankheiten (auch

Krankheiten genetischen Ursprungs) jene Krankheiten zu verstehen, die lebensbedrohlich verlaufen und chronische Behinderungen verursachen und deren Prävalenz derart gering ist, dass spezielle gemeinsame Anstrengungen notwendig sind, um sie zu bekämpfen und zu verhindern, dass diese Krankheiten zu signifikanter Morbidität oder perinataler bzw. frühzeitiger Mortalität oder zu einer schwer wiegenden Beeinträchtigung der Lebensqualität oder des sozioökonomischen Potenzials führen. Von niedriger Prävalenz spricht man, wenn sie bei **unter 5 je 10 000** Einwohnern in der Gemeinschaft liegt. Oft liegen keine statistischen Angaben zu derartigen Krankheiten vor, weshalb im vorliegenden Werk auch nur die Ergebnisse des Eurocat-Programms zu angeborenen Anomalien dargestellt werden. Eine umfassende Liste dieser seltenen Krankheiten findet sich in **Orphanet** (<http://www.orpha.net>), einer Datenbank, die mit Unterstützung des gemeinschaftlichen Aktionsprogramms aufgebaut wurde. In der Orphanet-Datenbank werden Daten zu seltenen Krankheiten sowie zu „Orphan drugs“ gesammelt; damit soll sie einen Beitrag zum wirksameren Umgang mit diesen Krankheiten leisten (unabhängig davon, ob es sich um genetische, Autoimmun- oder infektiöse Krankheiten, Krebserkrankungen oder Krankheiten ohne präzise Diagnose handelt).

Im Jahr 2002 wurde mit **Nep hird (Network of Public Health Institutions on Rare Diseases)** ein Projekt zur Sammlung von Daten zu einigen ausgewählten seltenen Krankheiten ins Leben gerufen, das durch das gemeinschaftliche Aktionsprogramm gefördert und durch das **Istituto Superiore di Sanità** (Italien) koordiniert wird. Die Hauptziele dieses Projekts sind: Entwicklung eines Modells für die Sammlung epidemiologischer Daten auf europäischer Ebene, Feststellung laufender einzelstaatlicher Maßnahmen zu seltenen Krankheiten in den teilnehmenden Ländern sowie Entwicklung, Aufbau und Betrieb der Nep hird-Website. Empfehlungen zu Datenbankstandards, ein institutioneller Rahmen und gesundheitspolitische Maßnahmen zur Sammlung von Daten und zur Erbringung von Leistungen werden als Ergebnisse der Studie erwartet. Damit wird die Erstellung zuverlässiger und umfassender epidemiologischer Daten (Inzidenz, Prävalenz und geografische Verteilung) vereinfacht, die für die Planung und Programmierung von Gesundheitsfürsorgemaßnahmen im Bereich seltener Krankheiten wichtig sind.

Literatur

ABl. C 6 vom 9.1.2002, Schlussfolgerungen des Rates vom 15. November 2001 zur Bekämpfung von stress- und depressionsbedingten Problemen.

AIHW (Australian Institute of Health and Welfare), *Cancer in Australia 1998*.

Alonso, J., Ferrer, M. et al, *The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/IMhedeA 2000) Project: rationale and methods*, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS), Barcelona, 2000.

American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* http://www.psych.org/clin_res/dsm/index.cfm.

Ayuso-Mateos, J. L. et al (2001), Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study, *British Journal of Psychiatry* 179, 308-316.

Baumhackl, U., Eibl, G., Ganzinger, U. et al. *Prevalence of multiple sclerosis in Austria. Results of a nationwide survey*. Austrian MS Study Committee. 2002.

Bourgeois, M. L., und Verdoux, H., *Les troubles bipolaires de l'humeur*, Paris 1995.

Brachet, R. et al (2000), Measles: Sub optimal situation in France, *Eurosurveillance* 5 (2), 21-22.

Brenner, H. (2002), *Long-term survival rates of cancer achieved by the end of the 20th century: a period analysis*, *The Lancet*, vol 360: 1131-1135.

Bronzwaer, S. L. A. M. et al (1999), European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS): objectives and organisation, *Eurosurveillance* 4 (4), 41-44.

Buchholz, U. et al (2001), EARSS activities and results: update, *Eurosurveillance* 6 (1), 2-5.

Catty, J., Burns, T. und Knapp, M. (2002), *Evaluating innovative mental health services. Lessons from a systematic review of home treatment*, *Eurohealth* vol 8 n 1 Winter 2001/2002.

De Rijk, M. C., Tzourio, C. et al, *Prevalence of parkinsonism and Parkinson's disease in Europe: the Europarkinson collaborative study*, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1997; 62: 10-15.

Dixon, A. (2002), *Dilemmas in financing mental health*, *Eurohealth* vol 8 n 1 Winter 2001/2002.

Dupré, D. (2001), Berufsbedingte Gesundheitsschäden in der EU 1998-1999, Europäische Kommission *Statistik kurz gefasst*, Thema 3 — 17/2001.

Hinweis des Herausgebers (1997a), Diphtheria cases notified in the European Union, *Eurosurveillance* 2 (8/9).

Hinweis des Herausgebers (1997b), Q fever in Europe, *Eurosurveillance* 2 (2).

- Enter-net (Internationales Überwachungsnetz für enterische Infektionen), <http://www.phls.co.uk/inter/enter-net/menu.htm>.
- Erasmus University Medical School, *Monitoring neurological diseases in Europe*, Report for DG V European Commission, 1996.
- Eucare (European Concerted Action and Research in Epilepsy — Gemeinsame Europäische Maßnahmen- und Forschungsinitiative für Epilepsie) <http://www.eucare.be/index.htm>.
- Eurocat-Website: <http://www.eurocat.ulster.ac.uk>. Eurocat Report 8: *Surveillance of congenital anomalies in Europe 1980-1999*.
- EuroTB (2002), *Surveillance of tuberculosis in Europe: report on tuberculosis cases notified in 1999*.
- Europäische Kommission, *Report on osteoporosis in the European Community — action for prevention* (Luxemburg, 1998).
- Falcao, J. M. et al (1999), Leptospirosis in Portugal: epidemiology from 1991 to 1997, *Eurosurveillance* 4 (4), 44-47.
- Fenton, K. et al (2001), Europe-wide surveillance for sexually transmitted infections — a timely and appropriate intervention, *Eurosurveillance* 6 (5), 69-70.
- Gourbin, C. und Wunsch, G. (ohne Datum), Les statistiques hospitalières: un instrument de la maladie d'Alzheimer et des autres maladies neuro-dégénératives. Institut de Démographie, Université catholique de Louvain.
- Handysides, S. (1999), Bacterial meningitis in Europe 1997-1998, *Eurosurveillance Weekly*, issue 51.
- Hemery, C. (1999), New outbreak of trichinellosis in the Midi-Pyrenees region of France, September-Oktober 1998, *Eurosurveillance* 4 (1), 13-14.
- Hiltunen, Back, E. et al (1996), Increase of syphilis in Finland related to the Russian epidemic, *Eurosurveillance* 1 (1).
- Hofman, A. et al. (1991), The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings, *International Journal of Epidemiology*, Volume 20, No.3, S. 736-748.
- Hughes, G. (2001), Diagnoses of gonorrhoea in England and Wales at their highest for 13 years, *Eurosurveillance Weekly*, Issue 31.
- Huisman, A. et al (1998), Neurodegenerative diseases among migrants in EU States — prevalence and care situation; erstellt für die WIAD im Auftrag der Europäischen Kommission (SOC 97 201321 05F03).
- Internationale Arbeitsorganisation http://www.wfmh.org/wmhd/sect1_pt2_reintegration.html.
- IPCC (Intergovernmental Panel on Climate Change), *Climate Change 2001: Impacts, adaptation and Vulnerability*, 2001, http://www.grida.no/climate/ipcc_tar/wg2/index.htm.
- Jablensky, A. et al (1992), Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures: a World Health Organisation ten-country study, *Psychological Medicine Monograph* 20 (suppl).
- Jablensky, A. (2000), Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*.
- Karcher, F. und Buchow, H. (2002), „Influenza pandemic preparedness and response planning at community level“, *Eurosurveillance* 7 (11), S. 166-168.
- Knapp, M. (2002), *Mental health: familiar challenges, unprecedented opportunities*, Eurohealth vol 8 n 1 Winter 2001/2002.
- Kulhara, P. und Wig, N. N. (1978), The chronicity of schizophrenia in North-West India. Results of a follow-up study. *British Journal of Psychiatry* 132, 186-190.
- Lai, S. und Efstratiou, A. (2002), Report on the Sixth International Meeting of the European Laboratory Working Group on Diphtheria, Brussels, Belgium, *Eurosurveillance* 7 (1), 7-12.
- Laude, G. et al (2001), Tuberculosis in Germany, 2000, *Eurosurveillance Weekly*, Ausgabe 49.
- Levy-Bruhl, D. et al (1998), ESEN: a comparison of vaccination programmes — part three: measles, mumps and rubella, *Eurosurveillance* 2 (12), 115-119.
- Lewinsohn, P. M. et al (1993), Adolescent psychopathology. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology* 102, 517.
- Manguerra, J. C. und Mosnier, A. (2000), Surveillance of influenza in Europe from October 1999 to February 2000, *Eurosurveillance* 5 (6), 63-68.
- McCarty, D. und Zimmet, P. (1997), Diabetes 1994 to 2010: global estimates and projections, *International Diabetes Institute*.
- Merck Manual of Medical Information*, ed R. Berkow (New York, 1997).

- Micheli, A. et al (noch nicht erschienen), Cancer prevalence in European registries areas, *Annals of oncology*.
- Montserrat, A. und Hamzaoui, N. (2002), *Trends der Aids-Fälle und Sterblichkeit in der Europäischen Union (1981-2001)*, Europäische Kommission Statistik kurz gefasst Thema 3 — 17/2002.
- National Board on Health and Welfare (2001), *Health in Sweden*, Scandinavian Journal on Public Health.
- National Institute of Mental Health (USA), <http://www.nimh.nih.gov>.
- Narrow, W. E. *One-year prevalence of depressive disorders among adults 18 and over in the U.S.: NIMH ECA prospective data. Population estimates based on U.S. Census estimated residential population age 18 and over on July 1, 1998*. Unveröffentlicht (siehe <http://www.nimh.nih.gov>).
- ONS-UK, *Epilepsy prevalence and prescribing patterns in England And Wales*, Health Statistics Quarterly, Autumn 2002.
- Pimenta, J. und Fenton, K. (2001), Recent trends in *Chlamydia trachomatis* in the United Kingdom and the potential for national screening, *Eurosurveillance* 6 (5), 81-84.
- Randolph, S. (2002), The changing incidence of tickborne encephalitis in Europe, *Eurosurveillance Weekly*, Juni 2002.
- Rayner, M. und Petersen, S. (2000), *European cardiovascular disease statistics, 2000 edition*, British Heart Foundation.
- Réseau d'Alerte d'Investigation et de surveillance des Infections Nosocomiales (Raisin), *Enquête de Prévalence Nationale des infections nosocomiales 2001*, INVS 2002.
- Robbins, J. und Ewbank, D., *Dementia in Parkinson's Disease: Demographic models and estimates*, Population Studies Center, University of Pennsylvania.
- RUG-Rijksuniversiteit Groningen, Northern Centre for Healthcare Research, <http://coo.med.rug.nl/nch/zwanikkensum.pdf>.
- Sabatinelli, G. et al (2001), Malaria in the WHO European Region (1971-1999), *Eurosurveillance* 6(4), 61-65.
- Salmaso, S. (1998), „Inventory of the means of controlling communicable diseases in the European Union, Norway and Switzerland: Report on the analysis of the information collected“, GD SANCO, 1998.
- Stakes (2002), Establishment of a set of mental health indicators for European Union. Helsinki.
- Suspiro, A. und Menezes, J. (1996), An outbreak of shigellosis in a child care institution in Queluz, Portugal — 1995, *Eurosurveillance* 1 (1).
- Tafforeau, J. und Bayingana, K. (2002), *La Dépression — Etat des connaissances et données disponibles pour le développement d'une politique de santé en Belgique*, Institut Scientifique de la Santé Publique.
- Termorshuizen, F. und Van de Laar, M. (1998), Upsurge of hepatitis A in the Netherlands — early 1998, *Eurosurveillance* 3 (11), 110-112.
- Thara, R. et al (1994), Ten-year course of schizophrenia: the Madras longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 90, 344-351.
- Therre, H. (1999), Botulism in the European Union, *Eurosurveillance* 4 (1), 2-7.
- Therre, H. und Baron, S. (2000), Pertussis immunisation in Europe — the situation in late 1999, *Eurosurveillance* 5 (1), 6-10.
- Thornicroft, G. und Sartorius, N. (1993), The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders, *Psychological Medicine* 23, 1023-1032.
- Tunstall-Pedoe, H. et al (1999), Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO Monica populations, *Lancet* 353, 1547-1557.
- Vaqué, J. und Rosselló, J. (Hrsg.), Evolución de la prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles, <http://www.mpsp.org/mpsp/epine/>.
- WHO (2000), *Anti-tuberculosis Drug Resistance in the World — report no 2: prevalence and trends*, (siehe WHO/CDS/TB/2000.278).
- WHO consultation of experts, Kopenhagen, Dänemark, November 2000 (siehe WHO/CDS/CSR/APH/2000.4).
- WHO Fact Sheets: No. 138 *Diabetes mellitus* (2002); No. 105 *Epidemic Meningococcal Disease* (1998); No. 164 *Hepatitis C* (2000).
- WHO (2001a), *WHO Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance*.
- WHO (2001b), *Report on Global Surveillance of Epidemic-prone Infectious Diseases*: Kapitel 4 — Cholera.
- WHO (2001c), Cholera 2000, *Weekly Epidemiological Record* 76, 233-240.

WHO (2001d), *The increasing incidence of human campylobacteriosis*, Report and proceedings of a WHO consultation of experts, Copenhagen, Denmark, November 2000 (siehe WHO/CDS/CSR/APH/2000.4).

WHO (2001e), *The World Health Report 2001, Mental health, New understanding, new hope*.

WHO (2002a), *Vaccines, immunisation and biologicals: pneumococcus*, (available on www.who.int/vaccines/).

WHO (2002b), *The Global Burden of Disease*, <http://www.who.int/msa/mnh/ems/dalys/intro.htm>.

4.1.1 Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands, nach Geschlecht

			EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Sehr gut	Insgesamt	1998	16,1	22,3	43,5	8,2	53,7	17,0	9,7	45,7
		1997	17,4	24,4	44,2	8,1	49,6	18,8	12,8	46,0
		1996	20,0	23,7	44,8	12,5	52,5	20,4	13,9	45,5
	Männer	1998	18,3	25,3	45,7	9,3	57,9	18,5	11,3	45,1
		1997	19,7	27,5	46,6	9,1	53,9	20,4	15,1	46,9
		1996	21,9	26,6	46,5	14,2	54,3	21,9	15,5	47,1
	Frauen	1998	14,0	19,6	41,3	7,2	49,9	15,5	8,2	46,2
		1997	15,2	21,7	41,8	7,2	45,6	17,3	10,6	45,1
		1996	18,2	21,0	43,1	11,0	50,7	19,1	12,4	43,9
Gut	Insgesamt	1998	44,1	50,8	32,1	38,8	21,7	51,3	46,2	35,3
		1997	43,5	48,1	32,2	40,0	24,9	49,1	46,1	35,1
		1996	45,3	49,7	30,7	53,7	24,3	46,8	45,4	35,5
	Männer	1998	45,6	52,3	31,5	41,3	20,9	52,4	48,3	37,7
		1997	45,1	49,2	32,0	42,8	24,8	51,6	48,1	36,7
		1996	47,0	50,7	32,2	55,0	22,7	48,6	47,7	36,4
	Frauen	1998	42,7	49,4	32,7	36,5	22,5	50,3	44,3	32,9
		1997	42,1	47,2	32,4	37,5	25,1	46,7	44,3	33,6
		1996	43,9	48,9	29,3	52,5	25,9	45,1	43,2	34,6
Mittelmäßig	Insgesamt	1998	27,5	21,5	17,8	34,0	15,1	20,3	34,8	15,9
		1997	27,3	22,1	16,9	33,9	16,3	20,9	33,1	15,1
		1996	25,3	21,1	17,0	25,4	14,9	21,0	32,6	15,5
	Männer	1998	25,6	18,1	17,0	32,8	13,0	19,8	32,5	14,4
		1997	25,2	19,0	16,4	32,8	13,1	19,0	29,7	13,7
		1996	23,0	18,4	15,6	23,2	14,4	19,5	29,6	13,6
	Frauen	1998	29,2	24,5	18,6	35,1	17,1	20,9	37,0	17,3
		1997	29,3	24,8	17,3	34,9	19,3	22,7	36,2	16,4
		1996	27,4	23,6	18,4	27,3	15,5	22,3	35,4	17,2
Schlecht	Insgesamt	1998	9,2	4,4	4,8	14,4	7,3	9,4	4,7	2,6
		1997	8,8	4,6	4,8	13,5	6,8	9,7	4,0	3,2
		1996	7,2	4,7	5,7	6,7	6,2	9,7	4,1	2,9
	Männer	1998	7,9	3,4	4,2	12,6	6,5	7,6	3,9	2,4
		1997	7,4	3,5	3,6	11,3	5,9	8,0	3,5	2,1
		1996	6,2	3,7	4,6	6,1	6,2	8,7	3,4	2,1
	Frauen	1998	10,5	5,2	5,4	16,0	8,0	11,0	5,4	2,8
		1997	10,2	5,6	6,0	15,5	7,6	11,2	4,6	4,2
		1996	8,0	5,6	6,7	7,2	6,1	10,6	4,8	3,6
Sehr schlecht	Insgesamt	1998	3,1	1,1	1,8	4,6	2,1	2,0	4,6	0,6
		1997	2,9	0,8	2,0	4,5	2,4	1,6	4,0	0,7
		1996	2,2	0,8	1,8	1,7	2,1	2,1	4,0	0,7
	Männer	1998	2,6	0,9	1,6	4,0	1,7	1,7	4,0	0,4
		1997	2,6	0,8	1,4	4,1	2,3	1,0	3,7	0,7
		1996	1,9	0,7	1,1	1,5	2,4	1,3	3,7	0,8
	Frauen	1998	3,6	1,3	2,0	5,2	2,5	2,2	5,1	0,7
		1997	3,3	0,8	2,6	4,9	2,5	2,1	4,3	0,8
		1996	2,5	0,9	2,5	2,0	1,8	2,9	4,2	0,7

Hinweis: Die Erhebungen in Deutschland und im Vereinigten Königreich wurden 1997 geändert, daher können die Daten von 1996 nicht mit denen späterer Jahre verglichen werden.

Quelle: Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaften-UDB, Eurostat, Version Dezember 2001.

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK			
15,7	:	17,9	31,7	3,3	:	(:)	21,2	Sehr gut	Insgesamt	1998
17,4	:	18,7	31,6	3,3	(19,0)	(:)	23,5			1997
16,6	23,3	19,1	32,2	3,5	20,5	:	(31,5)			1996
19,1	:	21,4	34,9	4,0	:	(:)	24,5	Männer	1998	
20,7	:	22,5	34,8	4,3	(21,1)	(:)	26,7			1997
19,6	25,7	21,9	34,5	4,2	(21,7)	:	(33,2)			1996
12,5	:	14,5	28,8	2,7	:	(:)	18,4	Frauen	1998	
14,3	:	15,2	28,7	2,4	17,2	(:)	20,6			1997
14,0	20,9	16,4	30,0	2,9	19,5	:	29,9			1996
43,6	:	55,4	40,9	43,3	:	(:)	47,5	Gut	Insgesamt	1998
42,2	:	54,4	41,2	42,4	(43,3)	(:)	45,4			1997
42,5	44,3	54,7	39,9	44,4	39,4	:	(38,8)			1996
45,9	:	56,4	40,2	48,5	:	(:)	46,7	Männer	1998	
44,0	:	54,7	39,9	47,4	(41,8)	(:)	44,9			1997
44,8	45,3	55,3	40,3	50,4	(39,5)	:	(40,1)			1996
41,5	:	54,4	41,6	38,7	:	(:)	48,2	Frauen	1998	
40,6	:	54,2	42,4	38,0	44,6	(:)	45,8			1997
40,4	43,3	54,2	39,5	39,0	39,4	:	37,6			1996
28,3	:	22,3	20,0	31,1	:	(:)	21,2	Mittelmäßig	Insgesamt	1998
28,4	:	22,3	19,8	30,8	(29,2)	(:)	21,4			1997
28,6	25,5	21,7	19,9	29,3	31,1	:	(21,9)			1996
24,7	:	18,9	19,4	29,1	:	(:)	20,1	Männer	1998	
25,0	:	19,4	19,1	29,2	(30,0)	(:)	20,0			1997
25,4	22,5	19,4	18,0	27,3	(30,8)	:	(19,8)			1996
31,6	:	25,6	20,7	33,0	:	(:)	22,3	Frauen	1998	
31,4	:	25,0	20,5	32,2	28,5	(:)	22,6			1997
31,6	28,5	23,9	21,6	31,1	31,4	:	23,7			1996
10,0	:	3,8	5,8	18,0	:	(:)	7,7	Schlecht	Insgesamt	1998
9,8	:	4,0	5,5	18,4	(7,2)	(:)	7,2			1997
9,9	5,9	3,9	6,2	18,1	7,9	:	(6,3)			1996
8,4	:	2,9	4,1	14,9	:	(:)	7,0	Männer	1998	
8,2	:	2,9	4,9	14,7	(6,1)	(:)	6,1			1997
8,3	5,8	2,9	5,7	14,1	(6,9)	:	(5,4)			1996
11,5	:	4,7	7,3	20,7	:	(:)	8,3	Frauen	1998	
11,3	:	5,0	6,1	21,7	8,1	(:)	8,1			1997
11,4	6,0	4,8	6,6	21,8	8,7	:	7,1			1996
2,4	:	0,6	1,6	4,3	:	(:)	2,3	Sehr schlecht	Insgesamt	1998
2,2	:	0,6	1,8	5,0	(1,2)	(:)	2,6			1997
2,3	1,0	0,6	1,9	4,7	1,1	:	(1,5)			1996
1,9	:	0,5	1,4	3,6	:	(:)	1,7	Männer	1998	
2,0	:	0,5	1,2	4,3	(1,0)	(:)	2,2			1997
1,9	0,8	0,5	1,5	4,0	(1,2)	:	(1,5)			1996
2,9	:	0,8	1,7	4,9	:	(:)	2,8	Frauen	1998	
2,4	:	0,6	2,3	5,7	1,5	(:)	2,9			1997
2,7	1,2	0,7	2,2	5,3	1,0	:	1,6			1996

4.1.3 Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands nach Alter

			EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	
16-24	Sehr gut	1998	32,0	41,8	69,1	24,3	(89,4)	34,3	19,0	67,9	
		1997	34,5	48,5	57,3	26,7	(90,2)	40,1	22,2	65,8	
		1996	38,5	46,0	63,0	33,0	(94,1)	44,1	24,2	67,4	
	Gut	1998	53,3	49,6	26,6	58,1	(8,7)	58,7	60,2	26,5	
		1997	50,3	43,5	32,5	54,1	(7,9)	50,4	60,7	27,8	
		1996	50,7	44,5	29,9	57,3	(4,0)	49,2	56,6	25,7	
	Mittelmäßig	1998	12,3	8,0	3,2	15,1	(1,3)	4,8	18,2	5,0	
		1997	12,6	7,2	8,8	15,5	(1,3)	7,3	15,2	5,3	
		1996	9,4	9,1	6,4	8,9	(0,9)	5,0	17,3	6,4	
	Schlecht	1998	2,0	0,5	0,3	2,3	(0,1)	2,0	1,4	0,2	
		1997	1,9	0,8	0,7	2,6	(0,6)	1,9	1,0	0,6	
		1996	1,1	0,3	0,1	0,7	(0,5)	1,6	1,0	0,4	
	Sehr schlecht	1998	0,4	0,0	0,8	0,2	(0,4)	0,1	1,2	0,3	
		1997	0,6	:	0,7	1,1	(0,0)	0,2	0,9	0,6	
		1996	0,4	0,1	0,7	0,2	(0,4)	0,1	0,8	0,1	
	25-34	Sehr gut	1998	24,8	36,2	61,5	13,0	82,2	24,3	17,3	58,3
			1997	26,3	38,0	63,9	11,9	80,0	27,6	21,6	56,5
			1996	30,4	35,5	61,6	22,7	83,2	28,2	22,5	53,9
Schlecht		1998	53,8	52,8	29,0	56,5	14,0	62,9	57,7	32,8	
		1997	53,4	51,0	26,0	60,4	16,6	60,6	54,2	33,9	
		1996	53,0	51,8	28,4	63,5	13,1	58,3	54,3	35,6	
Mittelmäßig		1998	17,4	9,4	6,3	23,5	2,6	10,2	22,4	7,6	
		1997	16,5	9,7	7,1	21,9	2,1	9,5	21,1	8,3	
		1996	14,0	10,4	8,7	11,3	2,3	10,3	19,7	8,3	
Schlecht		1998	3,2	1,1	2,2	6,1	0,7	2,1	1,3	0,9	
		1997	3,0	1,1	2,0	4,9	0,9	2,0	1,3	1,0	
		1996	2,0	1,8	0,7	2,0	1,1	2,7	2,0	1,7	
Sehr schlecht		1998	0,8	0,6	1,0	0,9	0,5	0,4	1,3	0,4	
		1997	0,9	0,1	0,9	1,0	0,3	0,3	1,8	0,2	
		1996	0,6	0,5	0,6	0,4	0,4	0,4	1,5	0,5	
35-44		Sehr gut	1998	17,6	21,9	51,4	7,8	74,0	18,0	10,6	49,9
			1997	19,2	25,3	47,8	8,9	67,4	19,3	15,1	48,7
			1996	22,1	25,8	48,5	12,8	66,7	21,2	16,3	46,9
	Gut	1998	51,8	57,9	33,3	47,5	19,1	62,4	54,3	35,9	
		1997	51,3	52,2	37,7	49,5	26,1	60,7	51,6	35,7	
		1996	53,2	54,8	32,4	65,5	26,1	59,3	50,2	39,2	
	Mittelmäßig	1998	24,3	17,0	12,4	34,5	5,0	15,3	30,3	12,8	
		1997	23,2	19,1	12,0	30,4	4,5	15,8	28,5	12,6	
		1996	20,0	16,0	14,0	18,8	5,6	14,9	28,3	11,2	
	Schlecht	1998	4,9	2,6	2,3	8,5	1,5	3,7	2,0	1,4	
		1997	5,0	3,1	2,2	10,4	0,9	3,6	2,7	2,7	
		1996	3,7	3,0	4,3	2,6	1,0	4,1	2,6	2,3	
	Sehr schlecht	1998	1,4	0,6	0,6	1,7	0,4	0,7	2,8	0,0	
		1997	1,2	0,3	0,3	0,8	1,0	0,7	2,1	0,3	
		1996	0,9	0,3	0,8	0,2	0,6	0,5	2,6	0,4	
	45-54	Sehr gut	1998	12,5	17,4	41,4	5,2	52,7	11,3	7,1	38,8
			1997	13,5	20,6	42,4	4,6	45,9	12,4	8,6	42,0
			1996	15,5	18,6	43,8	8,6	49,0	14,4	10,2	42,1
Gut		1998	45,1	53,5	34,8	35,8	28,2	56,2	46,0	41,8	
		1997	45,4	50,9	37,9	39,1	35,0	53,6	48,9	39,5	
		1996	49,7	55,1	34,2	59,4	33,2	50,9	48,2	38,5	
Mittelmäßig		1998	30,2	21,1	17,9	36,8	13,4	23,1	37,5	17,0	
		1997	30,4	21,9	13,9	38,5	13,4	25,9	34,7	15,4	
		1996	26,5	19,0	16,3	23,4	12,1	24,9	33,9	16,2	
Schlecht		1998	9,4	6,7	4,0	18,3	4,6	7,8	4,4	1,8	
		1997	8,0	5,6	4,5	13,4	4,1	7,1	3,7	2,6	
		1996	6,6	6,5	4,6	7,7	4,2	8,6	3,6	2,5	
Sehr schlecht		1998	2,9	1,3	1,9	4,0	1,2	1,7	5,1	0,7	
		1997	2,7	1,1	1,4	4,4	1,6	1,0	4,1	0,5	
		1996	1,7	0,8	1,1	0,9	1,5	1,3	4,1	0,6	

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK			
40,1	:	29,0	68,6	9,0	:	(52,2)	(24,5)	16-24	Sehr gut	1998
42,8	:	29,6	64,1	8,7	(:)	(57,4)	(27,0)			1997
43,5	49,6	34,6	66,0	9,7	(:)	:	(:)			1996
49,8	:	58,7	28,3	75,8	:	(37,0)	52,7	Gut	1998	
47,0	:	58,2	29,9	75,6	(:)	(32,2)	48,9		1997	
46,7	40,3	56,3	28,8	75,0	(:)	:	(:)		1996	
8,8	:	10,9	2,3	12,9	:	(9,8)	17,2	Mittelmäßig	1998	
8,8	:	10,3	5,5	13,2	(:)	(9,9)	19,3		1997	
8,2	8,0	7,1	4,7	11,5	(:)	:	(:)		1996	
1,2	:	1,3	0,6	1,8	:	(0,5)	4,9	Schlecht	1998	
1,2	:	1,7	0,2	1,8	(:)	(0,2)	4,0		1997	
1,3	1,7	1,6	0,4	2,9	(:)	:	(:)		1996	
0,1	:	0,1	0,2	0,6	:	(0,5)	0,8	Sehr schlecht	1998	
0,2	:	0,3	0,2	0,7	:	(0,3)	0,8		1997	
0,3	0,5	0,4	0,1	0,8	:	:	(:)		1996	
28,6	:	26,9	49,4	4,5	:	(:)	27,7	25-34	Sehr gut	1998
29,7	:	29,8	50,5	5,2	32,8	(:)	29,1			1997
26,3	36,7	27,7	52,8	4,7	37,9	:	(41,9)			1996
54,9	:	61,6	41,2	63,8	:	(:)	47,2	Gut	1998	
52,2	:	58,5	41,2	64,1	56,8	(:)	47,1		1997	
54,6	51,7	60,2	37,4	65,0	52,0	:	(39,9)		1996	
14,7	:	10,0	8,3	24,7	:	(:)	19,0	Mittelmäßig	1998	
16,2	:	9,6	5,9	22,2	9,5	(:)	17,2		1997	
17,0	9,7	10,2	7,7	23,5	9,7	:	(15,7)		1996	
1,3	:	1,3	0,9	5,4	:	(:)	5,2	Schlecht	1998	
1,4	:	2,0	1,8	6,3	0,7	(:)	5,3		1997	
1,6	1,6	1,7	1,5	5,6	0,3	:	(1,9)		1996	
0,5	:	0,0	0,1	1,6	:	(:)	0,9	Sehr schlecht	1998	
0,4	:	0,1	0,6	2,2	0,2	(:)	1,3		1997	
0,5	0,3	0,2	0,6	1,2	0,2	:	(0,6)		1996	
14,8	:	18,6	37,3	3,8	:	(:)	24,6	35-44	Sehr gut	1998
16,1	:	17,6	36,7	3,8	23,0	(:)	28,2			1997
16,3	22,1	19,2	37,3	3,6	22,7	:	(37,9)			1996
54,9	:	60,7	48,6	51,2	:	(:)	50,7	Gut	1998	
54,9	:	60,8	48,6	50,3	55,3	(:)	47,5		1997	
55,4	54,6	61,0	49,1	53,8	56,1	:	(36,5)		1996	
26,0	:	16,9	11,7	34,0	:	(:)	16,4	Mittelmäßig	1998	
25,4	:	18,1	12,7	35,0	18,9	(:)	17,3		1997	
24,9	18,9	16,7	11,9	31,2	18,6	:	(16,6)		1996	
3,5	:	3,3	1,6	9,0	:	(:)	6,6	Schlecht	1998	
2,6	:	3,0	1,4	7,4	2,6	(:)	5,2		1997	
2,8	3,5	2,7	1,4	9,2	2,1	:	(7,8)		1996	
0,7	:	0,5	0,8	2,0	:	(:)	1,7	Sehr schlecht	1998	
1,0	:	0,5	0,6	3,5	0,3	(:)	1,8		1997	
0,6	0,9	0,5	0,4	2,1	0,6	:	(1,2)		1996	
7,5	:	15,5	19,3	1,4	:	(:)	22,2	45-54	Sehr gut	1998
10,5	:	15,1	20,9	1,5	11,7	(:)	25,0			1997
9,5	18,1	14,1	20,2	1,4	12,7	:	(29,9)			1996
47,6	:	57,1	47,5	36,6	:	(:)	48,3	Gut	1998	
47,4	:	56,6	46,4	36,2	44,8	(:)	43,7		1997	
47,8	45,1	58,2	46,9	40,0	42,1	:	(42,8)		1996	
35,9	:	22,3	26,2	43,6	:	(:)	19,2	Mittelmäßig	1998	
34,2	:	23,3	25,0	41,3	36,3	(:)	20,7		1997	
34,3	29,6	23,0	23,8	39,5	38,6	:	(19,8)		1996	
7,5	:	4,4	5,9	16,3	:	(:)	7,2	Schlecht	1998	
6,6	:	4,3	6,6	18,2	6,8	(:)	7,9		1997	
7,1	5,4	4,2	6,9	15,9	6,0	:	(6,0)		1996	
1,5	:	0,8	1,1	2,0	:	(:)	3,1	Sehr schlecht	1998	
1,3	:	0,6	1,1	2,8	0,4	(:)	2,7		1997	
1,4	1,8	0,5	2,2	3,2	0,7	:	(1,4)		1996	

4 Gesundheitszustand

(Fortsetzung)

			EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	
55-64	Sehr gut	1998	8,5	14,1	27,8	2,7	32,5	7,0	4,0	28,3	
		1997	8,9	14,1	35,4	1,9	22,9	5,3	7,2	29,3	
		1996	10,7	11,3	32,5	5,4	25,9	7,5	6,6	31,8	
	Gut	1998	38,2	48,6	35,0	28,5	31,8	41,2	40,4	41,4	
		1997	37,6	50,1	28,8	29,5	37,6	41,6	40,3	39,4	
		1996	39,1	52,6	27,2	45,4	39,9	37,0	40,0	40,7	
	Mittelmäßig	1998	35,8	31,5	29,9	40,7	22,2	32,4	44,1	23,3	
		1997	36,8	30,1	27,2	41,5	27,7	32,6	43,6	25,4	
		1996	36,5	30,5	30,7	38,0	23,4	35,0	42,2	22,2	
	Schlecht	1998	13,4	4,8	5,6	20,7	11,2	16,3	6,1	5,6	
		1997	12,8	4,1	6,9	19,9	8,8	17,9	4,7	4,4	
		1996	10,5	4,3	8,0	8,7	8,5	17,1	5,5	3,9	
	Sehr schlecht	1998	4,0	1,0	1,7	7,4	2,4	3,2	5,3	1,3	
		1997	3,9	1,5	1,8	7,2	3,1	2,5	4,1	1,5	
		1996	3,2	1,2	1,5	2,6	2,2	3,4	5,7	1,4	
	65-74	Sehr gut	1998	5,8	6,9	17,3	3,8	12,5	4,7	2,6	21,5
			1997	6,4	7,1	20,4	2,4	5,6	4,5	3,5	24,0
			1996	6,8	8,6	21,2	3,9	11,4	6,1	4,2	21,7
Gut		1998	29,3	44,5	35,0	18,8	28,7	28,9	27,1	37,7	
		1997	28,3	43,2	31,7	17,3	30,8	30,3	28,3	39,1	
		1996	32,5	42,0	32,0	40,8	31,8	28,0	29,2	37,7	
Mittelmäßig		1998	41,5	37,3	34,7	47,1	33,5	39,6	51,0	34,4	
		1997	43,1	38,8	35,9	52,1	38,7	38,3	52,8	29,2	
		1996	41,7	38,9	28,5	41,3	35,9	38,4	51,4	34,8	
Schlecht		1998	17,9	8,4	9,3	23,4	19,6	22,1	11,0	5,5	
		1997	16,9	9,1	8,7	20,3	20,4	23,5	7,7	7,2	
		1996	14,5	8,2	14,3	10,4	16,1	22,7	8,4	5,2	
Sehr Schlecht		1998	5,5	3,0	3,8	6,9	5,7	4,6	8,2	1,0	
		1997	5,3	1,7	3,3	7,8	4,5	3,5	7,8	0,5	
		1996	4,4	2,3	4,0	3,7	4,8	4,8	6,8	0,7	
75-84		Sehr gut	1998	4,3	6,1	14,5	1,5	6,7	3,3	1,5	12,1
			1997	4,3	6,9	17,4	2,4	2,6	2,2	3,3	16,4
			1996	4,8	6,5	14,4	1,6	2,9	3,1	2,8	14,3
	Gut	1998	22,7	39,5	29,8	13,8	21,5	23,3	22,8	35,8	
		1997	22,9	38,2	25,6	12,7	18,4	23,5	23,2	34,5	
		1996	25,2	35,6	29,4	31,8	23,7	20,8	21,8	31,6	
	Mittelmäßig	1998	41,5	41,7	34,3	38,9	45,7	38,1	56,2	42,2	
		1997	39,6	37,5	35,6	37,5	48,5	37,3	52,3	34,5	
		1996	42,8	40,8	30,4	41,9	43,9	39,6	54,5	40,0	
	Schlecht	1998	22,0	10,0	16,4	28,9	20,9	28,8	9,5	8,9	
		1997	23,7	15,5	14,5	32,5	19,3	30,9	10,9	10,6	
		1996	20,1	15,4	16,7	18,1	21,2	26,9	11,5	11,2	
	Sehr Schlecht	1998	9,6	2,7	5,0	16,8	5,3	6,5	10,0	1,0	
		1997	9,5	1,9	6,9	14,9	11,2	6,2	10,2	4,0	
		1996	7,1	1,6	9,1	6,6	8,4	9,5	9,4	2,9	
	ab 85	Sehr gut	1998	4,2	8,1	12,6	2,8	1,0	1,8	2,2	8,9
			1997	4,3	5,3	13,6	2,6	0,5	3,7	3,0	10,3
			1996	3,7	5,5	11,5	0,8	0,2	4,2	3,2	5,6
Gut		1998	19,5	26,1	31,7	12,8	12,4	22,7	14,4	35,7	
		1997	20,0	36,4	30,8	11,8	11,7	17,9	19,2	29,4	
		1996	21,3	31,8	31,8	25,3	11,8	18,2	15,8	35,4	
Mittelmäßig		1998	39,2	49,2	35,2	46,5	42,8	37,1	42,9	33,5	
		1997	39,7	50,8	14,1	47,9	43,2	36,4	45,7	32,2	
		1996	41,4	50,1	24,4	39,7	48,8	36,6	55,6	34,8	
Schlecht		1998	23,8	15,9	17,9	20,5	27,9	28,5	19,4	20,8	
		1997	24,0	5,7	20,7	23,9	36,2	34,3	16,3	27,5	
		1996	24,3	12,6	26,4	28,5	27,1	28,6	8,8	14,2	
Sehr Schlecht		1998	14,0	0,7	2,6	17,4	15,9	10,0	21,0	1,1	
		1997	12,1	1,8	20,8	13,8	8,4	7,7	15,8	0,6	
		1996	9,7	:	5,9	5,7	12,1	12,4	16,5	10,0	

Hinweis: Die Erhebungen in Deutschland und im Vereinigten Königreich wurden 1997 geändert, daher können die Daten von 1996 nicht mit denen späterer Jahre verglichen werden.

Quelle: Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaften-UDB, Eurostat, Version Dezember 2001.

(Fortsetzung)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK			
5,5	:	11,5	10,9	0,6	:	(:)	18,0	55-64	Sehr gut	1998
6,5	:	10,6	11,4	0,3	4,2	(:)	20,2			1997
4,8	12,2	10,7	9,1	0,9	6,1	:	27,7			1996
38,0	:	49,1	47,6	19,2	:	(:)	46,8	Gut	1998	
36,3	:	48,2	44,7	18,7	28,0	(:)	44,5			1997
35,4	39,5	47,3	42,7	19,4	25,7	:	34,5			1996
40,3	:	33,3	31,4	39,2	:	(:)	23,3	Mittelmäßig	1998	
41,1	:	35,5	33,8	43,3	51,5	(:)	23,7			1997
42,1	36,9	35,5	36,7	39,6	52,6	:	26,4			1996
14,0	:	4,8	8,7	35,8	:	(:)	9,4	Schlecht	1998	
14,1	:	5,2	8,1	31,6	13,3	(:)	8,4			1997
14,3	10,4	5,5	9,0	33,1	13,6	:	9,2			1996
2,1	:	1,3	1,4	5,3	:	(:)	2,5	Sehr schlecht	1998	
2,0	:	0,6	2,0	6,1	2,9	(:)	3,3			1997
3,4	1,1	1,0	2,6	7,0	2,0	:	2,2			1996
2,3	:	7,9	4,8	0,2	:	(:)	13,3	65-74	Sehr gut	1998
4,5	:	8,5	4,6	0,1	5,7	(:)	17,0			1997
2,9	4,4	8,5	4,7	0,3	3,4	:	16,7			1996
26,4	:	47,1	36,7	8,8	:	(:)	45,0	Gut	1998	
22,9	:	46,0	42,1	10,3	21,6	(:)	42,3			1997
21,9	35,2	43,9	41,5	11,7	18,2	:	36,5			1996
41,9	:	39,2	43,7	38,4	:	(:)	28,5	Mittelmäßig	1998	
44,5	:	38,4	39,0	34,6	53,2	(:)	27,5			1997
44,4	49,4	39,8	36,9	35,9	60,0	:	35,8			1996
24,8	:	5,1	11,3	40,9	:	(:)	9,8	Schlecht	1998	
23,7	:	5,8	11,3	44,8	15,3	(:)	10,2			1997
25,8	9,7	6,5	14,1	40,8	16,7	:	8,2			1996
4,7	:	0,8	3,4	11,8	:	(:)	3,4	Sehr schlecht	1998	
4,4	:	1,2	3,1	10,4	4,1	(:)	3,0			1997
5,0	1,3	1,4	2,8	11,4	1,7	:	2,8			1996
1,9	:	4,2	3,1	:	:	(:)	12,5	75-84	Sehr gut	1998
1,7	:	5,5	2,5	0,4	(0,5)	(:)	11,3			1997
2,7	4,7	4,0	2,6	0,0	(2,0)	:	15,2			1996
12,6	:	35,7	28,6	10,2	:	(:)	40,1	Gut	1998	
15,5	:	33,6	29,9	4,7	(14,0)	(:)	42,9			1997
14,1	16,0	33,9	26,1	5,4	(12,3)	:	33,2			1996
43,4	:	46,8	39,6	30,3	:	(:)	31,2	Mittelmäßig	1998	
39,4	:	47,4	38,1	31,0	(57,4)	(:)	29,0			1997
42,3	54,8	49,0	41,5	30,3	(52,0)	:	36,2			1996
31,6	:	11,5	22,1	43,9	:	(:)	12,2	Schlecht	1998	
33,6	:	12,1	19,6	48,1	(23,9)	(:)	11,1			1997
32,7	22,3	11,2	21,9	49,9	(27,3)	:	11,6			1996
10,5	:	1,7	6,5	15,6	:	(:)	4,0	Sehr schlecht	1998	
9,8	:	1,4	9,8	15,8	(4,2)	(:)	5,8			1997
8,2	2,2	2,0	8,0	14,4	(6,3)	:	3,8			1996
:	:	1,2	3,4	0,5	:	:	10,4	ab 85	Sehr gut	1998
1,3	:	12,2	1,1	:	:	:	9,4			1997
2,6	:	4,1	2,3	:	:	:	(9,0)			1996
12,9	:	42,3	10,1	4,8	:	:	34,8	Gut	1998	
13,2	:	26,4	15,3	2,6	(:)	:	41,1			1997
11,1	: u	31,5	12,0	2,6	(:)	:	(33,6)			1996
33,9	:	45,1	36,8	32,4	:	:	29,9	Mittelmäßig	1998	
33,0	:	46,2	48,6	29,7	(:)	:	29,3			1997
38,3	: u	47,1	37,7	30,2	(:)	:	(36,2)			1996
35,7	:	10,1	35,3	41,8	:	:	17,5	Schlecht	1998	
39,6	:	11,3	23,8	28,6	(:)	:	11,9			1997
34,7	: u	17,0	34,5	39,8	(:)	:	(19,2)			1996
17,5	:	1,3	14,5	20,4	:	:	7,4	Sehr schlecht	1998	
12,8	:	4,0	11,2	39,2	(:)	:	8,3			1997
13,4	: u	0,4	13,5	27,4	(:)	:	(2,0)			1996

4.1.4 Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands nach Erwerbstätigkeitsstatus

			EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	
Erwerbstätig	Sehr gut	1998	19,9	26,2	51,7	9,5	71,9	20,1	11,9	53,9	
		1997	21,4	30,0	53,0	9,7	67,6	22,6	15,5	53,7	
		1996	24,6	28,9	53,0	15,3	69,5	25,0	16,7	53,3	
	Gut	1998	51,5	57,4	34,2	47,7	19,6	61,8	53,7	36,4	
		1997	50,9	53,5	34,2	48,9	24,2	59,2	53,4	35,7	
		1996	52,6	54,9	32,6	61,8	22,7	56,0	52,2	36,8	
	Mittelmäßig	1998	22,6	14,2	11,8	30,6	6,3	14,6	30,1	8,8	
		1997	22,4	14,8	10,7	30,7	6,7	15,1	27,3	9,6	
		1996	19,3	14,4	12,1	18,6	6,3	15,1	27,1	9,1	
	Schlecht	1998	4,9	1,9	1,7	10,2	2,0	3,1	2,4	0,7	
		1997	4,3	1,6	1,7	8,8	1,1	2,8	2,1	0,9	
		1996	2,9	1,6	1,9	3,7	1,4	3,5	2,3	0,7	
	Sehr schlecht	1998	1,1	0,2	0,6	2,0	0,2	0,5	1,9	0,3	
		1997	1,0	0,1	0,4	2,0	0,3	0,3	1,7	0,1	
		1996	0,7	0,3	0,4	0,6	0,2	0,4	1,7	0,1	
	Nicht erwerbstätig	Sehr gut	1998	11,7	18,0	28,9	6,3	32,8	13,8	6,9	35,0
			1997	12,8	18,4	27,7	6,2	30,9	15,0	8,8	36,2
			1996	14,4	18,0	30,0	8,9	34,4	15,8	10,1	35,7
Gut		1998	35,6	43,6	28,4	27,5	24,2	41,0	35,0	33,8	
		1997	35,2	42,4	28,3	28,3	25,7	39,1	35,7	34,3	
		1996	36,8	44,1	27,4	43,2	25,9	37,4	36,4	33,8	
Mittelmäßig		1998	33,2	29,3	28,5	38,7	25,3	26,0	41,7	25,2	
		1997	33,1	29,8	28,4	38,0	26,3	26,6	41,3	21,9	
		1996	32,6	28,4	25,9	34,2	24,2	26,9	40,0	23,5	
Schlecht		1998	14,0	7,0	10,3	19,7	13,4	15,6	8,0	5,1	
		1997	13,8	7,9	10,7	19,8	12,6	16,5	6,8	6,0	
		1996	12,2	8,1	12,4	10,5	11,3	15,9	6,5	5,6	
Sehr schlecht		1998	5,4	2,1	3,9	7,8	4,3	3,5	8,5	0,9	
		1997	5,1	1,6	4,9	7,7	4,5	2,8	7,3	1,5	
		1996	4,1	1,5	4,3	3,2	4,2	3,9	6,9	1,5	

Hinweis: Die Erhebungen in Deutschland und im Vereinigten Königreich wurden 1997 geändert, daher können die Daten von 1996 nicht mit denen späterer Jahre verglichen werden. Für Schweden liegen keine Daten vor.

Quelle: Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaften — UDB, Eurostat, Version Dezember 2001.

4.1.5 Prozentanteile chronisch erkrankter Personen nach Geschlecht

	Jahr	Insgesamt	Männer	Frauen
B	1997	27.5	26.8	28.2
DK	1994	37.6	35.5	39.6
NL	1997/98	34.6	32.1	37.1
E	1997	27.7	27.9	27.6
S	1996/97	45.4	42.3	48.4
UK	1996	40.0	39.8	40.2
NO	1995	47.2	47.6	46.9
CH	1997	17.0	15.8	18.2

Quelle: Eurostat (auf der Grundlage einzelstaatlicher Zahlen der HIS aus unterschiedlichen Zeiträumen und Stichproben).

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	UK			
20,8	:	21,4	40,5	3,9	:	26,2	Erwerbstätig	Sehr gut	1998
21,7	:	22,2	40,8	3,8	21,8	1997			
20,6	30,1	22,1	41,3	3,7	23,9	(38,9)			1996
53,3	:	61,6	43,9	53,2	:	51,5		Gut	1998
52,3	:	59,6	43,4	53,9	52,6	48,8			1997
52,9	50,4	60,1	42,9	56,1	48,9	(43,2)			1996
22,5	:	14,4	13,4	32,1	:	17,4		Mittelmäßig	1998
22,5	:	15,8	13,0	32,2	22,2	17,5			1997
23,0	15,9	15,5	13,1	30,2	24,0	(15,9)			1996
3,0	:	2,3	1,8	9,9	:	4,3		Schlecht	1998
3,1	:	2,0	2,2	9,1	3,2	3,9			1997
3,0	2,7	1,9	2,2	9,1	2,7	(1,8)			1996
0,4	:	0,3	0,3	0,9	:	0,6		Sehr schlecht	1998
0,3	:	0,3	0,5	1,0	0,2	0,9			1997
0,5	0,9	0,4	0,5	0,9	0,4	(0,2)			1996
11,2	:	12,9	19,5	2,5	:	15,9	Nicht erwerbstätig	Sehr gut	1998
13,5	:	14,3	18,9	2,6	(14,9)	17,7			1997
13,1	16,2	15,4	19,2	3,2	(14,9)	21,2			1996
34,9	:	47,2	36,7	27,3	:	45,2		Gut	1998
33,3	:	47,2	38,2	24,8	(29,6)	44,0			1997
33,2	38,1	47,3	35,6	26,6	(24,0)	32,8			1996
33,4	:	32,9	29,3	29,4	:	26,0		Mittelmäßig	1998
33,5	:	30,8	29,3	28,6	(39,5)	25,9			1997
33,6	35,4	29,7	29,5	28,0	(42,5)	30,1			1996
16,3	:	5,9	11,2	30,9	:	10,1		Schlecht	1998
15,8	:	6,8	10,0	32,8	(13,2)	9,0			1997
16,1	9,2	6,6	11,9	31,7	(16,4)	12,6			1996
4,3	:	1,1	3,3	9,8	:	2,9		Sehr schlecht	1998
3,9	:	1,0	3,6	11,2	(2,7)	3,4			1997
3,9	1,1	1,1	3,8	10,4	(2,2)	3,3			1996

4.1.6 Kinder, die mindestens einmal pro Woche an Kopf-, Magen- oder Rückenschmerzen leiden, nach Alter und Geschlecht (eigene Angaben): 1997/98

	B (¹)	DK	D (¹)	EL	F (¹)	IRL	A	P
Kopfschmerzen								
11-Jährige								
Jungen	17	20	23	16	22	20	17	16
Mädchen	25	26	27	23	35	22	23	27
13-Jährige								
Jungen	16	19	21	21	20	22	19	17
Mädchen	28	34	31	34	37	28	30	33
15-Jährige								
Jungen	13	16	18	23	22	22	16	20
Mädchen	27	34	30	44	42	38	36	46
Magenschmerzen								
11-Jährige								
Jungen	8	10	20	12	19	13	9	11
Mädchen	15	20	25	17	38	19	17	12
13-Jährige								
Jungen	6	9	12	12	17	13	10	8
Mädchen	13	20	24	17	31	17	18	13
15-Jährige								
Jungen	4	6	8	13	16	12	6	7
Mädchen	10	12	19	21	32	14	18	16
Rückenschmerzen								
11-Jährige								
Jungen	8	14	13	10	15	11	7	19
Mädchen	10	15	16	15	25	10	9	26
13-Jährige								
Jungen	12	21	16	15	22	17	14	24
Mädchen	16	21	20	15	32	16	17	29
15-Jährige								
Jungen	17	26	19	23	26	21	19	23
Mädchen	21	27	22	18	38	20	22	30

(¹) Hinweis: In Belgien wird nur der flämische Landesteil, in Frankreich nur Nancy-Lorraine und Toulouse-Midi-Pyrenees und in Deutschland nur Nordrhein-Westfalen erfasst. Spanien, Italien, Luxemburg und die Niederlande sind nicht erfasst.

Quelle: Health Behaviour in School-aged Children — Weltgesundheitsorganisation Europa.

4.2.1 Durchschnittliche Körpergröße nach Alter und Geschlecht, 1996

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Alle Altersgruppen								
Männer	175,2	174,4	178,4	177,0	174,4	171,6	174,6	174,8
Frauen	164,0	164,0	166,4	165,6	162,8	161,2	163,2	163,4
15-24								
Männer	177,6	175,6	181,4	180,2	176,4	173,4	176,4	176,2
Frauen	165,8	166,6	168,4	167,0	165,4	164,4	164,8	164,8
25-34								
Männer	177,2	176,4	180,2	179,4	177,2	175,2	176,6	175,8
Frauen	165,4	165,4	168,0	167,4	164,4	162,8	164,6	163,0
35-44								
Männer	176,6	176,6	180,0	178,4	175,6	172,0	174,8	175,6
Frauen	164,6	165,4	167,2	166,4	163,0	160,4	163,4	164,0
45-54								
Männer	175,6	175,2	176,6	177,4	173,2	171,0	175,2	174,8
Frauen	163,8	163,0	165,8	166,0	162,2	159,8	162,0	163,2
55-64								
Männer	173,2	172,2	177,2	174,2	170,6	168,2	171,8	173,0
Frauen	163,0	162,0	164,6	164,6	161,0	159,6	162,4	162,0
> 65								
Männer	172,0	168,6	174,8	172,6	172,0	167,2	169,6	171,6
Frauen	161,4	160,6	163,8	162,0	160,2	158,0	160,2	162,2

Quelle: 1996 Eurobarometer 44.3, Europäische Kommission.

(%)

FIN	S	UK				NO	CH		
		England	Schottland	Nord-Irland	Wales				
Kopfschmerzen									
26	26	22	22	25	26	14	21	11-Jährige	
36	35	27	30	35	34	21	27	Jungen	
								Mädchen	
13-Jährige									
29	28	21	24	30	24	15	18	Jungen	
42	44	38	37	37	35	28	29	Mädchen	
15-Jährige									
26	27	26	26	30	27	18	19	Jungen	
46	53	42	48	45	45	36	36	Mädchen	
Magenschmerzen									
15	21	21	19	28	19	17	13	11-Jährige	
22	31	28	31	37	32	24	21	Jungen	
								Mädchen	
13-Jährige									
15	17	15	15	27	14	10	10	Jungen	
23	33	23	27	24	23	22	23	Mädchen	
15-Jährige									
10	18	11	13	15	15	11	9	Jungen	
20	31	19	29	21	25	18	22	Mädchen	
Rückenschmerzen									
11	11	11	11	12	15	10	8	11-Jährige	
10	12	11	11	12	16	9	12	Jungen	
								Mädchen	
13-Jährige									
13	13	13	12	17	17	14	13	Jungen	
14	20	13	16	19	15	19	19	Mädchen	
15-Jährige									
18	25	17	17	17	23	17	19	Jungen	
21	25	17	19	25	22	25	23	Mädchen	

(cm)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	
Alle Altersgruppen								
173,8	177,0	179,6	177,2	169,4	175,8	178,8	176,4	Männer
162,2	165,2	168,0	165,6	160,0	163,4	165,6	162,4	Frauen
15-24								
176,2	179,0	182,4	178,2	173,8	178,2	179,6	178,2	Männer
164,2	166,6	170,6	166,6	163,0	165,0	166,2	163,4	Frauen
25-34								
175,6	178,0	182,2	179,0	171,2	175,0	181,4	177,0	Männer
164,4	166,0	168,6	166,8	161,0	165,4	166,8	162,8	Frauen
35-44								
174,4	178,8	181,2	179,0	169,4	175,8	179,0	176,6	Männer
162,4	164,2	168,8	165,8	160,0	164,2	166,6	162,0	Frauen
45-54								
173,2	177,2	178,6	176,2	166,6	176,8	179,2	177,2	Männer
161,2	166,0	167,2	165,8	157,8	164,2	165,2	162,4	Frauen
55-64								
171,4	173,6	176,8	175,8	166,4	174,8	176,8	175,0	Männer
161,0	164,8	165,6	165,0	159,0	162,2	165,6	162,6	Frauen
> 65								
170,4	172,6	174,0	172,4	166,0	173,0	176,6	173,4	Männer
160,6	163,0	164,0	162,8	157,4	160,6	163,8	161,0	Frauen

4.2.2 Durchschnittliches Körpergewicht der Europäer nach Alter und Geschlecht, 1996

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Alle Altersgruppen								
Männer	78,8	75,8	79,6	80,0	78,4	75,2	74,8	75,8
Frauen	65,4	64,2	65,0	65,4	67,0	62,6	61,0	63,8
15-24								
Männer	72,8	68,8	76,6	76,2	73,6	71,6	70,4	70,6
Frauen	60,2	59,2	64,0	61,0	59,4	57,0	56,4	59,4
25-34								
Männer	78,6	75,6	80,0	79,8	79,2	78,0	75,4	75,8
Frauen	63,6	63,2	63,0	63,0	63,2	59,8	61,2	62,6
35-44								
Männer	80,4	77,6	80,2	81,4	81,0	77,8	74,6	77,6
Frauen	64,8	62,8	64,0	65,8	67,2	60,8	61,0	62,8
45-54								
Männer	81,6	79,8	81,0	83,2	80,8	76,2	77,6	78,0
Frauen	67,6	66,4	67,2	67,8	71,4	64,6	61,2	67,2
55-64								
Männer	80,2	79,2	81,6	80,0	78,2	74,8	76,0	79,4
Frauen	69,2	68,6	66,8	70,2	70,8	70,2	65,4	68,6
65+								
Männer	77,8	75,8	78,2	78,8	78,0	73,6	74,8	76,2
Frauen	67,0	66,8	66,0	64,8	71,0	66,6	62,2	66,8

Quelle: 1996 Eurobarometer 44.3, Europäische Kommission.

4.2.3 Durchschnittlicher Body Mass Index nach Geschlecht; Verteilung in der Bevölkerung ab 15 Jahren, 1996

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
BMI <18								
Männer	0,8	1,8	0,4	0,4	0,6	0,8	0,6	0,4
Frauen	2,8	4,4	2,6	1,7	1,8	2,9	4,2	3,0
BMI 18-20								
Männer	3,8	5,8	2,6	1,6	3,0	3,7	5,2	4,8
Frauen	10,6	10,0	14,3	7,8	9,5	10,4	18,8	10,8
BMI 20-27								
Männer	65,9	64,0	73,0	62,2	60,2	58,3	69,7	71,4
Frauen	59,0	60,9	61,3	62,8	51,2	52,5	54,8	66,1
BMI 27-30								
Männer	15,9	13,1	13,7	17,1	23,9	18,3	13,6	11,9
Frauen	10,8	7,9	8,1	11,2	14,7	12,2	9,0	7,9
BMI >30								
Männer	8,4	7,8	8,1	8,7	11,0	11,4	6,6	7,3
Frauen	8,1	8,8	7,3	4,8	14,7	6,6	5,0	7,7
Unbekannt								
Männer	5,1	7,6	2,2	10,0	1,4	7,5	4,4	4,2
Frauen	8,7	8,0	6,3	11,6	8,1	15,4	8,2	4,5

(¹) <18 schwer untergewichtig, 18-20 untergewichtig, 27-30 übergewichtig, >30 schwer übergewichtig.

Quelle: 1996 Eurobarometer 44.3, Europäische Kommission.

(kg)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	
Alle Altersgruppen								
75,0	79,8	78,4	79,6	72,2	78,4	80,2	79,4	Männer
61,2	64,0	68,0	65,6	62,8	65,6	65,2	65,6	Frauen
15-24								
70,8	73,2	73,4	73,4	69,4	75,0	73,4	74,2	Männer
55,8	57,4	66,6	59,0	56,2	59,8	58,6	62,6	Frauen
25-34								
73,6	77,0	81,0	78,6	71,4	74,8	80,0	79,0	Männer
57,0	64,2	66,6	63,4	60,8	63,4	63,4	64,4	Frauen
35-44								
77,0	79,4	79,6	81,0	75,4	78,6	80,2	81,4	Männer
59,6	63,8	67,8	65,0	62,8	63,8	65,0	66,0	Frauen
45-54								
78,0	84,6	80,4	83,2	74,2	82,8	82,0	82,6	Männer
63,6	68,6	68,8	72,4	66,0	68,2	67,8	67,0	Frauen
55-64								
78,0	84,2	79,6	83,0	72,0	83,8	81,0	80,4	Männer
65,0	67,4	69,6	67,2	67,6	71,4	69,2	68,8	Frauen
65+								
74,6	81,6	76,4	77,8	72,0	78,6	82,8	79,4	Männer
66,6	65,4	72,6	69,4	64,4	67,4	67,2	65,8	Frauen

Statistiken zur Gesundheit — Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002 — Daten 1970-2001

225



(%)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	
BMI <18								
0,4	1,1	0,8	1,2	1,1	0,4	0,6	1,9	Männer
4,2	4,8	2,6	2,5	2,1	3,2	2,2	2,0	Frauen
BMI 18-20								
4,3	4,9	6,8	2,5	3,2	4,3	4,2	2,6	Männer
13,9	15,2	8,6	10,5	8,2	7,6	10,6	8,7	Frauen
BMI 20-27								
72,1	59,3	73,7	65,8	65,8	66,7	67,3	61,1	Männer
56,7	53,2	65,4	60,5	54,6	59,4	65,5	55,3	Frauen
BMI 27-30								
13,0	17,2	12,8	16,8	13,8	15,9	20,1	16,9	Männer
10,6	9,4	11,4	10,8	12,2	12,5	10,8	12,2	Frauen
BMI >30								
5,8	12,3	4,3	8,0	9,2	10,3	6,6	10,6	Männer
6,3	7,7	8,0	7,4	11,3	10,1	6,4	10,9	Frauen
Unbekannt								
4,3	5,3	1,6	5,7	6,9	2,4	1,2	6,9	Männer
8,3	9,7	4,1	8,3	11,5	7,3	4,6	10,8	Frauen

4.2.4 Kinder, die Diät halten oder nach eigener Einschätzung Diät halten müssten: 1997/98

	B (*)	DK	D (*)	EL	F (*)	IRL	A	P
11-Jährige								
Jungen	22	23	26	27	25	20	29	20
Mädchen	36	29	35	37	35	29	36	30
13-Jährige								
Jungen	22	23	28	30	21	26	30	22
Mädchen	40	42	44	47	47	37	49	39
15-Jährige								
Jungen	16	20	22	29	19	20	18	18
Mädchen	51	47	50	56	52	50	53	44

(*) Hinweis: In Belgien wird nur der flämische Landesteil, in Frankreich nur Nancy-Lorraine und Toulouse-Midi-Pyrenees, und in Deutschland nur Nordrhein-Westfalen erfasst. Spanien, Italien, Luxemburg und die Niederlande sind nicht erfasst.

Quelle: Currie, C. et al (Hrsg.), Health and Health Behaviour among Young People (Internationaler Bericht zur Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 1997/98); World Health Organisation Policy Series: Health Policy for Children and Adolescents (HEPCA), Issue 1 (2000), Weltgesundheitsorganisation — Regionalbüro für Europa.

4.3.1 Karies: DMFT-Index (zerstörte, plombierte oder fehlende Zähne) und % der Betroffenen (nach Alter)

	Anm.	Erhebungs-jahr	% mit DMFT				% mit Karies				
			5-6 Jahre	12 Jahre	18 Jahre	35-44 Jahre	5-6 Jahre	12 Jahre	18 Jahre	35-44 Jahre	
B (Brussels)	1	1998	:	1,6	:	:	:	50,0	:	:	
DK	2	1985-2000	1,3	1,0	4,6	22,9	:	37,0	:	85,0	99,0
D	3	1997	2,5	1,7	:	16,1	23,6	64,0	58,2	:	99,2
EL	4	1994	1,5	1,6	:	15,8	:	58,0	:	:	100,0
E	5	1994	1,0	2,3	:	10,9	25,2	30,0	68,0	:	99,0
F	6	1993	0,1	1,9	:	14,6	23,3	43,0	61,0	49,4	:
IRL	7	1992	2,1	2,1	:	19,0	:	58,0	56,0	:	:
I	8	1996	1,4	2,1	:	9,4	26,3	36,0	63,4	:	94,2
L		1990	3,0	:	:	:	:	:	:	:	:
NL	9	1992-1993	1,7	0,9	:	17,4	22,3	45,0	40,0	:	:
A	10	1996	2,2	1,7	5,5	21,7	27,9	53,0	56,0	84,0	:
P	11	1999	2,1	1,5	:	10,9	:	47,0	53,0	:	:
FIN	12	1997	1,4	1,1	:	:	:	44,2	:	:	:
S	13	1999	:	0,9	3,6	:	:	28,0	39,0	41,1	:
UK	14	1997-1998	1,7	1,1	:	16,6	20,3	42,6	44,0	:	:
IS	15	1996	3,5	1,5	:	:	26,2	:	:	:	:
NO	16	1993	1,4	2,1	6,9	20,5	:	36,0	64,0	90,0	:
CH		1988	2,2	2,0	:	18,8	27,4	53,0	62,0	:	:

Anmerkungen.

- Angaben für 5-7 Jahre.
- Angaben für 5 Jahre (1994); für 12 Jahre (2000); für 18 Jahre (1992); für 35-44 Jahre (1985).
- Angaben für 5-6 Jahre ab 1991-94 nur Ostdeutschland.
- Angaben für 5-7 Jahre (1994); für 12 Jahre (Athen, 1993); für 35-44 Jahre (1985).
- Angaben für 6-7 Jahre; für 35-44 Jahre (1993); für 65-74 Jahre (1989).
- Angaben für 6 Jahre; für 12 Jahre (1998); für 35-44 Jahre nur Rhône-Alpes (1994); für 65-74 Jahre (1995).
- Für 5 Jahre; ohne Fluor.
- Für 5-6 (1994); für 12 Jahre (1996); für 35-44 Jahre (1995); 65-74 Jahre (einige Regionen, 1993).
- Für 5 Jahre; für 12 Jahre (1996, nur Den Haag); für 35-44 und 65-74 Jahre (1986).
- 12 Jahre (1997); 18 Jahre (1998); 35-44 Jahre (1974); 65-74 Jahre (1992).
- Für 35-44 Jahre (1984).
- % der Betroffenen mit 6 Jahren (1997); DMFT mit 5 Jahren (1991); mit 12 Jahren (1997).
- Angaben für 6 Jahre.
- Angaben für 5 Jahre; für 35-44 und 65-74 Jahre (1998); für 12 Jahre (1996-97).
- Angaben für 5-6 Jahre (1989); für 12 Jahre (1996); 65-74 Jahre (1992).
- Angaben für 5 Jahre; für 35-44 Jahre (1990).

Quelle: Weltgesundheitsorganisation, Oral Health Country/Area Profile Programme (World Health Organisation Collaborating Centre, Universität Malmö, Schweden).

(%)

FIN	S	UK				NO	CH	
		England	Schottland	Nord-Irland	Wales			
								11-Jährige
26	18	25	23	28	26	20	19	Jungen
31	21	31	34	36	37	26	25	Mädchen
								13-Jährige
24	19	25	26	30	22	22	19	Jungen
41	39	39	47	53	50	43	34	Mädchen
								15-Jährige
16	19	20	22	26	20	21	15	Jungen
42	51	49	51	55	53	56	42	Mädchen

4.3.2 Kinder, die nach eigenen Angaben mehr als einmal täglich Zähne putzen: 1997/98

	B (*)	DK	D (*)	EL	F (*)	IRL	A	P
11-Jährige								
Jungen	33	80	69	42	54	47	58	54
Mädchen	44	85	82	53	69	61	73	73
13-Jährige								
Jungen	35	79	66	36	60	44	55	51
Mädchen	55	88	79	53	76	67	74	76
15-Jährige								
Jungen	42	78	66	35	53	46	61	56
Mädchen	62	88	82	64	79	74	79	78

(*) Hinweis: In Belgien wird nur der flämische Landesteil, in Frankreich nur Nancy-Lorraine und Toulouse-Midi-Pyrenées, und in Deutschland nur Nordrhein-Westfalen erfasst. Spanien, Italien, Luxemburg und die Niederlande sind nicht erfasst.

Quelle: Health Behaviour in School-aged Children-Weltgesundheitsorganisation Europa.

4.4.1 Lebenserwartung mit 16 Jahren, mit und ohne Behinderungen — nach Geschlecht, 1996

		B	DK	D	EL	E	F	IRL
Lebenserwartung mit 16 Jahren								
Lebenserwartung in Jahren	Männer	58,5	57,7	:	60,0	59,1	58,8	57,9
	Frauen	65,0	62,8	:	65,1	66,3	66,5	63,2
davon:	Männer	49,6	47,2	:	51,9	50,0	44,9	49,4
	Frauen	53,8	46,4	:	54,8	52,8	47,7	51,8
Jahre ohne Behinderung	Männer	5,1	7,1	:	4,4	5,5	7,6	6,4
	Frauen	5,8	11,2	:	5,8	8,7	10,6	8,2
Jahre mit leichter Behinderung	Männer	3,8	3,4	:	3,7	3,5	6,4	2,1
	Frauen	5,4	5,2	:	4,5	4,8	8,3	3,2
Jahre mit schwerer Behinderung	Männer	3,8	3,4	:	3,7	3,5	6,4	2,1
	Frauen	5,4	5,2	:	4,5	4,8	8,3	3,2

Quelle: Eurostat — Mortalitätsstatistiken und Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaften; berechnet durch INSERM (Euroreves).

4.4.3 Einschränkungen im Alltag durch körperliche/psychische Probleme, Krankheiten oder Behinderungen, nach Geschlecht, ab 16 Jahren

			EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	
Schwere Einschränkungen	Insgesamt	1998	9,7	15,3	7,1	10,8	7,6	6,5	11,5	3,3	
		1997	9,1	6,0	6,9	9,7	6,7	6,2	10,5	3,9	
		1996	7,3	7,1	7,0	7,4	5,8	5,5	10,2	3,7	
	Männer	1998	8,8	12,8	5,5	10,1	7,0	6,1	10,8	3,4	
		1997	7,9	4,4	5,3	8,2	6,7	5,9	9,7	3,6	
		1996	6,8	6,8	6,0	7,1	6,2	5,1	9,7	3,3	
	Frauen	1998	10,6	17,4	8,6	11,5	8,0	6,9	12,1	3,3	
		1997	10,2	7,4	8,5	11,0	6,6	6,5	11,2	4,2	
		1996	7,7	7,3	8,0	7,7	5,4	5,9	10,7	4,2	
	Gewisse Einschränkungen	Insgesamt	1998	16,0	7,1	15,8	29,3	8,7	9,7	13,4	12,7
			1997	15,9	9,1	16,6	29,6	9,3	9,6	12,8	11,8
			1996	12,9	9,9	14,4	15,4	8,0	9,8	13,2	10,9
Männer		1998	14,4	6,6	13,8	26,5	7,7	8,6	12,5	11,2	
		1997	14,6	8,4	14,6	27,8	7,9	8,2	11,6	11,2	
		1996	11,7	9,6	12,0	15,1	8,1	8,4	11,9	9,6	
Frauen		1998	17,4	7,5	17,9	31,9	9,6	10,7	14,3	14,2	
		1997	17,1	9,8	18,7	31,3	10,5	10,9	13,8	12,3	
		1996	13,9	10,2	16,7	15,8	7,9	11,1	14,4	12,1	

Hinweis: Die Erhebungen in Deutschland und im Vereinigten Königreich wurden 1997 geändert, daher können die Daten von 1996 nicht mit denen späterer Jahre verglichen werden. Die Erhebung in Belgien wurde 1998 geändert, daher können die Daten von 1998 nicht mit denen früherer Jahre verglichen werden.

Quelle: Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaften-UDB, Eurostat, Version Dezember 2001.

(%)

FIN	S	UK				NO	CH	
		England	Schottland	Nord- Irland	Wales			
								11-Jährige
28	82	62	57	55	56	65	78	Jungen
42	88	76	66	75	71	72	84	Mädchen
								13-Jährige
28	81	60	56	50	56	62	77	Jungen
50	90	82	73	76	76	74	84	Mädchen
								15-Jährige
31	82	64	56	56	60	64	73	Jungen
61	92	84	78	84	82	82	89	Mädchen

I	L	NL	A	P	FIN	UK		
							Lebenserwartung mit 16 Jahren	
59,6	57,9	59,4	58,6	56,1	57,6	59,0	Lebenserwartung in Jahren	Männer
65,9	64,6	64,9	64,7	63,4	65,0	64,0	davon:	Frauen
							Jahre ohne Behinderung	Männer
51,5	45,4	47,5	46,3	43,9	40,8	45,5		Frauen
54,8	48,5	47,6	50,4	46,4	43,7	46,9	Jahre mit leichter Behinderung	Männer
5,2	8,1	7,7	8,5	6,7	10,1	9,0		Frauen
6,5	11,3	11,0	9,4	9,7	12,8	11,6	Jahre mit schwerer Behinderung	Männer
3,0	4,4	4,1	3,7	5,5	6,6	4,6		Frauen
4,6	4,8	6,3	5,0	7,3	8,5	5,5		

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	UK			
5,1	:	8,0	5,8	10,4	:	14,4	Schwere Einschränkungen	Insgesamt	1998
5,1	:	7,8	6,1	10,9	9,1	15,1			1997
4,9	5,6	7,4	5,6	10,3	10,6	(7,6)			1996
4,3	:	6,5	4,7	9,2	:	12,9		Männer	1998
4,2	:	6,4	5,2	9,2	8,6	12,9			1997
4,2	5,9	6,2	4,7	9,1	9,9	(7,7)			1996
5,9	:	9,3	6,9	11,4	:	15,7		Frauen	1998
5,9	:	9,1	7,0	12,3	9,5	17,1			1997
5,6	5,3	8,6	6,5	11,4	11,1	7,5			1996
7,9	:	15,0	11,5	13,5	:	:	Gewisse Einschränkungen	Insgesamt	1998
7,3	:	14,3	12,0	13,5	20,3	:			1997
7,9	15,0	14,1	12,3	13,8	19,1	(16,6)			1996
7,1	:	13,1	11,0	11,6	:	:		Männer	1998
6,8	:	12,3	11,9	11,8	18,8	:			1997
7,2	14,9	12,3	11,9	12,5	17,5	(13,9)			1996
8,7	:	16,7	11,9	15,2	:	:		Frauen	1998
7,7	:	16,2	12,1	15,1	21,6	:			1997
8,6	15,1	15,9	12,7	15,1	20,5	18,9			1996

4.4.4 Einschränkungen im Alltag durch körperliche/psychische Probleme, Krankheiten oder Behinderungen, nach Alter

			EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	
Schwere Einschränkungen	Alle Altersgruppen	1998	9,7	15,3	7,1	10,8	7,6	6,5	11,5	3,3	
		1997	9,1	6,0	6,9	9,7	6,7	6,2	10,5	3,9	
		1996	7,3	7,1	7,0	7,4	5,8	5,5	10,2	3,7	
	16-24	1998	1,8	4,3	1,2	1,5	(1,0)	2,2	2,5	1,1	
		1997	1,5	0,5	0,6	1,1	(0,9)	2,0	2,1	2,0	
		1996	1,6	1,1	1,0	1,8	(0,9)	1,4	1,9	1,0	
	25-34	1998	2,7	6,5	1,4	2,3	1,2	1,7	2,7	2,2	
		1997	2,6	1,3	2,5	2,3	1,1	1,0	2,7	1,0	
		1996	2,0	2,0	1,2	1,9	1,1	1,4	3,6	2,0	
	35-44	1998	4,7	10,7	3,7	4,4	1,7	3,6	4,9	2,1	
		1997	4,2	3,1	2,7	3,3	1,9	3,1	5,4	2,8	
		1996	3,0	4,3	3,9	1,8	2,1	2,3	5,3	2,6	
	45-54	1998	8,1	16,5	4,3	8,5	5,1	5,0	9,9	2,8	
		1997	8,0	6,2	4,3	8,4	4,7	4,6	9,0	3,3	
		1996	5,6	7,1	5,1	5,6	4,6	3,5	8,0	3,2	
	55-64	1998	13,9	20,1	9,6	17,2	10,7	10,6	16,0	4,9	
		1997	13,0	7,7	9,8	15,1	10,3	12,2	13,0	5,3	
		1996	10,9	8,4	10,9	11,3	8,1	9,7	13,3	4,5	
	65-74	1998	17,8	26,6	17,0	16,7	18,2	11,8	25,7	6,6	
		1997	16,9	12,7	18,2	16,6	13,4	11,7	22,3	8,6	
		1996	13,9	15,4	17,6	12,4	12,5	11,1	22,5	7,7	
	75-84	1998	(28,5)	35,8	23,2	37,0	20,6	20,9	29,4	9,2	
		1997	27,3	16,3	18,7	32,7	22,7	19,5	30,6	13,5	
		1996	22,6	21,1	21,2	21,9	17,9	18,9	28,9	14,1	
	ab 85	1998	39,1	42,4	27,9	39,2	43,0	26,7	44,7	15,4	
		1997	35,9	23,5	39,0	29,7	34,6	24,6	45,9	20,8	
		1996	34,0	27,6	35,3	37,2	28,0	27,1	44,2	26,5	
	Gewisse Einschränkungen	Alle Altersgruppen	1998	16,0	7,1	15,8	29,3	8,7	9,7	13,4	12,7
			1997	15,9	9,1	16,6	29,6	9,3	9,6	12,8	11,8
			1996	12,9	9,9	14,4	15,4	8,0	9,8	13,2	10,9
16-24		1998	6,1	1,6	6,0	12,2	(0,8)	1,9	6,5	3,6	
		1997	5,5	1,3	10,1	10,6	(0,4)	1,9	5,1	5,0	
		1996	4,1	2,9	8,4	5,7	(0,5)	1,4	5,2	4,2	
25-34		1998	8,0	4,0	10,1	17,6	2,0	2,6	6,0	7,3	
		1997	7,6	4,4	11,4	15,2	1,4	3,8	6,5	7,2	
		1996	5,7	4,9	9,6	6,6	1,9	2,9	5,6	6,8	
35-44		1998	10,7	6,4	14,1	20,6	3,4	5,0	9,6	10,1	
		1997	10,5	7,4	14,4	21,4	3,4	5,0	7,3	10,0	
		1996	8,8	7,9	11,2	11,2	2,9	4,7	7,9	8,2	
45-54		1998	16,1	6,8	15,6	30,3	8,1	9,6	12,6	13,8	
		1997	16,0	8,5	14,8	31,2	8,1	8,5	11,5	11,7	
		1996	12,0	10,3	12,6	15,8	7,2	8,3	11,3	10,5	
55-64		1998	23,0	9,4	22,4	40,0	15,7	18,5	17,5	18,7	
		1997	23,1	12,8	21,0	40,7	14,9	16,5	18,5	15,6	
		1996	19,6	15,2	21,3	22,7	11,8	18,6	20,2	14,4	
65-74		1998	28,5	12,1	25,6	49,5	19,1	22,4	21,9	24,5	
		1997	29,2	16,5	30,9	49,3	24,0	20,9	24,6	24,9	
		1996	24,4	18,0	27,3	24,9	20,0	23,5	25,8	26,1	
75-84		1998	(29,0)	12,5	25,8	41,9	18,1	21,5	30,1	35,9	
		1997	30,1	19,2	25,5	45,6	23,4	27,0	27,8	28,3	
		1996	25,7	18,9	23,2	24,0	21,7	27,0	31,3	28,2	
ab 85		1998	28,8	19,7	18,5	42,2	13,9	23,8	34,2	24,1	
		1997	32,3	19,1	17,3	58,1	21,9	23,4	26,7	22,3	
		1996	24,3	9,8	15,1	25,4	23,6	16,2	32,4	16,5	

Hinweis: Für Schweden liegen keine Daten vor.

Quelle: Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaften-UDB, Eurostat, Version Dezember 2001.

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	UK			
5,1	:	8,0	5,8	10,4	:	14,4	Schwere Einschränkungen	Alle Alters- gruppen	1998
5,1	:	7,8	6,1	10,9	9,1	15,1			1997
4,9	5,6	7,4	5,6	10,3	10,6	(7,6)			1996
0,7	:	2,1	0,4	2,0	:	2,3		16-24	1998
0,7	:	2,6	0,4	2,1	1,7	2,3			1997
0,9	1,6	3,5	0,6	2,6	1,8	:			1996
1,3	:	2,3	1,5	4,8	:	5,3		25-34	1998
0,8	:	2,7	1,5	5,1	1,3	6,7			1997
1,0	1,6	2,7	1,7	4,5	1,3	(1,7)			1996
1,5	:	5,5	2,5	6,3	:	8,6		35-44	1998
1,4	:	5,6	2,2	7,4	2,2	8,4			1997
1,0	2,9	5,0	1,2	6,2	2,5	(4,5)			1996
2,5	:	8,0	6,0	7,4	:	14,0		45-54	1998
2,5	:	8,3	5,4	9,5	8,5	15,8			1997
2,7	5,5	7,9	5,6	7,9	8,1	(6,9)			1996
5,5	:	11,5	6,9	18,9	:	19,2		55-64	1998
5,7	:	11,8	8,1	14,8	16,9	20,6			1997
5,9	8,3	11,3	8,6	16,9	17,9	13,9			1996
10,7	:	14,7	10,8	20,0	:	23,8		65-74	1998
10,4	:	14,5	11,9	20,9	18,3	24,8			1997
10,9	10,5	12,9	11,7	19,1	22,4	11,8			1996
19,8	:	23,4	22,2	26,5	:	33,9		75-84	1998
20,9	:	22,3	25,9	28,7	38,7	32,8			1997
21,0	18,8	21,8	19,9	29,5	41,7	20,8			1996
32,1	:	27,7	42,4	43,9	:	52,4		ab 85	1998
32,2	:	18,4	37,5	47,8	(64,5)	50,1			1997
28,5	:	24,1	36,2	45,5	59,7	(29,8)			1996
7,9	:	15,0	11,5	13,5	:	:	Gewisse Einschränkungen	Alle Alters- gruppen	1998
7,3	:	14,3	12,0	13,5	20,3	:			1997
7,9	15,0	14,1	12,3	13,8	19,1	(16,6)			1996
1,8	:	9,0	1,5	3,9	:	:		16-24	1998
2,1	:	7,4	2,6	3,6	8,2	:			1997
1,5	8,3	7,8	2,4	4,9	9,9	:			1996
2,0	:	9,4	4,3	6,4	:	:		25-34	1998
2,0	:	7,9	4,2	6,2	10,6	:			1997
2,0	7,6	8,1	3,5	5,2	9,8	(9,9)			1996
4,2	:	12,6	6,5	6,7	:	:		35-44	1998
3,5	:	12,5	6,1	7,5	15,7	:			1997
3,7	9,9	12,5	8,0	9,3	13,7	(13,7)			1996
7,5	:	15,1	14,1	14,2	:	:		45-54	1998
6,9	:	15,6	15,2	14,9	20,7	:			1997
7,1	16,4	14,5	14,3	13,4	20,1	(13,9)			1996
12,3	:	21,0	18,8	23,4	:	:		55-64	1998
10,2	:	21,2	20,7	24,0	37,1	:			1997
13,1	21,7	21,4	21,8	24,3	32,2	21,3			1996
16,5	:	22,5	24,9	28,2	:	:		65-74	1998
16,0	:	22,4	24,6	26,5	35,5	:			1997
16,3	30,4	22,9	24,8	28,5	32,5	32,3			1996
20,6	:	24,7	24,9	30,9	:	:		75-84	1998
18,8	:	23,7	24,9	27,3	32,8	:			1997
22,5	24,7	24,7	26,8	27,7	26,1	26,7			1996
17,9	:	25,7	24,1	9,1	:	:		ab 85	1998
17,1	:	34,5	28,6	11,2	(23,8)	:			1997
19,9	:	21,9	28,0	15,0	23,6	(30,8)			1996

4.4.5 Verteilung der Bevölkerung (16-64) mit schweren, leichten bzw. ohne Behinderungen nach Bildungsstand (höchster erworbener Bildungsabschluss), 1996

	EU-14	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Schwere Behinderungen								
Stufe 3	9	14	14	14	8	5	8	3
Stufe 2	30	28	24	49	15	5	29	20
< Stufe 2	58	56	60	36	75	90	58	76
Schüler oder k. A.	3	3	2	1	1	–	5	1
Leichte Behinderungen								
Stufe 3	14	25	25	18	9	5	14	6
Stufe 2	35	23	32	50	25	8	30	30
< Stufe 2	48	44	41	31	66	87	49	62
Schüler oder k. A.	3	8	2	1	0	–	8	3
Keine Behinderungen								
Stufe 3	18	25	32	20	20	18	20	13
Stufe 2	38	27	39	50	31	24	34	34
< Stufe 2	41	33	27	28	46	58	32	45
Schüler oder k. A.	4	14	3	2	3	–	13	8

Definition der Bildungsstufen:

Schüler oder k. A.: Schüler oder keine Angaben.

Stufe 3: anerkannter tertiärer Bildungsabschluss (ISCED 5-7).

Stufe 2: Sekundarbereich (ISCED 3).

< Stufe 2: unter Sekundarbereich 1 (ISCED 0-2).

Quelle: Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaften — Eurostat; in Zusammenarbeit mit Réseau sur l'Espérance de Vie En Santé (REVES).

4.4.6 Einschränkungen im Alltag durch körperliche/psychische Probleme, Krankheiten oder Behinderungen, nach Bildung, ab 16 Jahren

			EU	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Schwere Einschränkungen	< Stufe 2	1998	12,5	23,0	15,4	12,3	11,8	9,7	10,7	5,0
		1997	12,3	9,1	11,7	11,3	9,7	8,5	17,2	5,5
		1996	10,6	10,9	11,7	11,1	8,5	7,6	16,4	5,8
	Stufe 2	1998	(6,3)	12,7	3,7	10,9	2,1	1,1	2,5	1,5
		1997	(6,7)	5,3	4,7	10,7	3,5	1,3	7,5	1,8
		1996	4,5	6,8	5,0	6,0	2,8	1,1	7,0	1,8
	Stufe 3	1998	(4,4)	9,2	2,7	8,0	1,3	1,0	2,7	1,0
		1997	(4,6)	2,7	4,3	6,6	1,6	1,6	3,9	1,7
		1996	3,3	3,5	4,0	5,1	1,9	1,4	3,9	0,7
Gewisse Einschränkungen	< Stufe 2	1998	18,0	7,3	21,8	30,9	12,3	13,4	14,4	17,8
		1997	19,0	12,9	21,3	32,3	13,5	12,7	18,6	15,2
		1996	15,8	12,8	20,3	16,5	11,1	13,1	19,2	13,9
	Stufe 2	1998	(12,0)	6,9	15,2	29,2	3,3	4,1	6,3	7,2
		1997	(13,7)	8,2	15,5	30,6	4,6	3,5	10,2	9,2
		1996	9,9	9,2	11,6	15,3	5,0	2,7	10,0	8,9
	Stufe 3	1998	(11,6)	5,3	9,3	27,0	4,4	2,6	9,9	6,8
		1997	(11,7)	7,0	12,8	27,1	2,7	3,0	7,4	4,6
		1996	9,0	8,9	10,6	14,2	3,5	2,8	8,1	5,4

Definition der Bildungsstufen:

Stufe 3: anerkannter tertiärer Bildungsabschluss (ISCED 5-7).

Stufe 2: Sekundarbereich (ISCED 3).

< Stufe 2: unter Sekundarbereich 1 (ISCED 0-2).

Anmerkungen: Zu Schweden liegen keine Daten vor; die Erhebung in Belgien wurde 1998 geändert, daher können die Daten von 1998 nicht mit denen früherer Jahre verglichen werden; die Erhebungen in Deutschland und im Vereinigten Königreich wurden 1997 geändert, daher können die Daten von 1996 nicht mit denen späterer Jahre verglichen werden.

Quelle: Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaften — UDB, Eurostat, Version Dezember 2001.

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	UK	
							Schwere Behinderungen
2	11	10	2	1	7	11	Stufe 3
12	12	50	51	4	35	29	Stufe 2
69	73	40	46	96	57	60	< Stufe 2
16	4	-	1	-	-	-	Schüler oder k. A.
							Leichte Behinderungen
3	10	13	6	2	22	18	Stufe 3
17	25	53	59	7	37	35	Stufe 2
71	61	32	35	91	41	47	< Stufe 2
9	4	2	-	-	-	-	Schüler oder k. A.
							Keine Behinderungen
7	16	18	7	6	31	25	Stufe 3
35	28	54	65	15	41	37	Stufe 2
57	49	25	28	78	28	38	< Stufe 2
2	7	3	1	1	-	0	Schüler oder k. A.

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	UK			
7,6	:	8,1	9,8	12,5	:	21,9	Schwere Einschränkungen	< Stufe 2	1998
5,6	:	11,0	10,6	12,4	15,4	20,5			1997
5,3	7,7	11,1	9,4	12,1	18,4	(11,1)			1996
1,1	:	1,6	3,9	2,4	:	15,1	Stufe 2	1998	
1,2	:	7,0	4,0	3,3	6,2	12,2			1997
1,2	2,7	6,4	3,7	2,7	7,4	(5,5)			1996
0,6	:	2,3	2,8	2,5	:	8,3	Stufe 3	1998	
1,1	:	5,1	2,5	2,9	2,9	9,6			1997
2,1	3,0	4,7	2,5	1,5	2,8	(2,9)			1996
10,3	:	15,2	14,2	15,9	:	:	Gewisse Einschränkungen	< Stufe 2	1998
7,6	:	17,1	14,9	15,5	25,5	:			1997
8,9	17,8	17,0	16,9	15,5	24,0	(20,1)			1996
4,3	:	5,8	10,5	4,2	:	:	Stufe 2	1998	
4,1	:	14,1	10,9	5,2	17,6	:			1997
3,7	13,8	13,7	10,1	6,5	17,0	(13,4)			1996
3,0	:	9,0	6,7	4,7	:	:	Stufe 3	1998	
4,4	:	10,3	7,1	3,3	16,3	:			1997
3,7	8,7	10,3	8,8	5,7	14,4	(12,9)			1996

4.4.7 Erwerbstätige Männer zwischen 16 und 64 Jahren mit schweren, leichten bzw. ohne Behinderungen, nach Geschlecht: 1996 (%)

	EU-14	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	UK
Schwer															
Männer	27,9	20,4	15,0	30,3	15,9	16,6	45,4	15,2	18,8	35,6	36,0	31,9	34,7	23,0	16,6
Frauen	20,5	15,9	19,2	21,5	17,5	9,0	28,5	11,8	12,2	20,8	19,5	25,3	27,7	19,9	18,2
Insgesamt	24,3	18,3	17,1	26,4	16,7	13,1	36,8	13,7	15,3	28,7	26,1	28,4	30,7	21,6	17,4
Leicht															
Männer	57,6	54,2	62,3	67,3	54,2	40,2	59,0	38,7	40,5	49,5	57,1	54,5	64,1	50,8	57,7
Frauen	36,7	22,6	45,0	41,4	23,8	18,9	43,1	16,6	19,4	29,5	33,8	41,7	44,3	49,1	39,1
Insgesamt	46,2	36,9	52,0	53,8	36,3	28,7	50,5	27,1	29,6	40,2	44,0	48,6	52,9	49,8	46,6
Ohne Behinderung															
Männer	75,1	69,2	81,7	81,4	77,6	66,6	73,2	72,2	65,4	78,6	78,8	81,5	80,0	65,5	84,3
Frauen	49,3	44,5	70,5	57,7	39,2	32,7	55,1	42,4	33,0	46,4	45,5	58,1	59,0	56,6	60,7
Insgesamt	61,9	56,3	76,3	69,3	57,8	49,5	64,0	57,2	49,0	62,4	62,4	69,6	69,2	61,1	71,6

Quelle: Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaften — Eurostat; in Zusammenarbeit mit Réseau sur l'Espérance de Vie En Santé (REVES).

4.4.8 Einschränkungen im Alltag durch körperliche/psychische Probleme, Krankheiten oder Behinderungen, nach Erwerbsstatus

			EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Erwerbstätig	Schwere Einschränkungen	1998	3,5	8,1	1,5	4,8	1,8	1,5	4,2	1,1
		1997	3,1	1,8	1,7	3,7	1,0	1,5	3,9	1,1
		1996	2,3	2,5	1,4	2,8	1,0	1,0	4,1	1,0
	Gewisse Einschränkungen	1998	11,2	4,4	12,4	23,6	4,0	4,6	9,1	6,8
		1997	11,0	5,0	11,7	23,3	4,1	3,9	8,7	6,4
		1996	8,1	6,6	10,1	11,7	3,4	4,2	8,3	5,5
Nicht erwerbstätig	Schwere Einschränkungen	1998	16,7	23,1	17,0	18,4	14,2	11,5	21,9	6,3
		1997	15,8	10,4	16,7	17,1	12,4	10,8	20,0	7,4
		1996	13,5	11,9	17,1	13,4	10,9	10,1	18,1	7,3
	Gewisse Einschränkungen	1998	21,7	10,0	22,1	36,9	14,1	14,7	19,5	20,5
		1997	21,9	13,5	26,0	38,0	14,7	15,2	18,5	18,6
		1996	18,8	13,6	22,0	20,3	13,0	15,4	19,7	17,7

Hinweis: Zu Schweden liegen keine Daten vor.

Quelle: Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaften — UDB, Eurostat, Version Dezember 2001.

4.4.9 Wahrscheinlichkeit, dass Personen mit schwerer, leichter bzw. ohne Behinderung im Erwerbsalter (16-64 Jahre) über ein Einkommen und Erwerbseinkommen verfügen, 1996 (%)

	EU-14	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	UK
Einkommen															
Schwere Behinderung	92	95	99	95	82	82	94	95	77	90	85	94	86	99	97
Leichte Behinderung	90	90	98	93	79	74	92	95	78	88	85	95	82	97	98
Ohne Behinderung	85	88	99	94	71	67	93	91	66	85	84	90	76	97	98
Erwerbseinkommen															
Schwere Behinderung	26	20	21	29	22	13	36	17	18	38	29	34	28	22	22
Leichte Behinderung	49	36	53	58	37	27	56	31	29	43	44	50	47	51	50
Ohne Behinderung	64	57	79	71	53	52	68	59	49	64	66	68	64	66	76

Quelle: Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaften — Eurostat; in Zusammenarbeit mit Réseau sur l'Espérance de Vie En Santé (REVES).

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	UK			
1,0	:	4,0	1,9	4,2	:	4,8	Erwerbstätig	Schwere Einschränkungen	1998
1,0	:	3,7	1,4	3,8	2,8	5,5			1997
1,0	2,3	3,9	1,6	3,8	3,0	(1,6)			1996
3,7	:	11,4	6,9	10,1	:	:	Gewisse Einschränkungen	1998	
3,6	:	10,7	7,3	9,7	14,9	:			1997
3,5	9,8	11,0	7,4	9,9	15,2	(9,3)			1996
8,9	:	13,3	11,4	20,5	:	21,7	Nicht erwerbstätig	Schwere Einschränkungen	1998
8,6	:	13,1	12,6	21,6	17,9	22,4			1997
8,5	9,0	12,1	11,4	20,2	22,6	15,9			1996
11,8	:	19,6	17,9	18,7	:	:	Gewisse Einschränkungen	1998	
10,5	:	19,1	18,4	19,4	27,9	:			1997
11,8	20,2	18,3	19,3	19,8	25,3	26,5			1996

4.4.10 Minderung der Aktivitäten in den letzten zwei Wochen aus gesundheitlichen Gründen, nach Geschlecht

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	
Krankheit oder Verletzung	Insgesamt	1998	:	11,8	20,7	:	4,6	9,8	:	7,6
		1997	:	9,0	17,7	:	6,6	10,4	6,9	8,6
		1996	11,1	10,1	18,2	15,0	5,8	9,3	7,8	8,7
	Männer	1998	:	9,5	18,4	:	3,8	8,3	:	6,7
		1997	:	7,1	15,3	:	5,6	8,8	6,1	7,8
		1996	10,0	9,1	14,5	14,0	5,8	7,8	6,9	6,9
	Frauen	1998	:	13,8	23,0	:	5,2	11,2	:	8,5
		1997	:	10,6	20,1	:	7,4	11,8	7,8	9,3
		1996	12,1	11,0	21,8	15,8	5,7	10,8	8,5	10,5
Psychisches Problem	Insgesamt	1998	:	3,7	3,8	:	1,3	2,3	:	2,0
		1997	:	3,1	4,0	:	1,1	1,7	1,3	2,0
		1996	2,3	3,3	3,8	3,0	0,8	1,8	1,5	2,0
	Männer	1998	:	2,6	2,7	:	1,0	2,3	:	1,5
		1997	:	2,3	2,7	:	0,9	0,9	0,8	1,4
		1996	1,7	2,0	3,4	2,4	0,9	1,2	0,9	1,8
	Frauen	1998	:	4,8	4,9	:	1,5	2,4	:	2,6
		1997	:	3,8	5,3	:	1,3	2,4	1,8	2,5
		1996	2,8	4,5	4,2	3,5	0,7	2,4	2,0	2,2

Hinweis: Zu Schweden liegen keine Daten vor.

Quelle: Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaften — UDB, Eurostat, Version Dezember 2001.

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	UK			
4,6	:	14,0	11,7	12,3	:	:	Krankheit oder Verletzung	Insgesamt	1998
3,9	:	14,5	12,5	12,2	22,1	:			1997
3,7	11,4	15,8	12,6	11,7	21,4	(15,8)			1996
4,2	:	11,4	10,2	11,0	:	:		Männer	1998
3,3	:	11,4	10,8	10,6	20,0	:			1997
3,4	9,8	13,9	11,1	10,5	19,2	(14,1)			1996
4,9	:	16,5	13,0	13,5	:	:		Frauen	1998
4,5	:	17,5	14,0	13,6	24,1	:			1997
3,9	12,9	17,6	14,0	12,9	23,5	17,3			1996
0,8	:	5,0	2,9	4,2	:	:	Psychisches Problem	Insgesamt	1998
0,9	:	5,1	2,7	3,5	2,3	:			1997
0,8	3,4	5,5	2,8	3,5	2,9	(2,7)			1996
0,5	:	3,5	2,4	4,0	:	:		Männer	1998
0,7	:	3,0	2,3	3,1	1,9	:			1997
0,6	2,4	3,9	2,0	2,9	2,4	(1,8)			1996
1,2	:	6,4	3,4	4,4	:	:		Frauen	1998
1,1	:	7,1	3,1	3,8	2,8	:			1997
0,9	4,3	7,0	3,6	4,1	3,3	3,5			1996

4.4.11 Minderung der Aktivitäten in den letzten zwei Wochen aus gesundheitlichen Gründen, nach Alter

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	
Krankheit oder Verletzung	16-24	1998	:	8,4	20,3	:	(0,7)	6,5	:	4,8
		1997	:	4,5	20,6	:	(1,8)	6,7	2,9	5,0
		1996	5,5	6,1	16,0	8,8	(1,3)	3,8	3,5	5,1
	25-34	1998	:	8,2	19,1	:	1,7	6,7	:	4,8
		1997	:	6,6	13,2	:	1,4	5,9	4,4	7,9
		1996	7,2	6,1	17,9	9,9	1,2	6,1	4,5	8,1
	35-44	1998	:	9,8	19,8	:	1,9	7,5	:	5,9
		1997	:	6,6	14,4	:	1,9	7,4	4,2	8,3
		1996	7,8	7,9	13,7	9,9	2,0	7,1	4,7	7,4
	45-54	1998	:	12,7	16,3	:	2,7	9,2	:	6,8
		1997	:	9,7	13,7	:	4,2	10,3	5,0	8,2
		1996	9,6	9,8	14,4	12,3	4,8	6,5	6,7	7,8
	55-64	1998	:	13,7	17,0	:	5,9	11,0	:	10,4
		1997	:	8,0	19,4	:	8,8	15,6	8,2	8,5
		1996	14,1	12,5	19,2	18,3	6,5	13,5	9,2	10,5
	65-74	1998	:	15,3	28,6	:	9,7	14,6	:	13,9
		1997	(13,8)	15,6	24,8	:	14,3	16,3	13,0	12,5
		1996	16,7	15,7	26,4	22,7	13,2	17,0	13,4	12,4
	75-84	1998	:	17,2	32,6	:	11,8	19,5	:	18,1
		1997	(18,3)	16,5	26,3	:	23,5	18,7	17,4	17,8
		1996	22,7	20,3	32,0	28,0	19,0	21,1	20,7	20,3
	ab 85	1998	(23,3)	35,1	30,4	:	27,8	26,8	:	15,4
		1997	(21,7)	15,4	42,6	:	26,9	21,3	20,1	18,2
		1996	27,0	22,5	26,3	35,7	29,5	22,3	22,9	22,2
Psychisches Problem	16-24	1998	:	1,3	1,9	:	(0,5)	2,0	:	1,4
		1997	:	2,2	3,7	:	(0,6)	0,5	0,2	0,9
		1996	0,9	1,4	1,6	1,2	(0,4)	0,6	0,5	0,7
	25-34	1998	:	2,4	1,3	:	0,7	2,1	:	1,2
		1997	:	1,7	2,4	:	0,9	0,6	1,0	1,6
		1996	1,7	1,8	3,0	2,4	0,5	0,9	0,9	1,6
	35-44	1998	:	3,4	3,0	:	1,1	2,0	:	1,3
		1997	:	3,0	3,6	:	1,0	1,7	0,8	1,2
		1996	1,7	3,0	2,6	1,6	0,4	1,3	1,2	1,7
	45-54	1998	:	6,1	3,4	:	0,9	2,5	:	2,6
		1997	:	3,0	3,3	:	0,8	1,9	1,2	2,5
		1996	2,5	4,5	4,4	3,3	0,6	2,0	1,8	2,5
	55-64	1998	:	5,2	5,4	:	1,8	2,0	:	3,3
		1997	:	4,0	3,8	:	1,4	2,1	1,4	3,1
		1996	2,7	3,5	5,5	3,0	1,0	2,5	1,8	3,6
	65-74	1998	:	3,6	7,1	:	2,2	2,4	:	3,1
		1997	(2,7)	4,8	7,0	:	1,7	2,7	2,1	2,4
		1996	2,9	5,0	6,8	3,8	1,2	2,1	2,6	2,1
	75-84	1998	:	4,9	7,9	:	1,5	3,2	:	4,0
		1997	(3,6)	3,7	7,1	:	2,1	3,4	3,0	5,4
		1996	4,7	6,3	5,5	6,4	2,3	5,4	3,1	4,5
	ab 85	1998	(7,3)	3,4	7,5	:	4,8	8,0	:	3,0
		1997	(6,1)	3,0	9,1	:	2,0	8,0	6,3	5,9
		1996	5,2	2,6	1,5	8,3	3,4	6,4	2,5	6,6

Hinweis: Zu Schweden liegen keine Daten vor.

Quelle: Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaften — UDB, Eurostat, Version Dezember 2001.

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	UK			
2,8	:	10,3	4,2	1,4	:	:	Krankheit oder Verletzung	16-24	1998
1,6	:	11,0	6,3	2,6	16,2	:			1997
1,5	3,6	11,8	7,4	2,8	12,2	:			1996
3,2	:	11,3	6,7	4,5	:	:	25-34	1998	
2,4	:	11,7	7,4	4,5	13,8	:		1997	
2,3	5,1	13,2	6,6	4,4	13,6	(10,2)		1996	
3,6	:	11,3	8,1	6,1	:	:	35-44	1998	
2,4	:	13,2	8,2	7,1	16,0	:		1997	
2,0	8,1	15,0	8,0	9,6	15,3	(12,0)		1996	
4,6	:	14,3	11,5	11,4	:	:	45-54	1998	
3,3	:	13,8	12,2	12,1	19,6	:		1997	
3,1	10,7	16,3	14,6	10,7	17,8	(14,4)		1996	
4,3	:	16,9	14,6	22,5	:	:	55-64	1998	
4,6	:	17,9	15,5	20,7	31,0	:		1997	
4,7	16,2	18,3	15,1	17,9	29,7	21,4		1996	
5,9	:	17,6	21,5	26,0	:	:	65-74	1998	
6,0	:	18,1	20,3	24,2	34,3	:		1997	
5,7	22,4	18,7	21,1	23,1	33,8	18,9		1996	
9,6	:	24,0	25,5	34,6	:	:	75-84	1998	
9,7	:	24,9	33,0	28,3	50,0	:		1997	
10,0	30,8	25,2	27,8	27,7	43,9	27,4		1996	
13,1	:	25,1	39,3	36,5	:	:	ab 85	1998	
13,1	:	23,8	31,9	41,7	(62,9)	:		1997	
12,1	:	22,3	39,6	39,0	70,5	(31,6)		1996	
0,2	:	2,8	0,5	3,9	:	:	Psychisches Problem	16-24	1998
0,4	:	2,0	0,4	1,9	1,2	:			1997
0,1	1,1	3,4	0,9	2,6	1,5	:			1996
0,2	:	4,5	1,5	6,2	:	:	25-34	1998	
0,5	:	4,6	1,4	4,2	1,1	:		1997	
0,3	1,5	4,4	1,3	3,8	1,4	(2,8)		1996	
1,1	:	4,5	1,2	3,4	:	:	35-44	1998	
0,7	:	4,8	1,2	4,4	1,8	:		1997	
0,5	2,0	5,0	1,1	2,8	3,1	(2,9)		1996	
0,6	:	4,9	2,8	3,3	:	:	45-54	1998	
0,6	:	4,8	2,9	2,6	3,4	:		1997	
0,4	1,7	5,5	3,7	3,5	3,7	(3,2)		1996	
0,3	:	6,2	3,5	3,4	:	:	55-64	1998	
0,8	:	7,8	3,8	3,7	4,2	:		1997	
0,8	3,4	7,3	3,8	4,3	4,1	3,5		1996	
1,6	:	6,1	4,5	4,6	:	:	65-74	1998	
1,3	:	6,0	4,5	4,0	2,9	:		1997	
1,3	9,8	7,0	4,9	4,4	2,4	2,2		1996	
1,3	:	8,4	7,8	3,8	:	:	75-84	1998	
2,5	:	8,5	7,9	3,9	2,1	:		1997	
3,4	11,4	9,3	8,3	4,0	5,1	3,0		1996	
6,4	:	3,0	25,5	9,2	:	:	ab 85	1998	
5,4	:	5,5	14,5	3,2	(2,7)	:		1997	
4,4	:	6,1	10,4	1,8	1,6	(4,2)		1996	

4.4.12 Minderung der Aktivitäten in den letzten zwei Wochen aus gesundheitlichen Gründen, nach Bildung

		EU-15	B	D	F	EL	E	F	IRL	
< Stufe 2	Krankheit oder Verletzung	1998	(10,3)	15,9	26,1	:	6,6	12,1	:	9,6
		1997	(10,3)	10,4	20,7	:	9,8	12,4	9,5	9,8
		1996	13,5	12,7	22,7	18,3	8,6	11,1	10,7	10,0
	Psychisches Problem	1998	(2,8)	5,4	6,4	:	1,8	2,8	:	3,2
		1997	(2,4)	3,3	5,1	:	1,6	2,2	2,0	2,9
		1996	2,8	3,9	5,2	3,7	1,2	2,2	2,1	2,9
Stufe 2	Krankheit oder Verletzung	1998	:	9,7	18,7	:	1,5	5,1	:	5,5
		1997	:	9,6	15,2	:	2,4	6,6	6,1	7,3
		1996	9,3	9,4	16,9	14,2	2,3	5,1	6,2	8,1
	Psychisches Problem	1998	:	2,7	2,7	:	0,6	1,9	:	1,0
		1997	:	3,4	3,3	:	0,7	0,6	0,9	0,9
		1996	1,9	3,7	3,5	2,6	0,4	1,0	1,4	1,2
Stufe 3	Krankheit oder Verletzung	1998	:	8,9	18,0	:	2,3	6,7	:	6,2
		1997	:	7,1	15,9	:	2,2	5,9	4,4	7,0
		1996	8,0	8,7	15,0	11,3	1,9	6,5	4,7	6,5
	Psychisches Problem	1998	:	2,7	2,4	:	0,6	1,0	:	0,5
		1997	:	2,5	3,7	:	0,5	0,7	1,1	1,2
		1996	1,7	2,0	2,5	3,0	0,2	1,0	0,7	1,3

Definition der Bildungsstufen:

Stufe 3: anerkannter tertiärer Bildungsabschluss (ISCED 5-7).

Stufe 2: Sekundarbereich (ISCED 3).

< Stufe 2: unter Sekundarbereich 1 (ISCED 0-2).

Hinweis: Zu Schweden liegen keine Daten vor.

Quelle: Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaften — UDB, Eurostat, Version Dezember 2001.

4.4.13 Minderung der Aktivitäten in den letzten zwei Wochen aus gesundheitlichen Gründen, nach Erwerbsstatus

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	
Erwerbs- tätig	Krankheit oder Verletzung	1998	:	8,8	17,8	:	1,9	6,9	:	5,0
		1997	(5,5)	6,3	12,7	:	2,4	6,8	4,1	6,3
		1996	7,4	7,3	13,9	10,5	1,7	6,0	5,0	5,5
	Psychisches Problem	1998	:	2,9	1,5	:	0,6	1,2	:	0,4
		1997	(1,0)	2,0	2,1	:	0,3	0,5	0,7	0,6
		1996	1,3	2,0	2,0	2,0	0,2	0,7	1,0	1,0
Nicht erwerbs- tätig	Krankheit oder Verletzung	1998	:	15,1	25,9	:	7,6	12,6	:	11,1
		1997	(12,0)	11,9	27,0	:	10,9	13,9	11,1	11,4
		1996	15,9	13,2	26,0	20,7	10,1	12,7	11,4	12,8
	Psychisches Problem	1998	:	4,7	8,0	:	2,1	3,4	:	4,2
		1997	(2,9)	4,2	7,6	:	1,9	2,8	2,2	3,7
		1996	3,5	4,7	7,1	4,2	1,4	2,8	2,2	3,4

Hinweis: Zu Schweden liegen keine Daten vor.

Quelle: Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaften-UDB, Eurostat, Version Dezember 2001.

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	UK			
5,1	:	14,0	15,0	14,6	:	:	< Stufe 2	Krankheit oder Verletzung	1998
4,2	:	17,6	15,6	14,1	28,6	:			1997
4,2	14,1	18,3	16,7	13,2	28,3	(18,2)			1996
1,2	:	5,0	4,0	4,7	:	:		Psychisches Problem	1998
1,0	:	6,3	4,4	3,6	3,3	:			1997
0,7	4,1	7,1	4,0	3,9	4,2	(2,9)			1996
3,9	:	15,2	10,1	3,8	:	:	Stufe 2	Krankheit oder Verletzung	1998
2,4	:	14,1	11,0	3,4	19,6	:			1997
2,2	9,1	15,8	10,6	4,6	17,5	(14,6)			1996
0,2	:	5,5	2,4	3,0	:	:		Psychisches Problem	1998
0,3	:	4,8	1,9	2,3	1,9	:			1997
0,3	2,0	5,2	2,2	1,5	1,9	(2,6)			1996
2,7	:	10,2	8,6	3,6	:	:	Stufe 3	Krankheit oder Verletzung	1998
2,7	:	10,9	10,2	3,3	16,0	:			1997
2,0	5,8	11,6	11,1	6,7	16,4	(12,3)			1996
0,0	:	4,5	1,7	2,2	:	:		Psychisches Problem	1998
0,4	:	4,1	1,7	3,1	1,4	:			1997
0,3	1,3	3,3	2,5	1,5	2,2	(2,5)			1996

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	UK			
3,8	:	11,4	7,4	6,6	:	:	Erwerbs- tätig	Krankheit oder Verletzung	1998
2,7	:	11,5	8,2	6,8	14,9	:			1997
2,6	6,1	13,4	8,4	7,1	14,9	(9,1)			1996
0,2	:	4,0	1,1	3,6	:	:		Psychisches Problem	1998
0,3	:	3,9	1,2	2,5	1,6	:			1997
0,2	1,8	4,1	1,4	2,3	1,8	(1,3)			1996
5,2	:	17,7	17,6	21,5	:	:	Nicht erwerbs- tätig	Krankheit oder Verletzung	1998
4,9	:	18,9	18,4	20,4	32,4	:			1997
4,6	16,8	19,3	18,6	18,7	31,9	25,1			1996
1,5	:	6,3	5,5	5,3	:	:		Psychisches Problem	1998
1,4	:	7,0	4,8	5,0	3,4	:			1997
1,3	4,9	7,3	4,9	5,2	4,6	4,7			1996

4 Gesundheitszustand

4.5.1 Antworten auf „Leiden Sie regelmäßig unter Stress?“, nach Geschlecht, 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Männer	Ja	35,3	41,1	27,7	32,0	68,6	31,3	37,6	38,3
	Nein	61,7	57,6	69,6	62,9	31,0	66,9	61,0	58,5
	Weiß nicht	3,0	1,3	2,4	5,1	0,4	1,8	1,4	3,2
Frauen	Ja	40,5	51,9	35,2	31,8	74,4	37,5	50,2	32,2
	Nein	56,5	46,2	63,0	63,1	25,0	60,1	48,5	63,9
	Weiß nicht	3,0	1,9	1,8	5,2	0,6	2,4	1,3	3,9
Insgesamt	Ja	38,0	46,7	31,5	31,9	71,6	34,5	44,2	35,2
	Nein	51,8	45,1	58,7	52,8	25,0	54,6	45,2	55,4
	Weiß nicht	3,0	1,6	2,1	5,1	0,5	2,1	1,3	3,6

Quelle: Eurobarometer 52.1, Europäische Kommission.

4.5.2 Antworten auf „Leiden Sie regelmäßig unter Stress?“, nach Alter, 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
16-24	Ja	40,7	49,5	36,1	47,1	67,2	29,0	39,8	30,3
	Nein	56,4	48,7	62,0	49,3	32,7	68,8	58,0	66,2
	Weiß nicht	2,8	1,8	1,9	3,6	0,2	2,2	2,1	3,5
25-39	Ja	46,8	57,4	43,3	42,8	76,0	44,6	49,2	40,1
	Nein	50,7	39,9	55,9	52,1	23,3	53,6	50,2	56,3
	Weiß nicht	2,5	2,6	0,8	5,1	0,7	1,8	0,6	3,7
40-54	Ja	44,2	54,2	37,8	39,9	74,4	42,8	52,5	41,3
	Nein	51,8	45,1	58,7	52,8	25,0	54,6	45,2	55,4
	Weiß nicht	3,9	0,8	3,5	7,3	0,6	2,6	2,3	3,3
ab 55	Ja	24,4	30,7	13,0	11,2	68,6	22,7	35,7	29,7
	Nein	72,8	68,1	84,7	84,5	31,0	75,2	63,4	66,6
	Weiß nicht	2,8	1,2	2,2	4,2	0,4	2,0	0,9	3,7

Quelle: Eurobarometer 52.1, Europäische Kommission.

4.5.3 Unzufriedenheit mit verschiedenen Aspekten des eigenen Lebens, 1997

(%)

	EU-15	B	DK	EL	E	F	IRL (¹)	I	NL	A	P	FIN (¹)	UK
Unzufrieden mit finanzieller Situation	47	32	21	70	58	45	45	62	22	28	71	39	33
Unzufrieden mit verfügbarer Freizeit	32	27	20	45	37	24	22	41	22	18	33	21	:
Unzufrieden mit Arbeit oder Haupterwerbstätigkeit	28	20	11	51	33	19	22	47	11	11	37	19	:
Unzufrieden mit Wohnsituation	20	12	11	38	22	11	14	29	8	9	31	15	:

(¹) Nur bedingt zuverlässig (20-49 Beobachtungen oder 10-20 % fehlende Beobachtungen).

Zu Deutschland, Luxemburg und Schweden liegen keine Daten vor.

Quelle: Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaften — UDB, Eurostat, Version Dezember 2001.

4.6.1 Häufigkeit der Begegnungen mit anderen Menschen zuhause/auswärts (1997)

(%)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	NL	A	P	FIN	UK
Begegnungen mit Freunden														
(a) mindestens einmal wöchentlich	72	67	79	43	93	92	63	95	80	85	70	75	82	87
(b) einmal oder zweimal monatlich	19	22	18	34	5	6	27	4	13	13	24	14	14	11
(c) weniger als einmal monatlich	9	11	3	22	2	3	10	1	7	2	7	11	4	3
% dieser Kategorie (c) hatten mit niemand persönlichen Kontakt	20	12	6	:	30	27	7	30 (¹)	33	:	17	24	22	13

(¹) Nur bedingt zuverlässig (20-49 Beobachtungen oder 10-20 % fehlende Beobachtungen).

Quelle: Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaften — UDB, Eurostat, Version Dezember 2001.

