



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. Gesundheitsthemen berühren zahlreiche Aspekte – etwa den Verbraucherschutz (Fragen der Lebensmittelsicherheit), die Sicherheit am Arbeitsplatz oder umwelt- oder sozialpolitische Maßnahmen – und wirken sich daher in erheblichem Maße auf die überarbeitete Lissabon-Strategie der EU aus. Die meisten der in diesem Kapitel behandelten Politikbereiche fallen in den Zuständigkeitsbereich der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz.

Für die Organisation und Bereitstellung von Gesundheitsdiensten und die medizinische Versorgung sind jedoch weitgehend die Mitgliedstaaten zuständig. Die EU muss diese Dienste optimieren, indem sie Maßnahmen etwa im Zusammenhang mit grenzüberschreitenden Gesundheitsgefährdungen und Patientenmobilität ergreift, zur Verringerung von Ungleichheiten im Gesundheitswesen beiträgt oder auf wichtige gesundheitsrelevante Faktoren Einfluss nimmt. Für eine effiziente Politik der EU und zielgerichtete Maßnahmen ist die Erfassung und Auswertung genauer, detaillierter Daten unabdingbar.

Die folgenden drei Schwerpunktbereiche standen im Mittelpunkt eines ersten Aktionsprogramms der Gemeinschaft im Bereich öffentliche Gesundheit⁽¹⁾ für den Zeitraum 2003 bis 2008:

- Verbesserung des Informations- und Wissensstandes im Interesse der Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens,
- schnellere und koordiniertere Reaktion auf Gesundheitsgefahren, und
- Gesundheitsförderung und Vorbeugung von Krankheiten durch Berücksichtigung gesundheitsrelevanter Faktoren in allen Politik- und Tätigkeitsbereichen.

(1) 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.
http://europa.eu/eur-lex/pri/de/obj/dat/2002/l_271/l_27120021009de00010011.pdf.



5.1 Gesunde Lebensjahre

Einleitung

Am 23. Oktober 2007 verabschiedete die Europäische Kommission ein neues Strategiepapier mit dem Titel „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013“⁽²⁾. Zur Verwirklichung der im Gesundheitswesen erwünschten und in der neuen Strategie festgelegten Veränderungen trat am 1. Januar 2008 das zweite Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit⁽³⁾ in Kraft. Mit dem Programm, das sich nicht nur auf Arbeiten im Gesundheitswesen, sondern auch auf alle anderen Politikbereiche erstreckt, wird ein umfassender strategischer Rahmen für einschlägige Bemühungen auf EU-Ebene in den kommenden Jahren vorgegeben. Es umfasst vier wesentliche Prinzipien und drei strategische Ziele zur Verbesserung der Gesundheit in der EU. Zu den Prinzipien gehören ein werteorientierter Ansatz, die Berücksichtigung des Zusammenhangs zwischen Gesundheit und wirtschaftlichem Wohlstand, die Einbeziehung der Gesundheit in alle Politikbereiche und die Stärkung der Mitsprache der EU in der globalen Gesundheitspolitik. Die strategischen Ziele lauten Förderung der Gesundheit in einem alternden Europa, Schutz der Bürger vor Gesundheitsgefahren sowie Unterstützung dynamischer Gesundheitssysteme und neuer Technologien. Das Programm, für das 321,5 Mio. EUR veranschlagt sind, wird anhand jährlicher Arbeitspläne umgesetzt, in denen die prioritären Bereiche und die Finanzierungskriterien festgelegt werden.

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, über den Gesundheitszustand der alternden Bevölkerung Europas ist jedoch weit weniger 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 gesündere Lebensweise und höhere Bildung sowie Fortschritte im Gesundheitswesen und in der Medizin.

Es ist schwierig, den Gesundheitszustand einer Bevölkerung zu messen, weil er sich für 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 zu verstehenden Merkmal – dem Tod. Allerdings lässt sich die Lebenserwartung nicht uneingeschränkt verwenden, weil aus ihr keine Informationen über den Gesundheitszustand einer Bevölkerung ableitbar sind.

