

Gesundheit

3





3.1 GESUNDE LEBENSJAHRE	190
3.2 GESUNDHEITLICHE PROBLEME	194
3.3 GESUNDHEITSVERSORGUNG	199
3.4 ARBEITSSICHERHEIT	206
3.5 TODESURSACHEN UND SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT	209

Gesundheit liegt den Europäern besonders am Herzen. Sie erwarten Schutz vor Krankheiten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu Hause, am Arbeitsplatz und bei Reisen innerhalb der EU. Die Gesundheitspolitik berührt zahlreiche Aspekte – etwa den Verbraucherschutz (Fragen der Lebensmittelsicherheit), die Sicherheit am Arbeitsplatz, die Umwelt- oder die Sozialpolitik – und wirkt sich daher in erheblichem Maße auf die überarbeitete Lissabon-Strategie der EU aus.

Für die Organisation und Bereitstellung von Gesundheitsdiensten und die medizinische Versorgung sind in erster Linie die Mitgliedstaaten zuständig, wenngleich zusätzliche Maßnahmen, z. B. im Zusammenhang mit grenzüberschreitenden Gesundheitsgefährdungen und Patientenmobilität, zur Verringerung von Ungleichheiten im Bereich Gesundheit oder zur Einflussnahme auf wichtige gesundheitsrelevante Faktoren, der EU obliegen. Für eine wirksame Politikgestaltung und die Ausrichtung künftiger Maßnahmen ist es wichtig, dass die EU exakte und detaillierte Daten erfasst und auswertet.

Das Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit⁽⁴¹⁾ für den Zeitraum 2003 bis 2008 konzentriert sich auf folgende drei Schwerpunktbereiche:

(41) Beschluss Nr. 1786/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003–2008) (ABl. L 271 vom 9.10.2002, S. 1), siehe: http://eur-lex.europa.eu/pri/de/obj/dat/2002/l_271/l_27120021009de00010011.pdf.

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

Erst kürzlich – am 23. Oktober 2007 – verabschiedete die Europäische Kommission eine neue Strategie mit dem Titel „Gemeinsam für die Gesundheit: ein strategischer Ansatz der EU für 2008–2013“, die Vorgaben für das künftige Vorgehen im Gesundheitsbereich auf EU-Ebene enthält. Zu einem entsprechenden Diskussionspapier⁽⁴²⁾ gingen mehr als 150 Beiträge ein. Innerhalb der Europäischen Kommission wird die Strategie durch das zweite Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit 2008–2013 unterstützt. Es verfolgt drei übergeordnete Ziele, die die künftigen Maßnahmen im Bereich Gesundheit stärker an den Zielen Wohlstand, Solidarität und Sicherheit ausrichten. Dies erfolgt durch:

- einen besseren Gesundheitsschutz der Bürger,
- Gesundheitsförderung zur Steigerung von Wohlstand und Solidarität und
- Schaffung und Verbreitung von gesundheitsbezogenem Wissen.

(42) Nähere Informationen unter: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_discussion_de.pdf.



EUROSTAT-DATEN IN DIESEM BEREICH: Bevölkerung und soziale Bedingungen

Bevölkerung

- Demographie
- Demographie – Nationale Daten
- Sterblichkeit

Gesundheit

- Öffentliche Gesundheit
- Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz

3.1 GESUNDE LEBENSJAHRE

EINFÜHRUNG

Die Lebenserwartung bei der Geburt ist nach wie vor einer der am häufigsten angeführten Indikatoren für die Gesundheitssituation und die wirtschaftliche Entwicklung. Den meisten Menschen ist zwar bewusst, dass nachfolgende Generationen länger leben, doch weit weniger ist über den Gesundheitszustand der alternden Bevölkerung Europas bekannt. Die Lebenserwartung bei der Geburt ist im letzten Jahrhundert dank einer Vielzahl wichtiger Faktoren rasant gestiegen. Zu diesen Faktoren zählen der Rückgang der Säuglingssterblichkeit, der Anstieg des Lebensstandards, eine bessere Lebensweise und Bildung sowie Fortschritte im Gesundheitswesen und in der Medizin.

Es ist schwierig, den Gesundheitszustand einer Bevölkerung zu messen, weil er sich bei Einzelpersonen, Personengruppen, Kulturen oder auch über bestimmte Zeiträume hinweg nur schwer bestimmen lässt. Daher wird die Lebenserwartung als demografische Größe häufig zur Bestimmung der Gesundheitssituation eines Landes verwendet, beruht sie doch auf einem einfachen und leicht verständlichen Merkmal – dem Tod. Allerdings lässt sich die Lebenserwartung nicht uneingeschränkt verwenden, weil sich aus ihr keine Informationen über den Gesundheitszustand einer Bevölkerung ableiten lassen.

Der Indikator „gesunde Lebensjahre“ (HLY – healthy life years) führt das Konzept der Lebensqualität ein, indem er die Zahl der Jahre misst, die einer Person ohne Beeinträchtigungen durch Krankheiten oder Behinderungen voraussichtlich verbleiben. Chronische Erkrankungen, Gebrechlichkeit, psychische Störungen und körperliche Behinderungen sind im höheren Alter verbreiteter, und die dadurch entstehenden Belastungen können sich auf das Gesundheitswesen und das Rentensystem auswirken und gleichzeitig die Lebensqualität der darunter leidenden Personen beeinträchtigen.

Mit dem HLY-Indikator wird Gesundheit auch als Produktions- oder Wirtschaftsfaktor überwacht. Er gehört zu den Strukturindikatoren, die verwendet werden, um die Fortschritte der EU im Hinblick auf die überarbeitete Lissabon-Strategie zu untersuchen. In diesem Zusammenhang können mithilfe des HLY-Indikators bestimmte Aspekte wie etwa die mit einer Anhebung des Renteneintrittsalters verbundenen potenziellen Kosten und Vorteile untersucht werden.

Eines der Hauptziele der europäischen Gesundheitspolitik besteht darin, einen Zuwachs an gesunden Lebensjahren zu erreichen, denn dies verbessert nicht nur die Lage des Einzelnen (sind doch Gesundheit und ein langes Leben grundlegende Ziele des Menschen), sondern verringert auch die öffentlichen Gesundheitsausgaben. Nehmen die gesunden Lebensjahre schneller zu als die Lebenserwartung, dann leben die Menschen nicht nur länger, sondern auch länger ohne gesundheitliche Probleme.

DEFINITIONEN UND VERFÜGBARKEIT DER DATEN

Der Strukturindikator „gesunde Lebensjahre“ misst die Zahl der Jahre, die einer Person in einem bestimmten Alter voraussichtlich noch verbleiben, ohne dass sie durch schwere oder mittelschwere Gesundheitsprobleme oder erworbene Behinderungen beeinträchtigt wird. Der HLY-Indikator (auch „behinderungsfreie Lebenserwartung“) misst die Zahl der Jahre, die einer Person in einem bestimmten Alter voraussichtlich für ein behinderungsfreies Leben verbleiben. Er ist also ein Indikator der Gesundheitserwartung.

In die Berechnung der gesunden Lebensjahre fließen zwei Komponenten ein: Mortalitätsstatistiken und Daten zur Selbsteinschätzung von Behinderung. Die Mortalitätsdaten entstammen der demografischen Datenbank von Eurostat, während die Daten zur Selbsteinschätzung von Behinderung der Statistik der Europäischen Union über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) entnommen sind.

Die EU-SILC-Fragestellung (siehe unten), die die Grundlage für die Berechnung des HLY-Indikators bildet, ist noch nicht vollständig harmonisiert, weshalb die Ergebnisse nur eingeschränkt vergleichbar sind. Eurostat hat den Mitgliedstaaten im Oktober 2007 neue Leitlinien für diese Frage übermittelt, um die Vergleichbarkeit der Daten für die kommenden Jahre zu verbessern. Die EU-SILC-Frage lautet:

In welchem Maße waren Sie während der letzten sechs Monate oder länger wegen eines gesundheitlichen Problems bei alltäglichen Verrichtungen eingeschränkt? Waren Sie nach eigener Einschätzung

- stark eingeschränkt?
- eingeschränkt?
- nicht eingeschränkt?



Auf nationaler Ebene ergaben sich bei der praktischen Umsetzung dieser Frage unter anderem folgende Probleme:

- Der sechsmonatige Zeitraum wird als Bezugszeitraum und nicht als Mindestdauer der Einschränkung betrachtet.
- Es wird auf die täglichen Verrichtungen des Einzelnen und nicht auf Verrichtungen von Durchschnittspersonen Bezug genommen.
- Verwendung von zwei anstatt drei Antwortmöglichkeiten (ja/nein).
- Die Frage wird nur von denjenigen beantwortet, die die vorhergehende Frage im Fragebogen mit „ja“ beantwortete haben, anstatt von allen Befragten.

WICHTIGSTE ERGEBNISSE

Die Zahl der gesunden Lebensjahre bei der Geburt lag 2005 in der EU-25 bei Männern zwischen 48,0 und 68,5 Jahren und bei Frauen zwischen 52,2 und 70,1 Jahren, wobei die niedrigsten Werte in Estland und die höchsten in Malta gemeldet wurden. In Dänemark, Malta, Polen, Griechenland, Italien und den Niederlanden leben Männer den längsten Teil ihres Lebens behinderungsfrei.

Bei Frauen war die voraussichtlich behinderungsfreie Lebenszeit etwas kürzer, wenngleich ihre Lebenserwartung bei der Geburt insgesamt höher als bei Männern war. Die Länder, in denen Frauen den längsten Teil ihres Lebens voraussichtlich behinderungsfrei leben, stimmten im Wesentlichen mit den Ländern überein, in denen dies auch für Männer gilt (hinzu kamen lediglich die Tschechische Republik und Deutschland).

Der Indikator „gesunde Lebensjahre“ wird einmal bei der Geburt und einmal im Alter von 65 Jahren ermittelt. Für Menschen im Rentenalter war er bei beiden Geschlechtern in Dänemark am höchsten: Die Zahl der im Alter von 65 Jahren verbleibenden voraussichtlich gesunden Lebensjahre betrug hier bei Männern 13,1 und bei Frauen 14,1 Jahre. Die niedrigste Zahl der im Alter von 65 Jahren verbleibenden gesunden Lebensjahre wurde für Männer und Frauen in Estland gemeldet. Sie lag für beide Geschlechter bei 3,4 Jahren.

QUELLEN

Statistical books

Work and health in the European Union – A statistical portrait

Pocketbooks

Health in Europe – Data 1998-2003

Methodologies and working papers

Methodology for the calculation of Eurostat's demographic indicators

Website-Daten

Öffentliche Gesundheit

Strukturindikatoren über Gesundheit



Tabelle 3.1: Gesunde Lebensjahre bei der Geburt

(in Jahren)

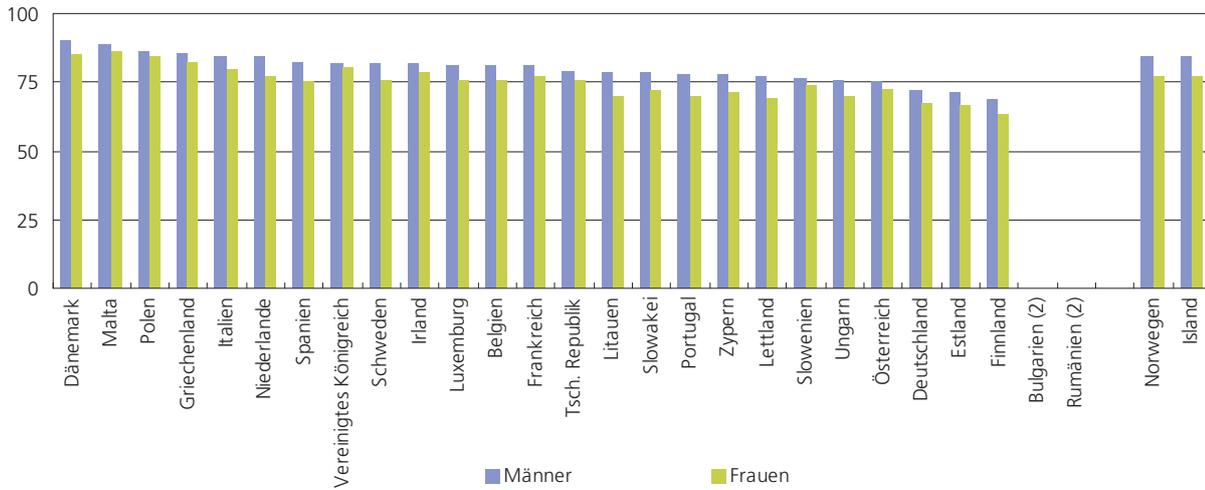
	Männer		Frauen	
	2004	2005	2004	2005
Belgien	58,4	61,7	58,1	61,9
Bulgarien	:	:	:	:
Tschechische Republik	:	57,9	:	59,9
Dänemark	68,3	68,4	68,8	68,2
Deutschland	:	55,0	:	55,1
Estland	49,8	48,0	53,3	52,2
Irland	62,5	62,9	64,3	64,1
Griechenland	63,7	65,7	65,2	67,2
Spanien	62,5	63,2	62,5	63,1
Frankreich	61,2	62,0	64,1	64,3
Italien	67,9	65,8	70,2	67,0
Zypern	:	59,5	:	57,9
Lettland	:	50,6	:	53,1
Litauen	:	51,2	:	54,3
Luxemburg	59,1	62,2	60,2	62,1
Ungarn	:	52,0	:	53,9
Malta	:	68,5	:	70,1
Niederlande	:	65,0	:	63,1
Österreich	58,1	57,8	60,2	59,6
Polen	:	61,0	:	66,6
Portugal	55,1	58,4	52,0	56,7
Rumänien	:	:	:	:
Slowenien	:	56,3	:	59,9
Slowakei	:	54,9	:	56,4
Finnland	53,1	51,7	52,9	52,4
Schweden	62,0	64,2	60,9	63,1
Vereinigtes Königreich	:	63,2	:	65,0
Island	:	66,9	:	64,5
Norwegen	65,5	65,5	64,7	63,6

Quelle: Eurostat (tsien081 und tsien082)

Gesunde Lebensjahre (GLJ) ist ein Indikator der Gesundheitserwartung, der Informationen zu Sterblichkeit und Krankheit miteinander verknüpft. Dazu werden Daten zur altersspezifischen Prävalenz (Anteile) der gesunden bzw. kranken Bevölkerung und Daten zur altersspezifischen Sterblichkeit benötigt. Gute gesundheitliche Verfassung wird über die Abwesenheit von Funktionsbeschränkungen/Beschwerden definiert. Der Indikator wird getrennt für Männer und Frauen berechnet. Der Indikator wird auch beschwerdefreie Lebenserwartung (BFLE) genannt.