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
33,9	38,5	29,1	35,6	33,5	27,0	27,9	39,0	Ja	Männer
61,0	60,7	69,8	58,4	63,5	68,2	70,9	60,0	Nein	
5,1	0,8	1,1	6,0	3,0	4,8	1,2	1,1	Weiß nicht	
35,6	43,5	38,0	30,6	45,2	26,1	32,6	47,3	Ja	Frauen
60,2	52,2	58,6	65,0	51,1	70,0	66,8	51,6	Nein	
4,2	4,4	3,5	4,4	3,7	3,9	0,6	1,2	Weiß nicht	
34,8	41,1	33,6	33,0	39,7	26,5	30,3	43,3	Ja	Insgesamt
6,6	56,2	64,1	61,9	57,0	69,2	68,8	55,6	Nein	
4,6	2,7	2,3	5,1	3,4	4,4	0,9	1,1	Weiß nicht	

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
31,2	49,9	42,7	31,1	32,9	26,4	38,5	52,1	Ja	16–24
63,1	47,7	56,4	63,4	63,6	71,0	60,0	46,7	Nein	
5,7	2,4	0,9	5,5	3,4	2,6	1,6	1,2	Weiß nicht	
40,6	56,1	33,0	47,3	48,7	34,9	44,2	55,8	Ja	25–39
56,2	41,3	64,1	45,8	48,1	62,3	54,2	44,2	Nein	
3,2	2,6	2,9	6,9	3,2	2,8	1,6	–	Weiß nicht	
42,2	39,4	36,7	40,8	44,4	32,5	31,8	45,3	Ja	40–54
53,7	57,4	61,4	53,6	53,3	59,2	67,7	51,5	Nein	
4,1	3,2	1,9	5,7	2,4	8,3	0,5	3,2	Weiß nicht	
26,7	26,4	26,5	13,9	32,4	14,0	14,7	25,4	Ja	ab 55
67,7	71,2	70,8	83,3	63,4	83,2	84,9	73,9	Nein	
5,6	2,4	2,8	2,8	4,1	2,8	0,3	0,7	Weiß nicht	

4.6.2 Kinder, die sich nach eigenen Angaben einsam fühlen, nach Alter und Geschlecht: 1997/98 (%)

	B (*)	DK	D (*)	EL	F (*)	IRL	S	Vereinigtes Königreich				NO	CH
	England Schottland Nordirland Wales												
11-Jährige													
Jungen	12	4	9	12	12	11	8	11	14	11	15	4	6
Mädchen	16	8	10	18	18	14	6	12	19	13	22	5	9
13-Jährige													
Jungen	9	4	9	16	12	8	6	9	11	10	15	5	6
Mädchen	15	9	12	28	21	14	9	12	18	17	17	8	13
15-Jährige													
Jungen	7	3	9	20	13	8	6	6	8	6	11	7	6
Mädchen	16	10	13	39	24	16	14	14	19	17	22	12	14

(*) Hinweis: In Belgien wird nur der flämische Landesteil, in Frankreich nur Nancy-Lorraine und Toulouse-Midi-Pyrenees und in Deutschland nur Nordrhein-Westfalen erfasst. Spanien, Italien, Luxemburg und die Niederlande sind nicht erfasst.

Quelle: Health Behaviour in School-aged Children — Weltgesundheitsorganisation Europa.

4.7.1 Inzidenz verschiedener durch Impfungen vermeidbarer Krankheiten

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
Poliomyelitis										
1990	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1995	0	-	-	0	-	-	-	-	-	-
1996	0	-	-	0	0	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1998	0	-	-	-	0	-	-	-	-	-
1999	0	-	-	-	-	0	-	-	-	-
2000	0	-	-	0	-	-	-	-	-	-
2001	0	-	-	-	-	0	-	-	-	-
Diphtherie										
1990	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0
1995	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1996	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1997	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0
1998	0	0	0	-	-	0	-	-	0	0
1999	0	-	-	0	-	-	-	-	-	-
2000	0	-	-	-	-	-	-	-	0	-
2001	0	-	-	-	-	-	:	-	0,1	-
Infektionen mit Haemophilus influenzae Gruppe B										
1990	:	1,9	:	:	:	0,2	:	:	:	:
1995	:	3,9	0,2	:	:	0,2	0,8	:	0,2	:
1996	:	4,0	0,1	:	:	0,2	0,8	:	0,2	:
1997	:	4,6	0,1	:	:	0,2	0,8	:	0,2	-
1998	:	6,2	0,1	:	:	0,2	0,7	:	0,2	-
1999	:	4,6	0,1	:	:	0,1	0,7	0,2	0,2	:
2000	:	0,1	0	:	0,1	0,1	:	0,2	:	-
2001	:	:	0	0,1	0,1	:	:	0,1	:	:
Masern										
1990	:	43,2	3,5	:	2,3	55,8	244,5	15,9	9,6	4,2
1995	:	105,1	0,4	:	1,7	22,6	93,5	6,5	65,9	0,2
1996	:	71,2	2,3	:	56,5	12,6	113,8	6,3	56,9	6,1
1997	:	38,0	1,2	:	1,3	4,7	137,4	5,1	71,8	0,2
1998	:	38,0	0,5	:	0,5	1,1	30,4	5,5	7,1	-
1999	:	16,0	0,1	:	0,4	0,6	31,1	3,9	5,0	-
2000	:	:	0,3	:	0,3	0,4	17,0	42,4	2,5	-
2001	:	:	0,2	7,3	0,5	0,2	14,3	6,3	1,0	1,6
Mumps										
1990	:	:	6,6	:	8,2	78,6	187,4	1,4	106,4	:
1995	:	85,1	0,3	:	2,2	25,6	84,6	0,8	114,4	-
1996	:	94,1	0,8	:	1,4	37,5	85,6	11,6	112,9	:
1997	:	58,0	0,6	:	1,4	17,8	68,4	8,0	51,6	0,5
1998	:	58,0	0,4	:	0,6	7,2	44,6	1,5	25,6	-
1999	:	30,0	0,4	:	0,7	10,5	35,3	0,4	70,2	-
2000	:	:	0,7	:	0,5	23,5	31,4	1,4	65,3	-
2001	:	:	0,3	:	0,1	19,4	19,5	1,0	20,3	1,4
Keuchhusten										
1990	:	0	11,1	:	7,0	25,9	2,1	22,9	26,9	0,8
1995	:	0	1,6	:	2,0	9,5	:	12,1	25,1	0,2
1996	:	0,1	1,7	:	0,9	9,1	0,8	7,2	6,8	0,2
1997	:	0,2	3,8	:	1,0	2,9	2,7	12,6	5,9	0
1998	:	0,5	2,4	:	0,8	0,8	1,3	6,8	12,1	0
1999	:	0,5	3,4	:	0,3	1,0	:	4,8	6,6	0
2000	:	0,8	3,1	:	0,1	2,3	:	4,0	4,4	-
2001	:	0,9	3,7	:	0,9	0,9	:	3,7	2,1	-
Röteln										
1990	:	:	8,8	:	7,8	60,2	0	7,4	61,4	:
1995	:	0	0,1	:	1,5	12,0	:	2,8	11,6	0,5
1996	:	:	0,2	:	1,4	43,3	:	16,6	38,2	:
1997	:	8,4	0	:	0,7	9,7	:	3,2	60,2	2,4
1998	:	:	0	:	0,7	2,2	:	2,2	5,8	-
1999	:	:	-	:	13,7	1,4	:	1,7	2,0	-
2000	:	:	-	:	0,1	0,9	:	2,6	4,5	-
2001	:	:	-	:	0,1	0,4	:	1,5	8,4	1,6
Tetanus										
1990	0,1	0	0	0	0	0,1	0,1	-	0,3	-
1995	0,1	0	0,1	0	0	0,1	0,1	-	0,2	-
1996	0,1	0	-	0	0,1	0,1	0,1	-	0,2	0,2
1997	0,1	0	0	0	0	0,1	0,1	-	0,2	-
1998	0,1	-	0	0	0	0,1	0	0	0,2	-
1999	0,1	0	0	0	0,1	0,1	0	0	0,2	-
2000	0,1	0	0,1	0	0	0,1	0,1	0	0,2	-
2001	:	0	0	0	0	0,1	0	0,1	0,1	-

Quelle: Eurostat — Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

4 Gesundheitszustand

(Fälle je 100 000 Einwohner)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
									Poliomyelitis
-	-	-	-	-	-	-	-	-	1990
-	-	-	-	-	-	-	-	-	1995
-	-	-	-	-	-	-	-	-	1996
-	-	-	-	-	-	-	-	-	1997
-	-	-	-	-	-	-	-	-	1998
-	-	-	-	-	-	-	-	-	1999
-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	2000
-	-	-	-	-	-	-	-	-	2001
									Diphtherie
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1990
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1995
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1996
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1997
0	:	0	0	0	0	0	0	-	1998
0	-	-	0	-	-	-	-	-	1999
-	-	0	0	-	-	-	0	-	2000
-	:	-	0	-	-	-	-	-	2001
									Infektionen mit Haemophilus influenzae Gruppe B
:	:	:	:	:	:	-	:	3,1	1990
:	:	:	0,1	:	:	-	0,3	0,7	1995
:	:	:	0,1	0,2	:	-	0,2	0,5	1996
0,1	:	:	0	0,5	:	-	0,2	0,7	1997
0,1	:	:	0,1	0,4	:	-	0,1	0,5	1998
0,1	:	0,2	0,1	0,2	:	-	0,1	0,8	1999
0,1	:	0,1	0	0,3	:	-	0,1	0,8	2000
0	:	0,1	0,1	0,2	0,3	-	0,0	0,7	2001
									Masern
0,1	3,0	4,1	0,1	0,3	27,2	:	2,2	43,5	1990
1,2	129,0	1,9	0,1	0,3	15,4	0,7	0,4	19,9	1995
0,4	85,0	1,1	-	0,5	11,7	0,4	0,5	28,3	1996
0,1	40,0	1,3	-	0,9	8,2	-	0,3	90,4	1997
0,1	8,5	1,0	0	0,1	7,7	-	0	28,2	1998
15,0	3,9	0,5	-	0,2	5,0	-	0,1	:	1999
6,4	4,1	0,5	0	0,7	4,8	-	1,6	:	2000
0,1	:	0,3	0	0,1	4,2	-	0,1	9,7	2001
									Mumps
0,1	:	12,8	0,1	0,2	9,2	30,2	13,8	62,6	1990
0,2	:	22,5	0,1	0,5	4,1	33,7	0,3	723,7	1995
0,2	:	113,6	0	0,1	3,7	13,4	0,4	181,2	1996
0,3	:	195,2	0	0,5	3,8	-	0,1	77,7	1997
0,2	:	28,4	0	0,4	3,2	4,4	0,2	112,7	1998
0	:	31,6	0	0,2	3,4	16,0	0,1	210,6	1999
:	:	64,9	-	0,4	5,6	-	0	:	2000
:	:	7,2	0	0,2	5,6	-	0,1	138,8	2001
									Keuchhusten
3,2	3,0	1,0	14,2	128,7	29,3	1,2	4,9	:	1990
2,1	1,1	0,2	9,9	120,9	4,1	10,1	1,6	284,9	1995
17,9	1,2	0,2	11,5	95,9	4,6	37,3	2,0	162,8	1996
22,5	1,5	0,1	11,8	52,5	6,2	2,2	41,8	183,6	1997
14,4	1,4	0,1	16,2	20,0	3,2	1,1	52,3	183,2	1998
39,8	1,3	0,1	17,8	27,4	2,5	8,0	27,2	154,4	1999
30,5	1,4	0,2	16,2	30,5	1,5	2,9	76,3	104,7	2000
43,7	3,1	0,0	6,1	11,0	1,7	1,1	57,2	83,3	2001
									Röteln
0,3	:	2,4	1,2	0,2	27,4	12,6	33,4	67,4	1990
0,1	:	1,3	0,1	0,0	13,1	77,1	0,2	25,6	1995
0,3	:	2,8	0	0,1	19,9	119,7	0,4	41,1	1996
0,1	:	2,7	0	0	7,1	-	0	50,8	1997
0,1	:	0,8	0	0	6,9	-	0,1	25,4	1998
0	:	0,6	-	0	4,3	-	0,1	19,7	1999
0,1	:	0,6	-	0	3,5	-	0,1	16,7	2000
0	:	0,4	-	0	2,8	-	0,0	16,7	2001
									Tetanus
0	:	0,3	0	0	0	-	0	0	1990
0	-	0,3	-	0	0	-	0,1	0	1995
0	-	0,2	0	0	0	-	0	0	1996
0	-	0,2	-	0	0	-	0,1	0	1997
-	-	0,2	0	0	:	-	0	0	1998
-	-	0,3	0,2	0	0	-	0	0	1999
:	-	0,2	:	-	0	-	-	0,1	2000
:	-	0,2	:	-	0	-	0	0	2001

Statistiken zur Gesundheit — Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002 — Daten 1970-2001



4.7.3 Inzidenz von Syphilis und Gonokokkeninfektionen

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
Syphilis										
1985	:	2,1	6,5	:	:	10,3	:	:	4,4	8,2
1990	:	0,5	1,1	:	0,1	4,3	:	0,5	1,1	1,3
1995	:	0,3	0,8	1,4	:	2,6	:	0,3	0,8	0,7
1996	:	0,3	0,8	1,4	0,6	2,1	:	0,5	0,8	0,7
1997	:	0,2	1,1	1,4	:	1,9	:	0,4	0,8	1,0
1998	:	0,2	0,8	1,4	0,1	1,9	:	0,4	0,6	2,1
1999	:	0,3	0,6	1,4	0,0	1,7	:	0,2	0,6	0,9
2000	0,8	0,9	0,2	1,4	0,1	1,8	0,1	0,2	0,6	0,9
2001	:	:	0,3	2,0	0	1,7	0,3	:	0,4	3,6
Gonokokkeninfektionen										
1985	:	4,9	191,7	:	:	81,5	:	:	2,8	20,5
1990	:	3,7	38,8	:	0,3	35,2	:	2,6	0,9	0,8
1995	:	1,3	5,5	5,0	:	11,6	:	2,1	0,6	1,7
1996	:	1,0	3,4	4,2	:	10,1	:	2,3	0,6	0,5
1997	:	1,2	3,6	3,6	:	6,0	:	2,7	0,6	0,5
1998	:	1,6	4,0	2,9	0	5,5	:	3,4	0,6	0,2
1999	:	1,7	6,5	2,7	0,1	3,7	:	4,7	0,5	0,5
2000	:	1,4	6,6	3,1	0	2,6	:	7,1	0,5	0,5
2001	:	2,3	5,7	:	-	2,0	:	:	0,5	0,7

Quelle: Eurostat — Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

4.7.4 Neue Aids-Fälle nach Jahr der Diagnose (um Meldeverzögerungen korrigiert)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH
1985	1 803	69	38	308	14	175	583	7	198	:	67	28	29	4	34	247	1	15	119
1990	15 752	205	197	1 539	143	3 909	4 319	68	3 134	9	419	165	254	15	132	1 244	3	59	613
1991	18 027	257	210	1 757	185	4 556	4 655	72	3 827	12	447	199	299	26	138	1 387	8	59	596
1992	19 972	250	209	1 883	190	5 060	5 193	72	4 261	12	512	193	411	21	127	1 578	3	50	715
1993	21 793	254	239	1 975	171	5 465	5 521	75	4 814	20	480	236	550	25	182	1 786	7	64	680
1994	24 886	258	236	2 044	213	7 354	5 763	75	5 524	13	488	167	670	43	187	1 851	6	74	685
1995	24 151	248	214	1 872	215	7 061	5 289	53	5 662	15	538	206	775	41	195	1 767	4	67	606
1996	20 952	205	158	1 565	233	6 548	4 008	56	5 051	13	458	139	932	24	134	1 428	3	56	509
1997	14 321	123	109	996	170	4 716	2 266	30	3 370	10	341	98	933	19	76	1 064	1	34	341
1998	11 057	114	74	821	120	3 466	1 918	18	2 418	9	241	97	918	15	58	770	2	36	248
1999	9 962	102	74	743	128	2 906	1 796	25	2 121	5	179	99	973	10	67	729	0	23	259
2000	9 197	118	58	685	125	2 565	1 735	13	1 907	10	105	84	922	16	55	793	1	38	190
2001	8 210	107	73	558	86	2 297	1 527	15	1 681	4	44	43	1 044	17	41	666	1	22	174
1981-2001	232 407	2 923	2 381	20 898	2 254	62 219	54 781	719	49 333	156	5 441	2 130	8 710	332	1 796	18 334	52	726	7 251

Quelle: Europäisches Zentrum für die epidemiologische Überwachung von Aids (EuroHIV).

4.7.5 Aids-Inzidenzraten je Million Einwohner nach Jahr der Diagnose (um Meldeverzögerungen korrigiert)

(je Million Einwohner)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH
1985	5,0	7,0	7,4	4,0	1,4	4,6	10,6	2,0	3,5	5,5	4,6	3,7	2,9	0,8	4,1	4,4	4,2	3,6	18,4
1990	43,3	20,6	38,4	19,5	14,1	100,7	76,3	19,4	55,3	23,7	28,1	21,5	25,6	3,0	15,5	21,7	11,8	13,9	91,9
1991	49,3	25,7	40,8	22,0	18,1	117,2	81,8	20,4	67,4	31,2	29,8	25,6	30,3	5,2	16,1	24,0	31,3	13,9	88,3
1992	54,4	24,9	40,5	23,5	18,5	129,9	90,8	20,3	75,1	30,8	33,8	24,5	41,7	4,2	14,7	27,3	11,6	11,7	104,5
1993	59,1	25,2	46,1	24,4	16,5	139,9	96,0	21,0	84,5	50,6	31,5	29,6	55,7	4,9	20,9	30,7	26,7	14,9	98,4
1994	67,2	25,5	45,4	25,1	20,5	188,0	99,7	20,9	96,7	32,4	31,8	20,8	67,7	8,5	21,4	31,8	22,6	17,1	98,3
1995	65,0	24,5	41,0	23,0	20,6	180,2	91,2	14,7	98,9	36,9	34,9	25,6	78,2	8,0	22,1	30,2	15,0	15,4	86,3
1996	56,2	20,2	30,1	19,1	22,3	166,9	68,8	15,5	88,1	31,5	29,6	17,3	93,9	4,7	15,2	24,3	11,2	12,8	72,1
1997	38,3	12,1	20,7	12,1	16,2	120,0	38,7	8,2	58,6	23,9	21,9	12,1	93,9	3,7	8,6	18,1	3,7	7,7	48,7
1998	29,5	11,2	14,0	10,0	11,4	88,1	32,7	4,9	42,0	21,2	15,4	12,0	92,2	2,9	6,6	13,0	7,3	8,1	36,3
1999	26,5	10,0	14,1	9,1	12,2	73,8	30,5	6,7	36,8	11,6	11,4	12,3	97,5	1,9	7,6	12,3	-	5,2	36,5
2000	24,4	11,5	11,0	8,3	11,9	65,0	29,3	3,5	33,1	23,2	6,7	10,5	92,3	3,1	6,3	13,3	3,6	8,5	26,6
2001	21,8	10,5	13,9	6,8	8,1	58,0	25,0	4,2	29,4	9,5	2,8	5,3	105,8	3,3	4,7	11,3	3,5	4,9	23,6

Quelle: Europäisches Zentrum für die epidemiologische Überwachung von Aids (EuroHIV).

(Fälle je 100 000 Einwohner)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
									Syphilis
4,0	5,3	2,8	2,3	1,8	4,2	1,7	:	4,8	1985
3,4	2,6	1,8	0,6	1,7	2,4	2,8	0,2	4,9	1990
1,3	2,2	2,2	3,3	0,8	2,3	0,8	0,1	3,2	1995
1,4	2,6	2,1	4,3	0,6	2,0	0,0	0,2	2,4	1996
1,7	2,5	2,4	3,4	0,5	2,1	2,2	0,3	1,9	1997
0,8	2,5	1,8	3,6	0,5	2,2	1,8	0,3	2,4	1998
0,1	2,3	2,5	2,7	0,4	2,5	4,0	1,2	:	1999
0	2,9	1,8	3,9	1,1	3,0	5,4	0,9	:	2000
:	3,9	1,3	3,1	0,9	:	11,8	0,7	:	2001
									Gonokokkeninfektionen
86,1	64,9	2,5	127,4	64,6	92,6	114,3	141,7	15,1	1985
24,6	20,5	2,6	46,7	9,8	36,0	28,7	6,0	6,2	1990
9,1	11,1	0,7	7,4	2,8	22,2	0,4	4,0	3,8	1995
7,7	7,4	0,7	4,4	2,4	21,4	0,0	5,1	3,6	1996
7,6	5,5	0,7	4,2	2,8	22,2	1,9	4,4	3,8	1997
7,6	4,7	0,4	5,2	3,9	22,4	2,2	3,8	3,8	1998
0,5	5,4	0,6	4,9	4,8	27,7	0,7	4,3	4,6	1999
:	5,0	0,5	5,2	6,6	:	5,7	5,6	5,7	2000
:	6,6	0,4	4,7	6,0	:	1,1	7,3	6,6	2001

4.7.7 Aids-Fälle (unkorrigiert) nach Altersgruppe (% der kumulativen Gesamtzahl)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Unter 1	0,6	1,4	0,3	0,1	0,4	0,6	0,5	0,6	0,5	0,0	0,3	0,6	0,5	0,6	0,4	1,0
1-4	0,5	1,6	0,3	0,2	0,6	0,6	0,5	1,8	0,5	0,6	0,3	0,7	0,3	0,0	0,5	0,9
5-14	0,5	1,4	0,2	0,3	0,8	0,4	0,4	1,7	0,4	0,6	0,4	0,5	0,4	0,3	0,3	0,8
15-24	5,5	3,8	3,6	3,4	5,0	7,6	4,2	7,2	4,8	3,8	2,8	5,9	11,6	2,4	9,8	4,3
25-29	19,1	12,7	1,1	12,6	13,7	23,8	16,8	24,3	21,2	10,9	12,1	16,7	22,1	9,0	16,8	15,8
30-34	26,6	21,3	20,1	22,0	20,0	29,9	24,3	26,4	31,0	21,2	21,1	23,9	21,6	25,0	20,4	23,0
35-39	18,9	20,2	17,9	19,5	17,7	17,8	19,1	17,7	19,9	19,9	21,3	18,0	16,1	16,9	17,2	19,7
40-49	17,8	23,1	28,4	25,4	21,4	12,4	20,7	14,6	14,0	23,1	29,0	21,9	16,0	28,9	20,7	23,4
50-59	7,1	9,5	12,6	12,9	10,6	4,1	8,6	4,9	5,2	15,4	9,9	7,7	7,0	11,4	9,1	8,3
ab 60	3,4	4,9	4,6	3,6	8,3	2,5	4,8	0,6	2,4	4,5	2,8	4,1	4,4	5,4	4,7	2,9

Quelle: Europäisches Zentrum für die epidemiologische Überwachung von Aids (EuroHIV).

4.7.8 Aids-Indikatorerkrankungen (unkorrigierte Fallzahlen), 2001 bei erwachsenen/jugendlichen Männern und Frauen diagnostiziert (%), EU-15

	Männer	Frauen	Insgesamt
Pneumocystitis carinii	22,2	21,0	21,9
Oesophageale Candidiasis	13,0	14,9	13,4
Lungentuberkulose	11,9	12,1	11,9
Extrapulmonare Tuberkulose	9,9	9,0	9,7
Toxoplasmose	6,4	8,8	6,9
HIV-Auszehrungssyndrom	5,8	4,8	5,6
Kaposi-Sarkom	6,5	2,3	5,5
CMV-Krankheit oder Retinitis	3,4	4,1	3,6
Rekurrente Lungenentzündung	2,7	3,5	2,9
Cryptococcosis	2,8	2,2	2,6
HIV-Enzephalopathie	2,8	2,2	2,6
Progressive multifokale Leukoenzephalopathie	2,6	2,0	2,5
Lymphom, unspezifisch	2,2	1,6	2,1
Herpes-Simplex-Virus	1,0	1,7	1,1

Quelle: Europäisches Zentrum für die epidemiologische Überwachung von Aids (EuroHIV).

4.7.9 Vergleichende HIV- und Aids-Meldedaten für 2001

		Bis Ende 2001		HIV-Fälle 2001		Aids-Fälle 2001		HIV/Aids- Rate 2001
		gemeldete HIV-Fälle		Anzahl	Rate je Million	Anzahl	Rate je Million	
EU-15	:	119 710	10 632	54,4	2 616	:	4,1	
B	1986	14 876	961	94,5	107	10,5	9,0	
DK	1990	3 341	301	56,8	74	13,9	4,1	
D	1993	18 251	1 377	16,7	558	6,8	2,5	
EL	1999	5 859	427	40,1	87	8,1	4,9	
E	1999	:	:	:	:	:	:	
F	:	:	:	:	:	:	:	
IRL	1985	2 645	299	79,6	16	4,2	:	
I	1985	:	:	:	:	:	:	
L	1999	511	40	92,0	4	9,5	10,0	
NL	1989	:	:	:	:	:	:	
A	:	:	:	:	:	:	:	
P	1983	18 995	2 543	257,5	1 045	105,8	2,4	
S	1985	5 645	277	31,0	42	4,7	6,6	
FIN	1986	1 361	128	24,7	17	3,3	7,5	
UK	1984	48 226	4 279	72,6	666	11,3	6,4	

Quelle: Europäisches Zentrum für die epidemiologische Überwachung von Aids (EuroHIV).

4.7.10 Inzidenz von Virushepatitis A, B und C

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
Virushepatitis A										
1990	:	2,9	1,8	:	1,7	:	:	15,3	3,6	:
1995	:	5,5	2,0	8,1	2,8	:	:	3,7	2,5	5,2
1996	:	5,6	2,0	6,0	1,0	:	15,4	8,6	15,1	2,4
1997	8,7	4,6	2,2	5,6	1,2	4,6	17,7	11,6	17,3	23,2
1998	6,4	5,1	1,6	4,7	2,3	5,1	17,5	6,0	5,1	28,6
1999	:	3,9	1,7	3,8	2,5	3,7	:	8,6	2,6	26,9
2000	:	4,3	1,5	3,4	1,4	2,5	:	8,2	1,6	20,7
2001	:	3,1	1,2	2,8	2,0	2,2	:	2,9	2,6	:
Virushepatitis B										
1990	4,4	0,7	:	:	4,2	:	:	0,3	5,2	:
1995	4,3	0,7	2,1	7,5	2,1	:	:	0,3	4,5	19,8
1996	4,2	3,2	1,9	7,4	1,6	:	5,1	0,3	3,9	12,1
1997	5,0	3,0	1,9	7,4	1,6	3,0	10,3	0,8	3,5	19,4
1998	4,4	1,3	1,8	6,3	2,4	2,9	8,7	4,2	3,1	13,0
1999	:	1,2	1,1	5,5	2,4	2,4	:	4,3	2,9	14,4
2000	:	2,5	1,2	5,5	2,7	2,2	:	5,0	2,6	7,3
2001	:	5,2	0,8	3,0	2,2	1,9	:	9,0	1,8	18,6
Virushepatitis C										
1990	:	:	:	:	0,1	:	:	:	:	:
1995	:	:	1,0	:	0,5	:	:	:	2,5	20,2
1996	:	1,7	0,3	:	0,3	:	:	:	2,0	11,6
1997	:	0,8	0,3	:	0,3	:	:	:	1,6	16,0
1998	:	:	0,5	4,7	1,1	:	9,9	:	1,5	13,5
1999	:	:	0,3	4,7	1,5	2,5	:	:	1,4	22,6
2000	:	4,2	0,2	4,3	1,4	2,1	:	:	0,4	12,9
2001	:	:	0,1	5,3	1,2	:	:	1,7	0,3	:

Quelle: Eurostat-Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

(Fälle je 100 000 Einwohner)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
									Virushepatitis A
5,1	4,2	8,1	1,4	3,1	12,7	2,0	2,8	13,2	1990
6,4	4,7	3,4	3,2	6,8	4,0	0,0	5,7	7,3	1995
4,7	3,2	4,7	3,6	5,5	2,5	1,1	11,9	3,7	1996
5,6	5,7	3,6	3,3	7,8	3,3	1,1	7,6	3,9	1997
7,9	3,2	2,7	2,3	2,9	2,8	0,7	11,5	5,1	1998
4,4	4,2	1,2	0,9	2,1	3,0	3,4	22,5	4,9	1999
4,1	2,7	0,9	0,9	1,7	1,8	–	7,2	4,0	2000
4,4	1,6	0,5	1,0	1,9	1,6	–	4,5	2,4	2001
									Virushepatitis B
1,8	3,5	4,8	4,0	3,0	1,2	26,7	:	6,6	1990
1,5	2,6	10,0	2,2	3,3	1,3	3,0	2,3	5,0	1995
1,5	2,8	8,4	5,7	2,1	1,4	6,7	2,2	2,7	1996
1,6	2,6	6,8	6,2	1,7	1,6	7,8	4,2	3,7	1997
1,8	3,1	5,7	4,8	1,5	2,0	5,4	10,6	2,6	1998
4,3	4,0	4,1	4,9	2,4	2,1	16,3	10,6	2,8	1999
9,7	3,2	2,9	4,6	2,5	1,6	17,6	10,1	2,0	2000
10,2	2,6	2,0	2,5	2,4	1,5	21,9	4,5	1,8	2001
									Virushepatitis C
:	:	:	:	5,4	:	5,9	:	:	1990
:	2,0	4,7	26,6	32,6	:	15,7	:	37,3	1995
:	2,1	4,1	34,7	29,6	:	18,7	0,4	35,6	1996
:	3,9	4,8	37,1	52,1	:	19,6	0,5	39,3	1997
:	4,7	7,0	35,0	45,0	:	24,2	0,5	39,9	1998
1,6	7,0	4,1	33,9	39,5	4,6	30,5	0,6	40,3	1999
3,2	5,1	2,0	33,6	38,8	5,0	31,2	0,5	33,7	2000
3,5	4,3	2,4	28,1	39,4	4,8	28,0	0,8	32,4	2001

4.7.11 Inzidenz verschiedener durch Lebensmittel und Wasser übertragener Krankheiten

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
Botulismus										
1990	:	0,01	0	0,02	–	0,03	0,02	:	0,08	:
1995	:	–	0,04	0,01	–	0,02	0	:	0,07	:
1996	:	–	0	0,01	–	0,02	0	:	0,10	:
1997	:	0,01	0	0,01	–	0,02	0	:	0,06	:
1998	:	0,03	0,02	0,03	–	0,03	0	:	0,06	:
1999	:	0,01	0	0,02	–	0,02	0,10	:	0,04	:
2000	:	0,02	–	0,01	:	0,02	0	:	:	:
2001	:	–	–	0,01	:	0	:	:	:	:
Campylobakteriose										
1990	:	47,9	26,6	:	:	5,4	:	:	:	:
1995	:	47,2	49,9	8,1	:	8,4	:	17,9	2,8	:
1996	:	42,6	56,6	12,4	:	9,6	:	17,8	3,6	30,8
1997	:	49,6	50,5	16,0	:	9,7	:	25,8	4,1	25,0
1998	:	58,2	66,2	40,5	0,9	11,4	:	35,7	3,5	:
1999	:	57,7	45,6	35,2	2,4	13,5	:	55,8	3,1	:
2000	:	67,5	140,2	37,6	:	15,8	:	42,7	:	:
2001	:	67,7	86,7	66,4	:	15,5	:	:	:	:
Leptospirose										
1990	:	:	:	:	0,01	0,03	:	0,14	0,22	:
1995	:	:	0,04	0,06	–	0,02	:	0,03	0,11	:
1996	:	–	0,08	0,03	–	0,03	1,73	0,17	0,13	:
1997	0,31	–	0,04	0,03	–	0,02	1,62	0,22	0,09	–
1998	0,26	–	0,04	0,05	0,11	0,02	1,16	0,32	0,12	–
1999	0,28	:	–	0,06	0,22	0,01	1,29	0,16	0,11	–
2000	:	–	0,13	0,05	0,12	0,02	0,08	0,20	0,08	–
2001	:	:	0,07	0,06	0,21	0,02	0,45	0,24	0,05	0,00
Listeriose										
1990	:	:	0,72	:	:	0,05	:	:	:	:
1995	:	0,41	0,56	:	:	0,06	0,57	:	0,05	:
1996	:	0,49	0,74	:	–	0,05	0,42	:	0,07	:
1997	:	0,39	0,63	0,04	–	0,05	0,41	:	0,12	–
1998	0,18	0,59	0,76	0,05	–	0,04	0,37	0,11	0,08	–
1999	:	0,45	0,83	0,04	0,07	0,08	0,46	:	0,07	–
2000	0,17	:	0,46	0,04	0,06	0,09	0,44	0,19	0,06	–
2001	:	0,59	0,71	0,26	0,03	0,14	0,32	0,10	0,03	–
Salmonellose										
1990	:	:	40,5	:	6,4	13,6	:	13,5	33,9	5,0
1995	58,8	102,9	70,1	141,8	12,3	10,7	30,5	15,9	25,8	11,3
1996	57,1	114,6	62,1	134,2	6,5	12,7	29,4	18,7	23,4	16,2
1997	59,1	134,8	95,1	129,6	2,9	13,1	32,8	26,2	27,9	13,4
1998	52,7	137,0	73,3	119,9	0,1	16,9	28,1	34,1	24,9	11,6
1999	47,5	154,4	43,6	104,0	2,9	17,6	23,2	25,8	24,5	68,5
2000	43,0	136,9	43,6	96,8	2,2	16,3	21,8	16,9	20,5	96,2
2001	40,6	104,3	54,6	93,8	2,9	19,4	21,8	11,2	12,0	82,9
Shigellose										
1990	:	:	:	:	2,8	1,9	:	7,9	:	–
1995	:	:	1,1	2,3	0,2	0,3	:	2,7	2,8	–
1996	:	:	2,3	1,9	3,3	0,3	:	1,6	3,6	–
1997	2,6	2,0	1,5	2,4	0,2	0,5	1,7	1,1	4,1	–
1998	2,2	2,7	2,3	2,0	0,1	0,4	1,4	3,2	3,5	–
1999	2,1	2,9	1,0	2,0	0,5	0,2	1,6	3,1	3,1	–
2000	2,0	2,0	2,9	1,6	0,1	0,2	1,6	0,8	4,1	–
2001	:	4,5	2,8	2,0	0,1	0,2	:	0,7	3,2	–
Trichinose										
1990	:	–	:	:	:	0,04	:	:	0,11	:
1995	:	:	:	:	:	0,10	:	0	–	:
1996	:	–	–	0	–	0,04	:	–	–	:
1997	:	–	–	0,01	–	0,03	:	:	–	–
1998	:	0,01	–	0,06	–	0,14	:	0,94	0,10	:
1999	:	–	–	0,03	–	0,04	:	:	–	–
2000	:	–	–	0	–	0,11	:	:	–	–
2001	:	–	–	0,01	–	0,11	–	:	–	–

4 Gesundheitszustand

(Fälle je 100 000 Einwohner)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
Botulismus									
-	-	:	0	0,01	-	:	-	0	1990
-	-	:	0	0,01	-	:	-	0	1995
-	-	:	0	0,01	-	:	-	0	1996
-	-	:	0	0	-	-	-	0,01	1997
-	-	:	0	0	0	0,37	0,18	0	1998
-	-	0,02	0	0	:	0,73	0,09	:	1999
0,02	0,01	0,31	0,02	-	:	1,08	0,04	:	2000
0,01	0,01	0	-	-	:	-	-	:	2001
Campylobakteriose									
:	:	:	:	47,0	66,9	3,9	15,6	62,0	1990
18,4	:	:	43,1	63,3	83,4	7,1	24,1	71,9	1995
23,9	14,0	:	51,4	57,5	78,6	16,0	26,2	80,1	1996
23,5	20,7	:	46,8	77,8	89,0	34,5	26,8	84,1	1997
22,3	30,4	:	55,4	83,6	130,0	80,4	38,5	76,9	1998
20,1	40,2	:	64,0	86,6	130,6	158,1	51,9	94,2	1999
21,2	42,8	:	68,2	94,8	136,6	87,8	49,8	105,6	2000
23,0	48,2	:	76,6	96,6	:	76,7	66,5	93,7	2001
Leptospirose									
0,26	0,01	0,25	:	:	0,07	:	:	0,06	1990
0,18	0,04	0,37	:	:	0,05	:	:	0,06	1995
0,06	0,01	0,39	0	-	0,04	-	-	0,03	1996
0,10	0,04	0,67	0	-	0,07	-	-	0,08	1997
0,15	0,04	0,92	0,02	-	0,06	-	-	0,06	1998
0,20	0,02	0,51	0,00	-	0,07	-	-	:	1999
0,18	0,05	0,45	0,02	-	0,10	-	-	:	2000
0,15	0,05	0,79	0,08	:	0,04	-	-	:	2001
Listeriose									
:	:	:	:	0,15	:	:	:	:	1990
:	:	:	0,67	0,39	0,18	:	:	0,24	1995
-	:	:	0,57	0,26	0,22	1,12	0,34	0,38	1996
-	:	:	1,03	0,33	0,23	0,74	0,48	0,49	1997
0,19	-	-	0,89	0,47	0,21	-	0,20	0,61	1998
0,07	:	-	0,89	0,40	0,19	-	0,43	0,48	1999
0,11	-	-	0,35	0,60	0,18	-	0,07	0,73	2000
0,11	:	:	0,54	0,75	0,24	-	0,40	0,47	2001
Salmonellose									
19,2	:	0,9	147,8	66,9	:	:	26,0	101,4	1990
16,6	89,7	2,0	67,8	40,4	56,9	:	23,8	64,4	1995
18,5	110,5	2,1	55,4	43,7	55,5	28,4	28,3	55,3	1996
16,4	92,8	1,8	57,6	53,1	61,8	33,0	31,7	51,2	1997
14,3	89,6	3,4	53,1	51,9	44,7	36,0	33,8	42,3	1998
13,5	87,3	4,1	54,3	58,1	33,8	62,7	32,2	39,1	1999
12,9	80,5	3,1	50,7	54,7	28,8	130,8	33,2	34,6	2000
13,1	81,4	5,2	52,7	53,0	29,0	59,5	42,4	37,4	2001
Shigellose									
2,8	2,7	0,1	:	10,7	5,3	:	:	8,7	1990
2,5	1,9	1,4	1,4	6,4	9,4	:	3,4	7,6	1995
2,1	1,4	0,0	2,1	6,4	4,5	:	4,0	6,2	1996
2,6	2,5	0,1	2,0	7,1	4,1	2,2	3,7	8,8	1997
2,4	2,1	0,1	1,7	6,6	3,3	-	3,9	7,0	1998
2,1	3,0	0,2	1,4	5,3	2,7	0,7	4,3	7,7	1999
2,0	1,4	0,1	1,5	5,6	2,7	1,1	116,7	5,7	2000
2,2	2,5	0	4,3	6,1	2,4	-	4,2	6,6	2001
Trichinose									
-	-	-	:	-	:	:	-	:	1990
-	0,01	-	-	-	:	:	-	:	1995
-	0	-	-	-	-	-	0,05	-	1996
-	0	-	-	-	-	-	-	-	1997
-	0,01	-	-	-	-	-	-	-	1998
0,01	0,04	-	-	-	:	-	-	:	1999
0,01	0,02	-	-	-	0,01	-	-	:	2000
0,01	:	:	-	-	:	-	-	:	2001

4 Gesundheitszustand

(Fortsetzung)

	EU	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
Typhus und Paratyphus										
1990	:	:	:	:	1,1	4,8	0,3	–	2,1	0,3
1995	:	:	0,7	0,3	0,4	1,4	0,1	0,1	1,9	–
1996	:	:	0,5	0,3	0,4	1,4	0,2	0,1	1,9	1,0
1997	:	:	0,6	0,2	0,3	0,8	0,2	–	1,4	–
1998	0,5	–	0,4	0,2	0,3	0,8	0,1	0,1	1,2	–
1999	:	:	1,2	0,2	0,5	0,5	:	–	1,4	–
2000	:	:	0,6	0,2	0,3	0,5	:	0,0	1,1	–
2001	:	:	0,6	0,2	0	0,4	:	0,1	0,6	–
Yersiniose										
1990	:	10,1	15,9	:	:	0,5	:	:	:	:
1995	:	9,9	14,9	:	:	0,7	:	:	:	:
1996	:	9,9	10,1	:	:	0,7	:	:	:	:
1997	:	9,9	8,2	:	:	0,9	:	:	:	:
1998	:	9,9	:	:	:	0,7	:	:	:	:
1999	:	9,8	6,3	6,5	0,5	1,1	:	:	:	:
2000	:	9,8	5,0	5,8	0,3	1,2	:	:	:	:
2001	:	9,8	5,3	8,7	0	1,4	:	:	:	:

Quelle: Eurostat Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

4.7.12 Creutzfeld-Jakob-Krankheit: sporadisch, iatrogen, familiär-hereditär, GSS und neue Variante — eindeutig nachgewiesene und wahrscheinliche Fälle

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
Gesamtzahl der Todesfälle										
1990	:	5	:	:	:	:	:	0	:	:
1991	:	7	:	:	:	:	:	2	:	:
1992	:	5	:	:	:	:	51	0	:	:
1993	:	6	:	21	:	26	55	0	36	:
1994	:	5	:	72	:	26	59	0	40	1
1995	:	6	:	87	:	21	74	1	35	1
1996	:	6	:	80	:	29	89	1	59	1
1997	466	11	11	107	6	44	91	2	62	0
1998	532	14	5	124	4	65	103	6	72	1
1999	515	13	5	106	7	52	105	2	86	1
2000	501	8	4	109	9	52	104	3	80	1
2001	585	15	4	120	8	58	130	5	93	0
Rate je Million Einwohner										
1990	:	0,50	:	:	:	:	:	–	:	:
1991	:	0,70	:	:	:	:	:	0,60	:	:
1992	:	0,50	:	:	:	:	0,89	–	:	:
1993	:	0,60	:	0,26	:	0,67	0,96	–	0,63	:
1994	:	0,50	:	0,89	:	0,66	1,02	–	0,70	2,49
1995	:	0,59	:	1,07	:	0,67	1,28	0,30	0,61	2,46
1996	:	0,59	:	0,98	:	0,54	1,53	0,30	1,03	2,42
1997	1,25	1,08	2,09	1,30	0,57	0,74	1,56	0,55	1,08	–
1998	1,42	1,37	0,94	1,51	0,38	1,12	1,75	1,62	1,25	2,36
1999	1,37	1,27	0,94	1,29	0,67	1,65	1,78	0,54	1,49	2,33
2000	1,33	0,78	0,75	1,33	0,85	1,32	1,77	0,79	1,39	2,30
2001	1,55	1,46	0,75	1,46	0,76	1,46	2,20	1,31	1,61	–

Quelle: Eurostat — Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit) auf Basis der ECJD-, NeuroCJD-Daten und nationalen Meldungen.

(Fortsetzung)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
									Typhus und Paratyphus
0,5	0,8	4,2	:	0,9	0,5	:	:	1,0	1990
0,5	0,2	4,3	0,2	0,7	0,7	:	:	0,7	1995
0,4	0,2	3,4	0,3	0,5	0,5	:	:	0,5	1996
0,3	0,3	2,8	0,2	0,5	0,4	:	:	0,4	1997
0,2	0,1	3,1	0,1	0,6	0,4	:	0,9	0,5	1998
0,4	0,2	2,0	0,9	1,2	0,5	:	0,7	0,4	1999
0,4	1,4	1,4	0,1	0,5	0,3	:	0,7	:	2000
0,5	:	1,7	0,2	1,8	0,4	:	0,8	0,4	2001
									Yersiniose
:	:	:	:	:	:	:	:	2,2	1990
:	:	:	18,1	:	:	:	3,4	1,2	1995
:	0,6	:	16,7	5,3	0,5	:	2,8	1,3	1996
:	0,9	:	13,7	8,5	0,4	:	2,5	1,0	1997
:	1,2	:	13,9	7,2	0,3	:	3,2	0,7	1998
:	1,1	:	12,3	6,2	:	:	2,8	:	1999
:	1,5	:	12,4	7,1	:	:	3,1	:	2000
:	:	:	14,1	6,5	:	:	2,8	:	2001

Statistiken zur Gesundheit — Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002 — Daten 1970-2001

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
Gesamtzahl der Todesfälle									
:	:	2	2	:	33	:	:	7	1990
:	:	1	3	:	36	:	:	9	1991
:	:	1	3	:	52	:	:	6	1992
12	6	1	0	:	46	:	:	10	1993
19	10	1	7	:	59	:	:	10	1994
8	10	2	:	:	47	:	:	9	1995
16	11	2	:	:	60	:	:	10	1996
19	7	4	10	13	80	1	7	10	1997
19	8	4	3	15	89	0	2	9	1998
20	8	6	7	13	84	0	2	8	1999
11	8	8	4	13	81	0	5	11	2000
16	11	15	8	11	81	0	5	19	2001
Rate je Million Einwohner									
:	:	0,20	0,40	:	0,57	:	:	1,05	1990
:	:	0,10	0,60	:	0,62	:	:	1,33	1991
:	:	0,10	0,60	:	0,90	:	:	0,88	1992
0,79	0,75	0,10	—	:	0,79	:	:	1,45	1993
1,24	1,25	0,10	1,40	:	1,01	:	:	1,44	1994
0,52	1,24	0,20	:	:	0,80	:	:	1,28	1995
1,03	1,37	0,20	:	:	1,02	:	:	1,42	1996
1,22	0,87	0,40	1,95	1,47	1,36	3,71	1,59	1,41	1997
1,21	0,99	0,40	0,58	1,70	1,51	—	0,45	1,27	1998
1,27	0,99	0,53	1,36	1,47	1,42	—	0,45	1,12	1999
0,69	0,99	0,78	0,77	1,47	1,36	—	1,11	1,54	2000
1,01	1,35	1,46	1,54	1,24	1,35	—	1,12	2,65	2001

4.7.13 Inzidenz verschiedener über die Luft übertragener Krankheiten

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
Legionellose										
1990	:	:	:	:	:	:	0,1	0	0,1	:
1995	:	:	1,8	:	:	:	0,1	0	0,2	:
1996	:	:	1,3	0,2	:	1,1	0,1	0,1	0,2	:
1997	0,3	0,2	2,3	0,2	0	0,5	0,4	0,2	0,2	–
1998	0,4	0,6	1,7	0,0	–	0,9	0,6	0,1	0,2	–
1999	0,6	1,9	1,8	0,1	0	1,1	0,7	0,1	0,5	–
2000	0,6	0,6	1,7	0,1	0,0	1,9	1,0	0,2	0,4	0,2
2001	0,9	1,0	2,0	0,4	0,1	3,5	1,4	0,1	0,3	–
Meningokokkenkrankheiten										
1990	1,6	0,5	3,9	1,1	1,3	3,2	0,6	3,7	0,7	0,5
1995	1,4	1,3	4,5	0,8	1,7	2,5	0,4	10,6	0,5	0,5
1996	1,7	2,0	4,3	0,8	2,2	3,9	0,5	11,3	0,4	0,7
1997	1,9	2,1	4,5	1,0	3,6	5,5	0,5	13,9	0,4	0,7
1998	1,6	2,4	3,1	0,9	2,1	2,8	0,7	13,3	0,3	1,9
1999	1,7	2,2	1,9	0,9	2,0	3,3	0,7	16,7	0,4	1,9
2000	1,8	2,9	3,0	0,9	2,5	3,5	0,8	15,5	0,3	1,6
2001	1,6	4,3	3,1	1,0	2,2	2,3	0,9	10,4	0,2	1,8

Quelle: Eurostat — Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

4.7.14 Inzidenz von Tuberkulose, Gesamtwerte je 100 000 Personen

	EU	B	DK	D	EL ⁽¹⁾	E ⁽²⁾	F	IRL	I	L
1975	33,9	43,9	12,3	:	87,9	8,9	47,5	36,9	7,3	28,9
1980	25,2	27,3	8,4	:	56,1	12,9	32,0	33,9	5,8	24,8
1985	19,5	19,8	6,1	25,8	15,7	28,0	20,5	22,7	7,3	15,0
1990	15,2	15,9	6,8	18,5	8,7	19,6	16,0	17,5	7,5	12,7
1991	14,8	14,6	6,5	16,9	7,5	23,2	15,0	18,2	6,6	12,5
1992	15,8	13,3	7,0	17,6	8,9	27,0	15,0	17,0	8,3	6,4
1993	15,5	14,9	7,9	17,5	9,6	24,3	16,6	16,8	8,3	9,6
1994	15,3	15,1	9,5	16,0	8,8	24,2	15,7	14,6	10,2	10,7
1995	14,5	13,6	8,6	15,0	9,0	21,3	15,0	12,7	9,1	7,9
1996	13,9	13,3	8,5	14,4	9,0	21,2	13,1	12,0	9,0	8,7
1997	13,6	12,4	10,5	13,6	7,3	23,8	11,7	11,4	9,0	9,1
1998	13,2	11,8	10,0	12,7	11,0	23,2	11,3	11,5	8,3	10,4
1999	12,8	12,4	10,1	12,2	9,0	21,3	11,3	12,6	7,7	9,8
2000	12,2	12,8	11,2	11,0	6,7	21,3	11,3	10,7	6,4	10,1

(¹) Bis 1996 nur neue Fälle respiratorischer Tuberkulose; seit 1997 neue und rezidivierende Fälle von respiratorischer Tuberkulose und tuberkulöser Meningitis.

(²) Nur neue Fälle.

Quelle: Eurostat-Datenbank New Cronos (Gesundheits- und Sicherheitsstatistik) auf der Grundlage der Daten des WHO Collaborating Centre for the Surveillance of Tuberculosis in Europe (EuroTB).

4.7.15 Tuberkulosefälle nach Alter und Geschlecht (%), 1999

	EU	B	DK	D	EL	E ⁽¹⁾	F ⁽²⁾	IRL	I	L
Alter										
0–4	2	3	4	2	2	4	2	4	2	2
5–14	3	2	5	2	2	3	3	4	2	5
15–24	11	10	13	9	9	13	10	12	9	12
25–34	18	16	31	15	12	22	15	16	17	29
35–44	17	14	19	16	15	17	18	12	14	10
45–54	13	15	12	13	11	11	14	12	11	12
55–64	11	11	7	15	13	8	10	13	12	10
65+	24	29	10	27	30	17	28	26	31	21
Unbekannt	1	0	0	0	7	4	0	0	3	0
Geschlecht										
Männlich	62	66	56	62	70	65	59	61	63	86
Weiblich	38	34	44	38	30	31	40	39	37	14
Gesamtzahl										
der Fälle	47 981	1 270	536	9 974	952	8 393	6 674	469	4 429	42

(¹) Geschlecht in 1 Prozent der Fälle unbekannt.

(²) Geschlecht in 3 Prozent der Fälle unbekannt; einschließlich respiratorischer Tuberkulose und tuberkulöser Meningitis.

Quelle: WHO Collaborating Centre for the Surveillance of Tuberculosis in Europe (EuroTB), Report on tuberculosis cases notified in 1999 (Bericht über 1999 gemeldete Tuberkulosefälle).

4 Gesundheitszustand

(Fälle je 100 000 Einwohner)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
									Legionellose
0,3	0,2	:	:	0,4	0,3	:	:	0,9	1990
0,3	0,2	:	0,1	0,5	0,3	:	:	0,5	1995
0,3	0,2	:	0,2	0,6	0,3	:	:	0,4	1996
0,3	0,2	0,1	0,2	1,3	0,4	–	0,0	1,0	1997
0,3	0,3	0,2	0,2	1,1	0,4	–	0,1	1,1	1998
1,7	0,5	0,1	0,2	1,0	0,4	0,7	0,2	1,1	1999
1,1	0,5	0,2	0,1	0,9	0,4	0,4	–	1,1	2000
1,1	0,1	0,1	0,3	0,9	0,3	0,4	1,0	1,9	2001
									Meningokokkenkrankheiten
3,4	0,6	3,0	0,6	1,2	2,5	2,4	4,0	1,8	1990
3,0	0,6	1,8	1,5	0,9	2,4	8,2	3,6	1,5	1995
3,1	0,7	1,9	1,5	1,2	2,4	6,3	3,2	1,4	1996
3,2	1,3	1,9	0,9	0,9	2,6	7,4	2,6	1,5	1997
3,2	0,9	1,9	1,0	0,7	2,6	5,9	2,4	1,7	1998
3,4	1,1	2,4	1,1	0,7	2,7	7,6	1,8	2,3	1999
3,3	0,8	3,1	0,9	0,7	2,7	6,5	1,7	2,5	2000
4,8	1,2	1,9	0,9	0,8	2,3	6,4	1,9	2,3	2001

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
16,3	31,5	99,9	74,2	17,7	22,6	18,4	12,5	32,9	1975
12,0	29,2	69,5	47,0	11,1	18,8	11,0	12,2	18,3	1980
9,3	19,0	68,8	37,2	8,4	11,8	5,4	9,0	14,9	1985
9,4	19,8	62,6	15,5	6,5	10,3	7,1	6,7	19,1	1990
9,1	18,4	60,5	15,4	6,0	10,6	5,9	6,8	16,8	1991
11,3	17,2	60,1	13,9	7,1	11,1	6,2	6,7	14,4	1992
10,0	15,9	55,2	10,7	7,1	11,2	4,2	6,0	13,5	1993
11,8	15,8	56,8	10,9	6,0	10,6	6,8	5,6	13,3	1994
10,5	17,2	56,3	13,0	6,4	10,5	4,5	5,4	11,8	1995
10,8	17,9	52,9	12,6	5,6	10,6	4,1	5,0	10,8	1996
9,5	17,0	51,5	11,2	5,2	10,8	3,7	4,7	10,5	1997
8,6	16,2	52,8	12,2	5,0	10,5	6,2	5,5	10,6	1998
9,7	14,9	51,7	11,0	5,6	10,6	4,4	6,1	10,8	1999
8,9	15,0	45,2	10,4	5,1	11,3	4,7	5,3	8,8	2000

(Prozentsätze und Anzahl Fälle)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
									Alter
3	2	1	0	0	2	0	3	1	0–4
4	2	2	0	2	4	0	6	2	5–14
19	7	11	3	13	14	17	15	14	15–24
25	15	22	5	24	20	17	21	21	25–34
16	18	21	6	14	16	25	15	18	35–44
10	17	14	12	8	11	8	10	10	45–54
8	12	11	12	6	11	8	6	8	55–64
15	26	18	61	33	22	25	25	26	65+
0	0	0	0	0	0	0	0	0	Unbekannt
									Geschlecht
58	64	68	53	51	54	50	52	56	Männlich
42	36	32	47	49	46	50	48	44	Weiblich
1 535	1 201	5 160	566	493	6 287	12	273	772	Gesamtzahl der Fälle

4.7.17 Inzidenz verschiedener zoonotischer Krankheiten

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
Anthrax	–									
1990	:	:	:	:	0,04	0,32	:	:	0,02	:
1995	0	–	–	0	0,03	0,13	–	–	–	:
1996	0,02	–	–	0	0,04	0,13	–	–	–	:
1997	0,01	–	–	0	0,10	0,10	0,01	–	0	–
1998	0,01	–	–	–	0,01	0,09	–	–	–	–
1999	0,01	–	–	0,21	0,04	0,07	–	–	–	–
2000	0,01	–	–	–	–	0,09	–	–	–	–
2001	0,01	–	–	–	0	0,07	–	–	–	–
Brucellose										
1990	:	:	:	0,04	1,84	7,83	0,15	0,43	2,20	0,26
1995	:	:	:	0,04	2,60	6,91	0,10	0,17	2,39	–
1996	1,41	–	–	0,03	2,68	5,30	0,10	0,28	3,31	–
1997	1,39	–	–	0,03	3,43	5,50	0,10	0,19	2,93	–
1998	1,15	–	–	0,02	3,99	3,93	0,10	0,41	2,54	–
1999	1,14	–	–	0,03	5,10	3,90	0,10	0,51	2,30	0,20
2000	0,89	–	–	0,03	5,19	2,83	0,10	0,40	1,85	–
2001	0,72	0	0,09	0,03	3,84	2,30	0,09	0,37	1,56	–
Leishmaniase										
1990	:	:	:	:	0,23	0,31	:	:	0,20	:
1995	:	:	:	:	–	0,23	:	:	0,31	:
1996	:	–	–	:	0,06	0,19	:	:	0,31	:
1997	:	–	–	:	0,03	0,23	:	:	0,28	–
1998	:	–	–	:	0,24	0,22	:	:	0,23	–
1999	:	–	–	:	0,34	0,17	0,19	:	0,27	–
2000	:	–	–	:	0,49	0,20	:	:	0,37	–
2001	:	:	–	:	0,44	0,24	0,11	:	0,31	–
Q-Fieber										
1990	:	:	:	:	:	:	:	:	0,04	:
1995	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1996	:	–	–	0,09	–	:	0,08	–	–	:
1997	:	–	–	0,10	–	:	0,30	:	1,21	:
1998	:	–	–	0,18	–	0,48	0,40	:	0,26	–
1999	:	–	–	0,34	–	0,45	0,34	:	:	–
2000	:	–	–	0,24	0,01	0,20	0,40	:	1,73	–
2001	:	–	–	0,40	0,02	0,30	0,50	:	:	–
Tollwut										
1990	0	–	–	0	–	–	–	–	–	–
1995	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–
1996	0	–	–	0	–	–	0,01	–	0	–
1997	0	–	–	–	–	–	0	–	–	–
1998	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
1999	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
2000	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–
2001	0	–	–	–	–	–	:	:	–	–
Durch Zecken übertragbare Encephalitis										
1990	:	:	–	:	:	:	0	:	:	:
1995	:	:	–	0,30	:	:	0	:	0	:
1996	:	:	–	0,10	:	:	0	:	0	:
1997	:	:	–	0,30	:	:	0	:	0	:
1998	:	:	0	0,20	0,80	:	0	:	0	–
1999	:	:	0,10	0,10	:	–	0	:	0	:
2000	:	:	0,10	0,20	:	:	:	:	0	–
2001	:	:	:	0,30	:	:	:	:	:	:

Quelle: Eurostat — New Cronos-Datenbank (Gesundheits- und Sicherheitsstatistik).

4 Gesundheitszustand

(Fälle je 100 000 Einwohner)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
									Anthrax
-	-	0,01	-	-	-	:	-	:	1990
-	-	0,06	-	-	0	:	-	-	1995
-	-	-	-	-	0	-	-	-	1996
-	-	-	-	-	0	-	-	-	1997
-	-	0,04	-	-	-	-	-	0,01	1998
-	-	0,04	-	-	0	-	0,12	-	1999
-	-	0,64	-	-	0	0	0,02	-	2000
-	-	-	-	-	0	-	-	-	2001
									Brucellose
0,03	0,04	11,20	:	0,04	:	:	-	0,42	1990
0,02	0,01	9,23	0,02	0,03	:	:	-	0,20	1995
0,03	-	8,67	0	0,07	0,03	-	-	0,25	1996
0,02	0,05	8,72	0	0,03	0,01	-	-	0,20	1997
0,01	0,01	8,21	0,02	0,02	0,01	-	-	0,10	1998
0,01	0,02	0,02	0	-	0,14	-	0,02	0,10	1999
0,02	0,02	5,07	0	0,01	0,03	-	-	0,14	2000
0,01	0,02	3,71	0,02	0,02	0,04	-	0,04	0,15	2001
									Leishmaniase
:	:	0,28	:	:	:	:	:	:	1990
:	:	0,18	0,06	:	:	:	:	:	1995
-	-	0,27	0,02	0,07	0,03	-	-	-	1996
-	-	0,15	-	0,01	0,02	-	-	-	1997
:	:	0,11	-	0,00	-	-	-	-	1998
:	:	0,19	-	0,03	-	-	-	-	1999
:	:	0,07	-	0,01	0,02	-	-	-	2000
:	:	0,13	-	-	0,04	-	0,02	:	2001
									Q-Fieber
0,15	:	:	:	:	:	:	:	0,48	1990
0,18	:	:	-	:	:	:	:	0,20	1995
0,10	:	:	-	-	0,25	-	-	0,18	1996
0,10	:	:	-	-	0,21	-	:	0,18	1997
0,06	:	:	0,02	-	0,19	-	0,05	0,14	1998
0,04	:	0,12	-	-	0,19	-	0,04	:	1999
0,06	:	0,11	-	-	0,18	-	-	:	2000
0,09	:	0,19	0,00	:	0,10	-	-	:	2001
									Tollwut
-	-	-	-	-	-	-	-	-	1990
-	-	-	-	-	0	-	-	-	1995
-	-	-	-	-	-	-	-	-	1996
0,01	-	-	-	-	-	-	-	-	1997
-	-	-	-	-	-	-	-	-	1998
-	-	-	-	-	-	-	-	-	1999
-	-	-	-	0	-	-	-	-	2000
-	:	-	-	0	0	-	-	:	2001
									Durch Zecken übertragbare Enzephalitis
:	1,20	:	0,20	0,60	:	:	-	0,40	1990
:	1,40	:	0,50	0,80	:	:	-	0,90	1995
:	1,60	:	0,20	0,50	:	:	-	0,90	1996
:	1,20	:	0,40	0,90	:	:	0	1,70	1997
:	0,80	:	0,30	0,70	-	:	-	1,00	1998
:	0,50	:	0,20	0,60	-	-	0	1,50	1999
:	0,70	:	0,80	2,20	-	-	0	1,30	2000
:	0,70	:	0,60	1,31	-	-	0	1,50	2001

4.7.18 Inzidenz von Cholera und Malaria

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
Cholera										
1990	0	–	0	0	–	0	0	–	–	–
1995	0	–	0,1	0	–	0	0	–	0	–
1996	0	–	0	–	–	–	0	–	–	–
1997	0	–	–	0	–	–	0	–	–	–
1998	0	–	0	0	–	–	0	–	0	–
1999	0	–	–	0	–	–	–	–	0	:
2000	0	–	–	0	–	–	–	0	–	–
2001	0	0	–	0	–	0	–	0	–	–
Malaria										
1990	2,4	0,2	2,3	1,2	0,2	0,4	7,5	0,3	0,9	1,8
1995	2,3	0,1	3,3	1,2	0	0,7	6,3	0,3	1,3	1,5
1996	2,8	0,1	3,6	1,2	0	0,6	8,8	0,4	1,3	1,0
1997	2,9	0,1	4,0	1,2	0,1	0,7	9,2	0,2	1,4	1,9
1998	3,1	3,3	3,4	1,2	0,1	0,9	10,1	0,5	1,6	1,9
1999	3,4	3,6	3,9	1,1	0,2	1,0	12,1	0,5	1,7	4,2
2000	3,7	3,3	3,8	1,0	0,2	1,1	13,6	0,5	1,7	0,9
2001	3,5	3,2	2,9	1,3	0,2	1,2	12,2	0,3	1,7	0,9

Quelle: Eurostat — Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

4.7.19 Inzidenz von Streptokokkenkrankungen

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
Streptococcus pneumoniae										
1990	:	6,8	12,5	:	:	:	:	:	:	:
1995	:	11,1	20,6	:	:	0,3	8,6	:	0,3	:
1996	:	15,0	27,0	:	:	0,4	9,0	:	0,3	:
1997	:	13,8	23,1	:	:	0,4	9,4	0,8	0,4	:
1998	:	13,9	17,9	:	:	0,3	8,9	0,5	0,4	:
1999	:	13,7	16,6	:	:	0,3	8,9	0,5	0,5	:
2000	:	13,3	:	1,3	:	0,5	:	0,7	:	:
Streptococcus pyogenes (Gruppe A)										
1995	:	1,9	:	:	:	0,0	0,5	:	0,1	:
1996	:	2,7	:	:	:	0,0	1,0	:	0,1	:
1997	:	2,5	1,0	:	:	0,1	0,5	:	:	:
1998	:	2,9	0,7	:	:	0,1	0,9	:	:	:
1999	:	2,9	0,8	0,6	:	0,1	:	:	:	:
2000	:	3,8	1,5	:	:	:	:	:	:	:
2001	:	3,5	:	:	:	:	:	:	:	:
Streptococcus (Gruppe B)										
1995	:	:	:	:	:	:	2,9	:	:	:
1996	:	:	:	:	:	:	3,0	:	:	:
1997	:	:	:	:	:	:	3,0	:	:	:
1998	:	:	:	:	:	:	3,4	:	:	:
1999	:	:	:	:	:	0	3,2	:	:	:
2000	:	0,8	:	0,1	:	0	:	:	:	:

Quelle: Eurostat — Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

4 Gesundheitszustand

(Fälle je 100 000 Einwohner)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
0	-	-	-	-	0	-	-	-	Cholera
0,1	-	0	0	0	0,1	-	0	0	1990
0	-	-	-	-	0,1	-	-	-	1995
0	-	-	-	-	0,1	-	-	0	1996
0	0	-	0	-	0,1	-	0,1	0	1997
0	0	-	0	-	0,1	-	-	-	1998
-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	1999
0	-	-	0	-	0	-	-	-	2000
0	-	-	0	-	0	-	-	-	2001
1,7	1,5	1,3	:	2,4	3,6	0	1,4	4,4	Malaria
2,0	1,0	0,8	0,6	1,8	3,5	0	1,8	4,1	1990
2,0	1,1	0,9	0,9	2,1	4,3	0	2,3	4,1	1995
1,4	0,9	0,7	1,1	3,0	4,0	0	2,4	4,5	1996
1,6	1,0	0,8	0,8	2,4	3,5	0,7	2,0	4,8	1997
1,7	1,2	0,8	0,6	2,0	3,4	5,4	1,7	4,4	1998
4,4	0,8	0,8	0,7	1,8	3,5	:	0,7	4,4	1999
3,6	0,9	0,6	0,7	1,8	3,4	1,1	1,7	4,5	2000
									2001

(Fälle je 100 000 Einwohner)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
:	:	:	:	6,7	7,2	:	5,9	:	Streptococcus pneumoniae
:	:	:	9,7	13,7	8,0	:	16,2	:	1990
4,7	:	:	10,5	15,3	9,1	:	20,3	:	1995
4,5	:	:	11,5	13,2	9,9	:	18,6	:	1996
:	:	:	10,9	15,2	9,1	:	20,3	:	1997
:	:	:	11,0	13,0	9,0	:	19,7	3,6	1998
:	:	:	11,6	13,3	:	:	9,9	10,2	1999
									2000
:	:	:	1,1	3,3	:	:	2,5	:	Streptococcus pyogenes (Gruppe A)
:	:	:	1,2	2,4	:	:	2,6	:	1995
1,9	:	:	1,6	3,4	:	:	3,7	:	1996
1,4	:	:	2,0	3,5	:	:	4,3	3,6	1997
0,9	:	:	2,2	3,4	1,3	:	5,9	10,3	1998
1,0	:	:	2,2	3,7	1,4	:	:	11,5	1999
1,2	:	:	1,9	3,6	1,4	:	4,6	:	2000
									2001
:	:	:	2,2	:	:	:	2,0	:	Streptococcus (Gruppe B)
:	:	:	2,8	:	:	:	1,4	:	1995
:	:	:	2,7	:	:	:	2,0	:	1996
:	:	:	2,9	:	:	:	1,9	:	1997
:	0	:	3,0	:	:	:	3,0	:	1998
:	:	:	3,0	:	:	:	:	:	1999
									2000
									2001

4.7.20 Nosokomiale Infektionen in Frankreich und Spanien (unbereinigte Vergleichswerte)

	Frankreich				Spanien			
	1996		2001		1990		1999	
	Nummer	Rate	Nummer	Rate	Nummer	Rate	Nummer	Rate
Infizierte Patienten	18 885	8,0	21 010	6,9	3 720	9,7	4 170	7,8
davon								
im gleichen Krankenhaus	15 798	6,7	18 042	5,9	—	—	—	—
in einem anderen Krankenhaus	3 087	1,3	2 939	1,0	—	—	—	—
Infektionen			23 024	7,5	—	—	—	—
davon								
im gleichen Krankenhaus								
zugezogen	—	—	19 640	6,4	—	—	—	—
in einem anderen Krankenhaus								
zugezogen	—	—	3 353	1,1	—	—	—	—

	Häufigste Infektionen			
	Frankreich		Spanien	
	1996	2001	1990	1999
Escherichia coli	—	4 452	447	545
Staphylococcus Aureus	—	3 913	307	214
Pseudomonas aeruginosa	—	2 199	316	339
Enterococcus	—	1 178	212	290
Proteus mirabilis	—	1 048	101	122
Staphylococcus, coag neg	—	914	341	431
Candida albicans	—	704	91	135
Klebsiella pneumoniae	—	601	65	74
Streptococcus other	—	514	93	82
Enterobacter spp	—	768	88	102
Candida non albicans	—	256	46	80
Klebsiella oxytoca	—	255	38	36
Morganella	—	233	18	43
Acinetobacter	—	230	25	117
Serratia	—	210	29	24

Quelle: Réseau d'Alerte d'Investigation et de surveillance des Infections Nosocomiales (Raisin), Frankreich und Estudio de la Prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles (EUPIN), Spanien.

4.7.21 Kumulative Ergebnisse der Tests auf Anfälligkeit für invasive Streptococcus pneumoniae und Staphylococcus aureus, 1998-2000

Pathogens	B	DK	D	EL	E	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	IS
Nicht-penicillinanfällige															
<i>S. pneumoniae</i> (PNSP):															
Intermediär resistent	143	:	0		316	28	13	1	11	0	20	8	18	16	2
Resistent	85	:	1		124	14	27	1	4	0	0	7	4	20	0
Gesamtzahl <i>S. pneumoniae</i>	1 531	:	210		1 344	265	338	27	1 106	33	119	246	1 214	544	77
PNSP (%)	15	:	0		33	16	12	7	1	0	17	6	2	7	3
Methicillinresistente <i>S. aureus</i>	132	10	54	196	254	324	674	7	8	33	136	3	14	507	1
Gesamtzahl <i>S. aureus</i>	602	1 106	633	554	707	812	1 615	65	1 777	153	369	461	1 917	1 385	58
MRSA (%)	22	1	9	35	36	40	42	11	0	22	37	1	1	37	2

Quelle: Eurosurveillance Report Vol. 6 No. 1 (2001), aus: Europäisches Überwachungsnetz zur Resistenz gegen antimikrobielle Mittel (EARSS).

4.7.22 Krebsinzidenz 1997: altersstandardisierte Rate je 100 000 Personen (europäische Standardbevölkerung)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
	Insgesamt							
Alle Orte außer Haut (ohne nicht-melanozytischem Hautkrebs)	345,1	380,2	364,1	341,1	278,4	322,1	359,5	361,8
Lippen, Mundhöhle, Rachen	12,6	11,9	9,8	12,3	4,9	16,9	24,7	8,4
Speiseröhre	5,4	4,9	5,9	4,6	1,4	4,3	7,8	8,8
Magen	15,0	11,2	7,8	16,0	13,0	16,8	9,6	13,9
Dickdarm, Rektosigmoidübergang, Mastdarm und Anus	45,2	46,1	52,2	50,8	24,5	42,2	43,3	52,8
Leber und intrahepatische Gallengänge	6,4	2,2	3,5	4,3	12,8	7,8	6,7	2,1
Pankreas	8,3	7,4	10,1	9,3	7,6	6,9	6,1	10,0
Kehlkopf	5,6	7,6	4,4	4,3	5,0	8,8	7,0	3,0
Luftröhre, Bronchien und Lunge	42,7	55,3	53,9	39,5	44,8	39,8	38,8	43,6
Hautmelanom	8,5	7,2	14,5	8,6	3,2	6,6	8,4	12,0
Niere und andere Harnorgane	10,3	9,7	10,0	12,4	7,8	8,7	10,1	8,8
Blase	15,2	16,5	10,8	11,9	16,8	21,8	13,5	13,1
Gehirn	6,6	8,3	7,2	6,5	11,7	6,5	5,5	7,7
Schilddrüse	3,8	2,4	2,0	2,9	5,6	3,9	5,1	1,7
Non-Hodgkin-Lymphom	11,4	10,2	11,6	9,8	5,3	10,8	12,2	12,4
Hodgkin-Krankheit	2,3	2,1	2,2	2,1	2,7	2,4	2,4	2,4
Multiple Myelome	4,3	4,4	4,4	4,1	2,9	3,6	4,8	5,3
Leukämien	9,4	10,3	9,5	9,0	9,8	9,3	10,2	9,9
	Männer							
Alle Orte außer Haut (ohne nicht-melanozytischem Hautkrebs)	419,0	473,1	373,4	413,6	338,1	426,7	460,7	405,9
Lippen, Mundhöhle, Rachen	22,1	20,1	14,6	21,5	7,4	31,4	46,1	13,5
Speiseröhre	9,3	8,6	9,4	8,2	2,3	8,4	14,7	13,0
Magen	21,3	16,1	11,0	21,7	17,5	24,3	14,5	19,9
Dickdarm, Rektosigmoidübergang, Mastdarm und Anus	56,1	55,1	57,7	62,4	27,6	53,3	55,4	65,9
Leber und intrahepatische Gallengänge	10,1	3,2	5,2	6,7	18,4	11,8	12,0	2,7
Pankreas	10,1	9,1	11,8	11,4	9,5	8,8	7,9	11,6
Kehlkopf	11,3	14,2	7,8	8,6	9,9	18,5	13,9	5,4
Luftröhre, Bronchien und Lunge	75,7	107,0	69,7	71,4	82,5	80,2	72,6	61,9
Hautmelanom	9,3	8,0	13,6	10,5	3,4	7,9	9,5	10,5
Hoden	4,9	4,9	10,5	5,7	3,2	2,3	5,3	4,6
Prostata	69,2	101,5	50,2	75,8	41,4	46,3	86,4	73,7
Niere und andere Harnorgane	14,9	13,2	14,1	18,4	11,4	13,4	14,9	12,9
Blase	27,7	29,1	18,8	21,2	30,3	42,7	24,7	21,5
Gehirn	8,0	9,9	9,3	7,8	14,3	8,2	6,6	9,5
Schilddrüse	2,0	1,6	1,3	1,7	2,9	1,7	2,4	1,4
Non-Hodgkin-Lymphom	14,0	12,5	13,5	12,2	6,1	13,4	15,5	14,4
Hodgkin-Krankheit	2,7	2,4	2,9	2,5	3,2	2,9	2,9	2,4
Multiple Myelome	5,2	5,4	5,8	5,0	3,4	4,2	5,7	6,2
Leukämien	11,9	12,8	12,1	11,4	12,5	11,8	12,8	12,5
	Frauen							
Alle Orte außer Haut (ohne nicht-melanozytischem Hautkrebs)	296,8	318,8	366,8	300,1	231,4	242,1	284,7	335,1
Lippen, Mundhöhle, Rachen	4,2	4,4	5,3	4,2	2,7	4,1	5,3	4,0
Speiseröhre	2,2	1,8	2,9	1,6	0,6	0,8	1,8	5,2
Magen	10,3	7,5	5,2	12,1	9,2	10,8	5,8	9,0
Dickdarm, Rektosigmoidübergang, Mastdarm und Anus	36,9	39,4	47,8	42,3	21,9	33,7	34,0	42,2
Leber und intrahepatische Gallengänge	3,6	1,5	2,2	2,6	8,0	4,4	2,4	1,5
Pankreas	6,8	6,0	8,5	7,6	6,0	5,2	4,5	8,7
Kehlkopf	0,9	1,8	1,4	0,9	0,7	0,4	0,9	0,9
Luftröhre, Bronchien und Lunge	17,0	14,9	42,1	16,2	12,2	6,9	10,3	28,5
Hautmelanom	7,9	6,4	15,8	7,1	2,9	5,6	7,4	13,4
Brust	97,2	116,0	113,2	94,7	70,6	70,0	109,6	96,3
Gebärmutterhals	10,5	10,3	14,6	12,1	8,1	7,7	11,6	10,1
Gebärmutter	15,8	19,2	18,4	15,5	8,6	15,0	15,5	14,0
Eierstöcke	14,5	16,8	18,2	15,2	10,0	13,5	12,6	19,8
Niere und andere Harnorgane	6,5	6,9	6,5	7,9	4,7	4,9	6,0	5,3
Blase	6,0	7,1	4,7	6,1	5,4	5,1	4,6	6,5
Gehirn	5,3	6,9	5,3	5,3	9,3	5,1	4,5	6,0
Schilddrüse	5,5	3,3	2,8	4,1	8,3	6,0	7,8	2,0
Non-Hodgkin-Lymphom	9,2	8,3	10,1	7,9	4,6	8,5	9,3	10,5
Hodgkin-Krankheit	2,0	1,8	1,6	1,8	2,2	1,9	1,9	2,3
Multiple Myelome	3,6	3,7	3,2	3,4	2,5	3,2	4,0	4,5
Leukämien	7,5	8,5	7,5	7,2	7,5	7,2	8,1	8,0

Quelle: EUCAN, Internationale Agentur für Krebsforschung, Lyon.

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	
Insgesamt								
348,2	364,4	372,5	357,4	314,6	331,5	333,5	355,3	Alle Orte außer Haut (ohne nicht-melanozytischem Hautkrebs)
9,0	14,3	9,1	9,5	12,5	7,2	6,6	7,1	Lippen, Mundhöhle, Rachen
2,9	6,0	5,8	3,6	4,6	3,3	2,7	9,2	Speiseröhre
20,2	12,9	12,2	18,0	30,2	12,6	8,9	13,3	Magen
44,2	48,7	50,0	49,6	46,5	33,4	39,8	45,0	Dickdarm, Rektosigmoidübergang, Mastdarm und Anus
13,2	1,8	1,6	7,8	4,7	3,6	4,3	3,1	Leber und intrahepatische Gallengänge
9,2	6,6	7,7	12,0	6,8	11,7	7,8	8,7	Pankreas
7,4	4,7	4,4	3,6	9,1	2,1	1,6	3,4	Kehlkopf
44,6	47,2	53,2	39,8	26,5	33,0	23,6	51,9	Lufttröhre, Bronchien und Lunge
7,4	8,5	13,4	10,8	4,5	9,8	16,4	9,2	Hautmelanom
10,7	7,8	10,3	14,6	6,1	12,4	9,7	8,6	Niere und andere Harnorgane
17,3	13,7	12,5	17,4	15,1	12,0	15,2	16,2	Blase
5,9	7,3	6,2	5,9	7,3	6,8	7,0	6,9	Gehirn
5,8	2,2	2,1	4,5	5,7	6,3	3,1	1,8	Schilddrüse
14,2	9,7	12,0	9,7	13,0	14,4	11,6	11,6	Non-Hodgkin-Lymphom
2,9	0,6	2,0	1,9	2,7	2,6	1,9	2,1	Hodgkin-Krankheit
4,6	3,6	4,8	3,3	3,9	4,0	4,4	4,4	Multiple Myelome
10,1	10,8	8,1	8,1	8,1	6,9	9,4	9,0	Leukämien
Männer								
433,0	450,2	434,8	438,5	385,7	398,7	356,9	393,9	Alle Orte außer Haut (ohne nicht-melanozytischem Hautkrebs)
16,0	26,1	12,9	16,0	23,8	11,3	9,1	9,9	Lippen, Mundhöhle, Rachen
5,3	10,4	9,3	7,0	8,5	4,5	4,4	13,3	Speiseröhre
28,5	17,9	18,8	24,5	42,3	17,9	12,4	19,8	Magen
55,6	58,9	60,8	64,2	60,5	38,8	47,1	56,2	Dickdarm, Rektosigmoidübergang, Mastdarm und Anus
20,4	2,5	2,2	12,6	7,5	5,4	5,6	4,2	Leber und intrahepatische Gallengänge
11,3	7,9	8,2	13,5	8,7	14,0	8,3	10,2	Pankreas
15,3	9,9	8,1	7,2	18,8	4,3	3,0	6,1	Kehlkopf
85,4	87,0	91,5	67,9	50,6	62,0	31,4	75,3	Lufttröhre, Bronchien und Lunge
8,9	9,0	11,8	11,9	3,9	10,3	16,9	8,4	Hautmelanom
4,0	4,2	4,8	7,8	3,2	2,9	6,3	5,7	Hoden
53,9	87,3	84,6	94,8	53,4	116,0	102,2	64,2	Prostata
16,4	10,9	13,9	19,6	9,0	17,4	12,2	11,9	Niere und andere Harnorgane
33,2	24,3	23,0	31,7	25,8	23,6	25,4	27,0	Blase
7,3	9,1	7,4	7,7	9,5	7,5	8,1	8,5	Gehirn
3,0	0,0	1,2	2,9	2,8	3,4	2,1	1,1	Schilddrüse
17,5	13,2	14,4	11,5	17,0	16,8	13,3	13,7	Non-Hodgkin-Lymphom
3,2	1,2	2,3	2,0	3,2	3,4	2,1	2,4	Hodgkin-Krankheit
5,5	4,5	6,1	3,6	4,8	4,2	5,3	5,4	Multiple Myelome
12,9	16,3	10,8	10,3	10,0	8,7	11,5	11,2	Leukämien
Frauen								
291,4	307,6	338,4	307,3	265,1	302,1	326,0	336,6	Alle Orte außer Haut (ohne nicht-melanozytischem Hautkrebs)
3,1	3,5	5,8	3,8	2,9	4,0	4,3	4,6	Lippen, Mundhöhle, Rachen
1,0	2,2	3,0	1,0	1,4	2,3	1,3	5,9	Speiseröhre
13,9	9,3	7,1	13,9	20,8	9,5	6,2	8,2	Magen
35,7	41,0	41,9	39,5	36,0	29,7	34,1	36,2	Dickdarm, Rektosigmoidübergang, Mastdarm und Anus
7,5	1,2	1,1	4,2	2,5	2,4	3,3	2,1	Leber und intrahepatische Gallengänge
7,5	5,5	7,4	10,6	5,3	9,8	7,4	7,5	Pankreas
0,9	0,2	1,3	0,6	1,0	0,4	0,5	1,1	Kehlkopf
13,1	16,1	24,5	19,4	7,6	13,4	17,3	34,6	Lufttröhre, Bronchien und Lunge
6,1	8,2	15,2	10,0	5,1	9,6	16,4	10,1	Hautmelanom
93,4	99,7	120,0	90,1	73,8	102,3	107,3	108,3	Brust
9,1	4,2	8,2	11,2	17,3	5,1	10,8	10,2	Gebärmutterhals
16,9	32,0	16,6	18,1	17,8	20,6	22,1	14,3	Gebärmutter
11,1	15,4	15,8	16,7	9,9	16,1	20,4	18,9	Eierstöcke
6,0	5,4	7,2	10,6	3,8	8,4	7,6	6,0	Niere und andere Harnorgane
5,4	6,2	4,9	7,8	7,1	4,6	7,1	8,2	Blase
4,7	5,6	5,2	4,4	5,4	6,2	6,0	5,5	Gehirn
8,4	4,2	2,9	5,9	8,3	9,2	4,1	2,5	Schilddrüse
11,3	6,8	10,0	8,3	9,6	12,4	10,1	9,7	Non-Hodgkin-Lymphom
2,6	0,0	1,7	1,7	2,3	2,0	1,7	1,8	Hodgkin-Krankheit
4,0	3,0	3,8	3,1	3,2	3,8	3,6	3,6	Multiple Myelome
8,0	6,4	6,0	6,4	6,6	5,9	7,7	7,2	Leukämien

4.7.25 Überlebensraten und Gesamtprävalenz ausgewählter Krebsorte, Zeiträume um 1990

	Überlebensrate (%)											Alle bösartigen Neubil- dungen (%)
	Magen	Dickdarm	Rectum	Lunge	Haut- melanom	Brust	Gebär- mutter- hals	Gebär- mutter	Prostata	Hodgkin- Krankheit	Leu- kämie	
DK	13,3	41,2	39,7	5,7	78,5	70,6	64,2	75,6	41,0	69,6	27,6	38,6
FIN	19,7	49,0	47,7	10,2	80,6	78,4	60,4	75,9	61,6	73,8	33,6	44,1
IS	23,5	47,6	:	12,2	75,4	79,2	84,7	76,9	66,2	:	21,8	48,9
S (Register)	17,4	53,6	50,4	9,0	87,6	80,6	68,0	82,2	64,7	72,3	32,7	52,1
UK (Register)	11,8	41,2	40,5	7,0	78,2	66,7	62,6	72,9	44,3	71,7	28,5	37,0
Schottland	10,7	41,1	37,4	6,2	82,5	65,0	59,0	70,2	47,2	65,8	26,1	33,7
A (Register)	26,9	48,5	50,6	11,0	89,3	63,2	68,7	80,7	54,4	:	42,0	48,3
D (Register)	25,5	49,8	43,5	9,4	76,1	71,7	64,1	73,0	67,6	72,0	39,0	44,7
NL (Register)	19,3	57,1	53,0	11,6	80,5	74,4	67,8	83,7	55,3	:	32,5	42,2
CH (Register)	22,8	50,8	52,1	10,3	88,6	79,6	67,2	76,6	71,4	75,9	40,3	48,5
F (Register)	24,8	52,9	48,4	11,9	77,4	80,3	64,1	74,7	61,7	75,9	47,2	45,2
I (Register)	23,2	47,0	43,5	8,8	67,7	76,7	64,0	72,9	47,4	70,6	26,6	41,0
E (Register)	26,4	49,5	43,2	:	78,8	70,4	61,8	73,0	54,5	:	39,4	43,4
Europäische Register	21,1	46,7	42,7	9,1	76,0	72,5	61,8	73,2	55,7	71,7	34,3	41,0
	Prävalenz (%)											Alle bösartigen Neubil- dungen (%)
	Magen	Dickdarm	Rectum	Lunge	Haut- melanom	Brust	Gebär- mutter- hals	Gebär- mutter	Prostata	Hodgkin- Krankheit	Leu- kämie	
DK	13,9	90,6	64,0	51,0	95,9	599,1	131,8	151,2	111,5	19,3	32,9	1 452,5
FIN	36,7	61,7	41,0	47,3	72,7	529,4	22,6	119,8	174,8	17,8	31,8	1 204,9
IS	57,4	90,4	30,3	52,3	58,3	666,8	95,6	141,5	263,9	18,2	25,4	1 593,3
S (Register)	22,1	98,4	59,6	33,4	140,8	620,0	85,9	129,2	233,9	16,9	33,9	1 638,4
UK (Register)	17,7	76,3	50,8	50,8	50,4	554,4	93,7	87,9	106,0	20,5	27,6	1 202,2
Schottland	20,6	91,4	47,9	70,0	64,6	539,9	93,3	69,7	111,0	20,4	29,7	1 299,0
A (Register)	70,0	85,1	52,5	49,0	129,7	478,2	141,3	134,1	235,3	23,2	34,8	1 676,7
D (Register)	41,6	103,0	66,8	50,1	50,7	500,6	84,6	125,6	154,0	18,2	31,3	1 388,1
NL (Register)	35,5	112,2	67,4	81,8	59,6	612,6	47,1	110,9	151,8	15,3	25,9	1 331,8
CH (Register)	26,8	90,0	63,8	56,5	96,2	636,9	44,3	137,4	215,4	16,5	33,5	1 447,9
F (Register)	27,5	92,9	64,4	91,9	30,8	585,1	80,4	91,4	168,2	20,2	40,1	1 560,5
I (Register)	61,7	96,5	54,3	56,1	39,2	553,6	60,4	109,9	93,3	25,7	28,8	1 379,2
E (Register)	49,4	67,8	45,4	46,4	30,7	385,9	61,7	98,0	87,1	20,3	25,5	1 175,4
Europäische Register	30,5	78,1	52,4	54,4	55,0	503,9	88,2	108,3	113,6	19,8	28,4	1 252,8

(¹) Quelle: Eurocare-2-Studie. Eurocare-Zahlen, altersbereinigte relative Fünfjahres-Überlebensraten (Prozent), Inzidenzzeitraum 1988-1992.

(²) Ohne Nicht-Melanom-Hautkrebs.

Einschließlich Estland, Polen und Slowenien, Register aus Slowenien.

(³) Quelle: Europrevall-Studie. Gesamtprävalenz zum 31. Dezember 1992; weltweiter Standard (altersbereinigt), Anteil je 100 000.

4.7.26 Fallzahlen nach Art der Geburt und Gesamtprävalenzraten je 10 000 Geburten, kombinierte Gesamtzahlen 28 Eurocat-Vollmitgliedregister (¹), 1980-1999

	Lebend-	Frucht-	Induzierter	Insgesamt	
	geburten	tod (²)	Abort (³)		
	LB	FD	IA	LB+FD+IA	Rate (³)
	N	N	N	N	
Nervensystem	6 943	1 250	5 196	13 389	22,01
Neuralrohrdefekte	2 613	759	3 244	6 616	10,88
Anecephalus u.P ä.	368	463	1 661	2 492	4,10
Enzephalozele	351	81	372	804	1,32
Spina Bifida	1 894	215	1 211	3 320	5,46
Hydrozephalie	1 645	302	1 165	3 112	5,12
Mikrozephalie	1 123	70	122	1 315	2,55
Arhinenzephalie/Holoprosenzephalie	205	56	303	564	1,09
Augen	2 870	102	204	3 176	5,22
Anophthalmos/Mikrothalmos	619	50	120	789	1,30
Anophthalmos	117	20	37	174	0,29
Mikrothalmos	502	30	83	615	1,01
Katarakt	558	4	18	580	0,95
Gehör	4 210	134	258	4 602	7,57
Anotie/Mikrotie	514	20	43	577	0,95
Anotie	119	6	18	143	0,24
Mikrotie	395	14	25	434	0,71
Angeborene Herzfehler	29 294	848	2 595	32 737	53,82
Anomalien an Herzkammern und -verbindungen	2 595	114	348	3 057	5,03
Truncus arteriosus communis	341	37	68	446	0,86
Transposition der großen Gefäße (vollständig)	1 167	21	82	1 270	2,45
Einzelventrikel	430	37	98	565	0,93
Missbildungen des Herzseptums	19 735	513	1 490	21 738	35,74
Ventrikulär-septaler Defekt	12 803	315	798	13 916	22,88
Atrial-septaler Defekt	6 119	131	291	6 541	10,75
Atrioventrikulärer Defekt	1 516	73	400	1 989	3,27
Fallot-Tetralogie	1 358	36	118	1 512	2,49
Herzklappenfehlbildungen	4 908	152	575	5 635	9,26
Trikuspidalatresie und -stenose	513	18	69	600	0,99
Ebstein-Anomalie	158	12	14	184	0,30
Aortaklappenatresie/-stenose	582	17	41	640	1,05
Hypoplastisches Linksherz-Syndrom	898	40	325	1 263	2,08
Fehlbildungen der Großarterien und Venen	6 447	176	417	7 040	11,57
Aortenisthmusstenose	1 652	47	100	1 799	2,96
Lippenspalte mit oder ohne Gaumenspalte	4 696	211	470	5 377	9,07
Gaumenspalte	3 080	119	227	3 426	5,78
Verdauungssystem	10 027	435	1 011	11 473	18,86
Tracheo-oesophagale Fistel — Oesophageale Atresie und -stenose	1 593	70	122	1 785	2,93
Angeborenes Fehlen, Atresie und/oder Stenose des Dünndarms	1 234	51	97	1 382	2,27
Angeborenes Fehlen, Atresie und/oder Stenose des Zwölffingerdarms	591	30	59	680	1,31
Angeborenes Fehlen, Atresie und/oder Stenose anderer spezifizierter Teile des Dünndarms	372	8	19	399	0,77
Ano-rektale Atresie und Stenose	1 475	92	200	1 767	3,12
Inneres Urogenitalsystem — Ovarium, Uterus und Nierensystem	12 953	682	2 352	15 987	26,28
Bilaterale Nierenagenesie	527	168	520	1 215	2,05
Zystische Nierenerkrankung	1 823	107	625	2 555	4,92
Angeborene Hydronephrose	4 054	83	304	4 441	7,30
Blasenextrophie	190	9	49	248	0,41
Äußeres Genitalsystem	7 635	143	313	8 091	13,30
Hypospadie	5 788	24	46	5 858	10,62
Unbestimmtes Geschlecht	291	49	68	408	0,79
Extremitäten	22 075	656	1 712	24 443	40,18
Fehlbildung der Extremitäten	2 710	194	536	3 440	5,66
Fehlbildung der oberen Extremitäten	1 739	139	377	2 255	3,71
Vollständiges Fehlen der oberen Extremitäten	38	14	21	73	0,12
Fehlen des Oberarms und Unterarms bei ausgebildeter Hand	40	5	9	54	0,09
Fehlen von Unterarm und Hand	139	7	25	171	0,28

4 Gesundheitszustand

(Fortsetzung)

	Lebend-	Frucht-	Induzierter	Insgesamt	
	geburten	tod (²)	Abort (³)	LB+FD+IA	Rate (⁴)
	LB	FD	IA	N	
	N	N	N	N	
Fehlen von Hand und Fingern	667	57	113	837	1,38
Fehlbildung in Längsrichtung/verkürzter Arm	580	52	172	804	1,32
Fehlbildung der unteren Extremitäten	861	72	207	1 140	1,87
Vollständiges Fehlen der unteren Extremitäten	31	5	22	58	0,10
Fehlen von Oberschenkel und Unterschenkel bei ausgebildetem Fuß	27	4	14	45	0,07
Fehlen von Unterschenkel und Fuß	18	3	8	29	0,05
Fehlen von Fuß und Zehen	244	23	40	307	0,50
Fehlbildung in Längsrichtung/verkürztes Bein	301	18	68	387	0,64
Polydaktylie	4 658	117	289	5 064	8,95
Syndaktylie	3 613	110	209	3 932	6,95
Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	11 350	856	2 762	14 968	24,61
Atresie der Choane	444	4	17	465	0,76
Kraniosynostose	759	16	32	807	1,33
Pierre-Robin-Syndrom	568	5	7	580	0,95
Treacher-Collins- und Franceschetti-Syndrom	82	7	1	90	0,15
Hallermann-Streiff-Syndrom	6	0	0	6	0,01
Goldenhar-Syndrom	133	2	4	139	0,23
Chondrodystrophie und Osteodystrophie	808	73	412	1 293	2,13
Zwerchfellhernie	1 181	74	234	1 489	2,87
Omphalozele	826	164	594	1 584	2,60
Gastroschisis	605	64	172	841	1,38
Bauchdeckenaplasie	77	11	94	182	0,30
Chromosomenanomalien	9 214	670	6 580	16 464	27,07
Down-Syndrom (Trisomie 21)	6 591	231	3 400	10 222	16,81
Patau-Syndrom (Trisomie 13)	259	60	356	675	1,30
Edward-Syndrom (Trisomie 18)	511	172	945	1 628	3,14
Sonstige Trisomien und partielle Trisomien von Autosomen	464	61	540	1 065	1,75
Monosomien und Fehlen in den Autosomen	368	16	149	533	0,88
Turner-Syndrom	309	86	594	989	1,63
Klinefelter-Syndrom	188	9	225	422	0,69
Gesamtzahl der Fälle (Vollmitgliedsregister)	112 550	3 893	15 574	132 017	217,04

(¹) Mainz: ohne Mikrozephalie.

In Nordostitalien werden folgende Fälle nicht registriert: Mikrozephalie, Arhinenzephalie/Holoprosenzephalie, zystische Nierenerkrankungen, unbestimmtes Geschlecht, Zwerchfellhernie, Patau-Syndrom (Trisomie 13), Edward-Syndrom (Trisomie 18) und es wird keine Standardcodierung für (nicht einbezogene) Fälle von: Truncus arteriosus communis, Transposition des großen Gefäßes (vollständig), angeborene fehlende Organe, Atresie und/oder Stenose des Zwölffingerdarms (Duodenum), angeborenes Fehlen, Atresie und/oder Stenose anderer spezifizierter Teile des Dünndarms verwendet.

In Südostsizilien wird keine Standardcodierung (nicht einbezogen) für folgende Fälle verwendet: Lippenspalte mit oder ohne Gaumenspalte, Gaumenspalte, bilaterale Nierenagenesie.

In North Thames (West) (UK: England) werden folgende Fälle nicht registriert: Hypospadie, Polydaktylie, Syndaktylie.

(²) FD = Fruchttod nach 20 Wochen Gestationszeit.

(³) IA = Induzierter Abort nach pränataler Diagnose.

(⁴) Gesamtprävalenzrate = [(LB(Anomalie) + FD(Anomalie) + IA(Anomalie)) / (LB(Population) + Totgeburten (SB) (Population))]*10 000.

Quelle: Eurocat Report 8. Surveillance of Congenital Anomalies in Europe 1980-1999. 2002. University of Ulster 2002.

4.7.27 Gesamtzahl der Fälle angeborener Anomalien nach Geburtsart und Prävalenzrate je Register, 1980-1999

Register	Fallzahl				Prävalenzrate ie 10 000 Geburten (°)		
	Lebend- geburten	Frucht- tod (°)	Induzierter Abort (°)	Insgesamt	Lebend- geburten (°)	Lebendge- burten und Fruchtto- desfälle	Lebendge- burten, Fruchtto- desfälle und induzierte Aborte
Steiermark (Österreich) 1985-1999	4 902	109	371	5 382	255,7	260,5	279,8
Antwerpen (Belgien) 1990-1999	2 491	43	200	2 734	–	233,0	251,4
Hainaut (Belgien) 1980-1999	4 888	179	476	5 543	229,4	236,4	258,6
Bulgarien 1980-1999	665	40	40	745	175,2	184,3	190,4
Kroatien 1983-1999	1 697	22	15	1 734	165,3	166,5	167,9
Odense (Dänemark) 1980-1999	2 177	101	166	2 444	206,7	215,2	230,9
Paris (Frankreich) 1981-1999	15 624	685	4 346	20 655	225,3	233,4	295,6
Strasbourg (Frankreich) 1982-1998	6 310	182	811	7 303	280,9	287,3	323,2
Mainz (Deutschland) (°) 1990-1999	1 337	59	105	1 501	356,8	367,7	395,3
Sachsen-Anhalt (Deutschland) 1987-1999	3 032	107	344	3 476	213,1	219,4	243,0
Dublin (Irland) 1980-1999	10 110	562		10 672	242,0	253,8	253,8
Galway (Irland) 1981-1999	870	40		910	160,7	166,9	166,9
Campania (Italien) 1996-1999	2 927	20	569	3 516	149,8	150,3	179,3
Emilia Romagna (Italien) 1981-1999	7 175	66	108	7 349	161,9	162,6	165,0
Nordostitalien (°) 1981-1999	8 835	137	1 477	10 449	99,2	100,3	116,8
Südostsizilien (Italien) 1991-1998	2 522	34		2 556	–	167,9	168,0
Toskana (Italien) 1980-1999	5 506	107	712	6 325	180,4	183,1	206,4
Malta 1986-1999	1 618	60		1 678	228,3	235,2	235,2
Nördliche Niederlande 1981-1999	6 646	218	389	7 253	232,0	238,3	251,8
Südportugal 1990-1999	1 215	58	87	1 360	108,6	113,0	120,8
Asturias (Spanien) 1990-1999	1 431	33	247	1 711	208,9	212,5	248,3
Barcelona (Spanien) 1992-1999	1 309	57	428	1 794	132,6	137,6	180,8
Baskenland (Spanien) 1990-1998	2 291	47	502	2 840	159,5	162,0	196,8
Vaud (Schweiz) 1989-1999	2 710	58	428	3 196	322,1	327,7	378,4
Glasgow (UK: Schottland) 1980-1999	6 710	285	749	7 744	277,1	287,1	317,9
Mersey (UK: England) 1995-1999	2 292	123	592	3 007	164,7	172,7	215,0
North Thames (West) (UK: England) (°) 1991-1999	3 751	393	2 065	6 209	–	97,4	145,9
Wales (UK: Wales) 1998-1999	1 509	75	347	1 931	230,2	240,5	293,1
Insgesamt (Vollmitgliedsregister)	112 550	3 893	15 574	132 017	186,0	191,5	217,0
Register assoziierter Mitglieder							
Finnland 1993-1999	11 750	316	1 471	13 537	274,6	280,9	315,1
Mittel-/Ostfrankreich 1980-1999	24 160	520	3 966	28 646	128,2	130,2	151,1
Norwegen 1980-1998	32 538	961	639	34 138	304,9	311,1	317,0
ECEMC (Spanien) 1980-1999	26 343	566		26 909	174,7	177,2	177,2
Insgesamt (Register assoziierter Mitglieder)	94 791	2 363	6 074	103 230	202,2	197,5	209,8
Summe (alle Register)	207 341	6 256	21 648	235 245	189,5	194,1	213,8

(°) Für LB = (LB Anomalie)/(LB Population); für LB+FD = (LB Anomalie + FD Anomalie)/(LB + Totgeburten (SB) Population); für LB + FD + IA = (LB Anomalie + FD Anomalie + IA Anomalie)/(LB + SB Population).

(°) Fruchttod nach 20-wöchiger Gestationszeit.

(°) Induzierter Abort nach pränataler Diagnose.

(°) Gesamtzahl der Vollmitgliedsregister einschließlich Antwerpen (Belgien), Südostsizilien (Italien) und North Thames (West) (UK: England), wobei die Geburten-Gesamtpopulation als Ersatz für die Population an Lebendgeburten verwendet wird.

(°) Ohne Mikrozephalie.

(°) Fälle von Mikrozephalie, Arhinenzephalie/Holoprosenzephalie, zystische Nierenerkrankungen, nicht bestimmtes Geschlecht, Zwerchfellhernie, Patau-Syndrom (Trisomie 13), Edward-Syndrom (Trisomie 18) werden nicht registriert.

(°) Fälle von Hypospadie, Polydaktylie, Syndaktylie werden nicht registriert.

Quelle: Eurocat Report 8. Surveillance of Congenital Anomalies in Europe 1980-1999. University of Ulster, 2002.

4.7.29 Koronare Herzkrankheiten (KHK), KHK-Todesfälle und jährliche Veränderungen; Erwachsene (35-64 Jahre) nach Geschlecht; Jahre in den 80er und frühen 90er Jahren

Population	Registrierungsjahre	KHK-Rate (¹)		KHK-Todesfälle (²)		Jährliche Veränderungen der KHK-Raten (Prozent)		Jährliche Veränderungen der KHK-Todesfallzahlen (Prozent)	
		M	F	M	F	M	F	M	F
B (Charleroi)	1983-1992	487	118	50,1	59,3	0,3	1,1	-1,8	-1,8
B (Gent)	1983-1992	346	77	47,4	58,0	-3,2	-3,0	-1,6	-1,8
DK (Glostrup)	1982-1991	517	140	52,5	58,0	-4,2	-2,5	1,5	2,5
FIN (Kuopio)	1983-1992	718	124	45,7	38,7	-6,0	-4,5	1,0	1,0
FIN (Nordkarelien)	1983-1992	835	145	48,1	41,3	-6,5	-5,1	-0,5	-0,2
FIN (Turku/Loimaa)	1983-1992	549	94	48,5	48,9	-4,2	-4,5	-0,2	-1,9
F (Lille)	1985-1994	298	64	58,7	69,5	-1,1	-1,6	-0,3	0,8
F (Strasbourg)	1985-1993	292	64	49,0	57,1	-3,9	-6,6	-1,7	-2,3
F (Toulouse)	1985-1993	233	36	40,0	59,8	-2,1	-1,7	-3,8	-3,6
D (Augsburg)	1985-1994	286	63	55,1	64,6	-3,2	0,9	1,3	-2,9
D (Bremen)	1985-1992	361	81	49,6	52,0	-3,4	0,7	-0,9	-2,2
D (Ostdeutschland)	1985-1993	370	78	50,0	62,8	-0,5	2,5	1,7	-1,0
IS (Island)	1981-1994	486	99	36,9	34,1	-4,7	-3,7	-2,1	-1,0
I (Brianza)	1985-1994	279	42	40,7	52,5	-2,3	-3,5	-0,8	-4,8
I (Friuli)	1984-1993	253	47	45,1	49,9	-0,9	-0,8	-2,0	-2,0
E (Catalunya)	1985-1994	210	35	36,7	45,5	1,8	2,0	-1,7	1,5
S (Göteborg)	1984-1994	363	84	43,6	45,4	-4,2	-3,7	0,3	1,2
S (Nordschweden)	1985-1995	509	119	36,1	34,4	-5,1	-2,4	-2,9	0,4
CH (Ticino)	1985-1993	290	:	33,5	:	-2,6	:	-4,2	:
CH (Vaud/Fribourg)	1985-1993	231	:	38,4	:	-3,6	:	-3,0	:
UK (Belfast)	1983-1993	695	188	41,0	41,5	-1,4	0,2	-1,3	-2,1
UK (Glasgow)	1985-1994	777	265	48,2	46,4	0,4	2,8	-0,4	0,5

(¹) Koronare Herzkrankheiten (nichttödlich: myokardialer Infarkt mit Überleben bis 28 Tagen nach Eintreten; tödlich: Todesfälle infolge koronarer Herzkrankheit innerhalb von 28 Tagen nach Eintreten) je 100 000 Personen; altersstandardisiert.

(²) (Todesfälle/Zahl der Herzkrankheitsfälle) als Prozentsatz.

Quelle: Tunstall-Pedoe et al. (1999); aus Statistik der kardiovaskulären Krankheiten in Europa; Ausgabe 2000.

4.7.30 Zahl der Personen mit Diabetes mellitus: geschätzte Gesamtzahl 1995, Prognosen für 2000 und 2010

	1995		2000		% Wachstum 1995-2000			2010		% Wachstum 2000-2010					
	Insgesamt	IDDM	NIDDM	Insgesamt	IDDM	NIDDM	Insgesamt	IDDM	NIDDM	Insgesamt	IDDM	NIDDM			
EU-15	12 708,8	878,6	11 830,2	15 617,4	831,6	14 785,8	22,9	-5,3	25,0	19 663,8	803,8	18 860,0	25,9	-3,3	27,6
B	233,3	20,2	213,1	358,6	19,2	339,4	53,7	-5,0	59,3	517,0	18,7	498,3	44,2	-2,6	46,8
DK	194,8	23,0	171,8	220,1	25,0	195,1	13,0	8,7	13,6	267,4	26,0	241,4	21,5	4,0	23,7
D	2 900,1	184,6	2 715,5	3 527,5	174,0	3 353,5	21,6	-5,7	23,5	4 413,5	168,8	4 244,7	25,1	-3,0	26,6
EL	483,7	12,9	470,8	525,8	11,8	514,0	8,7	-8,5	9,2	579,6	11,3	568,3	10,2	-4,2	10,6
E	1 744,1	92,1	1 652,0	1 828,8	84,4	1 744,4	4,9	-8,4	5,6	1 939,1	79,7	1 859,4	6,0	-5,6	6,6
F	1 240,6	93,3	1 147,3	1 965,2	88,8	1 876,4	58,4	-4,8	63,5	2 869,7	85,4	2 784,3	46,0	-3,8	48,4
IRL	62,6	17,0	45,6	102,6	15,7	86,9	63,9	-7,6	90,6	161,8	14,8	147,0	57,7	-5,7	69,2
I	2 724,8	89,2	2 635,6	2 905,8	81,6	2 824,2	6,6	-8,5	7,2	3 249,3	76,7	3 172,6	11,8	-6,0	12,3
L	14,3	1,0	13,3	17,0	1,0	16,0	18,9	0,0	20,3	22,0	1,1	20,9	29,4	10,0	30,6
NL	486,2	37,8	448,4	610,4	36,2	574,2	25,5	-4,2	28,1	821,9	34,9	787,0	34,6	-3,6	37,1
A	269,1	13,2	255,9	322,8	12,7	310,1	20,0	-3,8	21,2	421,3	12,5	408,8	30,5	-1,6	31,8
P	444,2	12,6	431,6	458,3	13,7	444,6	3,2	8,7	3,0	477,8	14,4	463,4	4,3	5,1	4,2
FIN	280,4	37,4	243,0	272,8	35,4	237,4	-2,7	-5,3	-2,3	273,1	34,2	238,9	0,1	-3,4	0,6
S	353,8	44,0	309,8	448,6	42,4	406,2	26,8	-3,6	31,1	582,5	41,9	540,6	29,8	-1,2	33,1
UK	1 276,8	200,3	1 076,5	2 053,1	189,7	1 863,4	60,8	-5,3	73,1	3 067,8	183,4	2 884,4	49,4	-3,3	54,8
IS	7,7	0,7	7,0	10,7	0,7	10,0	39,0	0,0	42,9	15,8	0,7	15,1	47,7	0,0	51,0
NO	145,4	19,3	126,1	167,2	18,8	148,4	15,0	-2,6	17,7	213,3	18,5	194,8	27,6	-1,6	31,3
CH	241,1	10,5	230,6	295,4	10,2	285,2	22,5	-2,9	23,7	391,5	10,1	381,4	32,5	-1,0	33,7

IDDM = Insulinabhängige Diabetes mellitus (Typ I).

NIDDM = Nichtabhängige Diabetes mellitus (Typ II).

Quelle: Amos, McCarty und Zimmet, International Diabetes Institute and WHO Collaborating Centre of the Epidemiology of Diabetes Mellitus (1997).

4.7.32 Anerkannte Berufskrankheiten in der EU. Gesamtzahl der Fälle und Inzidenz je Million, 1995

	Zal der Fälle	Inzidenz je Million
Gesamtzahl der Fälle gemäß EODS	57 414	386,9
Durch Isocyanate verursachte Krankheiten	301	2,0
Durch Kadmium oder Kadmiumverbindungen verursachte Krankheiten	13	0,1
Durch Chrom oder Chromverbindungen verursachte Krankheiten	276	1,9
Durch Quecksilber oder Quecksilberverbindungen verursachte Krankheiten	29	0,2
Durch Mangan oder Manganverbindungen verursachte Krankheiten	7	0,0
Durch Nickel oder Nickelverbindungen verursachte Krankheiten	325	2,2
Durch Blei oder Bleiverbindungen verursachte Krankheiten	200	1,3
Durch Schwefelkohlenstoff verursachte Krankheiten	18	0,1
Durch Benzol oder seine Homologe verursachte Krankheiten (die Benzolhomologe sind durch die Formel C_nH_{2n-6} definiert)	259	1,7
Durch halogenierte Derivate aromatischer Kohlenwasserstoffe verursachte Krankheiten	109	0,7
Durch Nebenprodukte der Steinkohlendestillation verursachte Hautkrankheiten und Hautkrebs	30	0,2
Hauterkrankungen durch berufliche Exposition gegenüber nach wissenschaftlichen Erkenntnissen allergisierenden oder irritativ wirkenden Stoffen, die anderweitig nicht erfasst sind	8 767	59,1
Silikose	4 381	29,5
Asbestose	3 894	26,2
Durch Einatmen von Asbeststäuben verursachtes Mesotheliom	1 446	9,7
Durch Silikatstäube verursachte Pneumokoniosen	488	3,3
Komplikation der Asbestose durch Bronchialkarzinom	987	6,7
Bronchopulmonale Erkrankungen durch Sintermetallstäube	57	0,4
Allergische Atembeschwerden durch Einatmen von als allergisierend anerkannten Stoffen, die durch die Art der Arbeit bedingt sind	4 543	30,6
Erkrankungen der Atemwege durch Einatmen von Kobalt-, Zinn-, Barium- und Grafitstäuben	9	0,1
Durch Infektionserreger oder Parasiten verursachte Krankheiten, die von Tieren oder tierischem Material auf den Menschen übertragen werden	461	3,1
Brucellose	242	1,6
Virushepatitis	501	3,4
Tuberkulose	458	3,1
Durch Wärmestrahlung verursachter Grauer Star	22	0,1
Durch schädigenden Lärm verursachte Schwerhörigkeit oder Taubheit	18 419	124,1
Durch mechanische Schwingungen verursachte osteoartikuläre Erkrankungen der Hand einschließlich des Handgelenks	2 539	17,1
Durch mechanische Schwingungen verursachte Angioneurosen	2 454	16,5
Durch Druck verursachte Erkrankungen der Schleimbeutel	2 305	15,5
Drucklähmungen der Nerven	3 392	22,9
Erkrankungen durch ionisierende Strahlungen	482	3,2
Durch chemische Einwirkungen verursachte Krankheiten	1 567	10,6
Atemwegserkrankungen	15 805	106,5
Infektionskrankheiten	1 662	11,2
Durch physikalische Einwirkungen verursachte Krankheiten	29 613	199,5

Quelle: Eurostat/EODS (Europäische Statistik über Berufskrankheiten).

4.7.34 Personen mit arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen außer Unfallverletzungen (*)
in Europa, 1998-1999

Bevölkerungsgruppe/Diagnose	Personen mit arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen							
	Alle (mit/ohne Arbeitsunterbrechung)				Mit Arbeitsunterbrechung			
	EU-11 (*)		EU-15 (Schätzung) (*)		mehr als 3 Tage		mindestens 2 Wochen	
	und HU		% von insgesamt	Bevölkerungsgruppe	EU-15 (Schätzung) (**)	% von insgesamt	EU-15 (Schätzung) (**)	% von insgesamt
Anzahl	Anzahl	Alle	Bevölkerungsgruppe	Anzahl	insgesamt	Anzahl	insgesamt	
Insg. — Alle Diagnosen- und Bevölkerungsgruppen	6 012 672	7 711 906	100	100	2 953 543	100	2 063 482	100
davon: Männer	3 280 617	4 174 268	54					
Frauen	2 732 055	3 537 638	46					
Personen mit mehr als einem Gesundheitsproblem			12					
Diagnosegruppe								
Knochen-/Gelenk-/Muskelerkrankung	3 192 147	4 094 276	53		1 472 563	50	1 015 146	49
Stress, Depression, Beklemmung	1 091 389	1 399 825	18		669 328	23	533 066	26
Erkrankung der Lungen	457 743	587 105	8		207 211	7	116 982	6
Herz- und Kreislauferkrankungen	249 050	319 434	4		101 528	3	83 796	4
Kopfschmerzen, Augenprobleme	204 631	262 462	3		74 932	2	33 739	2
Beeinträchtigung des Hörvermögens	161 412	207 028	3		50 257	2	38 512	2
Infektionskrankheiten	152 964	196 193	2		127 656	4	60 270	3
Hautprobleme	152 238	195 262	2		56 183	2	34 024	2
Sonstige	351 098	450 321	6		193 885	7	147 947	7
Erwerbstätige (*)	4 323 909	5 545 884	72	100	2 953 543	100	2 063 482	100
davon: Knochen-, Muskelerkrankung	2 176 721	2 791 882	36	50	1 472 563	50	1 015 146	49
Stress, Depression, Beklemmung	949 620	1 217 991	16	22	669 328	23	553 066	26
Erkrankungen der Lungen	288 616	370 181	5	7	207 211	7	116 982	6
unter 45 Jahre	2 389 606	3 064 930	40	55	1 608 207	54	1 054 503	51
45-64 Jahre	1 883 999	2 416 434	31	44	1 310 543	44	983 781	48
65 Jahre und älter	50 304	64 520	1	1	34 793	1	25 198	1
Nicht mehr erwerbstätige Personen	1 688 763	2 166 022	28	100				
davon: Knochen-, Muskelerkrankung	1 015 426	1 302 394	17	60				
Stress, Depression, Beklemmung	141 769	181 834	2	8				
Erkrankungen der Lungen	169 127	216 924	3	10				
aunter 45 Jahre	202 682	259 962	3	12				
45-64 Jahre	786 409	1 008 655	13	47				
65 Jahre und älter	699 672	897 405	12	41				

(*) Gesundheitsprobleme während der gesamten zurückliegenden zwölf Monate oder eines Teils hiervon zum Zeitpunkt der Erhebung; bei Personen mit mehr als einem Gesundheitsproblem wird nur das (medizinisch und hinsichtlich der Beeinträchtigung der Tätigkeit) schwerste Problem berücksichtigt.

(**) Außer B, F, NL und A; für D keine Diagnosedaten vorhanden.

(*) Die Schätzungen für EU-15 wurden auf der Grundlage der verfügbaren Daten für die durch das Modul erfassten Mitgliedstaaten erstellt.

(*) Arbeitsausfall während der zurückliegenden zwölf Monate.

Quelle: Ad-hoc-Modul der Arbeitskräfteerhebung, 1999, Eurostat.

4.7.35 Personen mit arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen (ohne Unfälle) nach Stellung der Geschädigten im Beruf und Dauer der Arbeitsunterbrechung in den letzten zwölf Monaten, EU, 1998-1999

	Personen mit arbeitsbedingten Gesundheitsbeschwerden			Ausfalltage	
	Alle Personen	Erwerbstätig oder erkrankungsbedingt vermutlich nie mehr arbeitsfähig ⁽¹⁾ (²)		Insgesamt (Millionen)	Mittlere Anzahl pro Erkrankung
	% von insgesamt	% von insgesamt	% kumuliert		
Erwerbstätige ⁽¹⁾					
Kein Arbeitsausfall	27	35	35	0,0	0
1 bis 3 Tage Arbeitsausfall	5	7	42	0,8	2
4 Tage bis 1 Woche Arbeitsausfall	5	7	49	2,1	5
1 bis 2 Wochen Arbeitsausfall	6	8	57	4,7	10
2 Wochen bis 1 Monat Arbeitsausfall	8	10	67	13,2	22
1 bis 3 Monate Arbeitsausfall	8	10	78	37,3	60
Mindestens 3 Monate Arbeitsausfall	11	14	91	111,0	137
Insgesamt	70	91		169,1	31
Erkrankungsbedingt vermutlich nie mehr arbeitsfähig ⁽²⁾	7	9	100	120,1	274
Erwerbstätige oder vermutlich nie mehr arbeitsfähige Personen insgesamt	77	100		289,2	49
Andere Nichterwerbspersonen ⁽²⁾	23			59,5	137
Erkrankte Personen insgesamt	100			348,7	55

⁽¹⁾ Erwerbstätige und Arbeitslose (nur nach früherer Erwerbstätigkeit).

⁽²⁾ Personen, die wegen Erkrankung durch frühere Tätigkeit nicht erwerbstätig sind oder damit rechnen, wegen einer arbeitsbedingten Erkrankung aus jüngster Zeit erwerbsunfähig zu werden.

⁽³⁾ Arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem wird nicht als Grund für Nichterwerbstätigkeit angegeben. Ausfalltage werden für Nichtrentner angegeben, die glauben, dass sie drei Monate oder länger wegen der Erkrankung nicht hätten arbeiten können (unbekannter oder nicht alleiniger Grund für Nichterwerbstätigkeit, Hinderungsgrund für Rückkehr zum Arbeitsplatz usw.). Die mittlere Anzahl der Ausfalltage dieser Gruppe und der Gesamtwert werden nur für diese Fälle berechnet.

Quelle: Ad-hoc-Modul der Arbeitskräfteerhebung, 1999, Eurostat.