Mit Indikatoren für „gesunde Lebensjahre“ (HLY – healthy life years) wird das Konzept der Lebensqualität eingeführt. Mit Ihnen wird die Zahl der Jahre gemessen, die einer Person ohne Beeinträchtigungen durch Krankheiten oder Behinderungen voraussichtlich verbleiben. Chronische Erkrankungen, Gebrechlichkeit, psychische Störungen

(2) http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_de.pdf.

(3) Beschluss Nr. 1350/2007/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Oktober 2007 über ein zweites Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit, ABl. L 301 vom 20.11.2007, S. 3. Weitere Informationen unter: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:DE:PDF>.



und körperliche Behinderungen sind im höheren Alter stärker verbreitet. Die dadurch entstehenden Belastungen können sich auf das Gesundheitswesen und das Rentensystem auswirken und gleichzeitig die Lebensqualität der davon betroffenen Personen beeinträchtigen.

Mit den HLY-Indikatoren wird Gesundheit auch als Produktions- oder Wirtschaftsfaktor überwacht. Sie gehören zu den Strukturindikatoren, die dazu dienen, die Fortschritte der EU im Hinblick auf die überarbeitete Lissabon-Strategie zu untersuchen. Eines der Hauptziele der europäischen Gesundheitspolitik besteht darin, einen Zuwachs an gesunden Lebensjahren zu erreichen, denn damit verbessert sich nicht nur die Lage des Einzelnen (sind doch Gesundheit und ein langes Leben grundlegende Ziele des Menschen), sondern sinken 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. Der Verlust der Gesundheit hat bedeutende Auswirkungen, zu denen eine veränderte Struktur bei der Mittelzuweisung innerhalb des Gesundheitssystems sowie weitreichende Auswirkungen auf Konsum und Produktion innerhalb der Volkswirtschaft gehören.

Definitionen und Datenverfügbarkeit

Der Strukturindikator für „**gesunde Lebensjahre (HLY)**“ 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 werden. Der HLY-Indikator – auch „**behinderungsfreie Lebenserwartung**“ (**disability-free life expectancy (DFLE)**) – dient der Ermittlung der Jahre, die einer Person in einem bestimmten Alter voraussichtlich für ein behinderungsfreies Leben verbleiben. Er ist

also ein Indikator der Gesundheitserwartung. Der Indikator wird für Männer und Frauen getrennt berechnet.

In die Berechnung der gesunden Lebensjahre fließen zwei Komponenten ein, nämlich die Mortalitätsstatistiken und die Daten zur Selbsteinschätzung von Behinderung. Die Mortalitätsdaten entstammen der demografischen Datenbank von Eurostat, während die Daten zur Selbsteinschätzung von Behinderung der EU-Erhebung für Statistiken über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) entnommen sind. Die im Rahmen der EU-SILC gestellten Frage lautet:

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

- stark eingeschränkt?
- eingeschränkt?
- nicht eingeschränkt?

Die **Lebenserwartung bei der Geburt** wird definiert als die durchschnittliche Zahl der Lebensjahre, die einer Person bei ihrer Geburt bei Zugrundelegung der zu diesem Zeitpunkt herrschenden Sterbebedingungen verbleiben.

Wichtigste Ergebnisse

Mit dem Anstieg der Lebenserwartung wurde die Politik wieder stärker auf die gesunden Lebensjahre ausgerichtet. Eine Maßzahl, die zur Untersuchung der relativen Gesundheit der europäischen Bevölkerung herangezogen werden kann, ist das Verhältnis zwischen gesunden Lebensjahren und der Lebenserwartung insgesamt, d. h. der Prozentsatz der Lebensspanne, die ein Einzelner ohne Behinderung und Krankheit verbringt. Männer verbrachten am ehesten den längsten Teil ihres Lebens behinderungsfrei. Bei Frauen war die voraussichtliche behinderungsfreie Lebenszeit etwas kürzer, wenngleich ihre Lebenserwartung