Abbildung 3.1: Gesunde Lebensjahre bei der Geburt, 2005 (1)

(in % der Gesamtlebenserwartung)



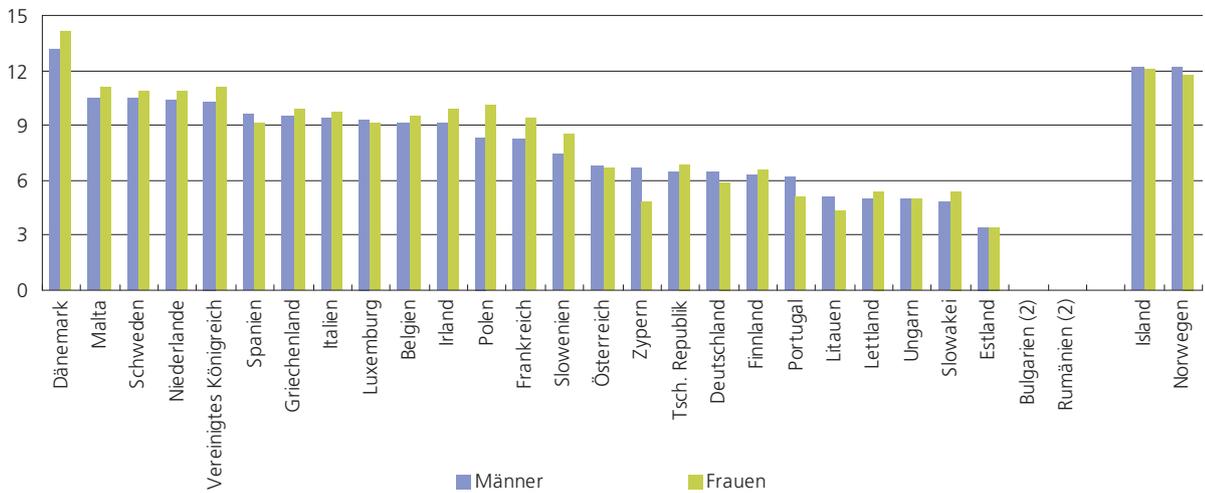
(1) Vorläufige Daten.
(2) Nicht verfügbar.

Quelle: Eurostat (tps00025)

Mittlere Zahl der Jahre, die ein Neugeborenes voraussichtlich lebt, wenn die zu diesem Zeitpunkt herrschenden Sterbebedingungen während seines ganzen Lebens bestehen bleiben (altersspezifische Sterbewahrscheinlichkeit).

Abbildung 3.2: Gesunde Lebensjahre mit 65 Jahren, 2005 (1)

(in Jahren)



(1) Vorläufige Daten.
(2) Nicht verfügbar.

Quelle: Eurostat (tsdph220)

Der Indikator Gesunde Lebensjahre (GLJ) gibt die Zahl der Jahre an, die eine Person zum Zeitpunkt ihrer Geburt erwartungsgemäß in guter gesundheitlicher Verfassung, leben wird. GLJ ist ein Indikator der Gesundheitserwartung, der Informationen zu Sterblichkeit und Krankheit miteinander verknüpft. Dazu werden Daten zur altersspezifischen Prävalenz (Anteile) der gesunden bzw. kranken Bevölkerung und Daten zur altersspezifischen Sterblichkeit benötigt. Gute gesundheitliche Verfassung wird über die Abwesenheit von Funktionsbeschränkungen/Beschwerden definiert. Der Indikator wird getrennt für Männer und Frauen berechnet. Der Indikator wird auch beschwerdefreie Lebenserwartung (BFLE) genannt.



3.2 GESUNDHEITLICHE PROBLEME

EINFÜHRUNG

Der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz⁽⁴³⁾ zufolge kann die Förderung von Gesundheit und vernünftiger Lebensführung eine wichtige Rolle bei der Verringerung von Krankheits- und Sterberaten spielen. Europäer mit besseren Arbeitsplätzen, mehr Bildung oder höheren Einkommen sind im Durchschnitt gesünder und haben eine höhere Lebenserwartung. Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten zielen auf Folgendes ab:

- das Gesundheitsniveau aller Menschen zu verbessern und dem Niveau der am meisten Begünstigten anzunähern,
- zu gewährleisten, dass die gesundheitlichen Bedürfnisse der am meisten Benachteiligten voll berücksichtigt werden,
- zur schnelleren Verbesserung der Gesundheit von Menschen in Ländern und Regionen mit niedrigerem Gesundheitsniveau beizutragen.

Mit der Lebensführung verbundene Gesundheitsstörungen können altersspezifisch sein (z. B. in der Kindheit oder im Alter auftreten) oder durch sozioökonomische Faktoren entstehen. Gesundheitsförderung in verschiedenen Umfeldern, etwa in der Schule, am Arbeitsplatz, in der Familie oder in der Gemeinde, hat sich bei der Bekämpfung von Gesundheitsproblemen in unterschiedlichen Gemeinschaften als wirksam erwiesen, wobei der Schwerpunkt auf bestimmte Krankheiten oder Zielgruppen gesetzt wird.

Rauchen verursacht mit über einer halben Million Todesfälle jährlich die meisten vermeidbaren Todesfälle in der EU. Nach Schätzungen der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz sind 25 % aller tödlichen Krebserkrankungen und 15 % aller Todesfälle in der EU auf Tabakkonsum zurückzuführen. Eine steigende Zahl von Mitgliedstaaten hat Nichtrauchervorschriften verabschiedet, durch die das Rauchen in öffentlichen Räumen und/oder am Arbeitsplatz eingeschränkt oder verboten wird und Passivraucher geschützt werden. Die Europäische Kommission arbeitet an einer Strategie zur Bekämpfung des Tabakkonsums mit folgenden Schwerpunkten:

- Rechtsetzungsmaßnahmen,
- europaweite Förderung vorbeugender Maßnahmen gegen das Rauchen und von Maßnahmen zur Raucherentwöhnung,
- Einbeziehung der Bekämpfung des Rauchens in verschiedene andere Bereiche der Gemeinschaftspolitik (z. B. Agrarpolitik, Steuerpolitik, Entwicklungspolitik),
- Sicherstellung, dass die Vorreiterrolle der Europäischen Gemeinschaft in vielen Bereichen der Bekämpfung des Tabakkonsums weltweit Wirkung zeigt.

(43) Nähere Informationen unter:
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/healthdeterminants_de.htm.

Ein weiterer wichtiger Gesundheitsfaktor ist die Ernährung, die zusammen mit Rauchen und Bewegungsmangel einen der Hauptfaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs darstellt. Fettleibigkeit ist ein bekannter Risikofaktor für Krankheiten wie Diabetes, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen (Asthma) und Muskel-Skelett-Erkrankungen (Arthritis). Zur Fettleibigkeit können viele verschiedene Faktoren beitragen. Dazu zählen etwa übermäßige Energieaufnahme, Bewegungsmangel, genetische Veranlagung oder Störungen des Hormonsystems.

DEFINITIONEN UND VERFÜGBARKEIT DER DATEN

Gesundheitserhebungen (Health Interview Surveys – HIS) bilden die Informationsquelle für die Beschreibung des Gesundheitszustands und der gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen der europäischen Bevölkerung. In einer HIS werden in der Regel folgende Bereiche erfasst:

- Größe und Gewicht als Grundlage zur Berechnung des Body-Mass-Index (BMI),
- Selbsteinschätzung der Gesundheit,
- aufgrund gesundheitlicher Probleme eingeschränkte Aktivitäten,
- lang anhaltende Krankheiten oder gesundheitliche Probleme,
- Rauchverhalten,
- Alkoholkonsum.

Die Indikatoren sind als Quoten für verschiedene Teilgesamtheiten nach Geschlecht, Alter, Erwerbsstatus und Bildungsniveau ausgedrückt. Es wird darauf hingewiesen, dass die hier veröffentlichten Daten aus nicht harmonisierten nationalen Erhebungen stammen und die Mitgliedstaaten gebeten wurden, die Daten anhand gemeinsamer Leitlinien nachträglich zu harmonisieren. Die Mitgliedstaaten führen zeitgleich mit der Erstellung dieses Jahrbuchs gemeinsam eine harmonisierte Europäische Gesundheitsbefragung (EHIS) durch (2007-2008).

Der Body-Mass-Index (BMI) ist ein Maß, das das Gewicht einer Person ins Verhältnis zu ihrer Körpergröße setzt und somit relativ gut Auskunft über die Menge des körperlichen Fettgewebes gibt. Der BMI wird als sinnvollstes Maß für die Bestimmung der Fettleibigkeit bei Erwachsenen angesehen, wenn nur Daten zu Größe und Gewicht vorliegen. Er wird errechnet, indem das Körpergewicht (in Kilogramm) durch das Quadrat der Körpergröße (in Metern) geteilt wird. Der BMI wird in folgende vier Kategorien unterteilt:

- < 18,5: untergewichtig,
- $\geq 18,5$ und < 25: normalgewichtig,
- ≥ 25 und < 30: übergewichtig,
- ≥ 30 : fettleibig.

Der BMI ist unter Umständen nicht auf Kinder anwendbar.



WICHTIGSTE ERGEBNISSE

Fettleibigkeit ist ein schwerwiegendes Problem der öffentlichen Gesundheit und erhöht das Risiko des vorzeitigen Todes und von Behinderungen. Sie dürfte primär mit schlechten Essgewohnheiten und Bewegungsmangel zusammenhängen. In den meisten Mitgliedstaaten sind die Fettleibigkeitsraten im letzten Jahrzehnt erheblich gestiegen. 2003 war etwa die Hälfte der EU-Bevölkerung übergewichtig oder fettleibig, in England waren es sogar 61,0 % und in Deutschland 59,7 %, während in Italien und Frankreich als einzige Mitgliedstaaten weniger als 40 % der Bevölkerung übergewichtig oder fettleibig waren.

Knapp die Hälfte der Männer in Lettland und Estland rauchte 2003 täglich, in Schweden (16,5 %) und Finnland (21,6 %) war der Anteil der männlichen Raucher am niedrigsten. In allen Mitgliedstaaten rauchten weniger Frauen als Männer täglich, mit Ausnahme Schwedens, das bei den täglichen Rauchern einen etwas höheren Frauenanteil aufwies. Bei Frauen verzeichneten Österreich und Dänemark die höchste Inzidenz – knapp über 30 % der Frauen rauchten täglich, während Portugal der einzige Mitgliedstaat war, in dem der Anteil täglich rauchender Frauen im

einstelligen Bereich lag (6,8 %). Die größten absoluten Unterschiede im Rauchverhalten der Geschlechter wurden in den baltischen Staaten verzeichnet, wo der Anteil täglich rauchender Männer mehr als 30 Prozentpunkte über dem entsprechenden Anteil der Frauen lag. In relativen Zahlen ausgedrückt rauchten in Portugal viermal so viele Männer wie Frauen täglich, während in Zypern, Litauen, Rumänien und Lettland der Anteil der täglich rauchenden Männer drei- bis viermal so hoch wie der entsprechende Anteil der Frauen war.

In Europa scheinen sich die Rauchverhaltensmuster zwischen den Geschlechtern verschoben zu haben. In der Bevölkerungsgruppe der 15- bis 24-jährigen war die Differenz zwischen dem Anteil der männlichen und der weiblichen Raucher wesentlich geringer. In Schweden und im Vereinigten Königreich rauchten junge Frauen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit als junge Männer. Darüber hinaus lag der Anteil rauchender junger Frauen in den meisten Mitgliedstaaten über dem entsprechenden Anteil aller Frauen. Besonders ausgeprägt war dies im Vereinigten Königreich, in Spanien, Irland und Deutschland der Fall.

QUELLEN

Statistical books

Work and health in the European Union – A statistical portrait

Pocketbooks

Health in Europe – Data 1998-2003

Methodologies and working papers

Health Interview Surveys – guidelines for the collection of data on 18 HIS items

Statistical analysis on health-related longitudinal data from the ECHP

Guidelines for the development and criteria for the adoption of health survey instruments

Website-Daten

Öffentliche Gesundheit

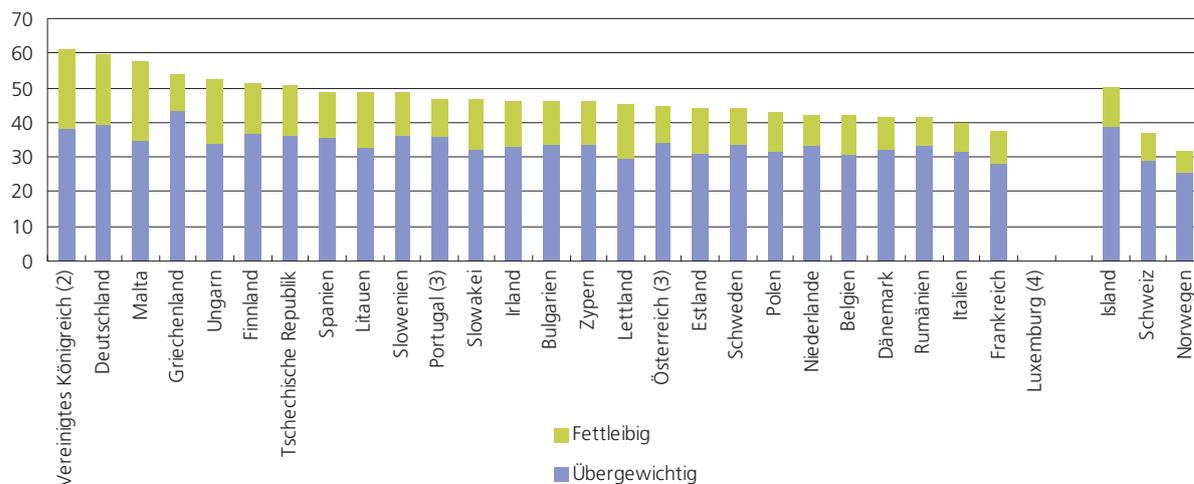
Gesundheitszustand: Indikatoren aus Erhebungen (SILC, HIS, LFS)