4.7.36 Inzidenz (¹) von Hüftknochenbrüchen mit Osteoporose, Geschlechtsverteilung (²) der Inzidenz nach Alter und hochgerechnete jährliche Inzidenz von Hüftknochenbrüchen im Jahr 2000, 15 Mitgliedstaaten

(Fälle je 10 000 Personen)

Altersgruppe	B (³)	DK (⁴)	D (⁵)	EL (⁶)	E (⁷)	F (⁸)	IRL (⁹)	I (¹⁰)	L (¹¹)	NL (¹²)	A (¹³)	P (¹⁴)	FIN (¹⁵)	S (¹⁶)	UK (¹⁷)
50-54 Männer	2	3	3	1	1	1	1	1	2	2	3	2	3	5	1
Frauen	3	4	3	3	1	1	2	2	3	3	3	3	3	5	2
Geschlechtsverteilung	142	146	106	179	120	120	138	145	142	142	94	113	93	104	138
55-59 Männer	4	6	6	3	1	1	3	2	4	4	6	5	6	9	3
Frauen	6	9	7	5	2	2	4	4	6	6	7	5	6	10	4
Geschlechtsverteilung	151	154	125	180	131	142	154	159	151	151	123	113	104	111	154
60-64 Männer	8	11	10	6	3	3	6	4	8	8	10	8	10	16	6
Frauen	12	17	14	11	4	4	9	7	12	12	14	10	12	19	9
Geschlechtsverteilung	157	162	147	183	142	156	163	176	157	157	146	128	116	119	163
65-69 Männer	14	19	16	11	7	6	11	7	14	14	16	12	18	28	11
Frauen	23	32	27	20	11	10	19	14	23	23	47	17	23	36	19
Geschlechtsverteilung	166	171	171	184	157	168	177	188	166	166	303	146	129	126	177
70-74 Männer	24	32	24	20	14	12	20	13	24	24	24	18	31	47	20
Frauen	41	57	48	37	24	22	37	26	41	41	48	29	43	63	37
Geschlechtsverteilung	173	179	197	185	172	184	190	202	173	173	197	164	141	133	190
75-79 Männer	40	53	37	35	27	24	34	21	40	40	37	26	49	77	34
Frauen	72	98	82	64	50	47	70	45	72	72	82	48	76	107	70
Geschlechtsverteilung	180	186	225	186	188	198	204	217	180	180	224	182	154	139	204
80-84 Männer	65	85	54	58	50	44	57	33	65	65	54	38	78	122	57
Frauen	122	164	138	108	102	93	125	78	122	122	138	76	130	177	125
Geschlechtsverteilung	187	194	256	186	204	213	219	232	187	187	256	201	168	145	219
ab 85 Männer	160	199	110	124	126	110	147	67	160	160	110	65	177	280	147
Frauen	317	416	351	232	290	262	362	172	317	317	351	151	346	443	362
Geschlechtsverteilung	198	209	319	187	230	238	246	257	198	198	319	234	195	158	246
Hochgerechnete Anzahl Fälle (¹⁸)															
Männer	3	2	21	3	8	10	1	9	0	4	2	2	2	6	15
Frauen	10	7	94	8	28	41	2	34	0	13	9	5	4	14	59

(¹) Anzahl neuer Osteoporosefälle im angegebenen Zeitraum.

(²) Geschlechtsverteilung angegeben als (Rate bei Frauen/Rate bei Männern) x 100.

(³) 1996.

(⁴) 1964-1993.

(⁵) 1994.

(⁶) 1997.

(⁷) 1985.

(⁸) 2000; Tausende Fälle.

Quelle: Report on osteoporosis in the European Community. Action for prevention. Europäische Kommission, GD Beschäftigung und Soziales, 1998.

4.7.37 Prävalenz ⁽¹⁾ von Wirbelbrüchen mit Osteoporose, Geschlechtsverteilung ⁽²⁾ der Prävalenz nach Alter, und hochgerechnete jährliche Prävalenz von Wirbelbrüchen im Jahr 2000, 15 Mitgliedstaaten

(Fälle je 10 000 Personen)

Altersgruppe	B ⁽³⁾	DK ⁽⁴⁾	D ⁽⁵⁾	EL ⁽⁶⁾	E ⁽⁷⁾	F ⁽⁸⁾	IRL ⁽⁹⁾	I ⁽⁹⁾	L ⁽⁹⁾	NL ⁽⁹⁾	A ⁽⁹⁾	P ⁽⁹⁾	FIN ⁽⁹⁾	S ⁽⁹⁾	UK ⁽⁹⁾
50-54 Männer	1 600	1 760	1 130	1 340	1 370	1 450	1 350	973	1 600	1 330	1 580	2 060	1 760	1 760	1 350
Frauen	1 200	1 220	730	1 010	846	838	699	743	1 200	896	858	846	1 220	1 220	699
Geschlechtsverteilung	75	69	65	75	62	58	52	76	75	67	54	41	69	69	52
55-59 Männer	1 790	1 960	1 260	1 490	1 520	1 620	1 500	1 080	1 790	1 480	1 760	2 300	1 960	1 960	1 500
Frauen	1 620	1 630	980	1 360	1 130	1 120	938	996	1 620	1 200	1 150	1 130	1 630	1 630	938
Geschlechtsverteilung	91	83	78	91	74	69	63	92	91	81	65	49	83	83	63
60-64 Männer	1 970	2 160	1 390	1 650	1 680	1 790	1 660	1 200	1 970	1 630	1 940	2 540	2 160	2 160	1 660
Frauen	2 120	2 140	1 280	1 780	1 490	1 470	1 230	1 300	2 120	1 570	1 510	1 490	2 140	2 140	1 230
Geschlechtsverteilung	108	99	92	108	89	82	74	108	108	96	78	59	99	99	74
65-69 Männer	2 160	2 370	1 520	1 810	1 840	1 960	1 810	1 310	2 160	1 790	2 120	2 780	2 370	2 370	1 810
Frauen	2 710	2 740	1 640	2 280	1 900	1 890	1 570	1 670	2 710	2 020	1 930	1 900	2 740	2 740	1 570
Geschlechtsverteilung	125	116	108	126	103	96	87	127	125	113	91	68	116	116	87
70-74 Männer	2 350	2 580	1 650	1 960	2 000	2 130	1 980	1 420	2 350	1 950	2 310	3 020	2 580	2 580	1 980
Frauen	3 420	3 450	2 070	2 870	2 400	2 380	1 980	2 110	3 420	2 540	2 430	2 400	3 450	3 450	1 980
Geschlechtsverteilung	146	134	125	146	120	112	100	149	146	130	105	79	134	134	100
75-79 Männer	2 540	2 790	1 790	2 130	3 160	2 310	2 140	1 540	2 540	2 110	2 500	3 270	2 790	2 790	2 140
Frauen	4 230	4 280	2 570	3 550	2 970	2 950	2 460	2 610	4 230	3 150	3 020	2 970	4 280	4 280	2 460
Geschlechtsverteilung	167	153	144	167	94	128	115	169	167	149	121	91	153	153	115
80-84 Männer	2 740	3 000	1 920	2 290	2 330	2 480	2 300	1 660	2 740	2 270	2 690	3 520	3 000	3 000	2 300
Frauen	5 180	5 230	3 140	4 350	3 630	3 600	3 000	3 190	5 180	3 850	3 690	3 630	5 230	5 230	3 000
Geschlechtsverteilung	189	174	164	190	156	145	130	192	189	170	137	103	174	174	130
85+ Männer	3 140	3 440	2 200	2 620	2 670	2 840	2 630	1 900	3 140	2 600	3 080	4 030	3 440	3 440	2 630
Frauen	7 480	7 560	4 540	6 280	5 250	5 210	4 340	4 610	7 480	5 570	5 330	5 250	7 560	7 560	4 340
Geschlechtsverteilung	238	220	206	240	197	183	165	243	238	214	173	130	220	220	165
Hochgerechnete Anzahl Fälle ⁽⁸⁾															
Männer	324	187	1 880	300	1 040	1 620	74	1 170	13	384	234	373	172	338	1 520
Frauen	570	293	2 930	492	1 490	2 210	80	2 100	22	563	318	362	260	521	1 830

⁽¹⁾ Anzahl der im angegebenen Zeitraum an Osteoporose leidenden Personen.⁽²⁾ Geschlechtsverteilung angegeben als (Rate bei Frauen/Rate bei Männern) x 100.⁽³⁾ 1996.⁽⁴⁾ 1964-1993.⁽⁵⁾ 1994.⁽⁶⁾ 1997.⁽⁷⁾ 1985.⁽⁸⁾ 2000; Tausende Fälle.

Quelle: Report on osteoporosis in the European Community. Action for prevention. Europäische Kommission, GD Beschäftigung und Soziales, 1998.

4.7.38 Prozentsatz der Bevölkerung, die positiv auf Allergene reagiert, und Prozentsatz der an Asthma und Rhinitis leidenden Personen

Land	Stadt	Allergien					
		Katzen	Pollen	Schimmel	Staubmilben	Asthma	Rhinitis
Belgien	Antwerpen Süd	9,3	17,6	4,0	22,3	:	:
	Antwerpen Stadt	9,7	16,0	6,5	26,7	:	:
Deutschland	Hamburg	12,5	14,3	8,2	18,5	4,4	23,0
	Erfurt	8,2	20,2	3,9	15,7	2,1	13,4
Griechenland	Athen	3,9	15,8	1,7	13,6	:	:
Spanien	Albacete	2,7	10,0	0,3	7,2	:	:
	Barcelona	14,4	15,0	13,6	29,1	:	:
	Galdakao	3,1	8,1	1,0	19,0	:	:
	Huelva	2,7	20,5	2,6	20,3	:	:
	Oviedo	4,2	9,5	1,1	18,5	:	:
	Sevilla	2,8	14,7	1,1	20,1	:	:
Frankreich	Bordeaux	10,5	19,3	4,6	32,6	5,5	30,2
	Montpellier	8,5	16,9	3,3	21,1	5,0	34,4
	Grenoble	7,3	18,7	1,5	18,8	3,5	28,1
	Paris	8,6	13,8	0,3	24,0	5,1	30,3
Irland	Dublin	7,5	16,9	2,0	34,4	:	:
Italien	Turin	5,9	21,8	1,7	11,7	:	:
Niederlande	Bergen-op-Zoom	6,2	20,7	6,0	24,4	4,7	20,7
	Gelen	10,4	24,8	6,0	29,9	4,4	23,8
	Groningen	10,3	18,3	2,8	29,4	4,3	23,6
Schweden	Göteborg	7,4	17,5	2,0	12,0	5,8	22,2
	Umeå	14,1	18,0	2,9	6,7	6,8	21,1
	Uppsala	14,8	18,5	2,4	8,5	6,0	22,3
Vereinigtes Königreich	Cambridge	12,6	26,7	1,5	29,3	:	:
	Cardiff	8,5	16,2	1,7	29,4	:	:
	Ipswich	11,6	24,3	3,2	23,0	:	:
	Norwich	10,1	25,9	3,8	27,7	:	:
Island	Reykjavik	7,3	12,0	6,5	8,9	3,4	17,8
Norwegen	Bergen	7,4	15,0	1,6	14,2	4,3	19,5
Schweiz	Basel	14,4	33,1	6,7	18,8	:	:

Quelle: Nach P. Burney et al. European Community Respiratory Health Survey. European Respiratory Journal 1996; 9:687-695. The distribution of total and specific IgE in the Community Respiratory Health Survey. Journal of Allergy and Clinical Immunology 1997; 99:314-322.

4.7.39 Asthma- und Allergiesymptome bei 13- bis 14-Jährigen

	B		D		EL		E			F			I		
	Antwerpen	Greifswald	Münster	Athen	Almeria	Barcelona	Bilbao	Valladolid	Marseille	Pessac	West Marne	Cremona	Milano	Roma	Viterbo
Keuchen, überhaupt	18,5	13,3	23,4	12,3	17,6	26,4	18,9	10,2	21,5	19,1	19,5	24,2	24,4	22,1	22,9
Keuchen in den letzten zwölf Monaten	12,0	3,0	14,1	3,7	7,4	14,3	11,9	6,1	14,9	12,8	13,3	9,2	10,6	9,8	6,7
4 oder mehr Keuchanfälle in den letzten zwölf Monaten	3,5	1,1	3,7	0,7	2,2	3,4	4,2	1,5	4,0	3,9	4,2	1,7	2,3	2,0	1,5
Schlafstörungen durch Keuchen	1,5	5,1	1,3	0,7	0,9	1,4	1,5	0,5	1,2	1,0	1,4	0,6	0,7	0,4	0,2
Sprachstörungen durch Keuchen in den letzten zwölf Monaten	2,6	4,2	6,1	0,7	1,9	2,7	3,0	1,4	2,8	1,8	2,9	1,6	2,5	2,6	1,0
Asthma, überhaupt	8,1	23,0	7,0	4,5	8,0	11,1	16,3	6,3	14,4	15,0	10,7	8,2	10,7	11,3	8,4
Keuchen nach körperlicher Betätigung in den letzten zwölf Monaten	13,1	21,5	21,2	3,6	11,4	18,3	19,8	13,1	22,8	19,3	20,1	13,2	18,0	14,4	1,5
Husten während der Nacht in den letzten zwölf Monaten	21,2	38,0	20,2	6,7	15,9	20,5	25,6	22,9	26,9	24,3	25,4	19,7	27,3	23,0	16,0
Symptome an Nase, überhaupt	44,8	38,0	36,5	17,2	38,3	35,4	48,5	45,2	54,1	53,6	47,9	36,6	45,2	39,5	16,1
Symptome an Nase in den letzten zwölf Monaten	36,4	29,3	28,7	14,4	27,9	26,1	35,3	31,7	45,4	44,1	40,5	23,6	32,4	30,2	11,5
Symptome an Nase und Augen in den letzten zwölf Monaten	15,2	12,6	15,7	6,4	15,6	12,8	17,6	12,8	15,2	14,8	12,7	10,8	16,7	15,0	5,0
Symptome an Nase, die in den letzten zwölf Monaten zu erheblicher Tätigkeitseinschränkung führten	1,7	0,5	0,7	0,2	0,3	0,3	0,4	0,1	1,1	0,7	0,9	0,2	0,5	0,5	0,2
Heuschnupfen überhaupt	17,0	11,7	21,1	12,7	10,5	8,5	11,0	7,7	11,0	15,4	16,8	15,7	21,0	16,4	4,7
Allergische Rhinokonjunktivitis in den letzten zwölf Monaten	14,5	12,3	14,4	6,3	15,5	11,7	17,2	12,7	14,4	14,8	12,4	10,7	16,4	14,7	5,0
Ausschlag, überhaupt	16,4	11,8	12,9	6,2	9,6	8,2	9,6	9,8	23,1	23,6	25,1	13,9	15,7	12,5	11,2
Ausschlag in den letzten zwölf Monaten	11,4	8,2	9,1	4,0	6,5	5,8	6,4	6,4	16,1	16,2	16,4	9,0	10,4	8,2	5,5
Flexuralausschlag	7,7	6,8	8,8	3,2	5,7	4,5	4,8	4,6	9,9	9,1	10,4	5,4	7,1	5,1	5,2
Vollständiges Abheilen des Ausschlags in den letzten zwölf Monaten	7,8	4,7	7,8	2,7	5,0	5,4	5,1	5,3	11,6	11,9	12,3	7,8	9,3	7,2	5,9
Schlafstörungen durch Ausschlag in den letzten zwölf Monaten	1,7	0,9	0,7	0,7	0,9	0,6	0,5	0,8	1,4	0,9	1,8	0,5	0,7	0,6	0,2
Ekzem, überhaupt	21,5	5,8	10,0	3,9	9,8	12,6	8,3	10,1	22,8	23,2	23,7	9,8	11,8	5,1	12,7
Atopisches Ekzem in den letzten zwölf Monaten	6,7	6,6	7,1	3,1	5,6	3,9	4,5	4,6	8,9	9,1	9,4	5,3	7,0	4,9	4,2

Quelle: ISAAC, International Study of Asthma and Allergies In Childhood. Neuseeland 2001.

4.7.40 Geschätzte Anzahl der Alzheimer- und anderer Demenzkranken (¹) im Jahr 2000

	Altersgruppe	Anzahl Fälle			Prävalenzrate
		Insgesamt	Männer	Frauen	
EU-15	—	4 624 424	1 697 629	2 926 795	12,3
B	30–99	129 389	46 972	82 417	12,6
DK	30–99	65 959	24 720	41 239	12,4
D	30–94	1 032 969	353 744	679 225	12,6
EL	30–99	131 283	58 396	72 887	12,5
E	30–99	488 956	188 944	300 012	12,4
F	30–99	758 229	274 355	483 784	12,6
IRL	30–94	31 702	12 947	18 755	8,4
I	30–99	791 205	295 349	495 856	13,7
L	30–94	4 665	1 668	2 997	10,7
NL	30–94	164 910	61 508	103 402	10,4
A	30–94	97 137	33 417	63 720	12,0
P	30–99	103 690	40 992	62 698	10,4
FIN	30–99	58 797	20 241	38 556	11,4
S	30–99	131 643	49 987	81 656	14,9
UK	30–94	741 042	274 499	466 543	12,4
IS	30–99	2 510	1 069	1 441	9,0
NO	30–99	57 758	21 398	36 360	12,9
CH	30–94	88 304	32 860	55 444	12,3

(¹) Zu anderen Demenzerkrankungen zählen AIDS-Dementia complex, Binswanger-Krankheit, Lewy-Body-Demenz, Pick-Krankheit, Mehrfachinfarkt-Demenz und andere Formen.

Quelle: Alzheimer Europe, Luxemburg.

A		P			FIN		S			UK			
Salzburg	Urfhar	Lisboa	Portimao	Porto	Helsinki	Lapland	Linköping	Stockholm/Up,Anglia / Offord	North East	Schottland	South Thames		
19,5	19,5	21,6	18,1	14,1	32,7	29,7	18,6	25,4	50,7	49,9	52,9	47,3	Keuchen, überhaupt
11,5	11,5	11,1	8,1	7,4	19,8	16,1	11,2	14,8	34,3	34,1	36,7	31,3	Keuchen in den letzten zwölf Monaten
2,3	3,0	2,8	2,0	1,7	5,1	3,3	3,5	4,5	10,2	9,3	11,6	9,7	4 oder mehr Keuchanfälle in den letzten zwölf Monaten
0,8	0,9	1,3	1,4	1,0	0,8	0,2	0,7	0,9	2,9	4,3	4,7	3,4	Schlafstörungen durch Keuchen
3,0	5,0	2,4	1,9	1,6	5,1	2,7	1,7	2,3	9,0	8,7	10	8,8	Sprachstörungen durch Keuchen in den letzten zwölf Monaten
6,3	5,3	12,3	10,3	11,3	7,4	6,6	10	10,8	22,8	20,3	21,4	20,6	Asthma, überhaupt
17,5	19,0	14,1	14,8	10,5	25,1	20,6	17,4	21,4	30,3	28,7	31,4	26,8	Keuchen nach körperlicher Betätigung in den letzten zwölf Monaten
13,3	13,3	17,5	18,1	13,1	19,5	15,6	10,2	14,0	43,3	47,1	42,3	45,5	Husten während der Nacht in den letzten zwölf Monaten
28,5	25,3	31,4	28,5	29,8	55,1	43,9	25,4	35,1	46,0	49,1	48,5	46,9	Symptome an Nase, überhaupt
22,1	21,0	20,4	19,7	22,7	45,5	33,3	19,2	26,7	37,1	39,6	40,1	37,2	Symptome an Nase in den letzten zwölf Monaten
12,0	10,6	7,0	8,9	10,6	23,6	15,8	12	12,6	19,8	21,2	21,3	18,4	Symptome an Nase und Augen in den letzten zwölf Monaten
0,2	0,6	0,3	0,1	0,5	1,3	0,8	1,0	1,4	1,3	1,8	1,4	1,8	Symptome an Nase, die in den letzten zwölf Monaten zu erheblicher Tätigkeitseinschränkung führten
20,0	14,1	5,1	3,1	4,2	30,9	23,2	23,4	24,8	38,6	33,1	33,2	38,4	Heuschnupfen überhaupt
11,5	9,2	6,5	8,8	6,2	22,9	14,9	11,3	12,0	18,2	19,4	20,3	16,6	Allergische Rhinokonjunktivitis in den letzten zwölf Monaten
9,4	7,9	10,6	5,9	13,8	27,1	28,4	26,7	24,1	24,4	28,7	25,5	26,0	Ausschlag, überhaupt
6,6	6,1	6,5	3,3	8,9	21,8	21,2	19,9	17,4	21,9	25,0	23	23,4	Ausschlag in den letzten zwölf Monaten
5,5	6,5	4,5	2,0	5,1	18,6	18,6	17,8	15,0	16,7	19,9	17,6	18,0	Flexuralausschlag
4,2	5,5	5,8	3,6	7,5	18,7	18,9	16,6	15,4	17,4	19,6	17,3	18,5	Vollständiges Abheilen des Ausschlags in den letzten zwölf Monaten
0,5	0,7	1,2	1,1	1,5	1,3	0,7	1,3	1,2	1,9	3,5	3,3	2,4	Schlafstörungen durch Ausschlag in den letzten zwölf Monaten
4,4	6,1	10,3	9,4	9,2	25,9	24,1	46,9	49,3	24,6	24,1	20,6	20,9	Ekzem, überhaupt
5,1	5,3	4,0	1,8	4,4	17,3	17,1	15,6	13,3	15,6	18,7	16,7	16,6	Atopisches Ekzem in den letzten zwölf Monaten

4.7.41 Geschätzte Prävalenz von Demenz und Alzheimer-Krankheit, ausgewählte Jahre (90er Jahre)

	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Zeitraum	1997	April 1997	1997	April 1997	April 1997	März 1997	April 1997	1990/1998	1992	1997	1996	1994	Februar 1996	1995	1996
Sämtliche Demenzen															
Geschätzte Fallzahl (¹)	100	80	800	70	650	500	33	749	4	170	87	92	100	120–166	678
Rate (²)	60	101	62	41	104	55	79	76	71	81	71	65	136	78	73
Alzheimer-Krankheit															
Geschätzte Fallzahl (¹)	:	42	480	46	400	350	20	309–409	2	119	60	49	53	100	500
Rate (²)	:	53	37	27	64	38	48	41	37	57	49	34	72	65	54

(¹) In Tausend.

(²) Anzahl Fälle je 1 000 Einwohnern ab 65 Jahren.

Quelle: Huismann, Raven und Geiger; Alzheimer Europe (Luxemburg) und einzelstaatlichen Alzheimer-Vereinigungen.

4.7.42 Hospitalisierungsrate (¹) von Parkinson-Patienten; ausgewählte Länder und Zeiträume

	A	England	Wales	IRL	NL (²)	NL (³)	S
Männer	1993-1996	1992-1995	1992-1995	1994-1997	1994-1996	1997	1994-1996
45-49	0,69	4,62		3,14	2,90	4,05	14,25
50-54	0,91	10,15	17,51	15,02	6,26	9,10	21,54
55-59	0,60	18,30	59,55	21,41	14,55	23,20	43,65
60-64	1,97	33,32	149,11	45,27	21,69	48,43	80,15
65-69	2,17	64,26	294,09	69,57	47,30	114,62	134,69
70-74	0,41	134,91	693,30	122,77	87,93	229,51	237,04
75-79	3,40	235,90	1 501,53	175,63	124,51	372,05	292,88
80-84	0,00	347,28	2 181,30	198,11	135,21	463,28	305,18
ab 85	3,14	400,79	3 229,39	75,46	101,03	384,47	214,32
Frauen							
45-49	1,50	2,35		2,29	2,57	4,38	9,40
50-54	0,87	4,80	17,10	4,90	4,21	6,19	9,39
55-59	0,93	10,58	25,82	11,69	11,47	19,22	24,93
60-64	1,65	18,98	76,66	33,02	21,47	38,67	51,76
65-69	1,88	39,87	154,95	48,03	36,60	67,56	118,00
70-74	2,33	73,46	395,06	68,00	77,01	151,12	171,09
75-79	0,77	116,52	745,63	94,39	92,28	262,20	197,12
80-84	1,40	156,78	1 113,75	125,37	88,65	275,34	192,44
ab 85	1,62	144,80	1 298,13	14,50	43,82	154,29	94,63
Personen							
45-49	1,09	3,49	:	2,72	2,74	1,12	11,86
50-54	0,89	7,47	17,30	10,05	5,26	2,93	15,58
55-59	0,77	14,42	42,53	16,58	13,02	4,07	34,30
60-64	1,80	25,96	111,74	39,08	21,57	13,24	65,54
65-69	2,01	51,28	220,18	58,18	41,55	39,37	125,84
70-74	1,63	100,29	524,96	92,40	81,70	122,71	200,94
75-79	1,65	163,57	1 041,29	128,31	104,76	301,14	237,69
80-84	0,97	222,01	1 471,43	153,36	104,14	643,09	235,42
ab 85	2,01	208,03	1 762,24	33,51	58,69	937,23	131,14

(¹) Anzahl Personen in der Geschlechts-/Altersgruppe, die im Krankenhaus wegen Parkinson (PD) behandelt werden, je 100 000 Einwohnern.

(²) D als Hauptdiagnose in allen Krankenhäusern.

(³) PD als Hauptdiagnose oder begleitende Diagnose, allerdings nur in Allgemeinkrankenhäusern.

Quelle: Gourbin und Wunsch (Université catholique de Louvain).

4.7.43 Prävalenz der wichtigsten psychischen Erkrankungen in der primären Gesundheitsfürsorge nach ausgewählten Untersuchungen

ODIN (gewichtete Prävalenz in % nach DSM-IV-Kriterien)

	Ausgeprägte Depressionsphasen			Dysthimie			Anpassungsstörungen		
	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
Finnland, Stadt	4,7	2,7	6,6	0,3	0,3	0,4	0,2	0,8	1,3
Finnland, Land	4,1	4,3	3,8	1,3	1,1	1,5	1,0	0,1	1,9
Irland, Stadt	15,1	9,5	21,3	0,6	–	1,3	0,3	0,2	0,3
Irland, Land	5,5	6,5	5,1	0,3	–	0,5	–	–	–
Norwegen, Stadt	7,0	4,6	9,4	1,5	0,4	2,6	0,2	–	0,5
Norwegen, Land	8,5	5,8	10,0	1,5	0,4	2,6	0,2	0,5	–
Spanien, Stadt	1,8	2,0	1,8	0,5	–	0,7	0,2	2,3	0,4
Vereinigtes Königreich, Stadt	7,8	2,7	14,8	2,3	2,2	2,6	1,1	0,7	1,5
Vereinigtes Königreich, Land	6,1	6,5	5,9	1,1	3,3	–	0,6	1,0	–
Gesamtstichprobe	6,7	4,9	8,0	1,0	1,0	1,0	0,5	0,3	0,6

Depres (Depression Research in European Society) (in %)

	Jahr	Befragungen	Insgesamt	Schwer	Mittelschwer	Symptome
Belgien	1994/95	8 076	12,2	5,0	1,5	5,7
Frankreich	1994/95	14 517	22,4	9,1	1,7	11,6
Deutschland	1994/95	16 184	11,3	3,8	1,9	5,6
Niederlande	1994/95	7 811	16,4	6,9	3,0	6,5
Spanien	1994/95	16 132	15,9	6,5	1,5	8,2
Vereinigtes Königreich	1994/95	15 743	22,0	9,9	1,7	10,4
Insgesamt	1994/95	78 463	17,0	6,9	1,8	8,3

Schizophrenie (je 1 000 Einwohner)

Prävalenz

Thüringen, Deutschland	1931	37 561	2,4	–	–	–
Inselbevölkerung, Dänemark	1989	50 000	3,3	–	–	–
Gemeinde in Südschweden	1956	–	4,5/6,7	–	–	–
London Health District	1997	112 127	5,1	–	–	–
Kroatien	1971	9 201	5,9	–	–	–
Australien, vier Stadtgebiete	2000	980	3,9/6,9	–	–	–

Inzidenz

Norwegen	1946	14 231	0,24	–	–	–
Mannheim, Deutschland	1970	Registrierte Fälle	0,54	–	–	–
Russische Föderation, Moskau	1974	248 000	0,20	–	–	–
Island	1964	2 338	0,27	–	–	–
London (Camberwell), Vereinigtes Königreich	1991	Registrierte Fälle	0,25	–	–	–
Québec, Kanada	1992	338 000	0,31	–	–	–
London Health District, Vereinigtes Königreich	1997	112 127	0,21	–	–	–
Nottingham, Vereinigtes Königreich	1997	–	0,14/0,09	–	–	–

Bipolare Affektstörungen (je 1 000 Einwohner)

München, Deutschland	1992	–	2,0	–	–	–
Basel, Schweiz	1992	–	4,0	–	–	–
Island	1991	–	7,0	–	–	–
Firenze, Italien	1985	–	34,0	–	–	–
Zürich, Schweiz	1994	–	55,0	–	–	–
Mainz, Deutschland	1993	–	65,0	–	–	–

Quellen: Depres, ODIN, WHO Health Report 2001 und andere.

4.7.44 Standardisierte Prävalenzrate berufsbedingter Gesundheitsschäden (Stress, Depressionen und Angstzustände) nach Diagnosegruppe und Alter (je 100 000)

	Insgesamt	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	ab 65
mit/ohne Arbeitsunterbrechungen							
EU-15 (Schätzung) (*)	1 181	542	890	1 356	1 532	1 339	418
Arbeitsunterbrechung von mehr als 14 Tagen (2 oder mehr Wochen Arbeitsausfall)							
EU-15 (Schätzung) (*)	445	218	312	501	603	528	181
mit oder ohne Arbeitsunterbrechung							
DK	842	529	635	770	1 296	918	:
E	326	:	:	460	389	422	:
I	652	310	493	849	814	479	411
L	843	:	672	905	1 059	1 569	:
P	847	312	971	1 049	724	705	608
FIN	3 374	914	2 215	4 163	4 302	4 765	1 878
S	2 052	624	1 541	2 573	2 494	2 489	:
UK	1 479	680	1 140	1 847	1 814	1 411	355

(*) Die Schätzungen für die EU-15 wurden anhand der für die durch das Modul erfassten Mitgliedstaaten vorliegenden Daten erstellt.

Quelle: Ad-hoc-Modul, Arbeitskräfteerhebung, 1999, Eurostat.

4.7.45 Krankenhausentlassungen stationärer Patienten nach Diagnose je 100 000 Einwohnern: psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH
1993	:	:	:	806	333	234	:	:	482	:	145	959	:	1 499	1 296	:	:	147	:
1994	:	:	276	894	347	243	:	:	563	:	149	975	101	1 631	1 280	:	:	152	:
1995	:	:	255	938	341	249	:	110	:	:	148	1 009	96	1 639	1 217	:	:	151	:
1996	:	:	253	950	335	268	:	104	460	:	146	1 038	103	1 713	1 190	:	:	166	:
1997	:	:	261	981	344	268	465	102	472	:	149	1 450	110	1 740	1 117	:	:	164	:
1998	:	:	256	1 022	347	262	487	102	489	1 102	143	1 458	116	1 787	1 051	490	:	164	:
1999	:	:	257	1 037	:	:	509	100	463	:	138	1 507	112	1 778	:	467	:	194	:
2000	:	:	264	:	:	:	508	108	:	:	129	1 535	:	1 838	:	370	:	184	:

Quelle: Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

5 TODESURSACHEN

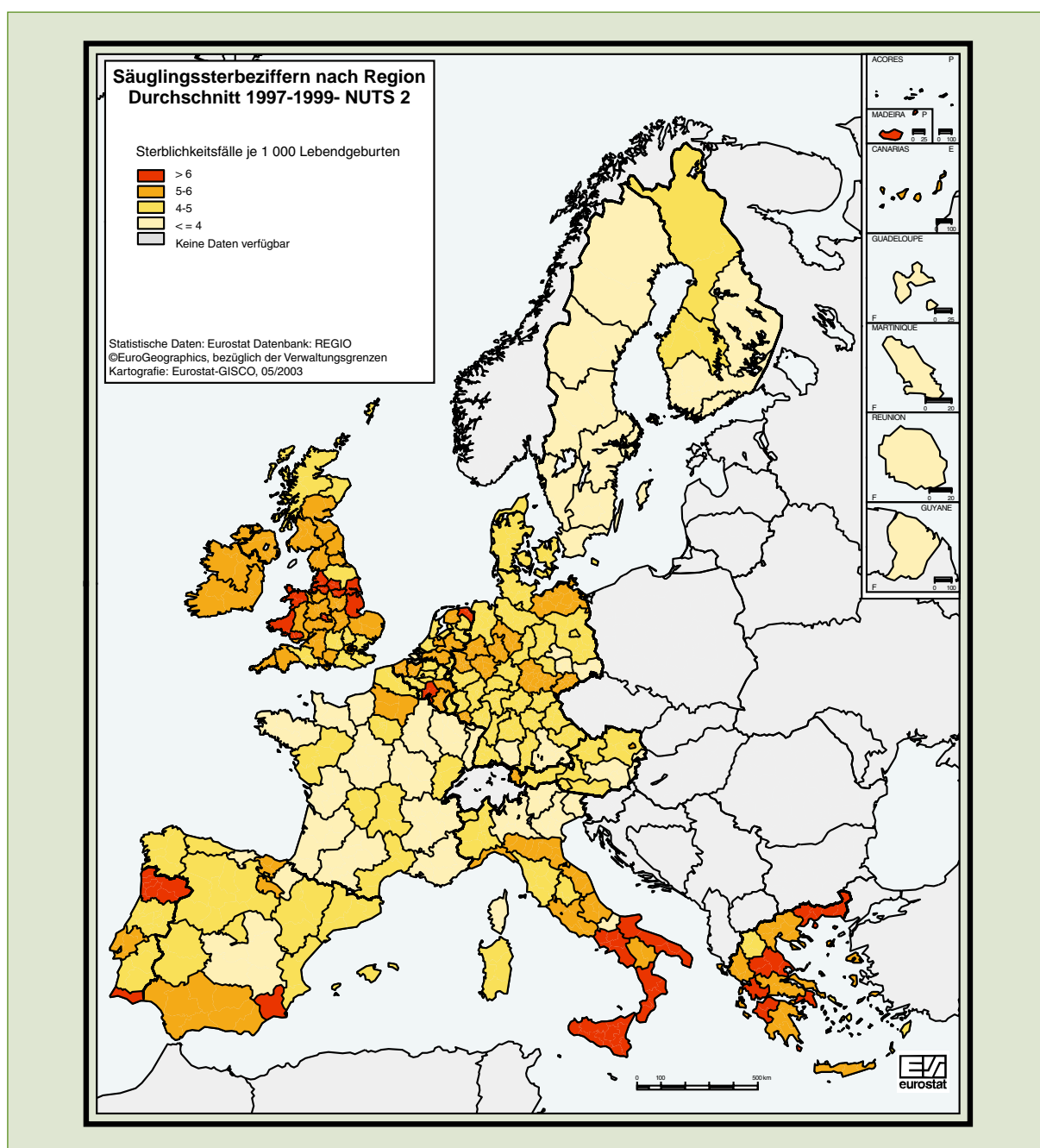
Im **Atlas zur Sterblichkeit** in dieser Reihe der **Statistiken zur Gesundheit** werden ausschließlich **Todesursachen** (insbesondere auf NUTS-II-Ebene) erfasst. In diesem Kapitel sollen zentrale Daten zu Mortalitätsmustern in der EU in der Zusammenfassung dargestellt werden. Weiterführende detaillierte Informationen sind im **Atlas zur Sterblichkeit** nachzulesen.

5.1 Säuglings- und Kindersterblichkeit

Die Säuglingssterbeziffer gilt bereits seit Jahren allgemein als wichtiges Maß für die Gesundheit der

Bevölkerung. Nach demografischen Daten von **Eurostat** lag die EU-Rate im Jahr 2000 bei Kindern unter 1 Jahr bei 4,9 Todesfällen je 1 000 Lebendgeburten (**5.1.1**), was gegenüber 1990 einen Rückgang um mehr als ein Drittel ausmacht. Besonders niedrige Raten wurden im Jahr 2000 aus Island (3,0) und Schweden (3,4) gemeldet, insgesamt ist die Säuglingssterbeziffer aber in sämtlichen EU-Ländern sehr niedrig. Dies wird an Karte **5.1.3** deutlich, die für 1997-1999 relativ niedrige Raten in den Ländern Nordeuropas, weiten Teilen Frankreichs und Deutschlands sowie in Teilen Spaniens ausweist, allerdings relativ höhere Raten in Teilen

5.1.3 Säuglingssterbeziffern nach Region, 1997-1999



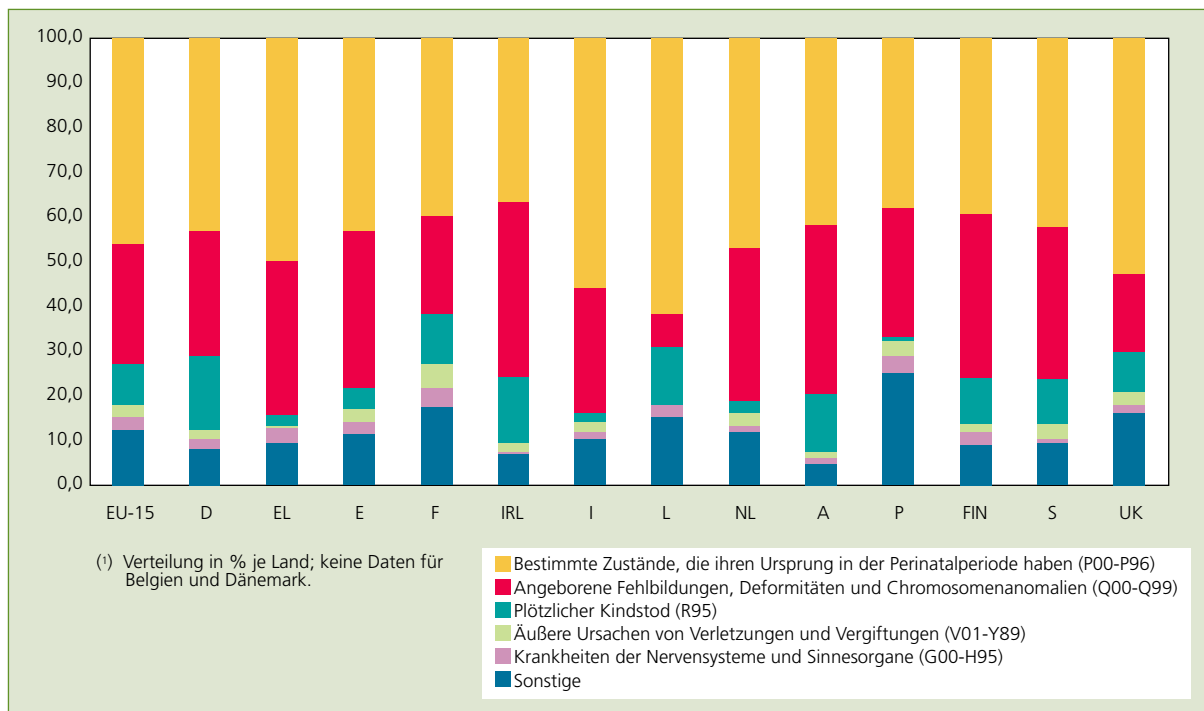
5 Todesursachen

des Vereinigten Königreichs und Irlands sowie in Belgien, den Niederlanden und in den südlicheren Landesteilen Spaniens und Italien zeigt.

Analysiert man die Säuglingssterblichkeitsfälle anhand der demografischen Daten von Eurostat nach ihren Ursachen, bildet die Kategorie „bestimmte perinatale Krankheiten“ (hierzu zählen Geburtstraumata, Atem-

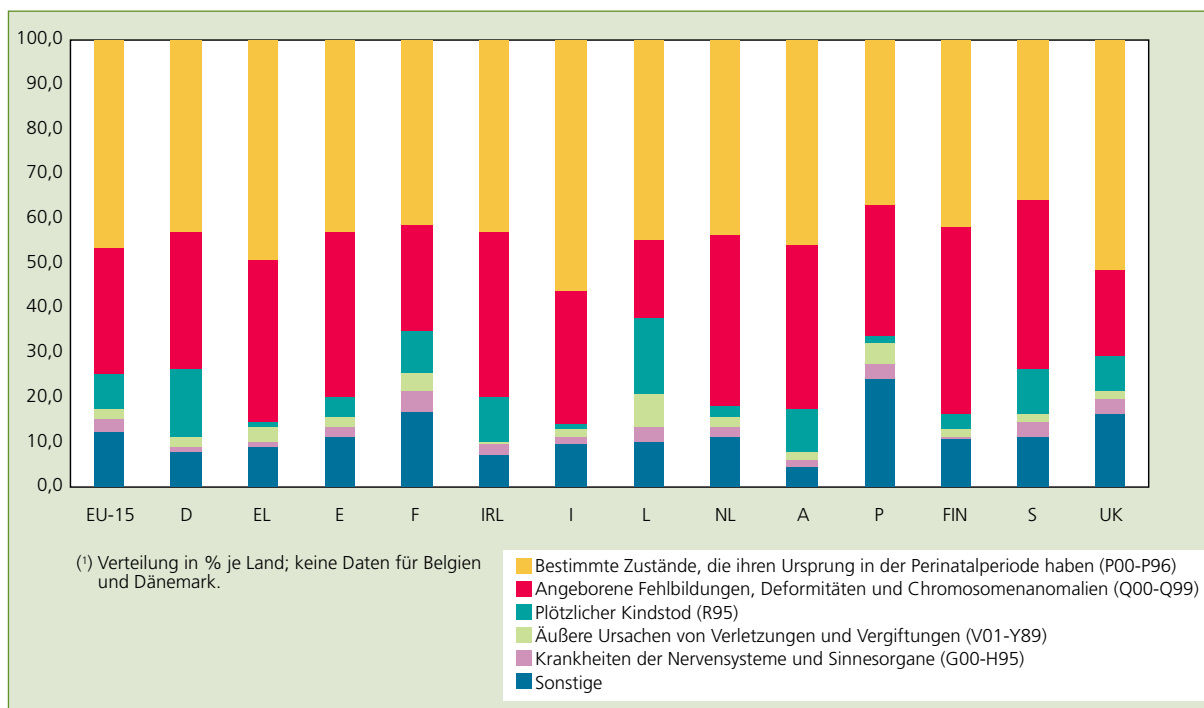
wegs- und Herz-Kreislaufkrankungen, spezifische perinatale Infektionen usw.) die häufigste Todesursache bei Jungen und Mädchen. In besonderem Maße ist dies in Luxemburg (62 % sämtlicher Ursachen bei Jungen und 45 % bei Mädchen), Italien (56 % bei beiden) sowie im Vereinigten Königreich (52 % bei Jungen und 52 % bei Mädchen) der Fall (**5.1.4 und**

5.1.4 Hauptursachen der Säuglingssterblichkeit, Jungen 1997-1999 (*)



Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

5.1.5 Hauptursachen der Säuglingssterblichkeit, Mädchen, 1997-1999 (*)



Quelle: Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

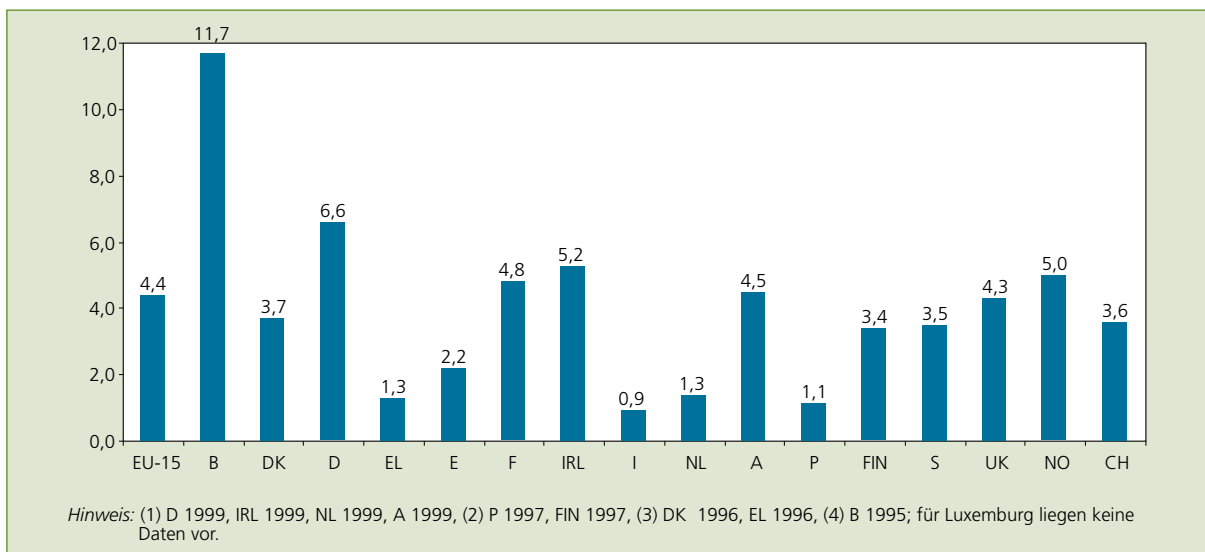
3.1.5). Angeborene Fehlbildungen sind eine weitere häufige Ursache und sind in Irland (39 % der Jungen und 37 % der Mädchen,) Finnland (37 % und 42 %) und Österreich (38 % und 37 %) besonders verbreitet und für ein Drittel sämtlicher Todesfälle bei Säuglingen verantwortlich. Ebenfalls von Bedeutung ist die kleine Gruppe der durch äußere Ursachen eingetretenen Todesfälle, wie sie in Frankreich und Portugal am häufigsten beobachtet wurden.

Plötzlicher Kindstod ist eine Todesursache bei Säuglingen, die in besonderem Maße für öffentliches Interesse sorgt. In der EU lag die Sterbeziffer im

Jahr 1998 bei 4,4 Todesfällen je 10 000 Lebendgeburten (**5.1.6**). Die Daten zur Todesursache sind im länderübergreifenden Vergleich allerdings mit Vorsicht zu behandeln, da hier Abweichungen in den Melde- und Codierpraktiken zu beachten sind. In besonderem Maße trifft dies auf plötzlichen Kindstod als gemeldete Todesursache zu.

Die rückläufige Säuglingssterblichkeit kann anhand des Neonatenalters sowie des Perinatalenalters weiter differenziert werden. Nach den Demografiedaten von **Eurostat** ging die Säuglingssterblichkeitsrate in der EU von 34,5 je 1 000 im Jahr 1960

5.1.6 Säuglingssterblichkeit beim plötzlichen Kindstod, 1998



Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

auf 18,1 im Jahr 1975 und 6,9 im Jahr 1992 zurück. Damit wurde im Zeitraum 1960-1992 ein Rückgang von 80 % erreicht, wobei der Rückgang innerhalb dieses Zeitraums von 1960-1975 mit 48 % besonders deutlich ausfiel. Vergleichbare Zahlen der Neonatensterbeziffer weisen einen Rückgang von 79 % im Zeitraum 1960-1992 und von 38 % zwischen 1960 und 1975 aus; bei den Postneonaten liegen die entsprechenden Werte bei 81 % bzw. 61 %. Ein erheblicher Teil der rückläufigen Säuglingssterblichkeit in den 60er und 70er Jahren ist also auf die Senkung der postneonatalen Sterblichkeit zurückzuführen, während in späteren Jahren eine stärkere rückläufige Entwicklung bei Neonaten einsetzte.

Die Kindersterbeziffern (für das 1. bis 4. Lebensjahr) liegen für die EU-Länder erst ab 1992 umfassend vor, weisen allerdings für die letzten Jahre einen langsamen, aber stetigen Rückgang aus (**5.1.12**). Im Jahr 1998 lag die Kindersterbeziffer in der EU bei 18,5 je 100 000. Auffallend ist dabei der hohe Wert aus Portugal (36,8). In dieser Altersgruppe sind externe Ursachen wie Verletzungen

und Vergiftungen die häufigste Todesursache (42 % bei Jungen, 28 % bei Mädchen), gefolgt von bösartigen Neubildungen und angeborenen Fehlbildungen (**5.1.13** und **5.1.14**).

Im Jahr 2000 lief das neue Projekt Peristat (Indicators for Monitoring and Evaluating Perinatal Health) an, das vom Institut National de la Santé et de la recherche Médicale (Inserm, Frankreich) im Rahmen des Gesundheitsberichterstattungsprogramms der Gemeinschaft koordiniert wird. Ziel dieses Projekts ist die Entwicklung aussagefähiger und zuverlässiger Indikatoren für die Überwachung und Evaluierung der perinatalen Gesundheit in der Europäischen Union. Zu den perinatalen Indikatoren zählen Maßzahlen für die Gesundheit der Mutter, des Fötus und des Säuglings während der Schwangerschaft, Geburt und der postpartalen Phase sowie deren Determinanten. Dieses übergeordnete Projektziel umfasst vier spezifische Zielsetzungen: Definition der relevanten Maßgrößen der perinatalen Gesundheit und der Determinanten der perinatalen Gesundheit; Entwicklung von Methoden, Definitionen und Leit-

linien für Aufbau und Veröffentlichung zuverlässiger und vergleichbarer Indikatoren; Bewertung, inwieweit die bestehenden Datenerhebungssysteme für den Aufbau zuverlässiger Indikatoren für die perinatale Gesundheit herangezogen werden können; der Aufbau einer Datenbank mit gegenwärtig für die EU-Mitgliedstaaten verfügbaren Indikatoren der perinatalen Gesundheit.

Die Daten werden von **Eurostat** gesammelt. Die *Säuglingssterblichkeit* bezeichnet die Mortalität lebend geborener Kinder, die im ersten Lebensjahr sterben. Sie wird als Verhältnis der Todesfälle der unter Einjährigen pro 1 000 Lebendgeburten in einem gegebenen Zeitraum berechnet. Die *Perinatalsterblichkeit* umfasst Fälle von spätem Fruchttod und die Frühsterblichkeit (d. h. lebend geborene Kinder, die innerhalb einer Woche nach der Geburt sterben). Sie wird berechnet, indem man die Summe aller Fruchttodesfälle und Frühsterblichkeitsfälle durch die gesamte Anzahl der Geburten (d. h. Tot- und Lebendgeburten) in einem bestimmten Zeitraum dividiert. Aufgrund unterschiedlicher Definitionen für den späten Fruchttod sind die Zahlen für die perinatale Mortalität international nicht vollständig vergleichbar. Die *Neonatalsterblichkeit* und *Frühsterblichkeit* geben die Sterblichkeit innerhalb von 28 Tagen bzw. einer Woche nach der Geburt pro 1 000 Lebendgeburten in einem gegebenen Zeitraum an. Eine Reihe von Ländern überarbeiten gegenwärtig ihre Definitionen zur Unterscheidung von spontanem Abort, *frühem und spätem Fruchttod* (oder Totgeburt). Die in den Mitgliedstaaten verwendeten Kriterien reichen von einer Mindestaustragungsdauer von 22 Wochen (154 Tagen) bis zu 28 Wochen (196 Tagen). Die *postneonatale* Sterblichkeit deckt den Zeitraum von 28 Tagen bis vor Vollendung des ersten Lebensjahres ab.

kungen machen koronare Herzkrankheiten (KHK) ein Sechstel aller Todesfälle aus, zerebrovaskuläre Erkrankungen rund ein Zehntel. Die Auftretenshäufigkeit von KHK als Todesursache variiert innerhalb Europas: In Schweden und Finnland sind KHK für annähernd ein Viertel aller Todesfälle bei Männern verantwortlich, in Frankreich dagegen für weniger als 10 %. Auch die Anteile der Lungenentzündung variieren von Land zu Land (8 % aller Todesfälle bei Männern im Vereinigten Königreich, aber nur 1 % in Italien), allerdings spielen hier teilweise auch unterschiedliche Codierungs- und Zuordnungsverfahren eine Rolle.

Diese Eigenheiten der Daten treten bei Todesfällen von Frauen in besonderem Maße auf. So werden in Österreich 60 % sämtlicher Todesfälle von Frauen Kreislauferkrankungen zugeschrieben, 20 % aller Todesfälle KHK-Erkrankungen, während die entsprechenden Anteile in Frankreich bei nur 32 % bzw. 8 % liegen. EU-weit ist die Mortalitätsrate von Krebserkrankungen bei Frauen bei Brust-, Lungen, Dickdarm-, Magen-, Eierstock-, Pankreas- und Uteruskrebs am höchsten, bei Männern bei Lungen-, Prostata-, Dickdarm-, Lymphknoten-, Magen-, Pankreas- und Blasenkrebs.

Die wahrscheinlichsten Todesursachen in den einzelnen Altersstufen sind in **5.2.4** und **5.2.5** angegeben. Sie verdeutlichen, wie Tod durch Kreislauferkrankungen mit steigendem Alter immer weiter zunimmt, während bösartige Neubildungen in der Altersgruppe von 55 bis 64 Jahren die wahrscheinlichste Todesursache darstellen. Äußere Ursachen sind bei Männern in jüngeren Jahren eine wahrscheinlichere Todesursache, insbesondere zwischen 15 und 34 Jahren, gehen aber mit steigendem Alter zurück. Detailliertere Angaben enthält **5.2.6**.

5.2 Sterblichkeit nach Ursachen

Bei der Darstellung der Mortalität nach ihrer Ursache greift **Eurostat** auf einen Standardbestand von 65 Krankheiten und Krankheitsgruppen zurück, die in den Tabellen **5.2.1** und **5.2.2** in einer altersstandardisierten Form für das Jahr 1998 dargestellt sind. In der EU liegt die standardisierte Rate sämtlicher Todesursachen (bei Männern) bei 923 je 100 000. Am höchsten ist die Mortalität in Portugal (1 147 im Jahr 1998), Dänemark (1 046) und Irland (1 028). Am niedrigsten ist die Mortalität in Schweden (787) und Griechenland (811). Bei Frauen liegt die EU-weite Rate bei 525 je 100 000; am höchsten ist sie in Dänemark (682) und Portugal (667), am niedrigsten in Frankreich (461) und Spanien (481).

Die häufigsten Todesursachen in der EU sind Kreislauferkrankungen und bösartige Neoplasmen (Neubildungen); auf sie entfallen insgesamt zwei Drittel aller Todesfälle bei Männern und Frauen (**5.2.3**). Innerhalb der Gruppe der Kreislauferkrankungen

Daten über die tatsächliche Anzahl der Todesfälle werden von der **WHO** (auf nationaler Ebene) und von **Eurostat** (auf nationaler und regionaler Ebene für NUTS-1 und NUTS-2) gesammelt. Nach der Todesursache aufgeschlüsselte Daten zu den Todesfällen stützen sich normalerweise auf die zugrunde liegende Ursache, die aus den Angaben des Leichenbeschauers in Teil I und II des Totenscheins abgeleitet wird. Die Todesursachen werden auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) der WHO bestimmt. Alle EU-Staaten verwenden die neunte oder zehnte überarbeitete Fassung der ICD.

Die **Internationale Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases — ICD)**, die von der Weltgesundheitsorganisation (**WHO**) geführt wird, soll die internationale Vergleichbarkeit bei Erfassung, Verarbeitung, Klassifizierung und Darstellung der Sterblichkeitsstatistiken unterstützen. Die WHO gibt Richtlinien und Konventionen vor, welche die Anwender einhalten müssen, damit auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene einheit-

liche und vergleichbare Daten durch statistische Analysen ermittelt werden können. Teil dieser Arbeit ist auch die Bereitstellung eines Formats für die Meldung von Todesursachen auf dem Totenschein. Die gemeldeten Krankheiten werden anschließend mit Hilfe der Klassifikationsstruktur und der Auswahl- und Änderungsbestimmungen, die in der entsprechenden Revision der ICD (in der von der WHO veröffentlichten Form) enthalten sind, in medizinische Codes umgesetzt. Durch diese Codierungsrichtlinien erhalten die Mortalitätsstatistiken höhere Aussagekraft, indem bestimmte Krankheiten bevorzugt berücksichtigt und bestimmte Krankheiten zusammengefasst werden und aus einer gemeldeten Folge von Krankheiten grundsätzlich eine einzelne Ursache als Todesursache festgelegt wird. Diese einzelne, in die Tabelle eingetragene Ursache wird als zugrunde liegende Todesursache bezeichnet, die anderen gemeldeten Ursachen als nicht zugrunde liegende Todesursachen. Die Kombination von zugrunde liegenden und nicht zugrunde liegenden Ursachen beschreibt die Fälle, in denen mehrere Todesursachen vorliegen.

Die ICD wurde regelmäßig um medizinische Änderungen überarbeitet. Die zehnte Revision (**ICD-10**) unterscheidet sich von der neunten Revision (ICD-9) in mehrerlei Hinsicht, allerdings bleibt der Erfassungsbereich insgesamt ähnlich. Die ICD-10 umfasst alphanumerische statt numerischer Kategorien. Einige Kapitel wurden umgestellt, einige Titel geändert und einige Krankheiten anders gruppiert. Die ICD-10 umfasst annähernd doppelt so viele Kategorien wie die ICD-9. Bei den Codierungsbestimmungen für Mortalität wurden einige geringfügige Änderungen vorgenommen. Für die Codierung der Diagnosen und Verfahren im Zusammenhang mit der Krankenhausbelegung wird allerdings in den meisten Ländern der EU eine Variante der ICD-9 [International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM)] oder die neue ICD-10-CM verwendet (siehe Kapitel 6).

Die *Bruttosterbeziffer* (rohe Sterbeziffer) ist ein gewichteter Durchschnittswert der altersspezifischen Sterbeziffern. Der Gewichtungsfaktor ist die Altersverteilung der Population, deren Mortalität beobachtet wird. Bei der Gegenüberstellung der Bruttosterbeziffer von zwei oder mehr Populationen (in dieser Veröffentlichung auf der Ebene NUTS-2) wird eine Kombination von verschiedenen altersspezifischen Sterbeziffern und unterschiedlichen Populationsstrukturen verglichen, die nicht nur die „realen“ Mortalitätsunterschiede widerspiegeln, sondern auch die Auswirkungen der Bevölkerungsstruktur auf die Gesamtzahl der Todesfälle und die Bruttosterbeziffern berücksichtigt.

Die *standardisierte Sterbeziffer* gibt die Sterbeziffer einer Bevölkerung mit einer Standardaltersverteilung an. Da die meisten Todesursachen je nach Alter und Geschlecht der Personen signifikant variieren, verbessert die Verwendung von standardisierten Sterbeziffern die Vergleichbarkeit im Laufe der Zeit und zwischen den Ländern, da damit versucht wird, die Sterbeziffern

unabhängig von den unterschiedlichen Altersstrukturen der Bevölkerungen zu messen. Aus Gründen der internationalen Vergleichbarkeit werden die hier angegebenen standardisierten Sterbeziffern von Eurostat auf der Grundlage der von der WHO definierten europäischen Standardbevölkerung berechnet.

Standardisierte Sterbeziffern bestimmter Krankheiten oder Krankheitsgruppen sowie von Sterblichkeitskarten werden in diesem Band nicht behandelt, da ein Großteil dieser Daten in einem weiteren Band des Eurostat-Panorama der Europäischen Union, dem *Atlas zur Sterblichkeit*, enthalten ist. Zwei Gruppen von Todesursachen, die in dieser Veröffentlichung nicht enthalten sind, werden allerdings hier aufgeführt, und zwar „sämtliche bösartigen Neubildungen“ (**5.2.8 und 5.2.9**) sowie „sämtliche Krankheiten des Atmungssystems“ (**5.2.10 und 5.2.11**). Die bei der letzteren Gruppe von Land zu Land zu beobachtenden Unterschiede sind ein anschauliches Beispiel dafür, wie sich geänderte Bestimmungen auf die Zuordnung von Codierungen auswirken. So führten im Vereinigten Königreich (England und Wales) Änderungen bei der Auslegung der Bestimmungen der WHO zur Codierung von Lungenentzündung als Todesursache zu einem steilen Rückgang dieser Rate im Jahr 1984 (hier für das Jahr 1985 angegeben), während eine umgekehrte Änderung der Handhabung zu einem plötzlichen Anstieg im Jahr 1993 führte.

5.3 Besondere Todesursachen

In der EU wurden 1998 rund 8 900 Todesfälle bei Männern und 2 500 Todesfälle bei Frauen **Alkoholmissbrauch** zugeschrieben. Diese Krankheit (ICD-10-Code F10) umfasst auch Alkoholpsychosen; die damit einhergehende Sterblichkeit ist — wie aus Tabelle **5.3.1** hervorgeht — in den mittleren Lebensjahren (40-69 Jahre) am häufigsten. Dass der Anteil der aus Deutschland gemeldeten Todesfälle derart hoch ist, dürfte mit Unterschieden in der Auslegung der Codierungen in den Totenscheinen zusammenhängen.

Die Zahl der **Drogentoten** lässt sich am besten aus Details der **Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)** entnehmen. Aufgrund von Definitionsunterschieden sind die Daten der verschiedenen Länder (**5.3.2**) allerdings nicht unmittelbar vergleichbar. Die hier vorgelegten Zahlen lassen einen stetigen Anstieg der Zahl der Drogentoten im Zeitraum 1985-2000 erkennen; nach dem korrigierten Index der EBDD stieg die Gesamtzahl aller Länder, die Meldungen vorlegen, in diesem Zeitraum um 142 %, worin ein Anstieg um 117 % in den Jahren 1985-1991 enthalten ist. Seit 1991 hat sich der Index stabilisiert, allerdings verbergen sich dahinter unterschiedliche Entwick-

lungen in den verschiedenen Mitgliedstaaten. So stieg die Zahl der Drogentoten in England und Wales zwischen 1991 und 2000 um zwei Drittel und verdreifachte sich in Portugal im gleichen Zeitraum, während sie in Italien, Deutschland, Frankreich und

Spanien zurückging. In absoluten Zahlen verzeichnete das Vereinigte Königreich 1999 die höchste Zahl der Drogentoten (3 495), während Deutschland 2 030 Drogentote meldete.

5.1.1 Säuglingssterbeziffern

	EU-15	B	DK	D (*)	EL	E	F	IRL	I	L
1960	34,5	31,2	21,5	35,0	40,1	43,7	27,5	29,3	43,9	31,5
1965	27,5	23,7	18,7	24,1	34,3	37,8	22,0	25,2	36,0	24,0
1970	23,4	21,1	14,2	22,5	29,6	28,1	18,2	19,5	29,6	24,9
1975	18,1	16,1	10,4	18,9	24,0	18,9	13,8	17,5	21,2	14,8
1980	12,4	12,1	8,4	12,4	17,9	12,3	10,0	11,1	14,6	11,5
1985	9,5	9,8	7,9	9,1	14,1	8,9	8,3	8,8	10,5	9,0
1990	7,6	8,0	7,5	7,0	9,7	7,6	7,3	8,2	8,2	7,3
1991	7,4	8,4	7,3	6,9	9,0	7,2	7,3	7,6	8,1	9,2
1992	6,9	9,6	6,6	6,2	8,4	7,1	6,8	6,5	7,9	8,5
1993	6,5	8,0	5,4	5,8	8,5	6,7	6,5	6,1	7,1	6,0
1994	6,1	7,6	5,5	5,6	7,9	6,0	5,9	5,7	6,6	5,3
1995	5,6	6,1	5,1	5,3	8,1	5,5	4,9	6,3	6,2	5,5
1996	5,5	5,6	5,6	5,0	7,2	5,5	4,8	6,0	6,2	4,9
1997	5,2	6,1	5,2	4,9	6,4	5,0	4,7	6,1	5,6	4,2
1998	5,1	5,6	4,7	4,7	6,7	4,9	4,6	6,2	5,4	5,0
1999	5,0	4,9	4,2	4,5	6,2	4,5	4,3	5,5	5,1	4,6
2000	4,7	4,8	5,3	4,4	6,1	3,9	4,6	5,9	4,5	5,1

(*) Bundesrepublik Deutschland (einschließlich ehemalige DDR ab 1991).

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Demografie).

5.1.2 Sterblichkeitsfälle bei Säuglingen (unter 1 Jahr)

	EU-15	B	DK	D (*)	EL	E	F	IRL	I	L
1960	199 773	4 824	1 636	44 105	6 300	28 826	22 484	1 777	39 950	158
1965	167 739	3 684	1 606	31 907	5 194	25 470	18 990	1 604	35 677	127
1970	128 623	2 999	1 005	23 547	4 290	18 595	15 437	1 255	26 639	110
1975	86 087	1 932	746	14 760	3 409	12 641	10 277	1 176	17 526	59
1980	57 642	1 510	484	10 779	2 658	7 048	8 010	821	9 320	48
1985	40 546	1 120	427	7 419	1 647	4 071	6 389	551	6 090	37
1990	33 373	985	473	6 385	993	3 050	5 599	434	4 654	36
1991	31 772	1 062	471	5 711	927	2 846	5 511	400	4 571	46
1992	29 401	1 194	444	4 992	871	2 798	5 075	331	4 489	44
1993	26 807	962	367	4 665	864	2 581	4 604	302	3 905	32
1994	24 663	887	380	4 309	823	2 239	4 193	277	3 507	29
1995	22 600	700	353	4 053	827	1 996	3 545	309	3 257	30
1996	22 190	652	376	3 962	730	2 008	3 501	303	3 250	28
1997	21 181	705	351	3 951	657	1 856	3 439	321	2 973	23
1998	20 376	642	309	3 666	674	1 774	3 399	330	2 803	27
1999	:	556	:	3 496	619	1 700	3 221	293	:	26
2000	:	554	358	3 362	:	1 535	:	322	2 461	29

(*) Bundesrepublik Deutschland (einschließlich ehemalige DDR ab 1991).

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Demografie).

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	LI	
17,9	37,5	77,5	21,0	16,6	22,5	13,0	18,9	21,1	21,1	1960
14,4	28,3	64,9	17,6	13,3	19,7	15,0	16,8	17,8	22,8	1965
12,7	25,9	55,5	13,2	11,0	18,5	13,2	12,7	15,1	11,8	1970
10,6	20,5	38,9	10,0	8,6	16,1	12,5	11,1	10,7	6,5	1975
8,6	14,3	24,3	7,6	6,9	12,1	7,7	8,1	9,1	7,6	1980
8,0	11,2	17,8	6,3	6,8	9,3	5,7	8,5	6,9	10,7	1985
7,1	7,8	11,0	5,6	6,0	7,9	5,9	7,0	6,8	0,0	1990
6,5	7,5	10,8	5,9	6,2	7,4	5,5	6,4	6,2	0,0	1991
6,3	7,5	9,3	5,2	5,3	6,6	4,8	5,9	6,4	10,7	1992
6,3	6,5	8,7	4,4	4,8	6,3	4,8	5,1	5,6	0,0	1993
5,6	6,3	8,1	4,7	4,4	6,2	3,2	5,2	5,1	5,6	1994
5,5	5,4	7,5	3,9	4,1	6,2	6,1	4,0	5,0	0,0	1995
5,7	5,1	6,9	4,0	4,0	6,1	3,7	4,0	4,7	7,4	1996
5,0	4,7	6,4	3,9	3,6	5,9	5,5	4,1	4,8	:	1997
5,2	4,9	6,0	4,2	3,5	5,7	2,6	3,9	4,8	7,5	1998
5,2	4,4	5,6	3,6	3,4	5,8	2,4	3,9	4,6	:	1999
5,1	4,8	5,5	3,8	3,4	5,6	3,0	3,8	4,9	:	2000

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	LI	
4 286	4 727	16 576	1 725	1 699	20 700	64	1 167	1 993	8	1960
3 541	3 673	13 656	1 371	1 639	19 600	71	1 113	1 996	9	1965
3 045	2 908	10 027	854	1 212	16 700	53	823	1 495	5	1970
1 894	1 926	6 991	656	894	11 200	55	625	843	2	1975
1 557	1 303	3 852	481	671	9 100	35	411	667	3	1980
1 430	977	2 327	395	666	7 000	22	434	515	4	1985
1 397	709	1 279	368	739	6 272	28	428	574	0	1990
1 291	708	1 259	383	761	5 825	25	387	537	0	1991
1 235	718	1 068	344	657	5 141	22	353	557	4	1992
1 227	618	996	287	571	4 826	22	305	465	0	1993
1 104	578	881	308	499	4 649	14	312	424	2	1994
1 041	481	805	248	429	4 526	26	244	415	0	1995
1 086	451	758	242	377	4 466	16	246	389	3	1996
968	398	727	232	328	4 252	23	247	387	:	1997
1 035	400	683	239	316	4 079	11	228	376	3	1998
1 048	341	651	208	297	4 045	10	232	361	:	1999
1 059	378	662	213	309	3 791	13	225	386	:	2000

5.1.7 Perinatalsterbeziffer (¹)

	EU-15	B	DK	D (+)	EL	E	F	IRL	I	L
1960	35,4	31,9	26,2	34,9	26,4	42,8	31,4	37,7	41,9	32,2
1965	30,3	27,3	23,9	27,9	29,4	37,1	27,9	30,0	36,5	30,6
1970	26,1	23,3	17,9	25,3	27,4	31,1	23,3	24,3	31,2	24,7
1975	20,3	20,0	13,3	18,8	25,5	20,9	18,1	21,5	24,2	16,0
1980	14,1	14,1	8,9	12,1	20,3	14,4	12,9	14,8	17,8	9,8
1985	10,8	10,8	8,1	8,4	15,7	10,9	10,7	12,3	13,5	7,8
1990	8,3	8,9	8,3	6,3	11,9	7,6	8,3	10,1	10,5	6,9
1991	8,0	8,3	7,9	5,8	11,1	7,2	8,2	9,4	9,8	9,6
1992	7,6	8,4	8,1	5,8	10,0	7,3	7,7	9,3	8,8	7,7
1993	:	:	7,4	5,4	10,9	6,6	7,2	9,1	8,3	6,3
1994	:	:	7,8	6,4	9,7	6,5	7,4	9,3	:	6,2
1995	:	:	7,5	6,8	10,4	6,0	7,4	10,5	7,7	7,0
1996	:	:	8,0	6,8	9,5	6,4	8,2	:	7,6	:
1997	:	:	:	6,5	9,5	:	:	9,7	6,8	6,9
1998	:	:	:	:	8,9	5,9	7,0	:	6,1	:
1999	:	7,1	:	6,2	9,1	5,7	6,5	9,0	:	5,2
2000	:	:	:	6,1	:	:	:	:	:	7,3

(¹) (Später Fruchttod sowie Tod in der ersten Woche nach der Geburt) je 1 000 Lebendgeburten und Totgeburten.

Hinweis:

(+) Bundesrepublik Deutschland (einschließlich ehemalige DDR ab 1991).

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Demografie).

5.1.8 Neonatalsterbeziffer (¹)

	EU-15	B	DK	D (²)	EL	E	F	IRL	I	L
1960	20,3	20,4	16,1	23,2	19,5	20,2	17,7	20,4	23,9	19,1
1965	17,5	16,0	14,7	17,5	19,8	20,0	15,3	17,2	22,5	16,3
1970	15,9	14,2	11,0	17,2	19,6	17,5	12,7	12,8	20,6	16,8
1975	12,6	11,7	8,0	13,4	18,0	12,6	9,1	12,0	16,1	9,5
1980	8,3	7,5	5,6	8,1	13,9	8,5	5,8	6,7	11,3	5,3
1985	6,0	5,8	4,7	5,3	10,6	5,9	4,6	5,3	8,2	2,9
1990	4,5	4,2	4,6	3,7	6,5	5,0	3,6	4,8	6,3	4,3
1991	4,4	4,3	4,2	3,5	6,1	4,6	3,5	5,0	6,3	5,0
1992	4,2	4,2	4,1	3,4	5,7	4,6	3,3	4,3	5,9	4,1
1993	:	:	3,5	3,1	6,1	4,1	3,1	4,0	5,3	3,4
1994	:	:	4,0	3,2	5,6	3,9	3,2	4,0	:	3,3
1995	:	:	3,7	3,2	5,8	3,5	2,9	4,7	4,6	3,5
1996	:	:	3,9	3,0	5,2	3,5	4,0	4,1	4,6	2,8
1997	:	:	:	2,9	4,9	3,2	3,0	3,6	4,3	2,2
1998	:	:	:	2,8	4,6	3,0	2,9	4,3	4,0	3,0
1999	:	3,1	:	2,9	4,4	2,8	2,7	3,9	:	3,2
2000	:	2,9	:	2,7	:	:	:	4,0	:	3,9

(¹) Sterblichkeitsfälle innerhalb von 28 Tagen nach der Geburt je 1 000 Lebendgeburten.

(²) Bundesrepublik Deutschland (einschließlich ehemalige DDR ab 1991).

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Demografie).

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	LI	
26,6	34,9	41,1	27,5	25,4	33,5	19,7	23,7	25,6	:	1960
23,1	29,5	38,6	24,5	19,7	27,7	24,0	21,4	22,8	:	1965
18,6	26,7	36,5	17,0	16,4	23,7	18,5	19,1	18,1	:	1970
13,9	21,2	31,3	12,4	11,3	19,8	15,6	14,1	13,4	:	1975
11,1	14,1	23,9	8,4	8,8	13,4	8,8	11,1	9,5	:	1980
9,8	10,1	21,5	7,3	7,4	9,9	5,2	9,1	8,3	:	1985
9,6	6,9	14,2	6,2	6,5	8,1	6,3	7,5	7,7	:	1990
9,1	6,5	13,7	6,8	6,6	8,1	4,6	7,4	7,1	:	1991
9,1	6,8	11,9	5,9	5,8	7,7	6,7	7,4	7,0	:	1992
9,1	6,1	10,2	5,1	5,9	9,1	4,1	6,9	6,8	:	1993
8,6	6,2	9,3	5,4	5,4	8,9	4,5	7,5	6,1	:	1994
8,0	6,8	9,1	4,9	5,5	:	6,3	6,1	7,0	:	1995
8,4	7,1	8,6	4,9	:	:	7,4	6,5	6,3	:	1996
7,9	6,4	7,2	5,9	5,4	:	:	:	6,9	:	1997
7,9	6,6	6,7	:	:	:	:	:	:	:	1998
7,9	6,0	6,4	4,3	5,6	8,2	5,8	6,1	:	:	1999
:	6,7	6,2	5,8	4,2	8,1	5,3	5,9	7,8	:	2000

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	LI	
13,5	24,6	27,9	14,4	13,4	16,0	9,2	11,7	16,1	:	1960
11,4	20,1	25,4	13,6	10,8	13,4	10,6	11,9	13,8	:	1965
9,5	19,1	24,3	10,5	9,1	12,5	10,2	9,5	10,9	:	1970
7,6	15,5	22,1	7,8	6,4	10,9	8,9	7,3	7,4	:	1975
5,7	9,4	15,5	5,1	5,0	7,7	6,0	5,1	5,9	:	1980
5,0	7,1	12,2	4,3	4,2	5,3	3,6	4,7	4,5	:	1985
4,8	4,4	7,0	3,7	3,5	4,5	4,0	3,9	3,8	:	1990
4,6	4,4	6,9	4,2	3,6	4,4	2,9	3,7	3,6	:	1991
4,4	4,7	6,0	3,7	3,3	4,3	3,7	3,8	3,9	:	1992
4,5	3,7	5,6	3,0	3,1	4,2	2,8	3,5	3,5	:	1993
4,0	3,9	4,8	3,5	3,0	4,1	1,1	3,7	3,3	:	1994
3,8	3,4	4,7	2,6	2,9	4,2	4,4	2,7	3,4	:	1995
4,2	3,4	4,2	2,9	2,5	4,0	3,0	2,5	3,2	:	1996
3,7	3,2	4,1	2,8	2,4	3,9	3,1	:	3,4	:	1997
3,8	3,2	3,7	3,0	:	3,8	2,2	:	3,5	:	1998
4,0	2,8	3,6	2,6	2,2	3,9	1,5	2,7	3,4	:	1999
:	3,3	3,4	2,9	2,3	3,9	2,5	2,6	3,6	:	2000

5.1.9 Frühsterbeziffer (¹)

	EU-15	B	DK	D (²)	EL	E	F	IRL	I	L
1960	16,2	17,0	13,9	19,7	12,3	15,9	14,6	16,1	17,8	16,3
1965	14,4	13,9	13,2	15,7	14,2	15,7	12,8	13,6	17,1	13,8
1970	13,0	12,1	9,5	15,2	14,5	13,7	10,1	10,6	16,1	15,2
1975	10,3	10,0	6,7	11,2	13,8	9,8	7,3	10,3	13,2	8,8
1980	6,7	6,2	4,6	6,4	11,2	6,7	4,4	5,8	9,4	4,3
1985	4,7	4,6	3,6	4,0	7,6	4,6	3,4	4,2	6,8	2,4
1990	3,5	3,4	3,6	2,7	4,8	3,6	2,5	4,1	5,1	2,6
1991	3,4	3,4	3,4	2,5	4,3	3,3	2,5	3,8	5,0	4,2
1992	3,2	3,2	3,2	2,5	4,0	3,3	2,3	3,7	4,6	3,1
1993	:	:	2,9	2,4	4,3	2,9	2,2	3,2	4,2	2,2
1994	:	:	3,4	2,4	4,0	2,8	2,3	3,2	:	2,6
1995	:	:	3,0	2,4	4,1	2,6	2,2	3,8	3,4	2,6
1996	:	:	3,3	2,3	3,7	2,5	3,2	3,5	3,5	1,8
1997	:	:	:	2,2	3,4	2,2	2,1	2,7	3,1	1,8
1998	:	:	:	2,1	3,1	2,0	2,0	3,5	2,8	2,2
1999	:	2,4	:	2,2	3,0	1,9	2,0	3,2	:	2,7
2000	:	2,1	:	2,1	:	:	:	3,0	:	2,6

(¹) Sterblichkeitsfälle bis sieben Tage nach der Geburt je 1 000 Lebendgeburten.

(²) Bundesrepublik Deutschland (einschließlich ehemalige DDR ab 1991).

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Demografie).

5.1.10 Späte Fruchtsterbeziffer (¹)

	EU-15	B	DK	D (²)	EL	E	F	IRL	I	L
1960	19,5	15,1	12,4	15,5	14,3	27,3	17,0	21,9	24,5	16,1
1965	16,1	13,5	10,9	12,3	15,5	21,8	15,2	16,6	19,8	17,1
1970	13,4	11,2	8,5	10,3	13,1	17,6	13,3	13,8	15,4	9,7
1975	10,2	10,1	6,7	7,8	11,8	11,2	10,9	11,4	11,1	7,2
1980	7,5	7,9	4,4	5,7	9,2	7,8	8,6	9,1	8,4	5,5
1985	6,1	6,2	4,4	4,4	8,1	6,3	7,3	8,2	6,7	5,3
1990	4,8	5,5	4,7	3,5	7,1	4,0	5,9	6,0	5,4	4,2
1991	4,7	4,9	4,6	3,3	6,8	3,9	5,7	5,7	4,8	5,4
1992	4,4	5,2	5,0	3,3	6,0	4,0	5,4	5,5	4,3	4,6
1993	4,5	4,8	4,6	3,1	6,6	3,7	5,0	5,9	4,2	4,1
1994	4,6	4,0	4,4	4,0	5,7	3,7	5,1	6,1	3,9	3,7
1995	:	4,8	4,5	4,4	6,3	3,4	5,3	6,7	4,3	4,4
1996	:	:	4,8	4,5	5,8	3,9	5,0	:	4,2	:
1997	:	:	:	4,3	6,1	:	:	7,0	3,6	5,1
1998	:	:	:	:	5,9	3,9	5,0	:	3,2	:
1999	:	4,7	:	4,0	6,2	3,9	4,6	5,8	:	2,5
2000	:	:	:	4,0	:	3,6	4,5	:	:	4,7

(¹) Totgeburten je 1 000 (Lebendgeburten und Totgeburten).

(²) Bundesrepublik Deutschland (einschließlich ehemalige DDR ab 1991).

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Demografie).

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	LI	
11,9	20,2	15,0	12,6	11,8	13,7	7,1	9,9	14,4	:	1960
10,1	17,8	15,7	12,3	9,5	11,7	9,3	10,6	12,5	:	1965
8,0	16,8	16,1	9,1	8,1	10,7	8,7	8,5	9,4	:	1970
6,3	12,9	16,3	6,8	5,5	9,3	8,2	6,1	6,3	:	1975
4,5	7,5	12,3	4,2	4,3	6,2	4,2	4,0	4,6	:	1980
4,0	5,5	10,2	3,5	3,4	4,4	2,9	3,9	3,7	:	1985
3,9	3,3	5,7	3,1	3,0	3,5	3,6	3,2	3,1	:	1990
3,8	3,1	5,5	3,5	2,8	3,4	1,8	2,7	3,0	:	1991
3,5	3,3	4,7	3,0	2,6	3,4	3,3	3,1	3,2	:	1992
3,7	2,8	4,1	2,5	2,6	3,4	2,2	2,7	2,7	:	1993
3,2	2,9	3,4	2,9	2,3	3,2	1,1	3,0	2,7	:	1994
3,1	2,5	3,6	2,0	2,2	3,3	4,4	2,2	2,9	:	1995
3,4	2,6	3,2	2,3	1,8	3,2	2,8	2,0	2,6	:	1996
2,8	2,2	2,8	2,2	2,0	3,0	2,6	:	2,8	:	1997
3,0	2,5	2,8	2,4	:	2,9	2,2	:	2,9	:	1998
3,2	2,0	2,7	2,1	1,7	3,0	1,2	2,1	2,9	:	1999
:	2,5	2,5	1,8	1,7	2,9	1,9	2,1	2,9	:	2000

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	LI	
14,9	15,0	26,5	15,1	13,7	20,1	12,7	13,9	11,4	10,4	1960
13,1	11,9	23,2	12,4	10,2	16,1	14,8	10,9	10,4	5,0	1965
10,7	10,1	20,7	8,0	8,3	13,1	9,8	10,7	8,9	0,0	1970
7,7	8,4	15,2	5,7	5,8	10,5	7,5	8,1	7,2	0,0	1975
6,6	6,6	11,8	4,2	4,5	7,2	4,6	7,1	4,9	0,0	1980
5,9	4,6	11,4	3,9	3,9	5,5	2,3	5,2	4,6	0,0	1985
5,7	3,6	8,6	3,2	3,6	4,6	2,7	4,3	4,6	0,0	1990
5,3	3,4	8,2	3,3	3,7	4,7	2,9	4,6	4,1	:	1991
5,6	3,5	7,2	2,9	3,2	4,3	3,5	4,3	3,9	:	1992
5,4	3,3	6,1	2,7	3,4	5,7	1,9	4,2	4,1	:	1993
5,4	3,3	5,8	2,5	3,1	5,8	3,4	4,6	3,4	:	1994
4,9	4,4	5,4	3,0	3,4	:	1,9	3,9	4,1	:	1995
5,0	4,5	5,4	2,7	:	:	4,6	4,5	3,7	:	1996
5,1	4,3	4,5	3,7	3,5	:	:	:	4,2	:	1997
4,8	4,1	4,0	:	:	:	:	:	:	:	1998
4,7	4,0	3,7	2,2	3,8	5,3	4,6	4,0	:	:	1999
:	4,2	3,7	4,1	2,5	5,3	3,5	3,8	4,9	:	2000

5.1.11 Postneonatale Sterbeziffer (¹)

	EU-15	B	DK	D (²)	EL	E	F	IRL	I	L
1960	14,2	10,8	5,4	11,8	20,6	23,5	9,8	8,9	20,0	12,4
1965	10,0	7,7	4,0	6,6	14,5	17,8	6,7	8,0	13,5	7,7
1970	7,5	6,9	3,2	5,3	10,0	10,6	5,5	6,7	9,0	8,1
1975	5,5	4,4	2,4	5,5	6,0	6,3	4,7	5,5	5,1	5,3
1980	4,1	4,6	2,8	4,3	4,0	3,8	4,2	4,4	3,3	6,2
1985	3,5	4,0	3,2	3,8	3,5	3,0	3,7	3,5	2,3	6,1
1990	3,1	3,8	2,9	3,3	3,2	2,6	3,7	3,4	1,9	3,0
1991	3,0	4,1	3,1	3,4	2,9	2,6	3,8	2,6	1,8	4,2
1992	2,7	5,4	2,5	2,8	2,7	2,5	3,5	2,2	2,0	4,4
1993	:	:	1,9	2,7	2,4	2,6	3,4	2,1	1,8	2,6
1994	:	:	1,5	2,4	2,3	2,1	2,7	1,7	:	2,0
1995	:	:	1,4	2,1	2,3	2,0	2,0	1,6	1,6	2,0
1996	:	:	1,7	2,0	2,0	2,0	0,8	1,9	1,6	2,1
1997	:	:	:	2,0	1,5	1,8	1,7	2,5	1,3	2,0
1998	:	:	:	1,9	2,1	1,9	1,7	1,9	1,4	2,0
1999	:	1,8	:	1,6	1,8	1,7	1,6	1,6	:	1,4
2000	:	:	:	:	:	:	:	1,9	:	1,3

(¹) Sterblichkeitsfälle im Alter von mehr als 28 Tagen, aber weniger als 1 Jahr; je 1 000 Lebendgeburten.

(²) Bundesrepublik Deutschland (einschließlich ehemalige DDR ab 1991).

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Demografie).

5.1.12 Kindersterbeziffern (¹)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I
1992	:	24,8	:	22,6	:	:	:	:	:
1993	:	21,8	:	21,9	:	:	:	:	:
1994	21,4	21,3	21,9	20,7	20,5	23,5	20,5	18,9	21,0
1995	20,2	23,0	21,4	19,4	18,6	22,3	19,7	20,7	21,1
1996	19,5	:	21,8	17,3	21,6	23,1	18,4	19,7	20,1
1997	19,0	:	:	17,1	21,5	20,9	18,0	18,9	19,6
1998	18,5	:	:	16,4	:	20,4	17,3	20,0	16,5
1999	:	:	:	16,5	:	:	:	21,2	:

(¹) Sterblichkeitsfälle im Alter von 1-14 Jahren je 1 000 Einwohner dieser Altersgruppe.

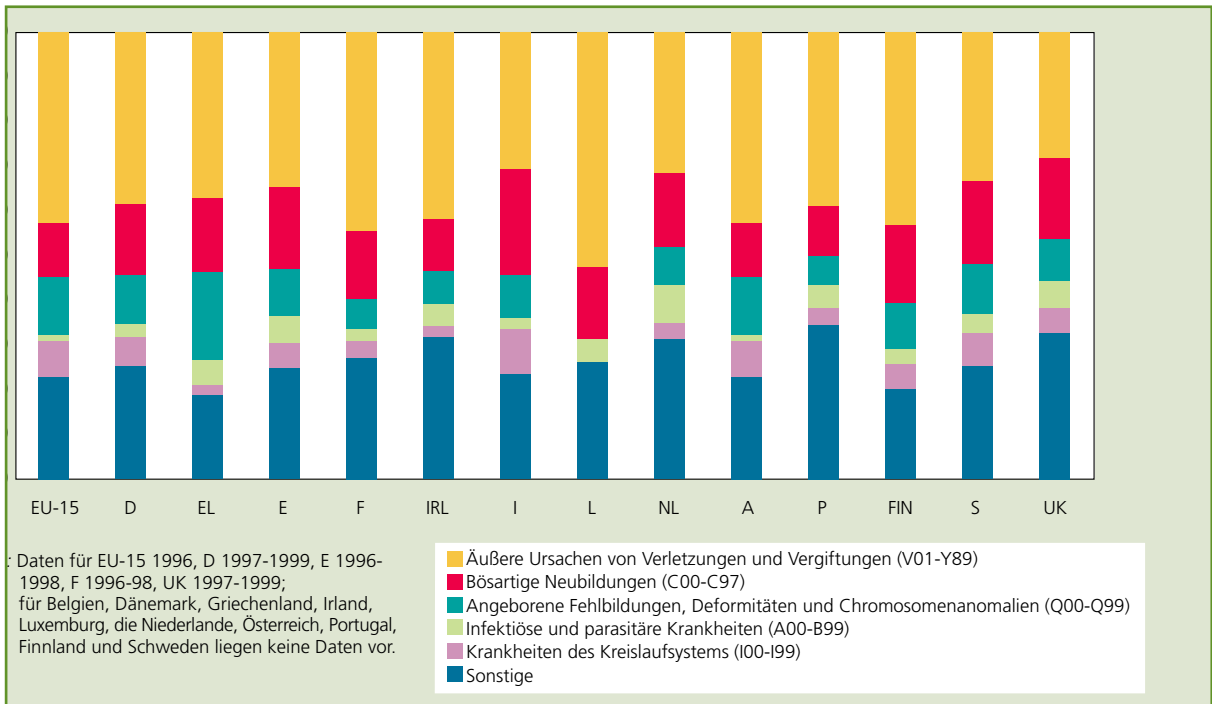
Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
4,4	12,9	49,6	6,6	3,2	6,5	3,8	7,2	5,0	1960
3,0	8,2	39,5	4,0	2,5	6,3	4,4	4,9	4,0	1965
3,2	6,8	31,2	2,7	1,9	6,0	3,0	3,2	4,2	1970
3,0	5,0	16,8	2,2	2,2	5,2	3,6	3,8	3,3	1975
2,9	4,9	8,8	2,5	1,9	4,4	1,7	3,0	3,2	1980
3,0	4,1	5,6	2,0	2,6	4,0	2,1	3,8	2,4	1985
2,3	3,4	4,0	1,9	2,5	3,4	1,9	3,1	3,0	1990
1,9	3,1	3,9	1,7	2,6	3,0	2,6	2,7	2,6	1991
1,9	2,8	3,3	1,5	2,0	2,3	1,1	2,1	2,5	1992
1,8	2,8	3,1	1,4	1,7	2,1	2,0	1,6	2,1	1993
1,6	2,4	3,3	1,2	1,4	2,1	2,1	1,5	1,8	1994
1,7	2,0	2,8	1,3	1,2	2,0	1,7	1,3	1,6	1995
1,5	1,7	2,7	1,1	1,5	2,1	0,7	1,5	1,5	1996
1,3	1,5	2,3	1,1	1,2	2,0	2,4	:	1,4	1997
1,4	1,7	2,3	1,2	:	1,9	0,4	:	1,3	1998
1,2	1,6	2,0	1,0	1,2	1,9	0,9	1,2	1,2	1999
:	1,5	2,1	:	1,1	1,7	0,5	1,2	1,3	2000

(je 100 000)

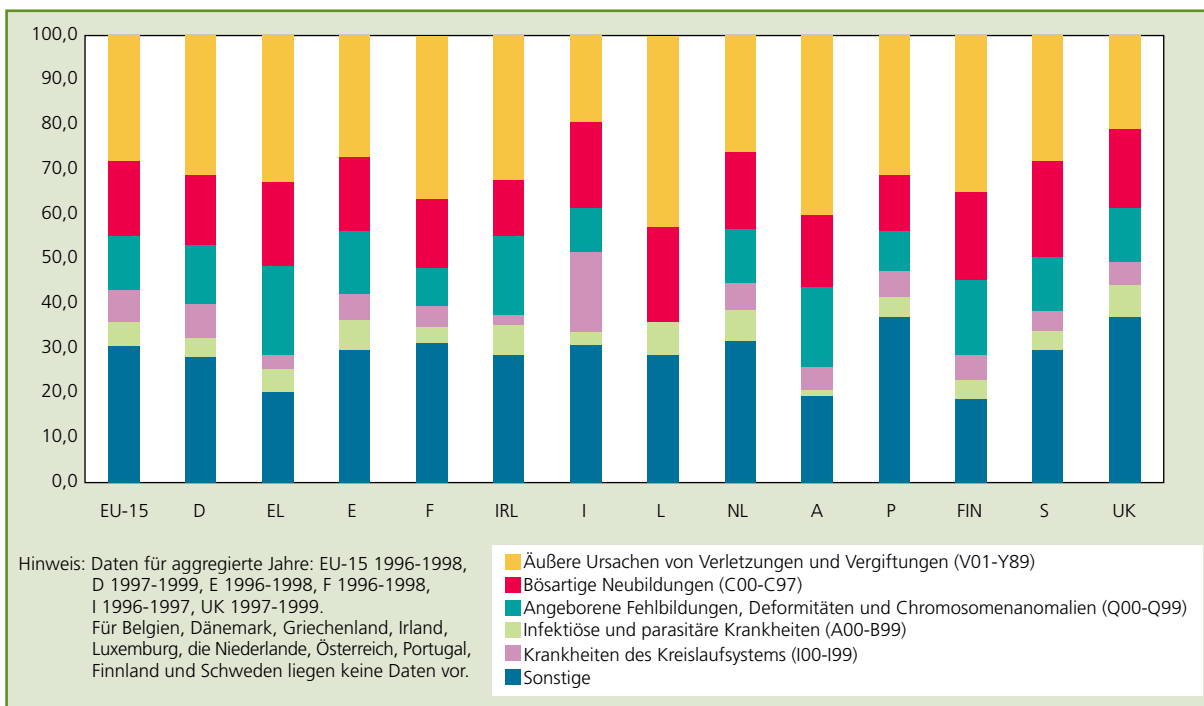
NL	A	P	FIN	S	UK	NO	CH	
:	:	:	:	:	:	:	:	1992
:	:	:	:	:	:	:	:	1993
20,5	22,8	40,5	17,1	14,6	21,0	20,0	24,1	1994
21,7	19,5	37,6	18,5	13,1	17,8	18,5	19,6	1995
19,8	19,3	38,1	18,4	13,5	17,5	17,6	19,1	1996
18,7	18,2	36,5	19,9	:	17,9	20,7	18,7	1997
17,2	17,0	36,8	14,2	14,6	17,5	15,9	16,9	1998
18,7	17,1	30,3	17,8	:	16,8	:	:	1999

5.1.13 Kindersterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen, Jungen, Ende 90er Jahre



Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

5.1.14 Kindersterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen, Mädchen, Ende 90er Jahre (¹)



(¹) Sterbefälle im Alter von 1 bis 14 Jahren.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

5.2.1 Altersstandardisierte Sterbeziffer für 65 Todesursachen, Männer, 1998

	EU-15	B (¹)	DK (²)	D	EL (³)	E	F	IRL	I
Alle Todesursachen	923,3	995,3	1046,5	926,9	811,2	872,3	862,9	1027,9	835,0
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	11,2	16,1	11,6	9,2	6,2	17,7	12,8	6,8	5,3
Tuberkulose	1,5	1,5	1,2	1,1	0,8	1,9	2,1	2,0	1,1
Meningokokkeninfektion	0,2	0,3	0,1	0,1	0,3	0,2	0,0	0,4	0,0
Aids (HIV-Krankheit)	2,9	:	5,1	1,1	0,5	7,1	2,7	0,5	:
Virushepatitis	1,0	1,0	0,5	1,0	0,4	1,9	0,4	0,5	2,1
Neubildungen	264,6	302,4	274,5	255,9	217,3	265,2	286,2	252,9	266,1
Bösartige Neubildungen	258,4	301,1	268,3	249,9	217,2	258,7	279,4	250,6	255,9
Lippe, Mundhöhle, Rachen (Pharynx)	8,2	8,3	6,7	8,8	2,9	9,3	14,8	5,8	7,0
Speiseröhre (Ösophagus)	8,5	8,0	9,2	6,9	2,6	7,7	12,4	11,9	4,8
Magen	15,5	12,9	10,7	16,2	12,4	17,1	10,6	12,7	19,5
Dickdarm	19,2	22,1	22,1	21,2	11,2	20,2	19,2	22,8	17,4
Rektum (Mastdarm) und Anus	8,5	7,8	12,7	10,3	1,6	7,1	7,1	9,2	7,8
Leber und intrahepatische Gallengänge	11,0	6,7	5,1	7,3	18,2	12,7	16,7	4,3	18,9
Pankreas	11,1	11,0	11,0	12,3	9,4	9,2	11,6	12,1	11,1
Kehlkopf und Luftröhre/Bronchien/Lunge	73,9	112,0	76,6	67,9	77,3	79,5	75,8	63,9	80,2
Haut	2,4	1,6	3,9	2,3	0,7	2,0	2,1	1,6	2,4
Brust	0,4	0,4	0,4	0,5	0,1	0,3	0,4	0,4	0,3
Prostata	27,6	33,9	33,9	27,2	16,3	25,2	27,4	31,6	19,4
Niere	5,9	5,8	5,9	7,0	4,1	4,3	6,2	5,8	5,5
Blase	10,7	12,3	14,8	8,7	10,0	13,6	10,9	6,4	11,1
Lymphatisches, blutbildendes und verwandte Gewebe	18,8	20,0	19,9	18,5	14,6	16,0	19,2	23,4	19,5
Krankheiten des Bluts/der blutbildenden Organe, Störungen des Immunsystems	3,0	4,7	2,1	1,5	1,4	4,0	4,3	3,1	6,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	18,7	15,4	14,8	19,4	6,8	19,3	19,3	16,9	22,8
Diabetes mellitus	14,9	11,1	10,8	16,9	5,2	16,0	11,8	13,7	19,6
Psychische und Verhaltensstörungen	15,6	15,4	15,2	14,6	1,1	18,6	18,4	15,6	10,7
Alkoholmissbrauch (einschließlich Alkoholpsychosen)	4,7	2,7	8,4	10,3	0,5	1,2	6,9	4,5	0,6
Drogenabhängigkeit, pharmakologische Abhängigkeit	1,7	0,6	0,4	2,0	:	0,3	1,0	4,3	2,8
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	17,4	22,9	13,2	17,3	8,8	16,5	21,1	18,5	16,3
Meningitis (außer Meningokokkeninfektionen)	0,3	0,3	1,0	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2
Krankheiten des Kreislaufsystems	349,2	328,2	373,6	401,4	367,6	277,4	233,8	430,4	321,0
Ischämische Herzkrankheiten	157,1	127,2	200,0	197,2	128,5	103,9	78,2	261,6	118,2
Sonstige Herzkrankheiten	64,0	92,3	54,5	71,0	100,8	60,3	59,7	59,5	71,6
Zerebrovaskuläre Krankheiten	78,9	68,7	76,8	78,3	111,5	70,5	50,5	66,8	81,0
Krankheiten des Atmungssystems	86,9	113,8	90,0	61,6	43,6	102,7	66,3	153,2	60,4
Grippe	1,0	1,2	2,0	0,2	0,0	1,0	1,9	0,4	1,3
Pneumonie (Lungenentzündung)	30,2	26,3	30,5	18,2	6,6	18,9	22,4	64,9	12,4
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	41,9	65,0	50,2	36,4	10,4	56,5	30,4	68,7	35,1
davon Asthma	2,6	3,6	3,4	4,7	0,6	1,5	2,5	3,0	1,7
Krankheiten des Verdauungssystems	42,9	38,6	43,1	48,0	22,0	48,1	45,2	29,7	40,3
Magen-, Zwölffingerdarm- und Leerdarmgeschwüre	3,7	3,3	8,2	3,5	2,0	2,6	2,3	5,0	3,1
Chronische Krankheiten der Leber	20,2	14,0	18,1	26,4	7,0	20,6	22,9	5,9	21,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,2	2,5	0,4	0,3	0,2	1,3	2,2	1,5	0,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	2,5	3,2	2,7	1,3	0,9	4,1	2,8	3,9	1,5
Rheumatoide Arthritis und Osteoarthritis	0,5	0,5	1,0	0,3	0,0	0,4	0,3	2,2	0,5
Krankheiten des Urogenitalsystems	12,5	13,2	10,3	11,0	12,3	17,1	10,5	16,7	11,8
Krankheiten der Niere und des Ureters	9,4	10,6	7,1	8,8	11,7	13,1	7,8	12,5	10,2
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	4,1	4,3	4,6	3,6	5,3	3,5	3,0	4,7	4,9
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	3,8	4,0	5,9	3,3	5,1	4,2	2,9	6,2	4,0
Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems	0,4	0,5	0,7	0,3	0,6	0,4	0,4	0,8	0,6
Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems	1,7	1,6	2,5	1,5	2,8	2,0	1,5	1,9	1,8
Symptome und deren Befunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	29,3	28,9	112,7	25,8	52,7	14,1	47,2	5,4	9,2
Plötzlicher Kindstod	0,8	2,3	0,7	1,4	0,3	0,4	0,9	1,5	0,1
Unbekannte und ungenau bezeichnete Todesursachen	18,9	19,9	98,9	19,0	36,0	3,7	33,8	1,4	4,4
Äußere Ursachen von Verletzungen und Vergiftungen	60,5	81,6	71,9	52,7	59,7	58,3	86,6	61,9	53,8
Unfälle	37,9	46,0	43,4	27,4	51,5	44,5	53,7	36,5	39,0
Transportmittelunfälle	17,5	23,9	15,3	14,2	33,0	23,7	20,6	18,4	20,9
Stürze	8,9	10,3	17,0	7,4	3,9	4,7	11,8	9,1	10,5
Vergiftungen	1,9	2,4	4,2	0,4	4,5	3,9	1,1	1,3	0,6
Selbstmord und vorsätzliche Selbstbeschädigung	17,1	29,8	22,9	20,0	5,7	11,8	25,9	22,8	10,8
Mord, tätlicher Angriff	1,3	1,9	1,3	1,1	2,5	1,2	0,9	1,6	1,9
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt sind	3,6	3,4	3,8	3,4	:	0,5	4,8	1,2	2,1

(¹) 1994. (²) 1996. (³) 1997.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

(je 100 000 Einwohner)

L	NL	A	P	FIN	S	UK	NO	CH	
956,3	910,2	901,9	1146,6	992,8	787,2	907,7	863,3	759,6	Alle Todesursachen
11,9	10,0	4,8	30,5	7,2	7,7	6,5	8,5	10,1	Infektiöse und parasitäre Krankheiten
1,8	1,0	1,5	6,4	2,0	0,6	1,0	1,0	0,7	Tuberkulose
:	0,5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	0,1	0,3	Meningokokkeninfektion
1,7	1,2	1,2	14,0	0,2	0,5	0,5	0,9	3,4	Aids (HIV-Krankheit)
0,9	0,4	0,5	1,9	0,1	0,4	0,4	0,4	0,4	Virushepatitis
272,9	276,7	241,5	247,4	215,9	199,5	247,1	226,9	216,0	Neubildungen
271,2	270,4	237,6	242,9	211,9	192,5	243,8	223,2	211,1	Bösartige Neubildungen
10,5	4,0	8,9	9,7	2,9	3,6	4,2	4,7	7,3	Lippe, Mundhöhle, Rachen (Pharynx)
11,5	9,3	5,5	7,8	3,9	4,4	13,3	4,4	7,4	Speiseröhre (Ösophagus)
10,6	13,7	17,7	30,3	13,1	9,7	13,4	12,2	9,4	Magen
25,7	21,4	19,7	21,0	10,0	14,2	17,1	18,6	14,5	Dickdarm
9,9	7,0	10,8	9,5	7,4	7,5	9,8	11,7	7,2	Rektum (Mastdarm) und Anus
9,0	3,3	10,1	7,0	7,7	5,9	4,0	2,3	8,4	Leber und intrahepatische Gallengänge
12,8	10,6	13,3	8,8	14,0	11,1	9,8	10,4	10,3	Pankreas
83,7	89,4	63,3	53,5	58,4	32,9	68,2	47,1	53,8	Kehlkopf und Luftröhre/Bronchien/Lunge
3,1	3,4	3,4	1,6	3,3	4,1	2,5	4,8	3,7	Haut
1,0	0,4	0,4	0,4	0,1	0,2	0,3	0,1	0,2	Brust
24,5	32,3	27,9	33,5	32,4	38,6	27,3	40,5	29,2	Prostata
4,1	6,7	5,6	3,3	7,2	7,3	5,7	6,8	4,3	Niere
7,9	10,8	8,7	8,9	6,2	6,6	9,8	9,2	7,6	Blase
23,2	20,5	17,2	16,7	18,4	18,7	18,3	20,4	17,1	Lymphatisches, blutbildendes und verwandte Gewebe
3,1	2,2	0,9	3,0	0,8	1,4	3,1	1,1	1,7	Krankheiten des Bluts/der blutbildenden Organe, Störungen des Immunsystems
10,2	20,6	13,5	30,9	11,2	15,4	11,9	16,4	19,4	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
6,8	16,8	12,6	27,2	9,8	12,6	9,3	12,5	17,1	Diabetes mellitus
17,1	17,8	7,4	3,9	42,5	24,9	13,5	22,7	22,5	Psychische und Verhaltensstörungen
8,6	2,3	5,9	1,2	9,5	8,7	1,5	6,8	4,6	Alkoholmissbrauch (einschließlich Alkoholpsychosen)
0,4	0,1	1,3	0,1	0,6	1,7	3,1	9,0	4,5	Drogenabhängigkeit, pharmakologische Abhängigkeit
29,6	16,3	13,4	12,3	24,1	13,2	16,0	18,3	22,1	Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane
:	0,3	0,3	0,7	0,5	0,3	0,4	0,5	0,4	Meningitis (außer Meningokokkeninfektionen)
347,6	323,9	434,6	403,1	418,6	357,7	367,0	357,4	274,4	Krankheiten des Kreislaufsystems
137,7	142,8	205,6	104,5	266,8	195,9	225,3	191,2	137,6	Ischämische Herzkrankheiten
80,1	73,8	94,0	61,0	31,1	44,0	22,9	52,9	51,4	Sonstige Herzkrankheiten
85,8	63,4	85,6	195,6	83,3	69,7	72,3	75,2	45,2	Zerebrovaskuläre Krankheiten
91,3	102,0	45,2	113,1	92,0	51,3	134,2	67,4	55,9	Krankheiten des Atmungssystems
:	1,1	0,5	1,1	2,1	2,1	0,2	1,5	2,3	Grippe
22,7	35,1	12,6	49,2	47,4	20,7	71,1	27,9	15,2	Pneumonie (Lungenentzündung)
37,2	59,5	28,5	34,9	36,7	21,9	49,2	33,2	30,9	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege
2,5	0,6	2,9	2,4	1,7	1,5	1,8	4,6	2,6	davon Asthma
44,8	29,1	47,1	56,8	41,1	24,7	33,9	25,7	26,7	Krankheiten des Verdauungssystems
2,3	2,1	2,9	4,5	4,3	3,9	6,0	4,3	1,7	Magen-, Zwölffingerdarm- und Leerdarmgeschwüre
20,1	6,2	32,7	31,1	18,3	7,4	11,4	7,7	12,0	Chronische Krankheiten der Leber
1,8	1,9	0,1	1,8	0,5	0,7	1,0	0,7	0,7	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
0,9	3,1	0,9	1,2	3,5	2,5	3,0	3,4	3,4	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
:	0,6	0,3	0,2	1,7	0,7	0,7	1,6	1,2	Rheumatoide Arthritis und Osteoarthritis
10,0	14,7	7,2	16,3	7,9	11,2	10,4	10,8	7,2	Krankheiten des Urogenitalsystems
9,4	8,2	6,5	14,7	5,4	6,4	6,2	7,5	4,2	Krankheiten der Niere und des Ureters
5,4	4,8	3,6	3,4	2,6	2,6	5,3	3,7	4,2	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
1,7	5,4	4,0	4,9	4,2	3,6	3,7	4,5	5,3	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
:	0,6	0,6	0,6	0,3	0,3	0,3	0,6	0,3	Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems
1,7	1,5	1,4	2,3	2,0	1,1	1,7	1,7	2,5	Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems
29,7	44,7	6,7	142,0	4,6	15,4	10,9	35,1	28,7	Symptome und deren Befunde, die andernorts nicht klassifiziert sind
1,1	0,3	1,0	0,1	0,9	0,6	0,7	1,0	0,8	Plötzlicher Kindstod
15,7	33,7	0,6	101,1	3,3	8,4	2,3	27,5	22,2	Unbekannte und ungenau bezeichnete Todesursachen
78,2	37,0	71,0	76,0	116,1	55,5	40,2	60,7	61,2	Äußere Ursachen von Verletzungen und Vergiftungen
51,1	21,7	39,8	47,1	71,8	29,1	22,7	40,2	31,5	Unfälle
21,8	9,9	16,4	30,8	16,0	9,2	8,9	15,3	12,3	Transportmittelunfälle
11,4	3,7	12,4	6,9	25,4	5,0	5,7	13,9	10,9	Stürze
6,7	0,7	1,7	1,5	15,8	2,1	2,6	2,3	0,5	Vergiftungen
22,3	12,4	28,9	8,3	36,8	18,7	11,3	17,9	27,0	Selbstmord und vorsätzliche Selbstbeschädigung
0,9	1,6	1,3	2,0	3,4	1,5	1,0	1,3	1,0	Mord, tätlicher Angriff
2,4	0,9	0,9	18,4	2,3	4,6	5,2	0,5	1,1	Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt sind

5.2.2 Altersstandardisierte Sterbeziffer für 65 Todesursachen, Frauen, 1998

	EU-15	B (*)	DK (**)	D	EL (**)	E	F	IRL	I
Alle Todesursachen	525,1	564,4	681,5	556,3	542,7	480,7	461,0	645,7	484,6
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	5,7	8,4	5,0	5,2	4,3	7,9	7,0	3,9	3,4
Tuberkulose	0,6	0,5	0,3	0,3	0,4	0,6	0,9	0,9	0,4
Meningokokkeninfektion	0,2	0,2	0,4	0,1	0,1	0,2	0,0	0,3	0,0
Aids (HIV-Krankheit)	0,7	:	0,8	0,2	0,1	1,4	0,7	0,2	:
Virushepatitis	0,6	0,7	0,0	0,7	0,3	1,3	0,2	0,1	1,4
Neubildungen	145,1	155,6	206,6	154,5	115,1	116,9	130,3	175,5	137,3
Bösartige Neubildungen	141,2	154,6	200,9	150,6	115,0	112,9	125,9	173,6	131,7
Lippe, Mundhöhle, Rachen (Pharynx)	1,6	2,0	2,5	1,8	0,8	1,3	1,8	2,0	1,4
Speiseröhre (Ösophagus)	1,9	1,8	2,6	1,4	0,5	0,8	1,6	4,5	1,0
Magen	7,2	5,5	4,6	9,0	6,6	7,3	4,0	6,5	9,2
Dickdarm	12,5	14,6	17,5	14,9	8,4	12,0	11,7	14,2	11,4
Mastdarm und Anus	4,5	3,6	7,2	5,9	1,2	3,6	3,7	3,8	4,0
Leber und intrahepatische Gallengänge	3,8	3,1	3,3	2,7	8,1	4,6	3,2	2,8	6,8
Pankreas	7,3	7,4	9,1	8,5	5,6	5,2	6,5	8,9	7,5
Kehlkopf und Luftröhre/Bronchien/Lunge	15,9	14,6	39,9	15,2	10,7	6,5	10,8	28,2	12,2
Haut	1,6	1,5	2,2	1,6	0,7	1,2	1,5	2,5	1,4
Brust	28,4	37,7	39,3	28,8	21,5	22,2	27,5	32,6	25,9
Gebärmutterhals	2,7	3,1	5,0	3,5	1,4	2,4	2,2	4,3	1,1
Andere Teile der Gebärmutter	4,3	4,5	4,5	4,0	3,2	4,1	5,1	2,9	5,0
Ovar	8,6	10,7	14,4	9,4	5,4	6,1	8,1	12,7	6,5
Niere	2,6	3,0	3,7	3,2	1,6	1,6	2,6	2,3	2,1
Blase	2,3	3,1	4,4	2,5	1,8	1,7	1,9	2,1	1,7
Lymphatisches, blutbildendes und verwandte Gewebe	11,8	12,4	11,9	12,1	9,3	10,7	11,7	14,7	12,3
Krankheiten des Bluts/der blutbildenden Organe, Störungen des Immunsystems	2,0	3,2	1,9	1,2	1,3	2,7	2,8	2,3	3,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	15,8	15,5	10,6	17,3	7,1	18,8	15,5	11,8	20,7
Diabetes mellitus	12,6	11,0	7,0	15,1	5,8	15,5	8,7	8,0	17,8
Psychische und Verhaltensstörungen	10,1	11,6	7,9	5,0	0,7	18,5	13,0	10,0	8,1
Alkoholmissbrauch (einschließlich Alkoholpsychosen)	1,2	1,0	2,2	2,6	0,0	0,2	1,7	2,2	0,1
Drogenabhängigkeit, pharmakologische Abhängigkeit	0,4	0,3	0,2	0,5	:	0,0	0,2	1,3	0,4
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	12,4	18,5	10,3	11,0	6,0	12,4	15,8	13,0	12,6
Meningitis (außer Meningokokkeninfektionen)	0,2	0,2	0,6	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2
Krankheiten des Kreislaufsystems	210,1	207,3	220,4	258,1	285,1	187,8	136,3	257,0	208,4
Ischämische Herzkrankheiten	73,4	56,1	99,1	102,5	56,2	45,5	32,2	125,8	56,2
Sonstige Herzkrankheiten	43,4	69,0	31,7	52,0	97,3	52,0	38,1	40,5	50,8
Zerebrovaskuläre Krankheiten	59,3	55,1	60,2	60,8	112,8	56,7	36,5	60,0	62,6
Krankheiten des Atmungssystems	39,6	40,3	64,8	26,1	28,5	38,6	32,0	94,4	23,4
Grippe	0,8	1,0	2,1	0,2	0,0	1,0	1,8	0,4	1,0
Pneumonie (Lungenentzündung)	17,6	12,9	21,7	9,9	4,5	9,5	12,2	47,7	6,8
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	14,6	17,9	37,2	12,9	3,5	12,4	12,3	34,5	10,5
davon Asthma	2,1	3,4	4,5	2,8	0,3	2,1	2,4	2,6	1,1
Krankheiten des Verdauungssystems	23,8	25,4	27,6	26,4	11,8	24,4	23,3	22,0	22,4
Magen-, Zwölffingerdarm- und Leerdarmgeschwüre	2,1	2,2	6,5	2,2	1,3	1,1	1,2	3,3	1,4
Chronische Krankheiten der Leber	8,3	7,6	7,6	10,6	2,1	6,9	8,6	3,5	10,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,2	3,1	0,7	0,4	0,5	1,5	2,4	2,5	0,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	3,2	5,0	3,1	1,6	1,0	5,2	3,2	5,2	2,6
Rheumatoide Arthritis und Osteoarthritis	1,0	0,9	0,9	0,6	0,0	0,7	0,8	2,9	1,0
Krankheiten des Urogenitalsystems	7,3	9,1	6,2	6,9	8,9	10,7	6,0	11,6	6,4
Krankheiten der Niere und des Ureters	5,6	7,6	4,6	5,6	8,5	8,2	4,5	8,5	6,0
Komplikationen bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,1	0,2	0,2	0,1	:	0,0	0,2	0,2	0,1
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	3,3	2,6	3,2	2,9	5,0	3,0	2,6	3,6	4,4
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	3,3	3,1	5,1	3,1	4,4	3,8	2,7	5,8	3,6
Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems	0,4	0,6	0,7	0,3	0,5	0,5	0,3	0,8	0,4
Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems	1,4	1,2	2,3	1,1	2,5	1,6	1,2	2,0	1,6
Symptome und deren Befunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	18,8	21,7	73,6	16,1	45,3	10,4	30,3	5,3	6,1
Plötzlicher Kindstod	0,6	1,3	0,5	1,0	0,1	0,3	0,6	1,0	0,2
Unbekannte und ungenau bezeichnete Todesursachen	9,2	13,3	56,7	9,1	28,9	1,9	17,8	1,3	1,8
Äußere Ursachen von Verletzungen und Vergiftungen	23,3	33,6	34,3	20,3	17,7	18,0	37,6	21,2	21,1
Unfälle	15,8	20,5	22,2	11,7	16,2	14,0	26,1	15,7	16,9
Transportmittelunfälle	5,5	7,6	5,0	5,0	9,8	6,9	7,3	5,0	5,7
Stürze	5,9	7,1	13,2	4,5	2,0	2,3	9,2	7,1	8,7
Vergiftungen	0,6	1,3	1,6	0,2	0,9	0,7	0,8	0,5	0,3
Selbstmord und vorsätzliche Selbstbeschädigung	5,2	10,5	8,7	6,0	0,9	3,2	8,3	4,5	2,9
Mord, tätlicher Angriff	0,6	1,2	0,8	0,7	0,6	0,4	0,5	0,7	0,5
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt sind	1,4	1,3	2,4	1,6	:	0,2	1,9	0,5	0,7

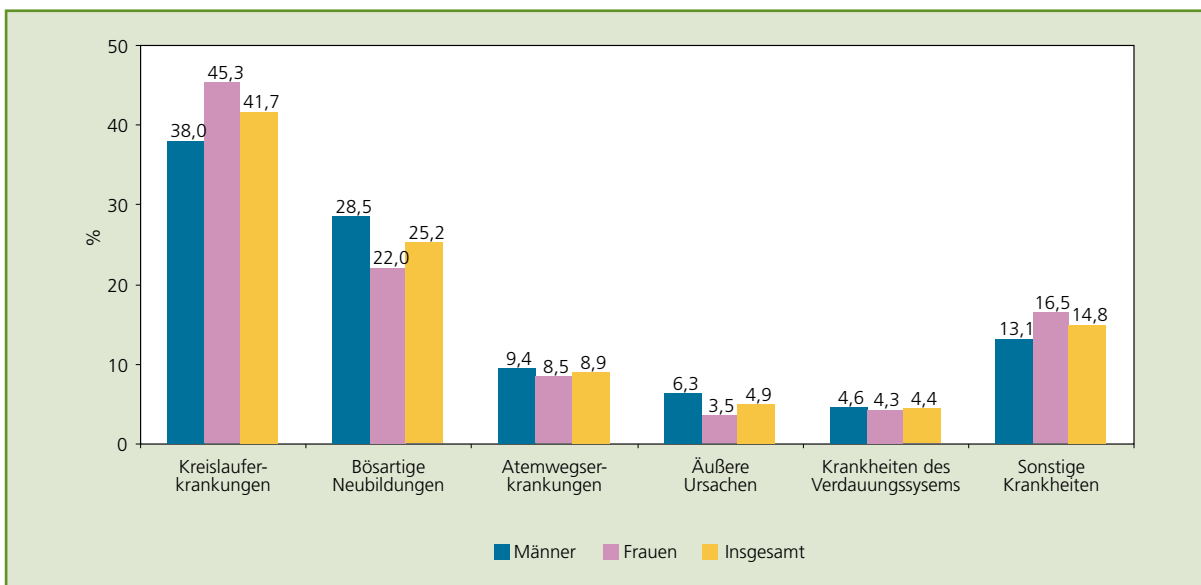
(*) 1994. (**) 1996. (***) 1997.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

(je 100 000 Einwohner)

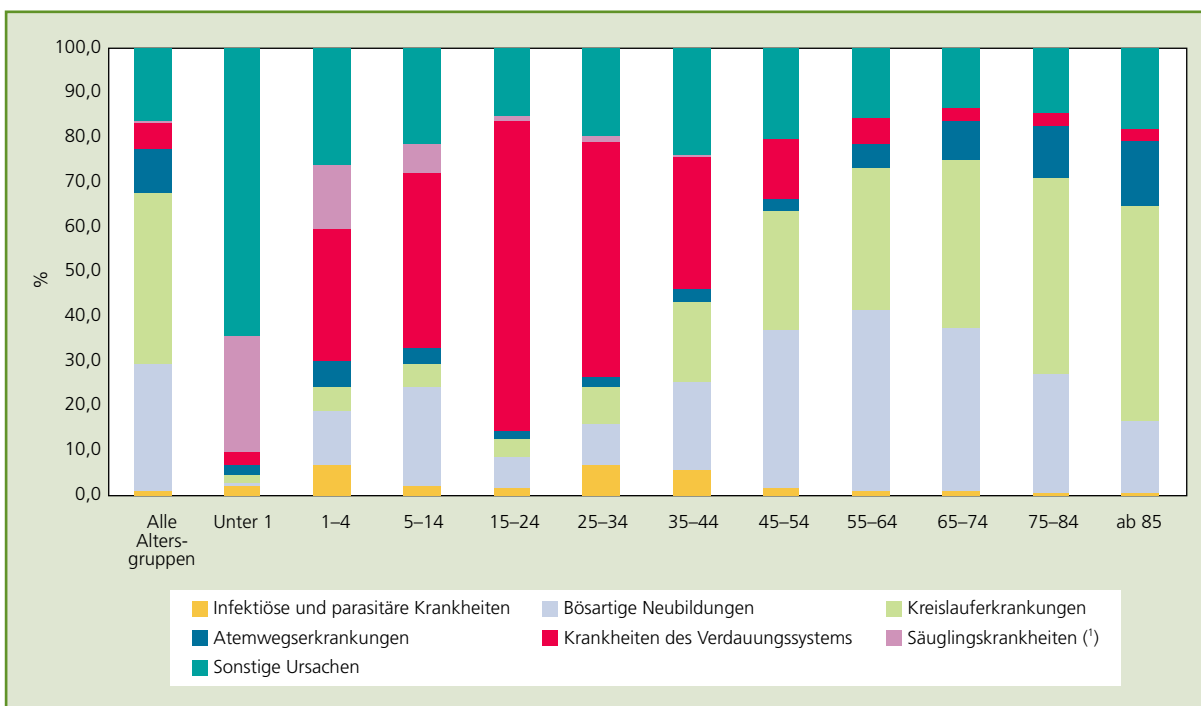
L	NL	A	P	FIN	S	UK	NO	CH	
528,5	552,6	539,3	667,2	540,1	493,0	596,3	523,9	444,2	Alle Todesursachen
5,2	6,3	2,4	10,4	4,3	5,0	4,3	6,7	5,0	Infektiöse und parasitäre Krankheiten
0,5	0,4	0,4	1,7	1,1	0,7	0,4	0,7	0,4	Tuberkulose
:	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,5	0,1	0,1	Meningokokkeninfektion
0,5	0,3	0,2	3,2	:	0,1	0,1	0,3	1,2	Aids (HIV-Krankheit)
0,7	0,2	0,3	0,6	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2	Virushepatitis
144,1	162,6	143,7	126,6	129,6	142,7	169,2	148,4	124,0	Neubildungen
143,4	158,5	140,3	123,1	126,0	138,0	166,8	145,7	120,4	Bösartige Neubildungen
5,0	1,8	1,6	1,1	1,2	1,1	1,6	1,5	1,4	Lippe, Mundhöhle, Rachen (Pharynx)
1,4	2,9	1,0	1,5	1,6	1,4	5,0	1,2	1,8	Speiseröhre (Ösophagus)
6,3	5,2	8,9	14,1	6,4	4,3	5,6	5,7	4,2	Magen
15,2	15,2	12,1	11,8	8,2	10,9	11,7	14,4	8,4	Dickdarm
3,6	4,0	6,0	4,4	4,4	4,2	4,9	6,0	4,1	Mastdarm und Anus
3,1	1,7	3,2	2,9	3,5	3,6	2,0	0,9	2,4	Leber und intrahepatische Gallengänge
8,0	8,2	8,8	5,5	9,7	10,0	7,1	8,2	7,4	Pankreas
17,6	21,6	16,3	7,6	12,3	18,0	30,8	20,8	14,0	Kehlkopf und Luftröhre/Bronchien/Lunge
2,1	2,2	2,2	1,1	1,8	2,2	2,1	2,5	1,8	Haut
21,4	35,6	27,7	24,4	23,0	24,3	32,7	25,7	26,8	Brust
2,3	2,8	3,0	3,5	1,7	2,4	3,6	4,8	2,2	Gebärmutterhals
4,7	3,5	5,0	6,1	3,4	4,2	3,2	3,4	3,0	Andere Teile der Gebärmutter
9,0	9,7	9,2	5,6	8,4	8,9	11,5	10,6	7,5	Ovar
1,8	3,1	3,1	1,4	3,5	3,9	2,7	3,3	2,3	Niere
0,9	2,4	2,1	1,9	1,3	1,9	3,2	2,7	2,2	Blase
13,4	12,9	10,7	10,6	13,9	12,6	11,7	12,3	11,6	Lymphatisches, blutbildendes und verwandte Gewebe
1,7	1,6	0,7	1,7	0,8	1,2	2,2	1,5	1,4	Krankheiten des Bluts/der blutbildenden Organe, Störungen des Immunsystems
8,3	19,1	11,3	28,1	7,8	10,6	8,7	11,0	15,3	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
6,1	14,7	10,8	24,8	6,8	8,7	6,4	8,1	12,8	Diabetes mellitus
9,6	20,8	1,4	2,7	37,3	18,1	11,5	13,0	17,0	Psychische und Verhaltensstörungen
2,2	0,6	1,1	0,1	2,2	1,8	0,7	1,2	1,1	Alkoholmissbrauch (einschließlich Alkoholpsychosen)
:	:	0,2	0,0	0,2	0,3	0,8	2,1	1,6	Drogenabhängigkeit, pharmakologische Abhängigkeit
15,9	13,6	8,7	7,9	19,5	10,7	12,0	13,6	17,6	Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane
:	0,3	0,2	0,4	0,0	0,3	0,3	0,3	0,1	Meningitis (außer Meningokokkeninfektionen)
222,0	188,0	284,2	284,4	225,7	206,9	222,9	202,2	165,2	Krankheiten des Kreislaufsystems
55,3	63,4	106,0	52,1	124,6	90,1	107,1	82,0	66,2	Ischämische Herzkrankheiten
60,2	46,7	68,5	46,7	15,9	30,6	18,8	36,8	35,3	Sonstige Herzkrankheiten
69,2	53,2	70,2	152,1	60,2	54,6	65,2	59,5	34,6	Zerebrovaskuläre Krankheiten
35,1	46,9	20,2	51,0	38,1	30,2	87,8	44,9	26,6	Krankheiten des Atmungssystems
1,8	1,1	0,5	0,7	1,7	1,9	0,1	2,0	2,7	Grippe
8,7	23,3	8,5	23,7	25,0	12,4	53,0	21,4	10,5	Pneumonie (Lungenentzündung)
11,3	19,6	9,4	11,3	8,8	12,5	26,3	18,4	9,9	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege
2,6	0,6	1,2	1,7	2,1	1,5	2,2	3,8	1,5	davon Asthma
28,5	22,0	23,9	23,9	20,9	15,9	25,6	16,9	17,0	Krankheiten des Verdauungssystems
1,6	1,5	2,1	2,1	2,6	2,1	4,0	2,5	1,5	Magen-, Zwölffingerdarm- und Leerdarmgeschwüre
11,3	3,2	11,2	9,0	5,1	3,4	6,2	3,5	5,1	Chronische Krankheiten der Leber
1,3	2,3	0,3	1,9	0,2	0,8	1,3	0,7	0,7	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
3,1	4,5	1,3	1,7	4,9	4,1	4,9	5,0	4,3	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
1,0	1,5	0,7	0,5	3,2	1,7	1,7	2,4	1,7	Rheumatoide Arthritis und Osteoarthritis
7,5	10,4	5,4	9,5	6,3	5,6	7,4	6,3	4,3	Krankheiten des Urogenitalsystems
6,8	5,7	5,0	8,5	5,1	3,6	4,3	4,0	3,1	Krankheiten der Niere und des Ureters
0,4	0,3	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	Komplikationen bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
2,9	3,4	2,9	3,1	2,5	1,6	4,0	2,2	2,9	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
0,6	4,1	3,7	4,0	4,3	3,1	3,1	3,8	4,2	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
0,6	0,6	0,7	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,7	Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems
:	1,0	1,2	1,8	2,2	1,0	1,4	1,7	1,3	Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems
14,7	28,1	5,9	86,7	2,1	13,1	14,9	22,2	15,5	Symptome und deren Befunde, die andernorts nicht klassifiziert sind
1,7	0,1	0,7	0,1	0,1	0,4	0,6	0,6	0,5	Plötzlicher Kindstod
3,5	17,0	0,2	44,9	1,4	4,8	1,2	14,3	11,3	Unbekannte und ungenau bezeichnete Todesursachen
27,8	18,7	23,3	23,4	35,9	23,2	16,3	25,2	23,1	Äußere Ursachen von Verletzungen und Vergiftungen
18,0	11,6	14,0	14,7	24,1	12,2	10,7	17,3	13,2	Unfälle
3,4	3,6	5,4	7,8	4,7	3,0	3,0	4,3	4,1	Transportmittelunfälle
4,4	2,4	5,5	3,1	11,5	1,9	4,3	8,8	6,3	Stürze
1,7	0,1	0,5	0,5	4,8	0,6	1,1	0,8	0,1	Vergiftungen
6,4	6,0	7,9	2,2	9,6	7,0	3,1	6,6	8,6	Selbstmord und vorsätzliche Selbstbeschädigung
1,0	0,5	0,9	0,7	1,3	0,8	0,4	0,6	0,7	Mord, tätlicher Angriff
1,4	0,3	0,5	5,8	0,5	2,3	2,0	0,1	0,3	Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt sind

5.2.3 Sterbefälle nach Ursache und Geschlecht, 1998 EU-15, (%)



Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

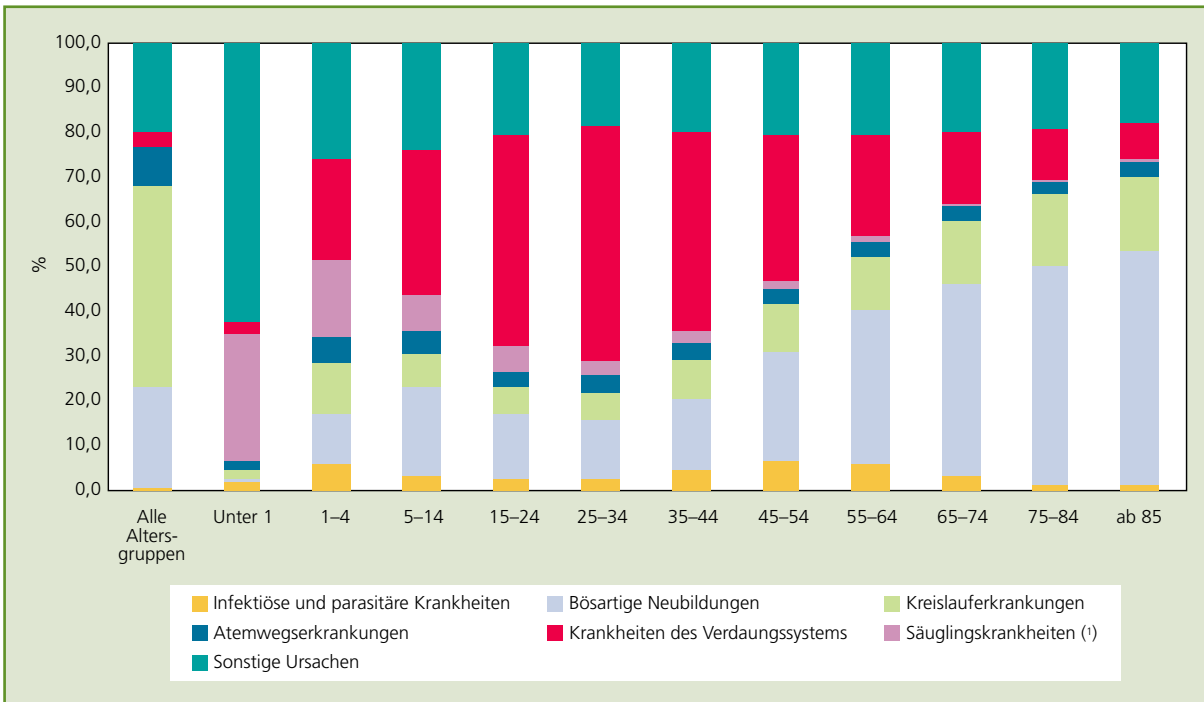
5.2.4 Sterbefälle nach Ursache und Alter, Männer, 1998



(¹) Einschließlich Sterbefällen durch angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

5.2.5 Sterbefälle nach Ursache und Alter, Frauen, 1998



(!) Einschließlich Sterbefällen durch angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien.
 Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

5.2.6 Sterbefälle nach ausgewählten Ursachen, nach Geschlecht und Alter, 1998, Prozentsätze je Geschlecht/Altersgruppe

	Insgesamt			1-4			5-14			15-24		
	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer (¹)	Frauen	Insgesamt	Männer (²)	Frauen (²)	Insgesamt	Männer	Frauen
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	1,1	1,2	1,0	3,0	3,1	2,8	2,9	2,6	3,4	1,9	1,5	2,8
davon: Aids (HIV-Krankheit)	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,6	0,5	0,6	0,7	0,6	0,8
Bösartige Neubildungen (Neoplasmen)	25,2	28,5	22,0	2,6	2,6	2,6	21,0	21,7	20,1	8,5	7,0	12,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	2,6	2,0	3,1	1,5	1,5	1,6	3,2	3,0	3,5	1,3	0,8	2,4
Diabetes mellitus	2,1	1,7	2,5	0,1	0,1	0,1	0,3	0,4	0,2	0,2	0,2	0,4
Psychische und Verhaltensstörungen	2,0	1,6	2,3	:	:	:	0,2	0,2	0,3	3,1	3,2	2,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	41,7	38,0	45,3	3,0	2,5	3,7	6,0	5,1	7,3	4,8	4,2	6,5
davon: ischämische Herzkrankheiten	16,3	17,3	15,3	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2	0,4	0,6	0,5	0,6
davon: zerebrovaskuläre Krankheiten	10,8	8,6	12,9	0,7	0,6	0,8	1,7	1,5	2,0	1,2	1,0	1,8
Krankheiten des Atmungssystems	8,9	9,4	8,5	2,8	2,8	2,8	4,2	3,7	5,0	2,3	1,8	3,8
Krankheiten des Verdauungssystems	4,4	4,6	4,3	0,9	1,0	0,8	1,3	1,4	1,2	0,8	0,7	1,3
Krankheiten des Urogenitalsystems	1,4	1,3	1,5	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,3	0,2	0,5
Angeborene Fehlbildungen	0,3	0,3	0,3	24,8	23,9	26,0	7,2	6,5	8,1	1,9	1,4	3,2
Unfälle	3,3	4,0	2,6	5,8	6,2	5,3	30,7	33,3	26,8	46,5	49,6	37,5
Selbstmord und vorsätzliche Selbstbeschädigung	1,2	1,8	0,6	:	:	:	2,1	2,2	1,9	12,8	13,9	9,7
Sonstige Todesursachen	7,9	7,1	8,7	55,1	56,1	53,9	20,8	20,0	21,8	16,0	15,6	17,0

(¹) Daten für psychische und Verhaltensstörungen fehlen.