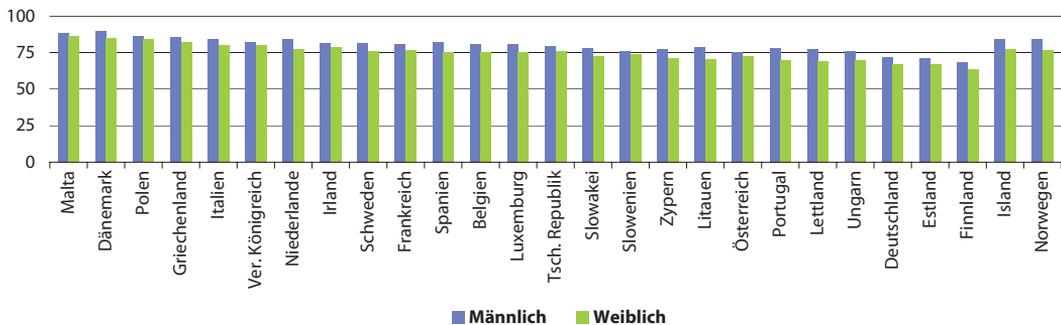
bei der Geburt insgesamt höher war als bei Männern. Tatsächlich konnte im Vergleich zu den Werten für Frauen bei der männlichen Bevölkerung generell ein höherer Anteil gesunder Lebensjahre an der gesamten Lebenserwartung beobachtet werden, wobei die Unterschiede in Portugal, Litauen und Lettland teilweise über 8 Prozentpunkten betragen.

Der HLY-Indikator wird einmal bei der Geburt und einmal im Alter von 65 Jahren ermittelt. Betrachtet man die die zusätzlichen gesunden Lebensjahre, die

Personen im Alter von 65 noch erwarten dürfen, waren die Zahlen für Estland, Luxemburg, Ungarn, Österreich und Island für Männer und Frauen fast identisch. Die größten Unterschiede zwischen den Geschlechtern wiesen Polen und Zypern auf. In Polen durften Frauen im Alter von 65 Jahren damit rechnen, noch 1,8 gesunde Lebensjahre mehr vor sich zu haben als Männer, während es in Zypern genau umgekehrt war: Hier konnten die Männer davon ausgehen, noch 1,9 zusätzliche gesunde Lebensjahre vor sich zu haben.

Abbildung 5.1: Gesunde Lebensjahre bei der Geburt, 2005 (1)

(in % der Gesamtlebenserwartung)

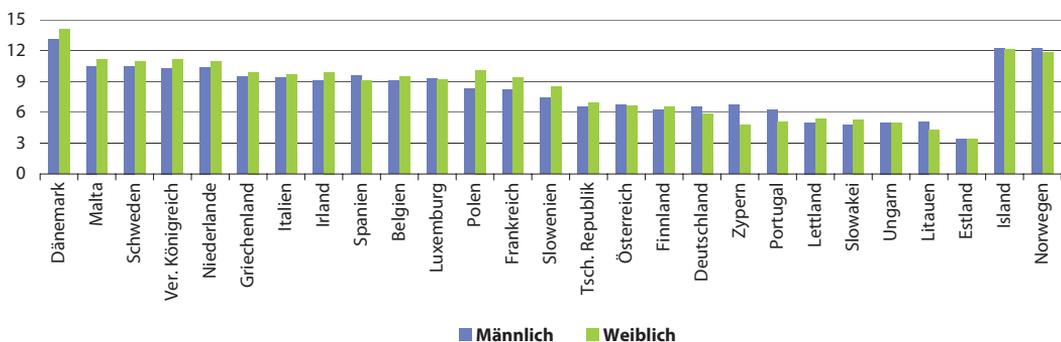


(1) Vorläufige Daten. Daten zur Lebenserwartung in Italien für 2004; Bulgarien und Rumänien: nicht verfügbar; die Rangfolge richtet sich nach dem Durchschnitt der Werte von Männern und Frauen.

Quelle: Eurostat (tsdph100 und tps00025)

Abbildung 5.2: Gesunde Lebensjahre mit 65 Jahren, 2005 (1)

(in Jahren)



(1) Vorläufige Daten; Bulgarien und Rumänien: nicht verfügbar; die Rangfolge richtet sich nach dem Durchschnitt der Werte von Männern und Frauen.