Gesundheitszustand: Indikatoren aus nationalen Gesundheitserhebungen (HIS, Erhebungsrunde 2004: Periode 1999-2003)



Abbildung 3.3: Übergewichtige Personen, 2003 (1)

(in % der Gesamtbevölkerung)

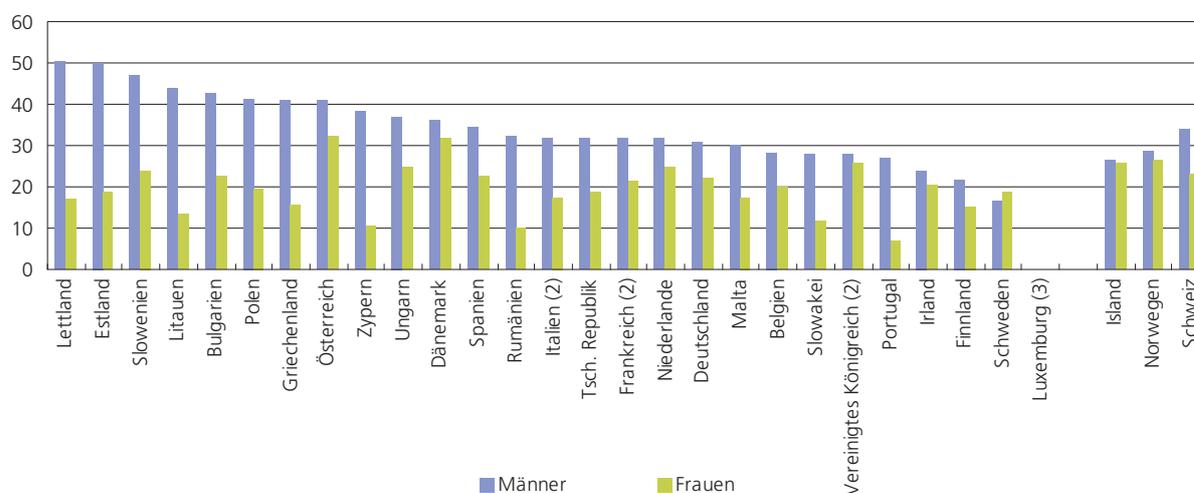


- (1) Daten aus nationalen Gesundheitsbefragungen (HIS), 1996-2003 je nach Land.
 (2) Nur England.
 (3) Daten des Haushaltspanels der Europäischen Gemeinschaft, 2001.
 (4) Nicht verfügbar.

Quelle: Eurostat (hlth_ls_bmia)

Abbildung 3.4: Tägliches Rauchen, 2003 (1)

(in % der männlichen/weiblichen Bevölkerung)



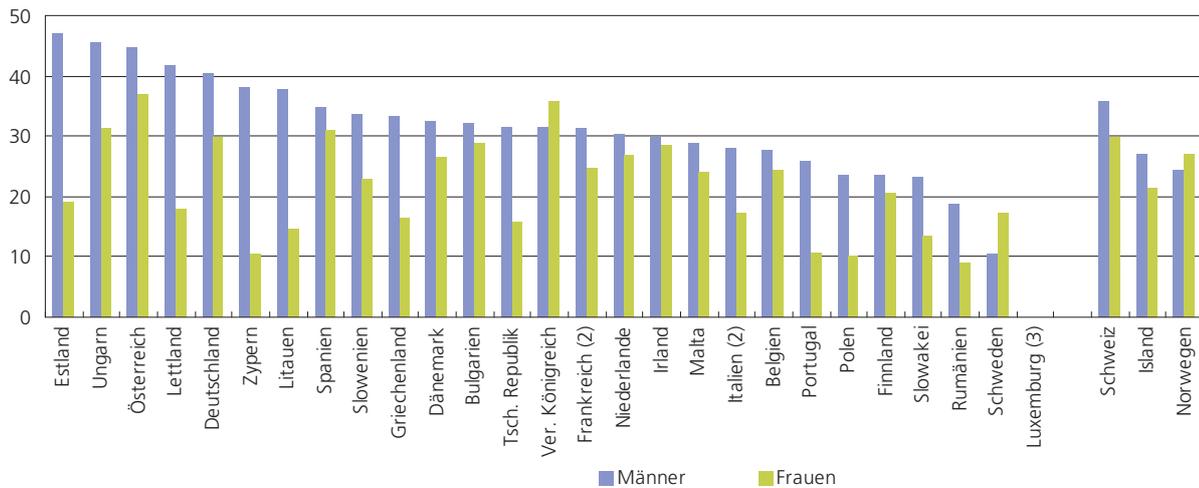
- (1) Daten aus nationalen Gesundheitsbefragungen (HIS), 1996-2003 je nach Land.
 (2) Keine Unterscheidung zwischen täglichem und gelegentlichem Rauchen.
 (3) Nicht verfügbar.

Quelle: Eurostat (tps00169)

Der Tabakkonsum stellt weiterhin die führende vermeidbare Ursache für Krankheit und Todesfälle in unserer Gesellschaft dar. Er bildet einen hohen Risikofaktor für Herz- und Gefäßkrankheiten, chronische Bronchitis und Emphyseme, Lungenkrebs und andere Erkrankungen. Der Indikator wird definiert als Zahl der aktuellen Raucher, ausgedrückt als prozentualer Anteil an der Bevölkerung. Als aktueller Raucher gilt, wer angibt, täglich oder gelegentlich zu rauchen. Die Daten stammen aus nicht-harmonisierten nationalen Gesundheitserhebungen (HIS, Health Interview Surveys). Die Länder wurden gebeten, die Daten gemäss den Eurostat Leitlinien nachzubereiten. Die HIS-Daten wurden je nach Land in verschiedenen Jahren erhoben, im Zeitraum von 1996 bis 2003.

Abbildung 3.5: Tägliches Rauchen bei 15- bis 24 Jährigen, 2003 (1)

(in % der männlichen/weiblichen Bevölkerung im Alter von 15 bis 24 Jahren)

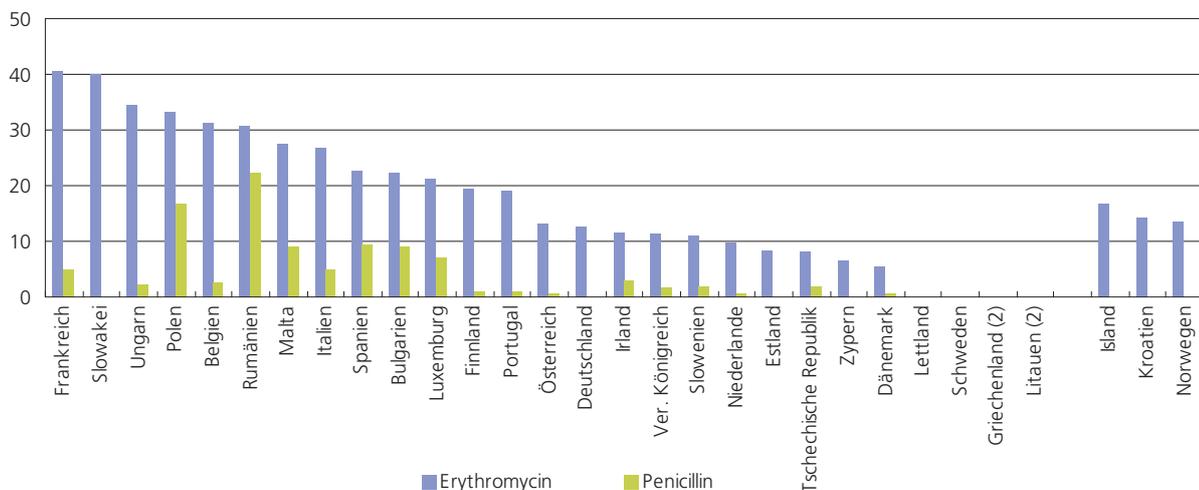


- (1) Daten aus nationalen Gesundheitsbefragungen (HIS), 1996-2003 je nach Land.
- (2) Keine Unterscheidung zwischen täglichem und gelegentlichem Rauchen.
- (3) Nicht verfügbar.

Quelle: Eurostat (tps00170)

Abbildung 3.6: Antibiotika-Resistenz, 2005 (1)

(in % der entweder gegen Erythromycin oder Penicillin resistenten Isolate von Streptococcus pneumoniae)



- (1) Bulgarien, Tschechische Republik, Deutschland, Estland, Lettland, Malta, Schweden, Kroatien und Norwegen, vorläufige Daten für 2006.
- (2) Nicht verfügbar.

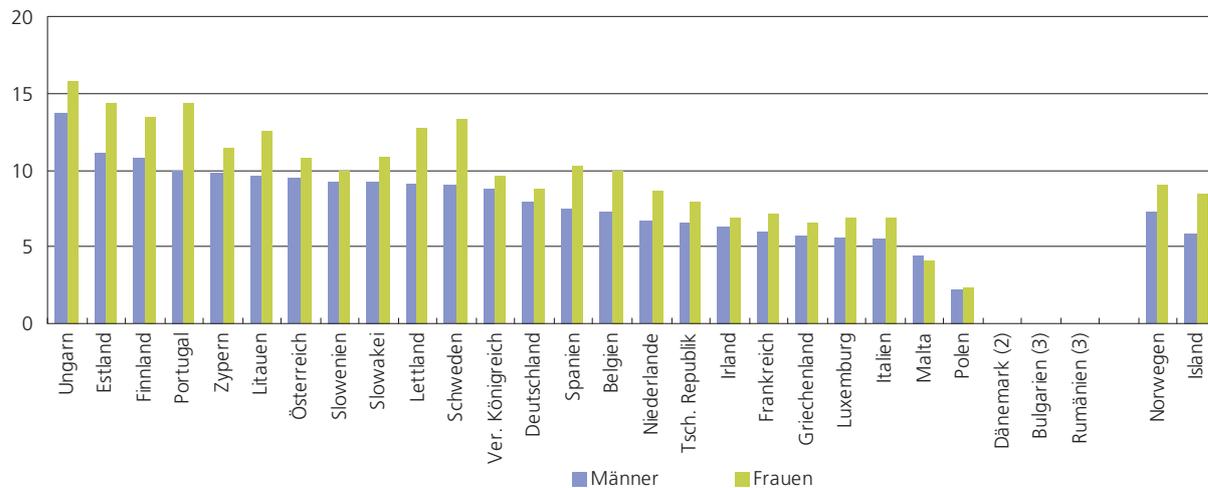
Quelle: Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz, Projekt EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System)

Der Indikator zeigt die Tendenzen der Erythromycin- oder Penicillin-Resistenz von invasiven Streptococcus pneumoniae, der häufigsten Ursache für Infektionen der unteren Atemwege (z. B. Lungenentzündung) bei Erwachsenen und Kindern. Durchschnittlich werden rund 62,4 % der Bevölkerung in den Ländern, in denen der Indikator ermittelt wird, für die Berechnung berücksichtigt.



Abbildung 3.7: In den letzten sechs Monaten oder länger wegen gesundheitlicher Probleme bei alltäglichen Verrichtungen stark eingeschränkte Personen, 2005 (1)

(in % der männlichen/weiblichen Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren)



(1) Vorläufige Daten.

(2) Keine Unterscheidung zwischen starker Einschränkung und Einschränkung.

(3) Nicht verfügbar.

Quelle: Eurostat (tps00030)

Statistiken aus Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) enthält eine Reihe von Fragen zur Gesundheit, zu denen auch eine allgemeine Frage über die Beeinträchtigung der täglichen Verrichtungen aufgrund von Gesundheitsproblemen zählt. Obwohl eine derartige Frage nicht zwangsläufig den Grad der Behinderungen in der Bevölkerung, liefert sie einen Überblick über die Schwierigkeiten im Alltag und den potenziellen Unterstützungsbedarf, der nach Einschätzung der Bevölkerung vorliegt.



3.3 GESUNDHEITSVERSORGUNG

EINFÜHRUNG

Die meisten Europäer stimmen darin überein, dass ein allgemeiner Zugang zu medizinischer Versorgung grundsätzlich notwendig ist, da moderne medizinische Behandlungen für den Durchschnittsbürger heutzutage oft unerschwinglich sind. Zwischen den Gesundheitssystemen der Mitgliedstaaten bestehen erhebliche Unterschiede, wengleich eine öffentliche Versorgung (nationale oder regionale Gesundheitsdienste) und eine umfassende medizinische Versicherung die Regel sind. Die Sozialversicherung erfasst normalerweise die gesamte gebietsansässige Bevölkerung, doch immer mehr Bürger entscheiden sich für private Versicherungen (gewöhnlich als Zusatzversicherung zur Sozialversicherung).

Die öffentliche Regulierung des Sektors der Gesundheitsversorgung ist eine komplexe Aufgabe, da er durch zahlreiche Marktschwächen gekennzeichnet ist. Grundsätzlich sind die Mitgliedstaaten bestrebt, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen einer effizienten Verwendung der eingesetzten Mittel und der Gewährleistung von medizinischen Leistungen für alle zu finden. Es gibt keine einfache Antwort auf die Frage, wie viel ein Land für das Gesundheitswesen ausgeben sollte, weil die einzelnen Mitgliedstaaten sich unterschiedlichen Krankheiten gegenübersehen, während die Bevölkerung von ihren jeweiligen nationalen Gesundheitssystemen unterschiedliche Dienstleistungsangebote erwartet. Die zur Finanzierung des Gesundheitswesens erforderlichen Mittel hängen in der Tat von einer Vielzahl von Variablen ab, deren offensichtlichsie die Belastung durch behandlungsbedürftige Krankheiten ist, wengleich zwischen der Belastung durch Krankheiten und dem Mittelbedarf keine einfache lineare Abhängigkeit besteht, da einige Krankheiten leicht und mit geringen Kosten behandelt werden können, während andere eine komplexere und kostspieligere Versorgung erfordern.