(²) Daten für psychische und Verhaltensstörungen und Selbstmord fehlen.

(³) Daten für Diabetes mellitus und psychische und Verhaltensstörungen fehlen.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

5.2.7 Müttersterbeziffer

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1970	34,9	20,4	8,5	:	28,3	33,1	28,2	31,1	54,5	:
1975	22,0	12,6	5,6	:	19,0	21,7	19,9	7,4	25,4	50,2
1980	13,1	5,6	1,8	:	17,6	11,1	12,9	6,8	12,8	0,0
1985	8,6	6,1	1,9	:	6,9	4,4	12,0	6,4	8,0	0,0
1986	7,6	3,4	3,6	:	8,0	5,5	10,9	4,9	5,5	0,0
1987	7,2	3,4	8,9	:	4,7	4,9	9,6	3,4	4,5	23,6
1988	7,7	3,3	3,4	:	5,6	5,0	9,3	1,8	7,6	0,0
1989	6,4	6,6	8,2	:	3,9	2,9	8,5	3,8	4,6	0,0
1990	7,8	3,2	1,6	9,1	1,0	5,5	10,4	3,8	8,6	20,3
1991	7,3	4,0	3,1	8,7	2,9	3,3	11,9	7,6	4,9	0,0
1992	7,4	5,6	7,4	6,7	5,8	4,8	12,9	3,9	7,2	0,0
1993	5,8	5,0	7,4	5,5	1,0	4,7	9,3	0,0	4,3	0,0
1994	6,6	6,0	4,3	5,2	1,9	3,5	11,7	2,1	3,5	18,4
1995	6,1	9,5	10,0	5,4	0,0	4,4	9,6	0,0	3,2	18,5
1996	7,3	:	5,9	6,4	5,0	3,9	13,2	5,9	3,8	0,0
1997	5,9	:	7,4	6,0	0,0	2,2	9,6	5,7	4,4	0,0
1998	6,6	:	3,0	5,6	6,9	2,7	10,2	3,7	3,4	18,6
1999	5,7	:	:	4,8	6,0	:	:	1,9	:	:
2000	:	:	:	:	:	:	:	1,8	:	17,5

Quelle: Datenbank „Health for All“, WHO, 2002.

25-34			35-44			45-64			ab 65			
Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	
7,0	7,1	6,8	4,7	5,5	3,0	1,2	1,3	1,0	0,8	0,8	0,8	Infektiöse und parasitäre Krankheiten
5,6	5,8	5,0	3,4	4,1	1,8	0,3	0,3	0,1	:	:	:	davon: Aids (HIV-Krankheit)
13,2	8,9	24,4	27,5	19,7	43,2	42,9	39,0	50,6	22,6	27,3	18,7	Bösartige Neubildungen (Neoplasmen)
1,2	1,0	1,8	1,5	1,4	1,5	2,0	1,9	2,3	2,8	2,2	3,2	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
0,6	0,5	0,8	0,9	0,9	0,8	1,5	1,5	1,7	2,3	1,8	2,7	Diabetes mellitus
4,6	5,4	2,6	3,6	4,2	2,3	1,5	1,7	1,0	2,0	1,4	2,4	Psychische und Verhaltensstörungen
9,0	8,3	10,8	17,0	18,4	14,2	27,1	30,0	21,3	46,2	42,6	49,1	Krankheiten des Kreislaufsystems
2,1	2,3	1,6	7,3	9,2	3,4	14,2	17,1	8,4	17,4	18,5	16,6	davon: ischämische Herzkrankheiten
2,2	1,7	3,5	3,7	3,0	5,3	4,9	4,6	5,4	12,3	10,2	14,1	davon: zerebrovaskuläre Krankheiten
2,5	2,1	3,3	2,7	2,6	3,0	4,3	4,4	4,2	10,1	11,4	9,1	Krankheiten des Atmungssystems
3,2	3,0	3,6	8,4	9,1	7,0	7,0	7,4	6,3	4,0	3,8	4,0	Krankheiten des Verdauungssystems
0,4	0,3	0,8	0,5	0,4	0,7	0,8	0,7	0,9	1,6	1,6	1,6	Krankheiten des Urogenitalsystems
1,1	0,9	1,8	0,5	0,5	0,7	0,2	0,2	0,3	:	:	:	Angeborene Fehlbildungen
27,1	30,8	17,2	12,5	15,1	7,1	3,8	4,3	2,8	2,1	1,9	2,2	Unfälle
15,1	16,7	10,7	9,5	11,0	6,5	2,6	2,9	2,1	0,4	0,6	0,2	Selbstmord und vorsätzliche Selbstbeschädigung
15,6	15,4	16,2	11,7	12,1	10,7	6,6	6,3	7,0	7,5	6,3	8,4	Sonstige Todesursachen

(je 100 000 Lebendgeburtten)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
13,4	25,8	:	12,4	10,0	18,0	:	10,8	25,2	1970
10,7	17,1	42,9	10,7	1,9	12,0	22,8	7,1	12,7	1975
8,8	7,7	19,6	1,6	8,2	10,9	0,0	11,8	5,4	1980
4,5	6,9	10,0	6,4	5,1	7,3	0,0	2,0	5,4	1985
8,1	6,9	8,7	6,6	2,9	6,9	0,0	3,8	3,9	1986
7,5	4,6	12,2	5,0	4,8	6,3	23,9	5,6	6,5	1987
9,6	5,7	6,6	11,1	8,9	6,4	0,0	3,5	10,0	1988
5,3	7,9	10,1	3,2	5,2	7,7	0,0	8,4	3,7	1989
7,6	6,6	10,3	6,1	3,2	7,6	21,0	3,3	6,0	1990
6,0	7,4	12,0	4,6	4,0	6,9	0,0	8,2	1,2	1991
7,1	4,2	9,6	4,5	0,0	6,7	0,0	6,7	4,6	1992
8,2	4,2	6,1	3,1	5,1	5,7	0,0	3,4	6,0	1993
6,1	8,7	9,2	10,7	0,9	7,9	0,0	0,0	3,6	1994
7,4	1,1	8,4	1,6	3,9	7,0	0,0	6,6	8,5	1995
12,1	4,5	5,4	3,3	5,3	6,6	0,0	1,6	3,6	1996
7,8	2,4	5,3	5,1	3,3	5,4	0,0	1,7	3,7	1997
11,5	4,9	7,9	5,3	7,9	6,8	0,0	6,9	:	1998
9,5	1,3	5,2	3,5	1,1	5,3	48,8	:	:	1999
:	2,6	2,5	:	:	:	0,0	:	:	2000

5.2.8 Standardisierte Sterbeziffer durch bösartige Neubildungen, alle Altersstufen, Männer

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1970	252,4	286,8	239,2	:	177,7	197,6	264,8	228,9	243,6	:
1975	263,8	303,8	248,0	:	200,5	222,9	285,8	247,7	252,6	311,1
1980	269,8	323,2	277,4	:	204,6	221,6	297,7	247,4	270,6	297,3
1985	275,4	323,9	278,8	:	216,0	236,0	304,4	262,9	287,4	323,8
1990	272,9	307,0	278,7	269,2	215,0	253,0	298,1	267,8	285,4	300,6
1991	272,8	303,2	265,3	272,3	217,1	254,6	296,7	266,0	284,4	284,6
1992	272,1	302,9	271,8	272,9	216,8	257,7	295,4	272,0	278,2	302,7
1993	270,4	306,9	277,7	271,6	218,7	258,0	293,2	274,0	276,4	304,2
1994	266,1	301,3	280,3	265,7	219,4	261,1	284,5	262,5	275,5	267,6
1995	262,3	:	274,9	263,2	221,2	262,2	281,7	267,3	260,9	302,4
1996	259,6	:	268,2	258,9	218,2	257,4	279,7	257,1	258,2	281,2
1997	:	:	262,5	251,7	217,2	258,2	273,1	253,8	254,9	249,8
1998	:	:	260,3	249,9	211,8	258,7	279,3	251,1	256,2	271,1
1999	:	:	:	243,4	:	:	:	:	:	237,4
2000	:	:	:	:	:	:	:	:	:	259,3

Quelle: Datenbank „Health for All“, WHO, 2002.

5.2.9 Standardisierte Sterbeziffer durch bösartige Neubildungen, alle Altersstufen, Frauen

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1970	158,3	174,9	194,8	:	102,4	125,9	142,5	178,7	146,9	:
1975	157,4	171,4	190,9	:	111,7	130,1	143,1	190,4	145,0	183,5
1980	153,6	168,9	200,9	:	116,8	119,6	136,8	180,8	143,5	194,0
1985	152,5	162,2	200,8	:	116,8	115,6	132,7	177,1	147,5	181,1
1990	150,4	154,9	201,4	160,4	113,1	118,4	129,2	181,8	144,8	170,0
1991	150,9	155,4	206,4	163,6	112,6	119,5	128,9	185,4	145,9	158,6
1992	150,1	156,3	203,7	162,4	115,1	117,4	128,8	187,7	144,2	159,9
1993	149,6	153,3	204,1	162,0	116,2	118,2	129,3	180,8	143,8	158,4
1994	147,7	154,3	206,8	158,9	116,3	118,9	126,5	182,5	142,8	154,0
1995	145,5	:	209,4	156,4	114,7	117,8	126,2	178,2	135,9	146,8
1996	143,9	:	200,9	154,6	116,6	114,7	125,5	173,0	135,9	140,8
1997	142,0	:	204,4	150,6	115,0	114,3	123,4	177,7	135,8	160,6
1998	141,1	:	196,8	150,6	112,4	112,9	125,9	171,8	133,3	143,3
1999	:	:	:	147,4	:	:	:	:	131,6	134,8
2000	:	:	:	:	:	:	:	:	:	141,5

Quelle: Datenbank „Health for All“, WHO, 2002.

(je 100 000 Männer)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
277,7	290,8	:	287,1	200,5	284,4	:	204,3	261,1	1970
299,5	282,3	187,3	271,6	229,5	282,8	212,1	209,9	270,2	1975
307,6	284,4	210,6	273,5	220,4	284,0	189,4	214,8	262,0	1980
305,6	269,1	214,9	258,3	202,6	285,7	216,0	229,4	280,7	1985
296,4	267,8	219,1	237,7	199,5	276,0	227,0	222,6	263,4	1990
295,3	269,0	214,9	228,9	199,8	275,7	234,1	225,1	263,0	1991
294,6	263,2	222,2	231,8	196,8	274,6	203,8	224,8	259,3	1992
292,2	265,2	228,8	230,1	194,5	267,0	182,1	229,7	253,6	1993
285,6	250,9	229,5	221,5	191,8	261,7	189,7	229,4	248,0	1994
281,9	249,7	234,8	220,6	190,9	257,6	201,6	227,2	227,5	1995
279,8	245,3	239,5	224,3	190,5	251,6	240	227,8	223,5	1996
272,9	241,7	240,6	210,4	195,7	243,8	241,6	228,8	218,9	1997
270,4	237,6	243,0	211,9	192,5	243,2	:	223,2	:	1998
270,2	232,5	243,1	208,3	:	235,6	:	:	:	1999
:	225,6	:	:	:	:	:	:	:	2000

(je 100 000 Frauen)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
177,2	190,3	:	149,5	159,4	174,3	:	146,9	165,1	1970
170,2	178,4	119,2	144,8	166,1	176,8	166,0	146,4	155,3	1975
159,6	172,6	127,3	140,8	159,6	181,5	148,8	146,0	151,3	1980
162,8	165,6	123,0	137,9	147,3	188,0	157,7	151,2	153,3	1985
162,4	160,7	126,9	136,9	144,2	185,5	176,9	150,4	146,8	1990
162,3	158,1	126,5	132,0	143,7	183,3	156,9	145,5	145,8	1991
160,0	159,1	125,7	134,7	143,0	182,4	162,5	144,1	144,6	1992
162,2	158,3	127,7	135,0	143,9	178,7	185,5	149,7	142,3	1993
162,4	155,2	122,7	125,9	138,0	176,8	171,0	154,1	138,8	1994
158,8	152,9	125,6	130,2	142,3	174,1	173,2	151,6	132,5	1995
161,1	146,7	124,3	123,0	140,6	171,6	178,9	158,4	127,1	1996
161,5	145,2	123,6	129,8	140,4	168,8	168,8	156,4	127,8	1997
158,5	140,3	123,2	126,0	138,0	167,0	:	145,7	:	1998
161,6	140,4	122,3	121,6	:	164,7	:	:	:	1999
:	141,0	:	:	:	:	:	:	:	2000

5.2.10 Standardisierte Sterbeziffer durch sämtliche Krankheiten des Atmungssystems, alle Altersgruppen, Männer

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1970	144,9	138,9	79,5	:	110,4	129,3	91,2	228,0	137,2	:
1975	131,5	119,7	86,1	:	105,8	150,8	88,5	179,7	124,3	90,8
1980	110,2	109,9	93,0	:	75,7	109,7	77,6	187,5	97,4	70,6
1985	100,5	115,4	93,0	:	59,0	106,0	74,0	195,0	90,5	86,9
1990	88,5	110,3	86,1	84,1	49,0	107,0	66,3	175,5	75,2	85,8
1991	84,7	105,9	78,3	78,4	48,4	103,0	62,9	159,5	69,8	81,7
1992	80,6	106,5	81,5	73,8	55,6	95,4	63,8	148,7	63,7	87,5
1993	89,1	119,5	87,1	75,0	49,4	98,5	65,5	158,7	61,6	82,4
1994	82,7	108,1	85,4	73,1	47,6	93,0	60,1	157,7	62,4	86,2
1995	85,9	:	94,1	72,5	47,8	98,1	62,9	170,3	61,2	81,3
1996	84,4	:	89,9	70,3	47,0	99,3	65,3	155,4	55,9	78,8
1997	83,2	:	90,0	65,2	43,6	97,1	64,0	157,6	59,1	76,7
1998	83,2	:	84,2	61,6	53,2	102,7	66,2	152,8	60,7	91,4
1999	:	:	:	62,0	:	:	:	:	:	91,1
2000	:	:	:	:	:	:	:	:	:	76,6

Quelle: Datenbank „Health for All“, WHO, 2002.

5.2.11 Standardisierte Sterbeziffer durch sämtliche Krankheiten des Atmungssystems, alle Altersgruppen, Frauen

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1970	73,1	54,6	41,1	:	78,7	81,2	44,9	141,4	75,4	:
1975	61,5	46,8	45,4	:	74,1	84,4	39,5	109,8	58,2	32,4
1980	49,8	35,4	48,4	:	51,0	53,5	30,9	111,6	40,8	26,3
1985	42,9	34,6	50,0	:	37,7	45,7	31,2	107,1	34,2	37,5
1990	39,3	35,3	49,8	33,2	31,7	42,8	30,1	97,4	28,0	32,0
1991	37,4	33,4	47,5	30,2	31,7	39,4	27,7	101,0	25,4	33,6
1992	35,6	35,3	50,1	27,6	35,2	35,4	28,9	88,4	24,1	32,2
1993	42,0	40,2	55,7	29,3	31,3	36,7	30,5	95,3	22,7	39,2
1994	38,5	36,7	54,1	29,1	28,9	34,2	27,0	91,8	23,8	34,5
1995	40,6	:	61,8	29,0	30,5	35,7	28,4	102,8	22,4	31,5
1996	40,5	:	64,8	28,7	29,3	36,3	29,9	99,6	20,8	31,3
1997	40,8	:	58,3	26,6	28,5	36,2	30,4	98,8	22,7	33,4
1998	41,1	:	60,1	26,1	33,9	38,6	32,0	96,4	23,4	35,0
1999	:	:	:	27,6	:	:	:	:	:	41,9
2000	:	:	:	:	:	:	:	:	:	32,8

Quelle: Datenbank „Health for All“, WHO, 2002.

5 Todesursachen

(je 100 000 Männer)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
98,6	142,8	:	153,3	66,4	240,1	:	102,1	94,7	1970
90,4	108,9	155,0	142,4	57,3	208,3	115,7	101,3	77,9	1975
76,8	74,7	119,2	142,5	61,5	195,0	90,7	88,3	69,3	1980
91,1	79,6	109,8	124,9	82,8	144,9	81,1	94,7	61,8	1985
95,5	60,7	98,6	102,3	67,8	117,7	78,4	92,4	79,6	1990
94,2	57,4	96,4	91,1	63,7	117,9	76,1	83,3	65,2	1991
85,4	56,6	87,7	91,8	64,5	111,0	82,2	86,4	63,7	1992
109,2	54,4	98,8	102,9	70,4	150,1	80,5	100,3	67,6	1993
92,3	46,8	91,2	87,4	58,9	132,7	73,7	82,5	64,3	1994
99,7	48,3	98,3	90,9	60,2	143,5	81,0	91,9	56,9	1995
101,1	46,4	102,9	97,1	63,9	137,2	91,8	71,9	53,6	1996
98,6	45,6	110,5	92,1	55,0	138,3	69,5	71,8	60,2	1997
102,0	45,2	113,1	92,0	51,3	133,6	:	67,3	:	1998
100,0	48,5	132,8	89,7	:	142,1	:	:	:	1999
:	47,5	:	:	:	:	:	:	:	2000

(je 100 000 Frauen)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
47,2	72,4	:	75,4	43,7	112,1	:	74,3	45,0	1970
33,7	59,2	78,2	62,0	28,8	99,0	68,3	73,9	34,8	1975
29,8	37,1	57,5	58,6	34,1	101,0	65,0	53,9	29,5	1980
34,4	32,9	48,2	48,9	44,4	71,4	83,7	59,0	24,9	1985
36,7	26,7	45,0	42,4	36,4	65,0	69,3	55,6	37,2	1990
36,5	24,4	40,5	38,8	36,2	65,8	63,9	53,2	27,7	1991
33,0	23,7	38,5	39,8	35,3	62,0	81,0	55,4	29,3	1992
45,9	23,4	44,7	48,7	41,6	91,7	79,0	65,6	31,7	1993
38,2	21,9	39,1	38,8	34,4	80,5	72,6	51,5	28,8	1994
42,6	20,0	44,3	37,7	35,7	89,6	86,0	56,0	22,6	1995
43,4	20,5	46,6	41,4	37,2	86,8	73,4	44,7	23,0	1996
44,0	20,7	48,8	38,8	33,5	90,5	52,5	44,6	27,7	1997
46,9	20,2	51,0	38,1	30,2	87,9	:	44,9	:	1998
49,2	23,2	61,3	39,6	:	96,2	:	:	:	1999
:	23,9	:	:	:	:	:	:	:	2000

5.3.1 Todesfälle durch Alkoholmissbrauch (einschließlich Alkoholpsychosen), nach Geschlecht und Alter, 1998

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
Männer										
Insgesamt	8 939	:	225	4 498	32	231	1 992	73	180	18
Unter 15	2	:	:	2	:	:	:	:	:	:
20-24	19	:	:	10	:	:	3	:	:	:
25-29	54	:	:	23	:	:	9	2	3	:
30-34	244	:	3	145	:	4	43	5	9	:
35-39	517	:	6	287	:	7	108	6	10	1
40-44	945	:	28	494	4	21	207	11	14	3
45-49	1 155	:	27	579	1	21	264	13	15	:
50-54	1 257	:	40	569	2	29	280	10	19	5
55-59	1 386	:	39	783	4	27	236	10	26	2
60-64	1 189	:	25	667	5	32	237	5	23	3
65-69	925	:	25	446	5	44	216	4	26	2
70-74	601	:	16	259	7	24	175	4	17	1
75-79	381	:	8	137	3	14	130	3	6	:
80-84	146	:	7	49	1	3	49	:	8	1
ab 85	118	:	1	48	:	5	35	:	4	:
Frauen										
Insgesamt	2 511	:	62	1 267	2	39	549	36	31	5
Unter 15	0	:	:	:	:	:	:	:	:	:
20-24	5	:	:	3	:	:	:	:	:	:
25-29	11	:	:	8	:	:	2	:	:	:
30-34	52	:	:	25	:	2	9	:	1	:
35-39	153	:	2	74	:	:	35	3	2	:
40-44	258	:	5	126	:	3	64	4	0	1
45-49	310	:	11	141	1	3	77	8	5	1
50-54	310	:	11	138	:	6	58	8	3	1
55-59	313	:	9	168	:	5	57	2	2	:
60-64	318	:	8	188	:	4	48	4	3	1
65-69	252	:	3	125	:	2	69	2	6	:
70-74	197	:	6	96	1	3	54	2	3	:
75-79	153	:	4	76	:	5	34	1	1	1
80-84	81	:	2	37	:	2	20	2	1	:
ab 85	98	:	1	62	:	4	22	:	4	:

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
									Männer
178	237	57	253	405	426	:	148	173	Insgesamt
:	:	:	:	:	:	:	:	:	Unter 15
:	1	:	2	:	:	:	1	:	20–24
1	4	:	2	1	6	:	:	2	25–29
2	8	4	9	3	9	:	:	3	30–34
7	14	2	23	14	25	:	6	12	35–39
15	16	8	32	22	59	:	6	10	40–44
24	24	6	48	47	66	:	15	11	45–49
25	40	10	40	96	66	:	22	21	50–54
36	41	5	33	66	69	:	18	19	55–59
23	20	8	22	60	45	:	21	21	60–64
17	33	3	17	35	38	:	23	21	65–69
7	21	4	12	25	16	:	14	20	70–74
9	8	4	10	23	15	:	12	15	75–79
9	2	1	1	5	9	:	6	9	80–84
3	5	2	2	8	3	:	4	9	ab 85
									Frauen
51	51	9	62	86	207	:	28	46	Insgesamt
:	:	:	:	:	:	:	:	:	Unter 15
:	:	:	:	:	1	:	:	:	20–24
:	:	:	:	:	1	:	:	:	25–29
1	1	1	3	1	8	:	:	2	30–34
2	5	:	6	2	17	:	:	:	35–39
3	3	:	12	11	19	:	3	:	40–44
5	6	1	10	12	26	:	5	6	45–49
10	10	:	5	18	36	:	6	11	50–54
6	8	1	8	11	26	:	1	6	55–59
7	3	:	9	11	23	:	4	1	60–64
7	2	1	3	8	20	:	1	2	65–69
3	5	2	5	4	12	:	4	8	70–74
4	2	:	1	5	12	:	4	6	75–79
2	4	2	:	2	5	:	:	1	80–84
1	2	1	:	1	1	:	:	3	ab 85

5.3.2 Akute drogenbedingte Todesfälle ⁽¹⁾

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I
1985	:	:	150	324	10	140	172	19	242
1986	:	:	109	348	28	151	185	6	292
1987	:	:	140	442	56	226	228	4	543
1988	:	:	135	670	62	327	236	7	809
1989	:	:	123	991	72	426	318	5	974
1990	:	:	115	1 491	66	444	350	7	1 161
1991	6 406	314	188	2 125	79	553	411	8	1 383
1992	6 827	325	208	2 099	79	536	499	14	1 217
1993	7 239	346	210	1 738	78	421	454	18	888
1994	7 610	376	271	1 624	146	367	564	19	867
1995	6 820	346	274	1 565	176	371	465	43	1 195
1996	:	:	268	1 712	222	381	393	53	1 566
1997	:	:	275	1 501	232	321	228	81	1 160
1998	:	:	251	1 674	245	271	143	97	1 080
1999	:	:	239	1 812	255	258	118	85	1 002
2000	:	:	247	2 030	303	254	120	89	1 016

Hinweis: Die hier angegebenen Zahlen entsprechen den in den EU-Staaten nach den einzelstaatlichen Definitionen aufgezeichneten Zahlen; siehe Hinweis 1.

⁽¹⁾ Die Daten der einzelnen Länder sind nicht unmittelbar vergleichbar, da erhebliche Unterschiede bei den Falldefinitionen bestehen. In einigen Ländern weichen die herkömmlichen einzelstaatlichen Definitionen der „Drogentoten“ von den hier vorgelegten Definitionen ab; ggf. sind hierin auch nur indirekt drogenbedingte Tote (z. B. AIDS-Tote) oder Unfälle enthalten.

⁽²⁾ England und Wales

⁽³⁾ Nordirland.

⁽⁴⁾ Schottland.

⁽⁵⁾ Korrigierter Index: 1985 = 100 Prozent. Technische Einzelheiten siehe EBDD-Veröffentlichung unter Projekt CT.99.RTX.04.

Quelle: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD), Jahresbericht 2001.

L	NL	A	P	FIN	S	UK(*)	UK(*)	UK(*)	Korrigierter Index(*)	
1	40	:	:	:	:	2 260	100	:	100	1985
3	42	:	18	:	:	2 341	104	:	107	1986
5	23	:	22	:	:	2 316	119	:	126	1987
4	33	:	33	11	:	2 343	138	:	151	1988
8	30	40	52	23	:	2 238	155	:	178	1989
11	43	43	82	41	64	2 356	182			1990
17	49	71	121	34	62	2 374	217	:	213	1991
17	43	129	156	27	67	2 628	224	:	248	1992
15	38	156	115	26	82	2 654	202	::	252	1993
29	50	173	143	35	85	2 861	212	:	222	1994
22	33	170	198	51	71	3 035	223	422	233	1995
17	63	191	232	43	124	3 221	247			1996
10	70	136	235	43	99	3 344	225	426	249	1997
16	61	109	337	52	81	3 411	228	460	281	1998
18	76	128	369	65	99	3 485	233	447	247	1999
26	:	167	318	:	:	3 495	242	449	253	2000

6 GESUNDHEITSWESEN

6.1 Humanressourcen im Gesundheitswesen

6.1.1 Humanressourcen im Gesundheits- und Sozialwesen

Wie aus der **Arbeitskräfteerhebung (AKE)** von Eurostat hervorgeht, stieg die Zahl der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen von 1995 bis 2000 stetig an, und zwar von 13 auf 15 Millionen (**6.1.1**). Die Datenerhebung im Rahmen der AKE erfolgt in Einklang mit der Statistischen Systematik der Wirtschaftszweige in der Europäischen Gemeinschaft (NACE Rev. 1). Der Anteil des Abschnitts N (Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen, siehe Kasten) dieser Systematik an der Gesamtbeschäftigung wuchs im selben Zeitraum von 9,0 % auf 9,5 % (**6.1.2**). Die Beschäftigungsdaten der AKE beziehen sich sowohl auf Arbeitnehmer als auch auf Selbstständige und schließen sämtliche Berufe ein. Sie berücksichtigen das gesamte Personal der Gesundheitsdienste und sozialen Pflegedienste und ergänzen die detaillierteren Daten zu ausgewählten Gruppen von Angehörigen der Gesundheitsberufe (**6.1.3 bis 6.1.27**). Im Rahmen der AKE kann nur die Beschäftigungssituation für Gesundheitsdienste und soziale Pflegedienste insgesamt erfasst werden. Dies kann zu einer überhöhten Darstellung der Beschäftigungszahlen der Gesundheitsdienste in den vorhandenen AKE-Daten führen, da der auf die sozialen Pflegedienste entfallende Anteil nicht bekannt ist. Andererseits können dadurch aber auch die Beschäftigungszahlen der Gesundheitsdienste in den AKE-Daten zu niedrig angesetzt werden, da einige Anbieter von Gesundheitsdiensten (insbesondere im Bereich der Herstellung von medizinischen Produkten sowie im Groß- und Einzelhandel) anderen Wirtschaftsbereichen der AKE zugeordnet werden.

Einen genaueren Einblick vermittelt die spezifische Betrachtung der Berufs- und Tätigkeitsgruppen des Gesundheitsbereichs (**6.1.1 und 6.1.2**). Zum einen werden dabei die Beschäftigungszahlen des Gesundheitswesens und des Sozialwesens in Berufskategorien aufgeschlüsselt, zum anderen wird die Anzahl der in anderen Wirtschaftszweigen tätigen Angehörigen der Gesundheitsdienstberufe ausgewiesen. Die auf diese Weise erzielten Ergebnisse sind allerdings noch nicht voll zufrieden stellend. In zehn Mitgliedstaaten und EWR-Ländern war im Zeitraum 1999 bis 2000 ein Anstieg der Beschäftigungszahlen der Gesundheits- und sozialen Pflegedienste zu verzeichnen. In vier Mitgliedstaaten und EWR-Ländern (Dänemark, Griechenland, Italien und Schweden) sanken diese Beschäftigungszahlen, in den übrigen vier Ländern (Österreich, Finnland, Vereinigtes Königreich und

Irland) blieben sie gleich. Im Jahr 2000 wiesen Schweden und Dänemark mit 18,5 % bzw. 17,4 % die höchsten Anteile von Beschäftigten im Gesundheits- und im sozialen Bereich auf. Damit waren diese Anteile mehr als dreimal so hoch wie die niedrigsten Anteile, die in Griechenland (4,7 %), Portugal (5,1 %) und Spanien (5,3 %) zu verzeichnen waren. Die prozentualen Anteile der Beschäftigten im Gesundheits- und im sozialen Bereich in Schweden und Dänemark werden zu einem großen Teil durch eine einzige Berufsgruppe bestimmt, die Gruppe der Pflege- und verwandten Berufe. In EU-15 beträgt der Anteil dieser Gruppe an der Gesamtbeschäftigung im Gesundheits- und im sozialen Bereich 24,6 %, in Dänemark und Schweden liegt er sogar bei 41,2 bzw. 51,0 %. Da die Pflege- und verwandten Berufe auf den ersten Blick eher dem sozialen als dem Gesundheitsbereich angehören, sind die Unterschiede der Beschäftigungszahlen im Gesundheitsbereich wahrscheinlich weniger signifikant, als die AKE-Daten dies insgesamt vermuten lassen.

Die AKE-Beschäftigungszahlen nach Berufskategorie machen auch deutlich, dass sich die einzelnen Berufsgruppen — was ihre Rolle in den nationalen Prozessen zur Erbringung von Gesundheits- und sozialen Pflegeleistungen betrifft — tendenziell von Land zu Land unterscheiden. Die prozentualen Anteile der „Wissenschaftler“ einerseits und der „Techniker und gleichrangigen nichttechnischen Berufe“ andererseits differieren erheblich. Beim Anteil der „Wissenschaftler“ an der Gesamtbeschäftigung stehen Belgien, Spanien und Irland mit 41,3, 40,4 bzw. 40,1 % an der Spitze, während Dänemark mit 8,1 % an letzter Stelle rangiert. In Österreich, Italien und Deutschland entfällt der höchste Anteil auf „Techniker und gleichrangige nichttechnische Berufe“ (48,5, 45,1 bzw. 44,0 %), während der Anteil dieser Gruppe an der Gesamtbeschäftigung in Spanien nur bei 10,5 % liegt. Ähnliche Unterschiede weisen auch die Zahlen für die Angehörigen der Gesundheitsdienstberufe auf, die außerhalb des Gesundheits- und Sozialwesens tätig sind. In Spanien, Irland und Belgien beträgt ihr Anteil mehr als 35 % der Gesamtbeschäftigung des Sektors, während er in Dänemark nur bei 7,6 % liegt.

Aus diesen Feststellungen ist ersichtlich, dass bei einer Analyse der detaillierten Beschäftigungszahlen des Gesundheits- und des sozialen Bereichs in Tabelle **6.1.3 bis 6.1.27** die erheblichen Unterschiede in der Bedeutung dieser Berufsgruppen für das Gesundheitssystem des jeweiligen Landes berücksichtigt werden müssen. Ein direkter Vergleich der Versorgungsdichte (Anzahl der Mediziner, Apotheker, Krankenschwestern und -pfleger usw. pro 100 000 Einwohner) in den einzelnen Ländern setzt die Vergleichbarkeit der ausgeübten Tätigkeiten voraus, was nicht immer der Fall ist.

Die **Arbeitskräfteerhebung (AKE)** basiert auf der Verordnung (EWG) Nr. 3711/91 des Rates vom 16. Dezember 1991. Die verwendeten Begriffe und Definitionen sind im Wesentlichen identisch mit den Begriffen und Definitionen, die 1982 bei der XIII. Internationalen Konferenz der Arbeitsstatistiker vereinbart und in den Erhebungen der Gemeinschaft von 1983 bis 1991 verwendet wurden. So ist eine hohe Vergleichbarkeit der Ergebnisse der beiden Serien gewährleistet. 1998 wurde die genannte Verordnung durch die Verordnung (EWG) Nr. 577/98 des Rates ersetzt, die den neuen statistischen Anforderungen Rechnung trägt. Die Datenerhebung erfolgte von 1960 bis 1983 alle zwei Jahre, von 1984 bis 1992 jährlich und danach vierteljährlich. Seit 1995 deckt die Arbeitskräfteerhebung 15 Mitgliedstaaten und 700 000 private Haushalte ab. Die Begriffe und Definitionen wurden auf internationaler Ebene vereinbart. Der Grad der Vergleichbarkeit zwischen den Mitgliedstaaten ist wesentlich höher als der jeder anderen Sammlung statistischer Daten zu Beschäftigung und Arbeitslosigkeit.

Die Arbeitskräfteerhebung wird jährlich auf der Grundlage eines überarbeiteten Satzes von Begriffen durchgeführt, die so gestaltet sind, dass ein besseres Maß an Vergleichbarkeit unter den Mitgliedstaaten und möglichst auch mit anderen Ländern gewährleistet wird. Die methodischen Grundlagen und der Inhalt der Erhebung werden in der von Eurostat veröffentlichten Publikation *Erhebung über Arbeitskräfte — Methodik und Definition (1998)* beschrieben. Bei der Arbeitskräfteerhebung werden alle Personen, die nicht als beschäftigt oder arbeitslos klassifiziert werden, als inaktiv bezeichnet. Eine Arbeitskräfteerhebung ist eine Befragung der Haushalte, bei der im persönlichen Gespräch Informationen über den Arbeitsmarkt und zugehörige Themen ermittelt werden sollen. Da eine Einbeziehung sämtlicher Haushalte (wie bei Volkszählungen) ohne Zweifel mit erheblichen Kosten verbunden wäre, beschränken sich Arbeitskräfteerhebungen in der Regel auf eine Stichprobe von Haushalten, deren tatsächliche Größe in erster Linie vom erforderlichen Detaillierungsgrad der Schätzungen abhängt, die anhand der Erhebungen erstellt werden.

Daten zu den Humanressourcen nach Beruf werden gemäß **ISCO-88 (KOM)** codiert, einem Klassifizierungssystem auf der Basis der **Internationalen Standardklassifikation der Berufe** (ISCO-88), die von der IAO (Internationale Arbeitsorganisation) eingeführt wurde. Mit ISCO können frühere, aktuelle und zukünftige Tätigkeiten klassifiziert werden. Personen werden danach klassifiziert, inwieweit ihnen eine Tätigkeit tatsächlich oder potenziell zugeordnet werden kann. Die Klassifizierung von Tätigkeiten erfolgt auf der Basis der wahrgenommenen bzw. wahrzunehmenden Aufgaben und Pflichten. Die wichtigsten Kriterien für die Definition des Systems von Berufshauptgruppen, Berufsgruppen, Berufsuntergruppen und Berufsgattungen sind die „skill levels“ (entsprechend dem Grad der Komplexität der entsprechenden Aufgabe) und die

„skill specialisations“ (die Spezialgebiete, denen die erforderlichen Kenntnisse entstammen), die zur Ausführung der Aufgaben und Pflichten der Berufe erforderlich sind. Jedes Land muss bei der Erhebung und Verarbeitung nach dem Beruf klassifizierter statistischer Daten (z. B. zur Verwendung für Arbeitsmarktanalyse, Bildungsplanung, Personalplanung, Analyse des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz, Gehaltsanalyse usw.) die Möglichkeit zur Übertragung in die Klassifikation ISCO-88 gewährleisten, damit Beschäftigungsdaten international verwendet werden können.

***NACE Rev. 1** ist die Statistische Systematik der Wirtschaftszweige in der Europäischen Gemeinschaft. Sie wurde 1990 mit der Verordnung (EWG) Nr. 3037/1990 des Rates vom 9. Oktober 1990 eingeführt. Das Akronym „NACE“ leitet sich von der französischen Bezeichnung ab: Nomenclature générale des activités économiques dans les Communautés Européennes. Bei der Erfassung von Daten im Rahmen der Arbeitskräfteerhebung wird NACE Rev. 1 zugrunde gelegt. Diese Systematik umfasst den Abschnitt N: Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen.*

Von Eurostat wurde ein Projekt gestartet, das die umfassende und detaillierte Erfassung der Humanressourcen im Gesundheitswesen (**Health Care Human Resources**) zum Ziel hat. Koordiniert wird dieses Projekt vom **BASYS-Institut** (siehe Augsburg 2001). Das Projekt soll anhand verschiedener Datenquellen (einschließlich der Arbeitskräfteerhebungen) einen vollständigen Überblick über die mit der Erbringung der Gesundheitsdienstleistungen befassten Arbeitskräfte und die Arbeitsaufteilung auf die verschiedenen Berufs- und Tätigkeitsgruppen liefern. Das Projekt baut auf einer ersten, von BASYS durchgeführten Bestandsaufnahme der Humanressourcen der europäischen Gesundheitssysteme auf (**Human Resources of European Health Systems**). Diese Bestandsaufnahme macht auch das Problem deutlich, dass in einigen Bereichen nur in begrenztem Umfang Daten vorliegen [Akteure gemäß der Klassifikation ICHA-HP (siehe 6.4.4)] und dass für die Aufschlüsselung der Daten unterschiedliche Ebenen verwendet werden (Alter, Geschlecht, Beschäftigtenzahl usw.). Diese Problematik sowie die unterschiedliche Qualität der Berichterstattung machen es schwierig, vergleichbare Statistiken zu Humanressourcen auf der europäischen Ebene vorzulegen (siehe Augsburg 2001). Bei dem neuen Projekt wird der methodische Rahmen des **System of Health Accounts (SHA)** der OECD verwendet (siehe 6.4.4), so dass die resultierenden Daten in vollem Umfang mit anderweitig erfassten Daten zu den Gesundheitsausgaben kompatibel sind.

6.1.2 Ärzte

In allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, mit Ausnahme von Österreich, unterliegt das Medizinstudium Zugangsbeschränkungen. In Frankreich ist der Zugang zum Medizinstudium zwar nicht beschränkt, doch ist die Zulassung zum zweiten Studienjahr an das Bestehen eines Eignungstests (Concours) gebunden. Gemäß der Richtlinie 93/16/EWG des Rates muss die medizinische Grundausbildung in der Europäischen Union mindestens sechs Jahre bzw. 5 500 Stunden an einer Universität oder unter der Aufsicht einer Universität umfassen. Die Mehrzahl der Mitgliedstaaten erfüllt diese Bedingung. Kürzer ist die Mindestdauer der Ausbildung jedoch in zwei Mitgliedstaaten, Vereinigtes Königreich (4 bzw. 5 Jahre) und Schweden (5,5 Jahre), länger ist sie in Finnland (6,5 Jahre) und Belgien (7 Jahre). In einigen Mitgliedstaaten der Europäischen Union erhalten Ärzte die Zulassung zur eigenverantwortlichen Ausübung des ärztlichen Berufs unmittelbar nach Abschluss ihres Medizinstudiums. Dies ist in Griechenland, Italien, Spanien, den Niederlanden und Belgien der Fall. In anderen Mitgliedstaaten absolvieren die Ärzte nach Abschluss ihrer Ausbildung an einer medizinischen Hochschule eine Probezeit mit einer praktischen Postgraduiertenausbildung, nach deren erfolgreichem Abschluss sie eigenverantwortlich als Arzt tätig sein dürfen. Die Dauer dieser Ausbildungsphase ist unterschiedlich: im Vereinigten Königreich und Irland beträgt sie zwölf Monate (so dass diese Länder die Grundvoraussetzungen der Richtlinie erfüllen), in Deutschland, Portugal und Schweden liegt sie bei 18 Monaten. In Luxemburg erteilt das Gesundheitsministerium aufgrund eines in einem anderen EU-Mitgliedstaat erworbenen Diploms die Zulassung zur Ausübung des ärztlichen Berufs (eine Postgraduiertenausbildung ist in Luxemburg nicht möglich). Die Approbation als Arzt allein bedeutet nicht, dass der Arzt auch im Rahmen des jeweiligen Sozialversicherungssystems tätig werden darf. Sowohl für die Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitswesen als auch für die Tätigkeit im Rahmen des Sozialversicherungssystems ist eine allgemeinmedizinische Weiterbildung oder eine Weiterbildung in einem Fachgebiet erforderlich. In Frankreich, Finnland und Österreich wird die Zulassung zur eigenverantwortlichen Ausübung des ärztlichen Berufs erst nach Abschluss einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem Fachgebiet erteilt. Daher gibt es in diesen Ländern keine Ärzte, die nur über eine „Approbation“ verfügen. Das heißt, dass diese Ärzte ihre Tätigkeit als Arzt erst dann eigenverantwortlich ausüben dürfen, wenn sie ihre Ausbildung zum praktischen Arzt oder Facharzt abgeschlossen haben.

Die Richtlinie 93/16/EWG des Rates sieht vor, dass praktische Ärzte, die ihre Tätigkeit im Rahmen eines Sozialversicherungssystems ausüben wollen, eine

praktische Ausbildung nach Abschluss des Studiums nachweisen müssen. Derzeit liegt die Mindestdauer dieser Ausbildung in Finnland, Italien und Belgien bei 2 Jahren und in Frankreich bei 2,5 Jahren. Praktische Ärzte in Schweden absolvieren in der Regel eine mindestens fünf Jahre dauernde kostenlose Fachausbildung in Familienmedizin/Allgemeinmedizin. In Griechenland, Spanien, Portugal, den Niederlanden, Irland und Österreich muss eine dreijährige allgemeinmedizinische Ausbildung absolviert werden. In Dänemark dauert die allgemeinmedizinische Ausbildung 3,5 Jahre. In Deutschland ist eine vierjährige fachärztliche Ausbildung in Allgemeinmedizin erforderlich, die die 18-monatige Approbationszeit beinhaltet (siehe O.A.-Website).

Die Aussagefähigkeit der Daten zu Ärzten und Zahnärzten wird durch die unterschiedlichen Begriffe beeinträchtigt, die in den Mitgliedstaaten für die jeweiligen Datengruppen verwendet werden. Ärzte und Zahnärzte können z. B. als „approbiert“, „wirtschaftlich aktiv“ oder „behandelnd tätig“ klassifiziert werden; häufig liegen Daten zu zwei oder mehr methodischen Konzepten vor. Es liegt auf der Hand, dass definitive Aussagen über die Ärztedichte kaum möglich sind, selbst wenn die auf verschiedenen Begriffen basierenden Daten nebeneinander in einer Tabelle präsentiert werden und nur in Fußnoten auf die Unterschiede aufmerksam gemacht wird. Die hier präsentierten Daten beziehen sich auf approbierte Ärzte und auf behandelnd tätige Ärzte.

Laut **Eurostat** nahm die Gesamtzahl der behandelnd tätigen Ärzte in den meisten Mitgliedstaaten während der letzten 20 Jahre stetig zu (**6.1.3**); in Luxemburg hat sie sich in diesem Zeitraum mehr als verdoppelt. Die Zahl der approbierten Ärzte übersteigt in allen Mitgliedstaaten die Zahl der behandelnd tätigen Ärzte (**6.1.3 bis 6.1.5**), wenn auch im Jahr 2000 für die einzelnen Staaten unterschiedliche Quoten ermittelt wurden. Während die Unterschiede in Luxemburg relativ gering sind, weisen Spanien und die Schweiz erhebliche Unterschiede auf. Die Versorgungsdichte in Bezug auf behandelnd tätige Ärzte (Ärzte pro 100 000 Einwohner) ist während der letzten 20 Jahre in allen Mitgliedstaaten und EWR-Ländern gestiegen (**6.1.4**). Griechenland meldete 1999 Quoten von über 400. In fünf Mitgliedstaaten (Belgien, Deutschland, Österreich, Luxemburg und Frankreich) und in drei EWR-Ländern kamen auf 100 000 Einwohner 300 behandelnd tätige Ärzte. In zwei Mitgliedstaaten (den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich) sowie in der Schweiz liegt die Quote unter 200. Allerdings schließen die Zahlen für das Vereinigte Königreich und Irland nur Ärzte mit ein, die für den staatlichen Gesundheitsdienst (National Health Service) tätig sind, und sind daher nicht vergleichbar. Die enorme Spanne bei der Ärztedichte lässt sich jedoch auch auf Unterschiede der Gesundheitssysteme zurückführen. Einige Studien prognostizieren einen voraussichtlichen

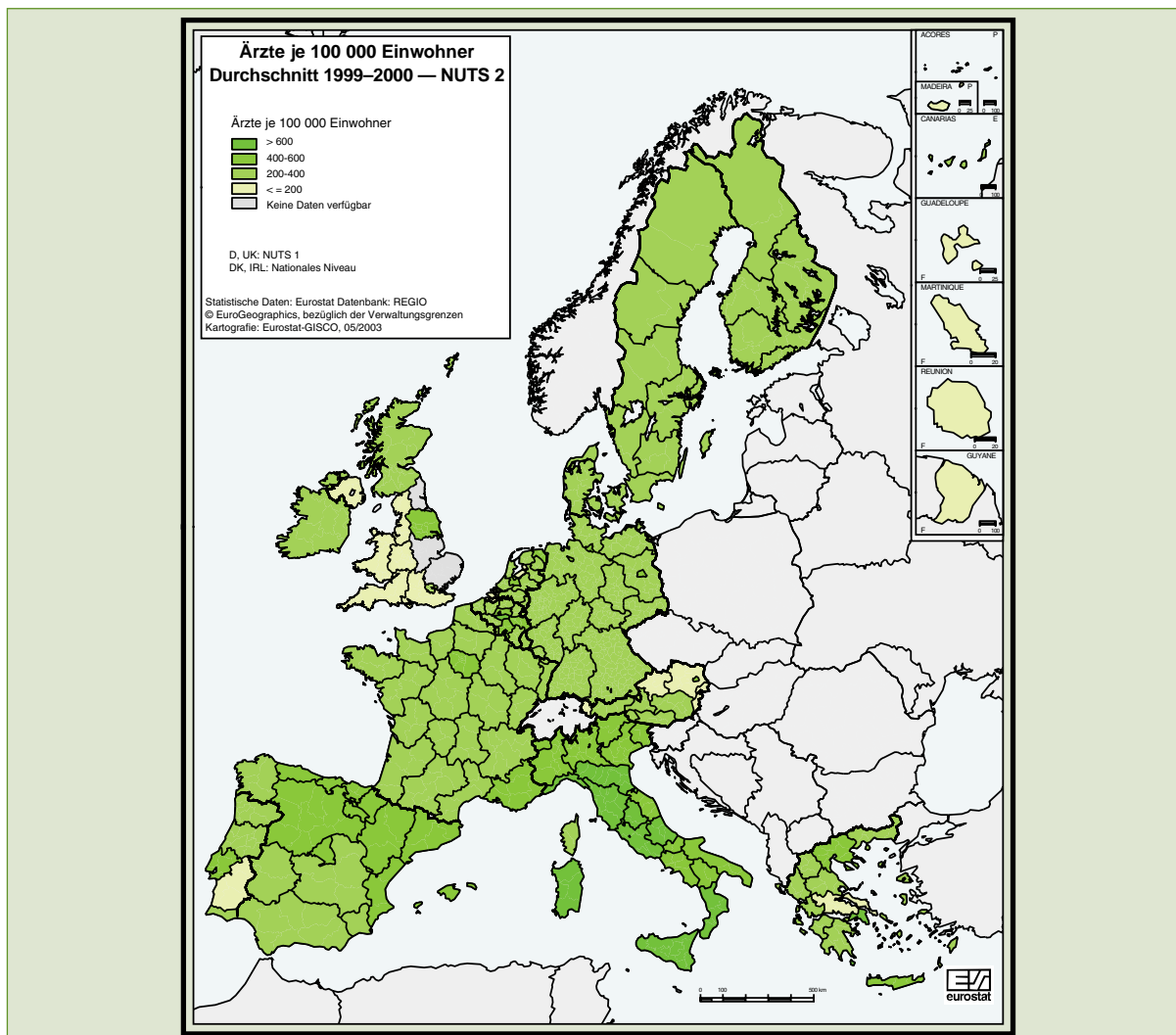
Anstieg der Ärztezahlin einigen Mitgliedstaaten (z. B. in einigen Fachgebieten, aufgrund des zunehmenden Bedarfs bei der Langzeitpflege usw.), während in anderen Mitgliedstaaten (z. B. im Vereinigten Königreich) eine Diskussion über den zusätzlichen Bedarf an Allgemeinmedizinern und Fachärzten als Ersatz für die fehlenden Assistenzärzte in Krankenhäusern im Gange ist (siehe H-B-S 2002).

Die Quote der Versorgungsdichte mit approbierten Ärzten variiert zwischen 250 pro 100 000 Einwohner in Irland und 599 pro 100 000 Einwohner in Italien (6.1.6). Damit liegt diese Spanne erheblich über der für behandelnd tätige Ärzte (6.1.4).

Die Karte 6.1.7 zeigt die durchschnittliche regionale Ärztedichte je 1 000 Einwohner basierend auf den Daten der Ebene NUTS-2 für den Zeitraum 1996-1998. Hier weisen einige Mitgliedstaaten in allen Regionen eine relativ einheitliche Quote auf, während sie in anderen Mitgliedstaaten von Region zu Region variiert. Am höchsten ist die Ärztedichte

in den Großstadtgebieten, z. B. Lazio (I), Brüssel (B), Attika (EL), Wien (A), Madrid (E) und Hamburg (D). Gegenüber 1986 sind die Zahlen in fast allen Regionen der Mitgliedstaaten gestiegen. In Gegenden mit geringer Bevölkerungsdichte werden nur niedrige Quoten erreicht. In den meisten Regionen Italiens und Nordspaniens ist die Versorgungsdichte mit Ärzten recht hoch, weshalb diese Regionen als Nettoexporteure von Ärzten in andere Regionen fungieren, insbesondere ins Vereinigte Königreich. Bei Krankenschwestern und -pflegern wird dieses Phänomen noch deutlicher. Die hohe Ärztedichte in den griechischen Regionen Attika und Kentriki Makedonia (einschließlich der Städte Athen bzw. Thessaloniki) lässt sich durch die weniger strenge Anerkennungspraxis für medizinische Qualifikationen erklären, die in den Beitrittsländern erworben wurden. Alle Regionen der Europäischen Union, mit Ausnahme einiger Teile Griechenlands und Portugals, scheinen über eine ausreichende Ärztedichte zu verfügen.

6.1.7 Ärzte pro 100 000 Einwohner: 1999–2000

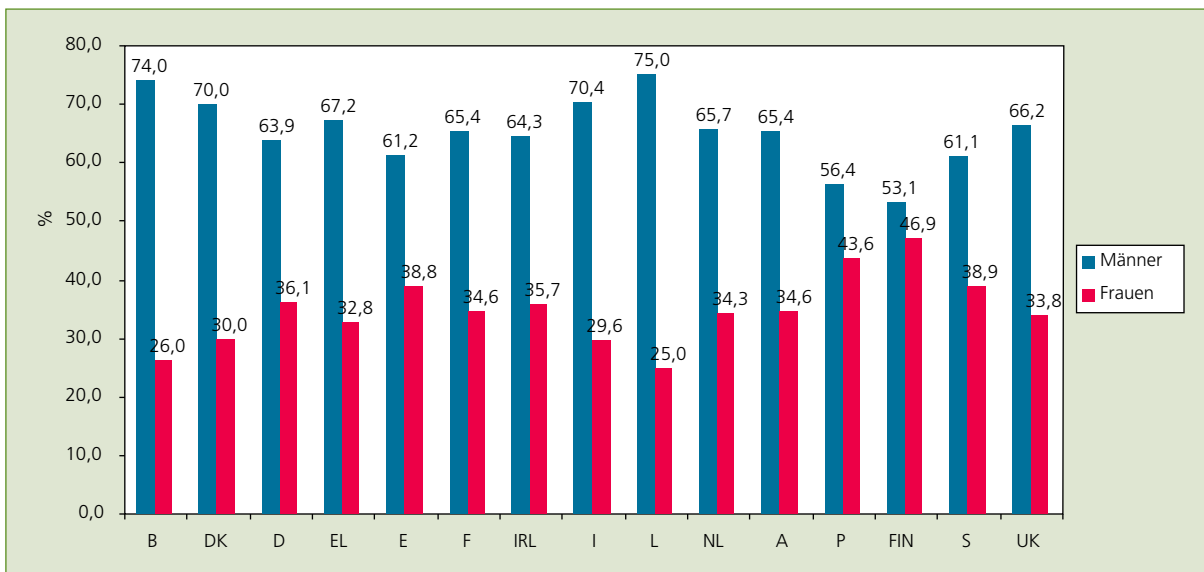


Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

Nach Daten von **Eurostat** gab es 1997 in allen Mitgliedstaaten mehr Ärzte als Ärztinnen (**6.1.8**). Der Anteil der Ärztinnen variierte zwischen 23 % in

Luxemburg und 43 % in Portugal bzw. 47 % in Finnland.

6.1.8 Ärzte nach Geschlecht: letztes Jahr, für das Daten vorliegen



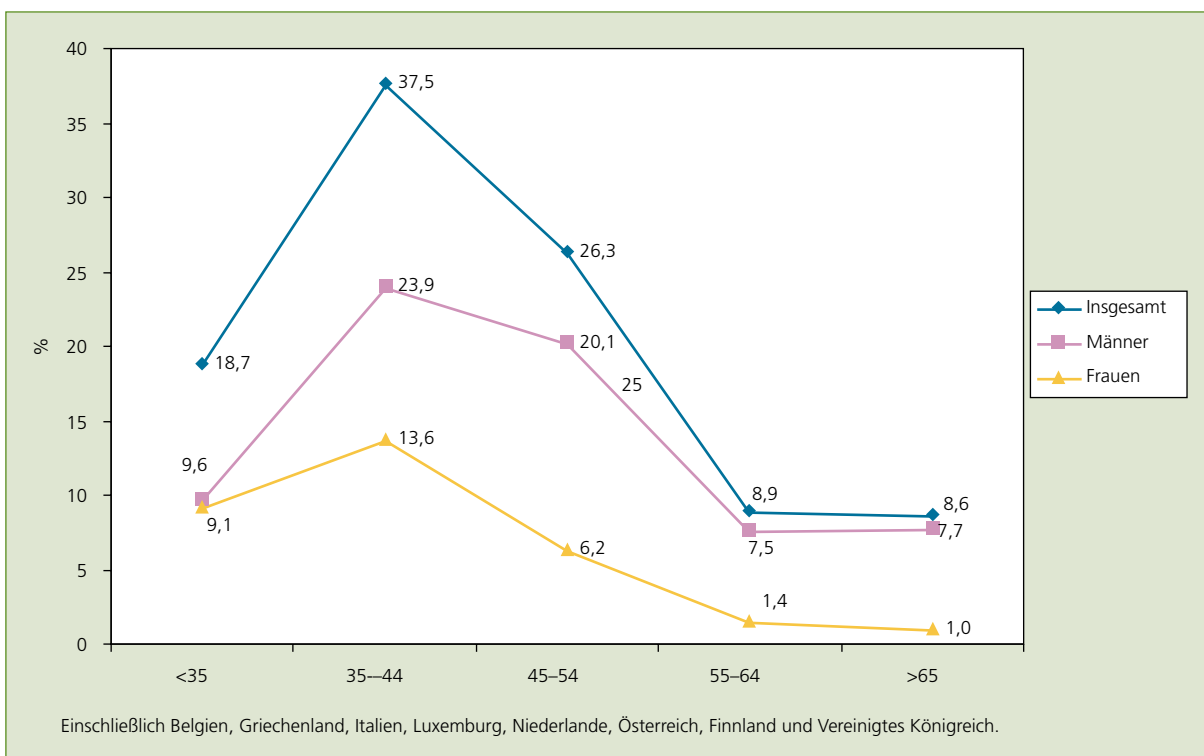
Hinweis: B (1995), DK (1994).

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

Die Grafik **6.1.9** zeigt die Alters- und Geschlechterverteilung der Ärzte in acht Mitgliedstaaten im Jahr 1998. Bis zum Alter von 35 Jahren sind Männer und Frauen in etwa gleich stark vertreten, danach aber steigt der Anteil der Männer stark an. Im Vergleich

zur Verteilung im Jahr 1996 (in der vorherigen Ausgabe der Eckzahlen) ist für beide Geschlechter zusammen eine Zunahme des Anteils der Ärzte unter 35 von 17,6 % auf 18,7 % zu verzeichnen. In der Altersgruppe 45 bis 54 und 55 bis 64 stieg der Anteil

6.1.9 Anteil der Ärzte nach Altersgruppen und Geschlecht: 1998



Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

von 21,5 % auf 26,3 % bzw. von 8,3 % auf 8,9 %. In der Altersgruppe 35 bis 44 sowie in der Altersgruppe ab 65 hingegen sank der Anteil von 43 % auf 37,5 % bzw. von 9,6 % auf 8,6 %.

6.1.3 Fachärzte

Aufgaben, Inhalte und Ausbildungsbedingungen der Facharztstätigkeit in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union basieren auf der Richtlinie 93/16/EWG des Rates vom 5. April 1993 zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise. 2001 wurde eine aktualisierte Version der Ärzterichtlinie als Richtlinie 2001/19/EWG veröffentlicht. Diese Richtlinie, die in den Mitgliedstaaten bis zum 1. Januar 2003 umgesetzt werden muss, umfasst folgende wichtige Änderungen: (a) Die Mindestdauer der Ausbildung von Ärzten für Allgemeinmedizin wird von zwei auf drei Jahre erhöht (Artikel 31b). (b) Beim Umzug in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union müssen die Prüfungszeugnisse von Fachärzten vom Aufnahmestaat auch dann anerkannt werden, wenn das jeweilige Fachgebiet im Aufnahmestaat nicht als eigenständiges Fachgebiet anerkannt ist (Artikel 42b). (c) Beim Umzug in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union prüft der Aufnahmestaat eine außerhalb der Europäischen Union absolvierte Ausbildung und erwägt ihre Anerkennung. Der Aufnahmestaat muss innerhalb von drei Monaten über die Anerkennung entscheiden. Die Einlegung eines Rechtsbehelfs nach innerstaatlichem Recht ist möglich (Artikel 42c). (d) Eine bereits wirksame Verwaltungsänderung ist die Integration der Liste der Bezeichnungen fachärztlicher Weiterbildungen in Form eines Anhangs in die Richtlinie. Dies bedeutet, dass Änderungen nicht vom Ministerrat, sondern vom Ausschuss hoher Beamter für das öffentliche Gesundheitswesen genehmigt werden müssen.

Anhang VI/C der Richtlinie 2001/19/EWG (Ärzterichtlinie) enthält eine Liste von 52 anerkannten fachärztlichen Weiterbildungen. Einige der Weiterbildungen werden in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, andere in zwei oder mehr Mitgliedstaaten anerkannt. Andere Organisationen wie die EUMS (European Union of Medical Specialists) erkennen 74 fachärztliche Weiterbildungen an. 23 dieser 74 Weiterbildungen werden in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, die übrigen 51 in zwei oder mehr Mitgliedstaaten anerkannt. Das Problem der zusätzlichen Spezialisierungen (insgesamt 280 gemäß CSHOP5 (siehe Dok. XVI/D/8536/98) wurde im Beratenden Ausschuss für ärztliche Ausbildung erörtert. Innerhalb der Europäischen Union wurden vier Studien zu diesem Thema durchgeführt (1979, 1983, 1986 und 1996). Eine

große Zahl der zusätzlichen Spezialisierungen unterscheidet sich nur unwesentlich von anerkannten fachärztlichen Weiterbildungen. Die letzte Studie (Rapport Salvatore) schlägt 20 gemeinsame Kernweiterbildungen mit einer Ex-post-Ausrichtung auf andere zusätzliche Spezialisierungen vor. Die Gespräche dauern noch an.

Tabelle **6.1.10** zeigt die Zahl der Fachärzte auf der Basis von **Eurostat**-Daten des jeweils letzten Jahres, für das Daten verfügbar sind. Sowohl bei den Gesamtzahlen als auch bei den Zahlen pro 100 000 Einwohner in **6.1.11** gibt es erhebliche Abweichungen zwischen den Ländern. In besonderem Maße gilt dies für Fachgebiete wie Onkologie, Kinderchirurgie, Arbeitsmedizin und Urologie, wo die Bandbreite der Dichtewerte das Verhältnis 10:1 übersteigt. Auch die „großen“ Gruppen weisen dieselben großen Abweichungen auf, so die innere Medizin mit 12:0 und die Psychiatrie sowie (in geringerem Maße) die Ärzte der Allgemeinmedizin mit einem Verhältnis von 6:1. In bestimmten Bereichen zeigt sich ein Mangel an Spezialisten und eine ungleichmäßige Verteilung der Spezialisten zwischen den Ländern.

6.1.4 Zahnärzte

Die zahnärztliche Tätigkeit umfasst sowohl die Diagnose von Problemen an Zähnen und Zahnhalteapparat, ihre Behandlung und die Durchführung von vorbeugenden Maßnahmen als auch chirurgische Korrekturen unter Verwendung einer Vielzahl von Instrumenten. Die Problematik in Bezug auf die Ausbildung und die bei der Datenerhebung verwendeten Begriffe ist mit der Problematik vergleichbar, die bereits im Zusammenhang mit dem Ärzteberuf geschildert wurde.

Eurostat zufolge hat die Zahl der behandelnd tätigen Zahnärzte in der Europäischen Union in den letzten 20 Jahren zugenommen. Lediglich in Schweden ist seit 1990 ein Rückgang zu verzeichnen (**6.1.12**). Auch die Zahl der Zahnärzte pro 100 000 Einwohner stieg an (**6.1.13**), wobei die Zuwachsraten quer durch alle Länder zu verzeichnen sind. Gleiches gilt für die Zahl der approbierten Zahnärzte und die entsprechende Quote der Versorgungsdichte pro 100 000 Einwohner (**6.1.14** und **6.1.15**). Auch die jüngsten Quoten der Versorgungsdichte lassen beträchtliche Abweichungen zwischen den Ländern erkennen, und zwar sowohl bei den behandelnd tätigen Zahnärzten (46 in Österreich gegenüber 91 in Dänemark) als auch bei den approbierten Zahnärzten (44 in Spanien und Portugal gegenüber 93 in Finnland).

6.1.5 Apotheker

Das Dienstleistungsangebot behandelnd tätiger Apotheker weitete sich in neuerer Zeit stark aus. In

den Vereinigten Staaten herrscht Beobachtungen zufolge ein zunehmender Mangel an Apothekern, und zwar in noch höherem Maße als in der Europäischen Union (siehe DHHS 2000).

Eurostat zufolge stieg die Zahl der behandelnd tätigen Apotheker in der Europäischen Union während der letzten 20 Jahre stetig an **(6.1.16)**. Dabei wies Griechenland die höchsten Zuwachsraten auf, wogegen in Finnland ein Rückgang zu verzeichnen war. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Versorgungsdichte pro 100 000 Einwohner. Allerdings schwankten die Zahlen in Frankreich und sanken in Luxemburg (seit 1992) und Finnland (bis 1993) **(6.1.17)**. Die Tabelle weist zudem erhebliche Unterschiede zwischen Mitgliedstaaten und EWR-Ländern aus — von 19 Apothekern pro 100 000 Einwohnern in den Niederlanden im Jahr 1999 bis zu 148 in Finnland im Jahr 2000. Daten zur Zahl der in Apotheken tätigen Apotheker liegen derzeit nur für einige ausgewählte Mitgliedstaaten vor **(6.1.18)**. Aus den verfügbaren Daten geht hervor, dass in Frankreich und Schweden nur 56 % aller behandelnd tätigen Apotheker tatsächlich in Apotheken arbeiten, während in den Niederlanden kaum Unterschiede hinsichtlich der Versorgungsdichte mit in Apotheken tätigen Apothekern einerseits und mit behandelnd tätigen Apothekern andererseits feststellbar sind **(6.1.19)**.

6.1.6 Krankenschwestern/Krankenpfleger und Hebammen

Mit der Einigung auf eine Reihe annehmbarer Mindeststandards für die Ausbildung von Angehörigen der Heil- und Pflegeberufe hat die Europäische Union die Voraussetzungen für die Freizügigkeit des Pflegepersonals innerhalb der Mitgliedstaaten geschaffen. Die Mindeststandards gelten für Krankenschwestern und Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind und eine mindestens dreijährige dauernde allgemeine Grundausbildung absolviert haben (Richtlinie 77/452/EWG, 77/453/EWG sowie Änderungen vom 10. Oktober 1989 und 30. Oktober 1989). Als Hebammen gelten Personen, die eine Ausbildung in Übereinstimmung mit den Hebammenrichtlinien der Europäischen Gemeinschaft absolviert haben (80/154/EWG, 80/155/EWG).

Eurostat liegen nicht für alle Mitgliedstaaten separate Daten zu Krankenschwestern und -pflegern sowie zu Hebammen vor. Auch sind nicht für alle Jahre Daten verfügbar. Die Gesamtzahl der Krankenschwestern und -pfleger sowie der Hebammen stieg jedoch während der letzten 20 Jahre stetig an **(6.1.20)**. Die Zahlen pro 100 000 Einwohner lassen einige Trendschwankungen erkennen, insbesondere in Schweden und in geringerem Maße in Deutschland, Griechenland und im Vereinigten

Königreich **(6.1.21)**. Die Versorgungsdichte variiert zwischen den Mitgliedstaaten erheblich – von 391 pro 100 000 in Griechenland bis zu 2 174 in Finnland im Jahr 1999. Bei der Versorgungsdichte mit Ärzten und der Versorgungsdichte mit Krankenschwestern und -pflegern bestehen in einigen Mitgliedstaaten signifikante Unterschiede. Der Einfluss der unterschiedlichen Versorgungsdichte auf Effektivität und Effizienz der Gesundheitssysteme (z. B. Übernahme ärztlicher Aufgaben durch andere medizinische Berufe) wird derzeit von der OECD und von Eurostat erörtert.

Die Daten zur Anzahl qualifizierter Krankenschwestern und -pfleger **(6.1.22)** und zur Anzahl qualifizierter Hebammen **(6.1.23)** lassen einen ähnlichen Anstieg erkennen. Bei den entsprechenden Quoten der Versorgungsdichte **(6.1.24 und 6.1.25)** ist die Schwankungsbreite etwas geringer. Die Spanne zwischen dem Land mit der niedrigsten und dem Land mit der höchsten Versorgungsdichte (Griechenland bzw. Finnland) ist bei qualifizierten Krankenschwestern und -pflegern noch größer als bei der oben genannten Gesamtzahl der behandelnd tätigen Krankenschwestern, -pfleger und Hebammen.

In neuerer Zeit erstellte Schätzungen der unbesetzten Stellen im Pflegebereich lassen darauf schließen, dass in Krankenhäusern zahlreiche Stellen im Pflegebereich unbesetzt sind. Arztpraxen berichten, dass sie vor zunehmenden Schwierigkeiten stehen, Krankenschwestern und -pfleger zur Beaufsichtigung des klinischen Personals und zur Durchführung höher qualifizierter Aufgaben einzustellen, dass die Einstellung von Pflegepersonal länger dauert und dass sie auch keine höheren Gehälter bieten können, um damit qualifizierte Kandidaten anzulocken. In jüngster Zeit beginnen immer weniger Personen eine Krankenpflegeausbildung, zudem ist der Beruf durch eine hohe Mobilität und Migration bzw. Fluktuation gekennzeichnet.

Ob eine Krankenschwester bzw. ein Krankenpfleger in den Zahlen berücksichtigt wird, hängt von der Definition der Gesundheits- und der sozialen Pflegedienste ab (z. B. Berücksichtigung von Geburtskliniken und Spezialkrankenhäusern im Bereich der Allgemeinkrankenhäuser). Einige Mitgliedstaaten klassifizieren geriatrische Krankenhäuser als Allgemeinkrankenhäuser, andere ordnen sie der Wohnpflege älterer Menschen zu. Bei einigen Mitgliedstaaten ist die Problematik ungeklärt, bei anderen beziehen sich die Zahlen nur auf Krankenhäuser für die Akutversorgung (siehe Versieck 1995). Vergleich und Interpretation sektorbasierter Informationen erweisen sich nach wie vor als schwierig. Auch die Kategorisierung von Krankenschwestern und -pflegern für statistische Zwecke ist noch immer problematisch. In den

verschiedenen Mitgliedstaaten sind u. U. unterschiedliche Kategorien von Pflegepersonal für Pflege- und Betreuungsaufgaben zuständig: Krankenschwestern und Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, Hilfskrankenschwestern und -pfleger sowie Fachkrankenschwestern und -pfleger, aber auch andere Kategorien von Betreuungspersonal. In Dänemark und Portugal z. B. gibt es nur eine einzige Kategorie für Krankenschwestern und -pfleger. Es wird nicht nach Hilfskrankenschwestern und -pflegern oder Fachkrankenschwestern und -pflegern unterschieden. In Dänemark übernehmen hingegen andere Kategorien des Gesundheitsdienstpersonals wichtige Pflege- und Betreuungsaufgaben. In Mitgliedstaaten, in denen Hilfskrankenschwestern und -pfleger ausgebildet werden, übernehmen diese häufig Aufgaben im Bereich der Haushaltsführung, der Beratung und der Betreuung. Während in einigen Mitgliedstaaten Pflege- und Betreuungsaufgaben von unterschiedlichen Kategorien von Krankenschwestern und -pflegern wahrgenommen werden, teilt sich in anderen Mitgliedstaaten das Pflege- und das Betreuungspersonal diese Aufgaben. Daraus ergeben sich Probleme für den Vergleich quantitativer Informationen (z. B. im Zusammenhang mit Normen für die Personalbesetzung und mit der Anzahl der Krankenschwestern und -pfleger pro 1 000 Einwohner), da das Pflegepersonal bei der Untersuchung berücksichtigt wird, Betreuungspersonal jedoch nicht. Um die Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten, müssen neben dem Pflegepersonal auch die jeweiligen Kategorien des Betreuungspersonals einbezogen werden. Daten zu Krankenschwestern und Hebammen für Italien, Irland und das Vereinigte Königreich beziehen sich nur auf die im staatlichen Gesundheitssystem beschäftigten Krankenschwestern und Hebammen.

Eurostat zufolge sind die Schwankungen bei Hebammen weniger ausgeprägt. In den meisten Mitgliedstaaten werden Hebammen als separate Gruppe im Rahmen der Gesundheitsberufe betrachtet; dies gilt auch für Hebammen, die ihre Ausbildung vor der Verabschiedung der oben erwähnten Hebammenrichtlinien und -entscheidungen absolviert haben. Im Vereinigten Königreich z. B. bestehen für Krankenschwestern bzw. -pfleger und Hebammen unterschiedliche Zugangsvoraussetzungen, unterschiedliche Ausbildungsprogramme, unterschiedliche Laufbahnen und vollkommen unterschiedliche Tätigkeitsbereiche.

6.1.7 Physiotherapeuten

Auch wenn es in den verschiedenen Mitgliedstaaten der Europäischen Union kaum Unterschiede in Bezug auf die Praxis der Physiotherapie

gibt, kann die Philosophie, die den Rechtsvorschriften zugrunde liegt, zu unterschiedlichen Ansätzen bei der Regulierung des Berufs führen. Länder, in denen eine umfassende Liste der zugelassenen Tätigkeiten existiert, verfügen u. U. auch über gesetzliche Regelungen, die die Ausübung bestimmter Tätigkeiten entweder auch anderen Berufen gestatten oder aber deren Ausübung ausschließlich Physiotherapeuten vorbehalten. Durch derartige Regelungen kann Physiotherapeuten beispielsweise die Anwendung bestimmter Verfahren untersagt werden (z. B. Manipulationen der Wirbelsäule in B, F, D und L oder Behandlungen unter Narkose und chirurgische Eingriffe im Vereinigten Königreich). Auch ist die Rolle des Physiotherapeuten im Gesamtkontext der Erbringung von Gesundheitsleistungen u. U. nicht unmittelbar vergleichbar.

Für einige der in Tabelle **6.1.26** aufgeführten Jahre liegen **Eurostat** keine Daten zu Physiotherapeuten vor. Die vorhandenen Daten zeigen einen allmählichen Anstieg der Zahl der Physiotherapeuten in den meisten Mitgliedstaaten. Den Quoten der Versorgungsdichte in Tabelle **6.1.27** kann entnommen werden, dass Spanien 1999 die niedrigste Zahl (4) pro 100 000 Einwohner aufwies und dass sich dahinter ein Rückgang von 8 je 100 000 Einwohner (im Jahr 1988) auf diesen Wert verbirgt. Belgien (264), Finnland (195) und die Niederlande (191) wiesen im Jahr 2000 die höchsten Zahlen auf.

Eurostat sammelt Daten über Humanressourcen im Gesundheitswesen. Die Statistiken über das Gesundheitswesen in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union basieren auf unterschiedlichen Begriffen und Registern. *Ärzte* können als „*approbiert*“, „*wirtschaftlich aktiv*“ oder „*behandelnd tätig*“ klassifiziert werden. In der Mehrzahl der Mitgliedstaaten liegen Daten für zwei oder mehr Begriffskonzepte vor. *Ärzte*, die zur Ausübung ihres Berufs berechtigt sind, sind *approbierte Ärzte*, gleichgültig, ob sie wirtschaftlich aktiv, im Ruhestand, arbeitslos oder im Ausland tätig sind. *Behandelnd tätige Ärzte* behandeln Patienten in einem Krankenhaus, in einer Praxis oder an anderen Orten. Bei den *Zahnärzten* ergibt sich ein ähnliches Bild wie bei den *Ärzten*.

Ärzte, die ihre fachärztliche Ausbildung abgeschlossen haben, haben ein Recht auf Anerkennung als *Facharzt* in anderen Mitgliedstaaten. Nicht alle Fachgebiete sind aber in allen Mitgliedstaaten als eigenständige Fachgebiete anerkannt. Jedes europäische Land verfügt über ein eigenes System der medizinischen Ausbildung und verschiedener fachärztlicher Weiterbildungen, das aus den Erfordernissen des eigenen Gesundheitssystems heraus entstanden ist. Jeder Mitgliedstaat kann nur die Fachgebiete anerkennen, die in den einzelstaatlichen Rechtsvorschriften verankert sind. Eine

Beschreibung der Fachgebiete enthält Anhang V/C der Richtlinie 2001/19/EWG. Wie bereits erwähnt, ist ein in einem Mitgliedstaat erworbener Facharzt-titel bei der Übersiedelung des betreffenden Arztes in einen anderen Staat nicht *automatisch* gültig, wenn er im Aufnahmestaat nicht existiert. Die Entscheidung wird jedoch von Fall zu Fall von der zuständigen Behörde des Aufnahmestaats getroffen. Die Rechtsvorschriften beinhalten darüber hinaus eine Reihe grundlegender Mindestkriterien für die Struktur der fachärztlichen Ausbildung und legen die Mindestausbildungszeiten für alle in den Vorschriften aufgeführten Fachgebiete fest. Es steht den Mitgliedstaaten frei, diese Mindestausbildungszeiten zu überschreiten; eine Unterschreitung ist jedoch unzulässig. Auch wenn die Rechtsvorschriften der Europäischen Union sicher nicht die einzige Motivation waren (da die medizinische Ausbildung weltweit im Umbruch begriffen ist), hatten die Richtlinien doch in einigen Ländern eine Reform des fachärztlichen Ausbildungssystems zur Folge. So verloren mehrere Fachgebiete ihre Anerkennung als eigenständige Fachgebiete, während zugleich neue Fachgebiete anerkannt wurden. Am deutlichsten zutage traten die Auswirkungen der Rechtsvorschriften der Europäischen Union im Vereinigten Königreich, wo die Dauer der fachärztlichen Ausbildung zuvor nicht reglementiert war und der Begriff „Facharzt“ keine rechtliche Bedeutung hatte.

Der Ausschuss hoher Beamter für das öffentliche Gesundheitswesen wurde durch den Beschluss des Rates vom 16. Juni 1975 zur Einsetzung eines Ausschusses hoher Beamter für das öffentliche Gesundheitswesen (75/365/EWG) gegründet. Die wichtigsten Funktionen des Ausschusses sind die Sammlung aller relevanten Informationen über die Bedingungen, unter denen die ärztliche bzw. fachärztliche Versorgung in den Mitgliedstaaten gewährleistet wird, und die Abgabe von Stellungnahmen, die für die Arbeit der Kommission im Hinblick auf eine Änderung der Richtlinien für den Arztberuf hilfreich sein könnten. Für den Fall, dass sich bei der Umsetzung der Richtlinie 93/16/EWG in einem Mitgliedstaat auf bestimmten Gebieten größere Schwierigkeiten ergeben, sieht Artikel 43 der Richtlinie vor, dass die Kommission diese Schwierigkeiten in Zusammenarbeit mit dem betreffenden Staat prüft und eine Stellungnahme des Ausschusses einholt.

Behandelnd tätige Apotheker sind Apotheker, die in einer Apotheke, in der pharmazeutischen Industrie, in der Verwaltung, der Forschung usw. tätig sind. Im Ausland tätige Apotheker sollten nicht erfasst werden, wohl aber ausländische approbierte Apotheker. Die Daten einiger Länder (z. B. die des Vereinigten Königreichs), die Eurostat vorgelegt wurden, decken nur die Unterkategorie der in einer Apotheke tätigen Apotheker ab. Andere Länderdaten beziehen sich auf Apotheker, die zur Ausübung ihres Berufs berechtigt sind. Wieder andere schließen bestimmte wirtschaftlich tätige sowie

bestimmte nicht wirtschaftlich tätige Apotheker ein (z. B. arbeitslose Apotheker).

Bei den Daten zu *Krankenschwestern bzw. -pflegern* stellt sich das bereits beschriebene Problem der unterschiedlichen verwendeten Begriffe („behandelnd tätig“ im Gegensatz zu „approbiert“). Im Falle des Pflegepersonals fassen verschiedene Mitgliedstaaten Mitarbeiter zusammen, die Pflege- und Betreuungsaufgaben ausführen: Krankenschwestern und -pfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, Hilfskrankenschwestern und -pfleger sowie Fachkrankenschwestern und -pfleger, aber auch andere Kategorien von Betreuungspersonal. Dadurch wird die Vergleichbarkeit der Daten weiter eingeschränkt. Angesichts der hohen Fluktuation des Pflegepersonals, die in vielen Ländern zu beobachten ist, erscheint die Aussagefähigkeit der auf dem Begriff der „zugelassenen Krankenschwestern und -pfleger“ basierenden Daten besonders begrenzt.

Bei den *Physiotherapeuten* wird die Vergleichbarkeit dadurch eingeschränkt, dass die Art der auszuführenden Aufgaben von Mitgliedstaat zu Mitgliedstaat variiert. Beim Vergleich der Versorgungsquoten ist daher Vorsicht geboten.

Literatur

Augsburg, D. (2001), „*Human Resources of European Health Systems*“, Final Report, Dezember 2001, BASYS.

Department of Health and Human Services (2000), „*The Pharmacist Workforce: A study of the Supply and Demand for Pharmacists*“, Bureau of Health Professions, Vereinigte Staaten.

Dok. XVID/8536/98 des Ausschusses hoher Beamter für das öffentliche Gesundheitswesen der EU.

BASYS, „*Beschäftigungsunterschiede in ausgewählten Gesundheitssystemen der EU*“. Gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung (2002).

„*Health at a glance*“, OECD (2001).

Österreichische Ärztekammer
<http://www.aek.or.at>

Versieck, K. und Bouten, R., Hooger Instituut voor de Arbeid, KU Leuven (1995), „*Personalprobleme bei Krankenpflegern und Hebammen in der EG*“.

6.2 Einrichtungen und Inanspruchnahme der Dienste

Die Erbringung von Krankenhausleistungen auf nationaler und regionaler Ebene steht in engem Zusammenhang mit den Gesamtaufwendungen für das Gesundheitswesen. Von 1980 bis 1999 stieg der Anteil des Gesundheitswesens am BIP in den meisten Mitgliedstaaten (siehe 6.4). Die

Aufwendungen hängen z. T. vom Preis der Waren und Dienstleistungen und z. T. von der Menge der erbrachten Leistungen ab. Das generelle Problem besteht bei diesem Sektor darin, dass „Gesundheit“ als Output nicht direkt gemessen werden kann. In den meisten Wirtschaftszweigen sind Waren und Preise leicht abrufbar, bei ambulanten und stationären Leistungen können sie jedoch beispielsweise nicht direkt erfasst werden. Es sei jedoch nochmals betont, dass Unterschiede in der Struktur und in der Abgrenzung des Gesundheitswesens auf nationaler bzw. regionaler Ebene die Auswertung von Ländervergleichen sowohl auf der Basis punktueller Daten als auch bei Trends sehr erschweren (wo z. B. ist die Grenze zwischen „Gesundheitswesen“ und „Sozialwesen“ zu ziehen?).

Mehr denn je sind die Gesundheitssysteme der Europäischen Union von einem Konzept von Pfortner- und Überweisungssystemen abhängig, die ihre ganzheitliche Funktionsfähigkeit und die Kontinuität der Betreuung sicherstellen. Bei der Struktur des öffentlichen Gesundheitswesens bestehen zwischen den Ländern erhebliche Unterschiede, zudem sind die Aktivitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit als Ganzes zwischen verschiedenen Behörden fragmentiert. Die Krankenhausbehandlung erfolgt größtenteils in Allgemeinkrankenhäusern. Tageskliniken und Tageschirurgie als wichtige Alternativen zur stationären Behandlung sind in Mitgliedstaaten wie Dänemark, Irland, dem Vereinigten Königreich, Belgien, Frankreich, Italien und den Niederlanden auf dem Vormarsch. Auch in Deutschland, Luxemburg und Portugal gewinnt die Tageschirurgie an Bedeutung, während sie in Griechenland und Spanien nur eine geringe Rolle spielt. Auch besteht zunehmend die Tendenz, die fachärztliche Behandlung von physischen Erkrankungen in Allgemeinkrankenhäusern zu integrieren, die Erbringung der Betreuungsleistungen mit der kommunalen Fürsorge zu koordinieren und große separate psychiatrische Kliniken zu schließen (siehe Ferrinho 2000).

Mit der zunehmenden Bedeutung regionaler Gebietskörperschaften wächst auch die Bedeutung der Regionen als zuständige Einheiten für das politische und administrative Management des Gesundheitsbereichs. In Spanien gewannen z. B. die Kommunen in den Regionen ein großes Maß an Autonomie, was u. a. die praktische Auswirkung hat, dass die Kommunen das gesamte Gesundheitsbudget verwalten. Ähnlich ist die Situation in Belgien. In Frankreich wurde die Planung des Gesundheitswesens im Zuge der Reform des Gesundheitswesens seit 1999 regional gegliedert und Krankenhäusern die Verantwortung für die Verwaltung ihrer Haushaltsmittel eingeräumt. Auch im Vereinigten Königreich wird das Management des Gesundheitsbereichs grundlegend umstrukturiert. Die verschiedenen Gesundheitsbehörden (NHS

Trusts) erhielten in unterschiedlichem Maße Verantwortung zugewiesen. In anderen Mitgliedstaaten — z. B. in den Niederlanden und Schweden — tragen die Gemeinden die Verantwortung für das Gesundheitswesen. Die Problematik der Statistiken der Gesundheits-/Krankenhausdienste auf regionaler Ebene ist darauf zurückzuführen, dass die relevanten Regionen für das Gesundheits- und Sozialwesen von den regionalen, Provinz- oder lokalen Gebietskörperschaften in den einzelnen Mitgliedstaaten völlig unterschiedlich definiert werden. Gelegentlich stimmt die für die Gesundheitsbehörden der Mitgliedstaaten relevante Unterteilung in Regionen nicht mit der NUTS-2-Systematik überein, was zu Schwierigkeiten beim Vergleich regionaler Statistiken führen kann.

Die Web-Site des **European Observatory on Health Care Systems**, <http://www.euro.who.int/observatory>, erlaubt einen guten und detaillierten Einblick in die Unterschiede bei der regionalen Bereitstellung von Krankenhausdienstleistungen und der Organisation der nationalen Gesundheitssysteme. Das European Observatory on Health Care Systems (EOHCS) wird gemeinschaftlich vom regionalen Büro für Europa der WHO, den Regierungen von Griechenland, Norwegen und Spanien, der Europäischen Investitionsbank, dem Open Society Institut, der London School of Economics and Political Science (LSE) und der London School of Hygiene & Tropical Medicine getragen. Die von EOHCS ausgearbeiteten „Country Profiles“ (HiTs) liefern eine analytische Beschreibung der einzelnen Gesundheitssysteme und der entsprechenden laufenden oder in Entwicklung befindlichen Reformanstrengungen. In diesem Zusammenhang bezeichnet es EOHCS als Dezentralisierung, wenn sich die Beziehungen innerhalb und zwischen einer Vielfalt organisatorischer Strukturen/Gremien ändern und dabei die Planungshoheit, die Entscheidungskompetenz oder öffentliche Managementfunktion von der nationalen Ebene auf Organisationen oder Institutionen auf subnationaler Ebene übertragen werden. Jede Reform des Gesundheitswesens beinhaltet von ihrem Wesen her sowohl normative wie auch ökonomische und organisatorische Aktivitäten (vgl. Figueras 1999).

6.2.1 Krankenhausbetten und Krankenhausaufenthalt

Gemäß der Definition des **System of Health Accounts (SHA)** der OECD sind Krankenhäuser zugelassene Einrichtungen mit den folgenden vorrangigen Aufgaben: Erbringung von medizinischen, diagnostischen und Behandlungsleistungen einschließlich ärztlicher, Pflege- und sonstiger Gesundheitsdienste für stationäre Patienten sowie die Bereitstellung der für stationäre Patienten benötigten speziellen Unterbringungsmöglich-

keiten. Krankenhäuser können auch eine ambulante Patientenversorgung als sekundäre Tätigkeit anbieten. Krankenhäuser erbringen Leistungen im Rahmen der stationären Patientenversorgung, die grobenteils nur mit Hilfe der speziellen Einrichtungen und Geräte erbracht werden können, die einen wesentlichen und integralen Bestandteil des Produktionsprozesses darstellen. In einigen Ländern müssen Gesundheitseinrichtungen eine Mindestgröße (z. B. eine bestimmte Bettenanzahl) aufweisen, um als Krankenhaus erfasst zu werden.

Eine Frage, die der Klärung bedarf, ist die genaue Bedeutung des Begriffs „Krankenhaus“. Selbst innerhalb ein und desselben Landes kann dieser Begriff zahlreiche unterschiedliche Einrichtungen abdecken. Angesichts der zahlreichen Interpretationen und der sich wandelnden Aufgaben eines modernen Krankenhauses sollte sich die Diskussion auf die Palette der Leistungen konzentrieren, die für eine bestimmte Population bereitgestellt werden, unabhängig davon, ob sie innerhalb oder außerhalb des Krankenhauses erbracht werden. Die technischen Fortschritte bei der chirurgischen Behandlung machen die vermehrte Durchführung ambulanter Operationen in unabhängigen chirurgischen Praxen möglich. Eine andere schwer wiegende Problematik, der Krankenhäuser gegenüberstehen, ergibt sich bei der Versorgung älterer Menschen. Diese leiden häufig unter mehreren Krankheiten, die koordinierte Behandlungs- und Betreuungsprogramme und interdisziplinäre Teams von Fachkräften mit unterschiedlichen fachlichen Fähigkeiten erfordern. Das Altern der Bevölkerung ist nur einer der Faktoren, die für die veränderten Krankheitsmuster verantwortlich sind. Auch Veränderungen bei Risikofaktoren wie Rauchen und Ernährung werden sich auf die Art der Krankheiten auswirken, die in Krankenhäusern behandelt werden müssen. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser gezwungen, auf die veränderte Erwartungshaltung der Öffentlichkeit und auf anspruchsvollere Verbraucher zu reagieren. Auch außerhalb der Krankenhäuser erbrachte Gesundheitsleistungen müssen berücksichtigt werden. Das einzelne Krankenhaus trägt die Hauptverantwortung für die Bereitstellung hochwertiger medizinischer Versorgungsleistungen. Den ersten Schritt dazu bildet die Bereitstellung geeigneter Einrichtungen. Diese müssen so flexibel sein, dass sie sich an die unvermeidlichen Änderungen der Rahmenbedingungen anpassen können. Die Zunahme der ambulanten Operationen bedingt zwar einen geringeren Bettenbedarf, andererseits aber eine größere Zahl von Operationssälen. Dank der Fortschritte in der Anästhesie ist zudem die vollständige Auslagerung bestimmter Routineeingriffe aus dem Krankenhaus in unabhängige ambulante Behandlungszentren möglich (siehe Mckee 2002).

Die Daten von **Eurostat** belegen seit 1980 in den meisten Mitgliedstaaten einen erheblichen Rückgang der Gesamtzahl der Krankenhausbetten. In EU-15 machte dieser Rückgang von 1980 bis 2000 mehr als 30 % aus (**6.2.1**). Dieser Rückgang ist wahrscheinlich zu einem großen Teil auf die geringere durchschnittliche Dauer der Krankenhausaufenthalte zurückzuführen. In EU-15 sank die Verweildauer von 17,4 Tagen im Jahr 1980 auf weniger als 11 Tage im Jahr 1997 (**6.2.2**). In vielen Ländern waren bei der durchschnittlichen Verweildauer während der letzten 30 Jahre erhebliche Rückgänge zu verzeichnen. Gleichzeitig schrumpften auch die Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern. Noch 1980 wiesen Luxemburg und Schweden mit 23,2 Tagen den höchsten Wert auf, der das 2,4fache des niedrigsten Wertes von 9,8 Tagen (Irland) betrug. 1996 lag der höchste Wert bei 15,3 Tagen (Luxemburg), der niedrigste bei 7,2 Tagen (Dänemark). Die Daten der Niederlande spiegeln eine besondere Situation wider. Die Verweildauer ist hier länger als in allen anderen Ländern, doch weichen die Daten der unterschiedlichen Quellen voneinander ab (siehe z. B. Tabellen **6.2.8** und **6.2.11** unten).

Die Betrachtung der Zahl der Krankenhausbetten pro 100 000 Einwohner in Tabelle **6.2.3** zeigt, dass in weniger als 20 Jahren in der Europäischen Union rund ein Drittel aller Krankenhausbetten weggefallen ist. Schweden, Spanien und das Vereinigte Königreich verfügen von allen Mitgliedstaaten über die niedrigste Bettenzahl pro 100 000 Einwohner — 359, 409 und 413 im Jahr 1999 —, Frankreich mit 820 über die höchste. All diese Zahlen schließen sowohl öffentliche als auch private Krankenhäuser mit ein, unterscheiden sich jedoch hinsichtlich der Berücksichtigung der Betten in Pflegeheimen und in der Tagespflege. Die Unterschiede bei der Bettendichte sind erheblich, auch wenn man die offensichtlich unterschiedlichen Definitionen außer Acht lässt. In den EWR-Ländern bestehen ähnliche Unterschiede — Norwegen meldet niedrige Werte, in der Schweiz und Island liegen die Werte dagegen relativ hoch. Die verfügbaren Ressourcen in Form der Anzahl von Krankenhausbetten pro Kopf variieren sehr stark unter den Mitgliedstaaten.

Von 1990 bis 1996 sank die Gesamtzahl der Psychiatriebetten in der Europäischen Union um mehr als 20 % von 490 000 auf 387 000 (**6.2.5**). In einigen Ländern fiel die Zahl von 1980 bis 2000 um 50 bis 80 % (z. B. in Frankreich und Italien), was auf eine umfassende Umstrukturierung der psychiatrischen Betreuung in diesen Ländern hindeutet. Die Gesamtzahl der Betten pro 100 000 Einwohner fiel von 1990 bis 1996 von 140 auf 104 (**6.2.6**). Das Ausmaß, in dem die Bettenanzahl während der letzten 30 Jahre zurückging, variierte allerdings in der Europäischen Union, wobei Luxemburg, Italien

und Finnland den höchsten prozentualen Rückgang verzeichneten, Deutschland dagegen — gefolgt von den Niederlanden — den geringsten Rückgang. 1999 wiesen die Niederlande die höchste (166 pro 100 000) und Italien die niedrigste Anzahl an Psychatriebetten auf (16 pro 100 000). Wie in Kapitel 4 erwähnt (*siehe Psychische Störungen*), könnten die Unterschiede zwischen den Ländern auf veränderte Praktiken in Bezug auf die psychische Gesundheit zurückzuführen sein, so auf die Einführung gemeinschaftlicher Behandlungsprogramme als Ersatz für die Einweisung ins Krankenhaus. Auch die Behandlung psychischer Störungen erfolgt in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union heute zu einem großen Teil ambulant in Zentren für die psychiatrische Grundversorgung und privaten psychiatrischen Krankenhäusern (die nicht unbedingt in die offizielle Statistik Eingang finden).

Die Trends in Bezug auf die Anzahl der Betten in der Akutversorgung ähneln stark den Trends bei der Gesamtzahl der Betten für stationäre Patienten. In der Europäischen Union war ein Rückgang von 516 Betten pro 100 000 Einwohnern im Jahr 1985 auf 442 im Jahr 1997 zu verzeichnen. Österreich (663 im Jahr 1997) und Deutschland (645 im Jahr 1999) dürften nach den vorliegenden Zahlen unter den Mitgliedstaaten über den höchsten Bestand an Betten in der Akutversorgung verfügen, während Spanien (200) und das Vereinigte Königreich (239) den niedrigsten Stand aufweisen (**6.2.7 und 6.2.8**).

6.2.2 Betten in der Langzeitpflege

Gemäß der Definition des **System of Health Accounts (SHA)** der OECD zählen zu den Wohn- und Wohnpflegeheimen Einrichtungen mit den folgenden vorrangigen Aufgaben: Bereitstellung von Wohnraum in Verbindung mit Pflege-, Beaufsichtigungs- oder sonstigen Betreuungsleistungen entsprechend dem Bedarf der Bewohner. In diesen Einrichtungen entfällt ein großer Teil des Produktionsprozesses und der Betreuung auf eine Kombination aus Gesundheits- und sozialen Pflegedienstleistungen, wobei die Gesundheitsdienstleistungen größtenteils auf der Ebene der Pflegedienstleistungen erbracht werden. Die gestiegene Nachfrage nach Gesundheitsleistungen für ältere Menschen, von denen viele an chronischen Behinderungen und Krankheiten leiden, wurde in den meisten Fällen durch die Verlagerung von Akutpflegebetten oder Psychatriebetten in die Langzeitpflege gedeckt. Aufgrund der erheblichen Probleme bei der Vergleichbarkeit der Zahlen für Langzeitpflegebetten aus den Mitgliedstaaten (Berücksichtigung von Pflegeheimen oder nicht, Betten im Gesundheits- oder Sozialbereich usw.) erweist sich die statistische Analyse der Daten als schwierig (in Schweden werden z. B. Betten der

Zuständigkeit der Gemeinden unterstellt und „verschwinden“ damit aus dem Gesundheitsbereich). In einigen Ländern (Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Vereinigtes Königreich usw.) scheinen die Trendzahlen jedoch verlässlich zu sein (**6.2.9 und 6.2.10**).

Eine Mitteilung der Kommission [siehe KOM(2001) 723 endg.] enthält Hinweise auf zukünftige Initiativen der Europäischen Union im Bereich der Langzeitpflege älterer Menschen, die infolge der überproportionalen Zunahme der Zahl der Senioren in der Bevölkerung, aufgrund deren mit verstärkter Nachfrage nach langfristiger medizinischer Versorgung durch den öffentlichen Sektor zu rechnen ist, notwendig werden. Bei altersbedingten Erkrankungen bis hin zur Pflegebedürftigkeit müssen die Betroffenen über einen längeren Zeitraum versorgt werden (ambulant, stationär oder in psychiatrischen Einrichtungen). Diese Art der Pflege ist nicht dem Gesundheitswesen im eigentlichen Sinne, sondern dem Bereich der sozialen Pflegedienste zuzurechnen. Angesichts der zunehmend kleineren und instabileren Familienstrukturen könnte das Netz sozialer Beziehungen, das die Familie bietet, aber weitgehend wegfallen, so dass es schwierig wird, Familienangehörige zu finden, die alte Menschen betreuen können. Werden künftig viele Menschen über längere Zeit hinweg pflegebedürftig, muss hier in Anbetracht der steigenden Frauenerwerbsquote (die unentgeltliche häusliche Pflege wird hauptsächlich von Frauen übernommen) ein spezielles Betreuungsangebot bereitgestellt werden. Daraus wird deutlich, dass den Faktoren im Zusammenhang mit der Bereitstellung eines entsprechenden Angebots entscheidende Bedeutung zukommt.

Die von **Eurostat** gesammelten Daten zur Bettenzahl werden in der Regel als Jahresdurchschnittswerte der im Jahr der Berichterstattung belegten Zahl von Betten angegeben. Andere Konzepte für die Meldung basieren auf der Registrierung, Budgetierung und Planung von Krankenhausbetten. Die Vergleichbarkeit ist nur in geringem Maße gegeben; die Daten sind aufgrund der begrifflichen Unterschiede bei „Krankenhaus“ und „Krankenhausbett“ in den EU-Staaten mit Vorsicht zu behandeln. Im Allgemeinen sind Unterschiede bei der Bettenanzahl auf unterschiedliche Buchführungssysteme zurückzuführen (Durchschnitt pro Jahr, Jahresende am 31. März oder 31. Dezember, „zulässige“, „budgetierte“ oder „vorgesehene“ Bettenzahl). Die Bettenzahlen umfassen nur Betten, die im vollem Umfang zur Unterbringung stationärer Patienten verwendet werden. Die Zahlen für die „Betten für die stationäre Behandlung insgesamt“ beziehen sich auf alle Betten in allgemeinmedizinischen (ausgenommen Kinderbetten für gesunde Säuglinge), in Universitätskliniken, spezialisierten und psychiatri-

schen Krankenhäusern, Einrichtungen für geistig Behinderte, Pflegeheimen und anderen Einrichtungen. Betten, die in Krankenhäusern für die Tagespflege, in medizinischen Kinderheimen, Tagesstätten für Kleinkinder unter medizinischer Aufsicht und Einrichtungen für Personen mit sensorischen Beeinträchtigungen zur Verfügung stehen, sind nicht unbedingt in diesen Zahlen enthalten. Die folgenden Definitionen werden in der Datenbank der **OECD Gesundheitsdaten 2002** und im Rahmen des EU-Projekts ENS-Care verwendet.

Betten für die stationäre Behandlung dienen der Unterbringung von Patienten, die zur Behandlung und/oder Betreuung in eine stationäre Einrichtung aufgenommen werden und mindestens eine Nacht in dem Krankenhaus oder der sonstigen stationären Einrichtung verbringen, in der die stationäre Versorgung erfolgt. Die stationäre Versorgung erfolgt in Krankenhäusern, sonstigen Pflege- und Wohnpflegeeinrichtungen oder in Einrichtungen, die aufgrund des Schwerpunkts ihrer Gesundheitsdienstleistungen der ambulanten Patientenversorgung zugerechnet werden, die jedoch als sekundäre Aktivität auch eine stationäre Patientenversorgung anbieten. Betten für die **Akutversorgung** dienen der Unterbringung von Patienten in Fällen, in denen der primäre klinische Zweck in der Erbringung einer oder mehrerer der folgenden Gesundheitsdienstleistungen besteht: Geburtshilfe, Behandlung von Krankheiten, Behandlung von Verletzungen, Durchführung von Operationen, Behandlung der Symptome von Krankheiten und Verletzungen (ohne Palliativversorgung), Verbesserung des Gesundheitszustands bei Krankheiten oder Verletzungen, Durchführung von Maßnahmen, die bei Krankheiten und/oder Verletzungen eine Verschlimmerung und/oder das Auftreten von Komplikationen verhindern, die das Leben oder die normale Körperfunktion gefährden, oder die Durchführung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen. **Psychiatriebetten** dienen zur Unterbringung von stationären Patienten zur Behandlung von psychischen Krankheiten (einschließlich der Behandlung beim Missbrauch von Substanzen); ausgeschlossen sind jedoch Betten für geistig behinderte Patienten, sofern der primäre klinische Zweck nicht medizinischer Natur ist. **Betten für die Langzeitpflege** dienen der Unterbringung von stationären Patienten, die aufgrund chronischer Beeinträchtigungen und eingeschränkter Fähigkeiten zur selbstständigen Lebensführung ständiger Hilfe bedürfen. Diese Betten werden in Pflege- oder kommunalen Einrichtungen bereitgestellt.

6.2.3 Krankenhausbetten: die regionale Dimension

Karte **6.2.4** (Seite 335) zeigt die Bettendichte je 100 000 Einwohner. Spanien wies mit 300 bis

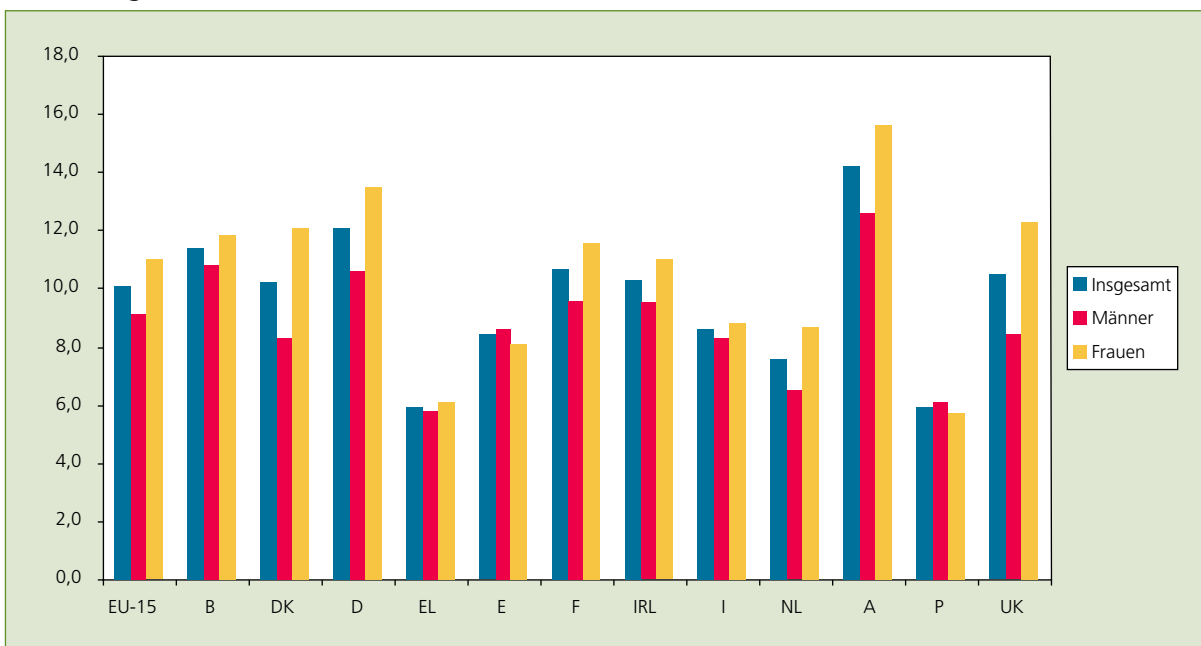
500 Betten die gleichmäßigste und Österreich mit 600 bis 1 200 die ungleichmäßigste Verteilung auf. In Österreich, Frankreich und Deutschland war die Bettenzahl je 100 000 Einwohner am höchsten, während die niedrigsten Werte in Spanien, Portugal und einigen Regionen Griechenlands erreicht wurden. Bei der Anzahl der Krankenhausbetten pro Kopf zeigt sich ein gänzlich anderer Trend. Im Zeitraum 1986–1999 ging die Anzahl der Betten in der Europäischen Union insgesamt stark zurück, und zwar von 830 Betten je 100 000 Einwohner auf 630. Dieser Rückgang ist möglicherweise auf Neuerungen in der Medizintechnik zurückzuführen, die bei allen Erkrankungen zu einer Reduzierung der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus führten. Ein weiterer Grund sind die finanziellen Zwänge, die in den 90er Jahren auftraten und generelle Rationalisierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen mit sich brachten. Bei den Krankenhausbetten ist ein Nord-Süd-Gefälle festzustellen. Die hohe Bettendichte in den Regionen Deutschlands, Frankreichs, Österreichs und Finnlands (mit Mecklenburg-Vorpommern, Itä-Suomi und dem Limousin an der Spitze) steht dabei in krassm Gegensatz zur Dichte in den Regionen Italiens, Spaniens, Portugals und Griechenlands (insbesondere Algarve und Sizilien), des Vereinigten Königreichs und Irlands. Auch bestimmte Regionen, die an Beitrittsländer oder an die Russische Föderation grenzen, weisen eine höhere Dichte als andere Regionen auf, was möglicherweise auf den Zustrom von Patienten aus diesen Nachbarstaaten zurückzuführen ist.