Quelle: Eurostat (tsdph220)

5.2 Gesundheitliche Probleme

Einleitung

Der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher zufolge⁽⁴⁾ 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 bestimmten Krankheiten oder Zielgruppen liegt.

Sechs der sieben bedeutendsten Risikofaktoren für einen frühzeitigen Tod in der EU (Bluthochdruck, Cholesterin, Body-Mass-Index, unzureichender Verzehr

von Obst und Gemüse, Bewegungsmangel, exzessiver Alkoholkonsum) stehen in Zusammenhang mit den Ess-, Trink- und Bewegungsgewohnheiten der Bevölkerung (einzige Ausnahme: Tabakkonsum). Insofern sind eine ausgewogene Ernährung und regelmäßige körperliche Bewegung sowie der Verzicht auf das Rauchen und mäßiger Alkoholkonsum bedeutende Faktoren für die Förderung und Erhaltung der Gesundheit.

Rauchen verursacht mit über einer halben Million Todesfälle jährlich die meisten vermeidbaren Todesfälle in der EU. Schätzungen der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher zufolge sind 25 % aller tödlichen Krebserkrankungen und 15 % aller Todesfälle in der EU auf Tabakkonsum zurückführbar. Immer mehr Mitgliedstaaten verabschieden Nichtrauchervorschriften, 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,
- Förderung von europaweiten Präventionsmaßnahmen und von Maßnahmen zur Raucherentwöhnung,
- Einbeziehung der Bekämpfung des Rauchens in verschiedene andere Bereiche der Gemeinschaftspolitik (z. B. Agrarpolitik, Steuerpolitik, Entwicklungspolitik),
- Engagement dafür, dass die Vorreiterrolle der Europäischen Gemeinschaft in vielen Bereichen der Bekämpfung des Tabakkonsums weltweit Wirkung zeigt.

(4) http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/healthdeterminants_de.htm.



Übergewicht und Fettleibigkeit nehmen in Europa – insbesondere bei Kindern – in alarmierender Weise zu. Fettleibigkeit ist ein schwerwiegendes Problem der öffentlichen Gesundheit, denn sie erhöht in erheblichem Maße das Risiko, etwa an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ 2 oder bestimmten Krebsarten chronisch zu erkranken. Lebensgewohnheiten, wie Ernährung, Essgewohnheiten, mangelnde körperliche Betätigung, werden bereits in frühen Lebensjahren angenommen. So steht Fettleibigkeit im Kindesalter in engem Zusammenhang mit Fettleibigkeit im Erwachsenenalter. Doch sein „Normalgewicht“ zu halten, kann angesichts des Überangebots an energiereichen Nahrungsmitteln und durch gesellschaftlichen Druck, der die Möglichkeiten zur körperlichen Betätigung am Arbeitsplatz oder in der Freizeit einschränkt, zu einer echten Herausforderung werden.

Definitionen und Datenverfügbarkeit

Gesundheitserhebungen (Health Interview Surveys – HIS) bilden die Informationsquelle für die Beschreibung des Gesundheitszustands und der gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen der europäischen Bevölkerung. In einer HIS wird in der Regel Folgendes 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.

Viele gesundheitsbezogene Indikatoren werden in Prozentsätzen innerhalb verschiedener Bevölkerungskohorten auf

der Grundlage von Hintergrundvariablen zu Geschlecht, Alter, Erwerbsstatus und Bildungsniveau ausgedrückt. Die Daten stammen aus nicht harmonisierten nationalen Erhebungen und die Mitgliedstaaten wurden gebeten, sie anhand gemeinsamer Leitlinien nachträglich zu harmonisieren. Die Mitgliedstaaten führen zeitgleich mit der Erstellung dieses Jahrbuchs gemeinsam die harmonisierte Europäische Gesundheitsbefragung (EHIS) durch.