Ältere Menschen benötigen die meisten medizinischen Dienstleistungen. Ihr Anteil an der europäischen Bevölkerung steigt derzeit rasch an – einerseits, weil die Babyboomgeneration mittlerweile das fragliche Alter erreicht, andererseits weil die Lebenserwartung stetig zunimmt. Die vermutlich steigende Zahl älterer Menschen dürfte in Zukunft zu einer höheren Nachfrage nach medizinischen Leistungen führen, während gleichzeitig die Fortschritte in der Medizin mehr und bessere Behandlungsmöglichkeiten eröffnen dürften. Auch in der Langzeitpflege (Heil- und Pflegeeinrichtungen) wird der Bedarf an medizinischen Leistungen in den kommenden Jahren voraussichtlich steigen. Zudem lassen sich mehr Patienten im Ausland behandeln, um Wartelisten zu vermeiden oder spezielle Behandlungsmethoden zu nutzen, die möglicherweise nur im Ausland angeboten werden. Die EU bemüht sich darum, sicherzustellen, dass Menschen, die in ein anderes Land ziehen, überall in der EU Zugang zur Gesundheitsversorgung haben.

DEFINITIONEN UND VERFÜGBARKEIT DER DATEN

Die Informationen über die Gesundheitsversorgung lassen sich in zwei große Gruppen von Daten unterteilen: ressourcenbezogene Daten über Humanressourcen und technischen Ressourcen und outputbezogene Daten über Krankenhauspatienten und ihre Behandlung.

Daten über Ressourcen und Patienten stammen größtenteils aus Verwaltungsquellen, die von Land zu Land verschieden sein können und im Wesentlichen die Organisation des Gesundheitswesens in den einzelnen Ländern widerspiegeln. Daher sind die erhobenen Daten nicht immer vollständig vergleichbar.

Bei den Daten über Gesundheitspersonal, also die für die Erbringung medizinischer Leistungen verfügbaren Humanressourcen, wird nicht zwischen Beschäftigungssektoren (selbstständige Dienstleister, Krankenhausmitarbeiter oder Beschäftigte eines anderen medizinischen Dienstleisters) unterschieden. Erfasst werden Angehörige von Gesundheitsberufen (Ärzte, Zahnärzte, Pflegepersonal, Apotheker und Physiotherapeuten usw.). Beim Vergleich medizinischer Dienstleistungen in den Mitgliedstaaten bevorzugt Eurostat das Konzept der praktizierenden Angehörigen von Gesundheitsberufen, das die Verfügbarkeit von Ressourcen für die Gesundheitsversorgung am besten beschreibt.

Die Erfassung outputbezogener Daten konzentriert sich auf die Krankenhauspatienten und die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen der Gesundheitssysteme. In diesem Bereich liegen Daten für eine Reihe von Indikatoren wie Krankenhausentlassungen von stationären und ambulanten Patienten nach Alter, Geschlecht und ausgewählten (Gruppen von) Krankheiten, durchschnittliche Krankenhausverweildauer stationärer Patienten oder in Krankenhäusern ausgeführte medizinische Eingriffe vor. Die Zahl der Krankenhausentlassungen ist das am häufigsten verwendete Maß für die Nutzung von Krankenhausdienstleistungen. Entlassungen werden gegenüber der Aufnahme von Patienten bevorzugt, da in Kurzberichten von Krankenhäusern über die Pflege stationärer Patienten die vorhandenen Informationen zum Zeitpunkt der Entlassung verwendet werden. Als Krankenhausentlassung gilt die offizielle Entlassung eines Patienten aus einem Krankenhaus nach einem Eingriff oder einer Behandlung. Eine Entlassung ist jedes Mal dann gegeben, wenn ein Patient aufgrund des Abschlusses seiner Behandlung oder gegen ärztlichen Rat das Krankenhaus verlässt, in eine andere Einrichtung des Gesundheitswesens verlegt wird oder verstirbt. Gesunde Neugeborene sind ebenfalls inbegriffen.

Die in diesem Abschnitt aufgeführten Daten zur Gesundheitsversorgung beziehen sich auf absolute Zahlen und die Versorgungsdichte zur Beschreibung der Verfügbarkeit von Ressourcen oder der Häufigkeit von erbrachten Leistungen und sind als bevölkerungsstandardisierte Raten je 100 000 Einwohner angegeben.

**WICHTIGSTE ERGEBNISSE**

Im Jahr 2004 betrug die Gesundheitsausgaben der EU-25 – hier definiert als Ausgaben für die Gesundheitsversorgung nach dem Europäischen System der integrierten Sozialschutzstatistik (ESSOSS) – 7,4 % des BIP. Diese Ausgaben umfassen Geldleistungen als teilweisen oder vollständigen Ersatz für Verdienstaufschlag bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Verletzung sowie die im Rahmen des Sozialschutzes gewährte medizinische Versorgung zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung des Gesundheitszustands. In den Mitgliedstaaten betrug die Gesundheitsausgaben in Frankreich, den Niederlanden und Schweden mehr als 8 % des BIP, während sie in Lettland, Litauen und Polen unter 4 % des BIP lagen.

2005 gab es in der EU-27 durchschnittlich 590 Krankenhausbetten pro 100 000 Einwohner gegenüber 695 Betten im Jahr 1997 (eine Verringerung von insgesamt 15 %). Der Rückgang der Zahl der Krankenhausbetten dürfte auf eine effizientere Nutzung der Ressourcen zurückzuführen sein, wobei die Zahl der ambulanten Operationen steigt und die im Anschluss an eine Operation im Krankenhaus verbrachte Zeit kürzer wird.

Litauen (401) und Belgien (400) meldeten 2005 die höchsten Zahlen für Ärzte pro 100 000 Einwohner. Die Daten für Litauen beziehen sich auf fachlich aktive und nicht auf praktizierende Ärzte und sind daher zu hoch veranschlagt. Am anderen Ende der Skala wiesen Polen, Rumänien, Slowenien, Finnland, das Vereinigte Königreich und die ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien durchschnittlich weniger als 250 praktizierende Ärzte je 100 000 Einwohner auf.

QUELLEN**Pocketbooks**

Health in Europe – Data 1998-2003

Website-Daten**Öffentliche Gesundheit**

Gesundheitswesen: Ressourcen und Patienten (nicht ausgabenbezogene Daten)

Beschäftigte im Gesundheitswesen

Einrichtungen des Gesundheitswesens

Krankenhauspatienten

Tabelle 3.2: Indikatoren für das Gesundheitswesen

(pro 100 000 Einwohner)

	Praktizierende Ärzte		Krankenhaus- betten		Krankenhausentlassungen stationärer Patienten (ausgenommen gesunde Neugeborene)	
	1995	2005	1995	2005	2000	2005
EU-27 (1)	:	:	694,8	590,4	:	:
Belgien	344,6	399,5	741,8	744,8	16 252	16 084
Bulgarien (2, 3)	344,9	365,3	1 034,1	611,6	14 456	20 857
Tschechische Republik	299,8	354,9	938,7	850,3	:	23 030
Dänemark (1, 4)	250,0	308,4	459,8	398,0	16 316	15 936
Deutschland	307,0	341,2	969,8	846,4	19 586	:
Estland (5)	307,4	319,3	804,1	548,4	19 826	18 544
Irland (6)	210,2	352,3	699,6	559,6	13 805	13 505
Griechenland	393,0	:	518,5	:	:	:
Spanien	268,2	379,9	394,7	339,0	11 243	10 780
Frankreich (7, 8)	322,6	338,6	894,1	742,5	18 397	16 445
Italien (7, 9)	385,9	383,2	622,1	400,9	:	14 928
Zypern	220,2	257,8	451,9	380,0	6 795	6 617
Lettland	277,8	291,5	1 099,3	766,4	:	:
Litauen (7)	404,5	401,1	1 083,0	814,7	23 454	22 411
Luxemburg (10)	204,4	327,7	1 095,8	644,3	18 481	17 242
Ungarn	302,8	278,4	909,1	786,2	:	:
Malta (6, 9, 11)	247,4	349,4	544,9	743,7	:	6 871
Niederlande	186,1	:	528,0	437,2	:	10 135
Österreich (10)	265,7	346,7	755,1	770,9	:	26 809
Polen	231,8	213,6	768,7	652,2	:	17 955
Portugal (2, 10)	253,8	267,8	392,4	365,1	:	:
Rumänien	181,2	217,4	783,0	661,8	:	:
Slowenien (10)	:	229,9	573,6	483,9	:	15 358
Slowakei (5)	291,5	303,7	829,4	677,1	19 876	19 124
Finnland (9)	207,3	244,5	801,0	704,2	:	20 514
Schweden (5)	288,2	348,1	609,0	:	15 272	14 751
Vereinigtes Königreich (1, 5)	:	235,6	433,4	388,7	:	13 064
Kroatien	203,6	:	407,3	545,0	12 710	13 307
EJR Mazedonien (3, 7)	230,7	245,2	543,9	470,2	9 444	9 881
Türkei (2)	:	:	246,5	241,2	:	:
Island	303,0	368,1	910,9	:	17 085	16 084
Norwegen	279,3	362,8	407,3	405,9	15 409	17 424
Schweiz	175,6	:	700,8	555,6	:	15 656

(1) Krankenhausbetten, 1997 anstatt 1995.

(2) Krankenhausbetten, 2004 anstatt 2005.

(3) Krankenhausentlassungen stationärer Patienten einschließlich gesunder Neugeborener.

(4) Krankenhausbetten, 2003 anstatt 2005.

(5) Krankenhausentlassungen, 2003 anstatt 2005.

(6) Zugelassene Ärzte.

(7) Fachlich aktive Ärzte.

(8) Krankenhausbetten, französisches Mutterland.

(9) Krankenhausentlassungen, 2004 anstatt 2005.

(10) Praktizierende Ärzte, 2004 anstatt 2005.

(11) Praktizierende Ärzte, 1997 anstatt 1995.

Quelle: Eurostat (tps00044, tps00046 und hlth_co_disch2)

Ärzte können als approbiert, wirtschaftlich aktiv oder behandelnd tätig klassifiziert werden. In den meisten Mitgliedstaaten liegen Daten zu zwei oder mehr Begriffskonzepten vor. Behandelnd tätige Ärzte behandeln Patienten in einem Krankenhaus, in einer Praxis oder an anderen Orten.

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

Tabelle 3.3: Krankenhausbetten

(pro 100 000 Einwohner)

	Betten für medizinische Behandlung in Krankenhäusern			Betten für psychiatrische Pflege in Krankenhäusern		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005
EU-27 (1)	487,2	450,7	406,3	78,0	69,4	60,4
Belgien	503,3	472,6	441,1	195,3	259,5	250,8
Bulgarien (2)	:	583,1	469,0	88,7	63,8	64,4
Tschechische Republik	728,7	609,6	568,6	100,8	98,0	96,2
Dänemark (1, 3)	380,2	349,5	327,8	79,6	75,6	70,2
Deutschland	744,5	680,3	634,9	:	:	:
Estland	638,8	528,1	382,2	102,4	75,3	53,8
Irland	306,3	281,1	279,8	185,4	142,1	96,7
Griechenland	389,7	387,3	:	110,4	100,7	:
Spanien	303,9	287,2	259,9	60,3	52,6	44,5
Frankreich (4)	460,8	416,0	372,1	139,0	110,9	95,2
Italien	552,6	407,0	331,7	48,2	14,8	13,3
Zypern	366,4	370,4	349,1	85,5	46,5	31,0
Lettland	903,9	609,0	531,8	195,4	165,1	136,7
Litauen	871,4	625,0	529,9	130,6	120,9	103,7
Luxemburg (5)	618,8	572,2	549,4	129,9	84,9	:
Ungarn	627,3	563,7	552,0	51,1	100,2	39,4
Malta (1)	387,7	372,7	280,4	178,1	171,5	170,4
Niederlande	331,7	306,5	287,6	171,3	163,8	131,0
Österreich	665,4	628,7	606,6	81,7	62,1	61,7
Polen	576,4	509,9	463,2	84,3	73,4	67,4
Portugal (6)	:	:	:	71,8	66,2	63,4
Rumänien	569,2	551,5	456,3	90,7	83,6	79,7
Slowenien	475,4	446,1	388,2	80,1	76,7	73,7
Slowakei (7)	620,5	566,5	501,1	91,8	93,4	83,5
Finnland	295,8	241,2	223,7	126,0	102,9	93,1
Schweden	304,5	245,2	:	95,0	62,8	:
Vereinigtes Königreich (1)	321,0	315,0	309,7	103,0	90,9	73,7
Kroatien	390,0	378,1	340,2	103,0	102,8	94,4
EJR Mazedonien	354,2	329,8	312,6	77,9	70,9	60,7
Türkei (2)	190,6	218,0	231,1	13,1	12,4	12,1
Island	375,7	:	:	118,0	:	:
Norwegen	334,2	311,4	292,4	73,0	69,4	100,2
Schweiz	551,4	412,3	365,9	138,0	119,9	106,1

(1) 1997 anstatt 1995.

(2) 2004 anstatt 2005.

(3) 2003 anstatt 2005.

(4) Französisches Mutterland.

(5) Betten für medizinische Behandlung, 2004 anstatt 2005.

(6) Betten für psychiatrische Pflege, 2003 anstatt 2005.

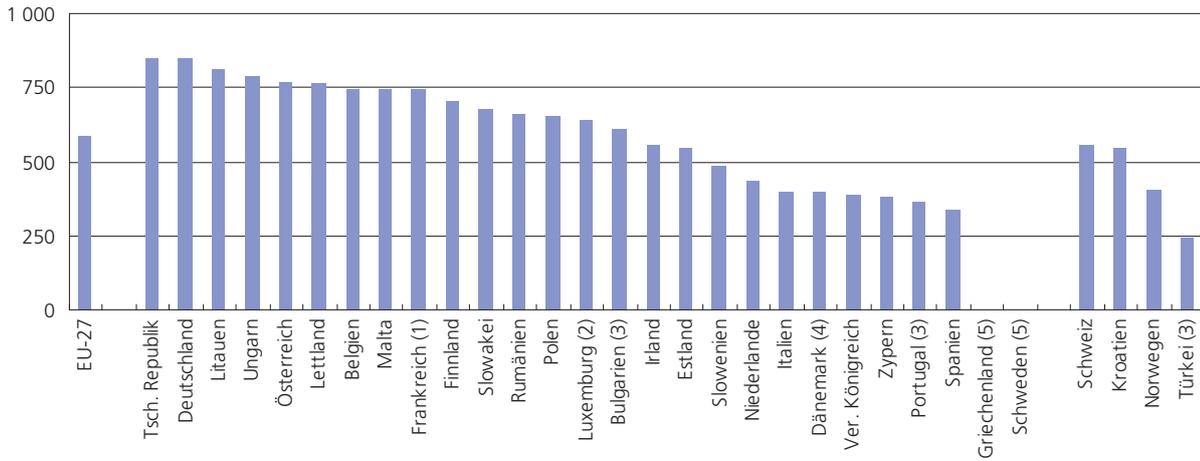
(7) 1996 anstatt 1995.