6.2.4 Übernachtungen im Krankenhaus

Die Daten des **Haushaltspanels der Europäischen Gemeinschaft (ECHP)** (*Details zur Methodik enthält Kapitel 4*) liefern Informationen über den Anteil der ins Krankenhaus eingewiesenen Personen in der Europäischen Union und über die durchschnittliche Pro-Kopf-Anzahl der Übernachtungen im Krankenhaus. Angaben aus Erhebungen wie dem ECHP enthalten im Allgemeinen keine Informationen über die Ursachen des Krankenhausaufenthalts, sondern beruhen auf Daten über Einzelpersonen. Die aus Informationen über Krankenhausentlassungen gewonnenen Daten sind fallbezogen und können daher in den meisten Ländern auch neuerliche Aufnahmen desselben Patienten umfassen.

Den Ergebnissen des **ECHP** von 1998 zufolge (**6.2.11**) wurden während der letzten zwölf Monate 10,1 % der Europäer in ein Krankenhaus eingewiesen (9,1 % der Männer und 11,0 % der Frauen).

6.2.11 Anteil der Personen (ab 16 Jahren), die in den letzten zwölf Monaten in ein Krankenhaus eingewiesen wurden (¹)



(¹) Ohne Krankenhausaufenthalte bei Geburten.

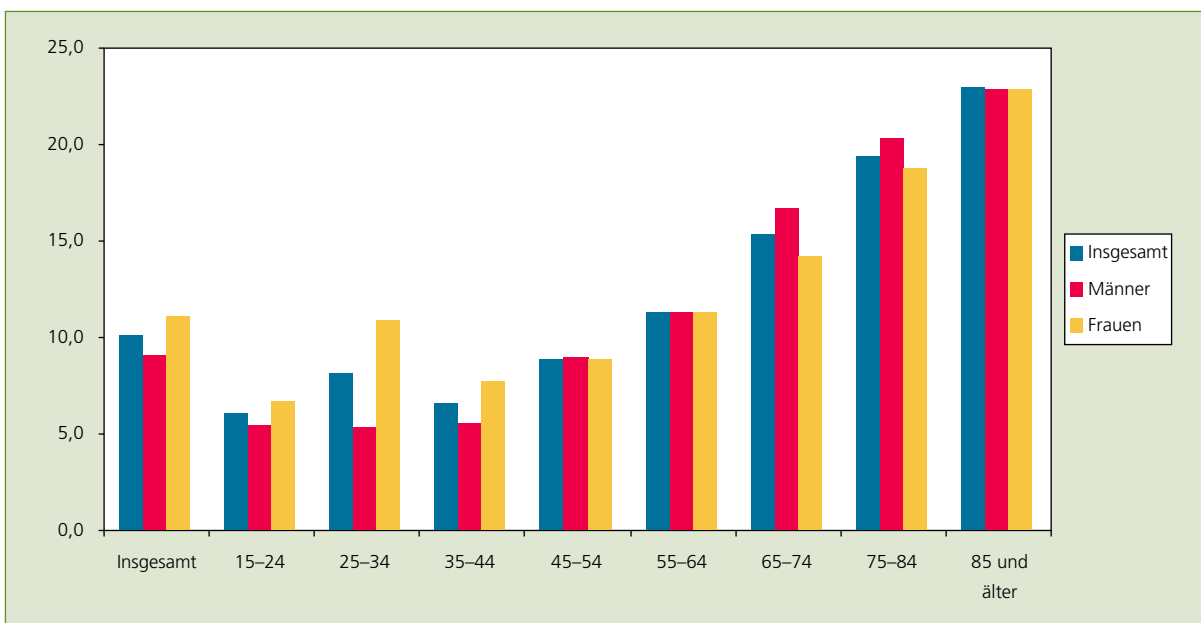
Quelle: Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft, Version Dezember 2001.

Der Anteil bewegt sich zwischen 5,9 % in Portugal und Griechenland und 14,2 % in Österreich bzw. 12,1 % in Deutschland. Diese Unterschiede können z. T. auf die unterschiedliche Struktur der Gesundheitsdienste zurückzuführen sein. Anhand der vorliegenden Daten ließe sich die Feststellung wagen, dass die Zahlen für die südlichen Mitgliedstaaten der EU (EU-12) und die Niederlande niedriger sind als für die anderen Mitgliedstaaten. Bis

einschließlich der Altersgruppe 45-54 verzeichnen Frauen bei den Krankenhausaufenthalten höhere Werte als Männer; darüber sind die Zahlen für Männer höher, insbesondere in der Altersgruppe von 65 bis 74 Jahren (6.2.12).

Aus den Ergebnissen des **ECHP** geht ferner hervor, dass die durchschnittliche Anzahl der Übernachtungen in einem Krankenhaus in EU-15 von 1,5 im

6.2.12 Anteil der Personen, die in den letzten zwölf Monaten in ein Krankenhaus eingewiesen wurden, nach Alter, EU-15 (¹)



(¹) Ohne Krankenhausaufenthalte bei Geburten.

Quelle: Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft, Version Dezember 2001.

Jahr 1996 auf 1,3 im Jahr 1998 gefallen ist. Dabei lag der auf die Frauen in der gesamten Europäischen Union entfallende Wert um 0,2 höher als der Wert bei den Männern (**6.2.13**). Allerdings übertraf die Zahl der Übernachtungen im Krankenhaus in Portugal, Griechenland und Luxemburg bei den Männern geringfügig die Zahlen der Frauen. Insgesamt sind die Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten signifikanter als die zwischen den Geschlechtern. Die höchsten Werte wurden in Deutschland und Österreich verzeichnet (2,0 Tage im Jahr 1998), die niedrigsten Werte in den Niederlanden und Portugal (0,8 Tage).

Die Gesamtdauer eines Krankenhausaufenthalts, bezogen auf die Gesamtzahl der in ein Krankenhaus aufgenommenen Personen, ist dem **ECHP** zufolge in der Europäischen Union von 14,1 Tagen im Jahr 1996 auf 13,0 Tage im Jahr 1998 gesunken, wobei die durchschnittliche Krankenhausaufenthaltsdauer von Männern insgesamt geringfügig höher als die von Frauen war. Alle diese Daten beziehen sich auf die Gesamtzahl der Nächte, die eine Person in einem Jahr im Krankenhaus verbracht hat. Diese Zahl kann die in anderen Quellen angegebene, auf einzelne Aufenthalte bezogene Aufenthaltsdauer (Entlassungen) übersteigen. Bei der auf diese Weise definierten Gesamtzahl der Nächte stand Deutschland an erster Stelle — mit 16,8 war die Gesamtzahl hier 1998 fast zweimal so hoch wie im Vereinigten Königreich (9,2). Eine Aufschlüsselung dieser Gruppe der in ein Krankenhaus aufgenommenen Personen nach Alter und Geschlecht ergibt, dass Männer der Altersgruppen 16 bis 44 und 65 bis 74 im Durchschnitt mehr Nächte im Krankenhaus verbrachten als Frauen (**6.2.14**). Bei beiden Geschlechtern fällt die Anzahl der Übernachtungen im Krankenhaus zwischen 16 und 34 Jahren und steigt dann stetig an.

6.2.5 Krankenhausentlassungen und durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthalts

Die Statistik der Krankenhausaufenthalte vermittelt einen groben Überblick über den allgemeinen Gesundheitszustand und die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Mit der Neuorientierung der Gesundheitsversorgung hin zu Managed Care, Prävention und Kostenkontrolle wird auch die Patientenversorgung verstärkt in den ambulanten Bereich, die häusliche Pflege und alternative Pflegeszenarios verlagert. Obwohl der Anteil der stationär erbrachten Gesundheitsleistungen eine rückläufige Tendenz zeigt, vermittelt er noch immer ein Gesundheitsbild, das am einen Extrem der Gesundheitsversorgung angesiedelt ist, und verdeutlicht den Wechsel von einer Einzelleistungsvergütung hin zur integrierten Gesundheitsversorgung im

Rahmen von Managed-Care-Systemen. Die Daten zu Krankenhausentlassungen nach Diagnose und durchschnittlicher Aufenthaltsdauer werden regelmäßig erfasst und für unterschiedliche Zwecke genutzt, so für die Überwachung des krankheitspezifischen Gesundheitszustands und für die Erbringung von Gesundheitsleistungen.

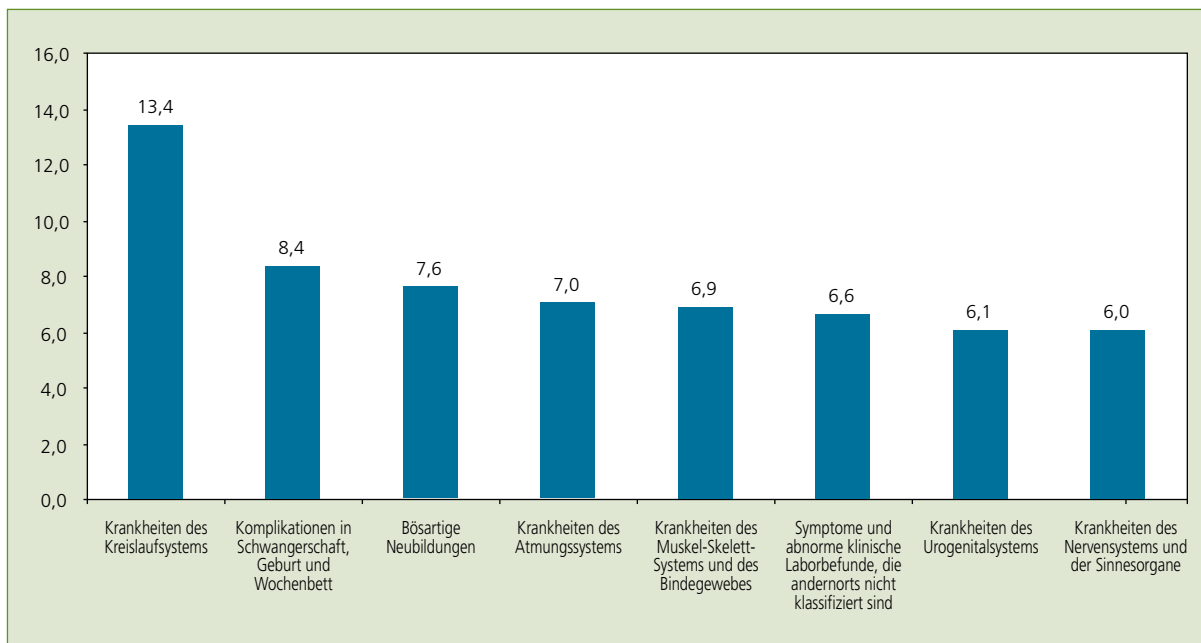
Die von **Eurostat** angewandte Aufschlüsselung nach Diagnose basiert auf den unterschiedlichen verwendeten nationalen Diagnoseklassifikationen (in Anlehnung an ICD-9-CM bzw. ICD-10). Die Anzahl der Krankenhausentlassungen ist die häufigste Messgröße für die Inanspruchnahme von stationären Leistungen. Krankenhausentlassungen und nicht etwa Aufnahmen werden deshalb verwendet, weil die Krankenhausberichte über die stationäre Versorgung auf Informationen basieren, die zum Entlassungszeitpunkt erfasst werden. Brauchbare Daten über erneute Krankenseinweisungen nach Diagnose fehlen für den Bereich der Europäischen Union. Die Entlassungstatistiken basieren auf Zahlen zu Krankenhausentlassungen, bei denen es sich um fall- und nicht um patientenbezogene Zahlen handelt. Ein Patient, der während des Erhebungsjahrs dreimal in ein Krankenhaus eingewiesen und wieder entlassen wird, würde in der Statistik als drei Entlassungen erfasst. Andere Probleme in Bezug auf die Statistik der Krankenhausentlassungen (siehe Smedby 2002) werden im Kontext des **Projekts HDP** (siehe unten) untersucht. In den meisten europäischen Ländern wird die ICD verwendet. Aufgrund des langen Einführungszeitraums der zehnten überarbeiteten Fassung der ICD (ICD-10) wurden bzw. werden ICD-9-CM und ICD-10 in den 90er Jahren (und auch heute noch) parallel verwendet. Die Klassifizierung ist insofern weiterhin problematisch, als die Hauptdiagnose eines Patienten, der z. B. von der Abteilung für innere Medizin in die chirurgische Abteilung desselben Krankenhauses verlegt wird, für beide Bereiche identisch sein kann oder auch nicht. Wenn sich die Diagnose ändert, müssen bestimmte Regeln in Bezug auf die Meldung der Hauptdiagnose für die gesamte Dauer des Krankenhausaufenthalts befolgt werden. Ohne detailliertere Studien ist es allerdings schwierig, die Auswirkungen dieses Unterschieds bei der Meldung in Bezug auf bestimmte Diagnosen zu bewerten. Die Mehrzahl der Statistiken zu stationären Patienten basiert auf der Anwendung des Konzepts der Hauptdiagnose. Das bedeutet, dass für jeden entlassenen Patienten eine Hauptdiagnose für die Darstellung des Patienten in statistischen Tabellen ausgewählt wird, selbst wenn noch weitere Diagnosen erfasst wurden. Zusätzlich zu den oben erwähnten Abweichungen bei der Erfassung der Haupt- und Nebendiagnosen können weitere Probleme auftreten, die sich auf

die Vergleichbarkeit von Entlassungsstatistiken auswirken. Gemeint sind damit einfache Fehler bei der Zuordnung von Diagnosen sowie Codierungsfehler bei korrekten Diagnosen. Das Projekt HDP und Eurostat orientieren sich an einem Vorschlag für eine Auswahlliste zur Morbidität, die im Wesentlichen auf ICD-10 basiert, da ICD-10 noch auf viele Jahre hinaus eingesetzt werden soll. Die europäischen Länder, die derzeit noch ICD-9-CM einsetzen, werden voraussichtlich in Kürze zu ICD-10 übergehen.

Aus den **Eurostat**-Daten geht hervor, dass Krankheiten des Kreislaufsystems in EU-15 insgesamt im Jahr 1999 (ebenso wie in den Vorjahren) die häufigste Ursache für Krankenhausaufenthalte

darstellten und insgesamt für 8,4 Millionen Aufenthalte verantwortlich waren (13,4 % aller Aufenthalte) (**6.2.15**). Weitere Hauptursachen für Krankenhausaufenthalte waren Krankheiten des Verdauungssystems (6,2 Millionen, 9,8 % aller Aufenthalte), Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (5,3 Millionen, 8,4 % aller Aufenthalte), bösartige Neubildungen (4,8 Millionen, 7,6 % aller Aufenthalte) und Krankheiten des Atmungssystems (4,4 Millionen, 7,0 % aller Aufenthalte). 1999 entfielen auf diese Hauptursachen für Krankenhausaufenthalte 46,4 % aller Krankenhausentlassungen. Neben den Hauptursachen kommen noch zahlreiche weitere Ursachen für Krankenhausaufenthalte vor, die hohe Kosten verursachen.

6.2.15 Krankenhausentlassungen nach den häufigsten Diagnosen gemäß ICD-10, EU-15, 1999 (in %)



Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

Betrachtet man die Diagnosehäufigkeit in den einzelnen Mitgliedstaaten, gehen aus den Daten von Eurostat für 1999 die folgenden Hauptgründe für Krankenhausentlassungen hervor: Krankheiten des Kreislaufsystems in Dänemark, Deutschland, Italien, den Niederlanden, Österreich und Finnland, Krankheiten des Verdauungssystems in Frankreich und Irland, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in Portugal und alle nicht andernorts klassifizierten Kategorien im Vereinigten Königreich (**6.2.16**). Die meisten Entlassungen pro 100 000 Einwohner entfielen auf Österreich (28 093), Finnland (26 755), Frankreich (25 699) und das Vereinigte Königreich (24 594), die bei weitem

wenigsten Entlassungen auf Portugal (8 728) und die Niederlande (9 618).

Betrachtet man die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Hauptdiagnose, zeigt sich, dass die Dauer des Krankenhausaufenthalts in den meisten Mitgliedstaaten bei psychischen und Verhaltensstörungen am höchsten war; ausgenommen sind Belgien, wo die Aufenthaltsdauer bei Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe und bei Störungen im Immunsystem am längsten war, und Dänemark, Frankreich, Norwegen und das Vereinigte Königreich, wo die Aufenthaltsdauer bei bestimmten Zuständen, die ihren Ursprung in der

Perinatalperiode haben, am längsten war **(6.2.17)**. Die längste Aufenthaltsdauer einer bestimmten Krankheit in einem Mitgliedstaat betrug in der Regel das Zwei- bis Dreifache der kürzesten Aufenthaltsdauer bei derselben Krankheit in einem anderen Mitgliedstaat. Bei psychischen und Verhaltensstörungen betrug sie jedoch das 15fache, bei Krankheiten der Haut und der Unterhaut das Sechsfache und bei angeborenen Fehlbildungen, Deformationen und Chromosomenanomalien das Vierfache.

Ein eintägiger Krankenhausaufenthalt liegt vor, wenn ein Patient am gleichen Kalendertag stationär aufgenommen und wieder entlassen wird; bei einer Erfassung mit Stichzeit Mitternacht bleiben diese Fälle daher unberücksichtigt. Bei der vorgesehenen Verbesserung der Erfassung von Krankenhausdaten kommt dem Anteil und der Gewichtung von eintägigen Krankenhausaufenthalten im Vergleich zur Gesamtzahl der Krankenhaustage große Bedeutung zu. **Eurostat**-Daten liegen allerdings nur für vier Mitgliedstaaten vor: In den Niederlanden machten eintägige Krankenhausaufenthalte 1999 einen Anteil von 6,4 % an der Gesamtzahl der Krankenhaustage aus. Völlig andere Werte wurden für die übrigen Staaten ermittelt: Finnland (3,8 %), Italien (1,8 %) und Deutschland (0,8 %).

Zum Zweck der **Eurostat**-Statistik der Krankenhausentlassungen werden Diagnosen und Verfahren im Zusammenhang mit Krankenhausaufenthalten gemäß der neunten Revision der **Internationalen Klassifikation der Krankheiten** (ICD-9) klassifiziert. Die Systematik diente ursprünglich der Klassifizierung von Todesursachen (*siehe Kapitel 5*). Später wurde sie um Morbiditätsdiagnosen erweitert. Die klinische Variante (**Clinical Modification**) der ICD dient der Kategorisierung von Krankenhausdiagnosen. Die Diagnosekategorien (auf der Basis von Hauptdiagnosen) wurden in Einklang mit der International Classification of Diseases, Ninth revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) definiert. In der Praxis hat sich die ICD zum internationalen Standard der Diagnoseklassifikation für sämtliche allgemein epidemiologischen Zwecke sowie für Zwecke des Gesundheitsmanagements entwickelt. Die verwendeten Diagnosekategorien basieren auf der Hauptdiagnose, die als erste mehrerer möglicher Diagnosen in verschlüsselter Form in den Entlassungsunterlagen erscheint. Die Hauptdiagnose repräsentiert den Zustand, der nach einer Untersuchung als Hauptgrund für die Aufnahme des Patienten zur stationären Behandlung im Krankenhaus ermittelt wird. Die Entlassung ist die formale Entlassung eines stationären Patienten aus einer stationären Einrichtung oder einer Einrichtung für die Akutpflege. Die Entlassungsquote wird als Zahl pro 100 000 Einwohner angegeben. In den meisten

Mitgliedstaaten wird derzeit oder demnächst die 10. Revision der ICD-Klassifikation eingeführt.

Die *durchschnittliche Dauer von Krankenhausaufenthalten* wird berechnet als Anzahl der Krankenhaustage (ab dem Datum der Aufnahme in einer stationären Einrichtung) dividiert durch die Anzahl der Abgänge (Entlassungen + Todesfälle) während des Jahres. Ein *Bettentag* ist definiert als ein Tag, den ein Patient im Bett verbringt und an dem der Patient über Nacht im Krankenhaus bleibt. Eintägige Krankenhausaufenthalte (bei denen der Patient am Morgen für eine medizinische Behandlung oder eine Operation aufgenommen und vor dem Abend wieder entlassen wird) werden nicht berücksichtigt.

Das vom **Department of Health and Children** (Irland) koordinierte **Hospital Data Project** (HDP) im Rahmen des Aktionsprogramms der Gemeinschaft für Gesundheitsberichterstattung wurde 2000 mit dem vorrangigen Ziel gestartet, einen gemeinsamen Datensatz (Common Data Set — CDS) für Krankenhauspatienten zu entwickeln, der auf einer Untersuchung des Inhalts der Krankenhausdaten basiert, die derzeit in den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union erfasst werden. Ziel des Projekts ist es zunächst, die Vergleichbarkeit einer begrenzten Zahl von Kerndaten sicherzustellen. Darüber hinaus ist jedoch zu hoffen, dass dieser Datensatz mit der Zeit verbessert, detaillierter gestaltet und möglicherweise erweitert werden kann. Ein ausschlaggebendes Kriterium ist der Inhalt des Datensatzes (z. B. Arten von Patienten und Krankenhäusern), damit die Vergleichbarkeit zwischen den Mitgliedstaaten hinsichtlich des berücksichtigten Tätigkeitsbereichs hergestellt werden kann. Es wurden bereits einige Vorschläge zum Inhalt erarbeitet. Dabei wurden die OECD-Kategorien für Funktion und Leistungsträger gemäß dem **System of Health Accounts (SHA)** der OECD verwendet, und die Konsistenz mit den Gesundheitskonten der OECD und von Eurostat sowie mit andern Arbeiten in diesem Bereich, z. B. dem Projekt Eucomp, wurde gewahrt.

Der *Ständige Ausschuss der Krankenhäuser der Europäischen Union* mit dem Akronym **HOPE** (Hospitals for EurOPE) betreut weitere Projekte für Gesundheitsdaten. Dem Ausschuss gehören nationale Zusammenschlüsse der Krankenhäuser oder Vertreter der nationalen Gesundheitssysteme der 15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union sowie Bulgarien, Zypern, Ungarn, Malta, Rumänien, Slowakei und die Schweiz als beobachtende Mitglieder an. Eines der Projekte, das sich mit der Qualitätsversorgung befasst (siehe HOPE-Website), zielt darauf ab, Informationen über die allgemeinen Prinzipien der Qualität, des Qualitätsmanagements und der qualitätsbezogenen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung bereitzustellen. Diese

Herausforderungen basieren auf dem grundlegenden Prinzip der Reduzierung der Fehlerzahl. Wie jüngste Untersuchungen belegen, hat die Versorgung im Krankenhaus bei fast jedem zehnten Patienten vermeidbare Schädigungen und nachteilige Auswirkungen zur Folge. Auch werden erhebliche Unterschiede zwischen den Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen deutlich, die sich nicht durch die Patientenmerkmale erklären lassen.

6.2.6 Medizinische Einrichtungen der Spitzentechnologie

Die Einführung einer technologischen Komponente in die medizinische Praxis ist eines der wichtigsten Elemente des Kapitalisierungsprozesses des Gesundheitswesens und begünstigte die Schaffung großer Krankenhauskomplexe. Mit der Einführung medizinischer Einrichtungen der Spitzentechnologie wurde den Krankenhäusern eine Vormachtstellung im Gesundheitswesen eingeräumt, die mit einer Zunahme des auf Spitzentechnologie spezialisierten Personals einherging. Gemäß ihrem Einsatzzweck werden medizinische Einrichtungen der Spitzentechnologie in fünf Gruppen unterteilt: Diagnose, Prävention, Therapie bzw. Rehabilitation, Organisation und Verwaltung sowie Support (siehe Puig 1993).

In Tabelle **6.2.18** ist die Zahl der medizinischen Einrichtungen der Spitzentechnologie pro Million Einwohner von 1980 und 2000 dargestellt. Die Daten wurden den **OECD Gesundheitsdaten 2002** entnommen. Trotz der stetig steigenden Zahl dieser Einrichtungen gibt es große Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten. Eine Auswertung der verfügbaren Daten zeigt, dass Österreich 2002 von allen Mitgliedstaaten über die größte Zahl von Computertomografen und Magnetresonanztomografen (25,8 bzw. 10,8) verfügte. 1999 besaß Finnland von allen Mitgliedstaaten die meisten Röntgentherapiegeräte (14,4), während Island von allen EWR-Ländern die meisten dieser Geräte besaß (14,3). Von allen Mitgliedstaaten verfügte Deutschland über die größte Zahl von Lithotriptern, bei den EWR-Ländern war dies Island (3,0 bzw. 3,7 im Jahr 1998). Die größte Zahl von Hämodialysestationen besaß 1998 Italien mit 194,1 Geräten. Die Zahl der Mammografiegeräte wird erst seit kurzem erfasst; die Daten lassen aufgrund ihrer Unvollständigkeit keinen aussagefähigen Vergleich zu.

Die von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) erstellte Datenbank **OECD Gesundheitsdaten 2002** ist eine umfassende Quelle statistischer Daten zur Gesundheit und zu den Gesundheitssystemen in sämtlichen OECD-Ländern. Die Datenbank umfasst 1 200 Indikatoren und verfügt über verschiedene hochentwi-

ckelte Abfragemodule. Die Gesundheitsstatistik der OECD gliedert sich in neun Teile: Gesundheitszustand, Ressourcen des Gesundheitswesens, Inanspruchnahme von Ressourcen, Gesundheitsausgaben, Finanzierung und Vergütung, sozialer Schutz, Pharmasektor, nichtmedizinische Gesundheitsfaktoren, demografische Kennziffern, wirtschaftliche Kennziffern. Die statistischen Daten der Datenbank *OECD Gesundheitsdaten 2002* geben den Stand zum Zeitpunkt der Veröffentlichung wieder und wurden von Jahr zu Jahr detaillierter gestaltet und verbessert. Weitere Informationen enthält die folgende Website: <http://www.oecd.org>.

6.2.7 Ambulante Gesundheitsversorgung: Konsultation von Angehörigen der Gesundheitsberufe

Die Grundversorgung beinhaltet die Konsultation von Angehörigen der Gesundheitsberufe, vor allem von praktischen Ärzten. Der Status des praktischen Arztes wächst mit der Übernahme der Primärarztfunktion, die den Zugang zur Gesamtheit des Gesundheitssystems kontrolliert. In etwa der Hälfte der Länder wird praktischen Ärzten der Status eines Primärarztes zugewiesen (*siehe Anhang III*). Auch auf die Art der Bezahlung der für die Primärversorgung zuständigen Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen wird in *Anhang III* eingegangen. Durch eine Änderung der Art der Bezahlung können den Ärzten unterschiedliche Anreize geboten werden. In sechs Ländern beruht die Bezahlung auf Kopfpauschalen. Dabei erhalten die Ärzte einen fixen Betrag für jeden registrierten oder eingetragenen Patienten, den sie im vorgegebenen Zeitraum behandeln. Die Zahlungen sind abhängig von der Anzahl der eingetragenen Patienten, aber nicht von der Anzahl der pro Patient erbrachten Leistungen. In fünf Ländern, vor allem in jenen mit einem staatlichen Gesundheitsdienst, erhalten die praktischen Ärzte ein Gehalt, das weder von der Anzahl der betreuten Patienten noch von der Anzahl der erbrachten Leistungen abhängt. In acht Staaten wird für jede erbrachte Leistung eine Vergütung bezahlt.

Beim **Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft (ECHP)** 1998 wurden die Teilnehmer gefragt, wie häufig sie Allgemeinärzte, Fachärzte und Zahnärzte (nachfolgend als Angehörige der Gesundheitsberufe bezeichnet) konsultierten (**6.2.19**). Laut den Ergebnissen des ECHP lag der Anteil der Personen, die in den letzten zwölf Monaten einen Arzt, Zahnarzt oder Optiker besucht hatten, in EU-15 durchschnittlich bei 92,9 % — 89,6 % bei den Männern und 95,8 % bei den Frauen. In allen Mitgliedstaaten entfielen auf die Frauen mehr Besuche. Die durchschnittliche Anzahl der Besuche bei einem praktischen Arzt

während der letzten zwölf Monate reichte von zwei in Griechenland bis zu vier bei Männern und sechs bei Frauen in Belgien. Die durchschnittliche Zahl der Zahnarztbesuche betrug in allen Mitgliedstaaten weniger als zwei, in Irland, Griechenland, Portugal und Spanien weniger als einen einzigen Besuch. Die durchschnittliche Zahl der Facharztbesuche lag in allen Mitgliedstaaten bei unter drei, wobei Irland die geringste und Österreich die höchste Häufigkeit aufwies. Betrachtet man die Geschlechterverteilung beim Besuch von Angehörigen der Gesundheitsberufe in **6.2.20**, zeigt sich, dass mehr Frauen als Männer „drei oder mehr“ Besuche und mehr Männer als Frauen „keinen“, „einen“ oder „zwei Besuche“ absolvierten. Die größten Abweichungen zwischen den Mitgliedstaaten sind bei den Werten für „keine Besuche“ zu verzeichnen — sie liegen zwischen 6 % in den Niederlanden bzw. Österreich und 33 % in Griechenland — sowie bei den Werten für „drei oder mehr“ (hier reicht die Bandbreite von 46 % in Griechenland bis zu 78 % in Österreich).

6.2.8 Häusliche Pflege

Sämtliche EU-Staaten sind mit einem Anstieg des Bedarfs an häuslicher Pflege konfrontiert. Die Hauptursachen dafür sind die alternde Bevölkerung, geringere Familiengrößen und eine verstärkte Berufstätigkeit der Frauen. Ein weiterer Grund dafür, dass die Krankenhaus- durch häusliche Pflege ersetzt wird, ist der Versuch, die Ausgaben des Gesundheitswesens einzudämmen. Häusliche Pflege wird in den einzelnen Ländern auf unterschiedliche Weise definiert. Laut **NIVEL** (Niederländisches Institut für primäre Gesundheitsversorgung), dessen Daten (*siehe Anhang II*) in dieser Publikation verwendet werden, ist die häusliche Pflege beschränkt auf die Pflege, die in der Wohnung des Patienten durch professionelle häusliche Krankenpflegedienste und Hilfsdienste durchgeführt wird. Die unter die häusliche Hilfe und häusliche Krankenpflege fallenden Leistungen werden im Anhang beschrieben. Zwischen den EU-Staaten bestehen große Unterschiede in der Entwicklung von häuslichen Pflegediensten. In Ländern wie zum Beispiel Dänemark, den Niederlanden, Belgien, Finnland, Irland, Schweden und dem Vereinigten Königreich sind häusliche Krankenpflege- und Hilfsdienste im Vergleich zu Österreich, Griechenland, Italien und Spanien recht gut entwickelt. Darüber hinaus bestehen unter den einzelnen Ländern auch beim Niveau der Koordination der häuslichen Krankenpflege- und Hilfsdienste große Unterschiede. In vielen Ländern bedeutet die Trennung zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten ein ernstes Problem. Während die häusliche Krankenpflege meist aus allgemeinen Steuermitteln und der Sozialversicherung finanziert wird, werden häusliche Hilfsdienste für gewöhnlich

durch örtliche Behörden oder Freiwilligenorganisationen verwaltet und finanziert. Auch bei der Finanzierung der häuslichen Pflege gibt es im Allgemeinen von Land zu Land erhebliche Unterschiede.

6.2.9 Verbrauch von Pharmazeutika

In den Mitgliedstaaten wurde eine Reihe von Maßnahmen in Form von Kontrollen und Anreizen umgesetzt, mit denen Angebot und Nachfrage von Pharmazeutika gesteuert werden sollen. Während in einigen Ländern dabei das Angebot im Vordergrund steht, ist es in anderen die Nachfrage. Die Kontrollen auf der Angebotsseite zielen auf eine Begrenzung der Kosten ab, die den Behörden für erstattungsfähige Medikamente entstehen. Dazu wird einerseits der Preis und/oder der Erstattungsbetrag der Medikamente kontrolliert und andererseits die Verfügbarkeit der Medikamente über Positiv- und Negativlisten eingeschränkt (*siehe Anhang III*). Die Behörden sind sich der Möglichkeit bewusst, dass eine zu starke Begrenzung des Spektrums der erstattungsfähigen Behandlungen oder zu hohe Kosten für den Patienten auch für die öffentliche Gesundheit und die Kostensituation nicht ohne Folgen bleiben würde, da sich die Patienten in diesem Fall vermehrt um die Aufnahme in Krankenhäuser bemühen würden. Die Ärzte werden auf unterschiedliche Weise dazu angehalten, effektive und (kosten-)wirksame Arzneimittel zu verschreiben (z. B. in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich). Die zuständigen Behörden und medizinische Verbände/Royal Colleges of Physicians (im Vereinigten Königreich) veröffentlichen Verschreibungsrichtlinien und Behandlungsprotokolle mit Schwerpunkt auf den Indikationen. Ziel der Verschreibungsrichtlinien ist es, die Ärzte zu einer vernünftigen und konsequenten Verschreibungspraxis unter Berücksichtigung der Indikationen des Arzneimittels und der Behandlungsbedürfnisse der Patienten zu veranlassen. Die wichtigsten angestrebten Ziele sind eine größere Einheitlichkeit der Arzneimittel und der Behandlungsdauer bei bestimmten Beschwerden sowie eine Reduzierung der verschriebenen Menge von Arzneimitteln, indem Doppeltverschreibungen und Verschreibungen überflüssiger Arzneimittel vermieden werden. Eine vernünftige Verschreibungspraxis bedeutet auch, dass von mehreren gleichwertigen Arzneimitteln, die bei einer bestimmten Indikation in Frage kommen, dem jeweils billigeren der Vorzug gegeben wird. Unmittelbar nach Einführung der Richtlinien dürften sich Einsparungen bemerkbar machen. Später wird das Absatzvolumen von der sich ändernden Morbidität der Bevölkerung und Änderungen in den Richtlinien abhängen (*siehe Kanavos*).

Laut dem *Drug Monitor* von **IMS-Health** wurde in Apotheken der fünf wichtigsten europäischen

Märkte in den zwölf Monaten vor dem 31. Januar 2002 der Gegenwert von 54,0 Mrd. USD für Arzneimittel ausgegeben (**6.2.21**). Auf Deutschland, wo in den meisten Arzneimittelkategorien mehr als in anderen Mitgliedstaaten ausgegeben wurde, entfiel mit 15,3 Mrd. der insgesamt höchste Anteil hieran — fast dreimal so viel wie in Spanien, wo die Ausgaben in den meisten Kategorien niedriger als in allen anderen Mitgliedstaaten waren. Italien verzeichnete mit 13 % den höchsten Gesamtzuwachs, Frankreich mit 7 % den geringsten. Am meisten wurde in den fünf Mitgliedstaaten für Arzneimittel gegen kardiovaskuläre Krankheiten ausgegeben — dieser Betrag stieg während des Jahres um 9 %. Am niedrigsten waren die Ausgaben für Arzneimittel gegen Parasitologie — sie fielen um 2 %. Die höchste Zuwachsrate bei den Arzneimitteln wies mit 21 % die Produktgruppe der Blutmedikamente auf.

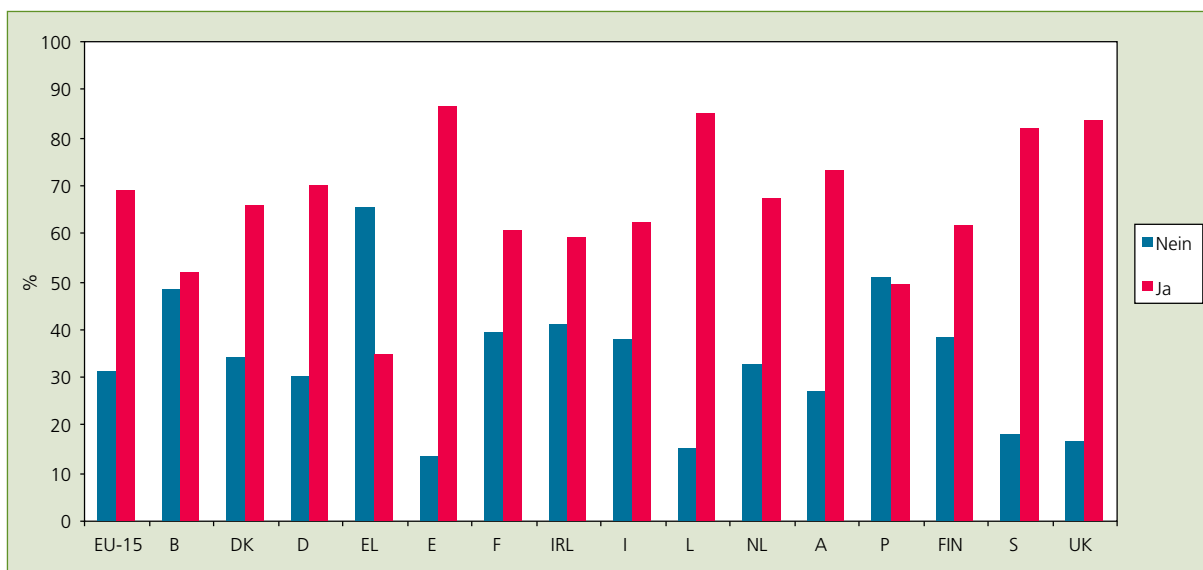
IMS Health (Intercontinental Marketing Services) liefert Daten über den Verkauf von Arzneimitteln durch Apothekenketten (siehe IMS-Website). Diese Zahlen stammen aus dem monatlichen pharmazeutischen Audit von IMS Health und decken den 12-monatigen Zeitraum von Juli 2001 bis Juli 2002 ab. Alle Umsätze werden in Millionen Dollar zu den jeweils geltenden Wechselkursen angegeben. Zum Ausgleich schwankender Wechselkurse werden die Wachstumsraten mit einer Wechselkursbereinigung berechnet, d. h., die Wachstumszahlen werden in lokaler Währung oder zu konstanten Wechselkursen angegeben. Zur Verfolgung der Verkaufstätigkeit über alle wichtigen Absatzkanäle, einschließlich Krankenhäusern, Kliniken, Postversand, großen Lebensmitteläden und Lebensmittelketten, Discountern und unabhängigen Apotheken, wird die Datenbank DDD

eingesetzt. DDD unterstützt die Verwaltung der Vergütungen im Pharmaaußendienst und das Management des Verkaufsaußendienstes.

Medikamente werden anhand der vom WHO Collaborating Centre for Drug Statistics entwickelten **Anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation (ATC)** klassifiziert. Das ATC-System unterteilt medizinische Substanzen für den menschlichen Gebrauch in 14 anatomische Hauptgruppen. Die **definierte Tagesdosis** ist eine internationale Maßeinheit, die auf der durchschnittlichen Tagesdosis einer pharmazeutischen Substanz basiert, die von einem Erwachsenen gegen seine Hauptindikation konsumiert wird. Somit entspricht die definierte Tagesdosis nicht der am häufigsten verschriebenen oder konsumierten Dosis. Die definierte Tagesdosis basiert auf dem Großhandelsvolumen von Arzneimitteln oder der Arzneimittelmenge in Gewichts- oder Mengeneinheiten und der international vereinbarten theoretischen Tagesdosis des jeweiligen Arzneimittels.

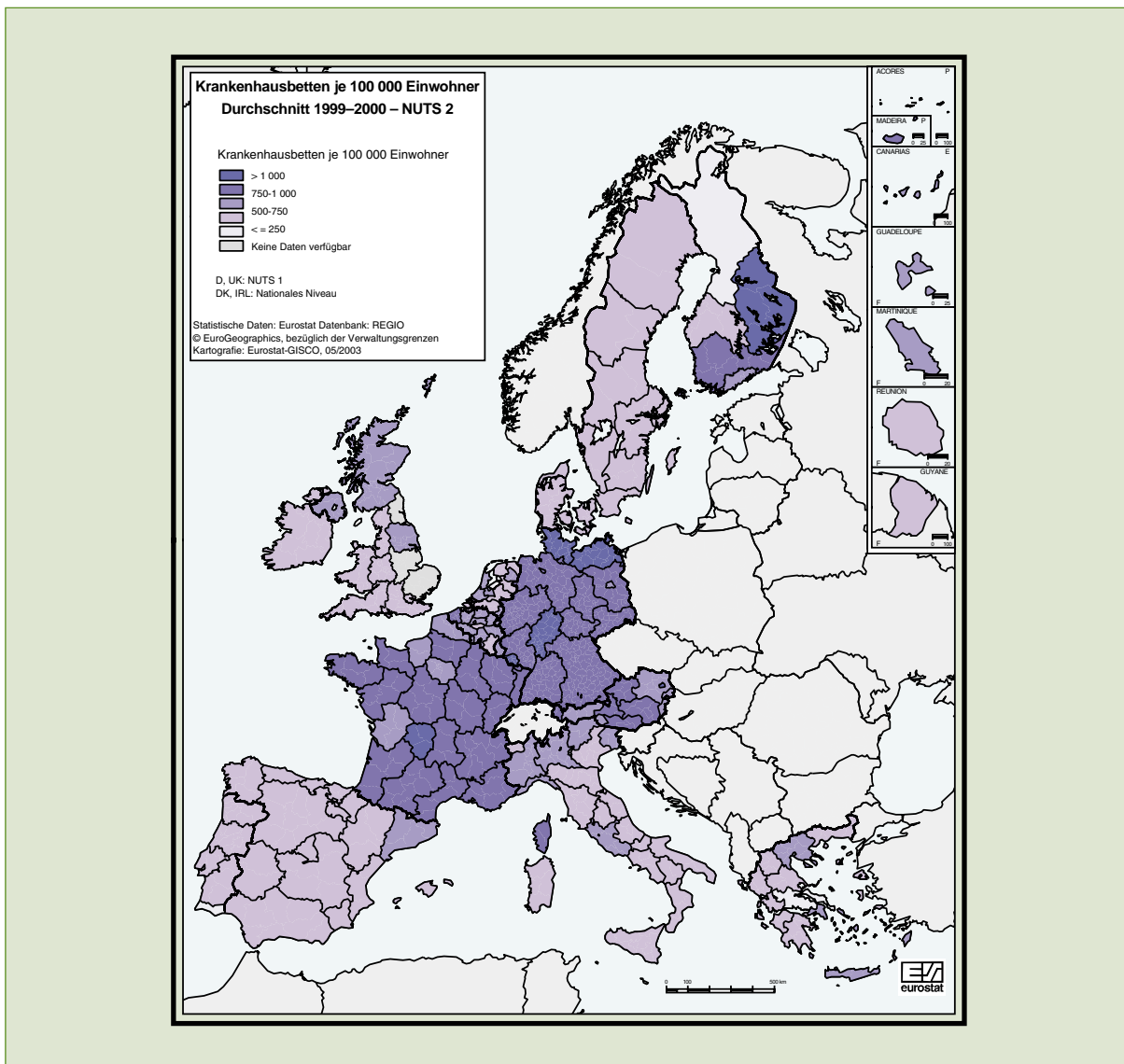
In zunehmendem Maße werden Medikamente ohne ärztliche Verschreibung eingenommen. Bei der **Eurobarometer-Umfrage** 1996 gaben 13,0 % der Europäer an, dass sie in den letzten beiden Wochen vor der Befragung Medikamente ohne ärztliche Verschreibung eingenommen hatten. Dieser Anteil ist bei Frauen (15,2 %) höher als bei Männern (10,7 %), wobei die Spanier (19,0 %), und hier wiederum insbesondere die Frauen (22,7 %), die stärksten Verbraucher von rezeptfreien Medikamenten sind. In Irland (6,3 %) und in den Niederlanden (6,5 %) ist der Verbrauch nicht verschriebener Medikamente am geringsten. Vitamine werden von 6,7 % der Europäer (7,9 % Frauen, 5,4 % Männer) ohne ärztliche Verschreibung eingenommen.

6.2.22 Problemlose Erreichbarkeit des praktischen Arztes oder Gesundheitszentrums: 1999



Quelle: Eurobarometer 52.1, Europäische Kommission.

6.2.4 Krankenhausbetten pro 100 000 Einwohner



Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

6.2.10 Problemlose Erreichbarkeit der Gesundheitsdienste

Bei der **Eurobarometer-Umfrage 52.1** (1999) wurden die Bürger der Europäischen Union gefragt, ob sie ihren Hausarzt oder ihr Gesundheitszentrum zu Fuß erreichen können, wie lange sie für den Weg benötigen und wie viel Zeit sie für den Weg bis zum nächstgelegenen Krankenhaus brauchen. Zwar konnten insgesamt drei Viertel der Befragten ihren Hausarzt zu Fuß erreichen, doch zeigten sich große Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten. Die Bandbreite reichte von 35 % in Griechenland bis zu 85 % in Luxemburg und 87 % in Spanien (**6.2.22**).

83 % der Bürger in der Europäischen Union konnten ihren Hausarzt in weniger als 20 Minuten erreichen. Dabei lagen die Werte zwischen 55 % in Griechenland bzw. 61 % in Portugal und 90 % in den Niederlanden und Dänemark (**6.2.23**). Die Wegezeit bis

zum nächstgelegenen Krankenhaus betrug bei etwas mehr als der Hälfte der Bürger in der Europäischen Union 20 Minuten, wobei die Bandbreite zwischen 37 % in Portugal und Griechenland und 70 % in den Niederlanden lag (**6.2.24**). 4 % hatten eine Wegezeit von mehr als einer Stunde.

6.2.11 Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem

Die Eurobarometer-Umfrage setzt einen Fixpunkt in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union und kann trotz diverser methodischer Probleme und Einschränkungen als hilfreiche Informationsquelle gelten, die Informationen über das Gesundheitswesen aus der Sicht der Bürger liefert. Würden Veränderungen der Ansichten der Bürger in Zukunft berücksichtigt, böte dies die Möglichkeit, die Popularität bestimmter Maßnahmen oder Reformen zu messen. Eine eingehendere Untersu-

chung der Ansichten der Bürger ist erforderlich, da die Eurobarometer-Umfrage nur einen allgemeinen Überblick über die Ansichten der Öffentlichkeit in Bezug auf das Gesundheitswesen bietet (siehe Mossialos). Im Frühjahr 2002 wurde eine neue Eurobarometer-Umfrage zur Meinung der Bürger über das Gesundheitswesen durchgeführt. Die Ergebnisse werden Ende 2002 vorliegen.

Bei der **Eurobarometer-Umfrage 52.1** (1999) wurden die Bürger in der Europäischen Union nach ihrer Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem zum Zeitpunkt der Befragung und im Vergleich zur Zufriedenheit vor zwei Jahren gefragt. In den Ergebnissen der Eurobarometer-Umfrage kommt eine allgemeine Bewertung des nationalen Gesundheitssystems zum Ausdruck, ohne dass auf Fragen wie Gerechtigkeit, Effizienz und Zufriedenheit mit unterschiedlichen Versorgungsniveaus Bezug genommen wird. Nur etwas mehr als die Hälfte waren „sehr zufrieden“ oder „ziemlich zufrieden“ mit dem Gesundheitssystem, doch gab es große Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten (**6.2.25**). Die meisten zufriedenen Bürger fanden sich in Österreich (81 % der Männer, 75 % der Frauen), Frankreich und Belgien, die wenigsten in Griechenland (17 % der Männer, 20 % der Frauen), Portugal und Italien. Die Zufriedenheit wuchs mit dem Alter, in dem die Vollzeitausbildung abgeschlossen wurde (**6.2.26**). Quer durch alle Berufskategorien wiesen Griechenland, Portugal und Italien die höchste Quote unzufriedener Personen und Dänemark, Österreich und Luxemburg die höchste Quote „sehr zufriedener“ Personen auf. Wie erwartet, waren die Unterschiede von Mitgliedstaat zu Mitgliedstaat größer als die Unterschiede zwischen den Berufskategorien (**6.2.27**). Am höchsten war der Anteil der zufriedenen Personen bei den Schülern und Studenten (59,3 %), am geringsten bei den Arbeitslosen (46,3 %). Ein hoher Anteil der Schüler und Studenten in Irland (18 %), Luxemburg (17 %) und Belgien (9 %), 15 % der Arbeitslosen in Luxemburg und fast 10 % der Führungskräfte in Belgien antworteten mit „weiß nicht“.

Auf die Frage nach der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem im Vergleich zur Zufriedenheit vor zwei Jahren antworteten 60 % der Bürger in der Europäischen Union mit „unverändert“; dabei reichte die Bandbreite von 45 % in den Niederlanden bis 76 % in Spanien (**6.2.28**). Etwas mehr als ein Viertel waren „weniger zufrieden“; die Werte reichten von 10 % in Irland und Österreich bis zu 36 % in Schweden und Deutschland. Mehr als 10 % der Bürger in der Europäischen Union waren „zufriedener“, und zwar zwischen 6 % in Italien und 21 % in Irland. Die größten Unterschiede unter den Berufsgruppen gab es bei den mit „weniger zufrieden“ antwortenden Personen; hier lagen die Ergebnisse

zwischen 20 % bei den Schülern und Studenten und 30 % bei den Führungskräften und den Rentnern und Pensionären (**6.2.29**). Irland wies in der Mehrzahl der Berufskategorien die höchsten Anteile von „zufriedeneren“ Personen auf, Luxemburg die meisten mit „weiß nicht“ antwortenden Personen. In Schweden war im Vergleich zu anderen Mitgliedstaaten ein sehr hoher Anteil von Hausfrauen und -männern (74 %) „weniger zufrieden“.

Literatur

Ferrinho, P. und Pereira, J. M. (Hrsg.) (2001), „*For better health in Europe*“, Europäische Kommission, GD Gesundheit und Verbraucherschutz.

Figueras, J., Saltman, R. und Sakellarides, C. (Hrsg.) (1999), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, The European Observatory on Health Care Systems, WHO HOPE <http://www.hope.be/07publi/leaflet/quality/frames.htm>.

IMS Health <http://www.imshealth.com/>.

Kanavos, P., „*Overview of pharmaceutical pricing and reimbursement regulation in Europe*“, London School of Economics Health and Social Care.

Mckee, M. und Healy, H. (Hrsg.) (2002), „*Hospitals in a changing Europe*“, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme, WHO.

Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen, „*Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern*“, KOM(2001) 723 endg.

Mossialos, E., „*Citizens and health systems: main results from a Eurobarometer survey*“, <http://europa.eu.int/comm/health/ph/general/first.htm>.

Puig, J. J. (1993), „*Crecimiento, empleo y tecnología en el sector hospitalario español*“, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.

Smedby, B. (2002), „*Comparing diagnostic information on hospital inpatients*“, WHO Collaborating Centre for the Classification of Diseases in the Nordic Countries.

6.3 Behandlungen und medizinische Verfahren

6.3.1 Durchimpfungsrate

Schwere Kinderkrankheiten können mit Hilfe von Impfstoffen verhindert werden, die routinemäßig für Kinder empfohlen werden. Seit der Einführung dieser Impfstoffe sind die Fälle von Polio, Masern, Mumps, Röteln, Diphtherie, Keuchhusten und

durch Haemophilus Influenzae B verursachter Meningitis um 95 bis 100 % zurückgegangen. Angaben der Weltgesundheitsorganisation zufolge sterben dagegen in Populationen mit unzureichendem Immunschutz weltweit jährlich 600 000 Kinder an Keuchhusten.

Tabelle 6.3.1 zeigt die aktuellsten Daten der WHO zur Durchimpfungsrate von Kleinkindern gegen Diphtherie, Keuchhusten und Poliomyelitis sowie gegen Masern, Mumps, Tetanus und Tuberkulose. Die höchsten Durchimpfungsraten gegen alle genannten Krankheiten mit Ausnahme von Tuberkulose weisen Island, Schweden, Finnland und die Niederlande auf (96-99,9 %). Am niedrigsten sind die Quoten in Irland und Deutschland (50-85 %). Die Europäische Union strebt eine Quote von 95 % an, die im Fall von Polio auch von Belgien, Dänemark, Spanien, Frankreich, den Niederlanden und Portugal erreicht wird.

Die Ausrottung von Krankheiten ist ein realistisches Langzeitziel. So hat die WHO eine Resolution verabschiedet, die die weltweite Ausrottung von Polio bis Ende 2005 zum Ziel hat. In drei Regionen der WHO wurde seit mehr als zwei Jahren kein einziger Fall von durch Polio-Wildviren verursachter Poliomyelitis mehr registriert. Maßnahmen zur Prävention und Eindämmung von Masern, Mumps und Röteln sind in den meisten Ländern der entwickelten Welt wichtige Elemente des routinemäßigen Impfplans zur Immunisierung von Kindern. Der Bericht zum Projekt EUVAX enthält eine Bestandsaufnahme der Immunisierungsprogramme in 17 europäischen Ländern (den 15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union sowie Norwegen und der Schweiz), die auf einer 2000 von EUVAC-NET durchgeführten Fragebogenerhebung basiert. In allen Staaten der Europäischen Union wird ein Impfplan angewandt, der eine Impfung mit zwei Dosen Impfstoff gegen Masern, Mumps und Röteln vorsieht. Als Erfolg der Immunisierung gegen diese Krankheiten ging sich die Inzidenz von Masern, Mumps und Röteln in der Europäischen Union deutlich zurück (siehe Kapitel 4).

Das Überwachungsprogramm für übertragbare Krankheiten (Communicable Disease Surveillance and Response Programme) und die Abteilung Information Support des WHO-Regionalbüros für Europa entwickeln in enger Zusammenarbeit ein Computerinformationssystem für Infektionskrankheiten (Computerised Information System for Infectious Diseases — CISID). Die Daten, die aus den verschiedenen Mitgliedstaaten bei CISID eingehen, spiegeln unterschiedliche nationale Kriterien und Methoden der Datenerfassung wider. Vorrangiges Ziel von CISID ist es zum einen, die Standardisierung, Aktualität und Vollständigkeit der Daten zu verbessern, zum anderen, Risiken anhand von Alter,

Geschlecht und geografischer Region des Mitgliedstaats zu ermitteln.

Die Durchimpfungsrate ist definiert als der Anteil einer Population (oder — je nach Definition — einer Teilpopulation), die geimpft worden ist. In Ländern, die öffentliche Gesundheitsdaten elektronisch und aktiv verwalten, erfassen die Ergebnisse exakt die gesamte Kinderpopulation, z. B. in Dänemark, in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich. In Ländern, in denen elektronische Gesundheitsdaten vertraulich sind, müssen indirekte Methoden angewandt werden. Deshalb ist es wichtig, die Angaben zur Durchimpfungsrate entweder systematisch oder periodisch zu validieren. Systematische Maßnahmen werden in Dänemark, Finnland, Frankreich, Irland, Italien (Pflichtimpfungen), den Niederlanden, Portugal, Schweden und im Vereinigten Königreich durchgeführt. In Österreich, Belgien, Deutschland, Griechenland und Spanien, wo viele Impfungen im privaten Sektor durchgeführt werden, wird die Durchimpfungsrate vor allem anhand von Schätzungen der eingeführten oder ausgegebenen Impfstoffe beurteilt. In Italien kommt diese Methode bei der MMR-Impfung zur Anwendung. In Belgien, Finnland, Frankreich, Griechenland und Italien werden Schätzungen der Durchimpfungsrate durch Ad-hoc-Erhebungen mit repräsentativen Stichproben überprüft. Das Alter, in dem die Immunisierung abgeschlossen ist, variiert aufgrund unterschiedlicher Impfpläne von Land zu Land. Die Durchimpfungsrate bei Kindern bezieht sich auf zwei Messgrößen: den Anteil der einjährigen Kinder, die in einer Kombinationsschutzimpfung gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten (DTP) geimpft wurden, und den Anteil der einjährigen Kinder, die gegen Masern geimpft wurden.

6.3.2 Klinische Verfahren

Ein klinisches Verfahren ist definiert als Behandlung, die mit einem chirurgischen Eingriff oder einem Operations- bzw. Anästhesierisiko verbunden ist oder eine spezielle Ausbildung und/oder spezielle Einrichtungen oder Geräte erfordert, die nur in der Akutversorgung verfügbar sind. Zu den klinischen Verfahren zählen daher neben chirurgischen auch nichtinvasive Untersuchungs- und Behandlungsverfahren wie Röntgen und Chemotherapie (siehe Australian 2001). Es bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den in den Mitgliedstaaten zur Codierung klinischer Verfahren verwendeten Klassifikationen und den Klassifikationen ICD-9-CM und ICD-10. Nicht immer ist es möglich, eine direkte Entsprechung zu wählen, bei der die ursprüngliche Bedeutung der Verfahrensrubrik erhalten bleibt. Die Klassifikation ICD-9-CM enthält eine Reihe von Ergänzungen, die in den meisten strukturierten Klassifikationen der Mitgliedstaaten [Nomesco (siehe Nomesco), OPCS4 (Vereinigtes Königreich), CDAM (Frankreich), OPS301 (Deutschland) usw.] fehlen. Die Erfahrung zeigt, dass es unmöglich ist, ein System

von Codeentsprechungen zu entwerfen, das weder Mehrdeutigkeiten noch potenzielle Quellen für eine Fehlklassifikation enthält.

Die **OECD Gesundheitsdaten 2002** sowie andere nationale Quellen umfassen jedoch für mehrere Mitgliedstaaten Daten über diverse klinische Verfahren. Bezogen auf 100 000 Einwohner scheinen Operationen am Verdauungssystem, am Muskel- und Knochenapparat sowie am Herz-Kreislauf-System besonders häufig zu sein (**6.3.2**).

6.3.3 Kaiserschnitte

Daten der Datenbank **Health for All** der WHO zufolge ist die Zahl der Entbindungen per Kaiserschnitt während der letzten 30 Jahre stetig gestiegen, sieht man von einigen Schwankungen in bestimmten Mitgliedstaaten ab (**6.3.3**). Für diesen Anstieg gibt es mehrere Ursachen: Kaiserschnitte sind heute wesentlich sicherer als in früheren Jahren und als Verfahren der Geburtshilfe etabliert. Als Folge der Einrichtung verbesserter Neugeborenenintensivstationen werden Kaiserschnitte auch bei Mehrlingsschwangerschaften angewandt. Elektronische Systeme zur intrapartalen Überwachung des Fötus machen das Personal auf mögliche Komplikationen aufmerksam. Zwei Drittel aller Frauen, die mit Kaiserschnitt entbunden haben, bringen auch ihr nächstes Kind per Kaiserschnitt zur Welt. Drei Viertel aller elektiven Kaiserschnitte werden zu dem für Personal und Mutter günstigsten Zeitpunkt durchgeführt (siehe Thomas 2001).

1999 wurde bei fast zwei Fünftel aller Lebendgeburten in der Europäischen Union ein Kaiserschnitt durchgeführt. Den höchsten Anteil mit fast einem Drittel der Geburten wies Italien im Jahr 1999 auf. Es folgte Portugal mit mehr als einem Viertel im Jahr 1998. Auf Griechenland entfiel 1991 — dem letzten Jahr, für das Daten aus Griechenland vorliegen — der höchste Anteil. Luxemburg wies mit 18,1 pro 1 000 Lebendgeburten im Jahr 1998 den bei weitem geringsten Anteil auf. In Spanien fiel die Zahl der Kaiserschnitte von 193 pro 1 000 Lebendgeburten im Jahr 1996 auf 141 im Jahr 1998. Der Anteil in Irland sank von 1993 bis 1996 und stieg anschließend rasch an.

6.3.4 Organtransplantation

Unter Transplantation versteht man die Übertragung von Zellen, Geweben oder Organen von einem Teil des Körpers in einen anderen oder von einem Organismus in einen anderen. Für viele Patienten sind Transplantationen die einzige Hoffnung auf ein gesundes und aktives Leben. Zahlreiche Organe und Gewebe können transplantiert werden, so Niere, Hornhaut, Lunge, Herz, Leber, Knochenmark, Haut, Darm und Bauchspeicheldrüse.

Am häufigsten waren in der Europäischen Union gemäß **Eurostat** Nierentransplantationen (lebende

und tote Spender) — 11 747 im Jahr 2000. Es folgten Lebertransplantationen (4 275) und Herztransplantationen (1 975) (**6.3.4**). Insgesamt ist die Zahl der Nieren-, Lungen-, Bauchspeicheldrüsen- und (außer im Jahr 2000) Lebertransplantationen während der letzten zehn Jahre gestiegen. Die Zahl der kombinierten Herz- und Lungentransplantationen ging hingegen zurück. Bei den Herztransplantationen schwankten die Zahlen von 1995 bis 2000, waren insgesamt jedoch rückläufig. Die Zahl der Knochenmarktransplantationen nahm ebenfalls zu. Ausnahmen bilden allerdings Dänemark und die Niederlande — hier schwankten die Transplantationszahlen. Darmtransplantationen waren mit elf im Jahr 2000 sehr selten.

Am weitesten verbreitet sind Transplantationen in Spanien, Österreich und Belgien/Luxemburg — die Länder melden 49, 49 bzw. 44 Nierentransplantationen pro Million Einwohner im Jahr 2000 (**6.3.5**). Die geringste Zahl von Transplantationen ist in Griechenland zu verzeichnen — hier gab es im Jahr 2000 zehn Nierentransplantationen pro Million Einwohner.

Die Transplantationspraxis in Europa basiert auf der Empfehlung Nr. R (97) 16 des Ministerkomitees des Europarats an die Mitgliedstaaten zu Lebertransplantationen von lebenden verwandten Spendern. **Eurostat** sammelt diese Informationen auf der Grundlage von Ergebnissen, die von verschiedenen spezialisierten nationalen und internationalen Organisationen verbreitet werden [von Eurotransplant, Scandiatransplant und der nationalen spanischen Organisation für Transplantationen (siehe ONT-Website)]. Vom Europarat wurden bereits früher ethische Grundsätze für Organtransplantationen ausgearbeitet. Bei der dritten Konferenz der europäischen Gesundheitsminister zur Organtransplantation bestätigten die Minister neuerlich das Verbot des Handels mit menschlichen Organen und die Notwendigkeit organisatorischer Maßnahmen, um die Zahl der für eine Transplantation zur Verfügung stehenden Organe zu steigern. Die Mitgliedstaaten setzen ihre Zusammenarbeit in diesem Bereich fort, wobei der Qualitätskontrolle bei Organtransplantationen nun besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird.

6.3.5 Dialyse

Die Dialyse ist eine Methode, mit der toxische Substanzen (Schadstoffe oder Schlacken) aus dem Blut entfernt werden, wenn die Nieren dazu nicht in der Lage sind. Am häufigsten wird die Dialyse bei Patienten mit *Nierenversagen* angewandt, sie kommt aber auch zum Einsatz, wenn in einer *akuten* Situation Drogen oder Gifte ausgewaschen werden müssen. Dieses Verfahren kann für Menschen, die unter akutem oder *chronischem Nierenversagen* leiden, lebensrettend sein (siehe nlm-Website). Wie

aus den **OECD Gesundheitsdaten 2002** hervorgeht, stieg die Zahl der Dialysepatienten in den letzten 30 Jahren in allen Mitgliedstaaten an (**6.3.6**). Deutschland wies mit 59 pro 100 000 Einwohner im Jahr 1998 die höchste Zahl auf. 1994, im letzten Jahr, für das Daten aus sämtlichen Mitgliedstaaten verfügbar sind, war die Zahl der Dialysepatienten in Griechenland (48) am zweithöchsten und in Irland (10), gefolgt vom Vereinigten Königreich (15) und Finnland (17), am niedrigsten.

Die Zahlen in den **OECD Gesundheitsdaten 2002** beziehen sich auf die Zahl der Dialysepatienten (Stand jeweils 31. Dezember), die in einem Krankenhaus, einem Dialysezentrum oder zu Hause mit einem der folgenden Verfahren behandelt werden: Hämodialyse/Hämofiltration, intermittierende Peritonealdialyse, kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse (CAPD) und kontinuierliche zyklische Peritonealdialyse (CCPD).

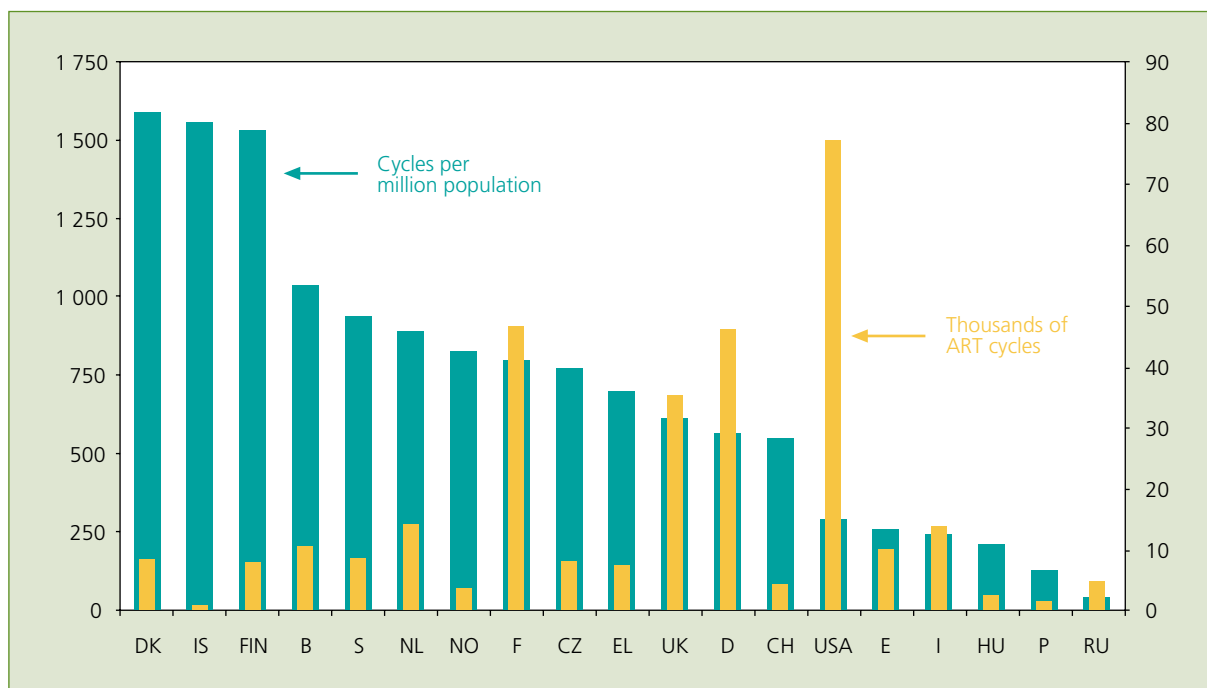
6.3.6 Assistierte Reproduktionstechniken (ART)

Assistierte Reproduktionstechniken (ART) ist ein gemeinsamer Name für den Satz verschiedener bestehender Methoden, Samenzellen und Eier zu verbinden, um infertilen Paaren zu helfen, Kinder zu bekommen. Die gebräuchlichste Methode ist bis jetzt die In-vitro-Fertilisation (IVF), aber andere Methoden wie z. B. die Reproduktion existieren ebenfalls. Dazu gehören der intratubare Gameten-transfer (GIFT) und der intratubare Zygotenttransfer

(ZIFT). Bis vor kurzem wurde IVF fast ausschließlich auf die reproduktiven Probleme der Frauen angewendet, dennoch hat die Einführung von ICSI (intracytoplasmatische Spermieninjektion) die IVF sogar für die Behandlung männlicher Unfruchtbarkeit möglich gemacht.

Die Ergebnisse des dritten europäischen Berichts über die ART in Europa (siehe ART), die von ESRHE (**European Society for Human Reproduction and Embryology**) geführt werden, enthalten Daten von 1999 bis 2000 und decken alle Länder Westeuropas mit Ausnahme von Österreich (das auch bald hinzukommt) und Luxemburg ab (das zur Zeit keine entsprechenden Kliniken hat). In den drei Jahren seit 1997 hat die Anzahl von Behandlungszyklen um 24 % von 203 225 auf 249 624 zugenommen. Drei Länder, Deutschland, Frankreich und Vereinigtes Königreich, berichten über fast die Hälfte all jener Zyklen. Dänemark steht an der Spitze der Verfügbarkeit von ART-Behandlungen; es gab 1 659 Behandlungszyklen pro Million Einwohner im Jahr 1999; 1 407 in Finnland, 1 383 in Island (wo es nur eine Klinik gibt), 973 in Schweden, 915 in den Niederlanden und 882 in Frankreich. Im Vergleich dazu gibt es in den Vereinigten Staaten ungefähr 250 Zyklen pro Million Einwohner (**6.3.7**). IVF (mit und ohne ICSI) macht ungefähr 96 % dieser Verfahren aus. Die Erfolgsquote in Europa war ziemlich konstant, mit einem Durchschnitt von 22 % von Behandlungszyklen, die eine Lebendgeburt ergeben. Der Anteil aller geborenen Kinder, die durch unterstützte Reproduktion geboren wurden, variiert von 3,45 % in Island bis zu 0,35 % in Portugal.

6.3.7 Assistierte Reproduktionstechniken (ART) je Million Einwohner

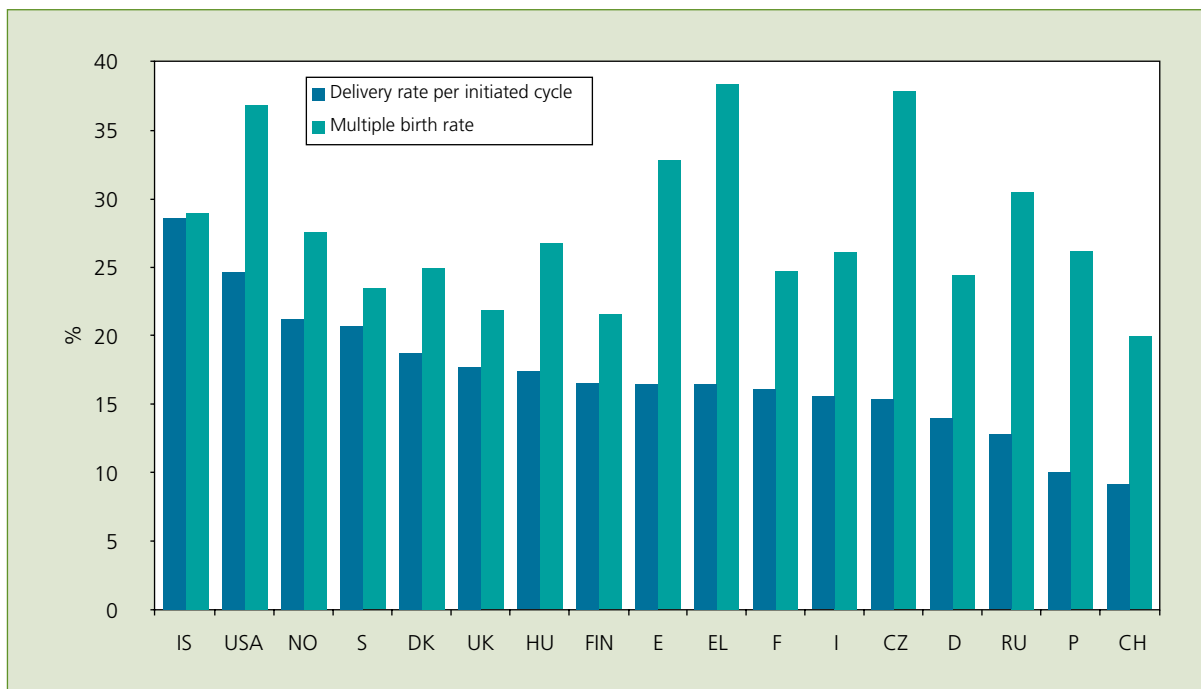


Quelle: Nature Medicine 8 (S1), S29–S32 (2002) The economic impact of the assisted reproductive technologies Patricia Katz, Robert Nachtigall & Jonathan Showstack.

Mehrlingsgeburten können nach IVF-Behandlung vorkommen, wenn mehr als ein Embryo übertragen wird, um die Wahrscheinlichkeit der Schwangerschaft zu erhöhen. Drei oder mehr Embryonen wurden in 51 % der europäischen Zyklen und vier oder mehr in nur 9 % der Zyklen übertragen, obwohl es in der Praxis große Abweichungen gibt. Im Jahr 1998 war der Prozentsatz der IVF-Geburten in den Vereinigten Staaten höher als in Europa (**6.3.8**). 26 % der

IVF-Geburten in Europa waren Mehrlinge (Zwillinge 24 %, Drillinge 2 % oder mehr). Die Mehrlingsgeburten erzeugen höhere Kosten als die Geburt eines Kindes infolge des häufigeren Vorkommens vor der Geburt liegender und während und nach der Geburt entstehender Komplikationen, die mit der Behandlung während der Schwangerschaft und dem niedrigen Geburtsgewicht bei Frühgeburten verbunden sind.

6.3.8 Prozentsatz der ART-Geburten und Mehrlinge (% Lebendgeburte)



Quelle: Nature Medicine 8 (S1), S29–S32 (2002) The economic impact of the assisted reproductive technologies Patricia Katz, Robert Nachtigall & Jonathan Showstack.

Die Ergebnisse des Europäischen ART-Überwachungsprogramms, das von ESHRE (**European Society for Human Reproduction and Embryology**) begonnen wird, werden von nationalen Registern und einzelnen Datenerfassungen erzeugt, die 494 Kliniken in 18 Ländern umfassen. Weil ART aus mehreren Schritten mit einem Abstand von ungefähr zwei Wochen besteht, gilt ein ART-Verfahren eher als Zyklus von Behandlungen als als Verfahren zu einem einzelnen Zeitpunkt. Der Beginn eines ART-Zyklus gilt dann, wenn eine Frau beginnt, Medikamente einzunehmen, um die Eiproduktion zu stimulieren, oder anfängt, die Eierstöcke untersuchen zu lassen mit der Absicht, Embryonen einsetzen zu lassen.

Literatur

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003421.htm>.

ART in Europe, 1999 — third ESHRE report, von Dr. Karl Nygren and Dr. Anders Nyboe Andersen. Euro-

pean Society for Human Reproduction and Embryology, 2002.

„Australian hospital statistics 1999–2000“, Australian Institute of Health and Welfare (2001).

„Nomesco Classification of Surgical Procedures“, Nordic Medico-Statistical Committee (Nomesco) (2001).

Organización Nacional de Transplantes, Ministerio de Sanidad y Consumo (Spanien).

http://www.msc.es/ont/esp/estadisticas/f_estadisticas.htm.

Thomas, J. und Paranjothy, S. (2001), „The National Sentinel Caesarean Section Audit Report“, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit, London, RCOG press.

6.4 Wirtschaftliche Dimensionen des Gesundheitswesens — Produktionswert, Gesundheitsaufwendungen, Kosten und Finanzierung

Aus wirtschaftlicher Sicht kann ein Gesundheitssystem als jener Teilbereich des Wirtschaftssystems definiert werden, der alle Wirtschaftseinheiten umfasst, die an der Produktion, am Konsum und an der Verteilung von Gesundheitsleistungen beteiligt sind. In den meisten Staaten sind die Produktion, der Konsum und die Verteilung von Gesundheitsleistungen nicht auf eine einheitliche Art und Weise oder gemäß denselben Grundsätzen und Mechanismen der Ressourcenzuweisung für die gesamte Bevölkerung organisiert. Während ein Teil der Bevölkerung Gesundheitsdienste nach den Prinzipien des freien Marktes nutzt, unterliegt der Zugang anderer Gruppen zu Gesundheitsdiensten u. U. bestimmten staatlichen Regelungen, die eine Kombination aus Versicherung, Subsidiarität, Käufermonopol und anderen Marktinterventionen umfassen. Ein allgemeines Merkmal des Verbrauchs von Gesundheitsleistungen sind finanzielle Mittler oder Drittzahler. Bei der Gesundheitsversorgung existieren in manchen Fällen freiwillige Versicherungen, in den meisten Ländern wird ein Großteil der Bevölkerung jedoch von der sogenannten Sozial- oder Pflichtversicherung erfasst, bei der die Mitgliedschaft oder die Ansprüche nicht auf der Entscheidung der Verbraucher beruhen, sondern gesetzlich geregelt werden. Jedenfalls bezahlt der Verbraucher die Gesundheitsversorgung selten direkt an den Leistungserbringer.

Die meisten Staaten verfügen über mehr als eine organisatorische Struktur für die Gesundheitsversorgung und ihre Bezahlung. Daher müssen die Gesundheitssysteme eines Landes und ihre Teilsysteme, die jeweils ihre eigenen Kriterien für die Ressourcenallokation anwenden und unabhängig voneinander arbeiten, als Ganzes betrachtet werden (Rovira und Schneider 1998). Um die Interpretation der grundlegenden empirischen Informationen über Gesundheitssysteme zu vereinfachen, schlägt Eurostat eine Einigung auf die für notwendig erachteten zugrunde liegenden Strukturen vor, z. B. Bezahlung, Leistungen, Selbstbehalt, Planung, gesetzliche und private Versicherungen, Finanzierungsmethoden, Rechtssysteme usw. Auf einige Aspekte wird im Folgenden eingegangen. Die Gesundheitssysteme können in drei grundlegende Modelle eingeteilt werden: (a) Modell des *staatlichen Gesundheitsdienstes* (Beveridge-Modell) mit flächendeckender Versorgung, Finanzierung aus Steuermitteln und staatlichen Leistungserbringern, (b) *Sozialversicherungsmodell* (Bismarck-Modell) mit Versicherungspflicht (im Allgemeinen im Rahmen der sozialen Sicherheit), Finanzierung durch Arbeitgeber und persönliche Beiträge über nicht auf Gewinn ausgerichtete Versicherungsfonds

und mit staatlichen und/oder privaten Leistungserbringern und (c) *Privatversicherungsmodell* mit dem Abschluss privater Krankenversicherungen durch den Arbeitgeber oder den Einzelnen, Finanzierung durch persönliche und/oder Arbeitgeberbeiträge und mit privaten Leistungserbringern.

Das Paradebeispiel für das dritte Modell sind die Vereinigten Staaten. In allen Mitgliedstaaten der EU werden die Einwohner von staatlichen Einrichtungen gegen die (meisten) Kosten einer Behandlung im Krankheitsfall versichert. Neun Mitgliedstaaten (DK, E, FIN, EL, I, IRL, P, S, UK) erfassen die gesamte Bevölkerung durch einen staatlichen Gesundheitsdienst. In den südeuropäischen Ländern (E, EL, I, P) wurde diese Art der flächendeckenden Versorgung in den letzten 20 Jahren eingeführt. Bei den nationalen Gesundheitssystemen werden die Leistungen direkt vom Staat erbracht, die meisten Gesundheitsleistungen sind im Allgemeinen für die gesamte Bevölkerung kostenlos. Die Gesundheitsversorgung wird vorwiegend aus Steuermitteln finanziert, wobei sowohl direkte Steuern (z. B. Einkommensteuer) als auch indirekte Steuern (z. B. Mehrwertsteuer) herangezogen werden können. In Italien, Griechenland und Spanien wird jedoch eine Mischfinanzierung praktiziert, d. h. aus Steuermitteln und Beiträgen zur Krankenversicherung. In Irland stellen Steuermittel die Hauptfinanzierungsquelle dar, doch befinden sich im Gegensatz zum Vereinigten Königreich viele Krankenhäuser in privater Verwaltung. Nur für Personen mit niedrigem Einkommen ist die Grundversorgung in Irland kostenfrei; alle anderen müssen privat erhaltene Leistungen vollständig und öffentlich bereitgestellte Krankenhausleistungen mit einem geringen Tagessatz bezahlen.

In Griechenland besteht das allgemeine Recht auf Gesundheitsversorgung im Zugang zu öffentlichen Krankenhäusern einschließlich ihrer ambulanten Abteilungen. In den sechs anderen Mitgliedstaaten (A, B, D, F, L, NL) erfolgt die medizinische Versorgung über Sozialversicherungen. Außer in den Niederlanden und in Deutschland erfasst die Sozialversicherung fast die gesamte Bevölkerung. In den Niederlanden ist die Bevölkerung beinahe zur Gänze gegen das Risiko ernster oder langfristiger Krankheiten versichert. Derzeit sind rund 70 % der Bevölkerung gegen die Risiken akuter Krankheiten pflichtversichert, während die restlichen 30 % — Personen mit einem Einkommen über einem bestimmten Schwellenwert und Selbstständige — eine (freiwillige) Privatversicherung haben. In Deutschland sind 92,5 % der Bevölkerung bei der Sozialversicherung gegen Krankheiten (davon 85 % durch Pflichtmitgliedschaft und 15 % auf freiwilliger Basis) und die restliche Bevölkerung (vor allem Beamte, Selbstständige und Personen mit höherem Einkommen) im Rahmen privater Krankenversiche-

rungen versichert. In Belgien sind Selbstständige und Arbeitgeber nur gegen ernste Risiken — stationäre Behandlung — und bestimmte Krankheiten, wie Krebs und Tuberkulose, versichert.

In sämtlichen Mitgliedstaaten spielen auch Privatversicherungen eine Rolle, wenn auch in unterschiedlichem Maß. In einigen Ländern (z. B. in den Niederlanden) füllt die Privatversicherung die meisten Lücken der gesetzlichen Versicherung. In anderen Staaten (z. B. Österreich) bieten Privatversicherungen auch Personen, die bereits einen umfassenden Schutz durch die Pflichtversicherung haben, die Möglichkeit zur Zusatzversicherung. In anderen Ländern wiederum (z. B. Frankreich) deckt die Privatversicherung Selbsthalte der gesetzlichen Krankenversicherung (*ticket modérateur*) auf rezeptpflichtige Medikamente, Arztbesuche usw. ab. In Irland erfüllt die Privatversicherung alle drei Funktionen. Die Krankenhausbetten befinden sich in Dänemark, Finnland, Schweden und dem Vereinigten Königreich zu mehr als 90 %, in Italien und Portugal zu 80 % bis 90 % und in Frankreich, Griechenland, Italien und Spanien mehrheitlich in staatlichem Eigentum. In Österreich und Deutschland ist etwa die Hälfte der Betten in Staatsbesitz. In Belgien, Luxemburg und den Niederlanden stehen die meisten Krankenhäuser für die Akutversorgung unter privater Verwaltung. In Belgien, Frankreich, Deutschland und Luxemburg können sich die Patienten direkt an einen Facharzt wenden, während in den anderen Mitgliedstaaten dazu normalerweise eine Überweisung durch einen praktischen Arzt erforderlich ist (Primärarztprinzip).

Die Finanzierung erfolgt mit Steuermitteln, Sozialversicherungsbeiträgen, privaten Versicherungsbeiträgen, Ersparnissen, Eigenzahlungen und Darlehen, Zuschüssen und Zuwendungen. Die Finanzierung kann direkt erfolgen (an Einzelpersonen oder Unternehmen) oder indirekt (für Transaktionen oder Waren). Sozialversicherungsbeiträge sind in der Regel einkommensbezogen und werden von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu gleichen Teilen getragen. Beiträge für ältere, arbeitslose oder behinderte Personen können von Renten-, Pensions- oder Krankenkassen eingezogen werden. Private Krankenversicherungsbeiträge werden vom Versicherten bezahlt, von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu gleichen Teilen getragen oder ganz vom Arbeitgeber bezahlt. Auch Bezuschussungen durch den Staat in Form von Steuergutschriften und -erleichterungen sind möglich (siehe Mossialos und Dixon 2001).

6.4.1 Produktionswert des Gesundheitswesens im System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen

Das Gesundheitswesen ist ein wichtiger Wirtschaftssektor. Sein Anteil am Bruttoinlandsprodukt erreicht erhebliche Dimensionen und wird in naher

Zukunft voraussichtlich weiter wachsen. Die Beschaffung aussagekräftiger Wirtschaftsdaten zu diesem Sektor erweist sich aufgrund der besonderen Merkmale des Gesundheitswesens — die Nachfrage wird zu einem wesentlichen Teil staatlich gesteuert, die Preise sind häufig administrativ festgelegt — allerdings als schwierig.

In den nachfolgenden Tabellen sind alle verfügbaren Informationen zu den wirtschaftlichen Dimensionen des Gesundheitswesens zusammengestellt. Die Informationen über den Bruttowertzuwachs (**6.4.1**) geben Auskunft über den Produktionswert des Gesundheits- und Sozialwesens. Sie können mit den Beschäftigungsdaten in Tabelle **6.1.1** verknüpft werden, die sich auf denselben Wirtschaftssektor beziehen. Die Daten stammen aus dem **System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen** und müssen im entsprechenden Kontext gesehen werden. Leider umfasst der Sektor nicht nur das Gesundheits-, sondern auch das Sozialwesen. Bei der Erfassung der Daten im **System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen** wurde die Statistische Systematik der Wirtschaftszweige in der Europäischen Gemeinschaft, NACE Rev. 1, zugrunde gelegt. Diese Systematik umfasst in Abschnitt N das Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen.

Die Bruttowertschöpfung pro Kopf im Gesundheits- und Sozialwesen ist während der letzten 30 Jahre erheblich gestiegen — im Vereinigten Königreich um den Faktor 24, aber auch Dänemark (Faktor 14), Italien (Faktor 14) und Deutschland (Faktor 11) verzeichneten erhebliche Zuwächse. Von 1980 bis 2000 wuchs die Bruttowertschöpfung in allen Staaten (für die Daten vorliegen) zwischen 320 und 450 %.

Die **Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen** in der Europäischen Union basieren auf dem **Europäischen System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen (ESVG)**. Dieses System enthält zwei Hauptdarstellungsformen: (a) die Sektorkonten und (b) das Input-Output-System sowie die Tabellen nach Wirtschaftsbereichen. Die Sektorkonten liefern für die einzelnen institutionellen Sektoren eine systematische Beschreibung der verschiedenen Phasen des Wirtschaftskreislaufs, d. h. der Produktion, der Einkommensentstehung, -verteilung, -umverteilung und -verwendung sowie der Änderungen von finanziellem und nichtfinanziellem Vermögen. Zu den Sektorkonten gehören auch Vermögensbilanzen, die die Vermögensbestände, die Verbindlichkeiten und das Reinvermögen am Anfang und am Ende des Rechnungszeitraums zeigen. **Eurostat** erstellt Daten über den letzten Verbrauch der Haushalte, die den Wert der Waren und Dienstleistungen zur direkten Befriedigung individueller Bedürfnisse der Menschen darstellen. Der Fluss umfasst den letzten Verbrauch von gebietsan-

sässigen und gebietsfremden privaten Haushalten im Wirtschaftsgebiet. Er wird zu den Kaufpreisen der auf dem Markt erworbenen Produkte sowie zu Herstellungspreisen beim Eigenverbrauch und bei Produkten, die Arbeitnehmer von den Arbeitgebern als Sachleistungen erhalten, bewertet. Nicht unter diese Einteilung fallen Sozialtransfers in Form von Sachleistungen wie z. B. Ausgaben, die zunächst von den Haushalten bezahlt, aber in der Folge von der Sozialversicherung rückerstattet werden (z. B. einige medizinische Aufwendungen).

NACE Rev. 1 ist die Statistische Systematik der Wirtschaftszweige in der Europäischen Gemeinschaft. Abschnitt N beinhaltet Krankenhäuser [stationäre Aufnahme von Patienten (einschließlich chirurgische Behandlungen, medizinische Behandlungen, Gynäkologie und Geburtshilfe, Rehabilitation usw.)], Arztpraxen [ambulante Behandlung von Patienten (einschließlich Leistungen von praktischen Ärzten, medizinische und chirurgische Behandlungen)], Zahnarztpraxen, andere Gesundheitsdienste (einschließlich Leistungen von Hebammen, Krankenschwestern und -pflegern, Physiotherapeuten usw., Krankenwagen, medizinischen Laboren) und Heime, ohne Fremden-, Erholungs- und Ferienheime (einschließlich Leistungen der Wohlfahrtspflege für ältere und behinderte Menschen von Institutionen usw.) und Sozialarbeitsdienste ohne Heime.

6.4.2 Gesundheitsaufwendungen: der Ansatz der OECD

Zu den „Gesundheitsaufwendungen“ wurden separate Daten gesammelt, um einige der bekannten Mängel im Zusammenhang mit der Struktur der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen zu umgehen. Während der letzten 30 Jahre war die **OECD** die wichtigste Datenquelle für die verschiedenen Staaten. Auch die Daten in Tabellen **6.4.2** bis **6.4.11** basieren noch auf dem traditionellen Ansatz der OECD zur Datenerfassung, so dass der neuen methodischen Struktur des **System of Health Accounts** (siehe Abschnitt 6.4.4) hier noch nicht Rechnung getragen wird. Bis in allen Mitgliedstaaten Zeitreihendaten auf der Grundlage des neuen Konzepts verfügbar sind, müssen noch erhebliche Ressourcen und sehr viel Zeit investiert werden.

Den **OECD Gesundheitsdaten 2002** zufolge stiegen die Gesamtaufwendungen im Gesundheitsbereich von 1970 bis 2000 in allen Mitgliedstaaten und EWR-Staaten erheblich an. Von 1980 bis 2000 — in einem Zeitraum, für den die meisten Länder Daten vorlegen konnten — erhöhten sich die Pro-Kopf-Aufwendungen um den Faktor 2,5 (in den Niederlanden) bis 22 (Portugal und Spanien). Die wirtschaftliche Bedeutung der Gesamtaufwendungen für Gesundheit lässt sich auch aus ihrem prozentualen Anteil am BIP ablesen. Aus diesem Wert kann der Gesamtanteil der Wirtschaftsressourcen der Gesellschaft abgeleitet werden, der für die Gesund-

heitsversorgung eingesetzt wird. 1998, im letzten Jahr, für das alle Staaten Daten vorgelegt haben, bewegte sich dieser Anteil zwischen 5,8 und 10,2 % des BIP. Die öffentlichen Gesundheitsaufwendungen sind in gleichem Maße gewachsen wie die gesamten Aufwendungen für Gesundheit. Ihr Anteil am BIP liegt nur geringfügig unter dem Anteil der gesamten Gesundheitsaufwendungen am BIP und erreichte 1998 Werte zwischen 4,7 und 7,8 %.

Alle in Tabelle **6.4.4** bis **6.4.9** dargestellten Gesundheitsaufwendungen lassen einen erheblichen Anstieg während der letzten Jahrzehnte erkennen. Die verschiedenen Unterkategorien weisen jedoch deutliche Unterschiede zwischen den Ländern auf. Die Pro-Kopf-Aufwendungen für medizinische Produkte für die ambulante Patientenbehandlung lagen 1998 zwischen 240 und 450 EUR, was 1,0 bis 2,0 % des BIP entspricht.

Aus den **OECD Gesundheitsdaten 2002** geht hervor, dass die Gesamtaufwendungen für Gesundheit das umfassendste Konzept für die Beschreibung der Endnachfrage nach Waren und Dienstleistungen im Gesundheitsbereich sind. Die Gesamtaufwendungen für Gesundheit beinhalten die Aufwendungen für individuelle Gesundheitsgüter und für kollektive Gesundheitsgüter (d. h. Aufwendungen, die einzelnen Patienten zugerechnet bzw. nicht zugerechnet werden können) und Aufwendungen für präventive Behandlungen sowie für die Gesundheitsverwaltung und andere gesundheitsbezogene Funktionen. Die öffentlichen Gesundheitsaufwendungen beziehen sich auf jenen Teil der Gesamtaufwendungen für Gesundheit, der aus öffentlichen Mitteln — aus Haushaltsmitteln oder aus Leistungen der Sozialversicherung — finanziert wird. Die öffentlichen Gesundheitsaufwendungen decken in unterschiedlichem Maße alle Kategorien der Gesamtaufwendungen für Gesundheit ab. Bei den Aufwendungen für individuelle Gesundheitsgüter und für kollektive Gesundheitsgüter (d. h. Aufwendungen, die einzelnen Patienten zugerechnet bzw. nicht zugerechnet werden können) erfolgt häufiger eine private Kofinanzierung als bei den Aufwendungen für eine präventive Behandlung, für die Verwaltung oder für andere Funktionen im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen. Aufwendungen für individuelle Gesundheitsgüter — Aufwendungen, die direkt den Patienten zugerechnet werden können — sind unabhängig davon, ob sie vom Staat, von der Sozialversicherung oder mittels privater Zahlungen finanziert werden. Die Aufwendungen für die individuelle Gesundheit lassen sich nach der Art der Gesundheitsleistungen weiter aufschlüsseln, z. B. nach stationärer und ambulanter Behandlung, häuslicher Pflege oder nach den an ambulante Patienten ausgegebenen medizinischen Produkten. Die Aufwendungen für die individuelle Gesundheit können entweder aus öffentlichen Mitteln oder über Selbstbehalte finanziert werden. Die Festlegung der jeweiligen Anteile ist in vielen Ländern Gegenstand der politischen Diskussion.

6.4.3 Aufwendungen für Pharmazeutika

Trotz der bestehenden Preisunterschiede stellen die Aufwendungen für Pharmazeutika für die Gesundheitssysteme in Ländern mit niedrigerem Pro-Kopf-BIP tendenziell eine vergleichsweise höhere Belastung dar. So ist der Anteil dieser Aufwendungen am BIP in Ländern wie Portugal oder Griechenland am höchsten. Auf der anderen Seite ist der Anteil in Ländern wie Dänemark, Norwegen, Luxemburg, der Schweiz und den Niederlanden vergleichsweise niedriger. Irland stellt aufgrund seiner schnellen wirtschaftlichen Entwicklung einen Sonderfall dar. Italien ist das einzige größere Land, in dem der strikte finanzielle Konsolidierungskurs während der 90er Jahre Auswirkungen auf den Anteil der Pharmazeutika am BIP hatte. In Frankreich, Japan, Spanien und Belgien sind die Aufwendungen für Pharmazeutika vergleichsweise höher. Auch in Portugal ist ein rasanter Anstieg des Verbrauchs festzustellen. Selbst in Ländern mit relativ moderatem Wachstum der Gesundheitsaufwendungen, wie dem Vereinigten Königreich oder den Niederlanden, setzte mittlerweile ein signifikanter Anstieg des Anteils von Pharmazeutika am BIP ein (siehe Jacobzone 2000).

Die Zahlen in Tabelle 6.4.10, die auf den **OECD Gesundheitsdaten 2002** basieren, machen die zunehmende wirtschaftliche Bedeutung der Ausgaben für Pharmazeutika in allen Ländern deutlich. Für viele Länder liegen noch keine Daten zu Heilbehelfen vor (6.4.11). Auch darf die Vergleichbarkeit der vorhandenen Daten (nach denen in Belgien und Frankreich die Extremwerte erreicht wurden) angezweifelt werden. Die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für Pharmazeutika wurden für Frankreich, Italien und Deutschland verzeichnet; am niedrigsten sind die Werte für Spanien und Irland (jeweils nach dem Stand von 1998). Auf Pharmazeutika entfällt in den OECD-Ländern ein Anteil von etwa 15 % an den gesamten Gesundheitsaufwendungen. Nachdem dieser Anteil von 1970 bis 1980 leicht zurückgegangen war, setzte von 1990 bis 1996 ein signifikanter Anstieg ein. Der Anteil am BIP ist höher in Ländern, die ein vergleichsweise niedrigeres Pro-Kopf-BIP aufweisen. Der niedrigste Anteil ist in der Schweiz und der höchste in Griechenland und Portugal zu verzeichnen. Auch in Norwegen, Dänemark und Irland verharrt dieser Anteil auf einem relativ niedrigen Niveau. In einer Reihe von Ländern (Belgien, Frankreich, Griechenland, Irland, Luxemburg) ist der Anteil seit 1970 erheblich gesunken. Rückläufig entwickelte er sich auch in Deutschland. An den öffentlichen Gesundheitsaufwendungen machen die Aufwendungen für Pharmazeutika nur einen Anteil von einem Zehntel aus. Dieser im Vergleich zum Anteil der Aufwendungen für Pharmazeutika an den gesamten Gesundheitsaufwendungen niedrigere Anteil ist darauf zurückzuführen, dass der Selbstbehalt bei Pharmazeutika in der Regel höher ist als bei einer Krankenhausbehandlung.

Im Rahmen der **OECD Gesundheitsdaten 2002** werden die Gesamtaufwendungen für medizinische Produkte in Pharmazeutika und sonstige kurzlebige medizinische Güter sowie Heilbehelfe und sonstige langlebige medizinische Güter untergliedert. Zur ersten Kategorie gehören medizinische Präparate, Marken- und generische Arzneimittel, Drogen, patentierte Arzneimittel, Seren und Impfstoffe, Vitamine, Mineralien und Kontrazeptiva; die zweite Kategorie umfasst Brillen und Hörhilfen, aber auch orthopädische Hilfsmittel und Prothesen sowie medizinisch-technische Geräte einschließlich Rollstühlen.

6.4.4 Das System of Health Accounts

Im Verlauf der letzten Jahre hat die Nachfrage nach diesen Daten stark zugenommen. Zunehmend Anlass zur Sorge bereitete gleichzeitig die mangelnde Vergleichbarkeit der Daten, die aus der Datenerhebung resultiert. Für die OECD und Eurostat war dies der Anlass, in einer gemeinsamen Anstrengung mit den Mitgliedstaaten auf eine bessere Vergleichbarkeit der Daten durch die Vereinbarung gemeinsamer Grenzen und Gliederungskategorien hinzuarbeiten. Das Resultat ist das OECD-Handbuch „**A System of Health Accounts (SHA)**“. In den meisten Mitgliedstaaten wurde im Rahmen der Erhebungen zu den nationalen Gesundheitsaufwendungen bereits damit begonnen, dieses Konzept eines Systems von Gesundheitskonten umzusetzen.

Die nationalen Gesundheitskonten sind in der Regel als zweidimensionale Tabellen mit einer Kreuzklassifizierung der Aufwendungen nach Leistungserbringern/Programmen des Gesundheitsbereichs und nach Finanzierungsgebern aufgebaut. Zur Klassifizierung der Leistungserbringer im Gesundheitsbereich werden derzeit landesspezifische Kombinationen institutioneller und funktionaler Kriterien angewandt. Die resultierenden Klassifikationsmerkmale (wie „Allgemeinkrankenhaus“, „Geburtsklinik“ und „Hausarzt“) sind in den Ländern in unterschiedlichem Kontext zu verstehen, so dass sich allgemeine Grenzen für die Gesundheitsaufwendungen ergeben, die sich von Land zu Land unterscheiden und sich mit der Zeit ändern. Mehr als zwei Jahrzehnte der Erfahrung mit internationalen Vergleichen und gesundheitspolitischen Analysen auf nationaler Ebene verdeutlichen, dass eine Trennung der institutionellen und der funktionalen Aspekte der Gesundheitsdienste in zwei separate Dimensionen der Berichterstattung für die Gesundheitsausgabenrechnung zum Zweck internationaler Vergleiche unerlässlich ist. Diese Trennung ist auch ein unverzichtbares Mittel zur Verbesserung zeitbezogener Vergleiche innerhalb der nationalen Gesundheitskonten. Dieses Prinzip, das erst in jüngster Zeit Eingang in die Gesundheitsausgabenrechnung fand, wird bei der

Datenerfassung in anderen, funktionsorientierten Bereichen, die für die öffentliche Politik von besonderem Interesse sind — Bildung, Forschung und Entwicklung sowie Sozialschutz im Allgemeinen — schon seit langem beachtet und angewandt. Die Bereitstellung von Gesundheitsversorgungsleistungen und deren Finanzierung ist ein komplexer, multidimensionaler Prozess. Die Kerntabellen des **System of Health Accounts (SHA)** betreffen drei zentrale Fragen: (a) Woher stammt das Geld? (Finanzierungsquelle), (b) wofür wird das Geld ausgegeben? (Anbieter von Gesundheitsleistungen und -produkten) und (c) welche Arten von (funktionsbezogenen) Leistungen werden erbracht, und welche Arten von Gütern werden gekauft?

Das System of Health Accounts baut folglich auf einem dreidimensionalen System zur Erfassung der Gesundheitsaufwendungen auf, das auf dem neuen Vorschlag für eine internationale Klassifikation der Gesundheitskonten (International Classification for Health Accounts — ICHA) basiert. Die ICHA gliedert sich in drei Teile: **Funktionen** des Gesundheitswesens (ICHA-HC), **Leistungserbringer** im Gesundheitswesen (ICHA-HP) und **Finanzierungsquellen** des Gesundheitswesens (ICHA-HF). Die vorgeschlagenen Klassifikationen ermöglichen über Verknüpfungen den Zugang zu nicht monetären Daten wie Beschäftigungsstatistiken oder sonstigen Ressourcenstatistiken. Vorhandene nationale und internationale Klassifikationen dienen dabei als Basis für die vorgeschlagenen Klassifikationen. Die Klassifikation der Leistungserbringer im Gesundheitswesen (ICHA) ist z. B. eine Erweiterung der internationalen Systematik der Wirtschaftszweige der Vereinten Nationen (International Standard Industrial Classification — ISIC, Rev. 3). Das SHA-Handbuch enthält Verweise auf in neuester Zeit entwickelte oder überarbeitete Klassifikationen wie die zentrale Gütersystematik (Central Product Classification — CPC) der Vereinten Nationen und die überarbeitete Fassung der funktionalen Klassifikation des SVG 93 (System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen). Diese Verweise sollen Statistikern, die ihre nationalen Systeme auf diese überarbeiteten Klassifikationen umstellen, dabei helfen, die Verbindungen zur ICHA herzustellen. Die Auswahl der Kategorien für die drei Dimensionen orientiert sich an ihrer Relevanz für gesundheitspolitische Fragen und Reformen, insbesondere für die Überwachung struktureller Änderungen, wie die Verlagerung von der stationären zur ambulanten Patientenversorgung und das Auftreten und die Verbreitung multifunktionaler Anbieter in den nationalen Gesundheitssystemen (siehe OECD 2000).

Eurostat fördert derzeit mehrere Projekte, mit denen die Anstrengungen der Mitgliedstaaten zur Einführung des SHA unterstützt werden sollen. Das

Projekt **Health Account Guidelines**, das vom **Office for National Statistics** (Vereinigtes Königreich) koordiniert wird, soll den Mitgliedstaaten praktische Hilfe und Unterstützung bei der Umsetzung des SHA bieten. Eine Analyse des Projekts **Health Accounts Prototype**, das vom **BASYS-Institut** koordiniert wird, wird den Mitgliedstaaten bei der Überwindung der bekannten Probleme bei der Datenerfassung helfen. Das von der **Inspection Générale de la Sécurité Sociale** (Luxemburg) koordinierte Projekt **Health Accounts by Age and Gender** zu Gesundheitskonten nach Alter und Geschlecht untersucht die im System verwendete Gliederung. Mit der Verfügbarkeit von SHA-Daten hoher Qualität für die Mehrzahl der Mitgliedstaaten wird bis Ende 2005 gerechnet.

6.4.5 Die Grenzen des Gesundheitssystems: Eucomp

1999 wurde im Rahmen des Aktionsprogramms der Gemeinschaft für Gesundheitsberichterstattung das Projekt **Eucomp (Towards Comparable Health Care Data in the European Union)** ins Leben gerufen, um zusätzliche Einblicke in die Struktur der Gesundheitssysteme und die unterschiedlichen Ressourcen der Gesundheitsversorgung in den Mitgliedstaaten zu gewinnen. Das Projekt wird vom **North Eastern Health Board** (Irland) mit Unterstützung von Eurostat und sämtlichen Mitgliedstaaten koordiniert. Ziel des Projekts war es, mit Hilfe eines Formulars für die Datenerfassung und eines Instrumentariums für Vergleiche Ergebnisse zu erarbeiten, die in allen Mitgliedstaaten übernommen werden können. Die Gestaltung des Fragebogens ist gekennzeichnet durch die Integration der Liste der Funktionen des Gesundheitswesens aus dem Projekt CCP (Niederlande) und der funktionalen Klassifikation der OECD, die im Rahmen der Entwicklung des System of Health Accounts ausgearbeitet wurde. Im Rahmen von Eucomp wurde erfolgreich eine derartige funktionale Gliederung der Gesundheitssysteme für die meisten Länder der Europäischen Union sowie für Island und Norwegen geschaffen. Außerdem wurden Metadaten gesammelt, die in Zukunft die Basis für die Interpretation der Gesundheitsstatistiken bilden sollen. Aufgrund der funktionalen Gliederung der Gesundheitssysteme können die bestehenden Unterschiede aufgezeigt werden. Eingehende Kenntnisse dieser Unterschiede sind unerlässlich, damit beurteilt werden kann, ob ein Vergleich möglich ist und — wenn ja — in welchem Umfang. Den Ausgangspunkt für die funktionale Gliederung bildet die Annahme, dass das Funktionspaket (die Tätigkeiten) im Gesundheitswesen stabil ist, während sich die Erbringer der Funktionen unterscheiden. Auf der Basis dieser Annahme wurde ein Fragenkatalog entwickelt, der auf einer Liste der Funktionen/Tätigkeiten basiert und anhand der OECD-Klassifikation der Funktionen im Gesundheitsbereich gegliedert ist. Die Befragten

wurden gebeten, die Funktion der ihnen bekannten Akteure ihres Gesundheitssystems zu nennen und — sowie relevant — Informationen über die Produktionsmodi in der Terminologie der OECD vorzulegen. Durch ein zweites Projekt (**Eucomp-2**) sollen einzelne Informationen vervollständigt und dabei auch die EU-Beitrittsländer einbezogen werden. Die Ergebnisse des Projekts Eucomp werden voraussichtlich zu einem späteren Zeitpunkt auf einer öffentlich zugänglichen Website veröffentlicht.

6.4.6 Gesundheitsaufwendungen in den Sozialschutzsystemen

Der Sozialschutz umfasst alle Maßnahmen öffentlicher oder privater Stellen, die darauf abzielen, Haushalte oder Einzelne vor bestimmten festgelegten Risiken zu schützen oder bestimmte festgelegte Bedürfnisse abzudecken, vorausgesetzt jedoch, dass nicht gleichzeitig eine gegenseitige oder individuelle Vereinbarung besteht (siehe Essoss 2002a). Die im Rahmen des Sozialschutzes abgedeckten Risiken bzw. Bedürfnisse werden nach den bestehenden Konventionen in acht Sozialschutzfunktionen gegliedert (z. B. Krankheit/Gesundheitsversorgung). Innerhalb der Europäischen Union entfielen 1999 41,0 % der Aufwendungen des Sozialschutzes auf die Funktion Alter und 26,7 % auf die Funktion Krankheit/Gesundheitsversorgung. Der Anteil der Funktionen Familie/Kinder, Invalidität/Gebrechen, Hinterbliebene, Soziale Ausgrenzung und Wohnen betrug im Durchschnitt 25 %. Die größten Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten gab es bei der Funktion Arbeitslosigkeit, was auf die unterschiedliche Beschäftigungssituation in den einzelnen Staaten zurückzuführen ist. In den letzten Jahren war beim Anteil für Alter und Krankheit/Gesundheitsversorgung in allen Mitgliedstaaten ein Anstieg zu verzeichnen, während die Aufwendungen für Arbeitslosigkeit sanken. Die Verteilung der Aufwendungen des Sozialschutzes ergibt in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union ein ähnliches Bild.

Die Daten über Einnahmen und Aufwendungen im Bereich des Sozialschutzes durch die Mitgliedstaaten der Europäischen Union werden von Eurostat gemäß dem **Europäischen System der integrierten Sozialschutzstatistik (Essoss)** präsentiert. Dieses harmonisierte System bietet ein Instrument für Analysen und Vergleiche der relevanten Geldströme (siehe Essoss 2002b). Die Aufwendungen für Sozialschutzsysteme werden in Sozialleistungen, Verwaltungskosten, Transfers zu anderen Programmen und sonstige Aufwendungen aufgeschlüsselt. Sozialleistungen sind Transfers (Geld- oder Sachleistungen) von Sozialschutzsystemen an Haushalte oder Einzelpersonen, um diese vor Risiken zu schützen oder sie zu entlasten. Sozialleistungen werden nach ihrer Funktion (darunter die Funktion Krankheit/Gesund-

heitsversorgung), nach Bedürftigkeit (d. h. Prüfung, ob das Einkommen und/oder Vermögen des Empfängers unter einem bestimmten Wert liegt) und nach ihrer Art eingeteilt: Barleistungen (periodische und pauschale Zahlungen), Sachleistungen und umgelenkte Sozialbeiträge (Zahlungen eines Sozialschutzprogramms an ein anderes zur Wahrung oder Akkumulierung der Rechte von Personen, die Anspruch auf Sozialschutz innerhalb des letzteren Programms haben). Von Eurostat wurden vielfältige Anstrengungen zur Harmonisierung der Informationen über die Sozialausgaben in Europa unternommen. Darin einbezogen sind sämtliche Formen der sozialen Sicherheit, allerdings wird den Daten zur Gesundheitsversorgung nicht immer das Interesse beigemessen, das sie verdienen. Dies könnte nicht zuletzt auf die „abstrakten“ Kategorien zurückzuführen sein, die bei der Präsentation der Daten verwendet werden.

Tabelle **6.4.12** enthält Daten zum Anteil der Ausgaben für den Sozialschutz, der 1999 auf die Funktion Krankheit/Gesundheitsversorgung entfiel. Die Bandbreite der Aufwendungen reicht von 677 EUR pro Kopf in Griechenland bis zu 2 240 EUR pro Kopf in Luxemburg. Der Durchschnitt in EU-15 liegt bei etwas über 1 500 EUR (jeweils nach dem Stand von 1999). Während sich die Aufwendungen von 1990 bis 1999 in einigen Ländern (Portugal, Irland) verdoppelten, sind sie in anderen — mit einigen Schwankungen — zurückgegangen (Italien, Finnland). Der prozentuale Anteil der Aufwendungen für den Sozialschutz am BIP ist aufgrund der unterschiedlichen verwendeten Definitionen nicht mit dem prozentualen Anteil der öffentlichen Gesundheitsaufwendungen (**6.4.5**) identisch. In den meisten Ländern, die Daten für diese beiden Kategorien zur Verfügung stellen, übersteigen die Aufwendungen gemäß Essoss in Prozent des BIP die öffentlichen Gesundheitsaufwendungen in Prozent des BIP. Ausnahmen bilden Dänemark und Deutschland (jeweils nach dem Stand von 1998).

Die Daten in Tabellen **6.4.13** und **6.4.14** geben Auskunft über die Bedeutung der Barleistungen im Vergleich zu den Sachleistungen. In allen Ländern beanspruchen die Sachleistungen einen höheren Anteil der Aufwendungen des Sozialschutzes als Barleistungen. 1999 lag das Verhältnis in EU-15 bei etwa 6:1. Bei keiner der beiden Leistungen ist ein eindeutiger Trend nach oben oder unten erkennbar, doch schwanken die Anteile am BIP bei beiden Leistungen in der Mehrzahl der Länder. In der detaillierten Aufschlüsselung der Aufwendungen (**6.4.15**) wiederholen sich die oben beschriebenen Abweichungen zwischen den Ländern. Bei der Art der Aufwendungen gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ländern, wohl aber beim Pro-Kopf-Betrag und beim Anteil an den Gesamtaufwendungen.

Die Funktion *Krankheit/Gesundheitsversorgung* im **Essoss (Europäisches System der integrierten Sozialschutzstatistik)** von Eurostat umfasst: *Barleistungen* (in geringem Umfang, da die meisten Barleistungen von anderen Funktionen des Sozial-schutzes abgedeckt werden), durch die der Einkommensverlust während einer vorübergehenden krankheits- oder verletzungsbedingten Arbeitsunfähigkeit ganz oder teilweise ersetzt wird, und *medizinische Versorgung* im Rahmen des Sozialschutzes zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit der erfassten Personen. Zur medizinischen Versorgung gehören Leistungen (ärztliche und nichtärztliche Leistungen von praktischen Ärzten, Fachärzten und sonstigem Personal; Labortests und andere Untersuchungen; Zahnbehandlung; Physiotherapie; Thermalkuren; Krankentransporte; vorbeugende Behandlungen wie Impfungen; Unterbringung im Fall eines Aufenthalts in einem Krankenhaus oder einer anderen Einrichtung) und Waren (pharmazeutische Produkte; medizinische Prothesen; Verbände und medizinisches Material). Die Essoss-Daten beschreiben das Gesundheitswesen aus einer anderen, aber harmonisierten Perspektive. Die Sozialschutzaufwendungen werden nach der Art der Leistung (Barleistungen oder Sachleistungen) und nach Anspruchsberechtigung (von einer Bedürftigkeitsprüfung abhängige Leistungen) klassifiziert. Tabelle **6.4.12** zeigt die Gesamtaufwendungen für Gesundheit gemäß Essoss, während Tabellen **6.4.13** und **6.4.14** eine Aufstellung der Barleistungen bzw. Sachleistungen enthalten. Während im ersten Fall Barzahlungen an den Haushalt gemeint sind, versteht man unter Sachleistungen die Bereitstellung von Waren und Leistungen statt von Barmitteln. Tabelle **6.4.15** gibt einen systematischen Überblick über alle Kategorien von Sozialschutzleistungen in Essoss. Stand der Daten ist 1999.

6.4.7 Verbrauchsausgaben privater Haushalte für Gesundheit im System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen

In Tabelle **6.4.16** sind die Daten des **Systems Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen** in Bezug auf die Verbrauchsausgaben privater Haushalte für Waren und Dienstleistungen im Gesundheitsbereich zusammengestellt. Alle Werte sind Pro-Kopf-Werte in Euro. Bei den Beträgen ist eine unterschiedliche zeitbezogene Zuwachsrate zu verzeichnen, doch sind die Unterschiede zwischen den Ländern weniger signifikant als in anderen Kategorien der Gesundheitsaufwendungen.

6.4.8 Verbrauchsausgaben privater Haushalte für Gesundheit in den Erhebungen zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte

Die Daten der **Erhebungen zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte** (HBS) in Tabelle

In den letzten Jahren waren die privaten Gesundheitsausgaben in vielen Ländern zunehmend Thema der politischen Diskussion. Diese Ausgaben können als Selbstbehalt oder Eigenzahlungen anfallen und über eine private Versicherung finanziert werden oder aber zu Lasten des einzelnen Haushalts gehen. Die statistischen Ämter arbeiten verstärkt daran, dieses Thema näher zu untersuchen. Dabei kamen zwei verschiedene Methoden zum Einsatz: 1. Im Rahmen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen wird der private Bedarf nach Art der Waren und Dienstleistungen aufgeschlüsselt, die von den Haushalten bezahlt werden; 2. in den Erhebungen zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte geben die einzelnen Haushalte an, welchen Teil ihres Budgets sie für definierte Kategorien von Waren und Dienstleistungen ausgeben. Obwohl den Daten des Systems Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen gemäß (1) häufig Budgetdaten der Haushalte gemäß (2) zugrunde liegen, weichen die Ergebnisse voneinander ab.

6.4.17 beziehen sich nur auf drei Jahre und sind nicht direkt vergleichbar mit den Daten des Systems Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen in **6.4.16**, da sie in KKS statt in Euro angegeben werden. Dennoch untermauern sie die Beobachtung, dass die privaten Gesundheitsaufwendungen in einigen Ländern dramatisch gestiegen sind (in Italien und Belgien im gesamten Gesundheitsbereich, in Griechenland bei ambulanten Leistungen). Ein genereller Trend lässt sich jedoch nicht erkennen. Bei den Beträgen in den verschiedenen Kategorien sind eine unterschiedliche zeitliche Entwicklung sowie länderspezifische Unterschiede festzustellen.

Die Höhe der Gesundheitsaufwendungen eines bestimmten Landes in der Erhebung zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte wird in hohem Maße durch die Struktur des Gesundheitssystems des betreffenden Landes bestimmt, was wiederum die Vergleichbarkeit der Daten beeinträchtigt. Länder mit einem Rückerstattungssystem, in denen die Erhebung auf der Basis der *Bruttoaufwendungen* erfolgt [Belgien (teilweise) und Frankreich], verzeichnen höhere Gesundheitsaufwendungen. Wenn sich bei der Erhebung hohe Aufwendungen in Ländern ergeben, in denen Leistungen direkt vom Staat erbracht werden, ist dies aller Wahrscheinlichkeit nach auf die erhebliche Höhe der privaten Ausgaben in diesen Ländern zurückzuführen. Dies gilt vor allem für Griechenland, Portugal und Italien. Besonders fällt in diesen Ländern Folgendes auf: in *Griechenland* die wichtige Rolle des von einer umfangreichen Schattenwirtschaft dominierten Privatsektors, in dem die Bevölkerung nicht versichert ist und private oder Krankenhausärzte direkt bezahlt werden, in *Portugal* das stark durch Selbstbehalte charakterisierte System und in *Italien* die hohen Aufwendungen für Pharma-

zeutika, die aus der Tatsache resultieren, dass das öffentliche Gesundheitssystem bei einer Vielzahl von Arzneimitteln die Kosten nicht übernimmt. Die Aufwendungen der privaten Haushalte in der Erhebung zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte in Deutschland und Luxemburg sind zwar weniger auffällig als in Portugal und Italien, verdienen jedoch angesichts des extensiven Systems von Selbsthalten (Deutschland) und der hohen nicht erstattungsfähigen Zahlungen (Luxemburg) besonderes Interesse. Aus dem Vereinigten Königreich, Schweden und Dänemark, wo das Gesundheitssystem auf der direkten Leistungserbringung durch den Staat und einem sehr kleinen privaten Sektor basiert, werden niedrige Haushaltsausgaben gemeldet (siehe Bierings und Haponiuk 2001).