Der **Body-Mass-Index (BMI)** ist ein Maß, das das Gewicht einer Person mit ihrer Körpergröße in ein Verhältnis setzt und somit relativ gut über die Menge des körperlichen Fettgewebes Aufschluss gibt. Der BMI gilt als das am besten geeignete Maß für die Feststellung der Fettleibigkeit bei Erwachsenen, wenn nur Daten zu Größe und Gewicht vorliegen. Er wird errechnet, indem das Körpergewicht (in Kilogramm) durch die in Metern angegebene Körpergröße zum Quadrat 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 wird nicht für Kinder berechnet. Zu beachten ist, dass sich die Daten für Deutschland und England auf tatsächliche Größen- und Gewichtsmessungen beziehen, während die Daten der übrigen Länder auf Eigenangaben von Größe und Gewicht beruhen.

Wichtigste Ergebnisse

Fettleibigkeit ist ein schwerwiegendes Problem der öffentlichen Gesundheit. Mit ihr steigt das Risiko vorzeitig zu sterben und von einer Behinderung betroffen zu sein. Sie dürfte primär mit schlechten Essgewohnheiten und Bewegungsmangel



zusammenhängen. In den meisten Mitgliedstaaten sind die Fettleibigkeitsraten im letzten Jahrzehnt erheblich gestiegen. Etwa die Hälfte der EU-Bevölkerung war übergewichtig oder fettleibig, in England waren es sogar 61,0 % und in Deutschland 59,7 %, während von allen Mitgliedstaaten nur Italien und Frankreich weniger als 40 % der Bevölkerung übergewichtig oder fettleibig waren.

Knapp die Hälfte der Männer in Lettland und Estland rauchte 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 war wie der entsprechende Anteil der Frauen.

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

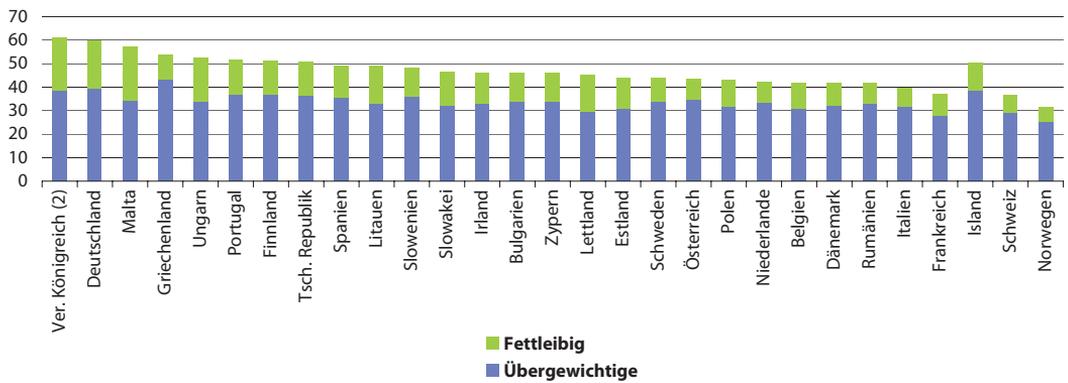
wesentlich geringer. In Schweden und im Vereinigten Königreich rauchten junge Frauen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit als junge Männer. Darüber hinaus lag der Anteil rauchender junger Frauen in den meisten Mitgliedstaaten über dem entsprechenden Durchschnitt für Frauen aller Altersgruppen. Besonders ausgeprägt war dies im Vereinigten Königreich, in Spanien, Irland und Deutschland.

Die EU-Erhebung über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) liefert Daten über die Schwierigkeiten, denen sich die Europäer im Alltag gegenübersehen, und über ihren potenziellen Unterstützungsbedarf. Allerdings wird damit die subjektive Sicht der Bevölkerung erfasst und nicht konkret der Behinderungsgrad gemessen. In der EU-25 gaben im Jahr 2006 rund 6,9 % der Männer und 8,7 % der Frauen über 15 Jahren an, dass sie bei alltäglichen Verrichtungen stark durch gesundheitliche Probleme eingeschränkt sind, die mindestens sechs Monate vor der Befragung auftraten.