Quelle: Eurostat (tps00168 und tps00047)

Krankenhausbetten liefern Informationen zu Kapazitäten im Gesundheitswesen, d.h. zur maximalen Zahl der Patienten, die in Krankenhäusern behandelt werden können. Krankenhausbetten für medizinische Behandlung sind Betten, die für diesen Zweck verfügbar sind. Diese Betten bilden eine Untergruppe der gesamten Krankenhausbetten, die wie folgt definiert sind: alle Krankenhausbetten, die regulär unterhalten werden, die mit Personal ausgestattet sind und die unmittelbar für die Versorgung von eingewiesenen Patienten verfügbar sind; dies schließt belegte und unbelegte Betten ein. Krankenhäuser werden gemäß der Klassifikation der Gesundheitsanbieter des Systems der Gesundheitsrechnungen (System of Health Accounts, SHA) definiert; es sollten alle öffentlichen und privaten Krankenhäuser berücksichtigt werden.

Abbildung 3.8: Krankenhausbetten, 2005

(pro 100 000 Einwohner)

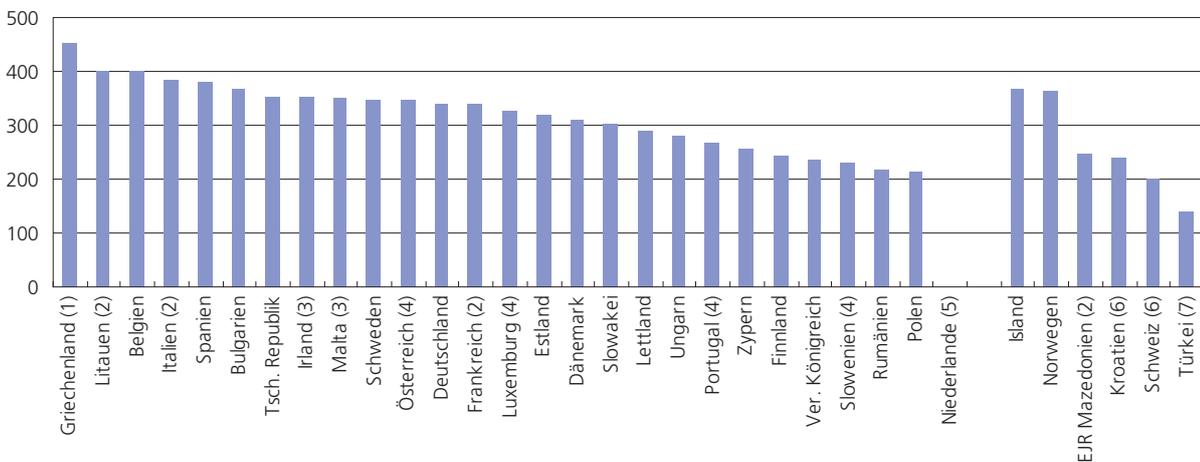


- (1) Französisches Mutterland.
- (2) 2002.
- (3) 2004.
- (4) 2003.
- (5) Nicht verfügbar.

Quelle: Eurostat (tps00046)

Abbildung 3.9: Zahl der praktizierenden Ärzte, 2005

(pro 100 000 Einwohner)



- (1) 2001.
- (2) Fachlich aktive Ärzte.
- (3) Zugelassene Ärzte.
- (4) 2004.
- (5) Nicht verfügbar.
- (6) 2002.
- (7) 2003.

Quelle: Eurostat (tps00044)



Tabelle 3.4: Krankenhausentlassungen stationärer Patienten nach Diagnose (ISHMT – Internationale Auswahlliste für die tabellarische Erfassung der Krankenhausmorbidity), 2005

(pro 100 000 Einwohner)

	Neubildungen (Krebs)	Krankheiten des Kreislauf- systems	Krankheiten des Verdauungs- systems	Krankheiten des Atmungs- systems	Verletzungen, Vergiftungen u. bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	Schwangersch aft, Geburt u. Wochenbett
Belgien	1 244	2 135	1 698	1 441	1 634	1 362
Bulgarien	1 715	3 003	1 637	3 180	1 317	1 949
Tsch. Republik	2 061	3 703	2 079	1 598	1 956	1 512
Dänemark (1)	1 563	2 228	1 378	1 424	1 552	1 281
Deutschland (2)	2 270	3 300	2 079	1 258	1 987	1 179
Estland	1 572	3 243	1 624	2 025	1 191	1 832
Irland	869	1 255	1 230	1 401	1 370	2 422
Griechenland	:	:	:	:	:	:
Spanien	916	1 339	1 270	1 147	898	1 386
Frankreich	1 277	1 973	1 697	1 005	1 461	1 567
Italien (3)	1 331	2 481	1 462	1 144	1 324	1 336
Zypern	428	780	684	657	861	435
Lettland	:	:	:	:	:	:
Litauen	1 648	4 475	1 943	2 404	1 982	1 671
Luxemburg	1 744	2 275	1 665	1 436	1 263	1 330
Ungarn	:	:	:	:	:	:
Malta	183	694	592	541	580	972
Niederlande	997	1 528	916	731	848	858
Österreich	2 779	3 696	2 439	1 796	2 853	1 353
Polen	1 908	3 024	1 766	1 557	1 615	1 577
Portugal	:	:	:	:	:	:
Rumänien	1 275	2 588	2 071	2 785	1 279	1 697
Slowenien	1 791	1 863	1 377	1 265	1 515	1 242
Slowakei	1 764	3 054	1 889	1 660	1 586	1 631
Finnland (3)	1 859	3 229	1 517	1 616	1 972	1 335
Schweden (1)	1 465	2 442	1 183	957	1 396	1 249
Ver. Königreich	1 032	1 452	1 177	1 197	1 238	1 349
Kroatien	1 828	1 849	1 179	1 147	1 042	223
EJR Mazedonien	1 164	1 554	1 039	1 424	579	754
Island	1 394	1 825	1 347	980	1 020	2 114
Norwegen	1 795	2 467	1 238	1 531	1 854	1 487
Schweiz	1 124	1 735	1 353	869	1 846	1 182

(1) 2003.

(2) 2002.

(3) 2004.

Quelle: Eurostat (hlth_co_disch2)



Tabelle 3.5: Krankenhausentlassungen stationärer Patienten nach Diagnose (ISHMT – Internationale Auswahlliste für die tabellarische Erfassung der Krankenhausmorbidity), durchschnittliche Krankenhausverweildauer, 2005

(in Tagen)

	Neubildungen (Krebs)	Krankheiten des Kreislauf- systems	Krankheiten des Verdauungs- systems	Krankheiten des Atmungs- systems	Verletzungen, Vergiftungen u. bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	Schwangersch aft, Geburt u. Wochenbett
Belgien	9,4	8,4	6,1	8,4	8,5	5,0
Bulgarien	7,9	7,6	6,4	8,5	6,6	4,8
Tsch. Republik	9,4	12,6	7,1	9,1	9,2	5,6
Dänemark (1)	7,1	6,6	5,3	5,6	5,9	3,8
Deutschland (2)	10,0	10,0	8,3	8,5	9,5	5,5
Estland	8,0	10,6	5,2	5,0	8,8	3,1
Irland	11,8	10,5	6,4	6,9	5,6	3,0
Griechenland	:	:	:	:	:	:
Spanien	9,8	8,5	6,0	7,4	8,5	3,2
Frankreich	7,8	7,1	5,3	7,1	5,8	4,9
Italien (3)	9,7	8,7	6,8	8,1	7,8	4,0
Zypern	9,1	6,0	5,3	5,0	5,3	5,3
Lettland	:	:	:	:	:	:
Litauen	10,8	12,9	6,8	8,1	8,3	4,9
Luxemburg	8,9	7,9	5,9	6,0	7,7	4,8
Ungarn	:	:	:	:	:	:
Malta	9,3	6,9	4,0	5,0	7,5	3,6
Niederlande	8,5	7,8	6,8	7,6	7,7	3,8
Österreich	7,9	11,1	7,1	8,1	8,8	5,5
Polen	6,6	7,9	5,8	8,1	5,3	5,1
Portugal	:	:	:	:	:	:
Rumänien	7,7	8,5	6,9	7,5	6,5	5,4
Slowenien	8,0	8,8	6,4	7,5	7,2	4,7
Slowakei	9,1	9,0	6,5	8,2	7,1	5,8
Finnland (3)	8,7	14,9	6,0	14,2	10,9	3,8
Schweden (1)	8,1	6,8	5,0	5,5	6,3	3,2
Ver. Königreich	9,3	11,5	6,8	8,0	8,8	2,8
Kroatien	10,4	10,9	9,0	9,6	9,1	8,3
EJR Mazedonien	8,5	10,9	6,3	8,2	9,1	4,4
Island	7,2	6,4	4,0	6,2	6,4	2,4
Norwegen	7,2	5,4	4,9	6,1	4,8	3,7
Schweiz	10,6	9,3	7,4	8,8	8,0	6,1

(1) 2003.

(2) 2002.

(3) 2004.

Quelle: Eurostat (hlth_co_inpst)



3.4 ARBEITSSICHERHEIT

EINFÜHRUNG

Ein Großteil der Bürger verbringt acht Stunden täglich, fünf Tage pro Woche am Arbeitsplatz. Wenngleich sich viele Studien mit den Vorteilen von Arbeit als Quelle des Wohlstands (sowohl für den Einzelnen als auch für das Unternehmen) befasst haben, bestand bis vor kurzem weniger Interesse an den möglichen nachteiligen Auswirkungen der Arbeit auf die menschliche Gesundheit und das öffentliche Gesundheitswesen, also den Kosten als Gegenpol zum Nutzen der Arbeit.

Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz beschränkt sich nicht nur auf Arbeitsunfälle oder Berufskrankheiten, sondern erstreckt sich auch auf das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden (Probleme wie Einschüchterung und Gewalt am Arbeitsplatz), das für die Qualität der Arbeit und die Produktivität der Beschäftigten eine wichtige Rolle spielt. Eine politische Strategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz ist daher nicht nur für das Wohl der europäischen Beschäftigten, sondern auch für die Wettbewerbsfähigkeit von entscheidender Bedeutung.

DEFINITIONEN UND VERFÜGBARKEIT DER DATEN

Die europäische Statistik über Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten entspricht den Anforderungen der Gemeinschaftsstrategie für Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002-2006 sowie der neuen Strategie für den Zeitraum 2007-2012⁽⁴⁴⁾. Die Erhebung der harmonisierten Daten zu Arbeitsunfällen erfolgt im Rahmen der Europäischen Statistik über Arbeitsunfälle (ESAW). Die ESAW-Methodik orientiert sich an der ILO-Resolution von 1998 zu Statistiken über Verletzungen infolge von Arbeitsunfällen („Statistics of Occupational Injuries: resulting form Occupational Accidents“).

Als nationale Quellen werden in der Regel Arbeitsunfallmeldungen herangezogen, die entweder bei der öffentlichen Sozialversicherung oder privaten Versicherungsträgern oder bei anderen zuständigen Behörden eingehen. Die Daten werden in Zahlen oder Inzidenzraten dargestellt. Die Inzidenzraten werden wie folgt berechnet: (Zahl der Arbeitsunfälle (oder tödlichen Arbeitsunfälle) ÷ Zahl der Erwerbstätigen in der Referenzpopulation) × 100 000.

(44) Entschließung des Rates vom 3. Juni 2002 über eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz (2002–2006) (2002/C 161/01), ABl. C 161 vom 5.7.2002, S. 1; nähere Informationen unter: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/oj/2002/c_161/c_16120020705de00010004.pdf. Entschließung des Rates vom 25. Juni 2007 zu einer neuen Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz (2007–2012) (2007/C 145/01), (ABl. C 145 vom 30.6.2007, S. 1); nähere Informationen unter: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/oj/2007/c_145/c_14520070630de00010004.pdf.

Die Unfalldaten beziehen sich auf Arbeitsunfälle, die eine mehr als dreitägige Abwesenheit von der Arbeit zur Folge haben. Ein Arbeitsunfall ist ein während der Arbeit eintretendes deutlich abzugrenztes Ereignis, das zu einem physischen oder psychischen Schaden führt. Eingeschlossen sind Unfälle während der Arbeit außerhalb des Unternehmens (etwa auf dem Gelände eines Kunden oder eines anderen Unternehmens, an einem öffentlichen Ort oder während des Transports, einschließlich Verkehrsunfälle), auch wenn sie durch Dritte verursacht wurden, sowie akute Vergiftungen. Ausgeschlossen sind Unfälle zwischen Wohnung und Arbeitsplatz (Wegeunfälle), Unfälle mit rein medizinischer Ursache (z. B. ein Herzinfarkt während der Arbeit) und Berufskrankheiten.

Ein tödlicher Arbeitsunfall ist ein Unfall, der innerhalb eines Jahres nach dem Unfall zum Tod des Opfers führt. Die Meldeverfahren für tödliche Unfälle reichen von Systemen, in denen der Unfall in der Statistik als tödlicher Unfall erfasst wird, wenn das Opfer noch am selben Tag verstirbt (Niederlande), bis zur Meldung ohne jegliche zeitliche Begrenzung (Belgien, Griechenland, Frankreich, Italien, Luxemburg, Österreich, Schweden und Norwegen).

WICHTIGSTE ERGEBNISSE

Der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz in Bilbao⁽⁴⁵⁾ zufolge stirbt in der EU alle dreieinhalb Minuten ein Mensch an Ursachen, die mit seiner Arbeit zusammenhängen. Von den 150 000 Todesfällen pro Jahr ist der überwiegende Teil (142 000) auf Berufskrankheiten und der Rest auf Arbeitsunfälle zurückzuführen.