In allen Ländern setzt sich das Krankenversicherungssystem aus einer gesetzlichen Komponente (der Pflichtversicherung) und einer freiwilligen Komponente (der privaten Versicherung) zusammen, die beide ihre Besonderheiten haben. Das gesetzliche Krankenversicherungssystem, das fast vollständig durch Steuern und Sozialbeiträge finanziert wird, erfasst in allen Ländern den größten Teil der Bevölkerung. Mit einigen kleineren Abweichungen zwischen den Ländern lassen sich fast 80 % der Gesamtaufwendungen für Gesundheit der Pflichtversicherung bzw. der staatlichen Komponente zurechnen. Es ist zu beachten, dass Steuern und Versicherungsbeiträge (bzw. Sozialversicherungsbeiträge) nicht zu den Verbrauchsausgaben zählen. Die **mangelnde Vergleichbarkeit** der in den Erhebungen zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte ermittelten Gesundheitsaufwendungen rührt in erster Linie daher, dass die Finanzierung in einem Land über Sozialversicherungsbeiträge und im nächsten aus Steuermitteln erfolgt. In Ländern, in denen das Rückzahlungsprinzip gilt, leistet der Patient Sozialversicherungsbeiträge und zahlt bei einem Krankenhausaufenthalt oder einem Arztbesuch in der Regel die Rechnung, die dann von staatlicher Seite rückerstattet wird. Bei einem anderen Prinzip, das auf der direkten Leistungserbringung beruht, zahlen die Bürger indirekt in Form von Steuern; Güter und Dienstleistungen im Gesundheitsbereich werden in der Regel direkt als Sozialtransfers in Form von Sachleistungen bereitgestellt.

6.4.9 Forschung und Entwicklung im Gesundheitssektor

Diverse Forschungs- und Entwicklungsprogramme im Gesundheitsbereich befassen sich z. B. mit FuE im Bereich der Lebensmittelhygiene und Ernährung, der Nutzung von Strahlung für medizinische Zwecke, der biochemischen Technik und der Pharmakologie sowie mit der Forschung im Bereich der Epidemio-

logie, der Vermeidung von Berufskrankheiten und der Drogensucht. Den **Eurostat**-Daten zufolge variiert der Anstieg der Haushaltsmittel für FuE im Bereich des Gesundheitswesens in den einzelnen Mitgliedstaaten erheblich (**6.4.18**). Seit den 80er Jahren steigt der Anteil der staatlichen Ausgaben für Forschung und Entwicklung im Bereich des Schutzes und der Verbesserung der Gesundheit in der Europäischen Union. 1997 lag er in der Europäischen Union bei 5,9 % (**6.4.18**), Ländervergleiche erweisen sich jedoch als schwierig.

Bei den Daten von **Eurostat** umfassen staatliche Haushaltsmittel oder Ausgaben für Forschung und Entwicklung alle Haushaltsmittel, die vom Staat im Staatshaushalt für FuE ausgewiesen werden. Daten zu den staatlichen Haushaltsmitteln für FuE beziehen sich daher auf die im Budget *bereitgestellten* Mittel und nicht auf die *tatsächlichen Aufwendungen*. Die Zahlen für die tatsächlichen Aufwendungen, die in der endgültigen Form erst einige Zeit nach Ende des betreffenden Haushaltsjahres verfügbar sind, können durchaus von dem ursprünglichen Haushaltsvorschlag abweichen. Die staatlichen Haushaltsmittel für FuE werden auf der Grundlage der NABS (Systematik zur Analyse und zum Vergleich der wissenschaftlichen Programme und Haushalte), die von der Europäischen Kommission entwickelt wurde, nach den sozio-ökonomischen Zielen aufgeschlüsselt.

Literatur

- „A system of Health Accounts“, OECD, Paris 2000.
- Bierings, H. und Haponiuk, M. (2001), „Improving the comparability of health and education expenditures in the Household Budget Surveys of the EU for some selected household types“, Eurostat.
- Essoss (2002a), Generaldirektion für Beschäftigung und soziale Angelegenheiten und Eurostat, „Beschreibung der sozialen Lage in Europa 2002“.
- Essoss (2002b), „Europäische Sozialstatistik: Sozialschutz. Ausgaben und Einnahmen 1980-1999“, Eurostat.
- Jacobzone, S. (2000), „Pharmaceutical policies in OECD countries: reconciling social and industrial goals“ (OECD).
- Mossialos, E. und Dixon, A. (2001), „Funding health care: an introduction“ in: Funding health care: options for Europe (WHO).
- Rovira, J., Schneider, M. et al. (1998), „Comparing Cost-sharing in European Union Member States: A system oriented framework“, Health Care and its Financing in the Single European Market (Amsterdam).

6.1.1 Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1993	:	377	427	2 224	155	570	2 071	88	1 115	10
1994	:	389	396	2 284	161	582	2 156	99	1 140	10
1995	13 338	381	433	3 070	163	607	2 237	101	1 122	11
1996	13 785	400	440	3 277	171	669	2 279	109	1 122	12
1997	14 063	416	446	3 280	170	708	2 324	117	1 153	12
1998	14 411	417	456	3 389	185	716	2 355	114	1 291	12
1999	14 842	451	473	3 543	186	731	2 392	120	1 299	14
2000	15 089	490	472	3 606	184	815	2 414	132	1 277	15
Davon										
200 Wissenschaftler	3 251	202	38	586	57	329	260	53	303	2
222 Mediziner (ohne Krankenpflege)	1 458	44	20	363	51	143	205	11	248	2
223 Wissenschaftliche Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte	963	112	8		1	140		38		0
244 Sozialwissenschaftler und verwandte Berufe	504	37	3	173	1	26	22	2	5	0
299 Sonstige	327	10	7	50	4	21	32	2	50	0
300 Techniker und gleichrangige nichttechnische Berufe	4 740	84	160	1 588	52	85	757	16	576	5
322 Moderne medizinische Fachberufe (ohne Krankenpflege)	837	37	20	187	7	47	93	6	125	1
323 Nichtwissenschaftliche Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte	2 088	5	48	762	34		375	2	331	3
346 Sozialpflegerische Berufe	706		5	312	2	7	69	4	36	0
399 Sonstige	1 110	41	87	327	9	31	220	5	84	2
400 Bürokräfte, kaufmännische Angestellte	1 195	39	24	183	20	61	250	13	114	1
411 Sekretärinnen und Tastaturbediener	398	16	13	52	8	15	96	4	50	1
419 Sonstige Büroangestellte	302	18	4	84	10	32	19	4	11	0
499 Sonstige	495	5	6	46	2	14	135	4	53	0
500 Dienstleistungsberufe, Verkäufer in Geschäften und auf Märkten	4 164	84	200	848	32	244	906	31	194	3
512 Dienstleistungsberufe im hauswirtsch. Bereich u. im Gaststättengew.	389	14	5	148	6	23	51	4		1
513 Pflege- und verwandte Berufe	3 716	70	195	679	25	219	850	26	180	2
599 Sonstige	59	0	0	21	1	1	5	1	14	0
<i>Beschäftigte außerhalb des Abschnitts N</i>										
000 Insgesamt	893	35	12	204	15	88	212	5	60	2
222 Mediziner (ohne Krankenpflege)	348	14	5	84	12	43	84	2	32	1
223 Wissenschaftliche Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte	58	7	0			13		1		
322 Moderne medizinische Fachberufe (ohne Krankenpflege)	417	15	7	107	2	33	96	2	22	1
323 Nichtwissenschaftliche Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte	70	0	0	13	1		32		6	0

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Erhebung über Arbeitskräfte).

(1 000)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
884	:	198	:	:	2 607	:	:	:	1993
906	:	199	:	:	2 662	:	:	:	1994
916	270	196	291	813	2 729	21	356		1995
917	277	201	287	802	2 824	20	376	375	1996
968	282	207	308	768	2 904	21	381	399	1997
987	291	198	305	756	2 938	21	383	410	1998
1 009	293	226	327	786	2 989	21	396	428	1999
1 064	293	248	327	763	2 989	21	402	445	2000
Davon									
219	38	62	126	105	869	4	37	76	200 Wissenschaftler
53	32	53	23	32	176	2	11	37	222 Mediziner (ohne Krankenpflege)
58			67	39	501	2	19	-	223 Wissenschaftliche Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte
73	3	5	22	21	109	0	2	23	244 Sozialwissenschaftler und verwandte Berufe
35	3	4	14	13	83	1	5	18	299 Sonstige
407	142	31	95	176	566	5	107	194	300 Techniker und gleichrangige nichttechnische Berufe
86	24	8	11	21	165	0	13	65	322 Moderne medizinische Fachberufe (ohne Krankenpflege)
196	84	0	72	56	121	2	54	95	323 Nichtwissenschaftliche Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte
46	22		5	17	180	0	16	3	346 Sozialpflegerische Berufe
79	12	23	7	82	100	3	24	32	399 Sonstige
68	12	29	18	30	334	1	14	26	400 Bürokräfte, kaufmännische Angestellte
17	8	4	7	16	91	0	11	11	411 Sekretärinnen und Tastaturbediener
15	3	0	3	6	94	0	-	8	419 Sonstige Büroangestellte
36	2	25	8	8	149	0	3	7	499 Sonstige
221	55	84	62	404	796	9	200	97	500 Dienstleistungsberufe, Verkäufer in Geschäften und auf Märkten
24	9	11	5	12	74	1	4	24	512 Dienstleistungsberufe im hauswirtsch. Bereich u. im Gaststättengew.
195	46	70	57	389	714	8	191	69	513 Pflege- und verwandte Berufe
2	0	3	1	3	8	0	4	4	599 Sonstige
<i>Beschäftigte außerhalb des Abschnitts N</i>									
48	14	9	23	30	136	:	:	:	000 Insgesamt
9	7	5	9	6	36	:	:	:	222 Mediziner (ohne Krankenpflege)
2			3	5	28	:	:	:	223 Wissenschaftliche Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte
32	6	4	9	15	67	:	:	:	322 Moderne medizinische Fachberufe (ohne Krankenpflege)
5	1		1	4	6	:	:	:	323 Nichtwissenschaftliche Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte

6.1.2 Anteil der Beschäftigung im Bereich Gesundheit und Soziales an der Beschäftigung insgesamt

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1993	:	10,1	16,6	6,2	4,2	4,8	9,5	7,6	5,5	6,0
1994	:	10,4	15,6	6,4	4,3	5,0	9,9	8,2	5,7	6,1
1995	9,0	10,0	16,6	8,6	4,3	5,0	10,1	8,0	5,6	6,6
1996	9,2	10,5	16,8	9,2	4,4	5,4	10,3	8,3	5,6	7,2
1997	9,4	10,8	16,7	9,3	4,4	5,6	10,5	8,6	5,8	7,3
1998	9,5	10,8	17,0	9,5	4,7	5,4	10,5	7,6	6,3	7,2
1999	9,5	11,3	17,5	9,8	4,7	5,3	10,5	7,5	6,3	8,1
2000	9,5	11,9	17,4	9,9	4,7	5,3	10,4	8,0	6,1	8,1
Beschäftigung nach Beruf in % der Beschäftigung insgesamt im Gesundheits- und Sozialwesen										
200 Wissenschaftler	24,7	52,7	10,1	18,7	36,2	44,2	13,4	50,0	27,9	23,8
222 Mediziner (ohne Krankenpflege)	11,6	12,8	5,9	11,7	33,1	18,6	10,9	8,6	22,7	19,1
223 Wissenschaftliche Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte	7,2	28,7	2,1	0,0	0,4	20,0	0,0	35,5	0,0	0,8
244 Sozialwissenschaftler und verwandte Berufe	3,5	8,7	1,1	5,2	0,9	3,2	1,0	2,4	0,4	2,0
2xx Sonstige	2,4	2,5	1,0	1,8	1,8	2,4	1,5	3,5	4,8	1,9
300 Techniker und gleichrangige nichttechnische Berufe	34,9	16,9	37,5	49,0	29,3	11,2	34,6	13,3	46,4	43,9
322 Moderne medizinische Fachberufe (ohne Krankenpflege)	5,8	8,5	5,9	5,5	5,2	5,9	4,3	4,3	8,1	5,1
323 Nichtwissenschaftliche Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte	16,1	1,0	11,2	24,5	18,2	0,0	17,6	1,5	29,0	24,4
346 Sozialpflegerische Berufe	5,0	0,0	1,1	9,0	0,7	1,0	2,5	3,4	2,7	1,1
3xx Sonstige	8,1	7,5	19,3	10,0	5,1	4,3	10,2	4,1	6,6	13,3
400 Bürokräfte, kaufmännische Angestellte	9,2	11,1	5,8	5,9	11,5	8,1	11,0	11,8	9,9	14,9
411 Sekretärinnen und Tastaturbediener	3,2	3,8	3,6	1,8	5,1	2,2	4,1	4,3	4,9	6,0
4xx Sonstige	6,1	7,3	2,2	4,1	6,5	6,0	6,9	7,4	5,0	8,8
500 Dienstleistungsberufe, Verkäufer in Geschäften und auf Märkten	31,2	19,3	46,6	26,4	23,0	36,4	41,1	24,9	15,9	17,4
512 Dienstleistungsberufe im hauswirtsch. Bereich u. im Gaststättengew.	3,0	4,7	2,4	4,8	5,5	4,0	2,1	3,9	0,0	6,5
523 Pflege- und verwandte Berufe	27,8	14,3	44,1	21,0	17,3	32,2	38,8	20,6	15,2	10,4
5xx Sonstige	0,4	0,3	0,1	0,6	0,1	0,2	0,1	0,4	0,7	0,6
<i>Beschäftigte außerhalb des Abschnitts N</i>										
xxx Insgesamt	19,3	34,8	7,6	13,4	29,9	38,7	13,8	38,2	21,7	19,6
222 Mediziner (ohne Krankenpflege)	9,7	9,0	4,3	10,1	27,9	17,5	8,5	8,1	19,4	13,6
223 Wissenschaftliche Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte	6,4	22,8	1,7		0,5	17,2		28,7		0,9
322 Moderne medizinische Fachberufe (ohne Krankenpflege)	2,8	3,0	1,5	3,0	0,9	4,0	4,0	1,4	1,8	4,1
323 Nichtwissenschaftliche Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte	0,5	0,1	0,1	0,4	0,6		1,3		0,5	1,0

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Erhebung über Arbeitskräfte).

(%)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
13,3	:	4,4	:	:	10,2	:	:	:	1993
13,5	:	4,5	:	:	10,4	:	:	:	1994
13,5	7,3	4,4	14,4	20,1	10,5	15,4	17,4	:	1995
13,2	7,7	4,5	13,9	20,1	10,8	14,5	17,8	9,9	1996
13,5	7,8	4,6	14,5	19,6	10,9	15,2	17,5	10,6	1997
13,3	8,0	4,2	14,0	19,2	10,9	14,2	17,1	10,7	1998
13,3	8,0	4,7	14,0	19,4	10,9	13,9	17,6	11,1	1999
14,4	8,0	5,1	13,9	18,5	10,8	13,4	17,7	11,5	2000
Beschäftigung nach Beruf in % der Beschäftigung insgesamt im Gesundheits- und Sozialwesen									
25,0	17,0	28,7	41,4	14,4	33,2	:	:	:	200 Wissenschaftler
6,8	15,3	25,4	6,9	5,3	7,3	:	:	:	222 Mediziner (ohne Krankenpflege)
7,6	0,0	0,0	21,7	4,9	19,2	:	:	:	223 Wissenschaftliche Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte
6,8	0,7	2,1	7,3	2,5	4,0	:	:	:	244 Sozialwissenschaftler und verwandte Berufe
3,8	1,0	1,2	5,5	1,7	2,7	:	:	:	2xx Sonstige
44,0	55,1	15,1	31,6	22,8	21,9	:	:	:	300 Techniker und gleichrangige nichttechnische Berufe
9,2	9,7	4,5	3,3	3,3	5,4	:	:	:	322 Moderne medizinische Fachberufe (ohne Krankenpflege)
21,0	33,4	0,0	24,6	6,8	5,5	:	:	:	323 Nichtwissenschaftliche Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte
4,8	8,1	0,0	1,4	2,1	7,3	:	:	:	346 Sozialpflegerische Berufe
9,0	3,8	10,6	2,3	10,6	3,8	:	:	:	3xx Sonstige
7,5	5,3	15,1	5,5	4,4	14,2	:	:	:	400 Bürokräfte, kaufmännische Angestellte
2,1	3,0	2,6	1,9	2,4	3,9	:	:	:	411 Sekretärinnen und Tastaturbediener
5,4	2,3	12,5	3,6	2,0	10,3	:	:	:	4xx Sonstige
23,5	22,7	41,0	21,5	58,4	30,7	:	:	:	500 Dienstleistungsberufe, Verkäufer in Geschäften und auf Märkten
2,4	3,0	6,2	2,0	1,5	2,6	:	:	:	512 Dienstleistungsberufe im hauswirtsch. Bereich u. im Gaststättengew.
20,6	19,6	31,8	19,2	56,6	27,8	:	:	:	523 Pflege- und verwandte Berufe
0,5	0,0	3,1	0,3	0,2	0,3	:	:	:	5xx Sonstige
						:	:	:	Beschäftigte außerhalb des Abschnitts N
13,9	13,5	22,8	30,7	11,8	25,1	:	:	:	xxx Insgesamt
5,0	11,0	21,3	7,2	4,2	5,9	:	:	:	222 Mediziner (ohne Krankenpflege)
5,5			20,4	5,1	16,8	:	:	:	223 Wissenschaftliche Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte
3,0	2,2	1,5	2,8	1,9	2,2	:	:	:	322 Moderne medizinische Fachberufe (ohne Krankenpflege)
0,5	0,2		0,4	0,5	0,2	:	:	:	323 Nichtwissenschaftliche Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte

6.1.3 Anzahl der behandelnd tätigen Ärzte

	B	DK	D	EL	E	F	L	NL
1970	:	6 925	126 909	14 263	:	62 400	384	:
1980	22 759	11 143	173 325	23 469	:	104 073	621	:
1985	27 989	13 848	198 854	29 103	:	120 929	663	:
1990	32 547	15 104	237 750	34 336	:	148 089	766	:
1991	33 271	15 284	244 238	37 238	:	152 096	780	:
1992	34 069	15 667	251 877	38 738	:	155 896	814	:
1993	34 736	15 876	259 981	40 116	:	158 897	848	:
1994	35 486	15 886	267 186	40 487	:	160 235	870	:
1995	35 870	16 110	273 880	41 039	92 000	169 447	1 137	28 709
1996	36 644	16 253	279 335	41 511	106 400	171 758	1 189	29 568
1997	37 451	16 306	282 737	43 030	107 900	174 560	1 253	29 721
1998	38 109	16 603	287 032	44 753	106 300	175 431	1 299	29 520
1999	38 769	16 844	291 171	46 124	110 700	177 138	1 342	30 316
2000	39 519	:	294 676	47 521	119 400	:	1 373	:

Hinweise: Für IRL, I und FIN liegen keine Daten vor.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

6.1.4 Anzahl der behandelnd tätigen Ärzte pro 100 000 Einwohner

	B	DK	D	EL	E	F	L	NL
1970	:	135	162	162	:	123	113	:
1980	231	218	222	245	:	194	171	:
1985	284	270	256	293	:	219	181	:
1990	327	293	301	339	:	262	202	:
1991	333	296	306	365	:	267	203	:
1992	340	302	314	376	:	272	209	:
1993	345	306	321	388	:	276	215	:
1994	351	305	328	389	:	277	217	:
1995	354	307	336	393	235	292	280	186
1996	361	308	341	397	271	295	288	191
1997	368	308	345	410	275	298	300	191
1998	374	312	350	426	270	299	307	189
1999	380	316	355	438	281	300	313	192
2000	386	:	359	:	303	:	315	:

Hinweise: Für IRL, I und FIN liegen keine Daten vor.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

(Absolute Zahlen)

A	P	S	UK	IS	LI	NO	CH	
10 153	:	10 560	51 098	291	15	5 361	5 508	1970
12 374	:	18 300	72 198	488	19	8 050	7 473	1980
14 215	24 674	:	78 550	626	22	9 176	9 299	1985
17 189	24 169	22 182	80 954	726	28	13 234	10 398	1990
17 889	24 280	23 154	81 306	734	29	10 955	10 781	1991
18 737	24 667	23 655	84 886	771	31	10 996	11 120	1992
19 491	24 499	23 861	87 721	779	32	11 302	11 563	1993
20 528	25 211	24 545	88 726	797	32	11 754	11 814	1994
21 363	25 491	24 587	92 299	809	32	12 146	12 327	1995
22 364	26 418	24 765	95 191	839	33	12 434	12 711	1996
23 318	26 384	24 600	98 827	884	41	11 121	13 038	1997
24 368	26 193	24 957	101 732	909	44	12 102	13 357	1998
24 223	:	25 428	104 417	938	:	12 464	13 622	1999
25 001	27 031	26 400	106 996	:	:	:	13 935	2000

(je 100 000 Einwohner)

A	P	S	UK	IS	LI	NO	CH	
136	:	132	92	143	72	139	89	1970
164	:	220	128	215	74	197	119	1980
188	247	:	139	260	82	221	144	1985
224	244	260	141	286	98	313	156	1990
230	246	270	141	287	100	258	160	1991
238	250	274	147	297	105	257	163	1992
245	248	275	151	297	107	263	167	1993
256	255	281	152	301	106	272	170	1994
266	257	279	158	303	104	279	176	1995
278	266	280	162	313	107	285	180	1996
289	266	278	168	328	132	253	184	1997
302	263	282	172	334	140	274	188	1998
300	:	287	176	340	:	280	191	1999
309	265	298	179	:	:	:	195	2000

6.1.5 Anzahl der approbierten Ärzte

	B	DK	D	E	IRL	I	L
1970	14 991	:	:	45 335	:	58 297	:
1980	24 536	:	:	86 253	:	148 101	:
1985	29 993	15 736	199 146	127 195	5 750	215 206	:
1990	34 275	17 285	287 170	148 717	5 450	266 447	:
1991	35 199	17 625	297 803	153 306	5 995	276 810	:
1992	36 178	17 962	307 994	156 100	7 096	285 111	:
1993	36 821	18 217	317 737	159 291	7 212	313 337	:
1994	37 792	18 491	326 760	162 089	7 129	319 502	:
1995	38 369	18 760	335 348	162 650	7 563	324 348	1 158
1996	38 690	19 061	343 556	165 560	7 622	327 254	1 210
1997	39 240	19 333	350 854	168 240	7 801	332 124	1 275
1998	40 291	19 647	357 727	171 494	8 102	335 786	1 321
1999	41 331	19 980	363 396	174 916	8 469	339 264	1 364
2000	42 036	:	369 319	179 033	9 439	345 718	1 394

Hinweis: Für EL, F und UK liegen keine Daten vor.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

6.1.6 Anzahl der approbierten Ärzte je 100 000 Einwohner

	B	DK	D	E	IRL	I	L
1970	155	:	:	135	:	109	:
1980	249	:	:	232	:	263	:
1985	304	308	326	332	162	380	:
1990	345	337	363	383	155	470	:
1991	352	342	373	394	170	488	:
1992	361	348	384	401	200	502	:
1993	366	352	392	408	202	550	:
1994	374	356	402	414	199	559	:
1995	379	360	411	415	210	566	285
1996	381	363	420	422	211	571	293
1997	386	366	428	428	214	578	305
1998	395	371	436	436	219	583	312
1999	405	376	443	444	227	589	318
2000	411	:	449	454	250	599	320

Hinweis: Für EL, F und UK liegen keine Daten vor.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

(Absolute Zahlen)

Statistiken zur Gesundheit — Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002 — Daten 1970-2001

NL	A	P	FIN	S	NO	CH	
16 292	12 287	8 156	4 798	:	:	8 890	1970
26 987	16 938	19 332	9 004	:	:	15 865	1980
32 193	19 451	24 390	10 193	:	:	17 667	1985
37 461	23 238	28 016	12 091	:	:	20 030	1990
39 069	24 049	28 326	12 357	:	11 089	20 594	1991
:	25 268	28 604	12 929	:	11 383	20 706	1992
:	26 121	28 769	13 344	:	11 652	21 238	1993
:	27 170	29 031	13 700	:	12 076	21 788	1994
:	27 889	29 353	14 141	:	12 871	22 275	1995
:	28 530	29 902	14 579	:	13 351	22 718	1996
:	29 226	30 431	15 192	:	13 547	23 144	1997
46 101	30 110	31 087	15 436	34 458	:	23 679	1998
48 987	30 115	31 758	15 794	:	:	24 026	1999
50 856	31 059	32 498	15 905	:	:	25 216	2000

(je 100 000 Einwohner)

357



eurostat

NL	A	P	FIN	S	NO	CH	
126	165	94	104	:	:	144	1970
192	224	199	189	:	:	252	1980
223	257	244	208	:	:	274	1985
252	302	282	243	:	:	300	1990
260	310	287	247	:	261	305	1991
:	321	290	257	:	266	303	1992
:	328	292	264	:	271	307	1993
:	339	293	270	:	279	313	1994
:	347	296	277	:	296	317	1995
:	354	301	285	:	306	322	1996
:	362	306	296	:	308	327	1997
294	373	312	300	389	:	334	1998
311	373	318	306	:	:	337	1999
321	:	325	308	:	:	352	2000

6.1.10 Anzahl der Fachärzte nach medizinischer Spezialität: letztes Jahr, für das Daten vorliegen

	B	DK	D	EL	E	F	L	NL
	2001	1999	2001	2001	1996	2001	2000	1999
Anästhesie und Intensivpflege	1 609	735	17 533	1 420	2 805	10 099	60	1 089
Allgemeine Chirurgie	1 536	631	14 046	1 898	4 716	4 757	59	1 023
Kinderchirurgie	:	:	140	155	278	74	0	:
Neurologische Chirurgie	133	:	1 160	241	398	343	4	109
Plastische Chirurgie	168	:	210	223	468	238	4	176
Dermatologie	631	164	6 029	770	1 124	3 855	20	396
Gynäkologie und Geburtshilfe	1 303	500	18 686	2 301	4 351	5 006	57	817
Allgemeinmedizin	19 493	3 916	109 937	:	:	96 246	371	7 217
Innere Medizin	2 190	1 054	45 497	:	4 242	2 423	102	1 707
Kardiologie	797	188	2 787	2 274	1 904	5 609	33	662
Endokrinologie	:	:	335	355	840	1 279	3	:
Gastro-Enterologie	387	:	1 761	450	1 616	3 164	15	145
Atmungsmedizin (Pneumologie)	313	89	1 175	922	873	2 522	16	388
Onkologie	:	88	1 015	42	426	487	0	:
Rheumatologie	246	181	672	219	548	2 582	13	163
Neurologie	176	188	2 738	486	1 002	1 620	17	651
Psychiatrie/Neuropsychiatrie	1 924	733	9 356	1 224	2 603	13 291	51	2 246
Arbeitsmedizin	768	:	3 592	28	1 017	4 736	8	1 102
Augenheilkunde	1 001	312	8 108	1 512	2 349	5 280	45	627
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	590	358	6 742	947	1 662	2 884	30	453
Kinderheilkunde	1 413	316	15 141	2 736	7 019	6 263	52	996
Strahlentherapie/Radiologie	1 734	406	7 729	1 692	2 316	7 801	46	1 055
Urologie	348	111	5 303	677	1 373	436	21	315

Hinweis: Für IRL, I und UK liegen keine Daten vor.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

(Absolute Zahlen)

A	P	FIN	S	England	IS	NO	CH	
2001	2000	2001	1998	2001	2000	1998	1999	
1 639	1 144	555	1 156	7 515	57	444	769	Anästhesie und Intensivpflege
1 176	1 288	995	1 631	5 036	73	864	912	Allgemeine Chirurgie
16	96	50	:	285	3	:	49	Kinderchirurgie
123	143	39	86	427	6	:	62	Neurologische Chirurgie
85	170	45	107	578	11	:	104	Plastische Chirurgie
524	254	172	339	1 093	15	110	286	Dermatologie
1 280	1 336	550	1 203	4 152	45	414	885	Gynäkologie und Geburtshilfe
11 081	4 530	2 013	5 230	30 685	171	2 352	2 740	Allgemeinmedizin
2 692	1 454	1 095	2 621	:	137	1 067	4 004	Innere Medizin
:	700	96	532	1 412	24	189	358	Kardiologie
:	158	22	130	987	3	:	109	Endokrinologie
:	376	62	169	1 154	19	145	234	Gastro-Enterologie
319	463	214	269	1 019	18	130	198	Atmungsmedizin (Pneumologie)
:	171	108	268	776	20	87	180	Onkologie
:	83	99	218	904	16	407	246	Rheumatologie
582	319	252	284	751	20	190	250	Neurologie
:	869	913	1 444	7 437	69	770	1 598	Psychiatrie/Neuropsychiatrie
72	457	30	734	208	2	:	61	Arbeitsmedizin
651	735	357	590	2 067	30	264	531	Augenheilkunde
496	486	283	587	1 339	21	245	329	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
955	1 307	519	1 202	4 943	74	367	856	Kinderheilkunde
780	823	498	931	2 507	37	342	414	Strahlentherapie/Radiologie
399	286	95	303	1 115	16	109	151	Urologie

6.1.11 Anzahl der Fachärzte nach medizinischer Spezialität pro 100 000 Einwohner: letztes Jahr, für das Daten vorliegen

	B	DK	D	EL	E	F	L	NL
	2001	1999	2001	2001	1996	2001	2000	1999
Anästhesie und Intensivpflege	16	14	21	13	7	17	14	7
Allgemeine Chirurgie	15	12	17	18	12	8	14	6
Kinderchirurgie	:	:	0	1	1	0	:	:
Neurologische Chirurgie	1	:	1	2	1	1	1	1
Plastische Chirurgie	2	:	0	2	1	0	1	1
Dermatologie	6	3	7	7	3	7	5	3
Gynäkologie und Geburtshilfe	12	9	23	22	11	9	13	5
Allgemeinmedizin	:	73	13	:	:	16	85	46
Innere Medizin	21	20	55	22	11	4	23	11
Kardiologie	7	4	3	3	5	10	8	4
Endokrinologie	:	:	0	4	2	2	1	:
Gastro-Enterologie	3	:	2	9	4	5	3	1
Atmungsmedizin (Pneumologie)	3	2	1	0	2	4	4	2
Onkologie	:	2	1	2	1	1	:	:
Rheumatologie	2	3	1	5	1	4	3	1
Neurologie	1	4	3	12	3	3	4	4
Psychiatrie/Neuropsychiatrie	18	14	11	18	7	23	12	14
Arbeitsmedizin	4	:	4	3	3	8	2	7
Augenheilkunde	10	6	10	14	6	9	10	4
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	6	7	8	9	4	5	7	3
Kinderheilkunde	13	6	18	26	18	11	12	6
Strahlentherapie/Radiologie	17	8	9	16	6	13	11	7
Urologie	3	2	6	6	3	1	5	2

Hinweis: Für IRL, I und UK liegen keine Daten vor.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

(je 100 000 Einwohner)

A	P	FIN	S	England	IS	NO	CH	
2001	2000	2001	1998	2001	2000	1998	1999	
19	11	11	13	15	20	10	11	Anästhesie und Intensivpflege
14	13	19	18	10	26	20	13	Allgemeine Chirurgie
0	1	1	:	1	1	:	1	Kinderchirurgie
1	1	8	1	1	2	:	1	Neurologische Chirurgie
1	2	9	1	1	4	:	1	Plastische Chirurgie
6	3	3	4	2	5	2	4	Dermatologie
15	13	11	14	8	16	9	12	Gynäkologie und Geburtshilfe
:	45	39	59	62	61	53	38	Allgemeinmedizin
32	15	21	30	:	49	24	56	Innere Medizin
:	7	19	6	3	9	4	5	Kardiologie
:	2	4	1	2	1	:	2	Endokrinologie
:	4	1	2	2	7	3	3	Gastro-Enterologie
4	5	4	3	2	6	3	3	Atmungsmedizin (Pneumologie)
:	2	2	3	2	7	2	3	Onkologie
:	1	2	2	2	6	9	3	Rheumatologie
7	3	5	3	2	7	4	4	Neurologie
10	9	18	16	15	25	17	22	Psychiatrie/Neuropsychiatrie
1	5	6	8	0	1	:	1	Arbeitsmedizin
8	7	7	7	4	11	6	7	Augenheilkunde
6	5	5	7	3	8	6	5	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
11	13	10	14	10	27	8	12	Kinderheilkunde
9	8	10	11	5	13	8	6	Strahlentherapie/Radiologie
5	3	2	3	2	6	2	2	Urologie

6.1.12 Anzahl der behandelnd tätigen Zahnärzte

	B	DK	D	EL	F	IRL	L	NL
1970	1 758	3 125	38 524	4 395	:	:	106	3 364
1980	4 353	5 108	34 981	7 646	30 321	1 033	131	5 688
1985	6 214	5 152	36 853	8 737	34 744	1 168	168	7 116
1990	7 135	5 242	43 167	10 038	37 931	1 313	198	:
1991	7 045	5 240	54 972	10 258	38 146	1 348	198	:
1992	6 978	5 244	56 342	10 403	38 451	1 400	205	:
1993	6 971	5 262	58 194	10 731	38 868	1 433	203	:
1994	7 070	5 175	59 211	10 865	39 284	1 494	210	:
1995	7 085	5 191	60 616	10 663	39 714	1 568	223	6 344
1996	7 152	5 202	61 404	11 419	39 565	1 609	231	:
1997	7 360	5 156	62 024	11 638	39 471	1 671	245	:
1998	7 106	5 166	62 277	11 947	39 457	1 713	257	:
1999	:	5 142	62 564	12 152	40 088	1 794	264	:
2000	:	:	63 120	12 362	40 539	2 013	282	:

Hinweis: Für E, I, P und FIN liegen keine Daten vor.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

6.1.13 Behandelnd tätige Zahnärzte je 100 000 Einwohner

	B	DK	D	EL	F	IRL	L	NL
1970	18	36	49	50	:	:	31	26
1980	44	53	45	80	56	30	36	40
1985	63	52	47	88	63	33	46	49
1990	72	53	55	99	67	37	52	:
1991	71	53	69	101	67	38	52	:
1992	70	53	70	101	67	39	53	:
1993	69	53	72	104	68	40	51	:
1994	70	52	73	104	68	42	52	:
1995	70	52	74	102	68	44	55	41
1996	71	52	75	109	68	44	56	:
1997	72	51	76	111	67	46	59	:
1998	70	51	76	114	67	46	61	:
1999	:	51	76	115	68	48	62	:
2000	:	:	77	:	:	53	65	:

Hinweis: Für E, I, P und FIN liegen keine Daten vor.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

(Absolute Zahlen)

A	S	UK	IS	LI	NO	CH	
3 217	6 720	12 786	101	6	3 355	1 982	1970
3 095	8 263	17 604	168	8	:	2 841	1980
3 078	:	19 854	197	7	3 414	3 117	1985
3 317	8 629	21 083	230	12	3 484	3 268	1990
3 354	8 923	20 991	241	12	3 479	3 252	1991
3 422	8 923	20 990	257	12	3 519	3 368	1992
3 517	8 459	21 440	264	12	3 515	3 309	1993
3 607	8 338	21 547	273	11	3 540	3 479	1994
3 395	:	21 806	270	12	3 566	3 474	1995
3 524	7 643	22 274	277	15	3 627	3 460	1996
3 623	7 514	22 676	284	18	3 692	3 549	1997
3 619	7 667	23 409	271	20	3 642	3 470	1998
3 666	7 837	23 897	278	:	:	3 449	1999
3 722	7 722	24 423	283	:	:	3 468	2000

(je 100 000 Einwohner)

A	S	UK	IS	LI	NO	CH	
43	84	23	49	29	87	32	1970
41	100	31	74	31	:	45	1980
41	:	35	82	26	82	48	1985
43	101	37	91	42	82	49	1990
43	104	36	94	41	82	48	1991
43	103	36	99	41	82	49	1992
44	97	37	101	40	82	48	1993
45	95	37	103	36	82	50	1994
42	:	37	101	39	82	49	1995
44	86	38	103	49	83	49	1996
45	85	38	105	58	84	50	1997
45	87	40	99	64	82	49	1998
45	89	40	101	:	:	48	1999
46	87	41	101	:	:	48	2000

6.1.14 Anzahl der approbierten Zahnärzte

	B	DK	D	E	I	L	NL	A
1970	2 718	:	:	3 361	:	:	:	3 217
1980	4 291	:	44 084	3 946	:	:	:	3 095
1985	6 214	5 702	47 043	5 137	71	:	7 118	3 078
1990	7 135	6 148	56 672	10 347	13 430	:	7 900	3 317
1991	7 033	6 199	56 942	11 249	19 651	:	:	3 354
1992	6 978	6 292	71 528	11 808	22 868	:	:	3 422
1993	6 855	6 365	73 477	12 247	24 777	:	:	3 517
1994	6 961	6 412	74 644	13 242	26 561	:	:	3 607
1995	6 983	6 457	75 998	14 012	28 257	227	7 668	3 687
1996	7 200	6 499	76 390	14 877	29 602	235	:	3 793
1997	7 490	6 506	77 349	15 291	30 464	250	8 614	3 848
1998	7 586	6 549	77 895	16 133	31 437	262	8 172	3 813
1999	:	6 566	78 689	16 891	32 135	269	8 501	3 835
2000	:	:	78 759	17 538	33 124	287	8 819	3 874

Hinweis: Für EL, F und IRL liegen keine Daten vor.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

6.1.15 Approbierte Zahnärzte je 100 000 Einwohner

	B	DK	D	E	I	L	NL	A
1970	28	:	:	10	:	:	:	43
1980	44	:	56	11	:	:	:	41
1985	63	111	61	13	0	:	49	41
1990	72	119	72	27	24	:	53	43
1991	70	120	71	29	35	:	:	43
1992	70	121	89	30	40	:	:	43
1993	68	122	91	31	43	:	:	44
1994	69	123	92	34	46	:	:	45
1995	69	123	93	36	49	56	50	46
1996	71	123	93	38	52	57	:	47
1997	74	123	94	39	53	60	55	48
1998	74	123	95	41	55	62	52	47
1999	:	123	95	43	56	63	54	47
2000	:	:	96	44	57	66	56	48

Hinweis: Für EL, F und IRL liegen keine Daten vor.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

(Absolute Zahlen)

Statistiken zur Gesundheit — Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002 — Daten 1970-2001

P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
471	2 695	:	14 973	:	:	:	1970
1 083	3 941	10 338	17 949	:	3 710	:	1980
1 265	3 916	11 790	21 082	:	3 702	:	1985
1 687	4 486	12 412	22 344	251	4 949	:	1990
1 691	4 562	12 591	22 088	263	5 084	:	1991
1 772	4 614	12 760	22 154	270	:	:	1992
2 064	4 602	12 972	22 782	275	:	:	1993
2 307	4 685	13 178	23 735	278	5 600	:	1994
2 529	4 761	13 441	23 988	284	5 154	:	1995
2 780	4 796	:	24 485	295	:	:	1996
3 025	4 839	:	25 118	:	:	:	1997
3 322	4 833	13 457	25 801	:	5 160	:	1998
3 769	4 826	:	26 424	:	:	:	1999
4 370	4 794	:	:	:	:	:	2000

(je 100 000 Einwohner)

365



eurostat

P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
5	58	:	27	:	:	:	1970
11	83	125	32	:	91	:	1980
13	80	141	37	:	89	:	1985
17	90	146	39	99	117	:	1990
17	91	147	38	103	120	:	1991
18	92	148	38	104	:	:	1992
21	91	149	39	105	:	:	1993
23	92	151	41	105	129	:	1994
26	93	152	41	106	119	:	1995
28	94	:	42	110	:	:	1996
30	94	:	43	:	:	:	1997
33	94	152	44	:	117	:	1998
38	94	:	44	:	:	:	1999
44	93	:	:	:	:	:	2000

6.1.16 Anzahl der behandelnd tätigen Apotheker insgesamt

	B	DK	D	EL	E	F	L	NL
1970	:	:	:	2 120	:	23 324	181	1 057
1980	:	:	:	5 170	:	39 747	223	1 529
1985	:	:	:	5 994	:	46 192	254	1 900
1990	:	:	:	7 463	23 000	53 481	307	2 247
1991	:	:	:	7 670	23 000	54 080	316	2 287
1992	:	2 451	46 772	7 834	19 000	54 284	336	2 393
1993	:	2 449	47 363	7 948	16 000	52 673	255	2 464
1994	9 499	2 412	48 392	8 147	24 300	53 085	263	2 484
1995	9 692	2 446	49 429	8 348	23 800	53 810	269	2 556
1996	9 879	2 459	50 372	8 646	28 000	55 153	286	2 622
1997	10 087	2 553	52 076	8 770	23 900	55 137	284	2 717
1998	10 437	2 404	52 221	8 767	26 600	58 839	292	2 922
1999	10 724	2 643	53 001	8 928	25 800	56 195	:	2 965
2000	:	2 666	53 223	8 977	31 200	58 407	:	:

Hinweis: Für IRL und UK liegen keine Daten vor.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

6.1.17 Behandelnd tätige Apotheker je 100 000 Einwohner

	B	DK	D	EL	E	F	L	NL
1970	:	:	30	24	:	46	53	8
1980	:	:	41	54	:	74	61	11
1985	:	:	46	60	:	84	69	13
1990	:	:	:	74	:	95	81	15
1991	:	:	52	75	:	95	82	15
1992	:	47	53	76	:	95	86	16
1993	:	47	53	77	:	92	65	16
1994	94	46	54	78	62	92	66	16
1995	96	47	55	80	61	93	66	17
1996	97	47	56	83	71	95	69	17
1997	99	48	57	84	61	94	68	17
1998	102	45	58	83	68	100	69	19
1999	105	50	58	:	65	95	:	19
2000	:	50	58	:	79	:	:	:

Hinweis: Für IRL und UK liegen keine Daten vor.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

(Absolute Zahlen)

Statistiken zur Gesundheit — Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002 — Daten 1970-2001

A	P	FIN	S	IS	LI	NO	CH	
2 627	:	:	3 230	93	1	:	1 140	1970
2 972	:	7 788	3 972	151	2	:	1 217	1980
3 136	:	7 085	4 107	178	2	:	1 366	1985
3 486	:	6 877	5 080	223	2	1 909	1 536	1990
3 582	:	6 924	5 285	222	2	:	1 537	1991
3 745	:	6 954	5 416	236	2	:	1 562	1992
3 871	:	6 985	5 603	240	2	:	1 543	1993
4 009	:	7 113	5 786	261	2	:	1 591	1994
4 071	:	7 204	5 945	293	2	:	1 585	1995
4 180	:	7 250	6 035	313	2	1 854	1 579	1996
4 264	:	7 367	6 040	329	2	:	1 651	1997
4 337	:	7 462	5 967	334	2	:	1 651	1998
4 439	7 114	7 569	:	338	:	:	1 640	1999
4 532	7 293	7 660	:	:	:	:	1 658	2000

(je 100 000 Einwohner)

367



eurostat

A	P	FIN	S	IS	LI	NO	CH	
35	:	:	40	46	5	:	18	1970
39	:	163	48	67	8	:	19	1980
41	:	145	49	74	7	:	21	1985
45	:	138	60	88	7	45	23	1990
46	:	139	62	87	7	:	23	1991
48	:	138	63	91	7	:	23	1992
49	:	138	64	91	7	:	22	1993
50	:	140	66	98	7	:	23	1994
51	:	141	67	110	7	:	23	1995
52	:	142	68	117	6	42	22	1996
53	:	144	68	122	6	:	23	1997
54	:	145	67	123	6	:	23	1998
55	71	147	:	123	:	:	23	1999
56	73	148	:	:	:	:	23	2000

6.1.18 Anzahl der in Apotheken tätigen Apotheker

(Absolute Zahlen)

	D	F	L	NL	UK	IS	LI
1970	23 751	16 872	:	:	:	:	1
1980	32 223	20 594	:	:	:	:	2
1985	36 017	22 745	:	1 673	19 285	84	2
1990	:	24 878	:	1 979	21 208	134	2
1991	41 607	25 179	:	:	21 049	139	2
1992	42 369	25 646	:	2 100	21 401	148	2
1993	42 887	26 028	223	2 170	21 248	153	2
1994	43 822	26 184	231	2 181	:	176	2
1995	44 696	26 564	235	2 229	:	207	2
1996	45 534	26 668	252	2 292	:	213	2
1997	47 139	26 848	248	2 083	:	225	2
1998	47 322	27 220	:	2 166	:	232	2
1999	47 920	32 354	:	2 573	:	234	:
2000	47 907	32 837	:	2 667	:	:	:

Hinweis: Für B, DK, EL, E, IRL, I, A, S, P und FIN liegen keine Daten vor.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

6.1.20 Behandelnd tätige Krankenpfleger/-innen und Hebammen

	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1970	:	:	:	12 416	:	:	:	:	:
1980	83 833	26 753	382 000	18 654	118 702	254 976	:	:	:
1985	75 474	45 875	452 000	24 499	143 508	259 311	:	:	:
1990	:	50 458	:	34 582	158 497	315 815	39 595	:	:
1991	:	51 342	708 000	35 715	161 285	319 013	42 705	:	:
1992	:	52 251	698 000	36 505	164 891	324 679	44 130	:	:
1993	:	53 319	704 000	37 211	167 894	331 984	46 509	227 651	:
1994	107 558	48 756	740 000	37 476	167 957	344 000	48 945	244 957	:
1995	110 957	50 231	735 000	38 195	172 132	353 303	51 200	246 597	2 913
1996	109 195	51 243	782 000	38 808	177 034	356 316	53 641	251 538	3 047
1997	:	52 703	777 000	40 211	181 877	361 064	56 155	255 273	3 152
1998	:	53 720	785 000	40 932	192 598	373 938	59 010	262 002	3 164
1999	:	54 367	781 000	41 151	197 340	381 047	61 629	256 860	3 240
2000	:	:	765 000	:	204 485	397 279	64 439	:	3 317

Hinweis: Daten zu Krankenschwestern und Hebammen für I und UK beziehen sich nur auf die im staatlichen Gesundheitssystem.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

6.1.19 In Apotheken tätige Apotheker je 100 000 Einwohner

(je 100 000 Einwohner)

	F	L	NL	UK	IS	LI
1970	33	:	:	:	:	5
1980	38	:	:	:	:	8
1985	41	:	12	34	35	7
1990	44	:	13	37	53	7
1991	44	:	:	36	54	7
1992	45	:	14	37	57	7
1993	45	56	14	37	58	7
1994	45	58	14	:	66	7
1995	46	58	14	:	78	7
1996	46	61	15	:	79	6
1997	46	59	13	:	83	6
1998	46	:	14	:	85	6
1999	55	:	16	:	85	:
2000	:	:	:	:	:	:

Hinweis: Für B, DK, EL, E, IRL, I, A, S, P und FIN liegen keine Daten vor.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

(Absolute Zahlen)

NL	A	P	FIN	S	UK (!)	IS	NO	CH	
:	25 743	:	:	40 850	:	856	:	37 092	1970
:	40 755	22 144	69 737	73 230	:	1 314	:	64 877	1980
:	47 665	23 991	79 433	64 437	:	1 754	:	:	1985
:	55 802	27 652	92 396	75 340	:	1 995	:	94 641	1990
:	59 361	29 418	93 922	77 626	:	2 013	30 436	:	1991
:	62 236	29 626	97 288	75 283	:	2 059	31 733	:	1992
:	64 249	30 975	101 434	74 763	:	2 108	31 852	:	1993
:	67 479	31 991	105 470	76 301	:	2 146	33 905	:	1994
:	68 859	35 549	107 698	74 627	524 944	:	36 601	:	1995
:	70 059	34 509	108 981	74 236	529 871	:	38 460	:	1996
:	70 970	36 586	110 375	72 617	529 063	2 277	40 296	:	1997
197 183	71 849	37 747	111 447	73 562	534 206	2 412	42 004	:	1998
202 714	73 084	:	112 186	74 567	:	2 425	:	:	1999
208 875	74 601	:	112 771	75 382	:	:	:	:	2000

6.1.21 Behandelnd tätige Krankenpfleger/-innen und Hebammen je 100 000 Einwohner

	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1970	:	:	:	183	:	:	:	:	:
1980	851	522	620	196	319	475	:	:	:
1985	766	898	741	247	374	470	:	:	:
1990	:	983	:	342	408	558	1 129	:	:
1991	:	998	888	350	415	561	1 213	:	:
1992	:	1 012	870	355	423	567	1 244	:	:
1993	:	1 029	869	360	430	577	1 303	400	:
1994	1 065	938	910	360	429	595	1 366	429	:
1995	1 095	963	901	366	439	609	1 423	431	716
1996	1 077	976	956	371	451	612	1 482	439	738
1997	:	999	947	363	463	617	1 538	444	754
1998	:	1 015	957	369	489	637	1 597	455	747
1999	:	1 023	952	391	501	646	1 650	446	755
2000	:	:	931	:	518	:	1 706	:	761

Hinweis: Für B und IRL liegen keine Daten vor. Daten zu Krankenschwestern und Hebammen für I und UK beziehen sich nur auf die im staatlichen Gesundheitssystem.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

6.1.22 Anzahl der qualifizierten Krankenpfleger/-innen

	DK	D	EL	E	F	I	L	NL
1970	:	:	:	:	:	:	:	:
1980	26 002	:	5 048	114 510	245 594	:	:	:
1985	29 892	:	6 613	137 301	286 162	:	:	:
1990	35 001	:	8 523	152 176	304 480	:	:	:
1991	36 202	333 523	:	155 035	308 141	:	:	:
1992	36 960	343 944	:	158 646	313 474	:	:	:
1993	37 310	353 568	:	161 684	320 505	219 911	:	:
1994	37 252	366 639	:	161 852	332 043	236 535	:	:
1995	36 881	378 399	11 188	166 060	341 085	238 213	2 272	:
1996	37 962	382 239	11 653	170 720	343 654	243 302	2 382	:
1997	38 110	381 170	12 457	175 782	347 918	246 996	2 484	:
1998	38 351	383 891	13 198	185 899	360 067	253 878	2 503	195 142
1999	38 601	384 149	13 216	190 996	367 126	249 948	2 563	200 532
2000	:	:	:	198 046	382 296	:	2 625	206 525

Hinweis: Für B und IRL liegen keine Daten vor. Daten zu Krankenschwestern und Hebammen für I und UK beziehen sich nur auf die im staatlichen Gesundheitssystem.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

(je 100 000 Einwohner)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
:	345	:	:	510	:	420	:	601	1970
:	540	228	1 462	882	:	579	:	1 029	1980
:	629	240	1 623	772	:	729	:	:	1985
:	726	279	1 857	884	:	786	:	1 418	1990
:	764	298	1 879	904	:	787	716	:	1991
:	791	300	1 935	871	:	793	743	:	1992
:	807	314	2 007	860	:	803	741	:	1993
:	842	323	2 077	872	:	810	784	:	1994
:	856	359	2 112	846	897	:	842	:	1995
:	870	348	2 130	840	903	:	880	:	1996
:	880	368	2 151	821	898	844	917	:	1997
1 260	890	379	2 165	831	904	886	951	:	1998
1 286	904	:	2 174	843	:	880	:	:	1999
1 317	921	:	2 181	851	:	:	:	:	2000

(Absolute Zahlen)

A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
:	:	:	40 850	217 369	699	:	18 405	1970
22 186	:	68 850	73 230	240 642	1 160	:	34 253	1980
27 377	:	76 194	64 437	284 116	1 565	:	:	1985
31 643	:	88 731	75 340	297 320	1 793	:	51 803	1990
32 745	:	90 258	77 626	298 299	1 816	:	:	1991
34 641	:	93 407	75 283	300 698	1 859	:	:	1992
37 069	:	97 654	74 763	295 245	1 913	:	:	1993
39 970	:	101 398	76 301	291 070	1 952	:	:	1994
41 786	:	103 861	74 627	292 248	2 035	:	:	1995
42 829	:	105 086	74 236	267 744	2 052	:	:	1996
44 032	:	106 462	72 617	267 732	2 075	:	:	1997
44 849	:	107 427	:	299 010	2 216	39 961	:	1998
:	34 691	108 161	:	267 575	2 237	:	:	1999
:	37 487	108 722	:	309 642	:	:	:	2000

6.1.23 Qualifizierte Krankenpfleger/-innen je 100 000 Einwohner

	DK	D	EL	E	F	I	L	NL
1970	:	:	:	:	:	:	:	:
1980	508	:	53	307	457	:	:	:
1985	585	:	67	358	519	:	:	:
1990	682	:	84	392	538	:	:	:
1991	703	418	:	399	542	:	:	:
1992	716	428	:	407	548	:	:	:
1993	720	437	:	414	557	386	:	:
1994	717	451	:	414	575	414	:	:
1995	707	464	107	424	588	416	559	:
1996	723	467	111	435	590	424	577	:
1997	722	465	119	447	595	430	594	:
1998	724	468	126	472	613	441	591	1 247
1999	726	468	126	485	622	434	597	1 272
2000	:	:	:	502	:	:	602	1 302

Hinweis: Für B und IRL liegen keine Daten vor. Daten zu Krankenschwestern und Hebammen für I und UK beziehen sich nur auf die im staatlichen Gesundheitssystem.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

6.1.24 Anzahl der Hebammen

	B	DK	D	EL	E	F	I	L
1970	:	560	:	:	:	:	:	:
1980	:	751	:	1 704	4 192	9 382	5 727	:
1985	:	1 039	:	1 910	6 207	9 149	6 411	102
1990	:	1 170	:	1 860	6 321	10 705	6 800	124
1991	:	1 198	8 826	1 866	6 250	10 872	:	:
1992	:	1 233	8 812	1 895	6 245	11 205	:	:
1993	:	1 274	8 917	1 916	6 210	11 479	7 740	:
1994	:	1 308	8 938	1 837	6 105	11 957	8 422	72
1995	4 026	1 351	9 105	1 945	6 072	12 218	8 384	75
1996	:	1 399	9 187	2 046	6 314	12 662	8 236	80
1997	4 311	1 480	9 245	2 099	6 095	13 146	8 277	82
1998	4 376	1 548	9 259	2 154	6 699	13 871	8 124	85
1999	4 351	1 611	9 282	2 199	6 344	13 921	6 912	93
2000	4 508	:	:	:	6 439	14 353	:	97

Hinweis: Für IRL und UK liegen keine Daten vor.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

(je 100 000 Einwohner)

A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
:	:	:	510	391	343	:	298	1970
294	:	1 443	882	428	511	:	543	1980
361	:	1 557	772	502	650	:	:	1985
412	:	1 784	884	517	707	:	776	1990
421	:	1 806	904	517	710	:	:	1991
440	:	1 857	871	519	716	:	:	1992
466	:	1 932	860	508	729	:	:	1993
499	:	1 997	872	499	736	:	:	1994
520	:	2 037	846	500	762	:	:	1995
532	:	2 054	840	456	766	:	:	1996
546	:	2 074	821	455	769	:	:	1997
555	:	2 087	:	506	814	905	:	1998
:	348	2 096	:	451	811	:	:	1999
:	375	2 102	:	519	:	:	:	2000

(Absolute Zahlen)

NL	A	P	FIN	S	IS	NO	CH	
:	1 322	:	:	:	157	:	:	1970
898	1 100	1 067	887	:	154	:	1 410	1980
971	1 059	907	3 239	:	189	:	:	1985
1 122	1 090	:	3 665	:	202	:	1 779	1990
1 167	1 154	:	3 664	6 180	197	:	:	1991
1 203	1 204	:	3 881	6 364	200	:	:	1992
1 234	1 309	:	3 780	:	195	:	:	1993
1 276	1 340	:	3 772	6 676	194	1 097	:	1994
1 332	1 441	:	3 837	:	:	:	:	1995
1 357	1 457	:	3 895	6 842	:	1 283	:	1996
1 422	1 498	:	3 913	:	202	1 301	:	1997
1 515	1 534	:	4 020	:	207	1 355	:	1998
1 576	1 555	:	4 025	7 314	209	:	:	1999
1 627	1 522	:	4 049	:	:	:	:	2000

6.1.25 Anzahl der Hebammen je 100 000 Einwohner

	B	DK	D	EL	E	F	I	L
1970	:	11	:	:	:	:	:	:
1980	:	15	:	18	11	17	10	:
1985	:	20	:	19	16	17	11	28
1990	:	23	:	18	16	19	12	33
1991	:	23	11	18	16	19	:	:
1992	:	24	11	18	16	20	:	:
1993	:	25	11	19	16	20	14	:
1994	:	25	11	:	16	21	15	18
1995	40	26	11	19	15	21	15	18
1996	:	27	11	20	16	22	14	19
1997	42	28	11	20	16	22	14	20
1998	43	29	11	20	17	24	14	20
1999	43	30	11	21	16	24	12	22
2000	44	:	:	:	16	:	:	22

Hinweis: Für IRL und UK liegen keine Daten vor.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

6.1.26 Anzahl der Physiotherapeuten

	B	DK	D	E	F	IRL	I	L
1970	:	:	:	:	:	:	:	:
1980	:	:	:	:	34 572	:	:	:
1985	:	4 046	:	:	34 589	:	:	:
1990	:	5 035	:	2 905	38 257	844	:	:
1991	:	5 245	16 287	2 720	39 323	:	:	:
1992	:	5 455	17 087	2 661	40 254	:	:	:
1993	:	5 702	17 835	2 426	41 858	:	:	:
1994	:	5 923	19 047	2 331	43 968	:	:	:
1995	23 347	6 252	20 112	2 409	45 783	1 099	:	255
1996	24 331	6 540	21 098	1 883	48 819	1 123	10 874	271
1997	24 286	6 891	21 624	2 099	49 476	1 185	9 361	278
1998	25 009	7 247	22 558	2 336	49 341	1 294	:	278
1999	26 050	7 649	23 519	1 824	50 474	1 356	:	273
2000	27 053	:	:	1 721	52 056	:	:	273

Hinweis: Für EL und P liegen keine Daten vor.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

(je 100 000 Einwohner)

NL	A	P	FIN	S	IS	NO	CH	
:	18	:	:	:	77	:	:	1970
6	15	11	19	:	68	:	22	1980
7	14	9	66	:	79	:	:	1985
8	14	:	74	:	80	:	27	1990
8	15	:	73	72	77	:	:	1991
8	15	:	77	74	77	:	:	1992
8	16	:	75	:	74	:	:	1993
8	17	:	74	76	73	25	:	1994
9	18	:	75	:	:	:	:	1995
9	18	:	76	77	:	29	:	1996
9	19	:	76	:	75	30	:	1997
10	19	:	78	:	76	31	:	1998
10	19	:	78	83	76	:	:	1999
10	19	:	78	:	:	:	:	2000

(Absolute Zahlen)

NL	A	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
:	:	:	:	:	:	:	3 261	1970
:	:	:	:	:	75	:	7 292	1980
:	:	4 557	:	:	133	:	:	1985
:	:	6 232	:	:	206	:	11 327	1990
:	:	6 605	:	:	210	4 000	:	1991
:	:	6 908	:	:	233	:	:	1992
:	:	7 339	6 740	:	247	4 290	:	1993
:	:	7 781	7 028	12 872	252	4 255	:	1994
29 438	:	8 135	7 318	:	270	4 626	:	1995
31 803	1 905	8 531	7 563	14 332	288	4 566	:	1996
32 267	1 992	9 048	:	14 779	321	4 656	:	1997
27 823	:	9 484	7 858	15 206	333	4 840	:	1998
29 188	:	9 784	8 125	:	375	:	:	1999
30 337	:	10 088	:	:	405	5 201	:	2000

6.1.27 Physiotherapeuten je 100 000 Einwohner

	B	DK	D	E	F	IRL	I	L
1970	:	:	:	:	:	:	:	:
1980	:	:	:	:	64	:	:	:
1985	:	79	:	:	63	:	:	:
1990	:	98	:	7	68	24	:	:
1991	:	102	20	7	69	:	:	:
1992	:	106	21	7	70	:	:	:
1993	:	110	22	6	73	:	:	:
1994	:	114	23	6	76	:	:	:
1995	230	120	25	6	79	31	:	63
1996	240	125	26	5	84	31	19	66
1997	239	131	26	5	85	32	16	66
1998	245	137	27	6	84	35	:	66
1999	255	144	29	5	86	36	:	64
2000	264	:	:	4	:	:	:	63

Hinweis: Für EL und P liegen keine Daten vor.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

(je 100 000 Einwohner)

NL	A	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
:	:	:	:	:	:	:	53	1970
:	:	:	:	:	33	:	116	1980
:	:	93	:	:	55	:	:	1985
:	:	125	:	:	81	:	170	1990
:	:	132	:	:	82	94	:	1991
:	:	137	:	:	90	:	:	1992
:	:	145	78	:	94	100	:	1993
:	:	153	80	22	95	98	:	1994
191	:	160	83	:	101	106	:	1995
205	24	167	86	24	107	104	:	1996
207	25	176	:	25	119	106	:	1997
178	:	184	89	26	122	110	:	1998
185	:	190	92	:	136	:	:	1999
191	:	195	:	:	145	116	:	2000

6.2.1 Anzahl der Krankenhausbetten insgesamt (einschließlich Betten in der Psychiatrie)

	EU-15	B	DK	D (*)	EL (²)	E (²)	F	IRL (¹)(³)	I (²)	L
1970	:	80 392	40 100	873 279	54 633	157 598	:	:	564 397	4 289
1980	3 345 845	92 436	41 621	879 605	60 067	201 035	597 800	31 106	548 428	4 667
1985	:	91 790	:	843 854	54 438	175 410	579 750	29 320	470 579	4 587
1990	2 833 495	80 551	29 104	817 692	51 329	165 897	552 755	21 701	410 026	4 483
1991	2 764 783	79 346	28 072	809 737	51 297	164 451	546 423	21 444	385 691	4 438
1992	2 696 347	77 869	26 764	796 905	51 477	161 537	540 074	20 914	389 457	4 429
1993	2 635 004	77 723	26 463	784 289	52 144	158 944	533 070	20 101	380 420	4 560
1994	2 605 022	77 181	26 170	790 851	51 788	157 433	523 242	19 577	373 408	3 672
1995	2 558 907	75 360	25 767	790 756	52 227	154 644	516 361	19 374	356 242	3 405
1996	:	74 480	:	783 631	52 586	153 433	508 075	18 989	372 352	:
1997	:	74 116	24 538	769 294	52 474	166 276	498 982	18 525	334 613	:
1998	:	73 606	24 082	762 596	52 495	164 097	498 929	18 268	315 848	:
1999	2 363 909	73 143	23 352	754 865	51 404	162 608	492 031	18 114	280 438	2 413
2000	:	72 863	:	749 473	:	161 217	485 803	:	268 524	:

(¹) Ohne Betten in Pflegeheimen und in der Tagespflege.

(²) Ohne Betten in Militärkrankenhäusern.

(³) Teilweise einschließlich Betten in Pflegeheimen und in der Tagespflege.

(⁴) Nur Betten in öffentlichen Krankenhäusern.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

6.2.2 Mittlere Verweildauer in Krankenhäusern

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1970	:	:	:	1 116	622	469	:	:	1 059	1 267
1980	:	:	:	1 125	627	540	1 113	917	962	1 284
1985	:	931	:	1 086	549	457	1 051	827	832	1 253
1990	779	810	567	1 034	507	427	977	619	723	1 182
1991	757	795	546	1 015	503	423	960	609	680	1 155
1992	733	777	519	993	500	415	944	590	686	1 136
1993	713	772	511	969	497	407	927	563	668	1 154
1994	702	764	504	972	498	402	906	546	654	1 108
1995	:	744	494	970	500	395	890	539	622	:
1996	:	734	:	958	503	391	872	525	650	:
1997	:	729	465	938	500	423	853	507	582	:
1998	:	722	455	929	499	417	850	495	549	:
1999	630	716	440	920	489	413	834	485	489	562
2000	:	712	:	:	:	409	820	:	466	:

Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2002.

(Absolute Zahlen)

NL (¹)	A	P (¹)	FIN	S (¹)	UK (¹)	IS	NO	CH	
97 900	80 549	54 514	69 376	123 224	536 000	2 643	:	:	1970
95 200	84 382	51 254	74 381	125 863	458 000	3 386	:	56 408	1980
90 600	82 397	44 115	62 000	121 917	421 000	:	:	54 762	1985
86 852	77 970	42 920	45 731	106 484	340 000	2 671	19 667	53 865	1990
86 033	77 643	44 536	44 289	102 152	325 000	2 587	18 785	53 699	1991
85 507	77 059	44 343	42 967	66 045	311 000	2 549	18 361	52 970	1992
84 626	75 563	43 544	41 807	61 258	294 000	2 554	18 061	51 848	1993
82 072	75 203	43 072	41 186	57 167	283 000	2 483	17 590	48 928	1994
80 687	74 863	40 548	40 984	53 689	274 000	2 432	17 646	49 192	1995
80 131	74 061	41 114	41 089	49 468	265 000	:	17 501	47 029	1996
79 998	73 128	40 736	40 586	46 177	257 000	:	17 492	47 000	1997
78 944	72 078	39 936	40 055	33 660	251 000	:	17 585	45 189	1998
78 340	70 999	38 821	39 285	33 096	245 000	:	17 344	44 848	1999
75 409	69 851	39 152	39 007	31 765	243 000	:	17 052	:	2000

Statistiken zur Gesundheit — Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002 — Daten 1970-2001

(Tage)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
756	1 080	:	:	1 540	965	:	:	:	1970
676	1 118	:	:	1 516	814	:	:	895	1980
627	823	582	1267	1 461	744	:	:	848	1985
583	786	558	919	1 249	592	1 053	465	807	1990
573	776	542	886	1 189	563	1 011	442	796	1991
565	770	532	854	764	537	981	430	774	1992
555	756	515	827	705	506	973	420	751	1993
535	761	507	811	654	486	937	407	702	1994
523	755	504	804	609	468	911	406	701	1995
517	746	510	803	560	451	:	401	666	1996
514	737	481	791	522	436	:	398	664	1997
504	724	495	778	380	425	:	398	637	1998
497	712	480	761	374	413	:	390	630	1999
475	699	:	754	359	408	:	381	:	2000

379

6.2.3 Krankenhausbetten (einschließlich Betten in der Psychiatrie) je 100 000 Einwohner

	EU-15	B	DK	D (*)	EL (²)	E (³)	F	IRL (¹)(⁴)	I (²)	L
1970	:	:	18,1	23,7	15,0	:	18,3	:	19,1	27,0
1980	17,4	19,5	12,7	19,0	13,3	14,8	16,7	9,8	13,5	23,2
1985	15,7	16,9	11,0	17,4	11,6	13,4	15,5	8,4	12,2	20,4
1990	14,6	13,8	8,2	17,2	9,9	12,2	13,3	7,9	11,7	17,6
1991	13,8	13,0	8,0	16,2	9,9	11,9	11,9	7,8	11,6	17,6
1992	13,1	12,3	7,8	15,6	9,2	11,5	11,7	8,0	11,2	16,5
1993	12,5	12,0	7,6	15,0	8,8	11,5	11,7	7,9	11,1	15,7
1994	12,3	11,7	7,5	14,7	8,5	11,3	11,7	7,7	10,8	15,5
1995	11,8	11,4	7,3	14,2	8,2	10,0	11,2	7,6	10,1	15,3
1996	11,5	11,1	7,2	13,5	8,2	10,0	11,2	7,5	9,4	15,3
1997	10,9	11,1	7,1	12,5	8,6	9,7	10,7	7,6	8,1	:
1998	:	:	6,9	12,3	8,3	:	10,7	7,6	8,0	:
1999	:	:	:	12,0	:	:	10,6	7,6	:	:
2000	:	:	:	11,9	:	:	:	7,5	:	:

(¹) Ohne Betten in Pflegeheimen und in der Tagespflege.

(²) Ohne Betten in Militärkrankenhäusern.

(³) Teilweise einschließlich Betten in Pflegeheimen und in der Tagespflege.

(⁴) Nur Betten in öffentlichen Krankenhäusern.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

(je 100 000 Einwohner)

NL (*)	A	P (*)	FIN	S (*)	UK (*)	IS	NO	CH	
38,2	22,2	23,8	24,4	27,2	25,7	28,3	21,0	26,0	1970
34,7	17,9	14,4	21,6	23,2	19,1	23,0	14,3	24,7	1980
34,3	15,2	13,9	19,9	21,2	15,8	21,4	11,6	24,4	1985
34,1	12,8	10,8	18,2	18,0	15,6	18,3	:	:	1990
33,8	12,3	10,5	18,8	16,8	14,1	17,8	:	:	1991
33,5	11,8	10,1	16,6	10,1	12,4	16,8	:	:	1992
33,3	11,4	9,9	14,8	9,4	10,2	20,1	:	:	1993
32,7	11,3	9,5	13,1	8,1	10,0	20,3	10,1	:	1994
32,8	10,9	9,8	11,8	7,8	9,9	20,0	10,0	:	1995
32,5	10,5	9,8	11,6	7,5	9,8	:	9,9	:	1996
31,7	9,7	9,3	11,1	6,6	:	:	9,3	14,7	1997
33,7	9,3	9,0	10,9	6,6	:	:	9,0	13,7	1998
33,3	8,9	:	10,6	6,7	:	:	8,7	13,2	1999
33,4	8,6	:	10,3	6,4	:	:	8,9	12,8	2000

6.2.5 Anzahl der Betten in der Psychiatrie

	EU-15	B	DK	D (*)	EL (†)	E	F	IRL	I (‡)	L
1970	:	26 553	:	123 773	:	:	:	:	119 351	1 343
1980	:	24 182	:	121 164	:	42 694	:	13 441	82 187	:
1985	:	21 870	:	114 850	13 231	35 342	111 657	12 097	63 188	:
1990	492 120	19 371	4 934	103 916	11 889	27 352	99 780	7 992	47 786	852
1991	489 337	19 146	4 776	123 033	11 675	26 400	96 100	7 638	42 431	797
1992	461 606	17 939	4 375	115 197	11 480	25 050	92 632	6 912	41 168	797
1993	436 810	17 883	4 292	107 507	11 489	24 390	87 979	6 457	39 668	734
1994	422 550	17 209	4 300	108 343	10 654	24 165	83 350	6 110	39 115	524
1995	400 014	17 077	4 246	107 497	11 530	23 639	80 303	5 812	27 584	414
1996	:	16 683	4 262	104 780	11 205	23 071	77 925	5 407	31 198	:
1997	:	16 683	4 214	104 166	11 236	22 278	70 062	4 999	22 568	:
1998	:	16 665	4 177	104 231	11 323	:	70 060	4 807	18 825	:
1999	:	16 590	4 198	104 274	10 552	16 871	67 458	4 614	9 217	:
2000	:	16 548	:	104 935	:	16 247	65 418	4 651	7 843	:

(*) Von 1970-1990 nur Krankenhausbetten in den alten deutschen Bundesländern.

(†) Ohne Betten in Militärkrankenhäusern.

(‡) Nur Betten in öffentlichen Krankenhäusern.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

6.2.6 Betten in der Psychiatrie je 100 000 Einwohner

	EU-15	B	DK	D (*)	EL (†)	E	F	IRL	I (‡)	L
1970	:	275	:	158	:	:	:	:	222	397
1980	:	245	:	155	:	115	242	396	146	357
1985	:	222	:	148	133	92	92	341	112	300
1990	135	195	96	131	118	70	170	228	84	225
1991	134	192	93	154	115	68	163	217	75	207
1992	126	179	85	144	112	64	154	195	73	205
1993	118	178	83	133	111	63	145	181	70	186
1994	114	170	83	133	102	62	139	171	69	131
1995	108	169	81	132	110	60	134	162	48	102
1996	:	165	81	128	107	59	129	149	54	:
1997	:	164	80	127	107	38	120	137	39	:
1998	:	164	79	127	108	:	119	130	33	:
1999	:	162	79	127	:	43	114	124	16	:
2000	:	162	:	:	:	41	111	123	:	:

(*) Von 1970-1990 nur Krankenhausbetten in den alten deutschen Bundesländern.

(†) Ohne Betten in Militärkrankenhäusern.

(‡) Nur Betten in öffentlichen Krankenhäusern.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

(Absolute Zahlen)

Statistiken zur Gesundheit — Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002 — Daten 1970-2001

NL	A	P	FIN	S (°)	UK	IS	NO	CH	
:	:	:	19 628	:	:	:	9 730	18 491	1970
:	:	:	18 972	26 962	:	:	7 640	14 012	1980
:	9 414	8 478	16 470	20 906	137 950	:	5 087	12 898	1985
24 532	7 607	8 799	9 977	14 533	103 200	383	3 627	11 036	1990
24 660	7 478	8 481	8 962	12 960	94 800	367	3 467	10 941	1991
24 476	7 128	7 263	8 093	11 846	87 250	375	3 310	10 479	1992
24 642	6 976	7 100	7 278	10 865	79 550	346	3 338	9 793	1993
24 967	6 774	7 154	6 788	9 797	73 300	346	3 175	9 370	1994
24 308	6 493	7 191	6 448	8 372	69 100	315	3 112	9 686	1995
24 569	5 978	7 320	6 167	7 276	64 150	:	3 013	9 096	1996
24 541	5 775	7 117	5 850	6 267	60 250	:	3 037	8 042	1997
24 054	5 414	6 958	5 613	5 872	57 600	:	3 190	8 501	1998
24 104	5 078	:	5 479	5 786	:	:	3 151	8 581	1999
23 989	4 969	6 754	5 355	5 565	:	:	3 108	8 589	2000

(je 100 000 Einwohner)

NL	A	P	FIN	S (°)	UK	IS	NO	CH	
:	:	:	425	:	:	:	252	300	1970
:	:	:	398	325	:	:	187	222	1980
:	124	112	337	251	250	:	123	200	1985
165	99	114	201	170	184	151	86	165	1990
164	96	109	179	151	169	143	82	162	1991
162	91	92	161	137	155	144	78	153	1992
162	88	89	144	125	141	132	78	142	1993
163	85	89	134	112	129	131	73	134	1994
158	81	89	127	95	121	118	72	138	1995
159	74	91	121	82	112	:	71	129	1996
158	72	88	114	71	105	:	71	114	1997
154	67	86	109	66	100	:	72	120	1998
153	63	:	106	65	:	:	71	120	1999
151	61	66	104	63	:	:	69	120	2000

6.2.7 Anzahl der Krankenhausbetten in der Akutversorgung

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1970	:	45 828	:	457 004	:	:	:	:	:	:
1980	:	53 889	27 126	476 652	45 651	:	334 796	14 459	444 143	2 710
1985	:	57 693	24 137	462 124	41 373	135 120	312 548	14 533	393 447	2 765
1990	:	48 975	21 333	474 083	40 675	129 903	292 852	11 254	349 398	2 671
1991	:	48 597	20 494	598 073	40 114	127 080	288 746	11 373	330 764	2 671
1992	:	48 304	19 591	591 830	40 360	123 865	284 718	11 215	335 592	2 671
1993	:	48 281	19 583	578 621	40 655	122 131	279 624	10 948	328 320	2 737
1994	1 738 833	48 465	19 188	569 638	41 134	121 743	270 972	10 960	321 266	2 629
1995	1 709 511	47 241	18 984	564 624	40 697	119 065	266 141	11 093	316 451	2 342
1996	1 700 499	46 793	18 769	552 149	41 381	118 152	260 276	11 107	328 083	2 342
1997	1 648 945	46 477	18 347	540 914	41 238	116 507	253 759	10 934	299 805	2 342
1998	:	46 000	18 067	533 770	41 172	:	253 706	10 858	285 488	2 342
1999	:	45 163	17 758	528 946	40 852	:	248 972	10 775	260 737	:
2000	:	44 827	:	523 114	:	:	244 707	10 852	:	:

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

6.2.8 Anzahl der Krankenhausbetten in der Akutversorgung je 100 000 Einwohner

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1970	:	474	:	584	:	:	:	:	:	:
1980	:	547	530	610	476	:	623	426	788	746
1985	:	585	472	595	417	352	567	410	695	755
1990	:	492	415	599	402	335	518	321	616	704
1991	:	487	398	750	393	327	508	323	583	695
1992	:	482	380	737	392	318	498	316	591	685
1993	:	480	378	715	400	313	486	307	576	693
1994	470	480	369	700	395	311	469	306	562	656
1995	460	466	364	693	396	304	459	308	553	576
1996	457	461	357	675	401	301	447	307	572	567
1997	441	457	348	660	401	201	434	299	522	560
1998	:	451	341	651	399	:	432	294	496	553
1999	:	442	334	645	396	:	422	289	453	:
2000	:	438	:	:	:	:	413	287	:	:

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

(Absolute Zahlen)

Statistiken zur Gesundheit — Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002 — Daten 1970-2001

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
:	:	36 157	22 300	:	:	:	21 099	44 072	1970
:	:	40 564	23 456	42 285	194 350	:	19 515	44 912	1980
:	56 361	36 650	23 502	38 689	182 000	:	19 359	43 850	1985
:	54 437	35 922	17 401	35 403	157 050	1 034	15 318	43 851	1990
:	53 556	35 707	16 791	33 943	154 100	1 068	15 051	43 531	1991
:	53 211	36 708	16 154	31 737	150 700	1 058	14 723	43 301	1992
:	52 884	36 074	15 777	29 659	146 800	1 057	14 415	42 175	1993
54 139	53 143	35 608	18 527	28 171	143 300	1 086	14 534	40 409	1994
53 267	52 856	33 117	15 135	26 848	141 650	1 091	14 396	40 383	1995
52 603	52 515	33 794	15 162	24 973	142 400	:	14 377	:	1996
52 773	52 024	33 619	14 155	23 801	142 250	:	14 346	:	1997
52 672	51 311	32 978	13 412	22 751	141 300	:	14 161	33 510	1998
52 148	50 796	:	12 920	22 485	:	:	14 193	33 540	1999
52 050	50 313	:	12 576	21 966	:	:	13 944	:	2000

(je 100 000 Einwohner)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
:	:	416	483	:	:	:	546	714	1970
:	:	418	492	509	345	:	478	713	1980
:	744	484	480	464	322	:	467	679	1985
:	708	467	350	415	273	407	362	657	1990
:	689	460	336	395	267	417	354	645	1991
:	676	467	321	367	260	407	345	633	1992
:	664	453	312	341	253	403	335	611	1993
353	663	444	365	322	246	410	336	580	1994
345	657	412	297	305	242	409	331	575	1995
340	652	420	296	283	243	:	329	:	1996
339	645	417	276	269	242	:	327	:	1997
337	635	408	261	257	239	:	321	472	1998
331	628	:	250	254	:	:	319	471	1999
328	621	:	243	248	:	:	311	:	2000

6.2.9 Anzahl der Betten in der Langzeitpflege

	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I
1970	:	:	:	:	:	:	:	:
1980	:	49 126	102 982	1 400	:	38 550	16 360	15 930
1985	:	49 736	135 854	2 500	4 948	55 080	17 469	13 944
1990	12 203	44 847	219 531	3 045	8 462	68 531	17 652	12 842
1991	11 603	42 285	269 593	3 045	10 971	70 835	:	12 496
1992	11 625	40 449	278 461	:	12 622	73 772	:	12 697
1993	11 559	39 190	300 208	2 710	12 423	76 414	:	12 432
1994	11 507	37 683	308 554	2 710	11 525	77 871	19 572	13 027
1995	11 042	36 468	301 961	2 710	11 940	78 500	19 621	12 207
1996	10 902	36 444	344 732	2 630	12 210	79 000	20 061	13 071
1997	10 956	35 423	363 878	2 580	12 518	80 817	21 447	12 240
1998	10 941	34 786	:	:	:	81 573	20 250	11 535
1999	11 390	31 244	645 456	:	11 898	82 187	:	10 527
2000	11 488	29 685	:	:	11 005	83 531	:	:

Hinweis: Für P und FIN liegen keine Daten vor.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

6.2.10 Anzahl der Betten in der Langzeitpflege je 100 000 Einwohner

	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I
1970	:	:	:	:	:	:	:	:
1980	:	959	132	15	:	72	482	28
1985	:	973	175	25	13	100	493	25
1990	123	873	278	30	22	121	503	23
1991	116	822	338	30	28	125	:	22
1992	116	784	347	:	32	129	:	22
1993	115	757	371	26	32	133	:	22
1994	114	725	379	26	30	135	546	23
1995	:	699	370	26	31	135	545	21
1996	:	694	421	25	31	136	554	23
1997	:	:	444	25	22	138	587	21
1998	107	:	:	:	:	139	548	20
1999	112	:	787	:	30	139	:	18
2000	112	557	:	:	28	141	:	:

Hinweis: Für P und FIN liegen keine Daten vor.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

(Absolute Zahlen)

L	NL	A	S	UK	IS	NO	CH	
:	:	:	:	:	628	27 602	:	1970
:	:	:	44 859	26 900	646	30 380	:	1980
654	49 252	16 622	51 529	38 000	758	45 607	:	1985
786	51 674	15 926	45 965	199 800	1 042	45 628	:	1990
786	52 059	15 653	45 091	218 600	1 082	45 946	:	1991
919	52 662	15 601	12 600	232 500	1 126	45 890	:	1992
1 392	53 702	14 739	10 691	250 200	:	45 767	:	1993
1 512	54 423	15 403	6 284	258 500	:	44 941	:	1994
1 633	55 464	15 500	5 581	264 700	:	43 928	:	1995
1 777	56 434	15 544	4 699	268 500	:	43 735	:	1996
:	56 942	15 379	3 740	268 800	:	43 377	89 404	1997
:	57 506	15 353	3 627	260 500	:	43 196	86 591	1998
:	57 445	15 125	3 502	251 900	:	43 240	83 296	1999
:	58 179	14 569	3 189	:	:	42 876	84 031	2000

(je 100 000 Einwohner)

L	NL	A	S	UK	IS	NO	CH	
:	:	:	:	:	308	715	:	1970
:	:	:	540	48	285	745	:	1980
179	341	220	618	67	315	1 100	:	1985
207	347	207	539	348	411	1 078	:	1990
205	347	202	525	379	423	1 081	:	1991
236	348	198	146	402	434	1 074	:	1992
352	352	185	123	431	:	1 065	:	1993
:	355	192	72	444	:	1 039	:	1994
:	360	193	63	453	:	1 010	:	1995
:	364	193	53	457	:	1 001	:	1996
:	366	191	42	:	:	988	1 263	1997
:	367	190	41	:	:	978	1 220	1998
:	365	187	40	:	:	973	1 169	1999
:	367	180	36	:	:	957	1 173	2000

6.2.13 Durchschnittliche Anzahl der Übernachtungen im Krankenhaus pro Kopf, nach Geschlecht

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Insgesamt	1996	1,5	1,5	1,1	2,9	0,8	0,9	1,3	1,0
	1997	1,4	1,8	1,5	2,1	0,9	1,0	1,2	1,3
	1998	1,3	1,6	1,6	2,0	0,7	1,0	1,4	1,2
Männer	1996	1,5	1,4	1,1	2,9	1,0	1,0	1,2	0,8
	1997	1,3	1,4	1,4	1,9	1,0	1,0	1,2	1,0
	1998	1,2	1,5	1,1	1,9	0,8	1,0	1,2	1,1
Frauen	1996	1,6	1,7	1,2	2,8	0,7	0,8	1,4	1,2
	1997	1,5	2,1	1,5	2,3	0,8	1,0	1,3	1,7
	1998	1,4	1,7	2,0	2,2	0,6	1,0	1,5	1,3

Hinweis: Für Schweden liegen keine Daten vor.

Quelle: Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft, Version Dezember 2001.

6.2.14 Krankenhausverweildauer insgesamt nach Geschlecht

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Insgesamt	1996	14,1	13,4	11,9	21,3	14,4	12,5	12,7	10,0
	1997	13,4	14,6	13,6	17,0	12,3	12,4	12,0	12,4
	1998	13,0	14,4	15,3	16,8	11,5	12,1	12,7	11,6
Männer	1996	14,2	12,7	11,8	22,2	15,5	13,2	12,3	9,2
	1997	13,8	13,8	13,9	17,2	12,4	13,4	11,6	10,1
	1998	13,2	14,0	13,8	18,0	13,0	11,8	12,4	11,2
Frauen	1996	13,9	14,0	12,0	20,6	13,0	11,8	13,1	10,7
	1997	13,0	15,1	13,3	16,8	12,1	11,6	12,3	14,1
	1998	13,0	14,7	16,2	15,9	10,2	12,5	13,0	11,9

Hinweis: Für Schweden liegen keine Daten vor.

Quelle: Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft, Version Dezember 2001.

I	L	NL	A	P	FIN	UK		
1,2	1,7	0,9	2,1	0,8	1,7	(0,8)	1996	Insgesamt
1,2	:	0,9	2,4	0,8	1,3	1,1	1997	
1,1	:	0,8	2,0	0,8	:	1,0	1998	
1,2	1,8	0,9	1,8	1,0	1,7	(0,6)	1996	Männer
1,3	:	0,6	2,1	0,9	1,3	1,0	1997	
1,0	:	0,7	1,7	0,8	:	0,8	1998	
1,3	1,7	1,0	2,5	0,6	1,7	1,0	1996	Frauen
1,2	:	1,1	2,7	0,7	1,4	1,1	1997	
1,2	:	0,9	2,3	0,7	:	1,1	1998	

(Übernachtungen)

I	L	NL	A	P	FIN	UK		
13,5	13,5	12,0	15,7	12,9	11,9	(7,7)	1996	Insgesamt
13,5	:	11,3	17,1	14,2	10,1	10,2	1997	
12,7	:	10,5	13,9	12,6	:	9,2	1998	
13,4	14,6	12,9	15,0	14,8	12,7	(6,9)	1996	Männer
14,2	:	10,2	17,0	18,4	10,4	11,6	1997	
11,9	:	10,5	13,1	12,4	:	9,8	1998	
13,7	12,6	11,3	16,2	11,0	11,2	8,2	1996	Frauen
13,0	:	11,9	17,1	11,1	9,8	9,3	1997	
13,4	:	10,5	14,6	12,8	:	8,8	1998	

6.2.16 Krankenhausentlassungen je 100 000 Einwohner nach Diagnosen gemäß ICD-10: 1999

	B (*)	DK	D	EL (*)	E (*)	F	IRL	I
Gesamte Krankenhausentlassungen, nach Hauptdiagnosen gemäß ICD	15 584	17 611	19 529	13 507	11 276	25 699	12 491	16 106
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	389	478	365	374	186	425	376	311
Neubildungen	:	2 054	2 317	:	861	1 960	:	1 422
Bösartige Neubildungen	976	1 611	1 815	1 229	625	1 147	657	1 043
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	115	214	125	334	79	183	121	133
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	410	468	567	240	196	610	196	350
Psychische und Verhaltensstörungen	:	257	1 037	330	262	509	100	463
Neurosen und andere nichtpsychotische psychische Störungen	:	190	617	:	39	273	:	226
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	852	764	1 209	796	594	1 993	538	1 176
Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems	:	457	487	:	146	769	:	341
Affektionen des Auges und seiner Anhangsgebilde	:	177	513	:	372	913	:	669
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	:	131	209	:	77	312	:	166
Krankheiten des Kreislaufsystems	2 351	2 590	3 369	1 952	1 292	2 244	1 413	2 592
Hypertonie und Hochdruckkrankheiten	:	91	228	:	46	86	:	193
Ischämische Herzkrankheit	:	808	1 036	:	104	480	460	588
Krankheiten des Atmungssystems	1 440	1 622	1 266	1 073	1 036	1 393	1 497	1 239
Grippe und Pneumonie	:	449	633	:	202	205	277	244
Akute Infektionen der Atmungsorgane und sonstige Krankheiten	:	366	311	:	344	566	:	526
Krankheiten des Verdauungssystems	1 728	1 640	1 912	1 480	1 281	2 835	1 278	1 809
Appendizitis	:	446	227	:	117	230	147	165
Eingeweidebrüche	:	237	332	:	335	406	:	359
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	172	266	292	1 162	137	398	245	253
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1 349	1 025	1 450	1 214	630	1 507	521	942
Arthropathien und verwandte Affektionen	:	454	725	:	284	741	:	390
Dorsopathien	:	320	396	:	98	351	:	261
Rheumatismus, ausgenommen des Rückens	:	174	171	:	90	280	:	149
Krankheiten des Urogenitalsystems	1 045	1 021	1 283	231	732	1 416	799	1 112
Nephritis sowie sonstige Krankheiten der Harnorgane	:	438	517	:	53	564	:	488
Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane	:	179	178	:	156	317	:	200
Krankheiten der Brust und der weiblichen Organe	:	394	588	:	283	526	:	424
Komplikationen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1 349	1 747	1 290	571	1 248	2 062	2 145	1 378
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	60	172	132	117	135	246	146	267
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	115	189	136	165	87	200	120	156
Symptome und abnorme klinische Laborbefunde, a. n. g.	629	1 214	784	967	707	1 496	1 373	883
Verletzung, Vergiftung und gewisse andere Folgen von äußeren Ursachen	:	1 878	1 995	:	850	2 108	:	1 624
Frakturen	:	778	879	:	398	752	:	685
Äußere Ursachen von Verletzung und Vergiftung	1 678	1 874	1 995	1 273	849	:	1 130	1 622

(*) Belgien, Spanien, Luxemburg, Schweden: 1998, Griechenland: 1997.

(*) Vereinigtes Königreich: abgeschlossene Behandlungsepisoden.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

(je 100 000 Einwohner)

L (*)	NL	A	P	FIN	S (*)	UK (*)	NO	
20 845	9 618	28 093	8 728	26 755	16 650	24 594	15 677	Gesamte Krankenhausentlassungen, nach Hauptdiagnosen gemäß ICD
347	118	359	200	741	458	290	378	Infektiöse und parasitäre Krankheiten
:	900	3 482	:	2 393	:	2 719	:	Neubildungen
1 485	791	2 871	507	1 838	1 441	2 147	1 449	Bösartige Neubildungen
19	89	206	58	202	125	297	104	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
313	179	1 007	173	554	372	327	224	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
1 102	138	1 507	112	1 778	1 051	467	194	Psychische und Verhaltensstörungen
:	:	773	:	496	:	147	:	Neurosen und andere nichtpsychotische psychische Störungen
753	404	2 032	392	2 191	740	1 389	477	Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane
:	146	744	:	959	:	465	:	Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems
:	193	921	:	907	:	734	:	Affektionen des Auges und seiner Anhangsgebilde
:	66	367	:	325	:	185	:	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
2 447	1 474	3 970	1 046	3 983	2 983	2 138	2 396	Krankheiten des Kreislaufsystems
:	:	331	:	132	:	44	:	Hypertonie und Hochdruckkrankheiten
:	552	899	:	1 136	:	736	898	Ischämische Herzkrankheit
2 135	673	2 099	718	2 430	1 193	1 500	1 380	Krankheiten des Atmungssystems
:	299	432	:	559	:	218	:	Grippe und Pneumonie
:	125	989	:	1 177	:	455	:	Akute Infektionen der Atmungsorgane und sonstige Krankheiten
1 905	839	2 294	924	1 837	1 330	2 623	1 166	Krankheiten des Verdauungssystems
:	96	229	:	143	:	77	:	Appendizitis
:	172	376	:	336	:	317	:	Eingeweidebrüche
216	96	430	133	336	125	438	160	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
527	681	2 739	259	2 270	895	2 144	1 004	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
:	306	1 040	:	1 155	:	654	:	Arthropathien und verwandte Affektionen
:	171	982	:	495	:	297	:	Dorsopathien
:	98	354	:	394	:	248	:	Rheumatismus, ausgenommen des Rückens
:	489	1 753	487	1 422	833	1 349	793	Krankheiten des Urogenitalsystems
:	184	666	:	643	:	669	:	Nephritis sowie sonstige Krankheiten der Harnorgane
:	88	301	:	217	:	239	:	Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane
:	217	786	:	562	:	699	:	Krankheiten der Brust und der weiblichen Organe
31	848	1 505	1 216	1 693	1 279	1 985	1 607	Komplikationen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
134	415	153	26	152	151	315	205	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
107	86	195	77	230	145	167	225	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
671	689	886	121	1 722	1 598	2 786	1 088	Symptome und abnorme klinische Laborbefunde, a. n. g.
:	762	2 960	:	2 156	:	:	:	Verletzung, Vergiftung und gewisse andere Folgen von äußeren Ursachen
:	336	724	:	933	:	562	:	Frakturen
1 752	762	:	696	2 139	1 631	1 534	1 680	Äußere Ursachen von Verletzung und Vergiftung

6.2.17 Durchschnittliche Krankenhausverweildauer nach Hauptdiagnose gemäß ICD-10: 1999

	B	DK	D	EL (*)	E (*)	F	IRL	I
I Infektiöse und parasitäre Krankheiten	8,3	5,3	9,3	7,0	9,5	6,7	4,4	8,0
II Neubildungen	:	:	10,4	:	10,8	:	:	10,3
III Bösartige Neubildungen	12,5	7,4	:	9,8	13,0	10,2	7,6	11,7
IV Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	15,1	5,5	9,7	8,8	9,1	7,1	4,4	9,0
V Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	9,5	6,8	10,8	3,4	10,7	7,5	4,9	7,8
VI Psychische und Verhaltensstörungen	7,5	6,1	26,9	95,7	62,1	6,8	8,5	12,9
VII Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	7,4	5,5	8,0	10,2	5,9	4,3	4,1	4,8
VIII Krankheiten des Kreislaufsystems	9,9	7,4	11,3	9,7	10,2	7,7	8,2	8,3
IX Krankheiten des Atmungssystems	9,2	5,5	9,0	6,1	8,1	6,8	6,0	7,5
X Krankheiten des Verdauungssystems	7,0	5,0	6,5	8,0	7,2	5,8	3,7	7,1
XI Krankheiten der Haut und der Unterhaut	12,0	6,2	12,1	6,7	7,8	6,3	3,4	6,8
XII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	12,0	7,6	12,4	4,8	8,0	7,2	5,6	7,0
XIII Krankheiten des Urogenitalsystems	6,1	4,1	8,2	7,7	6,2	5,2	3,6	5,8
XIV Komplikationen in Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett	5,6	3,4	12,2	11,5	3,9	5,5	3,6	4,4
XV Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	10,9	10,8	14,7	9,2	9,8	10,0	9,9	7,8
XVI Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	6,0	4,2	14,7	8,3	7,1	5,5	4,1	5,9
XVII Symptome und abnorme klinische Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	5,4	3,5	10,1	5,3	7,1	5,0	3,1	5,8
XVIII Verletzung, Vergiftung und gewisse andere Folgen von äußeren Ursachen	:	:	13,4	:	17,5	:	:	5,9
XIX Äußere Ursachen von Verletzung und Vergiftung	9,4	6,1	:	7,2	:	6,0	4,7	5,9
Spezielle Aufnahmen (einschließlich Lebendgeburten in Krankenhäusern)	:	:	10,8	:	:	:	:	4,7
Alle Kategorien nicht andersorts klassifizierbar	:	:	:	:	:	4,7	:	:
Keine Diagnose	:	:	10,8	:	:	:	:	8,2
Insgesamt	8,6	5,4	10,5	9,8	9,1	6,2	4,8	7,1

(*) Belgien, Spanien, Luxemburg, Schweden: 1998, Griechenland: 1997.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

(Tage)

L (°)	NL	A	P	FIN	S (°)	UK	NO	
4,9	11,1	9,6	11,4	6,9	5,2	:	6,2	I Infektiöse und parasitäre Krankheiten
:	10,8	6,9	:	7,0	:	:	:	II Neubildungen
8,7	11,2	7,1	13,3	7,7	8,1	8,1	8,8	III Bösartige Neubildungen
4,4	8,4	6,7	8,6	6,2	5,6	8,4	5,6	IV Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
8,9	11,7	10,4	9,4	10,1	6,9	8,6	6,2	V Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
12,7	29,5	17,1	16,6	39,5	21,6	6,2	5,1	VI Psychische und Verhaltensstörungen
8,3	7,1	7,1	4,9	9,0	5,6	:	5,1	VII Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane
8,4	10,5	14,1	8,5	15,6	7,0	14,8	6,6	VIII Krankheiten des Kreislaufsystems
5,0	9,1	8,9	8,4	11,3	5,4	10,6	6,2	IX Krankheiten des Atmungssystems
5,9	8,2	7,9	6,8	5,2	4,9	8,1	5,6	X Krankheiten des Verdauungssystems
6,7	11,0	7,6	6,8	6,7	7,3	1,9	7,7	XI Krankheiten der Haut und der Unterhaut
6,0	9,2	11,2	8,8	6,0	7,1	7,6	7,2	XII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
:	7,0	6,0	6,0	5,0	4,5	6,5	4,8	XIII Krankheiten des Urogenitalsystems
5,6	4,5	5,6	3,6	3,6	3,4	5,1	4,4	XIV Komplikationen in Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett
9,5	7,5	10,9	7,9	9,4	10,4	15,4	11,5	XV Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
3,5	7,7	7,0	6,0	5,1	4,8	7,2	5,6	XVI Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
4,5	6,9	7,3	5,3	5,1	2,9	5,1	2,9	XVII Symptome und abnorme klinische Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind
:	10,6	8,0	:	9,6	:	:	:	XVIII Verletzung, Vergiftung und gewisse andere Folgen von äußeren Ursachen
7,0	:	:	9,5	9,7	6,3	8,4	5,4	XIX Äußere Ursachen von Verletzung und Vergiftung
:	4,6	5,3	:	4,8	:	:	:	Spezielle Aufnahmen (einschließlich Lebendgeburten in Krankenhäusern)
:	:	:	4,2	:	7,0	6,9	:	Alle Kategorien nicht andersorts klassifizierbar
:	:	:	:	14,6	:	:	:	Keine Diagnose
6,4	8,7	9,3	7,0	10,6	6,7	8,4	6,1	Insgesamt

6.2.18 Medizinische Einrichtungen der Spitzentechnologie

	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
Computer-Tomografen									
1980	0,2	:	:	:	:	:	:	:	:
1990	16,1	4,3	10,1	2,3	:	6,7	4,3	6,0	15,6
1995	:	7,3	15,6	4,4	8,3	9,2	:	:	24,2
1996	:	7,6	16,4	4,9	9,0	9,4	:	12,7	24,1
1997	:	9,1	17,1	5,7	9,3	9,7	:	14,6	23,8
1998	:	9,1	:	6,6	10,2	9,7	:	17,8	23,4
1999	:	10,2	:	7,8	11,6	9,6	:	19,6	25,4
2000	:	10,9	:	:	12,2	:	:	:	25,1
Magnetresonanz-Tomografen									
1980	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1990	2,0	2,5	1,9	0,3	:	0,8	0,3	1,3	2,6
1995	3,2	:	4,8	1,1	2,7	2,1	:	:	2,4
1996	3,2	:	5,7	1,7	3,2	2,3	:	3,4	2,4
1997	3,2	:	6,2	1,5	3,3	2,5	:	4,1	2,4
1998	:	:	:	1,3	3,8	2,6	:	6,3	2,3
1999	:	5,5	:	1,5	4,6	2,8	:	6,7	2,3
2000	:	6,6	:	:	4,9	:	:	:	4,6
Röntgentherapiegeräte									
1980	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1990	:	:	5,1	5,4	:	:	:	1,3	:
1995	6,1	:	4,5	5,8	3,3	7,5	:	:	:
1996	6,4	:	4,7	5,4	3,3	7,6	:	2,3	:
1997	6,4	:	4,6	4,3	3,3	7,8	:	2,4	:
1998	:	:	:	3,6	3,5	7,9	:	3,1	:
1999	:	:	:	4,2	3,6	7,2	:	3,7	:
2000	:	5,2	:	:	3,8	:	:	:	2,3
Lithotripter									
1980	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1990	:	:	1,2	2,4	:	0,7	:	1,7	:
1995	:	:	1,6	3,1	1,7	0,8	:	2,4	2,4
1996	:	:	1,7	3,2	1,8	0,8	:	2,9	2,4
1997	:	:	1,7	3,1	1,8	0,8	:	:	2,4
1998	:	:	:	3,0	1,9	0,8	:	:	2,3
1999	:	:	:	:	1,8	0,9	:	:	2,3
2000	:	:	:	:	1,8	:	:	:	2,3
Hämodialysestationen									
1980	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1990	:	:	:	78,7	:	:	:	:	:
1995	5,8	:	:	115,4	59,7	156,3	:	:	12,1
1996	5,5	:	:	:	63,2	164,0	:	:	12,0
1997	5,6	:	:	:	63,6	169,7	:	156,3	11,9
1998	:	:	:	136,2	:	172,4	:	186,7	11,7
1999	:	:	:	153,4	:	178,6	:	194,1	11,6
2000	:	:	:	166,0	:	:	:	:	11,4
Mammografiegeräte									
1980	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1990	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1995	:	:	:	:	:	:	:	:	24,2
1996	:	:	:	:	:	:	:	:	24,1
1997	:	:	:	:	:	:	:	:	23,8
1998	:	:	:	:	:	:	:	:	23,4
1999	:	:	:	:	:	:	:	:	23,1
2000	:	:	:	:	:	:	:	:	22,8

Quelle: Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Gesundheitsdaten 2002.

(je 1 Million Einwohner)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
Computer-Tomografen									
:	:	1,5	1,9	:	0,0	:	2,3	:	1980
7,3	11,7	4,5	9,8	10,5	4,3	11,8	11,6	12,5	1990
:	:	:	11,7	:	:	18,7	:	:	1995
:	23,9	:	12,5	:	:	14,9	:	:	1996
:	24,9	12,3	12,5	:	:	14,8	:	18,3	1997
:	25,7	:	12,2	:	5,8	18,3	:	19,0	1998
:	25,7	:	12,8	14,2	6,1	21,6	:	18,5	1999
:	25,8	:	13,5	:	3,6	21,3	:	:	2000
Magnetresonanz-Tomografen									
:	:	:	:	:	:	:	:	:	1980
0,9	:	0,8	1,8	1,5	1,0	3,9	0,7	3,9	1990
3,9	:	:	4,3	6,8	3,4	7,5	:	:	1995
:	7,4	:	5,7	:	:	7,4	:	:	1996
:	8,4	2,8	7,2	:	:	7,4	:	12,4	1997
:	8,4	:	8,3	:	:	7,3	:	13,2	1998
:	10,9	:	9,9	7,9	4,5	7,2	:	13,0	1999
:	10,8	:	11,0	:	3,9	10,7	:	:	2000
Röntgentherapiegeräte									
:	:	:	:	:	:	17,5	:	:	1980
:	:	:	16,4	:	:	23,5	:	:	1990
7,1	:	:	14,7	:	:	15,0	:	:	1995
7,1	3,2	:	15,0	:	:	14,9	:	:	1996
7,2	3,7	2,9	14,2	:	3,3	14,8	:	11,1	1997
:	4,1	:	14,4	:	:	14,6	:	11,7	1998
:	4,2	:	14,3	:	:	14,4	:	11,2	1999
:	4,2	:	:	:	4,8	14,2	:	:	2000
Lithotripter									
:	:	:	:	:	:	:	:	:	1980
0,8	:	:	0,2	1,2	:	:	:	:	1990
:	:	:	0,2	:	:	:	:	:	1995
:	1,6	:	0,2	:	:	3,7	:	:	1996
:	1,6	1,2	0,4	:	:	3,7	:	3,5	1997
:	1,6	:	0,4	:	:	3,7	:	3,0	1998
:	1,7	:	0,4	:	:	3,6	:	3,9	1999
:	1,7	:	:	:	:	3,6	:	:	2000
Hämodialysestationen									
:	:	:	:	:	:	:	:	:	1980
:	:	:	:	:	:	:	:	:	1990
48,6	78,4	:	:	:	24,3	:	:	:	1995
49,6	79,0	:	:	:	:	:	:	:	1996
52,0	84,7	:	:	:	:	:	:	8,2	1997
:	86,0	:	:	:	39,5	73,0	:	9,6	1998
:	86,1	:	:	:	:	:	:	9,2	1999
:	85,4	:	:	:	:	:	:	:	2000
Mammografiegeräte									
:	:	:	:	:	:	4,4	:	:	1980
:	:	:	29,3	:	:	15,7	:	:	1990
:	:	:	37,6	:	:	18,7	:	:	1995
:	:	:	37,9	:	:	18,6	:	:	1996
:	:	3,6	38,1	:	:	18,5	:	:	1997
:	:	:	38,8	:	:	18,3	:	:	1998
:	:	:	36,4	:	5,6	18,0	:	:	1999
:	:	:	:	:	:	:	:	:	2000

6.2.19 Anzahl der Besuche bei Angehörigen der Gesundheitsberufe in den letzten zwölf Monaten: 1998

(Durchschnittswert)

	B	DK	EL	E	IRL	I	NL	A	P	UK
Allgemeinärzte										
Insgesamt	5,2	3,1	2,0	3,7	3,6	4,7	2,9	4,8	3,4	3,2
Männer	4,3	2,4	1,7	3,0	2,9	3,9	2,2	3,8	2,6	2,6
Frauen	6,0	3,7	2,2	4,3	4,3	5,5	3,5	5,7	4,1	3,7
Zahnärzte										
Insgesamt	1,3	1,8	0,7	0,8	0,7	1,1	1,6	1,5	0,8	1,4
Männer	1,3	1,7	0,6	0,7	0,6	1,0	1,6	1,4	0,7	1,4
Frauen	1,3	1,9	0,8	0,9	0,8	1,3	1,7	1,6	0,8	1,4
Fachärzte										
Insgesamt	2,1	1,1	1,6	1,7	0,6	1,4	1,7	2,1	1,3	1,3
Männer	1,5	0,8	1,3	1,3	0,5	1,1	1,3	1,6	1,0	1,4
Frauen	2,5	1,3	1,8	2,0	0,7	1,6	2,1	2,6	1,5	1,3
Besuche bei Angehörigen der Gesundheitsberufe insgesamt										
Insgesamt	8,5	5,9	4,2	6,2	4,9	7,2	6,2	8,4	5,4	5,9
Männer	7,1	4,8	3,6	5,1	4,0	5,9	5,0	6,8	4,3	5,4
Frauen	9,8	6,9	4,8	7,3	5,7	8,5	7,3	9,9	6,4	6,3

Hinweis: Für Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Finnland und Schweden liegen keine Daten vor.

Quelle: Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft, Version Dezember 2001.

6.2.20 Häufigkeit der Besuche bei Angehörigen der Gesundheitsberufe in den letzten zwölf Monaten: 1998

(% der Bevölkerung)

	B	DK	EL	E	IRL	I	NL	A	P	
Insgesamt	0	7,1	7,7	33,1	19,0	19,5	16,1	5,7	5,9	20,9
	1	6,3	9,0	8,4	10,9	13,1	7,7	7,8	6,6	8,5
	2	10,4	18,3	12,9	12,8	14,0	10,6	17,9	9,7	11,2
	3 oder mehr	76,2	64,9	45,6	57,4	53,5	65,6	68,7	77,9	59,3
Männer	0	10,3	10,2	39,2	24,0	25,5	20,8	7,8	8,1	28,2
	1	8,8	11,5	9,1	12,9	14,8	9,9	9,7	9,2	11,2
	2	12,4	20,5	13,3	13,8	14,6	13,1	21,6	12,6	11,5
	3 oder mehr	68,4	57,8	38,5	49,3	45,1	56,2	61,0	70,1	49,1
Frauen	0	4,1	5,3	27,7	14,3	13,8	11,7	3,7	3,9	14,5
	1	4,0	6,6	7,8	9,0	11,4	5,7	5,9	4,2	6,1
	2	8,6	16,2	12,5	11,9	13,3	8,3	14,4	7,0	11,0
	3 oder mehr	83,2	71,9	52,0	64,9	61,4	74,3	76,0	84,9	68,4

Hinweis: Für Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Finnland, Schweden und das Vereinigte Königreich liegen keine Daten vor.

Quelle: Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft, Version Dezember 2001.

6.2.21 Arzneimittelkäufe in Apotheken nach Arzneimitteltyp in den zwölf

Monaten vor dem 31. Januar 2002 (in Mio. USD und als prozentuale Veränderung gegenüber dem Vorjahr)

	EU-15		D		E		F		I		UK	
	Mio. USD	%	Mio. USD	%	Mio. USD	%	Mio. USD	%	Mio. USD	%	Mio. USD	%
Insgesamt	54 022	:	15 336	10	5 724	11	13 780	7	9 662	13	9 523	11
Kardiovaskuläres System	12 770	9	3 551	8	1 310	10	3 361	5	2 321	11	2 227	13
Zentrales Nervensystem	8 282	14	2 053	14	1 055	16	2 146	8	1 188	19	1 840	17
Verdauung/Stoffwechsel	8 120	7	2 443	8	798	4	2 004	4	1 381	11	1 494	8
Antiinfektiva	4 389	3	1 208	2	394	1	1 363	5	1 025	5	399	0
Atemwege	5 161	8	1 259	4	601	11	1 227	5	856	19	1 218	8
Muskel-/Knochensystem	2 935	17	750	15	326	16	785	26	592	17	483	8
Harn-/Geschlechtsorgane	3 229	10	919	8	325	24	841	7	584	12	561	10
Zytostatika	2 216	15	886	23	234	7	391	13	416	7	288	11
Dermatika	1 865	5	537	4	206	9	446	2	306	9	371	5
Blutmedikamente	1 673	21	503	22	190	24	401	17	431	22	147	26
Sinnesorgane	1 022	12	243	14	127	19	270	9	212	13	171	11
Diagnostika	843	14	382	20	2	(8)	190	(2)	132	20	137	18
Hormone	988	6	320	8	148	5	244	9	166	7	109	(3)
Sonstige Arzneimittel	351	10	212	12	4	124	73	3	30	7	33	8
Infusions- /Injektionslösungen	91	9	50	9	2	3	13	16	16	9	10	5
Parasitologie	87	(2)	20	(3)	2	11	25	(11)	6	3	35	4

Hinweis: Damit die Angaben nicht durch schwankende Wechselkurse verfälscht werden, werden Wachstumsraten vor der Wechselkursumrechnung berechnet. Wachstumsraten sind also in Landeswährung oder zu konstantem Wechselkurs angegeben. Daten in Klammern bezeichnen ein negatives Wachstum.

Quelle: Intercontinental Marketing Services (IMS) Health, IMS Drug Monitor.

6.2.23 Problemlose Erreichbarkeit des praktischen Arztes oder Gesundheitszentrums – Wegezeit zum praktischen Arzt oder Gesundheitszentrum

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Wegezeit zum praktischen Arzt								
Weniger als 20 Min.	83,4	84,6	90,2	80,8	55,1	85,5	86,7	74,0
20-59 Minuten	14,0	11,2	8,6	17,4	40,3	9,3	9,7	21,7
Mindestens 1 Stunde	0,8	0,6	0,3	1,1	3,1	0,6	0,8	1,5
Weiß nicht	1,8	3,6	0,8	0,7	1,5	4,7	2,7	2,8
Wegezeit zum nächstgelegenen Krankenhaus								
Weniger als 20 Min.	51,5	64,5	62,2	50,7	37,5	40,8	52,1	37,8
20-59 Minuten	43,1	30,8	36,4	44,1	55,1	51,1	42,5	49,6
Mindestens 1 Stunde	4,3	2,6	1,2	4,2	6,7	6,6	3,5	10,9
Weiß nicht	1,0	2,1	0,3	1,0	0,7	1,5	2,0	1,7

Quelle: Eurobarometer 52.1, Europäische Kommission.

6.2.24 Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem, nach Geschlecht: 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Männer	Sehr zufrieden	11,3	18,3	34,8	7,9	3,4	10,0	18,6	11,3
	Ziemlich zufrieden	43,0	59,9	43,0	47,9	13,2	35,7	61,0	38,9
	Nicht sehr zufrieden	31,4	16,6	18,1	31,2	46,4	43,0	15,8	26,1
	Gar nicht zufrieden	12,4	2,8	3,8	11,2	34,9	8,0	3,9	19,3
	Weiß nicht	1,9	2,4	0,3	1,8	2,1	3,2	0,7	4,5
Frauen	Sehr zufrieden	10,1	13,5	26,7	7,1	2,3	9,2	13,7	11,6
	Ziemlich zufrieden	41,6	62,6	47,2	38,0	18,1	40,1	63,3	33,8
	Nicht sehr zufrieden	33,6	17,2	21,9	39,6	45,1	38,4	17,5	27,7
	Gar nicht zufrieden	13,1	5,2	3,8	12,9	33,4	10,5	4,9	21,3
	Weiß nicht	1,7	1,5	0,4	2,5	1,1	1,8	0,6	5,6

Quelle: Eurobarometer 52.1, Europäische Kommission.

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	
Wegezeit zum praktischen Arzt								
87,5	80,6	90,4	78,9	60,9	73,9	87,5	85,9	Weniger als 20 Min.
10,9	12,6	7,3	18,9	36,0	24,5	11,6	12,5	20-59 Minuten
0,3	0,7	2,0	0,9	2,2	0,9	0,1	0,4	Mindestens 1 Stunde
1,4	6,1	0,4	1,3	0,9	0,7	0,8	1,2	Weiß nicht
Wegezeit zum nächstgelegenen Krankenhaus								
65,5	67,3	69,7	39,7	37,4	49,6	52,2	44,4	Weniger als 20 Min.
31,3	27,7	29,4	51,5	52,0	45,8	39,3	50,6	20-59 Minuten
2,9	1,0	0,5	7,9	10,1	3,1	7,4	4,3	Mindestens 1 Stunde
0,3	4,0	0,5	0,9	0,5	1,5	1,1	0,7	Weiß nicht

Statistiken zur Gesundheit — Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002 — Daten 1970-

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
2,2	25,6	21,1	32,2	3,3	17,7	15,3	11,7	Sehr zufrieden	Männer
24,0	47,6	54,2	49,2	20,3	57,0	43,4	44,6	Ziemlich zufrieden	
45,0	16,7	20,3	13,2	43,0	21,4	29,7	30,9	Nicht sehr zufrieden	
26,9	5,5	3,9	3,2	30,8	2,7	8,1	10,3	Gar nicht zufrieden	
1,9	4,5	0,5	2,2	2,5	1,2	3,5	2,5	Weiß nicht	
2,0	26,4	17,0	30,6	3,0	18,3	11,8	14,3	Sehr zufrieden	Frauen
24,3	43,7	54,3	54,5	21,7	55,7	47,0	40,9	Ziemlich zufrieden	
46,2	16,9	23,5	10,8	41,9	22,7	29,5	32,7	Nicht sehr zufrieden	
25,5	4,7	4,4	1,3	32,6	2,6	10,4	10,6	Gar nicht zufrieden	
1,9	8,4	0,8	2,8	0,8	0,6	1,3	1,5	Weiß nicht	

399

6.2.25 Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem, nach dem Alter bei Ende der Vollzeitausbildung: 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Bis 15 Jahre	Sehr zufrieden	10,7	12,6	37,3	7,0	2,8	11,9	16,3	11,4
	Ziemlich zufrieden	37,2	62,4	44,6	36,8	19,6	36,0	57,9	32,3
	Nicht sehr zufrieden	34,9	19,8	14,0	39,0	44,2	40,0	19,8	28,2
	Gar nicht zufrieden	15,7	4,7	4,2	16,0	32,6	9,2	4,8	26,9
	Weiß nicht	1,5	0,5	:	1,3	0,8	2,9	1,3	1,2
16-19 Jahre	Sehr zufrieden	10,3	18,5	31,0	8,1	2,9	7,8	14,6	9,9
	Ziemlich zufrieden	43,3	59,9	42,0	42,3	12,8	41,9	61,5	38,2
	Nicht sehr zufrieden	32,8	17,6	22,3	35,5	44,5	40,2	19,2	28,2
	Gar nicht zufrieden	11,7	3,6	4,8	12,0	38,8	8,5	4,2	19,7
	Weiß nicht	1,9	0,4	:	2,2	1,0	1,6	0,6	4,0
Mind. 20 Jahre	Sehr zufrieden	10,7	14,8	31,6	7,1	3,1	6,2	14,5	7,5
	Ziemlich zufrieden	46,1	60,9	43,5	52,2	10,4	34,2	66,5	36,0
	Nicht sehr zufrieden	30,5	16,7	20,8	30,9	49,4	47,3	14,0	34,6
	Gar nicht zufrieden	11,7	4,7	3,5	7,8	34,6	11,7	4,7	20,2
	Weiß nicht	1,0	2,9	0,6	2,0	2,5	0,5	0,2	1,6
Schüler/ Studenten	Sehr zufrieden	12,1	13,9	22,6	6,2	2,6	10,7	25,1	19,8
	Ziemlich zufrieden	47,2	65,9	56,0	49,8	17,9	42,7	63,5	36,4
	Nicht sehr zufrieden	26,9	8,5	18,1	32,5	50,4	31,4	7,1	14,0
	Gar nicht zufrieden	9,4	2,6	3,2	5,7	23,1	7,2	3,7	11,7
	Weiß nicht	4,3	9,0	:	5,7	6,0	7,9	0,6	18,0

Quelle: Eurobarometer 52.1, Europäische Kommission.