Der Anteil der Frauen, die aufgrund gesundheitlicher Probleme bei alltäglichen Verrichtungen stark eingeschränkt sind, lag in allen Mitgliedstaaten höher als der entsprechende Anteil der Männer (eine Ausnahme stellt nur Irland dar, wo dieser Anteil um 0,1 Prozentpunkte höher war als bei den Frauen). Der Unterschied zwischen den Geschlechtern stieg auf nahezu 4 Prozentpunkte in Portugal, wo 13,4 % der Frauen stark eingeschränkt waren, und erreichte über 3 Prozentpunkte in der Slowakei, in Finnland, Litauen und Lettland. In jedem dieser Länder waren mehr als 10 % der weiblichen Bevölkerung aufgrund gesundheitlicher Probleme bei alltäglichen Verrichtungen stark eingeschränkt.


Abbildung 5.3: Übergewichtige Personen, 2003 (1)

(in % der Gesamtbevölkerung)



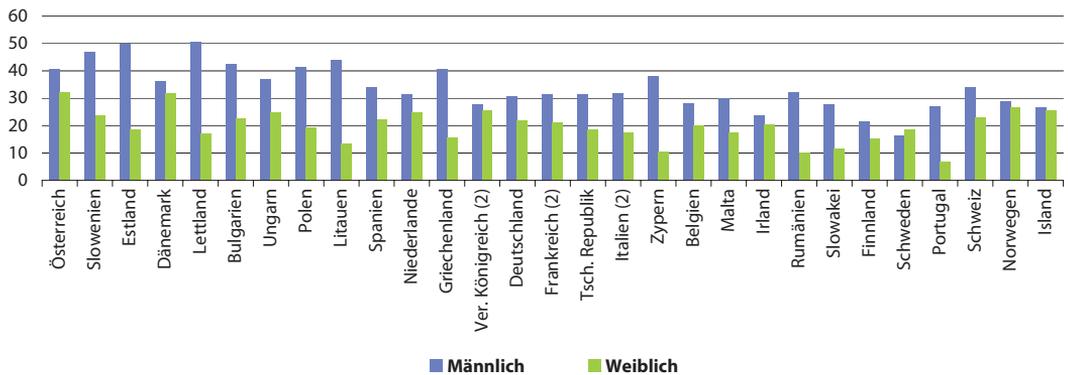
(1) Daten aus nationalen Gesundheitserhebungen (HIS), 1996-2003 je nach Land; zu beachten ist, dass sich die Daten für Deutschland und England auf tatsächliche Größen- und Gewichtsmessungen beziehen, während die Daten der übrigen Länder auf Eigenangaben von Größe und Gewicht beruhen; Luxemburg: nicht verfügbar.

(2) Nur England.

Quelle: Eurostat (hlth_ls_bmia)

Abbildung 5.4: Tägliches Rauchen, 2003 (1)

(in % der männlichen/weiblichen Bevölkerung)



(1) Daten aus nationalen Gesundheitserhebungen (HIS), 1996-2003 je nach Land; Luxemburg: nicht verfügbar; die Rangfolge richtet sich nach dem Durchschnitt der Werte von Männern und Frauen.

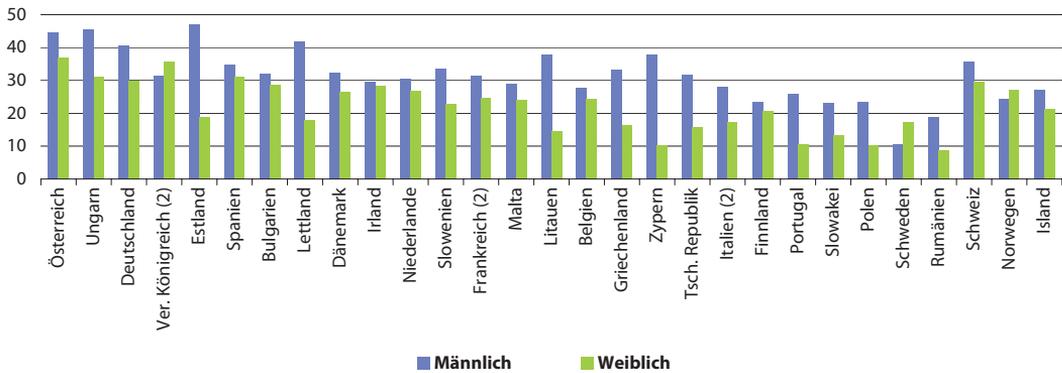
(2) Keine Unterscheidung zwischen täglichem und gelegentlichem Rauchen.