In den letzten Jahren ist die Inzidenzrate schwerer Arbeitsunfälle in der EU-25 gesunken. 2004 lag sie 21 % unter der Rate für 1998. Im selben Zeitraum gingen die tödlichen Arbeitsunfälle in der EU-25 um 24 % zurück. Es sei darauf hingewiesen, dass diese Zahlen zum Teil die strukturelle Verlagerung der Wirtschaft hin zu Dienstleistungen widerspiegeln, wo die Wahrscheinlichkeit tödlicher Arbeitsunfälle normalerweise geringer ist als in Landwirtschaft, Industrie oder Baugewerbe.

Nur drei Mitgliedstaaten meldeten für 2004 eine höhere Inzidenzrate schwerer Arbeitsunfälle als für 1998: Estland (Anstieg um 24 %), Zypern (3 %) und Rumänien (ebenfalls 3 %). Dagegen hat sich die Inzidenzrate schwerer Arbeitsunfälle in Bulgarien und der Slowakei zwischen 1998 und 2004 nahezu halbiert. Die meisten Mitgliedstaaten meldeten zudem auch einen Rückgang der Inzidenzrate tödlicher Arbeitsunfälle. Ausnahmen waren lediglich Litauen (Anstieg um 13 %), Österreich (7 %), Rumänien (3 %), Finnland (2 %) und Deutschland (keine Veränderung). In Italien, Dänemark und Luxemburg sank die Inzidenzrate tödlicher Arbeitsunfälle im genannten Zeitraum jeweils um mindestens die Hälfte.

(45) Nähere Informationen unter: http://osha.europa.eu/index_html.

Die höchste Zahl schwerer und tödlicher Arbeitsunfälle verzeichnete das Baugewerbe, doch auch für die Landwirtschaft und das Transportgewerbe wurden relativ hohe Zahlen gemeldet. Bei Männern ist die Wahrscheinlichkeit eines Arbeitsunfalls oder eines tödlichen Arbeitsunfalls deutlich höher als bei Frauen. Dies liegt zumindest teilweise an dem höheren Anteil der in Risikosektoren und berufen sowie in Vollzeitbeschäftigung tätigen Männer. Daraus dürfte sich auch erklären, warum die Unfallinzidenzrate bei Männern tendenziell schneller zurückgegangen ist als bei Frauen. Betrachtet man die verschiedenen Altersgruppen, so weisen die 18- bis 24 Jährigen bei Weitem die höchste Inzidenzrate für Arbeitsunfälle auf, während tödliche Arbeitsunfälle am häufigsten bei den 55- bis 64 Jährigen auftreten.

QUELLEN

Statistical books

Work and health in the European Union – A statistical portrait

Pocketbooks

Health in Europe – Data 1998-2003

Methodologies and working papers

Statistical analysis of socio-economic costs of accidents at work in the European Union

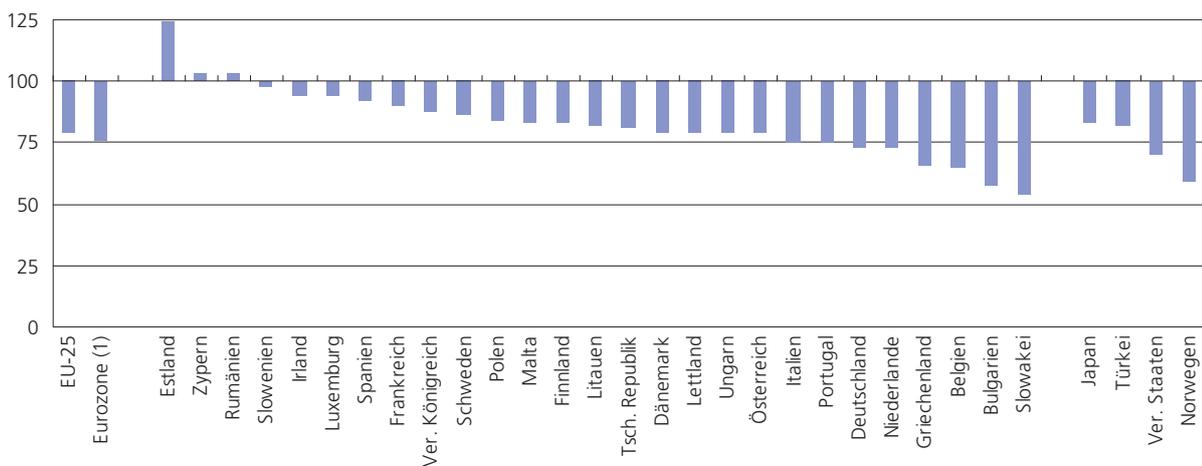
Website-Daten

Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz

- Strukturindikatoren über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz
- Arbeitsunfälle
- Arbeitswegunfälle
- Berufskrankheiten
- Arbeitsbedingte Gesundheitsbeschwerden und unfallbedingte Verletzungen

Abbildung 3.10: Inzidenzrate schwerer Arbeitsunfälle, 2004

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



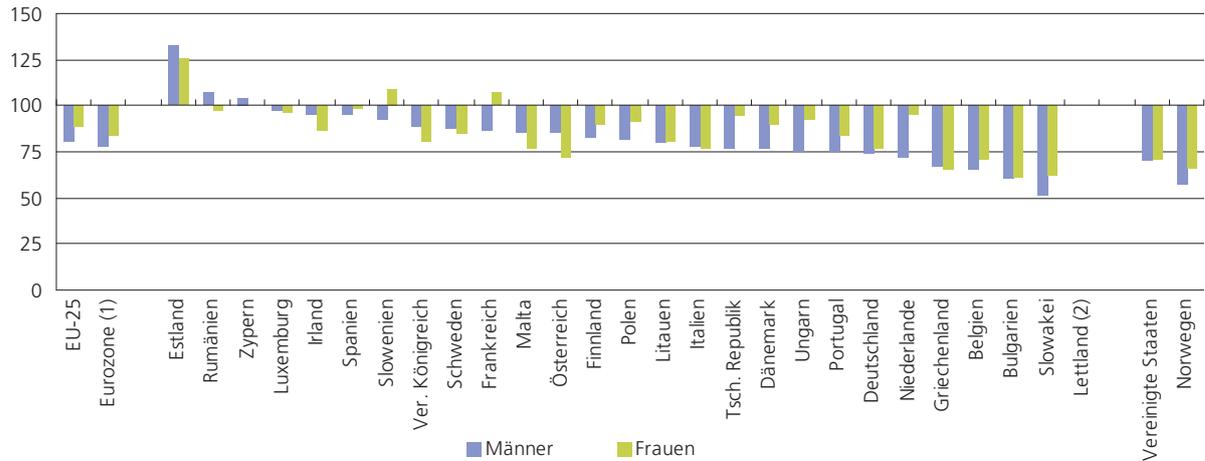
(1) EZ-12, geschätzt.

Quelle: Eurostat (tsiem0611)

Der Index zeigt die Entwicklung der Inzidenzrate von ernsten Arbeitsunfällen im Vergleich zu 1998 (=100). Inzidenzrate= (Anzahl von Arbeitsunfällen mit über 3 Tagen Abwesenheit, die jährlich vorkommen/Anzahl von beschäftigten Personen in der Referenzbevölkerung) x 100 000. Ein Arbeitsunfall ist definiert als ein während der Arbeit eintretendes deutlich abzugrenztes Ereignis, das zu einem physischen oder psychischen Schaden führt. Dies schließt Unfälle im Arbeitsablauf außerhalb des Betriebsgeländes sowie Fälle akuter Vergiftung und bewusste Handlungen Dritter ein, nicht jedoch Unfälle auf dem Weg zur und von der Arbeit, Unfälle mit rein medizinischer Ursache und Berufskrankheiten.


Abbildung 3.11: Inzidenzrate schwerer Arbeitsunfälle nach Geschlecht, 2004

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



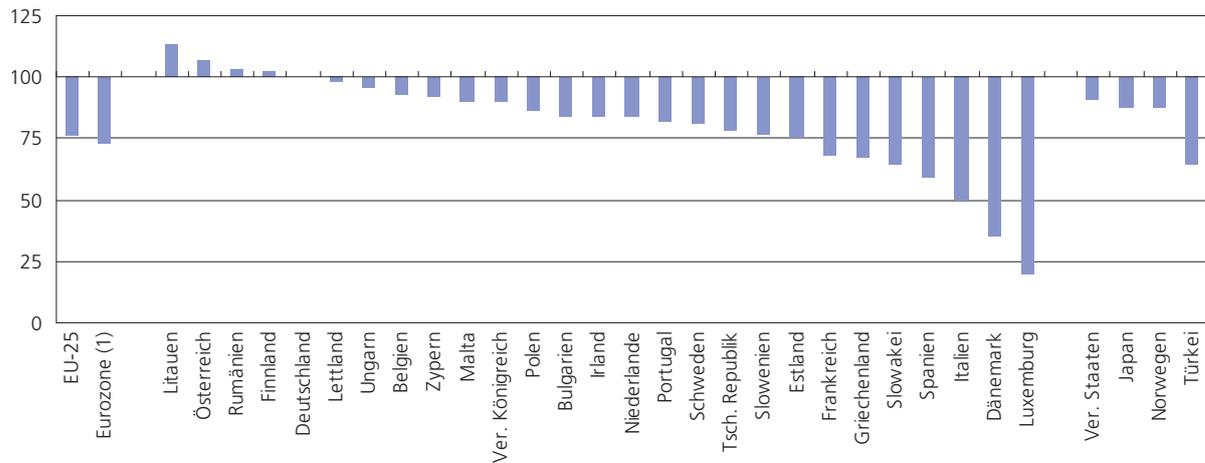
(1) EZ-12, geschätzt.

(2) Nicht verfügbar.

Quelle: Eurostat (tsiem0613)

Abbildung 3.12: Inzidenzrate tödlicher Arbeitsunfälle, 2004

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



(1) EZ-12, geschätzt.

Quelle: Eurostat (tsiem0612)



3.5 TODESURSACHEN UND SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT

EINFÜHRUNG

Insgesamt ist die Sterblichkeit in der EU im letzten Jahrhundert sehr stark gesunken. Dazu haben sowohl die geringere Säuglingssterblichkeit als auch der Rückgang von Infektionskrankheiten und degenerativen Erkrankungen beigetragen. Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind heute sowohl in der männlichen als auch in der weiblichen Bevölkerung der EU die Haupttodesursachen.

In allen Mitgliedstaaten ist die Sterblichkeit im ersten Lebensjahr so deutlich zurückgegangen, dass die derzeitige Rate zu den niedrigsten der Welt zählt. Je nach sozialer Schicht oder Region bestehen jedoch weiterhin Unterschiede.

DEFINITIONEN UND VERFÜGBARKEIT DER DATEN

Die Säuglingssterbeziffer ist die Zahl der im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder im Verhältnis zur Zahl der Lebendgeburten desselben Jahres bezogen auf 1 000 Lebendgeburten. In manchen Ländern werden die Begriffe Spontanabortion, Fruchttod und Totgeburt unterschiedlich definiert.

Seit 1994 erfasst und verbreitet Eurostat Mortalitätsdaten. Zur Verfügung stehen gegenwärtig Daten von 1994 bis 2006 aufgeschlüsselt nach

- einer Kurzliste von 65 Todesursachen auf der Grundlage der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten und geführten Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD),
- Geschlecht,
- Alter,
- Region (NUTS 2).

Die Todesursachenstatistik (COD) beruht auf Daten aus Totenscheinen. Die medizinische Bescheinigung der Todesursache ist in allen Mitgliedstaaten obligatorisch. Sie bezieht sich auf das Grundleiden, d. h. „jene Krankheit oder Verletzung, die den Ablauf der direkt zum Tode führenden Krankheitszustände auslöste bzw. die Umstände des Unfalls oder der Gewalteinwirkung, die den tödlichen Ausgang verursachten“ (Definition der Weltgesundheitsversammlung).

Die jährlichen Daten werden in absoluten Zahlen, als Bruttosterbeziffern und standardisierte Sterbeziffern angegeben. Die Bruttosterbeziffer ist ein gewichteter Durchschnittswert der altersspezifischen Sterbeziffern. Gewichtungsfaktor ist die Altersverteilung der Population, deren Mortalität beobachtet wird. Daher wirkt sich die Altersstruktur der Population auf die Bruttosterbeziffer aus. Die standardisierte Sterbeziffer gibt die Sterbeziffer einer Bevölkerung mit Standardaltersverteilung an. Da die meisten Todesursachen erheblich nach Alter und Geschlecht variieren, verbessert die Verwendung von standardisierten Sterbeziffern die zeitliche Vergleichbarkeit und die Vergleichbarkeit zwischen Ländern. Diese Indikatoren messen die Sterbeziffern unabhängig von den unterschiedlichen Altersstrukturen der Bevölkerungen.

WICHTIGSTE ERGEBNISSE

Die Fortschritte in der medizinischen Versorgung schlagen sich in einer rückläufigen Säuglingssterblichkeit nieder. In den vergangenen vier Jahrzehnten ist die Sterbeziffer bei Säuglingen in der EU-25 von knapp 28 Sterbefällen je 1 000 Lebendgeburten (1965) auf 4,6 (2004) gesunken. Einige Mitgliedstaaten verzeichneten erhebliche Rückgänge der Säuglingssterbeziffern. So ging die Säuglingssterblichkeit zwischen 1960 und 2005 in Griechenland, Italien (bis 2003), Luxemburg und Portugal um mehr als 90 % zurück und zählt nun zu den niedrigsten weltweit. In einigen Ländern hingegen stagnierten die Säuglingssterbeziffern in den letzten Jahren, was zumindest teilweise darauf zurückzuführen sein dürfte, dass immer mehr Frauen erst spät Kinder bekommen und die Zahl der Mehrlingsgeburten aufgrund häufigerer Fruchtbarkeitsbehandlungen gestiegen ist.

Die wichtigsten Todesursachen bei Männern und Frauen in der EU-27 waren 2004 Krebs (bösartige Neubildungen) und ischämische Herzkrankheiten. Jedoch waren die standardisierten Sterberaten von Männern und Frauen sehr unterschiedlich.