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
3,6	23,3	17,5	30,9	2,8	18,6	16,4	17,5	Sehr zufrieden	Bis 15 Jahre
22,8	50,3	46,3	54,6	21,6	60,5	50,0	41,8	Ziemlich zufrieden	
44,8	14,1	27,0	9,7	43,1	17,7	25,0	27,9	Nicht sehr zufrieden	
26,4	7,3	8,5	2,2	31,6	3,2	7,4	12,3	Gar nicht zufrieden	
2,3	5,0	0,6	2,6	0,9	:	1,2	0,5	Weiß nicht	
1,6	26,6	15,4	32,1	5,1	18,0	14,2	11,1	Sehr zufrieden	16-19 Jahre
24,9	43,4	56,2	51,1	20,1	51,3	44,0	41,4	Ziemlich zufrieden	
45,7	19,6	23,4	12,4	39,4	26,8	27,2	35,3	Nicht sehr zufrieden	
25,5	4,8	4,9	2,2	32,6	2,6	10,2	9,5	Gar nicht zufrieden	
2,3	5,6	0,1	2,1	2,8	1,3	4,4	2,7	Weiß nicht	
1,3	27,8	22,7	30,4	0,8	15,8	13,6	9,6	Sehr zufrieden	Mind. 20 Jahre
22,6	40,5	53,3	53,7	13,4	58,8	43,7	47,9	Ziemlich zufrieden	
47,6	21,0	21,3	12,8	44,9	22,6	33,3	29,4	Nicht sehr zufrieden	
28,1	5,3	1,7	2,3	40,1	2,6	8,5	11,4	Gar nicht zufrieden	
0,4	5,4	1,0	0,9	0,8	0,3	0,9	1,7	Weiß nicht	
:	26,3	25,5	30,1	4,6	23,1	7,3	10,9	Sehr zufrieden	Schüler/
30,6	53,2	60,4	44,9	28,0	55,8	46,3	48,9	Ziemlich zufrieden	Studenten
44,1	4,2	10,6	15,6	40,8	16,2	29,9	29,0	Nicht sehr zufrieden	
22,9	:	1,4	2,2	21,3	2,1	12,3	5,8	Gar nicht zufrieden	
2,4	16,3	2,0	7,2	5,3	2,8	4,2	5,4	Weiß nicht	

6.2.26 Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem, nach Beruf: 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Selbstständige	Sehr zufrieden	8,5	15,2	31,2	8,8	2,0	6,6	13,5	13,9
	Ziemlich zufrieden	39,4	59,7	43,8	59,5	14,9	46,1	61,3	38,4
	Nicht sehr zufrieden	35,6	24,0	19,8	23,7	44,2	40,4	16,4	33,4
	Gar nicht zufrieden	15,3	1,0	5,3	7,9	38,0	4,2	7,5	12,0
	Weiß nicht	1,2	:	:	:	0,8	2,7	1,3	2,4
Führungskräfte	Sehr zufrieden	11,8	19,4	33,4	8,1	:	7,7	20,7	10,0
	Ziemlich zufrieden	44,1	59,9	40,8	47,9	25,2	33,1	62,4	37,0
	Nicht sehr zufrieden	32,4	11,2	23,2	31,5	42,1	47,5	15,2	33,1
	Gar nicht zufrieden	10,7	:	2,1	11,1	27,3	11,7	1,0	19,9
	Weiß nicht	1,0	9,6	0,5	1,3	5,4	:	0,8	:
Angestellte	Sehr zufrieden	7,9	15,8	21,5	7,4	4,2	4,1	10,1	9,9
	Ziemlich zufrieden	47,5	58,8	57,5	40,3	10,3	45,0	69,7	40,4
	Nicht sehr zufrieden	32,0	20,9	19,6	38,6	47,2	38,8	17,0	29,0
	Gar nicht zufrieden	11,2	2,0	1,3	11,8	38,3	10,7	3,2	17,9
	Weiß nicht	1,5	2,5	:	2,0	:	1,4	:	2,7
Arbeiter	Sehr zufrieden	11,2	18,5	33,4	8,1	1,6	10,2	18,2	8,5
	Ziemlich zufrieden	41,3	64,8	40,3	43,8	11,4	30,3	55,5	32,4
	Nicht sehr zufrieden	32,2	13,3	20,9	33,6	41,8	43,0	22,1	31,5
	Gar nicht zufrieden	13,3	3,4	4,6	12,2	42,4	12,3	4,1	20,5
	Weiß nicht	1,9	:	0,8	2,4	2,8	4,2	:	7,1
Hausfrauen und -männer	Sehr zufrieden	8,4	12,9	28,5	5,7	3,9	8,1	7,8	10,3
	Ziemlich zufrieden	40,1	59,6	49,9	36,1	21,4	37,9	63,2	33,0
	Nicht sehr zufrieden	38,4	21,9	21,6	46,5	45,5	46,1	21,0	29,1
	Gar nicht zufrieden	12,4	5,6	:	11,2	28,0	7,4	8,0	25,4
	Weiß nicht	0,7	:	:	0,5	1,2	0,5	:	2,2
Arbeitslose	Sehr zufrieden	9,6	7,4	18,3	9,7	:	12,9	18,3	6,3
	Ziemlich zufrieden	36,7	62,8	57,4	29,1	11,8	35,9	53,6	40,9
	Nicht sehr zufrieden	34,3	17,9	17,8	39,7	39,9	37,3	18,2	13,7
	Gar nicht zufrieden	16,8	8,3	6,5	19,5	48,3	12,0	7,5	36,1
	Weiß nicht	2,6	3,5	:	2,0	:	1,9	2,3	3,0
Rentner und Pensionäre	Sehr zufrieden	12,9	18,4	38,2	6,5	4,1	15,7	15,1	9,3
	Ziemlich zufrieden	41,8	59,1	37,7	40,8	15,6	39,2	66,0	42,0
	Nicht sehr zufrieden	30,3	16,4	19,8	36,9	48,8	35,6	13,8	28,4
	Gar nicht zufrieden	13,2	5,8	4,0	13,2	30,5	8,2	3,7	20,4
Schüler/Studenten	Sehr zufrieden	12,1	13,9	22,8	6,2	2,6	10,7	25,1	19,8
	Ziemlich zufrieden	47,2	65,9	55,7	49,8	17,9	42,7	63,5	36,4
	Nicht sehr zufrieden	26,9	8,5	18,3	32,5	50,4	31,4	7,1	14,0
	Gar nicht zufrieden	9,4	2,6	3,3	5,7	23,1	7,2	3,7	11,7
	Weiß nicht	4,3	9,0	:	5,7	6,0	7,9	0,6	18,0

Quelle: Eurobarometer 52.1, Europäische Kommission.

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
3,6	22,9	23,2	35,5	1,2	10,3	2,8	10,6	Sehr zufrieden	Selbstständige
15,6	42,7	55,5	49,0	18,4	55,8	44,0	42,7	Ziemlich zufrieden	
55,4	20,6	18,3	9,2	40,0	29,8	33,0	33,7	Nicht sehr zufrieden	
24,3	10,4	3,0	5,4	39,1	4,0	12,8	11,4	Gar nicht zufrieden	
1,0	3,5	:	0,9	1,3		7,5	1,6	Weiß nicht	
1,6	22,6	21,0	30,1	:	21,4	15,1	13,5	Sehr zufrieden	Führungskräfte
22,4	39,1	54,0	60,8	12,6	61,2	40,8	42,5	Ziemlich zufrieden	
49,6	29,3	25,1	7,5	45,2	15,4	35,0	34,8	Nicht sehr zufrieden	
25,4	4,9	:	:	42,2	1,0	8,4	8,4	Gar nicht zufrieden	
1,0	4,1	:	1,6	:	0,9	0,6	0,9	Weiß nicht	
0,6	31,8	19,1	36,4	4,5	14,9	14,5	4,9	Sehr zufrieden	Angestellte
36,2	42,2	53,9	45,4	19,5	59,0	43,1	49,3	Ziemlich zufrieden	
39,9	13,9	20,6	16,1	37,4	24,7	33,5	35,8	Nicht sehr zufrieden	
20,1	8,0	5,5	:	36,0	:	7,1	9,1	Gar nicht zufrieden	
3,2	4,1	1,0	2,2	2,6	1,4	1,8	1,0	Weiß nicht	
1,0	26,7	18,6	28,2	5,8	20,1	11,7	11,1	Sehr zufrieden	Arbeiter
16,7	46,3	53,5	53,5	19,6	55,2	51,0	43,9	Ziemlich zufrieden	
45,8	16,7	23,6	11,5	46,4	20,3	25,8	30,7	Nicht sehr zufrieden	
35,2	5,2	3,8	3,1	26,6	3,0	8,5	12,4	Gar nicht zufrieden	
1,4	5,1	0,5	3,8	1,5	1,4	3,1	1,9	Weiß nicht	
0,7	23,5	16,3	32,5	3,7	10,2	:	13,6	Sehr zufrieden	Hausfrauen und
26,0	46,6	51,5	54,8	27,4	64,7	61,7	42,9	Ziemlich zufrieden	-männer
50,4	18,1	27,0	9,3	39,4	25,1	29,6	33,7	Nicht sehr zufrieden	
21,8	4,5	4,2	0,9	29,5	:	8,7	8,9	Gar nicht zufrieden	
1,1	7,3	1,0	2,4	:	:	:	0,9	Weiß nicht	
1,7	20,3	7,9	29,6	:	12,2	10,2	8,3	Sehr zufrieden	Arbeitslose
17,5	51,3	53,9	51,9	5,9	60,8	41,6	46,4	Ziemlich zufrieden	
49,3	7,9	33,3	5,6	50,7	22,3	32,9	29,5	Nicht sehr zufrieden	
29,6	5,4	4,9	9,9	41,4	4,8	13,2	9,9	Gar nicht zufrieden	
1,9	15,2	:	3,0	2,0	:	2,2	5,8	Weiß nicht	
5,0	28,7	17,5	31,7	0,8	19,6	21,4	20,2	Sehr zufrieden	Rentner und
26,7	46,4	54,4	50,4	20,6	50,4	42,3	36,2	Ziemlich zufrieden	Pensionäre
38,4	16,0	21,3	15,6	43,4	26,7	27,4	30,1	Nicht sehr zufrieden	
27,3	4,0	6,7	1,6	33,3	3,3	8,0	11,5	Gar nicht zufrieden	
2,6	4,9	:	0,7	1,9	:	0,9	1,9	Weiß nicht	
:	24,4	25,5	30,1	4,6	23,8	7,3	10,9	Sehr zufrieden	Schüler/Studenten
30,6	54,1	60,4	44,9	28,0	55,2	46,3	48,9	Ziemlich zufrieden	
44,1	4,4	10,6	15,6	40,8	16,0	29,9	29,0	Nicht sehr zufrieden	
22,9	:	1,4	2,2	21,3	2,1	12,3	5,8	Gar nicht zufrieden	
2,4	17,1	2,0	7,2	5,3	2,9	4,2	5,4	Weiß nicht	

6.2.27 Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem im Vergleich zur Zufriedenheit vor zwei Jahren: 1999

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Zufriedener	10,2	12,5	17,5	9,3	9,6	10,9	13,5	21,2
Weniger zufrieden	26,8	16,0	15,2	35,6	32,2	11,3	14,5	10,1
Unverändert	60,4	70,3	67,3	51,4	55,4	76,1	70,8	67,4
Weiß nicht	2,6	1,1	:	3,7	2,8	1,7	1,2	1,2

Quelle: Eurobarometer 52.1, Europäische Kommission.

6.2.28 Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem im Vergleich zur Zufriedenheit vor zwei Jahren, nach Beruf: 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Selbstständige	Zufriedener	10,0	11,5	21,7	5,4	8,9	16,2	10,4	18,5
	Weniger zufrieden	28,5	10,3	8,2	32,5	36,5	13,0	16,7	12,1
	Unverändert	58,4	75,6	70,0	58,8	51,3	68,4	71,8	68,5
	Weiß nicht	3,0	2,6	:	3,2	3,3	2,3	1,2	0,9
Führungskräfte	Zufriedener	11,0	14,1	19,4	9,0	13,1	9,3	14,4	25,2
	Weniger zufrieden	29,8	18,3	12,1	40,5	36,5	18,9	12,3	6,4
	Unverändert	56,3	65,1	68,6	48,0	50,4	71,9	70,2	67,2
	Weiß nicht	2,8	2,5	:	2,5	:	:	3,0	1,1
Angestellte	Zufriedener	10,9	14,5	20,4	13,7	11,4	11,9	11,7	26,8
	Weniger zufrieden	24,9	15,3	11,8	40,0	25,6	11,3	14,7	6,2
	Unverändert	62,7	69,5	67,9	44,3	62,2	75,9	72,8	65,3
	Weiß nicht	1,4	0,7	:	2,1	0,8	0,9	0,7	1,7
Arbeiter	Zufriedener	10,5	11,6	16,3	11,9	5,2	9,9	13,2	24,9
	Weniger zufrieden	27,3	13,2	12,1	34,4	32,4	11,3	18,1	3,9
	Unverändert	59,6	74,0	71,6	50,2	55,1	78,3	66,9	69,9
	Weiß nicht	2,6	1,2	:	3,5	7,3	0,5	1,8	1,3
Hausfrauen und -männer	Zufriedener	10,0	11,0	17,0	6,7	11,6	10,5	20,2	21,8
	Weniger zufrieden	24,5	20,3	42,6	30,2	31,0	11,5	12,7	10,9
	Unverändert	63,7	67,5	40,4	61,3	55,6	76,9	67,1	65,9
	Weiß nicht	1,9	1,2	:	1,8	1,8	1,2	:	1,4
Arbeitslose	Zufriedener	8,6	14,9	29,7	6,3	17,7	5,2	7,0	10,5
	Weniger zufrieden	25,9	10,3	12,0	34,0	38,3	6,3	18,0	15,4
	Unverändert	62,5	73,9	58,3	53,1	44,0	84,2	75,0	70,7
	Weiß nicht	2,9	1,0	:	6,6	:	4,2	:	3,3
Rentner und Pensionäre	Zufriedener	9,2	10,1	11,6	6,6	7,9	12,4	14,3	15,4
	Weniger zufrieden	29,7	22,8	22,4	38,6	31,3	9,8	14,7	27,4
	Unverändert	59,2	66,3	66,0	51,9	60,6	77,3	71,0	56,2
	Weiß nicht	1,9	0,8	:	2,9	0,1	0,5	:	1,1
Schüler/Studenten	Zufriedener	11,5	17,8	18,9	11,3	9,3	8,6	14,4	22,8
	Weniger zufrieden	19,5	11,3	14,1	28,4	27,9	8,9	5,5	3,5
	Unverändert	62,6	70,9	67,0	49,2	55,0	74,1	77,0	73,7
	Weiß nicht	6,4	:	:	11,1	7,8	8,5	3,1	:

Quelle: Eurobarometer 52.1, Europäische Kommission.

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	
5,8	11,5	10,5	12,8	11,6	12,2	7,4	10,0	Zufriedener
32,0	14,4	41,5	10,2	23,6	23,7	36,4	32,4	Weniger zufrieden
58,1	66,4	45,1	74,6	62,7	62,6	53,9	55,2	Unverändert
4,1	7,7	2,9	2,5	2,1	1,5	2,4	2,4	Weiß nicht

(%)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
10,4	8,6	3,3	13,1	14,8	11,2	3,6	5,3	Zufriedener	Selbstständige
35,1	4,7	52,1	10,2	26,6	27,3	51,8	43,5	Weniger zufrieden	
47,9	73,8	44,6	75,8	58,1	59,0	41,5	51,1	Unverändert	
6,5	12,9	:	0,9	0,5	2,5	3,0	0,1	Weiß nicht	
5,4	6,9	9,8	14,9	13,5	15,4	7,0	15,0	Zufriedener	Führungskräfte
37,0	16,7	40,7	6,5	18,0	20,7	36,5	30,8	Weniger zufrieden	
51,3	70,0	47,9	76,1	68,5	63,0	56,5	50,5	Unverändert	
6,3	6,5	1,6	2,4	:	0,9	:	3,7	Weiß nicht	
6,6	12,2	8,0	19,0	12,2	12,0	5,8	8,9	Zufriedener	Angestellte
23,0	25,4	45,7	6,2	19,3	20,5	43,7	26,0	Weniger zufrieden	
69,8	57,9	43,5	74,1	67,3	66,0	46,9	62,5	Unverändert	
0,7	4,5	2,7	0,7	1,2	1,5	3,5	2,6	Weiß nicht	
3,4	17,0	10,8	12,5	9,5	12,2	9,9	9,6	Zufriedener	Arbeiter
36,2	14,6	43,3	13,8	21,3	25,1	32,3	31,6	Weniger zufrieden	
56,5	63,8	43,1	70,2	65,6	60,4	55,2	56,7	Unverändert	
3,9	4,6	2,8	3,5	3,5	2,3	2,6	2,0	Weiß nicht	
4,9	9,6	8,4	8,6	14,6	9,8	:	8,8	Zufriedener	Hausfrauen und -männer
20,9	10,3	43,2	10,0	23,3	13,5	74,2	36,2	Weniger zufrieden	
69,6	74,3	46,3	80,1	61,2	74,4	25,8	53,1	Unverändert	
4,5	5,8	2,1	1,4	1,0	2,2	:	1,9	Weiß nicht	
10,2	20,4	5,2	9,7	5,2	17,0	7,7	9,4	Zufriedener	Arbeitslose
36,2	13,3	41,9	9,9	33,2	31,0	44,2	22,0	Weniger zufrieden	
52,9	58,6	46,4	73,4	54,0	52,0	44,2	67,7	Unverändert	
0,7	7,6	6,4	7,0	7,7	:	3,9	0,9	Weiß nicht	
3,2	10,9	13,0	12,4	5,6	10,8	8,2	11,0	Zufriedener	Rentner und Pensionäre
37,1	13,6	41,2	8,8	30,4	24,5	30,9	36,2	Weniger zufrieden	
56,8	68,1	44,0	76,8	61,8	64,3	58,5	50,2	Unverändert	
2,9	7,4	1,8	2,0	2,2	0,4	2,4	2,6	Weiß nicht	
7,0	11,9	17,0	11,1	17,3	11,7	5,6	10,2	Zufriedener	Schüler/ Studenten
28,5	13,0	25,7	13,6	16,9	22,8	32,7	22,2	Weniger zufrieden	
56,7	54,6	49,3	70,4	62,1	63,4	59,6	60,7	Unverändert	
7,8	20,5	8,0	4,9	3,8	2,1	2,1	6,8	Weiß nicht	

6.3.1 Durchimpfungsrate bei Kleinkindern, nach Krankheit

	EU-15 1996-99	B 1996	DK 1998	D 1997	EL 1997	E 1999	F 1998	IRL 1997	I 1999	L 1997
Masern ⁽¹⁾	:	73	84	75	90	95	83	:	70	91
Mumps ⁽²⁾	:	85	84	75	80	95	84	:	69	91
Tetanus	93	95	99	85	90	95	98	76	95	98
Diphtherie	93	95	99	85	90	95	98	76	95	98
Keuchhusten ⁽³⁾	82	95	99	50	85	95	97	76	80	94
Polioomyelitis	92	94	99	80	95	95	97	76	97	98
Tuberkulose ⁽⁴⁾	:	:	:	:	70	:	84	:	95	59

⁽¹⁾ DK 1997, CH 1991.

⁽²⁾ B 1995, DK 1997, F 1997, I 1997, S 1995, IS 1995, CH 1991.

⁽³⁾ S 1999.

⁽⁴⁾ I 1994, UK 1997.

Quelle: Weltgesundheitsorganisation, Angaben zur Durchimpfungsrate.

6.3.2 Anzahl verschiedener chirurgischer und ärztlicher Eingriffe je 100 000 Einwohner

	B	DK	EL	IRL	I	NL	P	FIN	S	UK	NO
Eingriffe am Nervensystem	227	:	562	582	173	91	244	279	:	400	:
Eingriffe am endokrinen System	64	:	55	21	74	21	34	47	:	183	:
Eingriffe am Auge	666	:	512	385	604	201	370	886	:	782	:
Eingriffe am Ohr	145	:	23	91	46	62	77	510	:	193	:
Eingriffe an Hals, Mund, Rachen	508	:	117	433	405	:	173	625	:	161	:
Eingriffe an Atmungsorganen	133	:	280	218	195	:	194	91	:	410	:
Kardiovaskuläre Eingriffe	1 017	:	24	772	617	301	812	:	:	731	:
Koronarangioplastik	201	83	:	81	67	:	39	:	:	87	:
Koronar-Bypass	157	64	:	25	46	:	31	65	59	44	76
Eingriffe an den Verdauungsorganen	1 584	:	840	1 637	1 391	701	1 197	1 298	:	2 096	:
Appendektomie	160	54	150	160	145	96	115	163	117	82	36
Leistenbruch	237	230	247	97	265	:	147	243	:	233	162
Eingriffe an männl. Geschlechtsorganen	298	:	165	144	243	122	130	256	:	199	:
Prostatektomie	161	:	90	57	86	:	38	86	85	129	113
Eingriffe weibl. Geschlechtsorgane	778	:	312	649	671	245	578	1 173	:	1 079	:
Eingriffe Skelett- u. Muskelsystem	2 357	:	228	962	1 223	:	703	2 393	:	1 226	170
Hüftprothesen	183	141	61	85	113	:	63	92	123	94	:

Quelle: Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Gesundheitsdaten 2002.

(%)

NL 1998	A 1997	P 1998	FIN 1999	S 1997	UK 1999	IS 1998	NO 1999	CH 1998	
96	90	96	98	96	88	100	88	83	Masern (1)
96	90	96	98	96	88	99	88	80	Mumps (2)
97	90	97	99	99	92	100	89	94	Tetanus
97	90	97	99	99	92	100	89	94	Diphtherie
97	90	97	99	99	92	100	89	94	Keuchhusten (3)
97	95	96	98	99	92	100	89	92	Poliomyelitis
:	:	87	99	13	11	:	90	:	Tuberkulose (4)

6.3.3 Kaiserschnitte pro 1 000 Lebendgeburten

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1970	:	:	57,0	:	130,0	:	:	:	:	:
1980	90,4	74,0	104,0	:	180,0	:	:	:	112,0	13,2
1985	114,5	94,2	130,0	:	180,0	104,5	:	77,1	158,0	16,7
1990	144,8	104,4	125,8	157,0	240,0	142,2	139,4	105,4	207,9	16,5
1991	154,4	116,1	123,0	152,2	240,0	150,3	127,5	115,6	226,0	17,0
1992	160,9	119,7	122,3	159,4	:	162,0	145,1	120,4	232,4	17,4
1993	168,5	129,4	127,4	165,7	:	173,3	154,9	128,7	241,3	:
1994	173,4	129,4	126,3	170,7	:	177,8	151,1		247,6	16,8
1995	180,8	134,5	125,5	172,4	:	188,0	149,8		260,7	16,4
1996	171,7	136,7	128,8	176,1	:	192,9	153,7	49,1	223,1	16,4
1997	182,6	137,7	129,8	181,4	:	:	159,7	92,2	271,2	16,9
1998	184,5	144,1	137,8	190,7	:	140,5	157,2	101,1	290,9	18,1
1999	192,7	159,2	142,9	198,0	:	:	:	179,1	311,1	:
2000	:	:	152,6	:	:	:	:	187,4	:	:

Quelle: Datenbank Health for All, Weltgesundheitsorganisation — Regionalbüro Europa, Januar 2002.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
21,4	:	23,3	60,0	:	:	31,0	:	:	1970
46,8	:	70,6	:	118,4	82,0	74,0	83,8	:	1980
64,1	:	101,3	148,0	120,6	93,9	112,3	119,7	198,0	1985
74,1	:	186,1	135,2	107,9	112,8	118,1	127,5	186,0	1990
77,4	:	200,1	143,1	112,3	:	114,3	124,8	177,0	1991
79,5	:	217,9	144,9	112,0	:	134,3	125,6	:	1992
84,4	:	225,2	145,8	116,0	:	129,8	124,8	:	1993
91,8	:	238,7	153,0	117,3	:	137,6	126,0	:	1994
96,5	123,9	241,7	155,9	120,0	141,5	141,1	126,4	:	1995
100,6	130,9	246,3	156,3	117,3	:	151,5	127,3	:	1996
103,9	139,5	274,1	155,2	131,6	:	162,6	128,8	:	1997
110,6	145,8	275,3	153,2	137,6	:	159,2	136,7	:	1998
113,4	164,2	:	157,5	144,0	:	173,2	:	:	1999
:	172,0	:	156,5	:	:	176,8	:	:	2000

6.3.4 Organtransplantationen (absolute Zahlen)

	EU-15	B/L	DK	D	EL	E	F	I	NL
Niere (¹)									
1990	:	:	:	2 015	:	1 240	:	:	:
1995	10 796	350	304	2 128	131	1 800	1 638	1 149	491
1996	10 758	443	168	2 015	106	1 707	1 638	1 237	505
1997	11 325	429	160	2 249	134	1 861	1 688	1 309	510
1998	11 697	387	202	2 340	169	1 996	1 885	1 241	484
1999	11 700	459	168	2 275	154	2 023	1 837	1 357	478
2000	11 747	465	154	2 219	104	1 938	1 924	1 396	540
2001	12 096	371	162	2 346	163	1 924	2 023	1 546	500
Herz									
1990	:	:	:	:	:	164	:	:	:
1995	2 237	101	30	475	10	278	397	390	48
1996	2 162	107	32	489	7	282	397	372	60
1997	2 390	96	33	584	8	317	419	372	53
1998	2 188	96	27	528	13	342	369	336	41
1999	2 139	91	94	500	7	336	349	332	45
2000	1 975	90	28	418	2	353	353	298	41
2001	1 895	84	31	409	5	341	342	316	37
Leber									
1990	:	:	:	:	:	313	:	:	40
1995	3 607	138	36	595	7	698	654	404	98
1996	3 739	147	41	699	10	700	651	426	76
1997	4 020	139	39	762	18	790	623	473	89
1998	4 232	139	34	699	18	899	693	549	100
1999	4 527	169	145	757	12	960	699	680	95
2000	4 275	136	24	783	10	954	806	728	126
2001	4 844	201	32	757	18	972	803	792	107
Lunge									
1990	:	:	:	:	:	2	:	:	:
1995	440	16	18	60	1	45	81	41	20
1996	540	19	28	86	3	76	69	55	20
1997	554	26	22	89	1	108	62	74	10
1998	661	32	36	116	–	128	88	65	17
1999	777	28	46	146	:	135	99	98	19
2000	727	37	31	158	0	138	96	60	16
2001	757	46	29	149	0	143	117	62	27
Bauchspeicheldrüse									
1990	:	:	:	:	:	19	:	:	:
1995	:	19	:	75	–	24	:	:	11
1996	:	16	:	113	–	24	:	:	17
1997	:	19	–	162	–	27	:	29	–
1998	402	29	16	175	–	28	47	52	16
1999	463	37	33	218	0	25	50	35	19
2000	521	32	0	244	0	48	52	43	18
2001	514	21	0	200	0	56	53	61	23
Herz und Lunge									
1990	:	:	:	:	:	4	:	:	:
1995	:	19	–	23	–	–	:	:	1
1996	:	10	–	22	–	–	:	–	1
1997	189	9	1	31	–	1	26	–	–
1998	118	1	5	14	–	7	26	2	–
1999	108	5	–	20	:	4	28	3	2
2000	92	6	0	11	0	5	25	4	1
2001	87	4	0	13	0	4	26	0	2
Verdauungsapparat									
1990	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1995	–	–	–	–	–	–	–	–	–
1996	–	–	–	–	–	–	–	–	–
1997	–	–	–	–	–	–	–	–	–
1998	10	–	–	–	–	–	9	–	–
1999	16	–	–	1	–	1	7	1	–
2000	11	0	0	0	0	0	4	1	0
2001	14	0	0	3	0	0	2	5	1
Knochenmark									
1990	:	235	38	:	:	477	:	:	:
1995	:	365	43	:	:	1 797	:	:	368
1996	:	518	52	:	:	2 094	:	2 537	266
1997	:	519	35	:	:	2 270	:	3 129	258
1998	:	761	:	:	:	2 287	:	3 339	256
1999	:	598	:	:	:	2 288	556	3 894	:
2000	:	:	:	:	:	:	:	:	:
2001	:	:	:	:	:	:	:	:	:

(¹) Tote und lebende Spender.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

(Absolute Zahlen)

A	P	FIN	S	UK/IRL	IS	NO	CH	
								Niere (!)
:	256	:	:	:	5	203	214	1990
304	361	166	276	1 908	6	189	199	1995
365	402	178	308	1 689	7	186	209	1996
334	385	144	334	1 785	4	180	236	1997
373	309	187	357	1 767	6	203	261	1998
417	367	163	301	1 701	2	204	246	1999
394	356	194	283	1 780	:	206	252	2000
414	365	169	307	1 806	:	211	235	2001
								Herz
77	15	23	:	:	0	:	40	1990
108	8	26	21	337	1	22	43	1995
103	9	29	22	280	2	22	41	1996
94	6	20	40	321	1	24	35	1997
94	8	18	36	281	0	33	44	1998
95	12	15	34	289	0	32	47	1999
87	15	17	22	251	0	27	38	2000
66	17	13	25	209	:	29	38	2001
								Leber
80	0	21	48	:	0	:	21	1990
110	67	31	87	688	1	19	47	1995
132	127	29	75	638	0	20	67	1996
131	144	28	92	693	0	18	55	1997
133	133	39	105	690	1	25	77	1998
139	159	30	93	589	:	29	75	1999
151	162	31	104	710	:	30	77	2000
128	184	38	102	710	:	37	88	2001
								Lunge
17	:	:	:	:	0	:	–	1990
29	–	4	16	109	4	14	18	1995
29	–	5	23	117	0	7	31	1996
30	1	3	17	112	0	13	16	1997
61	–	1	33	84	0	9	30	1998
70	:	–	26	110	0	11	32	1999
59	0	8	27	97	:	15	24	2000
57	1	13	21	92	:	27	25	2001
								Bauchspeicheldrüse
:	:	:	:	:	0	:	5	1990
8	–	–	:	:	1	–	9	1995
7	–	:	:	:	1	–	7	1996
25	–	–	9	34	3	1	5	1997
29	–	–	10	29	:	6	4	1998
32	0	–	7	40	:	:	4	1999
30	3	0	10	41	:	8	4	2000
19	4	22	5	50	:	12	12	2001
								Herz und Lunge
:	:	:	:	:	:	:	:	1990
–	–	:	:	:	:	:	:	1995
9	–	–	:	:	:	–	:	1996
3	1	3	4	44	:	–	–	1997
1	–	1	–	62	:	3	–	1998
1	:	2	3	40	:	0	–	1999
2	:	3	2	:	:	2	:	2000
2	:	3	1	32	:	2	1	2001
								Verdauungsapparat
:	:	:	:	:	:	:	:	1990
–	–	–	–	–	:	–	–	1995
–	–	–	–	–	:	–	2	1996
–	–	–	–	–	:	–	1	1997
–	1	–	–	–	:	–	3	1998
6	:	–	–	:	:	–	3	1999
6	0	0	0	0	:	0	0	2000
1	0	0	0	2	:	0	0	2001
								Knochenmark
:	:	34	64	:	:	:	:	1990
227	135	74	128	:	4	:	54	1995
305	180	96	108	:	8	:	69	1996
358	208	105	133	:	6	:	72	1997
376	243	112	167	:	5	:	73	1998
379	230	115	159	:	7	:	85	1999
:	:	123	:	:	7	:	:	2000
:	:	191	:	:	7	:	:	2001

6.3.5 Organtransplantationen (Quote je Million Einwohner)

	EU-15	B/L	DK	D	EL	E	F	I	NL
Niere (¹)									
1990	:	:	:	25,5	:	31,9	:	:	:
1995	29,1	33,2	58,3	26,1	12,5	45,9	28,4	20,1	31,8
1996	28,9	42,0	32,0	24,6	10,1	43,5	28,3	21,6	32,6
1997	30,3	40,5	30,3	27,4	12,8	47,3	29,0	22,8	32,8
1998	31,2	36,5	38,2	28,5	16,1	50,7	32,3	21,6	30,9
1999	31,2	43,1	31,6	27,7	14,6	51,2	31,4	23,6	30,3
2000	31,2	43,6	28,9	27,0	9,9	48,8	32,7	24,2	34,0
2001	32,0	34,7	30,3	28,5	15,4	48,0	34,3	26,7	31,3
Herz									
1990	:	:	:	:	:	4,2	:	:	:
1995	6,0	9,6	5,8	5,8	1,0	7,1	6,9	6,8	3,1
1996	5,8	10,1	6,1	6,0	0,7	7,2	6,9	6,5	3,9
1997	6,4	9,1	6,3	7,1	0,8	8,1	7,2	6,5	3,4
1998	5,8	9,0	5,1	6,4	1,2	8,7	6,3	5,8	2,6
1999	5,7	8,6	17,7	6,1	0,7	8,5	6,0	5,8	2,9
2000	5,2	8,4	5,3	5,1	0,2	8,9	6,0	5,2	2,6
2001	5,0	7,8	5,8	5,0	0,5	8,5	5,8	5,5	2,3
Leber									
1990	:	:	:	:	:	8,1	:	:	2,7
1995	9,7	13,1	6,9	7,3	0,7	17,8	11,3	7,1	6,4
1996	10,0	13,9	7,8	8,5	1,0	17,8	11,2	7,4	4,9
1997	10,8	13,1	7,4	9,3	1,7	20,1	10,7	8,2	5,7
1998	11,3	13,1	6,4	8,5	1,7	22,8	11,9	9,5	6,4
1999	12,1	15,9	27,3	9,2	1,1	24,3	11,9	11,8	6,0
2000	11,4	12,7	4,5	9,5	0,9	24,0	13,7	12,6	7,9
2001	12,8	18,8	6,0	9,2	1,7	24,2	13,6	13,7	6,7
Lunge									
1990	:	:	:	:	:	0,1	:	:	:
1995	1,2	1,5	3,5	0,7	0,1	1,1	1,4	0,7	1,3
1996	1,4	1,8	5,3	1,1	0,3	1,9	1,2	1,0	1,3
1997	1,5	2,5	4,2	1,1	0,1	2,7	1,1	1,3	0,6
1998	1,8	3,0	6,8	1,4	–	3,2	1,5	1,1	1,1
1999	2,1	2,6	8,7	1,8	–	3,4	1,7	1,7	1,2
2000	1,9	3,5	5,8	1,9	0,0	3,5	1,6	1,0	1,0
2001	2,0	4,3	5,4	1,8	0,0	3,6	2,0	1,1	1,7
Bauchspeicheldrüse									
1990	:	:	:	:	:	0,5	:	:	:
1995	:	1,8	:	0,9	–	0,6	:	:	0,7
1996	:	1,5	:	1,4	–	0,6	:	:	1,1
1997	:	1,8	–	2,0	–	0,7	:	0,5	–
1998	1,1	2,7	3,0	2,1	–	0,7	0,8	0,9	1,0
1999	1,2	3,5	6,2	2,7	0,0	0,6	0,9	0,6	1,2
2000	1,4	3,0	0,0	3,0	0,0	1,2	0,9	0,7	1,1
2001	1,4	2,0	0,0	2,4	0,0	1,4	0,9	1,1	1,4
Herz und Lunge									
1990	:	:	:	:	:	0,1	:	:	:
1995	:	1,8	–	0,3	–	–	:	:	0,1
1996	:	0,9	–	0,3	–	–	:	–	0,1
1997	0,5	0,8	0,2	0,4	–	0,0	0,4	–	–
1998	0,3	0,1	0,9	0,2	–	0,2	0,4	0,0	–
1999	0,3	0,5	–	0,2	:	0,1	0,5	0,1	0,1
2000	0,2	0,6	0,0	0,1	0,0	0,1	0,4	0,1	0,1
2001	0,2	0,4	0,0	0,2	0,0	0,1	0,4	0,0	0,1
Verdauungsapparat									
1990	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1995	–	–	–	–	–	–	–	–	–
1996	–	–	–	–	–	–	–	–	–
1997	–	–	–	–	–	–	–	–	–
1998	0,0	–	–	–	–	–	0,2	–	–
1999	0,0	–	–	0,0	–	0,0	0,1	0,0	–
2000	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
2001	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Knochenmark									
1990	:	22,8	7,4	:	:	12,3	:	:	:
1995	:	34,6	8,2	:	:	45,8	:	:	23,9
1996	:	49,1	9,9	:	:	53,4	:	44,3	17,2
1997	:	49,0	6,6	:	:	57,7	:	54,5	16,6
1998	:	71,7	:	:	:	58,1	:	58,0	16,4
1999	:	56,2	:	:	:	57,9	9,5	67,6	:
2000	:	:	:	:	:	:	:	:	:
2001	:	:	:	:	:	:	:	:	:

(¹) Tote und lebende Spender.

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Gesundheit und Sicherheit).

(je 1 Million Einwohner)

A	P	FIN	S	UK/IRL	IS	NO	CH	
								Niere (')
	25,8				19,7	48,0		1990
37,8	36,1	32,6	31,3	30,7	22,5	43,5		1995
45,3	40,0	34,8	34,9	27,1	26,1	42,6		1996
41,4	38,2	28,1	37,8	28,5	14,8	41,0		1997
46,2	30,6	36,3	40,3	28,1	22,0	46,0		1998
51,6	36,2	31,6	34,0	26,9	7,3	45,9		1999
48,6	34,9	37,5	31,9	28,1		46,0		2000
51,0	35,6	32,6	34,6	28,4		46,9		2001
								Herz
10,0	1,5	4,6			0,0			1990
13,4	0,8	5,1	2,4	5,4	3,7	5,1		1995
12,8	0,9	5,7	2,5	4,5	7,5	5,0		1996
11,7	0,6	3,9	4,5	5,1	3,7	5,5		1997
11,6	0,8	3,5	4,1	4,5	0,0	7,5		1998
11,8	1,2	2,9	3,8	4,6	0,0	7,2		1999
10,7	1,5	3,3	2,5	4,0	0,0	6,0		2000
8,1	1,7	2,5	2,8	3,3		6,4		2001
								Leber
10,4	0,0	4,2	5,6		0,0			1990
13,7	6,7	6,1	9,9	11,1	3,7	4,4		1995
16,4	12,6	5,7	8,5	10,2	0,0	4,6		1996
16,2	14,3	5,5	10,4	11,1	0,0	4,1		1997
16,5	13,2	7,6	11,9	11,0	3,7	5,7		1998
17,2	15,7	5,8	10,5	9,3		6,5		1999
18,6	15,9	6,0	11,7	11,2		6,7		2000
15,8	17,9	7,3	11,5	11,1		8,2		2001
								Lunge
2,2					0,0			1990
3,6		0,8	1,8	1,8	15,0	3,2		1995
3,6		1,0	2,6	1,9	0,0	1,6		1996
3,7	0,1	0,6	1,9	1,8	0,0	3,0		1997
7,6		0,2	3,7	1,3	0,0	2,0		1998
8,7			2,9	1,7	0,0	2,5		1999
7,3	0,0	1,5	3,0	1,5		3,3		2000
7,0	0,1	2,5	2,4	1,4		6,0		2001
								Bauchspeicheldrüse
					0,0			1990
1,0					3,7			1995
0,9					3,7			1996
3,1			1,0	0,5	11,1	0,2		1997
3,6			1,1	0,5		1,4		1998
4,0	0,0		0,8	0,6				1999
3,7	0,3	0,0	1,1	0,6		1,8		2000
2,3	0,4	4,2	0,6	0,8		2,7		2001
								Herz und Lunge
								1990
								1995
1,1								1996
0,4	0,1	0,6	0,5	0,7				1997
0,1		0,2		1,0		0,7		1998
0,1		0,4	0,3	0,6		0,0		1999
0,2		0,6	0,2			0,4		2000
0,2		0,6	0,1	0,5		0,4		2001
								Verdauungsapparat
								1990
								1995
								1996
								1997
	0,1							1998
0,7								1999
0,7	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0		2000
0,1	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0		2001
								Knochenmark
		6,8	7,5					1990
28,2	13,5	14,5	14,5		15,0			1995
37,9	17,9	18,8	12,2		29,9			1996
44,4	20,7	20,5	15,0		22,2			1997
46,6	24,0	21,8	18,9		18,4			1998
46,9	22,7	22,3	18,0		25,4			1999
		23,8			25,1			2000
		36,9			24,7			2001

6.3.6 Dialysen

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1970	1,4	2,0	2,1	1,6	0,3	0,3	2,2	1,6	0,6	0,6
1980	13,4	15,7	10,1	17,6	7,5	12,6	18,4	5,1	16,8	18,6
1985	20,3	25,4	14,7	25,6	13,9	21,5	23,7	8,5	24,4	24,0
1990	23,7	26,1	19,4	29,7	30,7	26,5	23,6	9,0	25,6	25,0
1991	26,1	29,0	19,2	26,5	33,5	35,2	30,0	8,9	28,4	45,1
1992	25,1	29,9	20,1	22,2	36,9	35,9	28,9	6,9	26,2	35,9
1993	27,2	32,4	22,4	23,0	39,0	36,5	31,5	7,4	34,1	34,4
1994	33,7	32,9	24,5	48,9	42,1	38,4	37,2	9,8	31,6	32,9
1995	:	:	26,9	50,6	45,6	39,3	26,2	5,5	34,1	41,2
1996	:	:	28,7	52,4	48,7	39,7	:	:	:	57,2
1997	:	:	30,5	54,9	52,4	42,7	:	:	:	49,4
1998	:	:	32,5	58,5	56,4	44,5	:	:	:	53,2
1999	:	:	36,2	54,6	60,7	46,0	:	:	:	60,5
2000	:	:	:	64,0	66,4	:	:	:	:	:
2001	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:

Quelle: Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Gesundheitsdaten 2002.

(je 100 000)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
2,9	1,0	0,2	1,5	2,7	1,7	1,0	0,4	3,3	1970
11,3	10,4	2,7	4,4	9,0	6,8	3,1	3,9	16,1	1980
17,0	18,5	18,2	9,3	13,8	11,3	5,8	5,6	22,4	1985
21,0	25,1	27,4	12,4	14,1	15,4	9,8	5,8	24,4	1990
24,1	26,0	26,1	14,1	21,0	15,7	11,6	6,6	26,6	1991
24,7	27,3	23,7	14,5	21,5	17,2	9,6	7,1	23,3	1992
25,9	28,3	24,7	16,3	25,6	15,9	11,7	6,4	27,5	1993
26,6	29,8	30,4	16,8	25,5	14,7	13,2	6,1	26,4	1994
26,6	31,9	35,5	17,3	25,5	17,7	13,1	9,1	20,8	1995
28,2	32,4	:	17,8	:	19,0	7,8	:	:	1996
:	34,6	:	18,3	:	:	9,6	:	:	1997
:	35,4	:	19,9	:	:	13,1	:	:	1998
:	36,1	:	21,4	:	26,9	12,6	:	:	1999
:	36,8	:	22,9	:	:	13,9	:	:	2000
:	:	:	:	:	:	17,5	:	:	2001

Statistiken zur Gesundheit — Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002 — Daten 1970-2001

6.4.1 Bruttowertschöpfung – Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I
	<i>in Mio. EUR</i>								
1970	:	:	1 005	10 070	:	:	:	:	3 375
1980	:	:	4 319	33 460	:	:	:	:	11 855
1985	:	:	6 778	44 680	:	:	:	:	21 187
1990	:	:	9 581	59 240	2 813	:	53 064	:	36 255
1995	:	12 293	12 027	107 074	4 336	23 181	72 431	:	33 801
1996	:	12 486	12 635	108 429	4 587	25 034	75 110	:	39 923
1997	:	12 414	13 191	106 996	5 154	25 209	76 012	:	44 246
1998	:	12 695	14 072	109 876	5 410	:	78 109	:	44 954
1999	:	13 604	14 659	112 448	5 869	:	80 200	:	46 939
2000	:	14 320	15 149	112 540	5 632	:	:	:	49 440
2001	:	:	15 793	:	:	:	:	:	:
	<i>in EUR pro Kopf</i>								
1970	:	:	205	129	:	:	:	:	63
1980	:	:	843	428	:	:	:	:	210
1985	:	:	1 326	575	:	:	:	:	374
1990	:	:	1 866	749	278	:	938	:	639
1995	:	1 213	2 306	1 313	415	591	1 254	:	590
1996	:	1 231	2 406	1 325	438	638	1 296	:	696
1997	:	1 221	2 501	1 305	491	641	1 308	:	770
1998	:	1 246	2 658	1 339	515	:	1 340	:	781
1999	:	1 332	2 759	1 371	558	:	1 371	:	815
2000	:	1 399	2 842	1 370	534	:	:	:	857
2001	:	:	2 952	:	:	:	:	:	:

Quelle: Eurostat-Datenbank New Cronos (Wirtschaft und Finanzen).

L	NL	A	P	FIN	S	UK	NO	
<i>in Mio. EUR</i>								
:	:	:	:	:	:	3 623	463	1970
:	:	2 350	:	2 063	:	19 426	2 611	1980
:	:	3 874	:	4 831	:	27 439	4 757	1985
:	:	5 988	0	7 817	:	40 961	6 280	1990
553	21 560	9 916	3 905	7 405	17 445	50 738	8 470	1995
620	21 659	10 129	4 196	7 671	20 412	54 764	9 338	1996
653	22 001	8 175	4 435	7 765	19 357	67 733	10 189	1997
654	22 946	8 507	4 903	7 917	19 691	73 281	:	1998
697	24 858	8 414	5 682	8 302	21 252	80 128	:	1999
706	:	8 918	:	8 823	:	92 696	:	2000
:	:	:	:	9 426	:	98 750	:	2001
<i>in EUR pro Kopf</i>								
:	:	:	:	:	:	65	120	1970
:	:	311	:	432	:	345	640	1980
:	:	511	:	987	:	485	1 147	1985
:	:	779	0	1 571	:	713	1 484	1990
1 360	1 398	1 233	390	1 452	1 979	867	1 948	1995
1 502	1 398	1 258	418	1 499	2 310	933	2 137	1996
1 561	1 413	1 013	440	1 513	2 189	1 150	2 320	1997
1 544	1 466	1 053	485	1 538	2 226	1 240	:	1998
1 624	1 577	1 041	560	1 609	2 400	1 349	:	1999
1 620	:	1 101	:	1 706	:	1 555	:	2000
:	:	:	:	1 819	:	1 650	:	2001

6.4.2 Gesamtgesundheitsausgaben

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<i>in Mio. EUR</i>										
1970	:	1 277	:	21 656	60	587	:	114	1 786	56
1980	:	5 683	4 724	66 417	402	5 163	:	1 081	:	225
1985	:	8 740	7 394	86 405	:	9 624	:	1 861	:	345
1990	396 951	12 157	9 425	108 292	2 947	20 842	86 863	2 395	54 683	562
1995	578 508	17 524	11 131	183 692	7 095	33 880	113 399	3 791	68 104	841
1996	610 161	18 325	11 800	194 484	7 779	35 975	115 885	4 063	73 696	893
1997	627 154	18 447	12 328	196 894	8 482	37 664	117 894	4 636	79 415	919
1998	650 860	19 256	13 028	199 061	9 208	40 310	121 922	5 255	82 751	987
1999	:	20 387	13 887	:	9 851	43 423	126 601	6 038	86 795	1 108
2000	:	21 627	14 508	:	10 032	46 681	132 808	6 952	93 910	:
<i>in EUR pro Kopf</i>										
1970	:	132	:	357	7	17	:	39	33	165
1980	:	577	922	1 079	42	138	:	318	:	616
1985	:	887	1 446	1 416	:	250	:	526	:	940
1990	1 140	1 220	1 833	1 712	292	536	1 532	684	964	1 464
1995	1 556	1 725	2 129	2 249	679	864	1 960	1 053	1 189	2 036
1996	1 637	1 804	2 243	2 375	743	916	1 997	1 121	1 284	2 147
1997	1 678	1 812	2 333	2 400	808	958	2 025	1 266	1 381	2 183
1998	1 738	1 887	2 458	2 427	876	1 024	2 088	1 418	1 437	2 311
1999	:	1 994	2 611	:	935	1 102	2 160	1 612	1 506	2 559
2000	:	2 110	2 718	:	952	1 183	2 255	1 836	1 626	:
<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>										
1970	:	4,0	:	6,3	6,0	3,6	:	5,1	5,1	3,6
1980	:	6,4	9,1	8,8	6,6	5,4	:	8,4	:	5,9
1985	:	7,2	8,7	9,3	:	5,4	:	7,6	:	5,9
1990	7,9	7,4	8,5	8,7	7,5	6,6	8,6	6,6	8,0	6,1
1995	8,7	8,7	8,2	10,2	8,9	7,7	9,6	7,2	7,4	6,4
1996	8,8	8,8	8,3	10,6	8,9	7,7	9,6	7,0	7,5	6,4
1997	8,7	8,5	8,2	10,5	8,7	7,6	9,4	6,9	7,7	5,9
1998	8,6	8,5	8,4	10,3	8,7	7,6	9,3	6,8	7,7	5,8
1999	:	8,7	8,5	:	8,7	7,7	9,4	6,8	7,8	6,0
2000	:	8,7	8,3	:	8,3	7,7	9,5	6,7	8,1	:

Quelle: Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Gesundheitsdaten 2002.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>in Mio. EUR</i>									
:	1 488	28	439	1 312	3 262	0	453	3 320	1970
12 103	5 697	414	2 094	5 259	18 279	13	2 480	8 440	1980
14 670	6 653	1 265	4 067	8 236	29 286	113	4 108	11 753	1985
19 525	9 491	3 142	6 911	12 600	47 116	374	6 372	16 801	1990
25 420	14 731	6 707	7 155	14 716	70 321	478	8 412	22 408	1995
26 257	15 475	7 332	7 545	15 512	75 140	510	9 234	23 491	1996
27 205	14 513	7 981	7 806	15 659	77 310	539	9 994	23 963	1997
28 833	15 263	8 444	8 037	15 948	82 557	624	10 782	24 968	1998
30 568	15 845	9 042	8 300	:	90 467	701	11 469	25 770	1999
32 547	16 487	9 415	8 710	:	96 165	:	:	:	2000
<i>in EUR pro Kopf</i>									
	199	3	95	163	59	1	117	530	1970
855	755	42	438	633	324	57	607	1 322	1980
1 012	880	126	830	986	517	470	989	1 799	1985
1 306	1 230	318	1 386	1 472	819	1 467	1 502	2 503	1990
1 644	1 831	676	1 401	1 667	1 200	1 790	1 930	3 183	1995
1 691	1 920	739	1 472	1 755	1 278	1 895	2 108	3 322	1996
1 743	1 798	802	1 519	1 770	1 310	1 990	2 269	3 380	1997
1 836	1 889	847	1 560	1 802	1 394	2 276	2 433	3 512	1998
1 933	1 958	897	1 605	:	1 520	2 529	2 570	3 607	1999
2 044	2 032	922	1 681	:	1 609	:	:	:	2000
<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>									
:	5,3	2,7	5,6	6,9	4,5	4,9	4,4	5,6	1970
7,5	7,6	5,6	6,4	9,1	5,6	6,1	7,0	7,6	1980
7,3	6,6	6,0	7,2	8,7	5,9	7,2	6,7	8,0	1985
8,0	7,1	6,2	7,9	8,5	6,0	7,9	7,8	8,5	1990
8,4	8,6	8,3	7,5	8,1	7,0	8,2	8,0	10,0	1995
8,3	8,7	8,5	7,7	8,4	7,0	8,2	8,0	10,4	1996
8,2	8,0	8,6	7,3	8,1	6,8	8,0	8,0	10,4	1997
8,1	8,0	8,3	6,9	7,9	6,8	8,3	8,5	10,6	1998
8,2	8,1	8,4	6,9	:	7,1	8,7	8,5	10,7	1999
8,1	8,0	8,2	6,6	:	7,3	:	:	:	2000

6.4.3 Ausgaben für öffentliche Gesundheit

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
	<i>in Mio. EUR</i>									
1970	:	:	:	15 768	26	384	:	93	1 552	50
1980	:	:	4 147	52 266	224	4 126	:	881	:	209
1985	:	:	6 330	66 854	:	7 803	:	1 409	:	308
1990	:	:	7 797	82 521	1 848	16 413	66 558	1 751	43 337	523
1995	441 497	12 197	9 186	143 463	3 865	24 031	86 321	2 797	49 173	777
1996	464 198	13 163	9 725	152 274	4 294	25 590	88 203	2 979	52 932	829
1997	471 674	13 011	10 143	150 749	4 678	26 781	89 811	3 521	57 307	849
1998	487 359	13 601	10 670	150 867	5 009	28 419	92 695	4 005	59 575	912
1999	:	14 499	11 418	:	5 347	30 493	96 336	4 605	62 767	1 029
2000	:	15 408	11 905	:	5 572	32 634	100 920	5 269	69 195	:
	<i>in EUR pro Kopf</i>									
1970	:	:	:	260	3	11	:	32	29	147
1980	:	:	809	849	23	110	:	259	:	573
1985	:	:	1 238	1 096	:	203	:	398	:	839
1990	:	:	1 517	1 305	183	422	1 174	500	764	1 362
1995	1 187	1 201	1 757	1 757	370	613	1 492	777	858	1 881
1996	1 245	1 296	1 848	1 859	410	652	1 520	822	922	1 993
1997	1 262	1 278	1 920	1 837	446	681	1 543	962	996	2 017
1998	1 301	1 333	2 013	1 839	476	722	1 587	1 081	1 035	2 136
1999	:	1 418	2 147	:	507	774	1 643	1 230	1 089	2 376
2000	:	1 503	2 231	:	529	827	1 714	1 391	1 198	:
	<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>									
1980	:	:	8,0	6,9	3,7	4,3	:	6,8	:	5,5
1985	:	:	7,4	7,2	:	4,4	:	5,8	:	5,3
1990	:	:	7,0	6,7	4,7	5,2	6,6	4,8	6,4	5,7
1995	6,6	6,0	6,8	8,0	4,8	5,5	7,3	5,3	5,3	5,9
1996	6,7	6,4	6,8	8,3	4,9	5,5	7,3	5,1	5,4	5,9
1997	6,5	6,0	6,8	8,1	4,8	5,4	7,2	5,3	5,6	5,4
1998	6,4	6,0	6,9	7,8	4,7	5,4	7,1	5,2	5,6	5,4
1999	:	6,2	7,0	:	4,7	5,4	7,1	5,2	5,7	5,6
2000	:	6,2	6,8	:	4,6	5,4	7,2	5,1	5,9	:

Quelle: Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Gesundheitsdaten 2002.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>in Mio. EUR</i>									
:	937	16	324	1 128	2 836	0	415	1 990	1970
8 394	3 921	267	1 654	4 866	16 333	11	2 111	5 329	1980
10 412	5 061	690	3 198	7 443	25 116	99	3 523	7 535	1985
13 094	6 978	2 059	5 592	11 323	39 367	324	5 276	11 159	1990
18 059	10 579	4 137	5 405	12 535	58 973	404	7 002	12 049	1995
17 376	10 922	4 741	5 718	13 146	62 306	428	7 645	12 845	1996
18 450	10 296	5 169	5 938	13 193	61 778	451	8 291	13 218	1997
19 540	10 903	5 700	6 128	13 364	65 970	523	8 930	13 699	1998
20 334	11 099	6 395	6 254	:	72 510	594	9 506	14 261	1999
21 985	11 493	6 700	6 538	:	77 911	:	:	:	2000
<i>in EUR pro Kopf</i>									
:	125	2	70	140	51	1	107	317	1970
593	519	27	346	586	290	50	517	835	1980
719	670	69	652	891	443	409	848	1 153	1985
876	904	208	1 122	1 323	684	1 271	1 244	1 662	1990
1 168	1 315	417	1 058	1 420	1 006	1 512	1 606	1 711	1995
1 119	1 355	478	1 116	1 487	1 059	1 590	1 745	1 816	1996
1 182	1 276	520	1 155	1 491	1 047	1 666	1 882	1 865	1997
1 244	1 350	572	1 189	1 510	1 114	1 910	2 015	1 927	1998
1 286	1 372	634	1 209	:	1 219	2 145	2 130	1 996	1999
1 380	1 417	656	1 262	:	1 304	:	:	:	2000
<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>									
5,2	5,2	3,6	5,0	8,4	5,0	5,4	5,9	4,8	1980
5,2	5,0	3,3	5,6	7,9	5,0	6,2	5,7	5,1	1985
5,4	5,2	4,1	6,4	7,6	5,0	6,8	6,4	5,7	1990
6,0	6,1	5,1	5,7	6,9	5,8	6,9	6,7	5,4	1995
5,5	6,1	5,5	5,8	7,1	5,8	6,8	6,6	5,7	1996
5,5	5,6	5,5	5,6	6,8	5,4	6,7	6,7	5,7	1997
5,5	5,7	5,6	5,3	6,6	5,5	7,0	7,1	5,8	1998
5,4	5,6	5,9	5,2	:	5,7	7,4	7,0	5,9	1999
5,5	5,6	5,8	5,0	:	5,9	:	:	:	2000

6.4.4 Ausgaben für die individuelle Gesundheitsversorgung

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<i>in Mio. EUR</i>										
1970	:	:	:	17 649	:	:	:	:	1 798	:
1980	:	:	4 489	56 723	:	4 001	:	:	:	231
1985	:	:	7 023	73 830	:	8 803	:	:	:	271
1990	:	:	9 139	92 711	:	15 687	81 282	763	50 364	445
1995	:	:	10 683	157 162	:	31 762	105 919	1 147	64 763	712
1996	:	:	11 310	167 411	:	33 835	108 061	:	69 746	763
1997	:	:	11 803	170 537	:	35 490	110 069	:	75 204	812
1998	:	:	12 470	173 098	:	37 906	113 812	:	78 122	813
1999	:	:	13 318	:	:	40 844	117 772	:	81 791	:
2000	:	:	13 919	:	:	:	123 704	:	88 741	:
<i>in EUR pro Kopf</i>										
1970	:	:	:	291	:	:	:	:	33	:
1980	:	:	876	921	:	107	:	:	:	633
1985	:	:	1 373	1 210	:	229	:	:	:	738
1990	:	:	1 778	1 466	:	404	1 433	218	888	1 159
1995	:	:	2 043	1 925	:	810	1 831	319	1 130	1 724
1996	:	:	2 149	2 044	:	862	1 862	:	1 215	1 834
1997	:	:	2 234	2 078	:	903	1 891	:	1 308	1 929
1998	:	:	2 352	2 110	:	963	1 949	:	1 357	1 904
1999	:	:	2 504	:	:	1 036	2 009	:	1 419	:
2000	:	:	2 608	:	:	:	2 101	:	1 536	:
<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>										
1970	:	:	:	5,1	:	:	:	:	5,2	:
1980	:	:	8,7	7,5	:	4,2	:	:	:	6,1
1985	:	:	8,2	7,9	:	5,0	:	:	:	4,6
1990	:	:	8,2	7,5	:	5,0	8,1	2,1	7,4	4,9
1995	:	:	7,9	8,7	:	7,3	9,0	2,2	7,0	5,4
1996	:	:	7,9	9,1	:	7,3	8,9	:	7,1	5,5
1997	:	:	7,9	9,1	:	7,2	8,8	:	7,3	5,2
1998	:	:	8,0	9,0	:	7,2	8,7	:	7,3	4,8
1999	:	:	8,2	:	:	7,2	8,7	:	7,4	:
2000	:	:	8,0	:	:	:	8,8	:	7,6	:

Quelle: Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Gesundheitsdaten 2002.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>in Mio. EUR</i>									
:	:	:	384	:	:	:	:	3 147	1970
10 553	:	:	1 866	:	:	12	2 283	7 890	1980
12 997	:	:	3 626	:	:	108	3 943	10 879	1985
16 889	:	:	6 149	:	:	360	5 884	15 399	1990
21 906	13 292	:	6 489	:	:	461	7 796	19 903	1995
22 661	13 780	:	6 839	:	:	494	8 525	20 934	1996
23 660	12 928	:	7 041	:	:	524	9 174	21 433	1997
25 156	13 625	:	7 254	:	:	602	:	22 309	1998
26 593	14 038	:	7 504	:	:	676	:	23 052	1999
28 363	14 619	:	7 862	:	:	:	:	:	2000
<i>in EUR pro Kopf</i>									
:	:	:	83	:	:	:	:	502	1970
746	:	:	390	:	:	54	559	1 236	1980
897	:	:	740	:	:	448	950	1 665	1985
1 130	:	:	1 233	:	:	1 413	1 387	2 294	1990
1 417	1 652	:	1 270	:	:	1 725	1 788	2 827	1995
1 459	1 710	:	1 334	:	:	1 836	1 946	2 960	1996
1 516	1 602	:	1 370	:	:	1 933	2 083	3 023	1997
1 602	1 687	:	1 408	:	:	2 197	:	3 138	1998
1 682	1 735	:	1 451	:	:	2 441	:	3 227	1999
1 781	1 802	:	1 517	:	:	:	:	:	2000
<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>									
:	:	:	4,9	:	:	:	:	5,3	1970
6,6	:	:	5,7	:	:	5,8	6,4	7,1	1980
6,5	:	:	6,4	:	:	6,8	6,4	7,4	1985
6,9	:	:	7,0	:	:	7,6	7,2	7,8	1990
7,2	7,7	:	6,8	:	:	7,9	7,4	8,8	1995
7,2	7,7	:	6,9	:	:	7,9	7,4	9,2	1996
7,1	7,1	:	6,6	:	:	7,7	7,4	9,3	1997
7,1	7,2	:	6,3	:	:	8,0	:	9,5	1998
7,1	7,1	:	6,2	:	:	8,4	:	9,6	1999
7,1	7,1	:	6,0	:	:	:	:	:	2000

6.4.5 Öffentliche Ausgaben für die individuelle Gesundheit

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
	<i>in Mio. EUR</i>									
1970	:	:	:	12 660	:	330	:	:	:	:
1980	:	:	3 912	44 176	:	3 854	:	:	:	192
1985	:	:	5 959	56 787	:	7 226	:	:	:	300
1990	:	:	7 512	69 883	:	14 860	62 947	:	41 657	:
1995	:	:	8 738	120 702	:	22 405	81 433	:	47 464	:
1996	:	:	9 235	128 890	:	23 936	83 100	2 702	51 174	:
1997	:	:	9 618	128 372	:	25 120	84 820	3 139	55 247	:
1998	:	:	10 113	129 111	:	26 552	87 553	3 591	57 067	:
1999	:	:	10 849	:	:	28 464	90 615	4 113	60 112	:
2000	:	:	11 316	:	:	:	95 081	4 617	66 356	:
	<i>in EUR pro Kopf</i>									
1970	:	:	:	209	:	10	:	:	:	:
1980	:	:	764	718	:	103	:	:	:	526
1985	:	:	1 165	931	:	188	:	:	:	817
1990	:	:	1 461	1 105	:	382	1 110	:	734	:
1995	:	:	1 671	1 478	:	571	1 408	:	828	:
1996	:	:	1 755	1 574	:	610	1 432	745	892	:
1997	:	:	1 820	1 565	:	639	1 457	857	961	:
1998	:	:	1 908	1 574	:	674	1 499	969	991	:
1999	:	:	2 040	:	:	722	1 546	1 098	1 043	:
2000	:	:	2 120	:	:	:	1 614	1 219	1 149	:
	<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>									
1970	:	:	:	3,7	:	2,0	:	:	:	:
1980	:	:	7,5	5,9	:	4,0	:	:	:	5,1
1985	:	:	7,0	6,1	:	4,1	:	:	:	5,1
1990	:	:	6,8	5,6	:	4,7	6,2	:	6,1	:
1995	:	:	6,4	6,7	:	5,1	6,9	:	5,1	:
1996	:	:	6,5	7,0	:	5,2	6,9	4,7	5,2	:
1997	:	:	6,4	6,9	:	5,1	6,8	4,7	5,4	:
1998	:	:	6,5	6,7	:	5,0	6,7	4,7	5,3	:
1999	:	:	6,7	:	:	5,0	6,7	4,6	5,4	:
2000	:	:	6,5	:	:	:	6,8	4,5	5,7	:

Quelle: Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Gesundheitsdaten 2002.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>in Mio. EUR</i>									
:	:	:	273	:	:	:	:	:	1970
7 845	:	:	1 453	:	:	11	:	:	1980
9 632	:	:	2 809	:	:	93	3 126	6 819	1985
12 155	:	:	4 927	:	:	310	4 851	10 045	1990
16 959	9 673	:	4 845	:	:	386	6 457	10 080	1995
16 272	9 930	:	5 127	:	:	412	7 014	10 880	1996
17 312	9 644	:	5 294	:	:	436	7 554	11 335	1997
18 391	10 196	:	5 478	:	:	502	:	11 768	1998
19 145	10 397	:	5 600	:	:	570	:	12 282	1999
20 762	10 815	:	5 844	:	:	:	:	:	2000
<i>in EUR pro Kopf</i>									
:	:	:	59	:	:	:	:	:	1970
554	:	:	304	:	:	47	:	:	1980
665	:	:	573	:	:	387	753	1 044	1985
813	:	:	988	:	:	1 216	1 144	1 497	1990
1 097	1 202	:	949	:	:	1 447	1 481	1 432	1995
1 048	1 232	:	1 000	:	:	1 531	1 601	1 539	1996
1 109	1 195	:	1 030	:	:	1 608	1 715	1 599	1997
1 171	1 262	:	1 063	:	:	1 832	:	1 655	1998
1 211	1 285	:	1 083	:	:	2 057	:	1 719	1999
1 304	1 333	:	1 128	:	:	:	:	:	2000
<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>									
:	:	:	3,5	:	:	:	:	:	1970
4,9	:	:	4,4	:	:	5,1	:	:	1980
4,8	:	:	4,9	:	:	5,9	5,1	4,6	1985
5,0	:	:	5,6	:	:	6,5	5,9	5,1	1990
5,6	5,6	:	5,1	:	:	6,6	6,1	4,5	1995
5,2	5,6	:	5,2	:	:	6,6	6,1	4,8	1996
5,2	5,3	:	5,0	:	:	6,4	6,1	4,9	1997
5,2	5,4	:	4,7	:	:	6,7	:	5,0	1998
5,1	5,3	:	4,6	:	:	7,1	:	5,1	1999
5,2	5,3	:	4,5	:	:	:	:	:	2000

6.4.6 Gesamtausgaben für stationäre Leistungen

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<i>in Mio. EUR</i>										
1970	:	328	:	6 670	:	:	:	:	853	:
1980	:	1 880	2 909	22 067	:	2 791	:	635	:	70
1985	:	2 971	4 466	29 460	:	5 357	:	:	:	94
1990	:	3 990	5 344	37 628	:	9 194	39 949	:	23 376	148
1995	:	5 874	6 121	63 697	:	14 757	51 615	:	30 493	263
1996	:	6 386	6 523	66 362	:	15 692	52 764	:	30 712	289
1997	:	6 450	6 745	66 236	:	16 296	53 495	:	33 754	331
1998	:	:	7 071	67 748	:	17 254	54 373	:	34 363	303
1999	:	:	7 481	:	:	18 352	55 211	:	36 204	330
2000	:	:	7 757	:	:	:	56 821	:	39 725	:
<i>in EUR pro Kopf</i>										
1970	:	34	:	110	:	:	:	:	16	:
1980	:	191	568	358	:	74	:	187	:	192
1985	:	301	873	483	:	139	:	:	:	256
1990	:	400	1 040	595	:	237	704	:	412	385
1995	:	578	1 171	780	:	376	892	:	532	637
1996	:	629	1 240	810	:	400	909	:	535	695
1997	:	634	1 277	807	:	414	919	:	587	786
1998	:	:	1 334	826	:	438	931	:	597	710
1999	:	:	1 406	:	:	466	942	:	628	762
2000	:	:	1 453	:	:	:	965	:	688	:
<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>										
1970	:	1,0	:	1,9	:	:	:	:	2,5	:
1980	:	2,1	5,6	2,9	:	2,9	:	4,9	:	1,8
1985	:	2,4	5,2	3,2	:	3,0	:	:	:	1,6
1990	:	2,4	4,8	3,0	:	2,9	4,0	:	3,4	1,6
1995	:	2,9	4,5	3,5	:	3,4	4,4	:	3,3	2,0
1996	:	3,1	4,6	3,6	:	3,4	4,4	:	3,1	2,1
1997	:	3,0	4,5	3,5	:	3,3	4,3	:	3,3	2,1
1998	:	:	4,6	3,5	:	3,3	4,2	:	3,2	1,8
1999	:	:	4,6	:	:	3,2	4,1	:	3,3	1,8
2000	:	:	4,5	:	:	:	4,0	:	3,4	:

Quelle: Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Gesundheitsdaten 2002.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>in Mio. EUR</i>									
:	:	:	204	:	:	0	309	1 461	1970
6 612	:	119	968	:	:	8	1 584	3 999	1980
7 943	:	333	1 871	:	:	64	2 663	5 485	1985
9 601	:	1 015	3 090	:	:	205	3 932	8 047	1990
12 477	7 130	2 240	3 007	:	:	264	3 141	9 940	1995
13 033	7 276	:	3 154	:	:	281	3 450	10 559	1996
13 581	6 345	:	3 232	:	:	296	3 776	10 781	1997
14 383	6 549	:	3 303	:	:	343	4 168	11 065	1998
15 126	6 621	:	3 359	:	:	390	4 527	11 309	1999
16 013	6 834	:	3 471	:	:				2000
<i>in EUR pro Kopf</i>									
:	:	:	44	:	:	1	80	233	1970
467	:	12	203	:	:	34	388	626	1980
548	:	33	382	:	:	266	641	840	1985
642	:	103	620	:	:	805	927	1 199	1990
807	886	226	589	:	:	988	721	1 412	1995
839	903	:	615	:	:	1 044	787	1 493	1996
870	786	:	629	:	:	1 094	857	1 521	1997
916	811	:	641	:	:	1 254	941	1 556	1998
957	818	:	650	:	:	1 408	1 015	1 583	1999
1 005	842	:	670	:	:				2000
<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>									
:	:	:	2,6	:	:	2,4	3,0	2,5	1970
4,1	:	1,6	2,9	:	:	3,6	4,5	3,6	1980
4,0	:	1,6	3,3	:	:	4,1	4,3	3,7	1985
3,9	:	2,0	3,5	:	:	4,3	4,8	4,1	1990
4,1	4,1	2,8	3,2	:	:	4,5	3,0	4,4	1995
4,1	4,1	:	3,2	:	:	4,5	3,0	4,7	1996
4,1	3,5	:	3,0	:	:	4,4	3,0	4,7	1997
4,1	3,4	:	2,8	:	:	4,6	3,3	4,7	1998
4,0	3,4	:	2,8	:	:	4,8	3,3	4,7	1999
4,0	3,3	:	2,6	:	:				2000

6.4.7 Gesamtausgaben für ambulante Leistungen

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
	<i>in Mio. EUR</i>									
1970	:	543	:	6 912	:	:	:	:	647	13
1980	:	2 227	1 053	22 151	:	:	:	:	:	111
1985	:	3 500	1 522	27 444	:	:	:	:	:	178
1990	:	4 832	2 088	32 967	:	:	20 488	:	15 392	277
1995	:	6 033	2 603	53 111	:	9 275	26 145	:	20 016	436
1996	:	6 330	2 717	56 027	:	9 711	26 619	:	23 480	447
1997	:	6 334	2 874	58 322	:	10 012	27 037	:	24 524	463
1998	:	:	3 103	57 556	:	10 685	27 982	:	25 682	492
1999	:	:	3 468	:	:	11 568	28 817	:	26 293	:
2000	:	:	3 652	:	:	:	29 852	:	27 822	:
	<i>in EUR pro Kopf</i>									
1970	:	56	:	114	:	:	:	:	12	38
1980	:	226	206	360	:	:	:	:	:	304
1985	:	355	298	450	:	:	:	:	:	485
1990	:	485	406	521	:	:	361	:	271	721
1995	:	594	498	650	:	237	452	:	349	1 056
1996	:	623	516	684	:	247	459	:	409	1 075
1997	:	622	544	711	:	255	464	:	426	1 100
1998	:	:	585	702	:	271	479	:	446	1 152
1999	:	:	652	:	:	293	492	:	456	:
2000	:	:	684	:	:	:	507	:	482	:
	<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>									
1970	:	1,7	:	2,0	:	:	:	:	1,9	0,8
1980	:	2,5	2,0	2,9	:	:	:	:	:	2,9
1985	:	2,9	1,8	2,9	:	:	:	:	:	3,0
1990	:	2,9	1,9	2,7	:	:	2,0	:	2,3	3,0
1995	:	3,0	1,9	2,9	:	2,1	2,2	:	2,2	3,3
1996	:	3,1	1,9	3,1	:	2,1	2,2	:	2,4	3,2
1997	:	2,9	1,9	3,1	:	2,0	2,2	:	2,4	3,0
1998	:	:	2,0	3,0	:	2,0	2,1	:	2,4	2,9
1999	:	:	2,1	:	:	2,0	2,1	:	2,4	:
2000	:	:	2,1	:	:	:	2,1	:	2,4	:

Quelle: Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Gesundheitsdaten 2002.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>in Mio. EUR</i>									
:	356	:	92	:	:	:	:	1 078	1970
2 367	1 097	:	524	:	:	2	457	2 672	1980
2 827	1 496	:	1 205	:	:	22	866	3 823	1985
3 376	2 281	:	2 169	:	:	86	1 329	5 306	1990
3 866	4 207	:	2 203	:	:	112	:	6 058	1995
3 886	4 437	:	2 313	:	:	119	:	6 296	1996
4 070	4 339	:	2 355	:	:	123	:	6 447	1997
4 253	4 598	:	2 458	:	:	143	:	6 854	1998
4 513	4 751	:	2 528	:	:	156	:	7 132	1999
4 791	4 939	:	2 650	:	:	:	:	:	2000
<i>in EUR pro Kopf</i>									
:	48	:	20	:	:	:	:	172	1970
167	145	:	110	:	:	10	112	418	1980
195	198	:	246	:	:	91	209	585	1985
226	296	:	435	:	:	336	313	791	1990
250	523	:	431	:	:	420	:	860	1995
250	551	:	451	:	:	441	:	890	1996
261	538	:	458	:	:	454	:	909	1997
271	569	:	477	:	:	520	:	964	1998
285	587	:	489	:	:	565	:	998	1999
301	609	:	511	:	:	:	:	:	2000
<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>									
:	1,3	:	1,2	:	:	:	:	1,8	1970
1,5	1,5	:	1,6	:	:	1,0	1,3	2,4	1980
1,4	1,5	:	2,1	:	:	1,4	1,4	2,6	1985
1,4	1,7	:	2,5	:	:	1,8	1,6	2,7	1990
1,3	2,4	:	2,3	:	:	1,9	:	2,7	1995
1,2	2,5	:	2,3	:	:	1,9	:	2,8	1996
1,2	2,4	:	2,2	:	:	1,8	:	2,8	1997
1,2	2,4	:	2,1	:	:	1,9	:	2,9	1998
1,2	2,4	:	2,1	:	:	1,9	:	3,0	1999
1,2	2,4	:	2,0	:	:	:	:	:	2000

6.4.8 Gesamtausgaben für häusliche Gesundheitsdienste insgesamt

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
	<i>in Mio. EUR</i>									
1970	:	:	:	2	:	:	:	:	:	:
1980	:	:	89	67	:	:	:	:	:	:
1985	:	:	229	210	:	:	:	:	:	:
1990	:	:	431	276	:	:	234	:	:	:
1995	:	5 327	455	5 423	:	:	412	:	:	:
1996	:	5 162	502	7 628	:	:	436	:	:	:
1997	:	5 436	520	7 994	:	:	449	:	:	:
1998	:	5 655	518	8 059	:	:	477	:	:	:
1999	:	5 888	494	:	:	:	504	:	:	:
2000	:	6 219	534	:	:	:	538	:	:	:
	<i>in EUR pro Kopf</i>									
1970	:	:	:	0	:	:	:	:	:	:
1980	:	:	17	1	:	:	:	:	:	:
1985	:	:	45	3	:	:	:	:	:	:
1990	:	:	84	4	:	:	4	:	:	:
1995	:	524	87	66	:	:	7	:	:	:
1996	:	508	95	93	:	:	8	:	:	:
1997	:	534	98	97	:	:	8	:	:	:
1998	:	554	98	98	:	:	8	:	:	:
1999	:	576	93	:	:	:	9	:	:	:
2000	:	607	100	:	:	:	9	:	:	:
	<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>									
1970	:	:	:	0,0	:	:	:	:	:	:
1980	:	:	0,2	0,0	:	:	:	:	:	:
1985	:	:	0,3	0,0	:	:	:	:	:	:
1990	:	:	0,4	0,0	:	:	0,0	:	:	:
1995	:	2,6	0,3	0,3	:	:	0,0	:	:	:
1996	:	2,5	0,4	0,4	:	:	0,0	:	:	:
1997	:	2,5	0,3	0,4	:	:	0,0	:	:	:
1998	:	2,5	0,3	0,4	:	:	0,0	:	:	:
1999	:	2,5	0,3	:	:	:	0,0	:	:	:
2000	:	2,5	0,3	:	:	:	0,0	:	:	:

Quelle: Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Gesundheitsdaten 2002.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>in Mio. EUR</i>									
:	:	:	18	:	:	:	:	:	1970
321	:	:	61	:	362	:	:	:	1980
454	:	:	:	:	658	:	:	:	1985
1 366	:	:	:	:	1 616	:	:	:	1990
1 726	:	:	:	:	:	:	:	435	1995
1 761	:	:	:	:	:	:	:	479	1996
1 857	:	:	:	:	:	:	:	476	1997
1 953	:	:	:	:	:	:	:	505	1998
2 062	:	:	:	:	:	:	:	525	1999
2 342	:	:	:	:	:	:	:		2000
<i>in EUR pro Kopf</i>									
:	:	:	4	:	:	:	:	:	1970
23	:	:	13	:	6	:	:	:	1980
31	:	:	:	:	12	:	:	:	1985
91	:	:	:	:	28	:	:	:	1990
112	:	:	:	:	:	:	:	62	1995
113	:	:	:	:	:	:	:	68	1996
119	:	:	:	:	:	:	:	67	1997
124	:	:	:	:	:	:	:	71	1998
130	:	:	:	:	:	:	:	74	1999
147	:	:	:	:	:	:	:		2000
<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>									
:	:	:	0,2	:	:	:	:	:	1970
0,2	:	:	0,2	:	0,1	:	:	:	1980
0,2	:	:	:	:	0,1	:	:	:	1985
0,6	:	:	:	:	0,2	:	:	:	1990
0,6	:	:	:	:	:	:	:	0,2	1995
0,6	:	:	:	:	:	:	:	0,2	1996
0,6	:	:	:	:	:	:	:	0,2	1997
0,6	:	:	:	:	:	:	:	0,2	1998
0,6	:	:	:	:	:	:	:	0,2	1999
0,6	:	:	:	:	:	:	:		2000

6.4.9 Ausgaben für medizinische Güter im Rahmen der ambulanten Behandlung insgesamt

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
	<i>in Mio. EUR</i>									
1970	:	403	:	3 970	:	:	:	:	:	:
1980	:	1 113	387	11 875	:	:	:	:	:	:
1985	:	1 541	657	15 981	:	:	:	:	:	:
1990	:	2 125	959	21 053	:	:	17 362	:	11 596	:
1995	:	3 247	1 297	32 966	:	7 478	23 817	:	14 254	:
1996	:	3 241	1 340	35 329	:	8 155	24 333	:	15 554	:
1997	:	:	1 417	35 886	:	8 892	25 106	:	16 926	:
1998	:	:	1 525	37 530	:	9 637	26 724	:	18 078	:
1999	:	:	1 593	:	:	10 572	28 733	:	19 294	:
2000	:	:	1 685	:	:	:	31 642	:	21 194	:
	<i>in EUR pro Kopf</i>									
1970	:	42	:	65	:	:	:	:	:	:
1980	:	113	76	193	:	:	:	:	:	:
1985	:	156	128	262	:	:	:	:	:	:
1990	:	213	187	333	:	:	306	:	204	:
1995	:	320	248	404	:	191	412	:	249	:
1996	:	319	255	431	:	208	419	:	271	:
1997	:	:	268	437	:	226	431	:	294	:
1998	:	:	288	458	:	245	458	:	314	:
1999	:	:	300	:	:	268	490	:	335	:
2000	:	:	316	:	:	:	537	:	367	:
	<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>									
1970	:	1,3	:	1,1	:	:	:	:	:	:
1980	:	1,3	0,7	1,6	:	:	:	:	:	:
1985	:	1,3	0,8	1,7	:	:	:	:	:	:
1990	:	1,3	0,9	1,7	:	:	1,7	:	1,7	:
1995	:	1,6	1,0	1,8	:	1,7	2,0	:	1,5	:
1996	:	1,6	0,9	1,9	:	1,8	2,0	:	1,6	:
1997	:	:	0,9	1,9	:	1,8	2,0	:	1,6	:
1998	:	:	1,0	1,9	:	1,8	2,0	:	1,7	:
1999	:	:	1,0	:	:	1,9	2,1	:	1,7	:
2000	:	:	1,0	:	:	:	2,3	:	1,8	:

Quelle: Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Gesundheitsdaten 2002.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>in Mio. EUR</i>									
:	:	:	64	:	:	:	:	609	1970
1 114	:	:	283	:	:	:	:	1 220	1980
1 602	:	:	500	:	:	:	:	1 570	1985
2 339	:	:	820	:	:	:	701	2 046	1990
3 546	1 955	:	1 186	:	:	:	1 047	2 667	1995
3 667	2 067	:	1 268	:	:	:	1 178	2 813	1996
3 815	2 244	:	1 346	:	:	:	1 294	2 961	1997
4 210	2 478	:	1 381	:	:	:	:	3 045	1998
4 525	2 667	:	1 502	:	:	:	:	3 222	1999
4 829	2 846	:	1 617	:	:	:	:	:	2000
<i>in EUR pro Kopf</i>									
:	:	:	14	:	:	:	:	97	1970
79	:	:	59	:	:	:	:	191	1980
111	:	:	102	:	:	:	:	240	1985
156	:	:	164	:	:	:	165	305	1990
229	243	:	232	:	:	:	240	379	1995
236	256	:	247	:	:	:	269	398	1996
244	278	:	262	:	:	:	294	418	1997
268	307	:	268	:	:	:	:	428	1998
286	330	:	290	:	:	:	:	451	1999
303	351	:	312	:	:	:	:	:	2000
<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>									
:	:	:	0,8	:	:	:	:	1,0	1970
0,7	:	:	0,9	:	:	:	:	1,1	1980
0,8	:	:	0,9	:	:	:	:	1,1	1985
1,0	:	:	0,9	:	:	:	0,9	1,0	1990
1,2	1,1	:	1,2	:	:	:	1,0	1,2	1995
1,2	1,2	:	1,3	:	:	:	1,0	1,2	1996
1,1	1,2	:	1,3	:	:	:	1,0	1,3	1997
1,2	1,3	:	1,2	:	:	:	:	1,3	1998
1,2	1,4	:	1,2	:	:	:	:	1,3	1999
1,2	1,4	:	1,2	:	:	:	:	:	2000

6.4.10 Gesamtausgaben für Arzneimittel im Rahmen der ambulanten Behandlung

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<i>in Mio. EUR</i>										
1970	:	359	:	3 502	15	:	:	25	258	11
1980	:	987	286	8 872	76	1 084	:	118	:	33
1985	:	1 371	487	11 941	190	1 955	:	184	:	51
1990	:	1 887	704	15 434	428	3 711	14 560	272	11 596	84
1995	:	2 859	1 010	22 620	1 226	6 009	19 809	368	14 254	101
1996	:	2 866	1 050	24 181	1 390	6 561	20 246	391	15 554	103
1997	:	3 009	1 109	24 027	1 453	7 151	21 108	432	16 926	116
1998	:	:	1 203	25 320	1 291	:	22 588	512	18 078	121
1999	:	:	1 249	:	1 561	:	24 369	596	19 294	130
2000	:	:	1 337	:	1 846	:	26 735	664	21 194	:
<i>in EUR pro Kopf</i>										
1970	:	37	:	58	2	:	:	8	5	32
1980	:	100	56	144	8	29	:	35	:	90
1985	:	139	95	196	19	51	:	52	:	139
1990	:	189	137	244	42	96	257	78	204	219
1995	:	281	193	277	117	153	342	102	249	245
1996	:	282	200	295	133	167	349	108	271	248
1997	:	296	210	293	138	182	363	118	294	276
1998	:	:	227	309	123	:	387	138	314	283
1999	:	:	235	:	148	:	416	159	335	300
2000	:	:	250	:	175	:	454	175	367	:
<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>										
1970	:	1,1	:	1,0	1,5	:	:	1,1	0,7	0,7
1980	:	1,1	0,6	1,2	1,2	1,1	:	0,9	:	0,9
1985	:	1,1	0,6	1,3	1,1	1,1	:	0,8	:	0,9
1995	:	1,4	0,7	1,3	1,5	1,4	1,7	0,7	1,5	0,8
1996	:	1,4	0,7	1,3	1,6	1,4	1,7	0,7	1,6	0,7
1997	:	1,4	0,7	1,3	1,5	1,4	1,7	0,6	1,6	0,7
1998	:	:	0,8	1,3	1,2	:	1,7	0,7	1,7	0,7
1999	:	:	0,8	:	1,4	:	1,8	0,7	1,7	0,7
2000	:	:	0,8	:	1,5	:	1,9	0,6	1,8	:

Quelle: Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Gesundheitsdaten 2002.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>in Mio. EUR</i>									
:	:	4	55	87	480	0	35		1970
965	:	83	223	342	2 338	2	215		1980
1 361	:	321	395	577	4 129	19	372	1 316	1985
1 870	:	781	651	1 010	6 373	59	460	1 715	1990
2 791	:	1 556	1 005	1 836	10 728	74	755	2 238	1995
2 890	:	1 731	1 085	2 005	11 725	85	829	2 360	1996
2 981	:	1 876	1 156	2 011	12 323	88	909	2 475	1997
3 279	:	1 985	1 174	:	:	97	:	2 554	1998
3 559	:	:	1 250	:	:	108	:	2 706	1999
3 826	:	:	1 353	:	:	:	:	:	2000
<i>in EUR pro Kopf</i>									
:	:	0	12	11	9	0	9	:	1970
68	:	8	47	41	41	9	53	:	1980
94	:	32	81	69	73	78	90	201	1985
125	:	79	131	118	111	230	109	256	1990
181	:	157	197	208	183	279	173	318	1995
186	:	174	212	227	199	314	189	334	1996
191	:	189	225	227	209	324	206	349	1997
209	:	199	228	:	:	352	:	359	1998
225	:	:	242	:	:	389	:	379	1999
240	:	:	261	:	:	:	:	:	2000
<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>									
:	:	0,4	0,7	0,5	0,7	0,9	0,3	:	1970
0,6	:	1,1	0,7	0,6	0,7	1,0	0,6	:	1980
0,7	:	1,5	0,7	0,6	0,8	1,2	0,6	0,9	1985
0,9	:	1,9	1,1	1,0	1,1	1,3	0,7	1,0	1995
0,9	:	2,0	1,1	1,1	1,1	1,4	0,7	1,0	1996
0,9	:	2,0	1,1	1,0	1,1	1,3	0,7	1,1	1997
0,9	:	2,0	1,0	:	:	1,3	:	1,1	1998
1,0	:	:	1,0	:	:	1,3	:	1,1	1999
1,0	:	:	1,0	:	:	:	:	:	2000

6.4.11 Gesamtausgaben für therapeutische Hilfsmittel im Rahmen der ambulanten Behandlung

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<i>in Mio. EUR</i>										
1970	:	:	:	2	:	:	:	:	:	:
1980	:	:	89	67	:	:	:	:	:	:
1985	:	:	229	210	:	:	:	:	:	:
1990	:	:	431	276	:	:	234	:	:	:
1995	:	5 327	455	5 423	:	:	412	:	:	:
1996	:	5 162	502	7 628	:	:	436	:	:	:
1997	:	5 436	520	7 994	:	:	449	:	:	:
1998	:	5 655	518	8 059	:	:	477	:	:	:
1999	:	5 888	494	:	:	:	504	:	:	:
2000	:	6 219	534	:	:	:	538	:	:	:
<i>in EUR pro Kopf</i>										
1970	:	:	:	0	:	:	:	:	:	:
1980	:	:	17	1	:	:	:	:	:	:
1985	:	:	45	3	:	:	:	:	:	:
1990	:	:	84	4	:	:	4	:	:	:
1995	:	524	87	66	:	:	7	:	:	:
1996	:	508	95	93	:	:	8	:	:	:
1997	:	534	98	97	:	:	8	:	:	:
1998	:	554	98	98	:	:	8	:	:	:
1999	:	576	93	:	:	:	9	:	:	:
2000	:	607	100	:	:	:	9	:	:	:
<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>										
1970	:	:	:	0,0	:	:	:	:	:	:
1980	:	:	0,2	0,0	:	:	:	:	:	:
1985	:	:	0,3	0,0	:	:	:	:	:	:
1990	:	:	0,4	0,0	:	:	0,0	:	:	:
1995	:	2,6	0,3	0,3	:	:	0,0	:	:	:
1996	:	2,5	0,4	0,4	:	:	0,0	:	:	:
1997	:	2,5	0,3	0,4	:	:	0,0	:	:	:
1998	:	2,5	0,3	0,4	:	:	0,0	:	:	:
1999	:	2,5	0,3	:	:	:	0,0	:	:	:
2000	:	2,5	0,3	:	:	:	0,0	:	:	:

Quelle: Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Gesundheitsdaten 2002.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>in Mio. EUR</i>									
	:	:	18	:	:	:	:	:	1970
321	:	:	61	:	362	:	:	:	1980
454	:	:		:	658	:	:	:	1985
1 366	:	:		:	1 616	:	:	:	1990
1 726	:	:		:		:	:	435	1995
1 761	:	:		:		:	:	479	1996
1 857	:	:		:		:	:	476	1997
1 953	:	:		:		:	:	505	1998
2 062	:	:		:		:	:	525	1999
2 342	:	:		:		:	:		2000
<i>in EUR pro Kopf</i>									
	:	:	4	:	:	:	:	:	1970
23	:	:	13	:	6	:	:	:	1980
31	:	:		:	12	:	:	:	1985
91	:	:		:	28	:	:	:	1990
112	:	:		:		:	:	62	1995
113	:	:		:		:	:	68	1996
119	:	:		:		:	:	67	1997
124	:	:		:		:	:	71	1998
130	:	:		:		:	:	74	1999
147	:	:		:		:	:		2000
<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>									
	:	:	0,2	:	:	:	:	:	1970
0,2	:	:	0,2	:	0,1	:	:	:	1980
0,2	:	:		:	0,1	:	:	:	1985
0,6	:	:		:	0,2	:	:	:	1990
0,6	:	:		:		:	:	0,2	1995
0,6	:	:		:		:	:	0,2	1996
0,6	:	:		:		:	:	0,2	1997
0,6	:	:		:		:	:	0,2	1998
0,6	:	:		:		:	:	0,2	1999
0,6	:	:		:		:	:		2000

6.4.12 Ausgaben des Sozialschutzes für Krankheit/Gesundheitsversorgung

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
	<i>in EUR pro Kopf</i>									
1990	:	1 024	1 147	1 452	347	574	1 238	635	1 008	1 202
1991	:	1 118	1 224	1 425	356	677	1 294	694	1 110	1 325
1992	:	1 279	1 278	1 639	396	757	1 403	772	1 105	1 484
1993	1 221	1 260	1 364	1 703	425	710	1 518	800	948	1 685
1994	1 256	1 310	1 384	1 815	453	681	1 571	847	905	1 752
1995	1 298	1 312	1 474	1 983	482	697	1 644	928	810	1 922
1996	1 346	1 394	1 488	1 962	518	752	1 707	955	941	2 076
1997	1 368	1 334	1 513	1 837	578	737	1 699	1 125	1 024	2 051
1998	1 429	1 390	1 649	1 862	587	773	1 767	1 167	1 055	2 083
1999	1 497	1 472	1 742	1 936	677	810	1 819	1 345	1 111	2 240
	<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>									
1990	:	6,6	5,6	7,8	5,3	5,6	7,5	6,0	6,6	5,4
1991	7,1	6,8	5,8	8,0	5,0	6,0	7,6	6,3	6,7	5,6
1992	7,5	7,3	5,8	8,5	5,3	6,4	7,9	6,6	6,6	5,8
1993	7,5	6,9	6,0	8,3	5,5	6,6	8,2	6,7	6,4	5,9
1994	7,4	6,7	5,6	8,4	5,6	6,4	8,2	6,6	6,0	5,6
1995	7,4	6,3	5,6	8,6	5,6	6,1	8,2	6,6	5,5	5,6
1996	7,3	6,7	5,4	8,6	5,5	6,1	8,3	6,0	5,6	6,0
1997	7,1	6,3	5,4	8,1	5,7	5,9	8,2	5,8	5,7	5,6
1998	7,1	6,3	5,6	8,0	5,7	5,8	8,2	5,6	5,7	5,4
1999	7,1	6,4	5,6	8,0	6,1	5,7	8,1	5,7	5,8	5,3

Quelle: ESSOSS (Europäisches System der integrierten Sozialschutzstatistik), Eurostat.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>in EUR pro Kopf</i>									
1 301	1 095	232	1 492	:	719	1 391	1 671	1 289	1990
1 376	1 170	306	1 541	:	893	1 564	1 782	1 428	1991
1 511	1 279	416	1 271	:	940	1 485	1 817	1 483	1992
1 639	1 411	450	1 043	1 633	952	1 422	1 770	1 564	1993
1 610	1 504	493	1 107	1 564	999	1 368	1 779	1 729	1994
1 707	1 614	497	1 253	1 589	961	1 409	1 915	1 838	1995
1 639	1 605	551	1 286	1 749	1 026	1 470	2 181	1 898	1996
1 611	1 610	595	1 313	1 789	1 256	1 647	2 449	1 881	1997
1 682	1 687	649	1 339	1 893	1 401	1 838	2 609	2 003	1998
1 808	1 813	716	1 393	2 090	1 455	2 179	2 890	2 095	1999
<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>									
8,7	6,7	4,1	6,9	:	5,3	7,1	7,8	4,8	1990
8,8	6,8	4,6	7,7	7,7	6,2	7,4	8,0	5,2	1991
9,3	7,0	5,4	7,6	8,3	6,6	7,2	8,0	5,4	1992
9,4	7,2	6,0	7,2	8,7	6,8	7,2	7,7	5,4	1993
8,4	7,3	6,4	6,7	7,9	6,7	6,9	7,4	5,5	1994
8,3	7,4	6,0	6,5	7,6	6,5	7,1	7,4	5,5	1995
7,8	7,2	6,2	6,6	7,5	6,5	6,9	7,7	5,8	1996
7,6	7,1	6,3	6,2	7,5	6,4	6,8	7,9	5,9	1997
7,5	7,2	6,5	6,0	7,8	6,6	6,9	8,8	6,1	1998
7,6	7,4	6,7	6,0	8,2	6,4	7,5	8,9	6,2	1999

6.4.13 Barleistungen des Sozialschutzes für Krankheit/Gesundheitsversorgung

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
	<i>in EUR pro Kopf</i>									
1990	:	231	244	372	61	104	109	106	142	160
1991	:	248	224	352	62	125	115	110	143	177
1992	:	302	228	398	61	146	124	117	146	198
1993	220	307	249	407	62	133	130	114	125	211
1994	218	315	235	409	64	126	130	112	119	218
1995	226	247	298	461	65	129	136	155	109	231
1996	218	246	303	415	67	139	142	126	120	239
1997	205	263	294	345	71	130	139	135	124	236
1998	215	252	283	341	81	126	145	142	130	248
1999	227	257	294	367	87	138	153	147	133	277
	<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>									
1990	:	1,5	1,2	2,0	0,9	1,0	0,7	1,0	0,9	0,7
1991	:	1,5	1,1	2,0	0,9	1,1	0,7	1,0	0,9	0,7
1992	:	1,7	1,0	2,1	0,8	1,2	0,7	1,0	0,9	0,8
1993	1,4	1,7	1,1	2,0	0,8	1,2	0,7	1,0	0,8	0,7
1994	1,3	1,6	1,0	1,9	0,8	1,2	0,7	0,9	0,8	0,7
1995	1,3	1,2	1,1	2,0	0,8	1,1	0,7	1,1	0,7	0,7
1996	1,2	1,2	1,1	1,8	0,7	1,1	0,7	0,8	0,7	0,7
1997	1,1	1,2	1,0	1,5	0,7	1,0	0,7	0,7	0,7	0,6
1998	1,1	1,2	1,0	1,5	0,8	0,9	0,7	0,7	0,7	0,6
1999	1,1	1,1	0,9	1,5	0,8	1,0	0,7	0,6	0,7	0,7

Quelle: ESSOSS (Europäisches System der integrierten Sozialschutzstatistik), Eurostat.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>in EUR pro Kopf</i>									
451	197	31	328	:	94	297	564	223	1990
448	213	39	329	:	132	341	612	248	1991
460	230	46	262	:	151	329	577	249	1992
484	243	40	205	429	147	308	528	265	1993
487	253	42	216	362	146	278	494	280	1994
507	261	49	245	342	127	278	545	294	1995
500	245	49	243	334	122	273	696	296	1996
487	228	51	248	346	141	329	752	290	1997
532	236	49	258	439	171	351	802	310	1998
568	269	47	274	537	158	403	923	308	1999
<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>									
3,0	1,2	0,5	1,5	:	0,7	1,5	2,6	0,8	1990
2,9	1,2	0,6	1,7	:	0,9	1,6	2,7	0,9	1991
2,8	1,3	0,6	1,6	:	1,1	1,6	2,5	0,9	1992
2,8	1,2	0,5	1,4	2,3	1,0	1,6	2,3	0,9	1993
2,6	1,2	0,5	1,3	1,8	1,0	1,4	2,1	0,9	1994
2,5	1,2	0,6	1,3	1,6	0,9	1,4	2,1	0,9	1995
2,4	1,1	0,6	1,2	1,4	0,8	1,3	2,5	0,9	1996
2,3	1,0	0,5	1,2	1,5	0,7	1,4	2,4	0,9	1997
2,4	1,0	0,5	1,2	1,8	0,8	1,3	2,7	0,9	1998
2,4	1,1	0,4	1,2	2,1	0,7	1,4	2,9	0,9	1999

6.4.14 Sachleistungen des Sozialschutzes für Krankheit/Gesundheitsversorgung

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
	<i>in EUR pro Kopf</i>									
1990	:	793	903	1 080	287	470	1 129	528	866	1 043
1991	:	871	1 000	1 073	294	552	1 179	584	967	1 147
1992	:	977	1 050	1 242	335	612	1 279	655	958	1 286
1993	1 001	953	1 115	1 296	363	577	1 388	686	823	1 473
1994	1 038	995	1 148	1 406	389	554	1 440	735	786	1 534
1995	1 071	1 065	1 176	1 522	416	569	1 508	773	701	1 691
1996	1 128	1 148	1 185	1 547	451	613	1 565	829	820	1 837
1997	1 163	1 071	1 218	1 492	507	607	1 560	990	900	1 815
1998	1 214	1 138	1 366	1 521	506	647	1 622	1 025	925	1 835
1999	1 271	1 215	1 448	1 569	590	672	1 665	1 198	978	1 963
	<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>									
1990	:	5,1	4,4	5,8	4,4	4,6	6,8	5,0	5,7	4,7
1991	:	5,3	4,8	6,0	4,1	4,9	7,0	5,3	5,8	4,8
1992	:	5,6	4,8	6,4	4,5	5,2	7,2	5,6	5,7	5,0
1993	6,2	5,2	4,9	6,3	4,7	5,4	7,5	5,8	5,5	5,2
1994	6,1	5,1	4,7	6,5	4,8	5,2	7,5	5,7	5,2	4,9
1995	6,1	5,1	4,5	6,6	4,8	5,0	7,5	5,5	4,8	5,0
1996	6,1	5,5	4,3	6,7	4,8	5,0	7,6	5,2	4,8	5,3
1997	6,0	5,1	4,3	6,6	5,0	4,8	7,5	5,1	5,0	5,0
1998	6,0	5,2	4,6	6,5	4,9	4,9	7,5	4,9	5,0	4,8
1999	6,0	5,3	4,7	6,5	5,3	4,7	7,4	5,0	5,1	4,7

Quelle: ESSOSS (Europäisches System der integrierten Sozialschutzstatistik), Eurostat.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>in EUR pro Kopf</i>									
850	898	201	1 164	:	625	1 094	1 107	1 066	1990
928	956	267	1 212	:	761	1 224	1 170	1 180	1991
1 051	1 049	370	1 009	:	789	1 156	1 240	1 235	1992
1 155	1 168	410	838	1 205	804	1 114	1 242	1 299	1993
1 122	1 250	451	891	1 202	854	1 090	1 285	1 449	1994
1 200	1 354	448	1 008	1 247	834	1 131	1 370	1 544	1995
1 139	1 360	502	1 043	1 415	904	1 197	1 485	1 603	1996
1 124	1 382	544	1 065	1 443	1 115	1 318	1 698	1 591	1997
1 150	1 451	599	1 081	1 454	1 230	1 487	1 807	1 693	1998
1 240	1 544	669	1 119	1 553	1 297	1 776	1 966	1 787	1999
<i>in % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)</i>									
5,7	5,5	3,5	5,4	:	4,6	5,6	5,2	4,0	1990
6,0	5,5	4,0	6,1	:	5,3	5,8	5,2	4,3	1991
6,4	5,7	4,8	6,1	:	5,6	5,6	5,4	4,5	1992
6,6	6,0	5,5	5,8	6,4	5,7	5,7	5,4	4,5	1993
5,9	6,1	5,9	5,4	6,1	5,7	5,5	5,4	4,6	1994
5,8	6,2	5,4	5,2	6,0	5,7	5,7	5,3	4,6	1995
5,5	6,1	5,6	5,3	6,1	5,7	5,6	5,2	4,9	1996
5,3	6,1	5,8	5,1	6,1	5,7	5,5	5,5	5,0	1997
5,1	6,2	6,0	4,8	6,0	5,8	5,6	6,1	5,1	1998
5,2	6,3	6,2	4,8	6,1	5,7	6,1	6,1	5,3	1999

6.4.15 Sozialleistungen pro Funktion: Krankheit/Gesundheitsversorgung (alle Systeme): 1999

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
	<i>in Mio. EUR</i>									
Sozialschutzleistungen	1 497	1 472	1 742	1 936	677	810	1 819	1 345	1 111	2 240
Barleistungen	227	257	294	367	87	138	153	147	133	277
Sachleistungen	1 271	1 215	1 448	1 569	590	672	1 665	1 198	978	1 963
Sozialleistungen mit Bedürftigkeitsprüfung	:	18	:	23	2	24	19	169	2	12
<i>Barleistungen</i>	:	:	:	:	:	:	5	0	2	:
Regelmäßige Barleistungen	:	:	:	:	:	:	:	0	2	:
Lohnfortzahlung im Krankheitsfall	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Sonstige regelmäßige Barleistungen	:	:	:	:	:	:	:	0	2	:
Einmalige Barleistungen	:	:	:	:	:	:	5	:	:	:
Sonstige einmalige Barleistungen	:	:	:	:	:	:	5	:	:	:
<i>Sachleistungen</i>	:	18	:	23	2	24	14	168	:	12
Stationäre Behandlung	:	17	:	6	:	17	:	:	:	:
Stationäre Behandlung mit direkter Versorgung	:	17	:	6	:	17	:	:	:	:
Erstattung bei stationärer Behandlung	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Ambulante Behandlung	:	1	:	17		7	10	168	:	12
Direkte Versorgung mit Arzneimitteln bei ambulanter Behandl.	:	:	:	3	:	:	:	62	:	2
Sonstige direkte Versorgung bei ambulanter Behandlung	:	1	:	14		7	:	107	:	10
Sonstige Erstattungen bei ambulanter Behandlung	:	:	:	:	:	:	10	:	:	:
Sonstige Sachleistungen	:	:	:		2	:	4	:	:	:
Sozialleistungen ohne Bedürftigkeitsprüfung	1 482	1 454	1 742	1 913	675	786	1 800	1 176	1 109	2 228
<i>Barleistungen</i>	224	257	294	367	87	138	149	147	132	277
Regelmäßige Barleistungen	220	176	288	367	73	138	149	147	132	277
Lohnfortzahlung im Krankheitsfall	215	176	284	367	73	138	149	82	132	277
Sonstige regelmäßige Barleistungen	:	:	4	:		:	:	65	:	:
Einmalige Barleistungen	:	81	6		14	:		:	:	:
Sonstige einmalige Barleistungen	:	81	6		14	:		:	:	:
<i>Sachleistungen</i>	1 259	1 197	1 448	1 546	588	648	1 651	1 029	978	1 951
Stationäre Behandlung	693	1 177	972	643	292	392	870	866	552	982
Stationäre Behandlung mit direkter Versorgung	618	1	972	601	265	390	661	866	552	982
Erstattung bei stationärer Behandlung	:	1 176	:	42	28	2	209	:	:	:
Ambulante Behandlung	548	18	477	867	262	255	753	164	426	969
Direkte Versorgung mit Arzneimitteln bei ambulanter Behandl.	:	:	117	238	3	161	:	:	128	210
Sonstige direkte Versorgung bei ambulanter Behandlung	:	17	360	543	115	92	:	100	298	373
Erstattung der Auslagen für Arzneimittel für ambulante Behandl.	:	1	:	17	119	:	291	51	:	:
Sonstige Erstattungen bei ambulanter Behandlung	:	:	:	68	25	2	462	12	:	385
Sonstige Sachleistungen	:	1	:	37	33		28	:	:	:

Quelle: ESSOSS (Europäisches System der integrierten Sozialschutzstatistik), Eurostat.

(EUR je Einwohner)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>in Mio. EUR</i>									
1 808	1 813	716	1 393	2 090	1 455	2 179	2 890	2 095	Sozialschutzleistungen
568	269	47	274	537	158	403	923	308	Barleistungen
1 240	1 544	669	1 119	1 553	1 297	1 776	1 966	1 787	Sachleistungen
1	:	1	:	:	12	:	:	62	Sozialleistungen mit Bedürftigkeitsprüfung
1	:	:	:	:	12	:	:	:	<i>Barleistungen</i>
1	:	:	:	:	11	:	:	:	Regelmäßige Barleistungen
1	:	:	:	:	:	:	:	:	Lohnfortzahlung im Krankheitsfall
:	:	:	:	:	11	:	:	:	Sonstige regelmäßige Barleistungen
:	:	:	:	:	:	:	:	:	Einmalige Barleistungen
:	:	:	:	:	:	:	:	:	Sonstige einmalige Barleistungen
:	:	1	:	:	:	:	:	62	<i>Sachleistungen</i>
:	:	:	:	:	:	:	:	12	Stationäre Behandlung
:	:	:	:	:	:	:	:	:	Stationäre Behandlung mit direkter Versorgung
:	:	:	:	:	:	:	:	12	Erstattung bei stationärer Behandlung
:	:	:	:	:	:	:	:	12	Ambulante Behandlung
:	:	:	:	:	:	:	:	:	Direkte Versorgung mit Arzneimitteln bei ambulanter Behandl.
:	:	:	:	:	:	:	:	12	Sonstige direkte Versorgung bei ambulanter Behandlung
:	:	:	:	:	:	:	:	:	Sonstige Erstattungen bei ambulanter Behandlung
:	:	1	:	:	:	:	:	38	Sonstige Sachleistungen
1 808	1 813	715	1 393	2 090	1 444	2 179	2 890	2 034	Sozialleistungen ohne Bedürftigkeitsprüfung
567	269	47	274	537	146	403	923	308	<i>Barleistungen</i>
566	269	47	274	537	141	403	921	308	Regelmäßige Barleistungen
452	269	46	274	536	140	403	921	308	Lohnfortzahlung im Krankheitsfall
115	0	:	:	1	1	:	:	:	Sonstige regelmäßige Barleistungen
1	:	:	:	:	6	:	2	:	Einmalige Barleistungen
1	:	:	:	:	6	:	2	:	Sonstige einmalige Barleistungen
1 240	1 544	668	1 119	1 553	1 297	1 776	1 966	1 726	<i>Sachleistungen</i>
876	801	337	522	780	870	1 065	1 066	844	Stationäre Behandlung
876	801	334	512	780	870	1 065	:	844	Stationäre Behandlung mit direkter Versorgung
:	:	3	9	:	:	:	:	:	Erstattung bei stationärer Behandlung
348	704	322	587	737	424	649	822	766	Ambulante Behandlung
145	237	115	:	211	68	226	:	243	Direkte Versorgung mit Arzneimitteln bei ambulanter Behandl.
203	467	184	374	526	356	423	:	523	Sonstige direkte Versorgung bei ambulanter Behandlung
:	:	5	118	:	:	:	:	:	Erstattung der Auslagen für Arzneimittel für ambulante Behandl.
:	:	20	95	:	:	:	:	:	Sonstige Erstattungen bei ambulanter Behandlung
16	39	9	10	35	3	62	79	115	Sonstige Sachleistungen

6.4.16 Konsumausgaben der privaten Haushalte

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I
	<i>für Gesundheit insgesamt</i>								
1970	:	:	36	:	:	:	:	:	13
1980	:	:	90	188	:	:	:	:	53
1985	:	:	164	273	:	:	:	:	113
1990	:	:	258	346	:	:	305	173	195
1995	:	409	316	503	375	236	414	221	274
1996	:	410	327	489	395	252	428	237	320
1997	:	415	337	504	426	256	420	267	348
1998	:	429	359	515	433	277	425	266	364
1999	:	448	374	525	469	302	442	285	376
2000	:	472	393	544	434	327	454	316	388
2001	:	:	418	:	:	:	473	:	371
	<i>für Krankenhausdienstleistungen</i>								
1970	:	:	4	:	:	:	:	:	2
1980	:	:	14	:	:	:	:	:	6
1985	:	:	25	:	:	:	:	:	16
1990	:	:	17	:	:	:	70	91	19
1995	:	120	26	156	:	34	93	131	31
1996	:	122	31	140	:	36	99	141	34
1997	:	119	34	143	:	36	98	162	34
1998	:	126	40	148	:	39	93	163	37
1999	:	134	42	150	:	43	93	170	38
2000	:	142	44	153	:	:	93	183	41
2001	:	:	46	:	:	:	96	:	40
	<i>für ambulante Dienstleistungen</i>								
1970	:	:	19	:	:	:	:	:	5
1980	:	:	31	129	:	:	:	:	20
1985	:	:	60	186	:	:	:	:	41
1990	:	:	108	218	:	:	122	40	79
1995	:	133	133	186	332	130	157	60	104
1996	:	136	135	189	351	138	162	66	121
1997	:	138	137	195	380	139	158	74	133
1998	:	148	146	187	386	151	163	74	139
1999	:	153	151	190	420	164	170	81	142
2000	:	158	157	194	386	:	170	92	142
2001	:	:	169	:	:	:	174	:	145
	<i>für medizinische Erzeugnisse und Geräte</i>								
1970	:	:	13	:	:	:	:	:	6
1980	:	:	45	60	:	:	:	:	27
1985	:	:	79	87	:	:	:	:	56
1990	:	:	132	128	:	:	113	42	97
1995	:	156	157	161	42	72	164	30	139
1996	:	152	161	160	44	78	167	29	165
1997	:	158	167	167	46	80	163	31	182
1998	:	154	172	180	47	87	169	28	189
1999	:	161	181	184	49	95	179	35	197
2000	:	173	192	197	49	:	190	41	204
2001	:	:	203	:	:	:	203	:	186

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Wirtschaft und Finanzen).

(EUR pro Kopf)

Statistiken zur Gesundheit — Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002 — Daten 1970-2001

447



eurostat

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	
<i>für Gesundheit insgesamt</i>								
:	:	:	:	:	12	:	:	1970
:	94	:	88	:	37	:	92	1980
:	152	:	200	:	74	:	156	1985
:	254	237	314	:	108	206	243	1990
346	403	273	337	216	141	264	309	1995
418	423	281	350	249	151	293	349	1996
409	404	296	364	267	185	326	378	1997
413	420	302	371	280	202	402	:	1998
462	449	322	404	300	217	442	:	1999
:	468	344	449	:	244	525	:	2000
:	:	:	480	:	254	:	:	2001
<i>für Krankenhausdienstleistungen</i>								
:	:	:	:	:	1	:	:	1970
:	34	:	15	:	5	:	2	1980
:	57	:	41	:	12	:	3	1985
:	89	0	56	:	20	:	3	1990
149	126	:	53	:	23	:	4	1995
162	125	:	55	:	26	:	4	1996
153	120	:	58	:	32	:	5	1997
153	121	0	58	:	35	:	:	1998
171	131	:	63	:	37	:	:	1999
:	133	:	78	:	42	:	:	2000
:	:	:	83	:	41	:	:	2001
<i>für ambulante Dienstleistungen</i>								
:	:	:	:	:	3	:	:	1970
:	37	:	22	:	11	:	49	1980
:	57	:	67	:	22	:	81	1985
:	106	186	118	:	33	135	144	1990
127	186	201	115	:	37	178	187	1995
129	203	208	115	:	38	195	208	1996
128	192	219	124	:	46	209	219	1997
123	205	221	125	:	50	244	:	1998
138	219	:	138	:	53	266	:	1999
:	230	:	151	:	58	297	:	2000
:	:	:	162	:	67	:	:	2001
<i>für medizinische Erzeugnisse und Geräte</i>								
:	:	:	:	:	8	:	:	1970
:	23	:	51	:	21	:	42	1980
:	39	:	91	:	41	:	72	1985
:	59	51	139	:	55	71	95	1990
70	92	72	169	:	81	86	118	1995
127	94	73	179	:	88	97	137	1996
127	91	77	182	:	107	117	154	1997
137	94	81	188	:	117	159	:	1998
153	99	:	203	:	127	176	:	1999
:	105	:	219	:	143	228	:	2000
:	:	:	235	:	146	:	:	2001

6.4.17 Durchschnittliche Verbrauchsausgaben für Gesundheit je Haushalt

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Gesundheit	1999	:	1 281	560	850	1 468	497	:	539
	1994	639	947	422	638	920	548	1 161	399
	1988	546	604	0	696	693	338	1 007	0
Medizinische Erzeugnisse und Geräte	1999	:	514	309	430	272	289	:	288
	1994	263	376	240	214	37	204	536	162
	1988	158	258	0	0	119	140	446	0
Pharmazeutische Erzeugnisse	1999	:	335	197	209	215	184	:	288
	1994	117	277	148	163	11	94	21	124
	1988	111	175	0	0	89	64	358	0
Sonstige medizinische Erzeugnisse	1999	:	10	6	37	15	8	:	0
	1994	55	8	5	1	0	47	286	39
	1988	4	6	0	0	10	32	2	0
Therapeutische Geräte	1999	:	169	105	184	42	97	:	0
	1994	90	91	87	50	26	63	229	0
	1988	43	78	0	0	20	44	87	0
Ambulante Dienstleistungen	1999	:	630	240	341	1 010	192	:	219
	1994	329	458	171	332	767	339	591	236
	1988	190	314	0	0	522	195	546	0
Medizinische Dienstleistungen	1999	:	336	10	176	348	54	:	119
	1994	180	330	6	116	416	54	357	155
	1988	118	212	0	0	244	83	314	0
Zahnmedizinische Dienstleistungen	1999	:	142	165	120	497	109	:	73
	1994	97	98	124	166	318	162	124	66
	1988	54	59	0	0	254	108	172	0
Paramedizinische Dienstleistungen	1999	:	152	66	45	165	30	:	27
	1988	48	30	41	49	33	122	110	16
	1988	18	43	0	0	24	3	59	0
Krankenhausedienstleistungen	1999	:	137	11	78	185	16	:	32
	1994	43	113	10	92	116	5	34	0
	1988	8	32	0	0	52	4	15	0

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Erhebung zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte).

(in KKS)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	
1 204	1 027	288	641	:	679	641	309	1999 Gesundheit
674	542	303	513	753	636	367	237	1994
370	1 135	363	0	355	0	0	178	1988
662	469	194	323	:	331	244	204	1999 Medizinische Erzeugnisse und Geräte
310	270	166	0	344	291	177	148	1994
152	222	155	0	200	0	0	124	1988
533	254	79	209	:	232	170	111	1999 Pharmazeutische Erzeugnisse
228	146	80	0	291	203	83	44	1994
86	183	85	0	158	0	0	84	1988
33	9	7	11	:	10	10	0	1999 Sonstige medizinische Erzeugnisse
0	0	6	0	6	7	0	31	1994
0	36	5	0	5	0	0	0	1988
95	206	108	103	:	89	64	94	1999 Therapeutische Geräte
82	124	80	0	47	82	94	72	1994
66	4	66	0	37	0	0	40	1988
523	499	124	288	:	0	393	104	1999 Ambulante Dienstleistungen
344	205	132	213	385	282	101	90	1994
207	739	200	0	134	0	0	54	1988
152	141	34	74	:	0	49	52	1999 Medizinische Dienstleistungen
327	80	43	0	223	106	0	90	1994
188	434	95	0	80	0	0	43	1988
237	285	61	153	:	123	317	52	1999 Zahnmedizinische Dienstleistungen
0	102	61	0	97	107	101	0	1994
0	217	75	0	19	0	0	11	1988
135	73	28	61	:	73	27	0	1999 Paramedizinische Dienstleistungen
18	23	27	0	65	69	0	0	1988
19	88	30	0	35	0	0	0	1988
19	59	1	30	:	0	4	0	1999 Krankenhausdienstleistungen
20	67	5	38	24	63	89	0	1994
11	173	8	0	20	0	0	0	1988

6.4.18 Schutz und Förderung der menschlichen Gesundheit als Anteil an den staatlichen Aufwendungen für FuE (bereitgestellte Haushaltsmittel)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I
1980	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1985	:	1,9	3,4	3,1	6,3	2,7	4,0	4,4	7,1
1990	:	2,9	1,7	3,3	8,0	6,8	3,3	4,2	4,8
1995	4,6	1,9	1,6	3,1	5,1	5,4	4,8	3,4	8,5
1996	5,5	1,5	1,6	3,3	5,7	5,6	5,2	3,1	7,6
1997	6,0	1,4	1,6	3,4	5,7	5,0	5,5	3,6	8,5
1998	5,7	1,3	1,8	3,2	4,9	4,6	5,6	4,1	5,6
1999	6,3	1,3	1,8	3,3	4,9	4,8	5,5	2,9	9,4
2000	6,2	1,6	2,0	3,4	5,8	4,8	5,6	:	6,8
2001	:	:	:	3,9	:	:	:	:	:

Quelle: Eurostat, Datenbank New Cronos (Forschung und Entwicklung).