Quelle: Eurostat (tps00169)



Abbildung 5.5: Tägliches Rauchen bei 15- bis 24-Jährigen, 2003 (1)

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



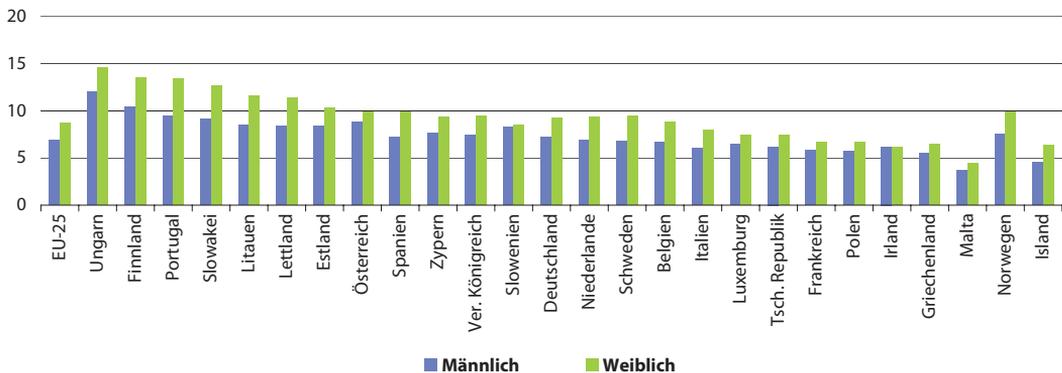
(1) Daten aus nationalen Gesundheitserhebungen (HIS), 1996-2003 je nach Land; Luxemburg: nicht verfügbar; die Rangfolge richtet sich nach dem Durchschnitt der Werte von Männern und Frauen.

(2) Keine Unterscheidung zwischen täglichem und gelegentlichem Rauchen.

Quelle: Eurostat (tps00170)

Abbildung 5.6: In zumindest den letzten sechs Monaten wegen gesundheitlicher Probleme bei alltäglichen Verrichtungen stark beeinträchtigte Personen, 2006 (1)

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



(1) Daten für Bulgarien und Rumänien: nicht verfügbar; die Rangfolge richtet sich nach dem Durchschnitt der Werte von Männern und Frauen.

Quelle: Eurostat (hlth_silc_06)



5.3 Gesundheitsversorgung

Einleitung

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, wenngleich 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 der Gesundheitsversorgung ist eine komplexe Aufgabe, da sie 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 unterschiedlich durch Krankheitsfälle belastet werden, während die Bevölkerung an die Leistungspalette des jeweiligen nationalen Gesundheitssystems unterschiedliche Erwartungen hat. Die zur Finanzierung des Gesundheitswesens erforderlichen Mittel hängen in der Tat von einer Vielzahl von Variablen ab, deren offensichtlichste die Belastung durch behandlungsbedürftige Krankheiten ist, wenngleich zwischen dieser Belastung und dem Mittelbedarf keine einfache lineare Abhängigkeit

besteht, da einige Krankheiten leicht und mit geringen Kosten behandelt werden können, während andere eine komplexe und kostspielige Versorgung erfordern.

Ältere Menschen nehmen medizinische Dienstleistungen am stärksten in Anspruch. Ihr Anteil an der europäischen Bevölkerung steigt derzeit rasch an, da einerseits die Babyboom-Kohorte mittlerweile älter geworden ist und andererseits 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 Behandlungen ermöglichen 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 sich speziellen Behandlungen zu unterziehen, 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. Tatsächlich werden die Gesundheitssysteme und gesundheitspolitischen Maßnahmen in der EU immer stärker miteinander vernetzt. Dies ist nicht nur eine Folge der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen durch die Patienten und der Mobilität von im Gesundheitswesen tätigen Personen, sondern dürfte auch auf Erwartungen der Öffentlichkeit an die Gesundheitsdienste überall in Europa sowie auf eine raschere Verbreitung neuer medizinischer Technologien und Techniken zurückzuführen



sein. Im Rahmen einer erneuerten Sozialagenda verabschiedete die Europäische Kommission am 2. Juli 2008 den Entwurf einer Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung⁽⁵⁾.