Bei Männern betrug die Inzidenzrate von Krebs als Todesursache 241 je 100 000 Personen, bei Frauen hingegen 136. Die standardisierte Sterberate für die Todesursache ischämische Herzkrankheiten war bei Männern (138 je 100 000 Personen) etwa doppelt so hoch wie bei Frauen (71). Tatsächlich wurden für Männer höhere standardisierte Sterberaten bei allen wichtigen Todesursachen gemeldet – sie waren in Bezug auf Drogenabhängigkeit und Alkoholmissbrauch vier- bis fünfmal so hoch wie bei Frauen, während der Tod durch AIDS (HIV) sowie Selbstmord und vorsätzliche Selbstbeschädigung bei Männern drei- bis viermal so wahrscheinlich war.



QUELLEN

Statistical books

Statistiken zur Gesundheit – Atlas zur Sterblichkeit in der Europäischen Union

Pocketbooks

Health in Europe – Data 1998-2003

Methodologies and working papers

Methodology for the calculation of Eurostat's demographic indicators

Website-Daten

Öffentliche Gesundheit

Todesursachen

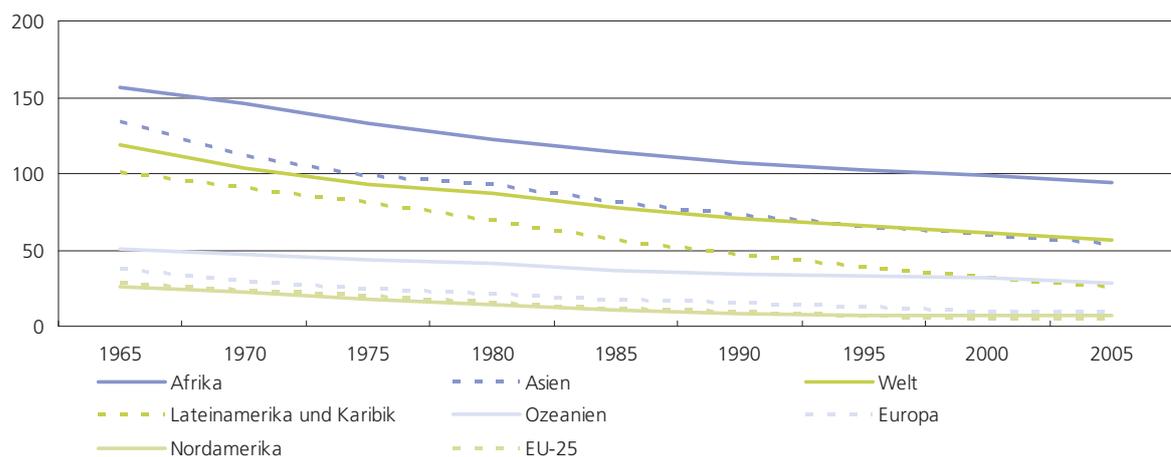
Sterblichkeit

Säuglingssterblichkeit

Säuglingssterbeziffer

Abbildung 3.13: Säuglingssterblichkeit (1)

(je Tsd. Lebendgeburten)



(1) Alle Daten (ohne EU-25) sind Durchschnittswerte des Fünfjahreszeitraums bis zum Ende des in der Abbildung angegebenen Bezugszeitraums.

Quelle: Eurostat (tps00027), Vereinte Nationen, Abteilung Bevölkerung der Hauptabteilung Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten

Verhältnis der Zahl der Todesfälle bei Kindern unter einer Woche während eines Jahres zur Zahl der Lebendgeburten im selben Jahr. Der Wert wird in 1 000 Lebendgeburten ausgedrückt.

Tabelle 3.6: Säuglingssterblichkeit

(je Tsd. Lebendgeburten)

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
EU-25 (1)	:	27,8	23,9	19,7	14,8	11,9	9,2	6,7	5,2	4,6
Eurozone (1, 2)	35,9	28,4	23,7	18,8	12,7	9,6	7,6	5,6	4,5	4,1
Belgien	23,9	23,7	21,1	16,1	12,1	9,8	6,5	5,9	4,8	3,7
Bulgarien	45,1	30,8	27,3	23,0	20,2	15,4	14,8	14,8	13,3	10,4
Tsch. Republik	20,0	23,7	20,2	19,4	16,9	12,5	10,8	7,7	4,1	3,4
Dänemark	21,5	18,7	14,2	10,3	8,4	8,0	7,5	5,1	5,3	4,4
Deutschland	35,0	24,1	22,5	18,9	12,4	9,1	7,0	5,3	4,4	3,9
Estland	31,1	20,3	17,6	18,1	17,1	14,1	12,3	14,9	8,4	5,4
Irland	29,3	25,3	19,5	17,5	11,1	8,8	8,2	6,4	6,2	4,0
Griechenland	40,1	34,3	29,6	24,0	17,9	14,1	9,7	8,1	5,9	3,8
Spanien	35,4	29,3	20,7	18,9	12,3	8,9	7,6	5,5	4,4	3,8
Frankreich (1)	:	:	:	:	:	:	:	:	4,5	4,0
Italien (3)	43,3	35,0	29,0	20,8	14,6	10,5	8,2	6,2	4,5	3,9
Zypern	:	32,0	26,0	18,3	14,4	14,3	12,9	9,7	5,6	4,0
Lettland	26,9	18,9	17,8	20,3	15,4	13,0	13,7	18,8	10,4	7,8
Litauen	38,0	24,7	19,3	19,6	14,5	14,2	10,2	12,5	8,6	6,8
Luxemburg	31,6	24,0	25,0	14,8	11,4	9,0	7,3	5,5	5,1	2,6
Ungarn	47,6	38,8	35,9	32,9	23,2	20,4	14,8	10,7	9,2	6,2
Malta	38,1	35,0	27,9	18,4	15,2	14,6	9,1	8,9	5,9	6,0
Niederlande	16,5	14,4	12,7	10,6	8,6	8,0	7,1	5,5	5,1	4,9
Österreich	37,5	28,3	25,9	20,5	14,3	11,2	7,8	5,4	4,8	4,2
Polen	56,1	41,6	36,4	24,8	25,4	22,1	19,4	13,6	8,1	6,4
Portugal	77,5	64,9	55,5	38,9	24,2	17,8	11,0	7,5	5,5	3,5
Rumänien	75,8	44,1	49,4	34,7	29,3	25,6	26,9	21,2	18,6	15,0
Slowenien	35,1	29,6	24,6	17,2	15,3	13,1	8,3	5,5	4,9	4,1
Slowakei	28,6	28,5	25,7	23,7	20,9	16,3	12,0	11,0	8,6	7,2
Finnland	21,0	17,6	13,2	9,6	7,6	6,3	5,6	3,9	3,8	3,0
Schweden	16,6	13,3	11,0	8,6	6,9	6,8	6,0	4,1	3,4	2,4
Ver. Königreich	22,5	19,6	18,5	18,9	13,9	11,1	7,9	6,2	5,6	5,1
Kroatien	70,4	49,5	34,2	23,0	20,6	16,6	10,7	8,9	7,4	5,7
EJR Mazedonien	:	:	:	:	:	:	:	22,7	11,8	12,8
Türkei (1)	:	:	:	:	:	:	:	:	:	24,6
Island	13,1	15,1	13,3	12,5	7,8	5,6	5,8	6,1	3,0	2,3
Liechtenstein	20,0	22,5	12,5	6,7	7,5	10,0	0,0	:	:	2,6
Norwegen	15,9	14,6	11,3	9,5	8,1	8,5	6,9	4,0	3,8	3,1
Schweiz	21,1	17,9	15,1	10,7	9,1	6,9	6,8	5,0	4,9	4,2

(1) 2004 anstatt 2005.

(2) EZ-12.

(3) 2003 anstatt 2005.

Quelle: Eurostat (tps00027)



Tabelle 3.7: Todesursachen – standardisierte Sterberate, 2005

(pro 100 000 Einwohner)

	Krebs (1)	Herzer- krank- ungen (2)	Krank- heiten des Nerven- systems	Pneu- monie	Chron- ische Hepa- titis	Diabetes mellitus	Unfälle	Selbst mord (3)	Alkohol- miss- brauch	Tätlicher Angriff	AIDS (HIV)	Drogen
EU-27 (4)	180,2	100,4	16,3	16,1	14,6	13,9	27,6	11,3	2,8	1,2	1,1	0,6
Belgien (5)	205,3	81,4	22,4	20,5	11,7	11,1	30,8	19,5	1,9	1,7	:	0,7
Bulgarien	171,0	163,1	8,4	18,0	17,4	16,5	29,5	10,7	0,6	2,2	0,0	0,0
Tsch. Republik	229,9	163,5	15,9	18,9	15,7	10,3	40,8	14,0	1,5	1,1	:	0,0
Dänemark (6)	218,8	111,5	16,6	13,4	13,9	17,9	29,0	12,2	8,6	0,9	0,6	0,6
Deutschland	168,0	104,2	13,9	14,7	15,0	17,0	17,9	10,4	5,1	0,5	0,5	0,9
Estland	196,9	264,2	16,3	11,3	21,7	12,2	77,7	18,7	13,5	8,8	2,4	0,1
Irland	179,7	112,3	16,3	39,6	5,3	10,1	18,5	9,5	2,0	0,3	0,2	2,5
Griechenland	160,3	77,8	7,4	4,4	5,0	6,1	27,7	3,1	0,2	0,9	0,2	0,0
Spanien	159,7	56,3	21,3	12,1	9,4	13,8	23,2	6,6	0,6	0,8	3,1	0,3
Frankreich	176,0	40,4	25,4	10,2	11,2	11,7	29,6	15,8	4,7	0,8	1,4	0,3
Italien (7)	175,3	72,4	14,3	8,3	12,7	17,0	26,1	6,0	0,3	0,9	1,5	0,7
Zypern	120,4	83,5	12,8	12,0	5,7	39,5	45,0	2,9	0,1	1,7	0,4	1,0
Lettland	193,8	287,0	14,5	19,9	15,3	7,2	90,4	22,6	3,2	10,0	1,1	:
Litauen	194,7	355,0	11,3	17,2	26,0	8,1	98,1	37,0	0,6	8,8	0,1	0,2
Luxemburg	162,2	67,1	22,8	14,0	11,3	7,6	29,0	9,9	4,5	1,5	0,2	0,4
Ungarn	237,4	261,3	13,4	6,6	44,5	25,5	41,8	23,2	4,9	1,8	0,1	0,0
Malta	145,3	149,5	18,1	14,7	6,4	22,1	19,9	4,2	0,4	0,5	0,3	:
Niederlande	189,5	59,5	15,9	23,1	4,4	16,6	15,8	9,0	1,2	1,1	0,5	0,1
Österreich	165,8	111,6	14,6	10,8	16,7	27,9	25,7	14,7	3,5	0,8	0,8	2,4
Polen	211,3	114,2	11,2	20,3	15,0	12,2	38,9	15,0	4,0	1,4	0,3	0,0
Portugal	156,0	53,4	15,9	27,5	12,2	27,2	19,9	7,2	0,8	1,3	7,8	0,1
Rumänien (8)	177,7	229,0	8,2	29,0	46,5	8,2	45,1	12,8	4,4	3,8	1,2	:
Slowenien	196,8	79,9	8,7	26,8	21,9	18,6	32,0	22,0	3,7	1,1	0,1	0,0
Slowakei	210,1	272,3	12,2	32,9	24,9	12,4	37,7	12,0	:	1,6	:	:
Finnland (4)	143,8	145,4	30,9	19,8	16,0	7,4	47,5	19,3	4,0	2,4	0,2	0,6
Schweden (4)	155,7	104,7	17,4	11,2	5,4	12,1	27,1	11,8	4,1	1,1	0,2	0,5
Ver. Königreich	181,5	107,3	18,9	33,0	10,9	7,0	16,8	6,4	1,6	0,4	0,4	1,8
Kroatien	212,6	167,9	10,7	27,3	22,4	17,0	37,1	17,0	3,7	1,3	0,1	1,3
EJR Mazedonien	160,3	104,9	6,2	5,4	6,0	35,8	20,3	7,1	1,8	2,5	:	0,1
Island	159,3	92,3	36,0	14,5	4,0	5,6	19,9	11,5	1,2	1,0	:	0,3
Norwegen	166,6	79,1	18,5	21,2	3,3	10,7	29,3	11,3	3,3	0,6	0,5	0,6
Schweiz	146,1	72,4	21,8	11,3	7,0	11,3	19,2	15,0	2,4	0,9	0,9	3,0

(1) Bösartige Neubildungen.

(2) Ischämische Herzkrankheiten.

(3) Selbstmord und vorsätzliche Selbstbeschädigung.

(4) 2004.

(5) 1997.

(6) 2001.

(7) 2002.

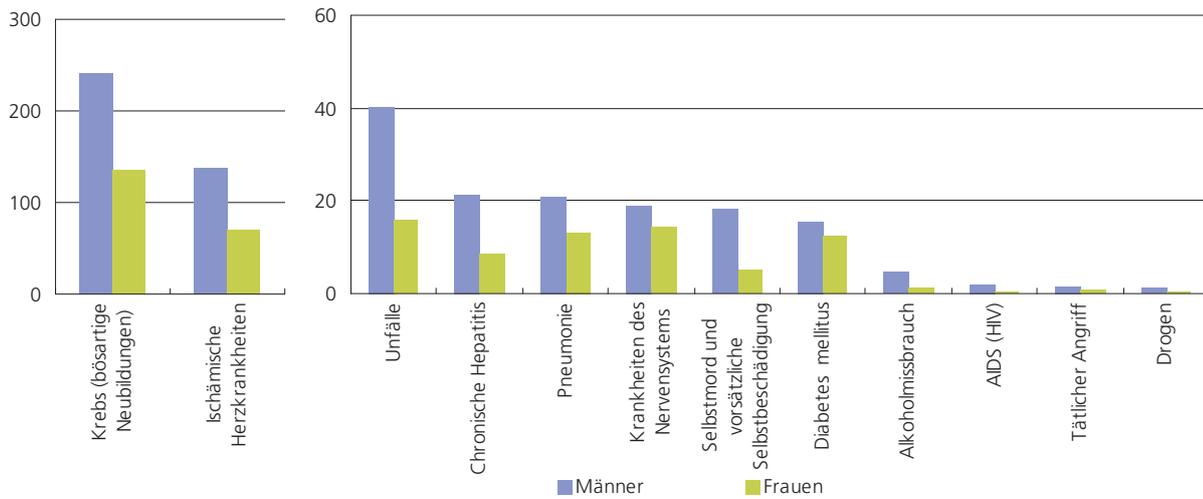
(8) 2003.