(%)

NL	A	P	FIN	S	UK	EWR	IS	NO	
:	:	:	:	:	:	:	:	:	1980
2,4	:	:	:	:	3,5	:	:	6,7	1985
2,5	:	2,5	:	:	5,2	:	:	5,5	1990
2,5	3,1	7,9	3,5	1,5	7,7	4,6	:	6,2	1995
2,1	2,4	4,6	3,4	1,5	14,2	5,5	3,6	6,1	1996
2,0	2,2	5,9	7,9	:	14,5	6,0	5,7	6,8	1997
2,3	2,6	6,1	7,6	0,9	14,5	5,8	3,9	6,8	1998
3,7	2,6	5,3	7,0	1,8	14,7	6,3	4,2	7,0	1999
3,6	2,5	5,4	6,9	1,3	15,2	6,3	:	7,0	2000
3,1	1,7	7,2	6,4	:	14,2	:	:	7,0	2001

I Organisation der Gesundheitssysteme in den EU-Ländern

	Hauptversicherungs-träger	Anteil (%) an der Finanzierung des Gesundheitssystems (1999)				Methoden der Leistungserbringung im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems (2002)		Hauptleistungserbringer	Art der Bezahlung der für die Primärversorgung zuständigen Ärzte
		Sozialversicherungsbeiträge (*)	Staat	Personen	Private Versicherung	Integriert	Vertraglich		
B+	Sozialversicherung + staatliche Zuschüsse	50,8	31,0	12,5	4,7	—	Alle Leistungen	Praxen privat; Krankenhäuser zum Teil öffentlich	Einzelleistungsvergütung
DK	Staatlicher Gesundheitsdienst	0,0	83,4	14,6	2,0	Krankenhäuser	Praktische Ärzte, Fachärzte außerhalb von Krankenhäusern, Apotheken	Vorwiegend staatlich	Kopfpauschale, Einzelleistungsvergütung (Ü) (†)
D+	Sozialversicherung	69,5	11,0	11,0	8,5	—	Alle Leistungen	Praxen privat; Krankenhäuser zum Teil öffentlich	Einzelleistungsvergütung, Fallpauschale, festes Budget auf der Basis von Kopfpauschalen
EL	Mischsystem: staatlicher Gesundheitsdienst + Beiträge	46,7	37,5	11,6	4,2	Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser	Private Krankenhäuser und Apotheken	Vorwiegend staatlich	Gehalt (Ü)
E	Staatlicher Gesundheitsdienst	6,4	63,8	26,4	3,4	Fachärzte, Krankenhäuser, praktische Ärzte	Apotheken, Zahnärzte und private Krankenhäuser	Vorwiegend staatlich	Gehalt, Kopfpauschale
F	Sozialversicherung	72,9	6,0	9,8	10,4	—	Alle Leistungen	Praxen privat; Krankenhäuser vorwiegend öffentlich	Einzelleistungsvergütung
IRL	Staatlich finanziertes Gesundheitssystem	4,2	76,6	11,1	7,8	Öffentliche Krankenhäuser, Fachärzte	Private, nicht auf Gewinn ausgerichtete Krankenhäuser, praktische Ärzte, Apotheken	Vorwiegend privat	Einzelleistungsvergütung, Kopfpauschale
I	Staatlicher Gesundheitsdienst	1,6	66,0	27,2	4,1	Öffentliche Krankenhäuser, Fachärzte	Private Krankenhäuser, praktische Ärzte und private Fachärzte	Vorwiegend staatlich	Gehalt, Kopfpauschale (Ü)
L	Sozialversicherung	56,0	24,8	17,3	2,0	—	Alle Leistungen	Vorwiegend privat	Einzelleistungsvergütung
NL+	Sozialversicherung	74,5	5,1	6,8	14,9	—	Alle Leistungen	Vorwiegend privat	Einzelleistungsvergütung,
A		54,6	29,1	10,3	6,0	—	Alle Leistungen	Praxen vorwiegend privat; Krankenhäuser vorwiegend öffentlich	Einzelleistungsvergütung (Ü), Fallpauschale (†)
P	Staatlicher Gesundheitsdienst	11,9	54,1	31,1	2,5	Praktische Ärzte, einige Fachärzte, öffentliche Krankenhäuser	Private Krankenhäuser, einige Ärzte in ländlichen Gebieten, Apotheken, radiologische und pathologische Laboratorien	Vorwiegend staatlich	Gehalt, Einzelleistungsvergütung (Ü)
FIN	Staatlicher Gesundheitsdienst	12,2	64,2	23,2	0,5	Krankenhäuser, Gesundheitszentren	Private Krankenhäuser, Apotheken, private Ambulanzdienste	Vorwiegend staatlich	Gehalt, Kopfpauschale (Ü)
S	Staatlicher Gesundheitsdienst	11,0	68,3	16,4	4,3	Krankenhäuser, Gesundheitszentren, Apotheken	Private Ärzte und Krankenhäuser (1 % der Betten)	Vorwiegend staatlich	Gehalt (Ü), private Ärzte mit Einzelleistungsvergütung
UK	Staatlicher Gesundheitsdienst	7,1	74,2	12,7	6,0	—	Fast alle Leistungen	Praktische Ärzte und Zahnärzte vorwiegend privat, Krankenhäuser vorwiegend öffentlich	Kopfpauschale (Ü) (†)
CH+	Sozialversicherung + staatliche Zuschüsse	43,7	15,4	30,5	10,4	—	Alle Leistungen	Praxen privat; Krankenhäuser zum Teil öffentlich, Managed-Care-Organisationen	Einzelleistungsvergütung

(*) Einschließlich Arbeitgeberbeiträge.

+ Sozialversicherung mit freier Kassenwahl.

(Ü) Zugang zu Fachärzten normalerweise mit Überweisung durch einen praktischen Arzt.

(†) Kann bei Ärzten mit hoher Patientenzahl reduziert werden.

(‡) Auch Privatärzte mit Einzelleistungsvergütung und dem Recht auf Zuschläge.

(§) Es gibt auch Gehaltskomponenten, einige Einzelleistungsvergütungen und Prämien für das Erreichen bestimmter Präventionsziele.

Quelle: BASYS (Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung), Augsburg 2002.

II Übersicht über die Betreuung zu Hause (häusliche Krankenpflege- und Hilfsdienste)

	Hauptleistungserbringer	Erbrachte Leistungen	Ärztliche Überweisung erforderlich (für häusliche Krankenpflege)
B	<i>Häusliche Krankenpflege:</i> eine landesweite private, nicht auf Gewinn ausgerichtete Organisation (Weißes/Gelbes Kreuz), einige kleinere Organisationen und eine große Zahl unabhängiger Pflegekräfte <i>Häusliche Hilfe:</i> Sozialdienste der Gemeinden und einige private Organisationen	<i>Häusliche Krankenpflege:</i> Hygiene und sonstige persönliche Versorgung, medizinische Routinepflegeverfahren, komplexere Pflegeaktivitäten, Patientenaufklärung und Förderung informeller Betreuung <i>Häusliche Hilfe:</i> Hausarbeit, Hygiene und sonstige persönliche Versorgung, psychologische Unterstützung, Hilfe im Allgemeinen und für die Familie; elf Stunden pro Woche und Familie (Durchschnitt), verteilt auf zwei Tage	Ja, bei medizinischer Hauskrankenpflege, z. B. Injektionen
DK	<i>Häusliche Pflege:</i> Dienst der Gemeinden	<i>Häusliche Krankenpflege:</i> (nicht verfügbar) <i>Häusliche Pflege:</i> Hausarbeit, Hygiene und sonstige persönliche Versorgung, Einkaufen und Spaziergänge	Nein
D	<i>Häusliche Krankenpflege:</i> vorwiegend private, nicht auf Gewinn ausgerichtete Organisationen; in einigen Regionen vorwiegend gewinnorientierte Organisationen <i>Häusliche Hilfe:</i> vorwiegend private, nicht auf Gewinn ausgerichtete Organisationen; verschiedene Einrichtungen für Dienste zusätzlich zur häuslichen Krankenpflege (Sozialstationen) und für die häusliche Hilfe für ältere Menschen (MSD)	<i>Häusliche Krankenpflege:</i> Grundpflege (Unterstützung der Patienten bei Grundbedürfnissen einschließlich Alltagshandlungen), Behandlungspflege (fachliche Pflegeverfahren) <i>Häusliche Hilfe:</i> vorübergehende Unterstützung für Familien oder Einzelne zu Hause, einschließlich Grundpflege, pädagogischer und psychologischer Betreuung sowie Haushaltshilfe	Ja
EL	<i>Häusliche Krankenpflege:</i> Einrichtungen des staatlichen Gesundheitsdienstes, private Organisationen (gewinnorientierte und nicht auf Gewinn ausgerichtete) <i>Häusliche Hilfe:</i> private Organisationen (gewinnorientierte und nicht auf Gewinn ausgerichtete)	<i>Häusliche Krankenpflege:</i> Beurteilung der Bedürfnisse, fachliche Routinepflegeverfahren, komplexere Pflege, Patientenaufklärung, psychosoziale Aktivitäten und Beurteilung der Pflegeleistungen <i>Häusliche Hilfe:</i> Hausarbeit, Hygiene und sonstige persönliche Versorgung, fachliche Routinepflegeverfahren, psychologische Unterstützung	Nein
E	<i>Häusliche Krankenpflege:</i> Gesundheitszentren des staatlichen Gesundheitsdienstes <i>Häusliche Hilfe:</i> Sozialdienste der Gemeinden	<i>Häusliche Krankenpflege:</i> Beurteilung der Bedürfnisse, Hygiene und sonstige persönliche Versorgung, fachliche Routinepflegeverfahren, komplexere Pflegeaktivitäten, Patientenaufklärung, psychosoziale Aktivitäten, Förderung von Hilfe und Beurteilung der Betreuung <i>Häusliche Hilfe:</i> Hausarbeit, Hygiene und sonstige persönliche Versorgung, Unterstützung der Familie	Nein
F	Vorwiegend private, nicht auf Gewinn ausgerichtete Organisationen, einige Dienste durch Gemeinden und viele unabhängige Pflegekräfte	<i>Häusliche Krankenpflege:</i> Hygiene und sonstige persönliche Versorgung, psychosoziale Aktivitäten und Förderung der Hilfe durch Familienmitglieder und andere Betreuer <i>Häusliche Hilfe:</i> Hausarbeit, Hygiene (in bestimmten Fällen)	Ja
IRL	<i>Häusliche Krankenpflege:</i> nur staatliche Gesundheitsbehörden (Health Board) <i>Häusliche Hilfe:</i> Gesundheitsbehörden (Health Board) und einige Freiwilligenorganisationen	<i>Häusliche Krankenpflege:</i> Hygiene und sonstige persönliche Versorgung, Beurteilung der Bedürfnisse, fachliche Routinepflegeverfahren, komplexere Pflege, Patientenaufklärung, psychosoziale Aktivitäten und Förderung der informellen Pflege <i>Häusliche Hilfe:</i> persönliche Grundversorgung, psychologische Unterstützung, administrative Aufgaben und Überwachung der Standards für die häusliche Pflege	Nein

Beurteilung von Bedürfnissen	Finanzierung der Organisationen	Selbstbehalt der Patienten	
Durch häusliche Pflegekraft, Sozialarbeiter oder Sozialpflegekraft mit einem nationalen, standardisierten Formular (Katz-schaal)	<i>Häusliche Krankenpflege:</i> Einzelleistungsvergütung: pro Tag oder Tätigkeit je nach Ausmaß der Hilfsbedürftigkeit des Patienten <i>Häusliche Hilfe:</i> von der Zentralregierung auf der Grundlage der Anzahl des Personals und der Klienten subventioniert	<i>Häusliche Krankenpflege:</i> Ja, vorwiegend Mitgliedsbeitrag <i>Häusliche Hilfe:</i> Ja, abhängig vom Einkommen und von der Zusammensetzung des Haushalts Durchschnittlicher Anteil an den Gesamtkosten: 20 %	B
Durch Sozialberater oder Pflegekraft. Kein standardisiertes Beurteilungsformular	Festes Budget, das aus nationalen und lokalen Steuern finanziert wird	Nein, außer bei einigen sehr spezifischen Fällen der häuslichen Krankenpflege Durchschnittlicher Anteil an den Gesamtkosten: 0	DK
<i>Häusliche Krankenpflege:</i> durch Ärzte in Zusammenarbeit mit Pflegedienstleiter anhand von standardisierten Formularen <i>Häusliche Hilfe:</i> meist durch Pflegekraft oder Sozialarbeiter anhand von standardisierten Formularen	<i>Häusliche Krankenpflege:</i> Einzelleistungsvergütung <i>Häusliche Hilfe:</i> Einzelleistungsvergütung (durch Patienten oder Versicherung); für den MSD kommt ein globales Budget je nach Mitarbeiterzahl und Output von den Gemeinden hinzu	<i>Häusliche Krankenpflege:</i> Nein <i>Häusliche Hilfe:</i> Ja, außer die Heimhilfe erfolgt zusätzlich zur häuslichen Krankenpflege Durchschnittlicher Anteil an den Gesamtkosten: 10 % (Sozialstationen), 20 % (Sons-tige)	D
<i>Häusliche Krankenpflege:</i> durch Arzt, Sozial-arbeiter der Gesundheitsfürsorge, Gemein-deschwester; kein standardisiertes Formular <i>Häusliche Hilfe:</i> durch Gemein-deschwester oder Sozialarbeiter; kein standardisiertes Formular	<i>Häusliche Krankenpflege:</i> staatlicher Gesundheitsdienst und Rotes Kreuz: festes Budget; andere: Einzelleistungsvergütung <i>Häusliche Hilfe:</i> Einzelleistungsvergütung; keine Finanzierung durch Behörden oder Versicherungen	<i>Häusliche Krankenpflege:</i> Ja, für alle Leis-tungen <i>Häusliche Hilfe:</i> Ja, nur bei privaten, gewinn-orientierten Einrichtungen Durchschnittlicher Anteil an den Gesamtkosten: 20 %	EL
<i>Häusliche Krankenpflege:</i> Pflegekraft oder Arzt anhand eines standardisierten Formulars <i>Häusliche Hilfe:</i> Sozialarbeiter, in einigen Landesteilen wird ein standardisiertes Formular verwendet	<i>Häusliche Krankenpflege:</i> festes Budget <i>Häusliche Hilfe:</i> festes Budget von den Gemeinden und der Zentralregierung	<i>Häusliche Krankenpflege:</i> Nein <i>Häusliche Hilfe:</i> Ja, abhängig vom Einkommen Durchschnittlicher Anteil an den Gesamtkosten: 10 %	E
<i>Häusliche Krankenpflege:</i> durch Pflegekraft mit standardisierten Formularen <i>Häusliche Hilfe:</i> durch Sozialarbeiter	<i>Häusliche Krankenpflege:</i> Einzelleistungsvergütung (Bezahlung für Tätigkeiten) und Budget für eine fixe Anzahl von Patienten <i>Häusliche Hilfe:</i> Finanzierung durch Gemeinde (niedrige Einkommensgruppen) oder Privatversicherung	<i>Häusliche Krankenpflege:</i> Ja, aber meist durch Zusatzversicherung gedeckt <i>Häusliche Hilfe:</i> Nicht unter einem bestimmten Einkommen, ansonsten abhängig von Altersversicherung Durchschnittlicher Anteil an den Gesamtkosten: 0	F
Durch Gemein-deschwester oder Organisator der häusli-chen Hilfe, keine landesweit standardisierten Formulare	Festes Budget	<i>Häusliche Krankenpflege:</i> Nein <i>Häusliche Hilfe:</i> Ja, aber unterschiedliche Regelungen je nach Gesundheitsbehörde (Health Board) Durchschnittlicher Anteil an den Gesamtkosten: 10 %	IRL



	Hauptleistungserbringer	Erbrachte Leistungen	Ärztliche Überweisung erforderlich (für häusliche Krankenpflege)
I	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> verschiedene Organisationen: staatlicher Gesundheitsdienst, Sozialdienste der Gemeinden, private Organisationen (gewinnorientierte und nicht auf Gewinn ausgerichtete)</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> Sozialdienste der Gemeinden und private Organisationen (gewinnorientierte und nicht auf Gewinn ausgerichtete)</p>	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> Mindestumfang der Pflege pro Jahr ist gesetzlich festgelegt (140 Stunden Arbeiten im Haushalt und für die persönliche Versorgung, 100 Stunden Krankenpflege, 50 Hausbesuche durch praktischen Arzt, 50 Stunden Rehabilitation und acht ärztliche Kontrollen)</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> Hausarbeit, Hygiene und persönliche Versorgung, psychologische Unterstützung, allgemeine Unterstützung und Unterstützung der Familie</p>	Nein
L	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> zwei große private, nicht auf Gewinn ausgerichtete Organisationen und vier kleinere (zwei davon nicht auf Gewinn ausgerichtet)</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> vorwiegend private, nicht auf Gewinn ausgerichtete Organisationen</p>	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> vorwiegend ärztlich verordnete Dienste (Hygiene und sonstige persönliche Versorgung, Beurteilung der Bedürfnisse, fachliche Routinepflegeverfahren, komplexere Pflegeaktivitäten, Patientenaufklärung, psychosoziale Aktivitäten)</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> Hausarbeit, Hygiene und persönliche Versorgung, psychologische Unterstützung, administrative Aufgaben</p>	Ja, nur für fachliche Pflegeaktivitäten
NL	Nationale Heimpflegevereinigung, die aus den regionalen Kreuz-Vereinigungen besteht, oder Organisationen für häusliche Pflege (alle privat und nicht auf Gewinn ausgerichtet)	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> Beurteilung der Bedürfnisse, Hygiene und sonstige persönliche Versorgung, fachliche Routinepflegeverfahren, komplexere Pflegeaktivitäten, Patientenaufklärung, psychosoziale Aktivitäten, Förderung von Hilfe und Beurteilung der Betreuung</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> Hausarbeit, Hygiene und persönliche Versorgung, psychologische Unterstützung, psychosoziale Unterstützung</p>	Nein
A	Verschiedene Organisationen in den einzelnen Bundesländern; vorwiegend private, nicht auf Gewinn ausgerichtete Organisationen	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> Grundpflege (Unterstützung des Patienten bei Grundbedürfnissen einschließlich Alltagshandlungen), medizinische Hauskrankenpflege (fachliche Pflegeverfahren) und Grundbetreuung wie Waschen und Ankleiden</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> temporäre Unterstützung von Familien oder Einzelnen zu Hause</p>	Ja, nur bei medizinischer Hauskrankenpflege
P	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> vorwiegend Gesundheitszentren des staatlichen Gesundheitsdienstes und einige private, nicht auf Gewinn ausgerichtete Organisationen</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> Sozialdienste der Gemeinden und einige private, nicht auf Gewinn ausgerichtete soziale Organisationen</p>	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> fachliche Routinepflegeverfahren, Patientenaufklärung, psychosoziale Betreuung und Förderung informeller Betreuung</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> Hausarbeit, Hygiene und sonstige persönliche Versorgung, Unterstützung der Familie</p>	Nein
FIN	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> lokale Gesundheitszentren (und Sozialzentren) (staatlicher Gesundheitsdienst)</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> lokale Gesundheitszentren (und Sozialzentren) (staatlicher Gesundheitsdienst), Sozialamt der Gemeinden und private, nicht auf Gewinn ausgerichtete Organisationen</p>	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> medizinische Versorgung und Pflege im Heim des Patienten, Hilfe bei allen Aktivitäten des Alltags und Koordinierung der Patientenbetreuung mit häuslichen Hilfsdiensten, damit der Patient möglichst lange zu Hause leben kann</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> Hausarbeit, Hygiene und sonstige persönliche Versorgung, psychologische Unterstützung</p>	Ja
S	Gesundheitszentren des staatlichen Gesundheitsdienstes oder Sozialdienste der Gemeinden	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> Beurteilung der Bedürfnisse, Hygiene und sonstige persönliche Versorgung, fachliche Routinepflegeverfahren, komplexere Pflegeaktivitäten, Patientenaufklärung, psychosoziale Aktivitäten, Förderung von Hilfe und Beurteilung der Betreuung</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> Hausarbeit, Hygiene und sonstige persönliche Versorgung, fachliche Routinepflegeverfahren</p>	Nein, nur in einigen Regionen
UK	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> Teil des staatlichen Gesundheitsdienstes (NHS): Gemeindestelle der Bezirksgesundheitsbehörde (DHA) oder eigenständige Community Trusts (nach der Reform des staatlichen Gesundheitsdienstes)</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> Sozialdienste der Gemeinden und private Organisationen (gewinnorientierte und nicht auf Gewinn ausgerichtete)</p>	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> Beurteilung der Bedürfnisse, Hygiene und sonstige persönliche Versorgung, fachliche Routinepflegeverfahren, komplexere Pflegeaktivitäten, Patientenaufklärung, psychosoziale Aktivitäten, Förderung von Hilfe und Beurteilung der Betreuung</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> Hausarbeit, Hygiene und sonstige persönliche Versorgung, allgemeine Unterstützung und Unterstützung der Familie</p>	Nein

Quelle: NIVEL-Institut, Utrecht, 1999.

Beurteilung von Bedürfnissen	Finanzierung der Organisationen	Selbstbehalt der Patienten	
<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> Pflegekraft, Arzt oder spezielles Team; keine landesweit standardisierten Formulare</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> große Unterschiede zwischen den Organisationen; keine landesweit standardisierten Formulare</p>	<p>Staatliche Einrichtungen: Budgets</p> <p>Private Organisationen: Einzelleistungsvergütung</p>	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> Ja, bei Sozialdiensten und privaten Organisationen; nicht beim staatlichen Gesundheitsdienst</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> Ja, aber große Unterschiede zwischen den Organisationen</p> <p>Durchschnittlicher Anteil an den Gesamtkosten: 50 %</p>	I
<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> Ärzte oder Fachpflegekraft; ein besonderes Formular kann verwendet werden</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> durch Leitung des regionalen Dienstes: Sozialarbeiter oder Fachpflegekraft</p>	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> vorwiegend Einzelleistungsvergütung; die vier kleineren Organisationen erhalten zusätzlich Mittel vom Staat</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> vorwiegend Budgets, die vom Gesundheitsministerium und von den Gemeinden finanziert werden</p>	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> Ja, für die allgemeine Grundpflege</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> Ja, abhängig vom Einkommen</p> <p>Durchschnittlicher Anteil an den Gesamtkosten: 30 %</p>	L
<p>Häusliche Pflegekraft (bei regionalen Kreuz-Vereinigungen); Pflegekraft, Leiter des häuslichen Hilfsdienstes oder spezielles Team (bei häuslichen Pflegediensten); keine landesweit standardisierten Formulare</p>	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> festes Budget je nach Anzahl der Mitarbeiter</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> festes Budget von der Zentralregierung auf der Grundlage der Einwohnerzahl und Altersverteilung im Einzugsgebiet</p>	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> Nein</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> Ja, abhängig vom Einkommen und der Zusammensetzung des Haushalts</p> <p>Durchschnittlicher Anteil an den Gesamtkosten: 10 %</p>	NL
<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> durch qualifiziertes Pflegepersonal anhand eines standardisierten Formulars</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> durch qualifiziertes Personal einer eigenen staatlichen Behörde anhand eines standardisierten Formulars</p>	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> Einzelleistungsvergütung; Zahlung für Pflegetätigkeiten</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> subventioniert durch Länder und Gemeinden sowie Zahlung pro Stunde</p>	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> Ja, für allgemeine Grundpflege</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> Ja, abhängig vom Einkommen.</p> <p>Durchschnittlicher Anteil an den Gesamtkosten: 13 %</p>	A
<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> Pflegekraft oder Arzt; keine standardisierten Formulare</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> Sozialarbeiter; keine standardisierten Formulare</p>	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> festes Budget auf der Grundlage der bisherigen Kosten mit Inflationsanpassung</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> festes Budget von der Zentralregierung auf der Grundlage der Anzahl der Klienten und Arten von Leistungen</p>	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> Nein</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> Ja, abhängig vom Einkommen</p>	P
<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> durch Arzt, Pflegekraft im Sozialdienst oder geprüfte Pflegekraft; standardisierte Formulare werden verwendet</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> durch Leiter des Haushaltshilfsdienstes oder Sozialarbeiter (Sozialamt) oder Pflegekraft im Sozialdienst oder geprüfte Pflegekraft (Gesundheits- und Sozialzentren); standardisierte Formulare werden verwendet.</p>	<p>Budget wird von örtlichen Behörden festgelegt</p>	<p>Ja, abhängig von Einkommen und Haushalt</p> <p>Durchschnittlicher Anteil an den Gesamtkosten: 11-35 %</p>	FIN
<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> geprüfte Pflegekraft (in Gesundheitszentren). Leiter des häuslichen Hilfsdienstes (in Sozialdiensten); keine standardisierten Formulare</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> festes Budget von Gemeinden und Zentralregierung</p>	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> festes Budget</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> festes Budget von Gemeinden und der Zentralregierung</p>	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> Ja</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> Ja, abhängig vom Einkommen und der Anzahl der Stunden der Betreuung</p>	S
<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> durch Teamleiter (qualifizierte Pflegekraft); keine landesweit standardisierten Formulare</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> Pflegemanager (Sozialarbeiter); keine landesweit standardisierten Formulare</p>	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> altes System: festes Budget auf der Grundlage der Einwohnerzahl und demografischer Merkmale; neues System: Einzelleistungsvergütung</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> Sozialdienst: Budgets; private Organisationen: Einzelleistungsvergütung</p>	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> Nein</p> <p><i>Häusliche Hilfe:</i> Ja, es bestehen verschiedene Regelungen</p> <p>Durchschnittlicher Anteil an den Gesamtkosten: 20 %</p>	UK

III Beschreibung der Zahlungen:

1. Hauptformen des Selbstbehalts für medizinische Behandlung und Krankenhausaufenthalte 2001

	Genehmigung der ärztlichen Behandlung	Ärztehonorar
DK	<p>Alle zugelassenen Ärzte (Zahl abhängig von der Einwohnerzahl der einzelnen Bezirke).</p> <p>1. <i>Kategorie:</i> Freie Arztwahl (einmal im Halbjahr) unter den zugelassenen Ärzten des Bezirks. Keine Zahlung des Versicherten für die Behandlung durch den gewählten Arzt.</p> <p>2. <i>Kategorie:</i> Freie Arztwahl, jedoch hat der Versicherte einen Teil des Honorars zu tragen.</p>	<p>Die Honorare werden zwischen dem Ärzteverband und der öffentlichen Krankenversicherung vereinbart. Die Honorierung erfolgt nach der Zahl der eingetragenen Patienten und der erbrachten ärztlichen Leistungen. Fachärzte erhalten einen Pauschalbetrag je ärztliche Leistung.</p> <p>1. <i>Kategorie:</i> Freie Arztwahl (einmal im Halbjahr) unter den zugelassenen Ärzten des Bezirks. Keine Zahlung des Versicherten für die Behandlung durch den gewählten Arzt.</p> <p>2. <i>Kategorie:</i> Freie Arztwahl, jedoch hat der Versicherte einen Teil des Honorars zu tragen.</p>
D	<p>An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, zusammengeschlossen in Kassenärztlichen Vereinigungen auf Bundes- und Landesebene, u. U. auch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung, Ärzte in Krankenhäusern, in besonderen Fällen ärztlich geleitete Einrichtungen.</p>	<p>Es gilt grundsätzlich das Sachleistungsprinzip: Die Versicherten zahlen keine Honorare, die Vergütung erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung. Die Gesamtvergütung kann als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt.</p> <p>Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütung unter die Vertragsärzte nach einem bestimmten Schlüssel (Honorarverteilungsmaßstab).</p> <p>Freie Wahl unter den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten.</p> <p>Freiwillig Versicherte können anstelle der Sachleistung auch Kostenerstattung wählen.</p>
EL	<p>Alle von der Sozialversicherungsanstalt (IKA) angestellten Ärzte.</p>	<p>Vergütung der Ärzte durch den Versicherungsträger.</p> <p>Freie Arztwahl besteht nicht. Der Versicherte lässt sich von dem örtlich zuständigen Arzt des Versicherungsträgers behandeln.</p> <p>Keine Honorierung durch den Versicherten.</p>
E	<p>Die Öffentlichen Gesundheitsdienste (Servicios Públicos de Salud) besetzen offene Stellen mit Ärzten (Auswahlverfahren).</p>	<p>Allgemeinmediziner und niedergelassene Fachärzte erhalten im Allgemeinen Pauschalhonorare, deren Höhe von der Anzahl der beim Arzt eingetragenen Versicherten abhängt, so dass ein Mindesteinkommen garantiert ist.</p> <p>Krankenhausärzte erhalten im Allgemeinen ein festes Monatsgehalt und bestimmte Zulagen.</p> <p>Freie Wahl des am Ort praktizierenden Allgemeinmediziners, Kinderarztes und Gynäkologen bzw. Geburtshelfers, vorausgesetzt, der Arzt hat sein Listenkontingent noch nicht erschöpft.</p> <p>Keine Honorierung durch den Versicherten.</p>
F	<p>Alle zugelassenen Ärzte.</p>	<p>Gebührenordnung durch staatliche Abkommen bzw. interministerielle Erlasse festgestellt. Überschreitung der Höchstsätze möglich für Kassenärzte, die im sog. Sektor der „freien Honorare“ praktizieren oder die vor 1980 eine besondere fachliche Qualifikation erworben haben.</p> <p>Freie Arztwahl. Honorarvorschusszahlung durch den Versicherten. Erstattung nach der vereinbarten oder amtlich gesetzten Gebührenordnung.</p>

Kostenbeteiligung des Patienten	Krankenhausaufenthalte	
<p>1. <i>Kategorie:</i> Keine Selbstbeteiligung (Behandlung durch den frei gewählten Allgemeinmediziner oder durch den Facharzt aufgrund einer Überweisung).</p> <p>2. <i>Kategorie:</i> Der Teil der Kosten, der den von der öffentlichen Krankenversicherung getragenen Betrag für die 1. Kategorie übersteigt, geht zu Lasten des Versicherten.</p>	<p>Freie Wahl unter den regionalen öffentlichen Krankenhäusern.</p> <p><i>Öffentliche Krankenhäuser und zugelassene Privatkliniken:</i> keine Selbstbeteiligung.</p> <p><i>Nicht zugelassene Privatkliniken:</i> Übernahme aller Kosten durch den Patienten.</p> <p>Die Selbstbeteiligung entfällt, wenn das öffentliche Krankenhaus die Unterbringung in einer Privatklinik anordnet.</p>	DK
<p>Keine Selbstbeteiligung bei vertragsärztlicher Behandlung.</p> <p>Ausnahmen: bei Abgabe von Heilmitteln (u. a. Massagen, Bäder und Krankengymnastik) auch als Bestandteil der ärztlichen Behandlung, 15 % Selbstbeteiligung der Versicherten, außer Kinder und Härtefälle.</p>	<p>Volle Kostenübernahme für ein Mehrbettzimmer, mit Ausnahme einer Selbstbeteiligung von 17 DEM (8,69 EUR) (alte Bundesländer) bzw. 14 DEM (7,16 EUR) (neue Bundesländer) pro Kalendertag für höchstens 14 Tage.</p> <p><i>Dauer der Kostenübernahme:</i> Grundsätzlich ohne Begrenzung.</p>	D
<p>Keine Selbstbeteiligung.</p>	<p>Der Versicherte hat Anrecht auf Unterbringung in einem öffentlichen Krankenhaus, in einer vom Versicherungsträger bestimmten Vertragsklinik oder in einem IKA-Krankenhaus.</p> <p>Keine Kosten für den Versicherten im Falle einer Aufnahme im Krankenhaus.</p>	EL
<p>Keine Selbstbeteiligung.</p>	<p><i>Krankenhausaufenthalt bei chirurgischen Eingriffen:</i> volle Kostenerstattung. <i>Sonstige Arten der Krankenhausbehandlung:</i> nach freiwilliger bzw. auf Antrag des behandelnden Arztes erfolgten Genehmigung, wenn es die Diagnose erfordert oder es sich um Infektionskrankheiten handelt oder wenn der Zustand bzw. das Verhalten des Patienten eine ständige Überwachung erfordern.</p>	E
<p>Rechtlich vorgesehene Selbstbeteiligung von:</p> <p>30 % bei Arzthonoraren,</p> <p>25 % bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern,</p> <p>20 % bei Krankenhausaufenthalten.</p> <p>Keine Selbstbeteiligung bei bestimmten, genau definierten Beschwerden.</p>	<p>Freie Wahl unter den öffentlichen Krankenhäusern und den privaten (Vertrags-)Krankenhäusern.</p> <p>Kostenbeteiligung der Versicherten im Allgemeinen in Höhe von 20 %. Keine Selbstbeteiligung ab dem 31. Tag oder bei der Behandlung schwerer Erkrankungen (ab „K 50“ der Skala).</p> <p>Beteiligung an den Krankenhauskosten: 70 FRF (11 EUR) pro Tag, einschließlich dem Tag der Entlassung</p> <p>Dauer der Leistung: Im Prinzip unbegrenzt (im Einvernehmen mit der zuständigen Kasse).</p>	F

	Genehmigung der ärztlichen Behandlung	Ärztehonorar
IRL	Teilnahme der Ärzte am Gesundheitsdienst aufgrund eines vom Ministerium für Gesundheit und Kinder (Department of Health and Children) genehmigten Vertrags mit dem Irischen Ärzteverband (Irish Medical Organisation).	Die Ärzte erhalten pro Patient eine jährliche Kopfpauschale, deren Höhe mit dem Irischen Ärzteverband (Irish Medical Organisation) vereinbart wird. Voll Anspruchsberechtigte können aus einer Liste von Ärzten im jeweiligen Bezirk auswählen. Die Honorierung erfolgt durch die örtliche Gesundheitsbehörde (Health Board). Begrenzt Anspruchsberechtigte wählen sich ihren eigenen Arzt und bezahlen direkt.
I	Verbeamtete Ärzte der regionalen Gesundheitsdienste bzw. Krankenhäuser. Durch Sonderverträge zugelassene Allgemeinmediziner und Fachärzte.	<i>Verbeamtete Ärzte:</i> variables Monatsentgelt, von der Regierung für jede Berufskategorie festgelegt. <i>Zugelassene Ärzte:</i> Kopfpauschale. Freie Wahl des praktischen Arztes unter den Vertragsärzten der jeweiligen Region. Die Wahl wird bestätigt, bis sich der Versicherte anders entscheidet. Der Versicherte trägt keine Kosten, sondern der Arzt erhält vom Bezirk eine Pro-Kopf-Pauschale. Für den Besuch eines Facharztes ist eine Überweisung des praktischen Arztes erforderlich und der Versicherte hat Fachärzte der lokalen Gesundheitsdienste (USL) aufzusuchen.
L	Alle zugelassenen Ärzte.	Vergütungssätze aufgrund kollektiver Vereinbarungen. Die Tarife werden jährlich nach Verhandlungen angepasst. Vergütung pro Behandlung. Freie Arztwahl in jedem Krankheitsfall, mit Zustimmung der Kasse auch Behandlung im Ausland möglich. Honorarvorschuss durch den Versicherten, danach Erstattung durch die Kasse.
NL	Alle zugelassenen Ärzte durch Vertragsabschluss mit einer Krankenkasse.	Direkte Honorierung durch die Kasse: Pauschalbetrag pro Versicherten nach dem Listensystem (Einschreibesystem bei Hausarzt). Freie Arztwahl (zweimal jährlich) durch Registrierung bei einem durch Vertrag zugelassenen Kassenarzt.
A	Die Beziehungen zwischen den Ärzten und den Versicherungsträgern werden durch Einzelverträge geregelt, deren Inhalt weitgehend durch Gesamtverträge mit den regionalen Ärztekammern bestimmt ist.	Die Vergütung ist in den Gesamtverträgen zwischen den regionalen Ärztekammern und den Versicherungsträgern festgelegt (Pauschale pro Kopf, Erkrankungsfall oder medizinische Behandlung bzw. Kombination davon). Freie Wahl unter den Ärzten, die einen Einzelvertrag abgeschlossen haben (Vertragsärzte). Der Versicherte zahlt kein Honorar, die Vergütung erfolgt durch den Versicherungsträger.

Kostenbeteiligung des Patienten	Krankenhausaufenthalte	
<p><i>Personen mit voller Anspruchsberechtigung (full eligibility)</i> erhalten die Leistungen der Allgemeinärzte einschließlich verschriebener Medikamente ohne Selbstbeteiligung. Verschiedene Maßnahmen zur Unterstützung von nicht anspruchsberechtigten Personen, insbesondere bei den Kosten verschriebener Medikamente.</p> <p><i>Personen mit begrenzter Anspruchsberechtigung (limited eligibility)</i> können ohne Selbstbeteiligung fachärztliche Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern erhalten.</p>	<p><i>Voll Anspruchsberechtigte:</i> Keine Selbstbeteiligung.</p> <p><i>Begrenzt Anspruchsberechtigte:</i> Selbstbeteiligung in Höhe von 25 IEP (32 EUR) pro Nacht in einem Mehrbettzimmer bis höchstens 250 IEP (317 EUR) im Zeitraum von zwölf aufeinanderfolgenden Monaten.</p> <p><i>Bei Unfall- und Notaufnahme (Accident and Emergency Department) ohne Überweisung durch einen praktischen Arzt</i> wird eine Gebühr von 20 IEP (25 EUR) erhoben. Ambulante Krankenhausbehandlungen sind kostenlos.</p> <p><i>Private Krankenhäuser:</i> Die Patienten tragen alle Kosten (mit Ausnahme von bestimmten Pflegeeinrichtungen, bei denen Zuschüsse zu den Verpflegungskosten gewährt werden).</p> <p><i>Ansteckende Krankheiten:</i> kostenlose Behandlung für alle. Zeitlich unbegrenzt.</p>	IRL
<p><i>Untersuchungen, Besuche bei Fachärzten und Medikamente der Kategorie B sind kostenlos für:</i></p> <p>Kinder bis zu 6 Jahren;</p> <p>Personen über 65 Jahre mit einem jährlichen Familieneinkommen unter 70 000 000 ITL (36 152 EUR);</p> <p>Empfänger der Mindestrente ab 60 Jahren und Arbeitslose mit einem Jahreseinkommen bis zu 16 000 000 ITL (8 263 EUR) bzw. für Verheiratete 22 000 000 ITL (11 362 EUR) + 1 000 000 ITL (516 EUR) je unterhaltsberechtigtes Kind);</p> <p>Empfänger der Sozialrente;</p> <p>Schwerkranke oder Personen, die auf eine Organverpflanzung warten.</p> <p>Sonstige Versicherte tragen bis zu 70 000 ITL (36 EUR) pro Verordnung selbst.</p> <p>Bei Schwangerschaft sind alle Untersuchungen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems kostenlos.</p> <p>Bei Verordnung besonderer Untersuchungen oder Besuchen bei Fachärzten ist jeweils eine Selbstbeteiligung von 6 000 ITL (3,10 EUR) vorgesehen. Bei mehreren Leistungen innerhalb einer Fachrichtung beläuft sich die Selbstbeteiligung auf 50 % der Kosten bis zur Grenze von 70 000 ITL (36 EUR).</p>	<p>Freie Wahl des Krankenhauses oder der Vertragsklinik. Kostenlose Leistungsgewährung (Krankensaal).</p>	I
<p>Selbstbeteiligung von 20 % des normalen Gebührentarifs für den ersten Arztbesuch innerhalb eines Zeitraums von 28 Tagen und von 5 % des Gebührentarifs für weitere Besuche und Konsultationen.</p> <p>Keine Selbstbeteiligung bei Krankenhausbehandlung.</p> <p>Keine Einschränkungen für die Konsultation eines Facharztes.</p>	<p>Freie Wahl unter den Krankenhäusern (mit Genehmigung der Kasse auch Krankenhäuser im Ausland).</p> <p><i>Selbstbeteiligung an den Verpflegungskosten:</i> 219 LUF (5,43 EUR) pro Tag.</p>	L
<p>Krankenversicherungsgesetz (ZFW): Das 1997 eingeführte System einer generellen Selbstbeteiligung in Höhe von maximal 200 NLG (91 EUR) jährlich wurde mit Wirkung vom 1. Januar 1999 abgeschafft.</p> <p>Allgemeines Gesetz über außergewöhnliche Krankheitskosten (AWBZ): Versicherte über 18 Jahre tragen eine Selbstbeteiligung an den Kosten für die Versorgung in einem Pflegeheim bis zu 3 520 NLG (1 597 EUR) monatlich.</p>	<p>Freie Wahl unter Krankenhäusern und Einrichtungen, die vom Gesundheitsminister zugelassen wurden.</p> <p>Keine Selbstbeteiligung bei Standardunterbringung. Aufnahme muss von der Krankenkasse genehmigt werden.</p> <p>Dauer der Kostenübernahme: solange es angezeigt ist (nach einem Jahr Übernahme der Kosten durch die Versicherung im Rahmen des Gesetzes über außergewöhnliche Krankheitskosten AWBZ).</p>	NL
<p>Ab dem 1. Januar 1997 ist für jeden Kranken- bzw. Zahnbehandlungsschein eine Selbstbeteiligung in Höhe von 50 ATS (3,63 EUR) vorgesehen (ausgenommen sind Kinder, Rentner, Bedürftige).</p>	<p>Volle Kostenübernahme in der allgemeinen Gebührenklasse einer öffentlichen oder einer privaten Krankenanstalt (mit der ein Vertrag besteht), mit Ausnahme eines geringfügigen Kostenbeitrags in Höhe von höchstens 72 ATS (5,23 EUR) pro Tag.</p> <p>Für die Anstaltspflege eines Angehörigen besteht eine 10%ige Selbstbeteiligung.</p> <p>Leistungsanspruch: so lange wie nötig.</p>	A

	Genehmigung der ärztlichen Behandlung	Ärztehonorar
P	Verbeamtete Ärzte der Gesundheitsdienste der einzelnen Bezirke bzw. Krankenhäuser. Aufgrund eines zwischen der Ärztekammer und dem Gesundheitsministerium geschlossenen Vertrags zugelassene Fachärzte, die diejenigen Patienten ärztlich behandeln, die nicht innerhalb eines bestimmten Zeitraums vom Gesundheitsdienst behandelt werden können.	<p><i>Verbeamtete Ärzte:</i> Durch die Regierung festgelegte, nach Berufskategorie unterschiedliche monatliche Vergütung.</p> <p><i>Zugelassene Ärzte:</i> Vergütung pro medizinische Leistung.</p> <p>Freie Wahl unter den Allgemeinmedizinern bzw. Fachärzten der Gesundheitszentren oder den Vertragsärzten.</p> <p>Keine Honorierung durch den Patienten (staatlicher Gesundheitsdienst).</p>
FIN	Alle Ärzte müssen von der Nationalen Behörde für medizinrechtliche Angelegenheiten zugelassen werden.	<p>Ärzte an öffentlichen Krankenhäusern oder Gesundheitszentren beziehen ein Gehalt von den Gemeinden.</p> <p>Privatärzte arbeiten auf Honorarbasis.</p> <p><i>Öffentliche Krankenhäuser und Gesundheitszentren:</i> Nur begrenzte Wahlmöglichkeit. Die Ärzte sind bei den Gemeinden fest angestellt. Zur Honorierung durch den Patienten siehe Punkt 2.</p> <p><i>Privatärzte:</i> Freie Wahl und der Patient kommt direkt für die gesamten Arztkosten auf.</p>
S	Alle approbierten Ärzte können von der Krankenversicherung (<i>sjuk- och föräldrarförsäkring</i>) zugelassen werden.	<p>Bei den öffentlichen Gesundheitsbehörden angestellte Ärzte beziehen ein festes Einkommen.</p> <p>Private Vertragsärzte, die einer regionalen Behörde angegliedert sind, werden nach einer Gebührenordnung honoriert, die nach Verhandlungen zwischen der Regierung und der Ärztekammer festgelegt wird.</p> <p>Freie Arztwahl im öffentlichen Gesundheitswesen sowie unter den privaten Vertragsärzten, die einer regionalen Behörde angegliedert sind.</p> <p>Der Patient zahlt einen Teil der Kosten. Den restlichen Teil erhalten private Ärzte von den regionalen Gesundheitsbehörden.</p>
UK	Ärzte, die vom Allgemeinen Ärzterrat (General Medical Council) als der gesetzlich zuständigen Stelle zugelassen sind, schließen mit den örtlichen Gesundheitsbehörden (Local Health Authorities) Verträge, die der Genehmigung des für die örtliche Regulierung der Anzahl der Ärzte zuständigen Zulassungsausschusses (Medical Practices Committee) bedürfen.	<p>Honorare, Zuschüsse und Kostenerstattungen werden von der Regierung unter Berücksichtigung der Empfehlungen eines unabhängigen Honorarprüfungsausschusses (Pay Review Body) und nach Beratung mit Vertretern der Ärzte im Nationalen Gesundheitsdienst (National Health Service) festgelegt.</p> <p>Seit April 1998 werden in Pilotprojekten alternative Modelle direkter Verhandlungen zwischen einzelnen Ärzten und den Gesundheitsbehörden (Health Authorities) erprobt.</p> <p>Freie Arztwahl, die der Zustimmung des Arztes bedarf. Findet ein Patient keinen Arzt, so kann die Gesundheitsbehörde (Health Authority) ihn auf die Liste eines Arztes setzen.</p> <p>Keine Kostenbeteiligung des Patienten an Leistungen des Nationalen Gesundheitsdiensts (National Health Service).</p>

Quelle: Missoc (System zur gegenseitigen Information über den sozialen Schutz in der Europäischen Union), Generaldirektion Beschäftigung und Soziales der Europäischen Kommission, 2001.

Kostenbeteiligung des Patienten	Krankenhausaufenthalte	
<p>Unterschiedliche, von der Regierung festgesetzte Selbstbeteiligung. Ermäßigung für bestimmte Gruppen, z. B. Schwangere, Kinder bis zu 12 Jahren, Rentempfänger mit einem Einkommen unterhalb des nationalen Mindestlohns, Personen mit unterhaltsberechtigten behinderten Kindern, sozial und wirtschaftlich benachteiligte Gruppen.</p>	<p>Freie Wahl unter den öffentlichen Krankenhäusern bzw. bei Vorliegen einer Warteliste unter den vom Gesundheitsministerium anerkannten Kliniken. Keine Selbstbeteiligung bei Unterbringung im gemeinschaftlichen Krankensaal oder bei ärztlicher Anordnung im separaten Zimmer. Bei selbst gewähltem Einzelzimmer volle Kostenübernahme durch den Patienten, ebenso die Kosten in Privatkliniken.</p>	P
<p><i>Gesundheitszentren:</i> Für die Versorgung durch einen Allgemeinmediziner je nach Gemeinde entweder bis zu FIM 50 (8,41 EUR) für die ersten drei Konsultationen in einem Kalenderjahr oder eine Jahresgebühr von höchstens FIM 100 (17 EUR); die meisten anderen Dienste sind kostenlos. Keine Selbstbeteiligung für Kinder unter 15.</p> <p><i>Krankenhaus:</i> Selbstbeteiligung bei ambulanter Behandlung 100 FIM (17 EUR) pro Konsultation, bei ambulanter Chirurgie 250 FIM (42 EUR). Bei stationärer Behandlung 125 FIM (21 EUR) pro Tag. Stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Abteilung 70 FIM (12 EUR).</p> <p><i>Privatärzte:</i> Der Patient übernimmt das Grundhonorar, das im Rahmen eines festgesetzten Tarifs zu 60 % von der Krankenkasse erstattet wird. Bei verordneten Behandlungen durch anderes medizinisches Personal beträgt die Beteiligung 70 FIM (12 EUR) zzgl. 25 % des einen festgesetzten Tarif überschreitenden Betrags.</p>	<p><i>Öffentliche Krankenhäuser:</i> Selbstbeteiligung 125 FIM (21 EUR) pro Tag. Patienten bis 18 Jahre zahlen nur die ersten sieben Behandlungstage pro Kalenderjahr. Die Selbstbeteiligung bei Langzeitpflege (über drei Monate) wird entsprechend des Einkommens festgelegt, darf jedoch nicht mehr als 80 % des monatlichen Nettoeinkommens des Patienten ausmachen.</p> <p><i>Privatkliniken:</i> Ein Teil des Arzthonorars und Kosten für Untersuchungen und Pflege werden von der Krankenversicherung erstattet.</p>	FIN
<p>Der Versicherte zahlt zwischen 100 SEK (11 EUR) und 150 SEK (15 EUR) je Arztbesuch.</p> <p>Für eine fachärztliche Behandlung beträgt die Selbstbeteiligung 150 SEK (13 EUR) bis 250 SEK (26 EUR).</p> <p>Notfälle: zwischen 100 SEK (13 EUR) und 300 SEK (32 EUR). Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren sind von der Selbstbeteiligung befreit.</p>	<p>Freie Wahl unter den regionalen öffentlichen Krankenhäusern und den zugelassenen privaten Einrichtungen.</p> <p>Die Selbstbeteiligung beträgt höchstens 80 SEK (8,45 EUR) je 24 Stunden.</p>	S
Keine Kostenbeteiligung.	Keine Selbstbeteiligung außer bei vom Versicherten geforderten Sonderleistungen bzw. klinisch nicht erforderlichen, kostenträchtigen Behandlungen.	UK

Beschreibung der Zahlungen

2. Hauptformen des Selbstbehalts bei anderen Leistungen des Gesundheitswesens 2001

	Arzneimittel	Prothesen, Brillen und Hörgeräte
D	<p><i>Selbstbeteiligung der Versicherten:</i> Eine nach Packungsgrößen des verordneten Arzneimittels gestufte Zuzahlung von 8 DEM (4,09 EUR), 9 DEM (4,60 EUR), 10 DEM (5,11 EUR), ausgenommen Kinder und Härtefälle. Soweit Festbetragsarzneimittel gebildet werden, ist für die Höhe der Zuzahlung der Festbetrag maßgebend. In diesen Fällen muss der Versicherte zusätzlich zu der Zuzahlung die Differenz zwischen Festbetrag und Arzneimittelpreis zahlen.</p> <p><i>Bagatellarzneimittel</i> muss der Versicherte selbst bezahlen. Bestimmte unwirtschaftliche Arzneimittel sind von der Verordnung auf Kassenkosten ausgeschlossen.</p> <p><i>Familienangehörige:</i> wie Versicherter.</p>	<p>Soweit keine Festbeträge gebildet werden, übernehmen die Krankenkassen die Kosten in Gänze; wenn Festbeträge festgesetzt sind, werden die Kosten bis zu dieser Höhe übernommen.</p> <p><i>Bei Bandagen, Einlagen und Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie</i> 20 % des von den Krankenkassen zu übernehmenden Betrags; ausgenommen Kinder und Härtefälle. Kostenübernahme des Brillengestells durch den Versicherten.</p>

Zahnärztliche Leistungen	Transport- und Fahrtkosten	Kuraufenthalt	Sonstige Leistungen	
<p>Alle Altersgruppen umfassendes System von Prophylaxemaßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen.</p> <p>Volle Kostenübernahme bei konservierender zahnärztlicher Behandlung einschl. Zahnprophylaxe.</p> <p>Bei Zahnersatz leisten die Versicherten Anteile von 50 % der medizinisch notwendigen Kosten. Bei Bemühungen des Versicherten zur Gesunderhaltung seiner Zähne erhöht sich der Zuschuss um einen Bonus von 10 % oder 15 %.</p>	<p>In bestimmten Fällen Übernahme der Kosten von Rettungs- und Krankentransporten zum Krankenhaus oder Arzt; 25 DEM (13 EUR) Eigenbeteiligung je Fahrt.</p>	<p>Übernahme der medizinischen Leistungen bei ambulanten Vorsorge- oder Rehabilitationskuren; Zuschuss zu den übrigen Kosten (Unterkunft, Verpflegung, Fahrtkosten) in Höhe von bis zu 15 DEM (7,67 EUR) pro Tag. Volle Kostenübernahme bei einer Selbstbeteiligung der Versicherten von 25 DEM (13 EUR) (alte Bundesländer) bzw. 20 DEM (10 EUR) (neue Bundesländer) pro Tag oder Zuschuss der Krankenkassen bei Vorsorgekuren für Mütter sowie Müttergenesungskuren. Volle Kostenübernahme bei stationären Vorsorge- oder Rehabilitationskuren bei einer Selbstbeteiligung der Versicherten in Höhe von 25 DEM (13 EUR) (alte Bundesländer) bzw. 20 DEM (10 EUR) (neue Bundesländer) je Tag.</p>	<p><i>Häusliche Krankenpflege:</i> Grund- und Behandlungspflege und hauswirtschaftliche Versorgung.</p> <p><i>Haushaltshilfe,</i> d. h. Ersatzkraft oder Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe in besonderen Fällen.</p> <p>Kinderuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.</p> <p>Gesundheitsuntersuchungen für Versicherte ab 35 Jahren zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf-, Nierenerkrankungen und Diabetes.</p> <p>Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs.</p> <p><i>Heilmittel:</i> Selbstbeteiligung des Versicherten von 15 %, ausgenommen Kinder und Härtefälle.</p> <p><i>Pflegeversicherung:</i> Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im täglichen Leben auf Dauer in erheblichem Maße der Hilfe bedürfen. <i>Ambulante Pflege, Sachleistung:</i> Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch ambulante Pflegeeinrichtungen bis zu 750 DEM (383 EUR), 1 800 DEM (920 EUR) oder 2 800 DEM (1 432 EUR) monatlich je nach Pflegestufe, in besonderen „Härtefällen“ bis zu 3 750 DEM (1 917 EUR). <i>Pflegegeld:</i> Anstelle der häuslichen Pflegehilfen kann der Pflegebedürftige Pflegegeld beantragen, wenn er die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise selbst sicherstellt; das Pflegegeld beträgt je nach Pflegestufe 400 DEM (205 EUR), 800 DEM (409 EUR) oder 1 300 DEM (665 EUR) monatlich. <i>Kombinationsleistung:</i> Nimmt der Versicherte die ihm zustehende Sachleistung nicht in voller Höhe in Anspruch, wird daneben ein anteiliges Pflegegeld gezahlt. <i>Pflegevertretung:</i> Kann die Pflegeperson wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen die Pflege vorübergehend nicht durchführen, werden die Kosten für eine Ersatzpflegekraft bis zu vier Wochen im Wert bis zu 2 800 DEM (1 432 EUR) pro Jahr übernommen. <i>Teilstationäre Pflege:</i> Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege im Wert bis zu 750 DEM (383 EUR), 1 500 DEM (767 EUR) oder 2 100 DEM (1 074 EUR) monatlich zur Ergänzung der häuslichen Pflege. Wird der Betrag für die Sachleistung nicht ausgeschöpft, steht ein anteiliges Pflegegeld zu. <i>Kurzzeitpflege:</i> Für die Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder bei Ausfall der Pflegeperson, wenn die häusliche Pflege nicht anderweitig sichergestellt werden kann, werden die Kosten für die Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung für längstens vier Wochen und bis zu 2 800 DEM (1 432 EUR) pro Jahr übernommen.</p> <p><i>Stationäre Pflege:</i> ab 1. Januar 1998 Übernahme der Kosten der pflegebedingten Aufwendungen, der medizinischen Behandlungspflege sowie der sozialen Betreuung im Wert bis zu 2 000 DEM (1 023 EUR), 2 500 DEM (1 278 EUR) oder 2 800 DEM (1 432 EUR) je nach Pflegestufe, in Härtefällen bis zu 3 300 DEM (1 687 EUR).</p>	D

	Arzneimittel	Prothesen, Brillen und Hörgeräte
DK	<p>Selbstbeteiligung unterschiedlich je nach Arzneimittelverzeichnis:</p> <p>25 % bei den <i>wichtigsten Arzneimitteln</i>,</p> <p>50 % für <i>weniger notwendige Arzneimittel</i>.</p> <p>Keine Selbstbeteiligung für <i>Insulin</i>.</p> <p>Der von der Versicherung zu übernehmende Anteil wird jeweils auf der Grundlage des Preises der beiden preisgünstigsten vergleichbaren Medikamente berechnet.</p>	Teilweise Erstattung.
EL	<p>Selbstbeteiligung von 25 % für ärztlich verordnete Arzneimittel.</p> <p>Beteiligung von 10 % für verschriebene Medikamente gegen bestimmte Krankheiten (Parkinson, Paget-Krankheit, Morbus Crohn usw.).</p> <p>Beteiligung von 10 % an Medikamenten für Rentner, die die Mindestrente beziehen.</p> <p>Keine Selbstbeteiligung bei Arbeitsunfällen, für Medikamente während der Schwangerschaft und bei chronischen Krankheiten (Krebs, Diabetes usw.).</p>	Selbstbeteiligung begrenzt auf maximal 25 %.
E	<p>Anspruchsberechtigte zahlen 40 % des Arzneimittelpreises. In bestimmten Fällen liegt die Selbstbeteiligung bei 10 % des Arzneimittelpreises bis zu einem Maximalbetrag von 439 ESP (2,64 EUR).</p> <p>Keine Selbstbeteiligung für: Rentenempfänger, bei Krankenhausaufenthalt und für einkommensschwache Personen über 65 Jahre sowie für Wehrdienstverweigerer, die ihren Zivildienst leisten.</p>	<p>Lieferung und Ersatz von Prothesen, orthopädischen Hilfsmitteln und Behindertenfahrzeugen ist gebührenfrei.</p> <p>Für Brillen, Hörgeräte und sonstige prothetische Hilfsmittel ist finanzielle Unterstützung möglich.</p>
F	<p>Selbstbeteiligung: 35 % bzw. 65 % für Arzneimittel zur Behandlung leichter Störungen bzw. Erkrankungen.</p> <p>100 % für Bagatellarzneimittel.</p> <p>Keine Selbstbeteiligung bei chronischen Krankheiten für dieselbe Krankheit.</p>	Nach vorheriger Genehmigung durch Kasse Erstattung von 65 % der festgesetzten Tarife und 100 % bei großen Prothesen.
IRL	<p>Voll Anspruchsberechtigte: keine Selbstbeteiligung.</p> <p>Begrenzt Anspruchsberechtigte: Erstattung der Kosten, die 90 IEP (114 EUR) pro Quartal übersteigen. Chronisch Kranke: Erstattung von Kosten, die monatlich 32 IEP (41 EUR) übersteigen. Keine Selbstbeteiligung an ärztlich verordneten Arzneimitteln zur Behandlung bestimmter geistiger Krankheiten bzw. Behinderungen (nur für Jugendliche unter 16 Jahren) und bestimmter langfristiger Erkrankungen bezüglich zur Behandlung verschriebener Arzneimittel.</p> <p>Zum 1. Juli 1999 wurde ein neues System eingeführt, nach dem der monatliche Höchstbetrag der Zuzahlung für verschriebene Medikamente für eine Person oder eine Familie 42 IEP (53 EUR) beträgt.</p>	<p>Keine Selbstbeteiligung für Personen mit voller Anspruchsberechtigung (full eligibility), Kinder unter 6 Jahren sowie für Schüler öffentlicher Schulen.</p> <p>Begrenzte Selbstbeteiligung der Versicherten, die bestimmte Beitragsvoraussetzungen erfüllen.</p>

Zahnärztliche Leistungen	Transport- und Fahrtkosten	Kuraufenthalt	Sonstige Leistungen	
Selbstbeteiligung der Versicherten in beiden Kategorien von 35 % bis 60 % der Kosten für in der Gebührenordnung aufgeführte Leistungen und von 100 % für dort nicht aufgeführte Leistungen. Kinder sind vollständig, Behinderte teilweise von der Selbstbeteiligung befreit.	Für Renteneempfänger, die in der 1. Kategorie versichert sind, sowie in bestimmten anderen Fällen kostenloser Transport zum Arzt oder Krankenhaus.	(Siehe Krankenhausaufenthalte).	Bei Überweisung des Patienten durch einen Allgemeinmediziner für beide Kategorien von Versicherten teilweise Erstattung der Kosten für chiropraktische, physiotherapeutische oder psychologische Behandlungen. Auf ärztliche Verordnung kostenlose Hauspflege durch Krankenpfleger(in).	DK
Siehe ärztliche Behandlungskosten, jedoch 25 % Selbstbeteiligung für Prothesen.	Unter bestimmten Voraussetzungen Erstattung der Transportkosten für Patienten aus entlegenen Gebieten.	Teil der Kosten zu Lasten des Versicherten.	—	EL
Extraktionen und verschiedene Behandlungen. Bei Zahnersatz ist finanzielle Unterstützung möglich. Im Falle eines Arbeitsunfalls und bei Berufskrankheit ist die wiederherstellende Kiefer-/Gesichtschirurgie gedeckt.	Krankentransport bei Krankenhauseinweisung in Notfällen bzw. außergewöhnlichen Umständen.	Kuren: Vorsorgemaßnahmen. Thermalbäder unter Umständen möglich.	Häusliche Betreuung von Rentnern, Invaliden, geistig Behinderten usw.	E
Umfasst: präventive und konservierende Behandlung, Extraktionen und nach gebilligtem Antrag Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung. Erstattung nach Gebührentarif wie ärztliche Behandlungen. Selbstbeteiligung von 30 %.	Transport zum Krankenhaus.	Nach vorheriger Genehmigung durch die Kasse: Erstattung der Arzt- und Behandlungskosten in Thermalbädern. Grundsätzlich kein Tagegeld (ausgenommen im Rahmen der gesundheitsfördernden und sozialen Aktivitäten der Kasse).	Zusätzliche Leistungen und Hilfen können im Rahmen der gesundheitspflegerischen und sozialen Dienste der Kasse gewährt werden.	F
Keine Selbstbeteiligung für voll Anspruchsberechtigte, Kinder unter 6 Jahren und Schüler öffentlicher Schulen bis zum Alter von 14 Jahren. Ferner keine Selbstbeteiligung für Zahnsteinentfernung, Untersuchungen und Polieren, falls bestimmte Beitragsvoraussetzungen erfüllt sind. Begrenzte Selbstbeteiligung bei Füllungen, Extraktionen und anderen Leistungen.	Kostenloser Transport zum Krankenhaus unter bestimmten Bedingungen.	Ärztliche Untersuchung für Vorschulkinder und Schüler öffentlicher Schulen. Alle erforderlichen Nachuntersuchungen für Erkrankungen, die bei den oben genannten Untersuchungen erkannt wurden. Landesweite Skoliose-Erkennung. Bei infektiösen Krankheiten kostenlose Immunisierung, Diagnose und Krankenhausbehandlung für alle.	Kostenlose ambulante und stationäre Behandlung von an bestimmten chronischen Krankheiten und Behinderungen leidenden Kindern, medizinische Versorgung nach der Entbindung sowie Krankenhauspflege von Säuglingen unter 6 Wochen und Kindern, die von Kinderkliniken und nach Schuluntersuchungen überwiesen wurden. Kostenlose Hauspflege unter bestimmten Bedingungen.	IRL

	Arzneimittel	Prothesen, Brillen und Hörgeräte
I	<p>Die Medikamente werden in drei Kategorien eingeteilt:</p> <p>Kategorie A (Grundlegende Medikamente für die Behandlung sehr ernster Krankheiten): kostenlos für alle Versicherten.</p> <p>Kategorie B (Medikamente für die Behandlung ernster Krankheiten, die allerdings nicht so gravierend wie die in Kategorie A sind): kostenlos für alle unter „Leistungen: 2. Beteiligung an den Kosten für ärztliche Behandlung“ aufgeführten Personengruppen und für Invaliden. Alle anderen zahlen den halben Preis.</p> <p>Kategorie C (Sonstige und nicht verschreibungspflichtige Medikamente): müssen zu 100 % vom Versicherten bezahlt werden.</p> <p>Bei jedem Rezept ist eine Selbstbeteiligung von 4 000 ITL (2,07 EUR) bei Verschreibung eines Medikaments, von 6 000 ITL (3,10 EUR) bei Verschreibung zweier Medikamente vorgesehen. Aus sozialen Gründen sind Personen mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 100 % von dieser Selbstbeteiligung befreit, sie entfällt ferner bei allen notwendigen Medikamenten für schwerste Erkrankungen.</p>	Keine Leistungen.
L	<p>Erstattung unterschiedlich je nach Kategorie der Arzneimittel:</p> <p><i>Arzneimittel mit normalem Erstattungssatz: 80 %,</i></p> <p><i>Arzneimittel mit Vorzugssatz: 100 %,</i></p> <p><i>Arzneimittel mit reduziertem Erstattungssatz: 40 %.</i></p> <p>Nicht erstattungsfähige Arzneimittel und Präparate.</p>	Nach vorheriger Genehmigung durch die Kasse: Kostenübernahme nach Gebührenordnung.
NL	<p>Einschreibung des Versicherten bei einer Vertragsapothek der Krankenkasse.</p> <p>Der Versicherte hat ohne Selbstbeteiligung Anspruch auf ein qualitativ hochwertiges Sortiment von Arzneimitteln. Darüber hinaus können sonstige Arzneimittel verabreicht werden, die von der Krankenkasse bis zur Höhe des Durchschnittspreises der entsprechenden Standardpackung eines vergleichbaren Medikaments des klassifizierten Sortiments gezahlt werden, Mehrkosten sind selbst zu tragen.</p>	<p>Sind vorab von der Krankenkasse zu genehmigen. Generell keine Selbstbeteiligung, ausgenommen für:</p> <p><i>Brustprothesen:</i> Kostenübernahme für den 397,50 NLG (180 EUR) übersteigenden Betrag.</p> <p><i>Orthopädische Schuhe:</i> Selbstbeteiligung von 112 NLG (51 EUR) pro Jahr bis zum Alter von 16 Jahren bzw. von 224 NLG (102 EUR) ab 16 Jahren.</p> <p><i>Brillen und Kontaktlinsen:</i> Nach dem ersten Kauf besteht nur bei spezieller medizinischer Indikation Anspruch auf Kostenübernahme.</p> <p><i>Hörhilfen:</i> Kostenübernahme für den 1 273,50 NLG (578 EUR) übersteigenden Betrag.</p> <p><i>Haarersatz:</i> Kostenübernahme für den 556 NLG (252 EUR) übersteigenden Betrag.</p>

Zahnärztliche Leistungen	Transport- und Fahrtkosten	Kuraufenthalt	Sonstige Leistungen	
Kostenlose Behandlung in staatlichen Gesundheitszentren bzw. bei Vertragsärzten.	Keine Leistungen.	Thermalkuren nach vorheriger Genehmigung durch den örtlichen Gesundheitsdienst. Selbstbeteiligung: 6 000 ITL (3,10 EUR) für die Verordnung zuzüglich 50 % der Sätze, bis zu 70 000 ITL (36 EUR) je Kur.	—	I
Umfasst präventive und konservierende Behandlung, Extraktionen, kieferorthopädische Behandlung und Prothesen nach den in den Vereinbarungen vorgesehenen Gebühren. Volle Erstattung bis zu 1 335 LUF (33 EUR) im Jahr, darüber Erstattung zu 80 %. Bei Teilnahme an regelmäßigen zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen wird Zahnersatz voll erstattet, sonst Selbstbeteiligung in Höhe von 80 %. Zusätzliche Kosten für Zahnersatz und Leistungen, die über den zweckmäßigen und notwendigen Umfang hinaus gehen, werden nicht übernommen.	Erstattung von Transport- und Fahrtkosten unter bestimmten Bedingungen.	Genehmigungspflichtig.	—	L
Umfasst für Kinder: Zahnpflege, einschließlich Prophylaxe, maximal zwei Fluoridanwendungen pro Jahr (ab sechs Jahren), Versiegelungen, regelmäßige Zahnpflege und chirurgische Eingriffe. Für Erwachsene: Prophylaxe (Kontrolluntersuchungen mindestens einmal jährlich), Zahnprothesen und spezielle chirurgische Eingriffe. <i>Zahnprothese</i> : Selbstbeteiligung in Höhe von 25 %.	Im Krankenwagen, Taxi oder Privatwagen: Selbstbeteiligung von maximal 66 EUR in einem Zeitraum von zwölf Monaten.	Keine.	<i>Physiotherapie</i> : Anspruch auf neun physiotherapeutische Behandlungen je Indikation und Jahr.	NL

	Arzneimittel	Prothesen, Brillen und Hörgeräte
A	<p>Kostenübernahme für zugelassene und im Heilmittelverzeichnis angeführte Medikamente (sonstige: chef- oder kontrollärztliche Bewilligung) gegen ärztliche Verschreibung. Die Rezeptgebühr beträgt 44 ATS (3,20 EUR) pro Verschreibung.</p> <p>Keine Rezeptgebühr bei anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten oder Bedürftigkeit.</p>	<p>Kostenbeteiligung des Versicherten 10 %, mindestens 281 ATS (20 EUR) (kostenlos bei Bedürftigkeit).</p> <p>Der Höchstbetrag, der vom Versicherungsträger zu übernehmen ist, beträgt nach den Satzungen der Versicherungsträger bis zu 14 049 ATS (1,021 EUR), für Prothesen bis zu 35 121 ATS (2 552 EUR).</p>
P	<p>Je nach Erkrankung Beteiligung des Staates von 70 % oder 40 % an Arzneimitteln, die im amtlichen Arzneimittelverzeichnis des Gesundheitsdienstes aufgeführt sind. Die Leistungssätze erhöhen sich bei Rentnern um 15 %, wenn die Renten unter dem gesetzlichen Mindestlohn liegen.</p>	<p>Prothesen: Leistung in Höhe von 80 % der Kosten für die in der amtlichen Liste aufgeführten Prothesen.</p> <p>Sehhilfen: bei Verordnung durch den Gesundheitsdienst 75 % der Kosten für Brillengläser (bzw. Kontaktlinsen bei medizinischer Notwendigkeit) nach den Sätzen der Gebührenordnung. Bei Verordnung durch private Fachärzte: Honorarvorschusszahlung durch den Patienten, Erstattung von 75 % der amtlichen Gebührensätze durch die Gesundheitsdienste.</p>

Zahnärztliche Leistungen	Transport- und Fahrtkosten	Kuraufenthalt	Sonstige Leistungen	
<p>Zahnbehandlung und (unentbehrlicher) Zahnersatz werden nach Maßgabe der Satzungen gewährt. Die Zahnbehandlung umfasst: konservierende, chirurgische und kieferorthopädische Behandlung. Für kieferorthopädische Behandlung und abnehmbaren Zahnersatz beträgt die Kostenbeteiligung des Versicherten bzw. Angehörigen zwischen 25 % und 50 %; ab 1. Januar 1997 ist pro Zahnbehandlungsschein eine Selbstbeteiligung in Höhe von 50 ATS (3,63 EUR) zu leisten (ausgenommen: für Kinder, Rentner, Bedürftige). Für außervertragliche Leistungen (z. B. Inlays, Kronen) beträgt der Kostenzuschuss des Versicherungsträgers zwischen 325 ATS (24 EUR) und 2 960 ATS (215 EUR) pro Einheit.</p>	<p>Transportkosten, Ersatz der Reisekosten.</p>	<p>Kann gewährt werden, falls erforderlich (in eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, Vertragseinrichtungen oder in Form von Zuschüssen).</p> <p>Die Kostenbeteiligung beträgt zwischen 76 ATS (5,52 EUR) und 194 ATS (14 EUR) pro Tag und wird für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr erhoben. Bedürftige sind von der Kostenbeteiligung ausgenommen.</p>	<p>Jugendlichenuntersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen, Mutter- und Kind-Untersuchungen, medizinische Hauskrankenpflege (medizinische Leistungen auf ärztliche Anordnung, durch qualifiziertes Personal, längstens vier Wochen), psychotherapeutische Behandlung.</p>	A
<p>Ärztliche Behandlung in den Gesundheitszentren; bei privater Behandlung Erstattung nach den amtlichen Gebührensätzen.</p> <p>Bei vom öffentlichen Gesundheitsdienst verordnetem Zahnersatz werden 75 % der in der Gebührenordnung festgelegten Sätze übernommen. Bei Verschreibung von Zahnersatz durch private Ärzte zahlt der Patient zunächst das Honorar selbst und erhält 75 % der Sätze der Gebührenordnung erstattet.</p>	<p>Unter bestimmten Voraussetzungen Erstattung der Fahrtkosten für Patienten aus entlegenen Gebieten.</p>	<p>Erstattung der Kosten für Thermalkuren nach den geltenden amtlichen Sätzen nach vorheriger Genehmigung.</p>	—	P

	Arzneimittel	Prothesen, Brillen und Hörgeräte
FIN	<p><i>Öffentliche Krankenhäuser:</i> Die Kosten sind in der Selbstbeteiligung enthalten.</p> <p><i>Krankenversicherung:</i> Die Selbstbeteiligung des Patienten liegt bei 50 FIM (8,41 EUR) plus 50 % der darüber hinaus gehenden Kosten für verschriebene Medikamente. Bei schweren und chronischen Krankheiten werden die Kosten für bestimmte, in einer Liste benannte Arzneimittel nach Abzug einer pauschalen Selbstbeteiligung von 25 FIM (4,20 EUR) zu 75 % bzw. 100 % erstattet. Die Selbstbeteiligung ist auf einen Höchstbetrag von 3 283 FIM (522 EUR) im Laufe eines Kalenderjahres begrenzt, übersteigende Beträge werden voll erstattet.</p>	<p><i>Gesundheitszentren:</i> in einigen Fällen kostenlos.</p> <p><i>Krankenversicherung:</i> keine Erstattung.</p>
S	<p>Der Patient trägt sämtliche Kosten bis einschließlich 400 SEK (42 EUR).</p> <p>Kosten zwischen 401 SEK (42 EUR) und 1 200 SEK (127 EUR) werden zu 50 % erstattet.</p> <p>Kosten zwischen 1 201 SEK (127 EUR) und 2 800 SEK (296 EUR) werden zu 75 % erstattet.</p> <p>Kosten zwischen 2 801 SEK (296 EUR) und 3 800 SEK (401 EUR) werden zu 90 % erstattet.</p> <p>Kosten über 3 800 SEK (401 EUR) werden vollständig erstattet.</p>	<p>Unter bestimmten Voraussetzungen werden Hilfsmittel von den regionalen Behörden gestellt.</p>

Zahnärztliche Leistungen	Transport- und Fahrtkosten	Kuraufenthalt	Sonstige Leistungen	
<p><i>Gesundheitszentren:</i> Der Patient zahlt in der Regel eine Grundgebühr und eine Behandlungsgebühr nach einem Tarif, den die Gesundheitszentren innerhalb gewisser Grenzen selbst festlegen können. Diese Tarife liegen generell unter denen privater Zahnärzte. Für Personen unter 19 Jahren und Kriegsveteranen sind Zahnbehandlungen kostenlos.</p> <p><i>Krankenversicherung:</i> Ein Teil der Zahnarztkosten wird erstattet, wenn der Patient nach 1955 geboren ist. Für Untersuchungen und Vorsorgebehandlungen beträgt die Erstattungsrate 75 %, für andere Behandlungen 60 % des Honorars, das eine festgesetzte Grenze nicht überschreitet. Keine Erstattung bei kieferorthopädischen Behandlungen und Zahnersatz.</p> <p>Ansonsten wird ein Teil der Kosten für eine Zahnbehandlung nur dann erstattet, wenn diese im Zusammenhang mit der Behandlung einer anderen Erkrankung notwendig war. Darüber hinaus einmal alle drei Kalenderjahre Rückerstattung der Kosten für Untersuchungen und Präventivbehandlungen an Personen, die bis einschl. 1955 geboren sind.</p>	<p>Erstattung aller Fahrt- und Transportkosten durch die Krankenversicherung nach Abzug einer Selbstbeteiligung von 45 FIM (7,57 EUR).</p> <p>Überschreitet der Fahrtkostenanteil des Patienten im Kalenderjahr die Grenze von 900 FIM (151 EUR), werden weitere Kosten voll erstattet.</p> <p>Erstattung der Unterbringungskosten bis zu 120 FIM (20 EUR) pro Übernachtung.</p>	Siehe „Kostenbeteiligung des Patienten“.	—	FIN
<p>Bis zum Alter von 20 Jahren ist die allgemeine zahnärztliche Versorgung kostenlos.</p> <p>Am 1. Januar 1999 wurde ein neues System zur Bezuschussung der zahnärztlichen Behandlung mit freier Preisbildung für Zahnärzte und Zahnhygieniker eingeführt.</p> <p>Für die Grundversorgung zahlt die Versicherung einen bestimmten Festbetrag an den Zahnarzt. Der Patient zahlt die verbleibenden Kosten. Der von der Versicherung bezahlte Betrag entspricht 30 % des geltenden Tarifs für 1998.</p> <p>Für Zahnersatz und Kieferorthopädie gilt eine Kostenobergrenze, bis zu der die Versicherung den doppelten Festbetrag für die Grundversorgung abzüglich 3 500 SEK (370 EUR) zahlt und der Rest zu Lasten des Patienten geht.</p>	Erstattung von Beförderungskosten unter bestimmten Voraussetzungen.	Siehe „Krankenhausaufenthalte“.	Für die Selbstbeteiligung gelten Höchstgrenzen. Innerhalb von zwölf Monaten ist die Beteiligung des Patienten an den Kosten für Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und für ärztliche Versorgung auf höchstens 900 SEK (95 EUR) begrenzt. Für Arzneimittel beträgt die Selbstbeteiligung in zwölf Monaten höchstens 1 300 SEK (137 EUR).	S



	Arzneimittel	Prothesen, Brillen und Hörgeräte
UK	<p>Selbstbeteiligung von 5,80 GBP (8,16 EUR) je verordnetes Produkt. Ausnahmen: Kinder unter 16 Jahren, Jugendliche von 16 bis 18 Jahren in Vollzeitausbildung, Personen ab 60 Jahren, Schwangere und Frauen, die innerhalb der letzten zwölf Monate ein Kind geboren haben, Kriegsrentenempfänger (für anerkannte Behinderungen), Empfänger einer Beihilfe zur Einkommenssicherung (Income Support) oder einer Beihilfe zur Einkommenssicherung für Familien mit niedrigem Einkommen (Family Credit), Arbeitsuchende, die einkommensbezogene Beihilfen beziehen, oder invalide Erwerbstätige, die einen Einkommenszuschuss beziehen (Disability Working Allowance), und ihre Partner, bestimmte einkommensschwache Personen und Personen mit bestimmten Erkrankungen.</p> <p>Durch die Entrichtung einer Jahres- bzw. Viermonatsgebühr wird der Zahlende berechtigt, eine unbegrenzte Anzahl ärztlich verschriebener Arzneimittel ohne zusätzliche Gebühren zu erhalten. Die Gebühr beträgt 30,10 GBP (42 EUR) für vier Monate und 82,70 GBP (116 EUR) für ein Jahr.</p>	<p><i>Brillen:</i> keine kostenlosen Brillen.</p> <p><i>Bestimmte Personen erhalten Gutscheine über einen bestimmten Betrag bei Erwerb einer Brille:</i> Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren, Jugendliche bis 19 Jahre in Vollzeitausbildung, Empfänger der einkommensabhängigen Leistung für Arbeitsuchende (USA), einer Beihilfe zur Einkommenssicherung (Income Support), einer Beihilfe zur Einkommenssicherung für Familien mit niedrigem Einkommen (Family Credit) oder des Einkommenszuschusses für invalide Erwerbstätige (Disability Working Allowance) und ihre Partner. Ebenfalls einkommensschwache Personen oder Personen, die Spezialgläser benötigen, sowie Kriegsrentner (für anerkannte Behinderungen) und Patienten des augenärztlichen Krankenhausdienstes.</p> <p>Keine Selbstbeteiligung an Kosten für Sehtests für die oben genannten Gruppen; für Blinde oder Personen mit eingeschränktem Sehvermögen; Patienten, bei denen Diabetes oder ein Glaukom diagnostiziert wurde; Personen im Alter von über 40 Jahren; Geschwister, Eltern und Kinder eines an einem Glaukom erkrankten Patienten. Alle übrigen zahlen den vollen Betrag selbst.</p> <p><i>Prothesen und Hörgeräte:</i> keine Selbstbeteiligung an Hörgeräten des staatlichen Gesundheitsdienstes bzw. deren Anpassung.</p>

Quelle: Missoc (System zur gegenseitigen Information über den sozialen Schutz in der Europäischen Union), Generaldirektion Beschäftigung und Soziales der Europäischen Kommission, 2001.

Zahnärztliche Leistungen	Transport- und Fahrtkosten	Kuraufenthalt	Sonstige Leistungen	UK
<p><i>Anteilige Selbstbeteiligung</i> für Zahnbehandlungen und Kontrolluntersuchungen, die durch den Allgemeinen zahnärztlichen Dienst (General Dental Service) des NHS erfolgen. Der NHS trägt 80 % der Behandlungskosten bis zu 340 GBP (478 EUR).</p> <p><i>Keine Selbstbeteiligung</i> für Schwangere bzw. Frauen, die in den zwölf Monaten vor Beginn der Behandlung entbunden haben; Jugendliche unter 18 Jahren; Jugendliche unter 19 Jahren in Vollzeitausbildung; Empfänger der Beihilfe zur Einkommenssicherung oder der Beihilfe zur Einkommenssicherung für Familien mit niedrigem Einkommen (Income Support oder Family Credit), der einkommensabhängigen Beihilfe für Arbeitsuchende (Job Seeker's Allowance) oder des Einkommenszuschusses für invalide Erwerbstätige (Disability Working Allowance) sowie für ihre Partner.</p> <p>Personen mit geringem Einkommen können einen Zuschuss zu den Behandlungskosten erhalten.</p> <p>Keine Selbstbeteiligung für Zahnbehandlungen (ausgenommen Prothesen und Brücken) durch Krankenhäuser oder zahnärztliche Dienste der Gemeinden.</p>	<p>Verschiedene zusätzliche Leistungen seitens des Gesundheitsdienstes oder der örtlichen Behörden, z. B. kostenloser Transport ins Krankenhaus oder, wenn medizinisch notwendig, in bestimmten Fällen Erstattung der Kosten des Krankentransports.</p>	<p>Keine Selbstbeteiligung, außer bei vom Patienten geforderten Sonderleistungen bzw. klinisch nicht erforderlichen, kosten-trächtigen Behandlungen.</p>	—	UK

GLOSSAR

Die Verweise in Klammern, z. B. (3.1), beziehen sich auf mindestens eine Stelle im Text, an der der Begriff verwendet wird.

Abwässer und Kanalisation (3.1): *Abwässer* bezeichnen flüssige Siedlungsabfälle, *Kanalisation* bezeichnet das System aus Rohren oder Kanälen, über das Haus- und Gewerbeabwässer abgeleitet werden.

Ätiologie (4.7.5): Medizinische Untersuchung der Ursache einer Krankheit.

Aktivität (Kapitel 1): Wirtschaftstätigkeit der Erzeuger von Wirtschaftsgütern und Erbringer von Dienstleistungen, unabhängig davon, ob es sich dabei um Erwerbstätige oder um Arbeitslose, die einen Arbeitsplatz suchen, handelt. Beispiele für Aktivitäten bzw. Wirtschaftszweige (3.2) sind — im Sinne des vorliegenden Bandes — Herstellung von Waren, Bau, Land- und Forstwirtschaft.

Altersabhängigkeitsquotient (Kapitel 1): Quotient aus der kombinierten Kinder- und Altenbevölkerung und der Bevölkerung der übrigen Altersgruppen. Als Zähler wird dabei üblicherweise die Bevölkerung unter 15 Jahren sowie die Bevölkerung ab 65 Jahren angegeben, als Nenner die Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren.

Ambulante Pflege (Kapitel 6): Jeder Kontakt mit einem Arzt, während der Patient sich nicht stationär in einem Krankenhaus befindet, z. B. bei Besuchen in Praxen, in Notaufnahmen, ambulanten Behandlungszentren oder bei Hausbesuchen.

Anatomisch-therapeutisch-chemische (ATC) Klassifikation (Kapitel 6): Ein in der EU weithin angewandtes Klassifikationssystem für Arzneimittel, das von der Methodik des Collaborating Centre for Drug Statistics der WHO abgeleitet wurde. Die Arzneimittel werden je nach Organ oder System, auf das sie wirken, bzw. anhand ihrer therapeutischen oder chemischen Merkmale in fünf Bereiche eingeteilt: 1. anatomische Gruppe; 2. therapeutische Hauptgruppe; 3. therapeutisch-/pharmakologische Untergruppe; 4. chemisch-/therapeutisch-/pharmakologische Untergruppe; 5. Untergruppe für chemische Substanzen.

Anthropogen (3.1): Vom Menschen verursacht.

Aquakultur (3.2): Nutzung der Meere, Binnenseen und Flüsse für Wirtschaftstätigkeiten bzw. Aktivitäten wie Fischzucht, Muschelzucht und Pflanzenzucht.

Arbeitslos (Kapitel 1, 2): Alle Personen, die während der Referenzwoche der Arbeitskräfteerhebung (a) keine Arbeit hatten und (b) in der Lage waren, im Laufe der zwei folgenden Wochen eine

Arbeit aufzunehmen, und die (c) während der vorangegangenen vier Wochen während einer bestimmten Zeit aktiv auf Arbeitssuche gewesen waren. Darüber hinaus zählen zu Arbeitslosen all jene, die keine Arbeit hatten, aber bereits eine neue Arbeitsstelle gefunden hatten, diese Stelle aber erst später antraten.

As-Teq (3.1): Ein Index der Schwermetallemissionen in die Luft; das Schwermetall Arsen dient dabei als Referenzsubstanz, d. h. 1 g As = 1 g As-Teq.

Ausgewogene Ernährung (2.1.4): Verzehr geeigneter Arten und angemessener Mengen an Nahrungsmitteln und Getränken, mit denen die für den Erhalt der Körperzellen, Gewebe und Organe notwendigen Nährstoffe und Energiemengen zugeführt und Wachstum und Entwicklung gefördert werden.

Azellulär (4.7.1): Enthält keine Zellen.

Bakterien (4.7.1): Eine Gruppe von Organismen, die kein Chlorophyll enthalten; sie kommen praktisch überall vor und können (unter anderem) Krankheiten hervorrufen und übertragen.

Berufskrankheit (4.7.2.5): Eine Krankheit, die durch die Einwirkung physikalischer, chemischer oder biologischer Stoffe am Arbeitsplatz ausgelöst oder begünstigt wurde, soweit die Gesundheit des Mitarbeiters dadurch beeinträchtigt wird.

Bestimmte perinatale Zustände (5.1): Zu diesen medizinischen Zuständen zählen unter anderem: Atemnotsyndrom, chronische Atemwegserkrankungen, intrauterine Hypoxie und Neugeborenen-Asphyxie sowie zu langsames fetales Wachstum und Unterernährung des Fötus. Hierunter fallen außerdem Zustände, deren Ursprung in der Perinatalperiode liegt, auch wenn Tod oder Morbidität erst später eintreten.

Bevölkerungsprojektionen (Kapitel 1): Bevölkerungsprojektionen umfassen die Schätzung zukünftiger Bevölkerungszahlen bzw. die Erstellung möglichst plausibler Zahlen für die nächsten Jahre. Die Schätzungen werden von Eurostat anhand der aktuellsten vorliegenden Bevölkerungszahlen zum Stichtag 1. Januar erstellt. Im Allgemeinen werden die zentralen Annahmen anhand Sterblichkeit, Fruchtbarkeit und Wanderungsbewegungen nach Geschlecht und Alter erstellt; von Jahr zu Jahr wird dabei die Bevölkerungspyramide anhand bestimmter Altersverfahren fortgeschrieben.

Bevölkerungsvorhersagen (Kapitel 1): Vorhersagen implizieren ein höheres Maß an Sicherheit bei der Prognose von Zahlen für die Zukunft.

Biomasse (3.1): Die Masse lebender Organismen, die eine bestimmte Population in einem bestimmten Gebiet bildet.

Braunkohle (3.1): Kohle mit relativ geringem Heizwert, die ihren Namen von der häufig bräunlichen Farbgebung bezieht.

Bruttoinlandsprodukt (BIP) (Kapitel 1): Gesamt-erzeugungsmenge an Waren und Dienstleistungen für den letzten Verbrauch durch Gebietsansässige und Nichtgebietsansässige in einer Volkswirtschaft, unabhängig von der Aufteilung auf inländische oder ausländische Verbraucher.

Bruttosozialprodukt (BSP) (Kapitel 1): Gesamtwert aller Waren und Dienstleistungen, die in einem bestimmten Zeitraum (normalerweise innerhalb des Jahres) in einem Land produziert werden, zuzüglich den Einkommen aus Auslandsbesitz sowie den Einkommen von Gebietsinländern aus dem Ausland, jedoch abzüglich entsprechender Zahlungen an Einwohner anderer Länder.

BSB (Biochemischer Sauerstoffbedarf) (3.1): Standardprüfung auf Vorhandensein organischer Schadstoffe bei der Wasseraufbereitung; der Sauerstoffbedarf ist von den Aktivitäten von Bakterien und anderen Mikroorganismen abhängig, die sich in Gegenwart von Sauerstoff von organischen Stoffen ernähren.

Chromosomenanomalien (4.8.2): Jeder Mensch verfügt normalerweise über 23 Chromosomenpaare. Eine Chromosomenanomalie liegt vor, wenn Zahl der Chromosomen, Größe oder Ausbildung bestimmter Chromosomen oder Anordnung von Teilen der Chromosomen nicht stimmen.

Chronischer Zustand (Kapitel 2.4): Ein Zustand, der ständig oder über längere Zeit hinweg anhält. Gegenteil: akut.

Coicop (Kapitel 2): „Klassifikation der Verwendungszwecke des Individualverbrauchs“, an die Bedürfnisse der Erhebungen zu den Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte angepasst.

Computertomograf (6.2.6): Computertomografen (CT), auch als „CAT“ (Computer-Axialtomografie) bekannt. Computertomografen bilden anatomische Daten aus einer Querschnittsebene des Körpers ab. Jedes Bild wird durch Computersynthese von Röntgendaten erzeugt, die in einer Vielzahl unterschiedlicher Richtungen in einer bestimmten Ebene ermittelt wurden.

DALY (um Invalidität korrigierte Lebensjahre/Disability Adjusted Life Years): Ein Maß, mit dem anhand der Inzidenz einer Krankheit, des Alters, in dem sie auftritt, sowie der in der jeweiligen Krankheitskategorie auftretenden Behinderung bzw. Invalidität die Belastung durch die Krankheit gemessen wird. Die DALY-Zahlen geben

in absoluten und relativen Werten an, in welchem Umfang die einzelnen Krankheitskategorien zur Gesamtbelastung der Bevölkerung durch Krankheiten beiträgt.

Definierte Tagesdosis (Kapitel 6): Die durchschnittliche Tagesdosis einer pharmazeutischen Substanz, die in der täglichen Anwendung gegen die Hauptindikation konsumiert wird. Sie dient zur Standardisierung der Messung der Medikamentenverwendung innerhalb und zwischen den Medikamenteneinheiten; anhand dieser Größe kann die Verwendung von Medikamenten in der Gesamtbevölkerung beschrieben werden.

Diagnose (Kapitel 4, 6): Feststellung der Krankheit eines Patienten, oft anhand der Codierung nach ICD-9-CM, ICD-10 oder (bei psychischen Störungen) DSM-IV. Für jeden aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten können mehrere Diagnosen — einschließlich der Hauptdiagnose sowie etwaiger weiterer vorhandener Sekundär Diagnosen/-zustände — gemeldet werden.

DSM-IV (4.7.2.11): Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) dient als Standardklassifikation psychischer Krankheiten und wurde ursprünglich bei der Behandlung psychischer Krankheiten in den Vereinigten Staaten verwendet, findet heute jedoch weltweit Anwendung. Das DSM setzt sich aus drei Hauptbestandteilen zusammen: der diagnostischen Klassifikation, den Diagnosekriterien und dem beschreibenden Text. Die Diagnoseklassifikation umfasst ein Verzeichnis psychischer Krankheiten, die offiziell Teil des DSM-Systems sind.

Eigenzahlungen (Kapitel 6, Anhang III): Zahlungen, die ein Patient selbst leistet und die nicht durch die Krankenversicherung übernommen werden. Hierunter fallen Zuzahlungsmodelle und separate Zahlungen an die Erbringer der Gesundheitsdienstleistungen.

Entschwefelung (3.1): Eine Technologie, bei der ein Sorptionsmittel, meistens Kalk oder Kalkstein, zur Entfernung von Schwefeldioxid aus den bei der Verbrennung fossiler Brennstoffe freigesetzten Gasen verwendet wird. Die Rauchgasentschwefelung ist Stand der Technik bei großen Emittenten von SO₂, z. B. Kraftwerken.

Endemisch (Kapitel 4): Ein Begriff zur Bezeichnung einer ständig und mit vorhersagbarer Regelmäßigkeit in einem bestimmten Gebiet oder bei einer bestimmten Population auftretenden Krankheit.

Enzephalitis (Kapitel 4): Gehirnentzündung.

Eutrophierung (3.1): Natürliche Alterung eines Sees oder Binnengewässers, die infolge der ständigen Zufuhr von Nährstoffen zu einer übermäßigen Produktion von organischem Material führt.

Externe Ursachen (5.2): Eine verkürzte Form des Kapitels „Äußere Ursachen von Verletzung und Vergiftung“ aus der ICD-Klassifikation. Dieses Kapitel enthält sämtliche Todes- und Verletzungursachen, die auf Unfälle oder Gewalteinwirkung zurückzuführen sind. In der ICD können diese Todesfälle und Verletzungen sowohl anhand der Art der erlittenen Verletzung als auch anhand der äußeren Ursachen klassifiziert werden.

Fette (Kapitel 2): Organische Verbindungen aus Kohlenstoffen, Wasserstoff und Sauerstoff, die die konzentrierteste Energiequelle in Nahrungsmitteln bilden. Sämtliche Fette bestehen aus Kombinationen **gesättigter** und **ungesättigter Fettsäuren**. Gesättigte Fettsäuren kommen in Nahrungsmitteln tierischen und pflanzlichen Ursprungs vor. Ungesättigte Fette sind bei Kühlschranktemperatur normalerweise flüssig. Einfach und mehrfach ungesättigte Fette sind zwei Arten ungesättigter Fette.

Fotochemisch (3.1): Durch Licht verursachte chemische Veränderungen.

Gesamtfruchtbarkeitsrate (Kapitel 1): Durchschnittliche Kinderzahl, die eine Frau im gebärfähigen Lebensalter zur Welt bringt, wenn man die gegenwärtigen, altersspezifischen Fruchtbarkeitsraten zugrunde legt.

Gesundheitsbefragung (Health Interview Survey — HIS) (Kapitel 4): Ein Forschungsverfahren, bei dem Informationen zu Gesundheitszustand und anderen verwandten Themen durch Befragungen einer möglichst großen Zahl von Auskunftspersonen gesammelt werden. Oft werden diese Fragen persönlich per Telefon oder Post abgefragt. Die daraus resultierenden Antworten bilden eine nützliche Grundlage für Beschreibung, Vergleich und manchmal auch für die Erklärung unterschiedlichster Phänomene.

Gram (4.7.6): Bezeichnung für einen Test (Gram-Färbung) im Rahmen der Laboruntersuchung von Bakterien. Bakterien, die bei der Gram-Färbung eine blaue Verfärbung ergeben, sind grampositiv, Bakterien, die eine rosa Verfärbung ergeben, sind gramnegativ. Diese Klassifikation entspricht den Merkmalen der Bakterien, z. B. der Infektion, die ausgelöst werden kann, und den für die Behandlung notwendigen Antibiotika.

Häusliche Pflege (6.2.8): Gesundheitsdienstleistungen, die für Patienten in deren eigener Wohnung erbracht werden.

HAI (4.7.9): Im Krankenhaus zugezogene Infektionen („hospital acquired infections“).

Hib (4.7.1): *Haemophilus influenzae b*, ein Bakterium, das vor allem bei Kindern schwer wiegende

Krankheiten wie Meningitis und Lungenentzündung hervorrufen kann.

HIV-Infektion (4.7.1.3): Eine Virusinfektion, die durch das HIV-Virus (human immunodeficiency virus) verursacht wird, welche das Immunsystem nach und nach zerstört und damit Infektionen auslöst, die der Körper kaum bekämpfen kann.

Iatrogen (4.7.5): Eine durch medizinische Behandlung ausgelöste Krankheit.

ICD (Kapitel 4, 5, 6): Die Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (9. oder 10. Revision). Diese Klassifikation der Krankheiten, Gesundheitszustände und Verfahren wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt und bildet den internationalen Standard für die Kennzeichnung und numerische Codierung einer Krankheit. Innerhalb dieses Systems sind sämtlichen Krankheiten Nummern nach einem hierarchischen System zugeordnet. Das ICD-Codierungssystem existiert in verschiedenen Ausführungen, u. a. ICD-8, ICD-9, ICD-9-CM (Clinical Modification/Klinische Modifikation), ICD-O (Oncology/Onkologie) und ICD-10.

ICD-9-CM (Kapitel 6): Die klinische Modifikation der ICD wird für die Kategorisierung von Krankenhausdiagnosen verwendet, die nach ICD-9 gestellt wurden. Die verwendeten Diagnosekategorien basieren auf der Hauptdiagnose, die als erste mehrerer möglicher Diagnosen in verschlüsselter Form in den Entlassungsunterlagen erscheint. Die Hauptdiagnose repräsentiert den Zustand, der nach einer Untersuchung als Hauptgrund für die Aufnahme des Patienten zur stationären Behandlung im Krankenhaus ermittelt wird.

IDDM (4.8.4): Insulinabhängiger Diabetes mellitus.

Inzidenz (3.2): Inzidente Fälle einer Krankheit sind jene Fälle, die erstmals in einem festgelegten Zeitraum auftreten; die Inzidenz (oder Inzidenzrate) bezeichnet die entsprechende Anzahl Fälle als Anteil an der Population zum Beginn des untersuchten Zeitraums.

IPCC (Inter-Governmental Panel on Climate Change/Zwischenstaatlicher Ausschuss über Klimaänderungen) (Kapitel 3): Aufgrund der Brisanz möglicher globaler Klimaveränderungen wurde von der World Meteorological Organization (WMO) und dem Umweltprogramm der Vereinten Nationen (UNEP) 1988 der zwischenstaatliche Ausschuss über Klimaänderungen (IPCC) eingerichtet. Die Aufgabe des IPCC ist die Beurteilung der wissenschaftlichen, technischen und sozioökonomischen Informationen, die für das Verständnis der Risiken der vom Menschen herbeigeführten Klimaänderungen wichtig sind.

ISIC (Rev. 3) (6.4.4): International Standard Industrial Classification of all Economic Activities, Revision 3 — Internationale Systematik der Wirtschaftszweige der Vereinten Nationen (Vereinte Nationen). Die ISIC umfasst eine Standardsystematik der produzierenden Wirtschaftszweige. Hauptzweck dieser Systematik ist die Festlegung von Kategorien von Wirtschaftszweigen, die bei der Analyse von statistischen Daten für die entsprechende Wirtschaftstätigkeit zugrunde gelegt werden können.

KI (Konfidenzintervall) (Kapitel 4): Die Konfidenzintervalle bestimmter Statistiken geben einen Wertebereich um den statistischen Wert an, innerhalb dessen der statistisch „wahre“ Wert (für die Population) erwartungsgemäß (mit einem bestimmten Grad an Gewissheit) liegt.

KKP (Kaufkraftparitäten) (Kapitel 2, 6): Währungsumrechnungsraten, mit denen Wirtschaftsindikatoren einer bestimmten Währung in eine gemeinsame Währung nach einem Verhältniswert umgerechnet werden, der die Kaufkraft einer Einheit unterschiedlicher nationaler Währungen ausgleicht. Mit anderen Worten, KKP sind sowohl Preisdeflatoren als auch Währungsumrechnungsfaktoren; sie gleichen bei der Umrechnung in eine gemeinsame Währung die unterschiedlichen Preisniveaus der einzelnen Länder aus. Als Referenzwährung kommt im Prinzip jede Währung eines Mitglieds der Gruppe oder auch die Währung eines anderen Landes wie der US-Dollar in Frage. Der US-Dollar wird z. B. von der OECD, von den Vereinten Nationen und von anderen internationalen Organisationen verwendet.

KKS (Kaufkraftstandard) (Kapitel 2, 6): Die künstliche gemeinsame Referenzwährungseinheit, die so festgelegt ist, dass das Gesamt-Bruttoinlandsprodukt der Europäischen Union in KKS dem Gesamt-Bruttoinlandsprodukt der Europäischen Union in Euro entspricht. Die Mengenaggregate der Volkswirtschaft ergeben sich, nachdem ihr ursprünglicher Wert in nationalen Währungseinheiten durch die entsprechenden KKS dividiert wurde. Ein KKS entspricht in allen Ländern derselben vorgegebenen Menge von Waren und Dienstleistungen. Allerdings werden in den einzelnen Ländern, je nach Preisniveau, unterschiedliche Beträge in der nationalen Währung benötigt, um die betreffende Menge von Waren und Leistungen einzukaufen.

Komorbidität (4.2): Zwei oder mehr gleichzeitig bestehende medizinische Zustände oder unabhängig voneinander verlaufende Krankheitsprozesse.

Kopfpauschale (Kapitel 6): Pro-Kopf-Abrechnungsverfahren für Ärzte. Der Betrag, den der Arzt erhält, basiert auf einem bestimmten Betrag je Patient (Kopfgebühr) multipliziert mit der Zahl der

Patienten, die in dieser Arztpraxis behandelt werden (Population der Praxis), und zwar unabhängig von der Anzahl der erbrachten Leistungen.

Krankenhausentlassung (6.2.5): Entlassung aus dem Krankenhaus oder einer anderen Gesundheitsfürsorgeeinrichtung; hierunter fallen sämtliche Fälle, in denen ein Patient (oder Bewohner) durch Tod, Entlassung, auf eigenen Wunsch gegen ärztlichen Rat oder durch Überweisung aus dem Krankenhaus bzw. der Einrichtung ausscheidet. Die Zahl der Entlassungen wird üblicherweise als Maß für die Inanspruchnahme von Krankenhausdienstleistungen zugrunde gelegt. Entlassungen werden statt der Aufnahmen zugrunde gelegt, da Krankenhauszahlen für die stationäre Behandlung auf Informationen basieren, die bei der Entlassung erhoben werden.

Krankheitsbelastung (Kapitel 4): Ein Maß für die Gesundheit einer Population. Mit diesem Konzept kann die Schwere unterschiedlicher Krankheiten quantifiziert werden. Es handelt sich dabei nicht nur um ein Maß für die Inzidenz oder Sterblichkeit, sondern es werden die Auswirkungen bzw. Folgen als Ganzes berechnet. Maß für die Krankheitsbelastung sind die um Invalidität korrigierten Lebensjahre (DALY — Disability Adjusted Life Years).

Längsschnitterhebungen (Kapitel 4): Zentrales Merkmal einer Längsschnitterhebung ist, dass sie zeitabhängig wiederholte Beobachtungen eines Bestands bestimmter Variablen für den in die Erhebung einbezogenen Personenkreis ermöglicht. Je nach der Art und Weise, wie diese wiederholten Beobachtungen bei ein und derselben Personengruppe abgeleitet werden, unterscheidet man zwischen drei Hauptformen der Längsschnitterhebungen: retrospektive Erhebungen, Panel-Erhebungen und Datensatzverknüpfungen.

Lebenserwartung bei der Geburt (Kapitel 1): Die Lebenstabelle ist ein statistisches Verfahren zur Zusammenfassung der Sterbeziffern, die über den Ablauf eines Jahres berechnet werden und aus denen ein Maß für die Lebenserwartung abgeleitet werden kann. Wird die Lebenserwartung in allen Altersstufen (ab der Geburt) berechnet, gibt sie die Zahl der Lebensjahre an, die eine Person durchschnittlich leben wird, wenn ihr Leben nach den gegenwärtigen Sterbeziffern verläuft.

Leistungsbezogenes Honorar (Kapitel 6, Anhang 1, Anhang 3): Ein Finanzverfahren, bei dem die Anbieter von Gesundheitsleistungen ihre eigenen Honorare für die erbrachten Leistungen festsetzen. Nach diesem Verfahren bezahlen die Patienten die erbrachten Leistungen jeweils einzeln bei der Erbringung.

Lithotripter (6.2.6): Lithotripsie ist ein Verfahren für die Zertrümmerung von Nierensteinen. Auf

diese Weise ist die leichtere Abfuhr über den Urin möglich. Bei einer Ausführung der Lithotripsie zerkleinert der Lithotripter Steine in der Niere oder den oberen Uretern. Die Nierensteine werden mit Hilfe von Schockwellen in winzige Fragmente zerkleinert.

Magnetresonanztomografie (6.2.6): Ein Diagnoseverfahren, bei dem die magnetischen Kerne (insbesondere Protonen) eines Patienten in einem starken, homogenen Magnetfeld angeordnet sind, Energie aus abgestimmten Hochfrequenzimpulsen absorbieren und Hochfrequenzsignale entsprechend dem Abklingen der Erregung aussenden. Diese Signale, deren Stärke je nach Nukleushäufigkeit und molekularchemischem Umfeld variiert, werden mit Hilfe von Feldgradienten im Magnetfeld in Tomografie-Bildersätze umgewandelt. Auf diese Weise ist eine 3-D-Lokalisierung der Punktquellen der Signale möglich. Anders als bei herkömmlicher Röntgenbestrahlung oder Computertomografie sind die Patienten bei der Magnetresonanztomografie keiner ionisierenden Strahlung ausgesetzt.

Mammografie (6.2.6): Mammografie bezeichnet das Verfahren zur Erstellung eines Mammogramms (einer Röntgenaufnahme der Brust).

Metastasen (4.7.1): Sekundärtumor an anderer Stelle als am ursprünglichen Entstehungsort der Krankheit.

Migrant (Kapitel 1): Jemand, der dauerhaft von einem Wohnort an einen anderen übersiedelt.

MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview): Semistrukturiertes, klinisches Befragungsinstrument auf Basis des DSM-IV. Es kann zur Diagnostizierung von Depressionen eingesetzt werden.

Morbidität (Kapitel 4): Sterblichkeit.

Neonatal (5.1): Zeitraum vom Zeitpunkt der Geburt bis zu einem Lebensalter von weniger als 28 Tagen; die Neonatalsterbeziffer bezeichnet die Zahl der Todesfälle bei Säuglingen im Alter von unter 28 Tagen im Jahresverlauf, bezogen auf je 1 000 Lebendgeburten während des betreffenden Jahres.

Neubildung (Neoplasma) (4.7.1): Bösartiges, neu wachsendes Gewebe.

Nicht beitragsgebundene Programme (Kapitel 6): Sozialschutzprogramme, bei denen der Leistungsanspruch nicht von der Beitragszahlung der versicherten Personen oder anderer Personen in deren Namen abhängig ist. Bei vielen nicht beitragsgebundenen Programmen werden Beihilfen nur nach einer Bedürftigkeitsprüfung gewährt. Zu den nicht beitragsgebundenen Programmen, bei denen keine Bedürftigkeitsprü-

fung notwendig ist, zählen die staatlichen Gesundheitsdienste und die Familien-Mitversicherungsprogramme verschiedener Mitgliedstaaten.

NMVOG (3.1): Flüchtige organische Verbindungen ohne Methan.

Nosokomial (4.7.2): Mit einem Krankenhaus in Zusammenhang stehend.

NUTS (3.4): Die Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik (NUTS) wurde von Eurostat erarbeitet, um eine einzige, einheitliche Aufgliederung der Gebietseinheiten für die Erstellung von Regionalstatistiken für die EU zu erzielen. In der Fassung 1999 von NUTS wird die EU in 78 Regionen auf NUTS-1-Ebene, 211 auf NUTS-2-Ebene und 1 093 auf NUTS-3-Ebene untergliedert. Aufgrund ihrer relativ geringen Fläche oder Bevölkerungszahl sind in einigen Ländern nicht alle drei NUTS-Ebenen vorhanden: In Irland und Schweden gibt es keine NUTS-1-Regionen, in Dänemark keine Regionen der Ebenen 1 und 2 und in Luxemburg keine Ebenen 1, 2 und 3.

Ozon (3.1): Eine allotrope Sauerstoffform, die in der Atmosphäre vorkommt. Sie enthält drei Sauerstoffatome (O_3), während atmosphärische Sauerstoffmoleküle zwei Atome (O_2) enthalten.

Partikel (3.1): Feine Festkörperchen oder Flüssigkeitstropfen, die in der Luft als Schwebstoff vorkommen.

Pathogen (4.7.9): Ein krankheitserregender Organismus oder Substanz.

Perinatal (5.1): Der Zeitraum um den Geburtszeitpunkt; die Perinatalsterbeziffer schließt also sowohl Totgeburten als auch Sterbefälle im Alter von weniger als sieben Tagen mit ein.

Periodontal (4.3): Gewebe im Bereich der Zähne, z. B. Gaumen.

Phagentypisierung (4.7.4): Bakteriophagen (oder Phagen) sind Viren, die Bakterien angreifen; die Phagentypisierung beschreibt also ein Verfahren zur Feststellung von Bakterien anhand der Wirkung bekannter Phagen auf die Bakterien.

Postneonatal (5.1): Zeitraum von 28 Tagen nach der Geburt bis vor Vollendung des 1. Lebensjahres. Die postneonatale Sterbeziffer bezeichnet die Zahl der Todesfälle bei Säuglingen im Alter zwischen 28 und 364 Tagen im Jahresverlauf, bezogen auf je 1 000 Lebendgeburten während des betreffenden Jahres.

Prävalenz (4.8.1): Die Prävalenz misst die für eine Bevölkerung durch Krankheiten entstehende Belastung; die **Prävalenzrate** gibt die Zahl der Fälle einer bestimmten Krankheit in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt an. Sie wird als Anteil an der Gesamtbevölkerung angegeben.

Praktischer Arzt (Kapitel 6): Angehöriger des Ärztestands, der die allgemeine medizinisch-ärztliche Versorgung übernimmt.

Psychosozial (4.1): Mit einer Kombination aus psychologischen und sozialen Faktoren zusammenhängend.

Quintil (2.1.3): Eines von fünf Segmenten einer in fünf Teile unterteilten Verteilung. So handelt es sich beispielsweise beim zweituntersten Quintil einer Einkommensverteilung um jenen Teil, dessen Einkommen die Einkommen von 20 % bis 40 % der Bevölkerung überschreitet.

Quotenstichproben (Kapitel 2, 4): Normalerweise bezieht sich dies auf ein Verfahren, bei dem versucht wird, bei Untersuchungen in einer Stichprobe die genaue Zusammensetzung der Bevölkerung hinsichtlich bestimmter, als wichtig geltender demografischer Kriterien abzubilden (z. B. hinsichtlich Geschlecht, Alter, Hautfarbe, Einkommen usw.). Zweck dieses Verfahrens ist, eine für die zugrunde liegende Gesamtbevölkerung repräsentative Stichprobe zu ermitteln.

Reiner Alkohol (2.4): Dieser wird definiert als Ethanol (der im Kalenderjahr in einem Land verbraucht wurde bzw. anhand der Statistiken aus lokaler Erzeugung, Einfuhr oder Ausfuhr, ggf. unter Berücksichtigung von Beständen und Inlanderzeugung, errechnet wurde), welcher den Rauschmittelanteil in gebrannten und destillierten Alkoholika (Branntweine oder Spirituosen) ausmacht.

Relative Inzidenzrate (3.2): Wird bei der Analyse von Arbeitsunfalldaten angewandt (3.2.2). Die Inzidenz (oder Inzidenzrate) wird anhand der Zahl der Unfälle pro Jahr je 1 000 Erwerbstätigen in der Referenzbevölkerung angegeben. Die relative Inzidenzrate bezeichnet den Verhältniswert der Inzidenz bei einer bestimmten Gruppe zur Inzidenz in der Gesamtheit aller Gruppen. Sie wird meistens als Prozentsatz aller Gruppen angegeben.

Resistenz gegen Antibiotika (4.7.9): Mit der Einführung antimikrobieller Mittel (Antibiotika) in der klinischen Praxis ging stets auch die Entdeckung von resistenten Mikroorganismenstämmen einher. Diese Stämme können sich auch in Gegenwart von Medikamentenkonzentrationen vermehren, die höher als die Konzentrationen im Körper der mit therapeutischen Dosen behandelten Menschen sind. Die Prävalenz derartiger resistenter Organismen variiert je nach Region und Zeitpunkt, früher oder später treten jedoch bei jedem Antibiotikum Resistenzen auf.

Rickettsieninfektionen (4.7.7): Diese werden durch Mikroorganismen aus der Gruppe der Rickettsien verursacht, die sowohl Merkmale von Bakterien als auch von Viren aufweisen.

Röntgentherapiegeräte (6.2.6): Geräte für die Röntgenstrahl- oder Radionuklidbehandlung. Hierzu zählen: Linearbeschleuniger, Cobalt-60-Geräte, Caesium-137-Geräte, Low-/Orthovoltage-Röntgengeräte, High-Dose-Rate-Brachytherapiegeräte, Low-Dose-Rate-Brachytherapiegeräte und konventionelle Brachytherapiegeräte.

RTA (3.4): Straßenverkehrsunfälle.

RTTA (3.2): Unfälle in Straßenverkehr und Transport.

Sachleistungen (6.4.6): Leistungen werden in Form von Waren und durch die Erbringung von Dienstleistungen erbracht.

Säuglingssterbeziffer (5.1): Anzahl der Sterbefälle bei Säuglingen je 1 000 Lebendgeburten im Verlauf eines Jahres; die Sterbeziffer ist also eigentlich eine Verhältniszahl.

Schlaganfall (4.7.2.3): Unterbrechung der Blutzufuhr zu einem Teil des Gehirns, wodurch Gewebe abstirbt und bestimmte Gehirnfunktionen verloren gehen.

Selbstbehalt (Kapitel 6, Anhang 1, Anhang 3): Der Anteil an einer Abrechnung oder medizinischen Ausgabe, die das Mitglied einer Krankenkasse aus eigener Tasche für die jeweilige Leistung an den Erbringer der Leistung bzw. die Behandlungseinrichtung bezahlen muss. Normalerweise handelt es sich dabei um einen festen Betrag, der bei Erbringung der Leistung bezahlt wird.

Seltene Krankheiten (4.7.2.12): Krankheiten (auch genetischen Ursprungs), die einen lebensgefährlichen Verlauf zeigen oder chronische Behinderungen hervorrufen und mit sehr niedriger Prävalenz (d. h. weniger als fünf Fälle je 10 000 Personen) auftreten.

Serum (4.7.1): Aus koaguliertem Blut oder Blutplasma gewonnene Flüssigkeit, die sich absetzen kann.

Sonstige Sachleistungen (6.4.6): Unterstützung für Kranke oder Verletzte, die über die medizinische Versorgung hinausreicht und sich auf Unterstützung bei täglichen Verrichtungen wie Hilfen im Haushalt oder Bereitstellung von Transportmöglichkeiten erstreckt.

Standardisierte Inzidenzrate (3.2): Bei der Analyse der Arbeitsunfalldaten gibt die Inzidenzrate (siehe oben) das Risiko derartiger Unfälle an. Da die Struktur der Erwerbsbevölkerung eines Landes diese Rate beeinflussen kann, kann statt dessen jedoch auch die standardisierte Inzidenzrate angesetzt werden. Bei dieser Standardisierung wird jedem Wirtschaftszweig auf nationaler Ebene die gleiche Gewichtung wie auf EU-Ebene zugewiesen.

Standardisierte Sterbeziffern (5.2): Beim Vergleich der Sterblichkeit verschiedener Populationen sollten Unterschiede in der Altersstruktur berücksichtigt werden. Die Standardisierung bietet eine Möglichkeit hierfür: entweder durch *indirekte* Standardisierung, indem bestimmte Standardzahlen auf die jeweilige Population übertragen werden und die erwartete Sterbefallzahl mit der tatsächlich registrierten Zahl verglichen wird, oder *direkt*, indem die beobachteten Zahlen der Populationen auf die jeweilige Population übertragen werden und ein entsprechender Vergleich ange stellt wird.

STI (4.7.1.2): Englische Kurzform für „sexually transmitted infections“ (sexuell übertragbare Infektionen).

Temperaturinversion (3.1): Die Lufttemperatur sinkt normalerweise mit zunehmender Höhe. Bei bestimmten meteorologischen Bedingungen lässt sich dieser Trend umkehren, d. h., es bildet sich eine wärmere Luftschicht oberhalb einer kühleren Luftschicht. Die kühleren Luft kann dann nicht aufsteigen, da sie schwerer ist. Luftschadstoffe werden dadurch unter der kühleren Luftschicht eingeschlossen.

Tinnitus (4.4.4): Symptom einer Ohrenerkrankung, das sich durch ein pfeifendes, summendes, brummendes oder ähnliches Geräusch in den Ohren bemerkbar macht.

Tödlicher Arbeitsunfall (3.2): Ein Unfall, an dessen Folgen das Unfallopfer innerhalb eines Jahres nach Eintreten des Unfalls verstirbt.

Treibgas (3.1): Ein Gas, das zu dem in der Natur auftretenden Treibhauseffekt beiträgt. Das Kyoto-Protokoll deckt ein Spektrum von sechs Treibhausgasen ab, die vom Menschen verursacht werden: Kohlendioxid, Methan, Stickoxid, Chlorkohlenwasserstoffe, Perfluorkohlenstoffe und Schwefelhexafluorid.

Troposphäre (3.1): Die unterste Schicht der Atmosphäre, in der die Temperatur mit zunehmender Höhe sinkt.

Verbrennung (3.1): Eine chemische Reaktion, bei der ein Brennstoff oder Kraftstoff in Verbindung mit Sauerstoff Wärme entwickelt.

Virus (4.7.1): Ein kleiner, infektiöser Organismus, der zur Vermehrung eine lebende Zelle benötigt.

VOC (Volatile Organic Compounds/flüchtige organische Kohlenwasserstoffe) (3.1): Leicht verdunstbare Kohlenwasserstoffverbindungen, die zur Luftbelastung beitragen. Beispiele: Benzol, Aceton und Ethylen.

Wanderungssaldo (Kapitel 1): Saldo aus der Einwanderung in ein bestimmtes Gebiet und der Auswanderung aus diesem Gebiet.

WRHP (4.8.5): Englische Kurzform für „work related health problems“ (berufsbedingte Gesundheitsschäden).

Zentrale Gütersystematik (6.4.4): Diese Systematik wurde von den Vereinten Nationen als zentrale Standard-Gütersystematik entwickelt, die als Instrument für die Erstellung und Tabellierung von Statistiken dienen soll, in denen Produktdetailangaben verlangt werden. Diese Statistiken können Erzeugung, Zwischenverbrauch und letzten Verbrauch, Kapitalbildung, Außenhandel oder Preise abdecken. Sie beziehen sich je nach Gliederung auf Güterströme, Lagerbestände oder Bilanzen bzw. Salden und können im Zusammenhang mit Input-Output-Tabellen, Zahlungsbilanzen und anderen Analysezwecken erstellt werden.

Zoonotisch (4.7.4): Bezieht sich auf Infektionskrankheiten bei Tieren, die auf den Menschen übertragen werden können.

Die wichtigsten verwendeten Quellen

CODED: Eurostat-Datenbank „Konzepte und Definitionen“, Eurostat.

Medline Plus-Datenbank, Health Information.

Manitoba Centre for Health Policy, Thesaurus-Datenbank.

OECD Data Health 2002, OECD.

Merck Manual of Medical Information.

Porteous, A., *Dictionary of Environmental Science and Technology* (Wiley, 1991)

sowie Veröffentlichungen von Eurostat (Gesundheit und Sicherheit).