Quelle: Eurostat (tps00116, tps00119, tps00134, tps00128, tps00131, tps00137, tps00125, tps00122, tps00140, tps00146, tps00143 und tps00149)

Sterbeziffer einer Bevölkerung mit einer Standardaltersgliederung. Da die Todesursache je nach Alter und Geschlecht stark variiert, werden standardisierte Sterbeziffern verwendet, denn sie schalten den Einfluss der unterschiedlichen Altersstrukturen der Bevölkerung auf die Sterbeziffern aus und verbessern damit ihre Darstellung im Zeitablauf und ihre Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Ländern. Die hier gezeigten standardisierten Sterbeziffern wurden anhand einer von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierten europäischen Standardbevölkerung berechnet. Detaillierte Daten für 65 Todesursachen sind in der Datenbank verfügbar.

Abbildung 3.14: Todesursachen – standardisierte Sterberate, EU-27, 2004 (1)

(pro 100 000 Einwohner)

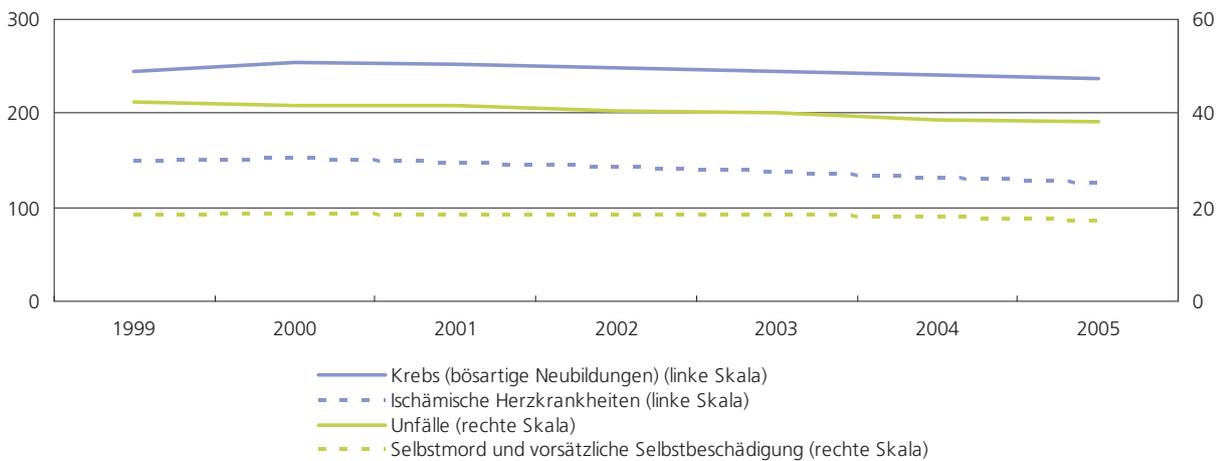


(1) Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalen in den beiden Teilen der Abbildung.

Quelle: Eurostat (tps00116, tps00119, tps00125, tps00131, tps00128, tps00134, tps00122, tps00137, tps00140, tps00143, tps00146 und tps00149)

Abbildung 3.15: Todesursachen von Männern – standardisierte Sterberate, EU-25

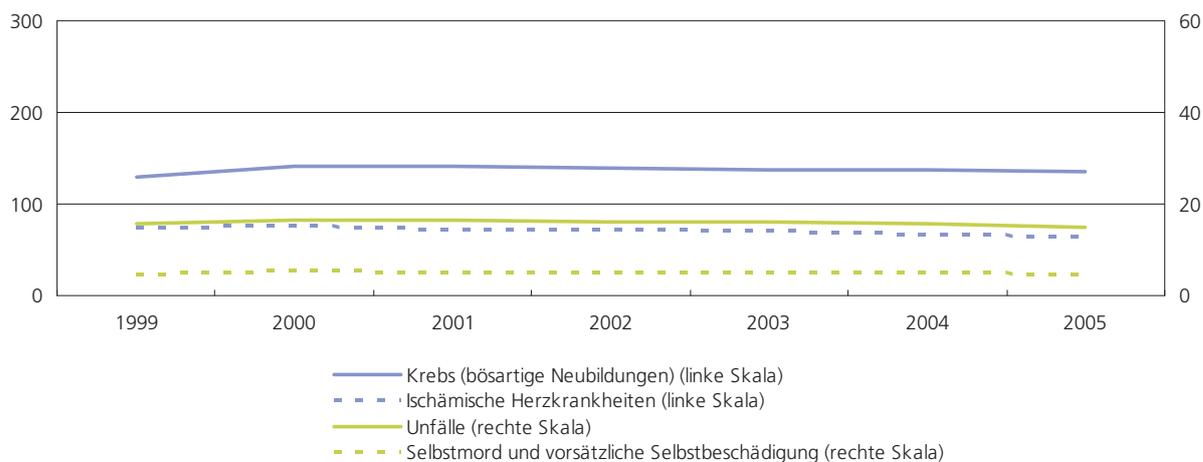
(pro 100 000 Einwohner)



Quelle: Eurostat (tps00116, tps00119, tps00122 und tps00125)


Abbildung 3.16: Todesursachen von Frauen – standardisierte Sterberate, EU-25

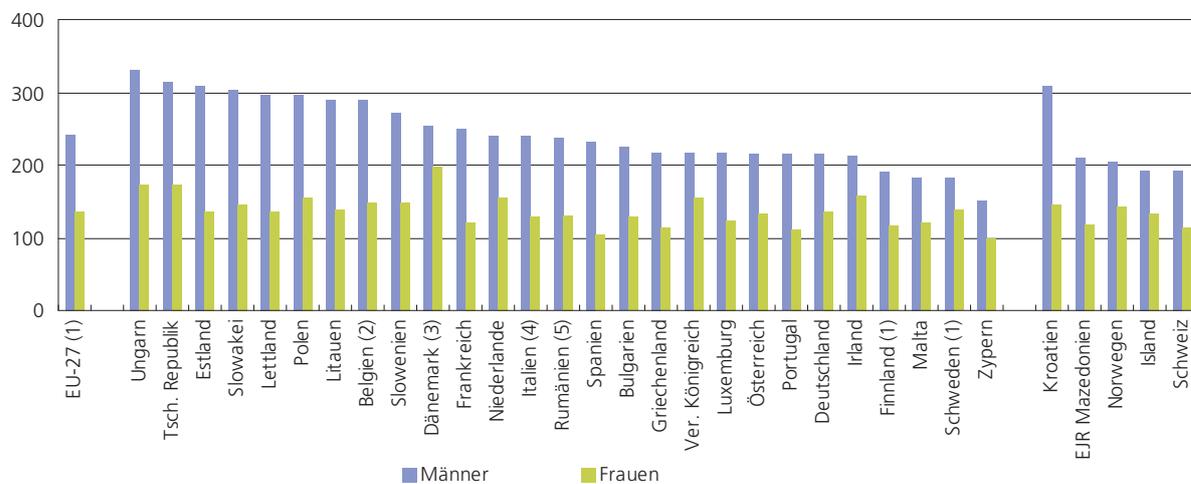
(pro 100 000 Einwohner)



Quelle: Eurostat (tps00116, tps00119, tps00122 und tps00125)

Abbildung 3.17: Todesfälle durch Krebs (bösartige Neubildungen) – standardisierte Sterberate, 2005

(pro 100 000 Einwohner)

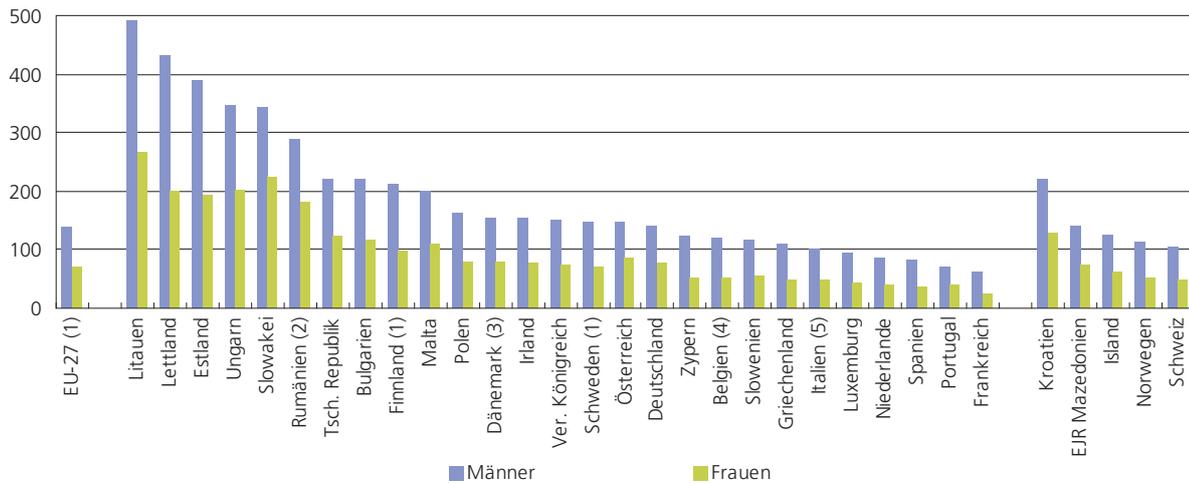


- (1) 2004.
 (2) 1997.
 (3) 2001.
 (4) 2002.
 (5) 2003.

Quelle: Eurostat (tps00116)

Abbildung 3.18: Todesfälle durch ischämische Herzkrankheiten – standardisierte Sterberate, 2005

(pro 100 000 Einwohner)

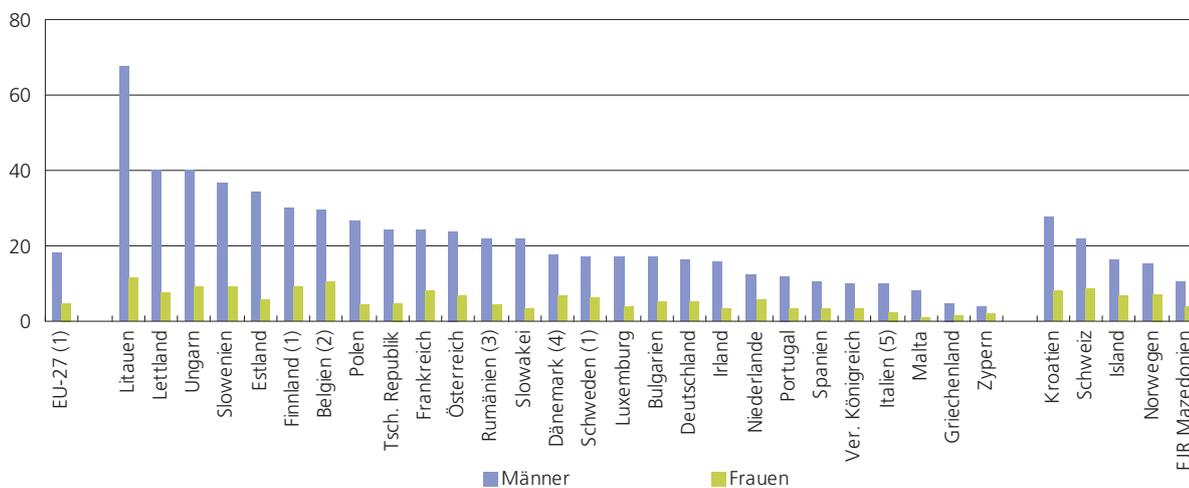


- (1) 2004.
- (2) 2003.
- (3) 2001.
- (4) 1997.
- (5) 2002.

Quelle: Eurostat (tps00119)

Abbildung 3.19: Todesfälle durch Selbstmord – standardisierte Sterberate, 2005

(pro 100 000 Einwohner)

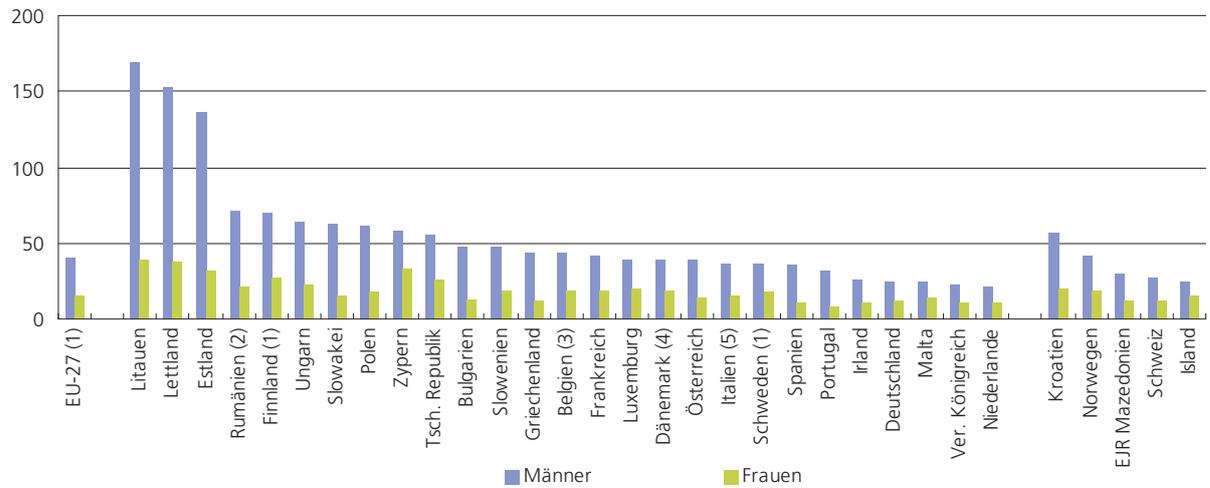


- (1) 2004.
- (2) 1997.
- (3) 2003.
- (4) 2001.
- (5) 2002.

Quelle: Eurostat (tps00122)


Abbildung 3.20: Todesfälle durch Unfälle – standardisierte Sterberate, 2005

(pro 100 000 Einwohner)



- (1) 2004.
- (2) 2003.
- (3) 1997.
- (4) 2001.
- (5) 2002.

Quelle: Eurostat (tps00125)