Definitionen und Datenverfügbarkeit

Die Daten über die Gesundheitsversorgung lassen sich in zwei große Gruppen unterteilen: zum einen in ressourcenbezogene Daten über Humanressourcen und technische Ressourcen, zum anderen in outputbezogene Daten mit dem Schwerpunkt Krankenhauspatienten und ihre Behandlung(en). Daten über die Gesundheitsversorgung stammen größtenteils aus Verwaltungsquellen, die sehr stark die länderspezifische Organisationsstruktur des Gesundheitswesens widerspiegeln. Daher sind die erhobenen Daten nicht immer vollständig vergleichbar.

Krankenhäuser werden nach der Klassifikation der Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung des Systems von Gesundheitskonten definiert; dabei sollten alle öffentlichen und privaten Krankenhäuser abgedeckt werden.

Bei den **Daten über Gesundheitspersonal**, also die für die Erbringung medizinischer Leistungen verfügbaren Humanressourcen, wird nicht zwischen Selbstständigen und von Krankenhäusern oder sonstigen Leistungserbringern der Gesundheitsversorgung Beschäftigten unterschieden. Erfasst werden Angehörige von Gesundheitsberufen (Ärzte, Zahnärzte, Pflegekräfte, Apotheker, 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. Ärzte können als zugelassen, erwerbstätig oder praktizierend erfasst werden. In den meisten Mitgliedstaaten liegen Daten zu zwei oder mehr Konzepten vor. Dem Konzept der **praktizierenden Ärzte** wird allerdings der Vorrang gegeben. Danach handelt es sich um Personen, die von Patienten im Krankenhaus, in der Praxis oder an einem anderen Ort konsultiert werden. Zu ihren Aufgaben gehören die Durchführung ärztlicher Untersuchungen und Diagnosen, die Verschreibung von Arzneimitteln und die Behandlung diagnostizierter Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Verletzungen, die spezielle medizinische oder chirurgische Behandlung besonderer Arten von Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Verletzungen sowie die Beratung und Anwendung vorbeugender ärztlicher Methoden und Behandlungen.

Die **Zahl der Krankenhausbetten** gibt Aufschluss über die Kapazitäten der Gesundheitsversorgung, d. h. über die Höchstzahl der Patienten, die von Krankenhäusern versorgt werden können. Krankenhausbetten sind Betten, für die das erforderliche Personal zur Verfügung steht und die ständig für die sofortige Unterbringung eingewiesener Patienten bereitgehalten werden. Dazu gehören: Betten in allen Krankenhäusern, einschließlich Allgemeinkrankenhäuser, psychiatrische Kliniken und Suchtkliniken, sowie sonstige Spezialkliniken (sowohl belegte als auch unbelegte Betten). Ausgenommen von den Statistiken sind Operationstische, postoperative Betreuungsbetten, Krankenbahnen, Tagespflegebetten, Kinderbetten für gesunde Säuglinge, Betten auf Stationen, die aus irgendeinem Grund geschlossen wurden, provisorische Betten und Kurzzeitpflegebetten oder Betten in Wohn- und

(5) http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/docs/COM_de.pdf.



Pflegeheimen. Abgedeckt sind 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. **Betten für medizinische Behandlung** (oder Akutversorgung) in Krankenhäusern sind Betten, die für medizinische Behandlung zur Verfügung stehen. Sie bilden eine Untergruppe bei der Gesamtzahl der Krankenhausbetten.

Outputbezogene Indikatoren konzentrieren sich auf die Krankenhauspatienten und die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen der Gesundheitssysteme. In diesem Bereich liegen Daten für eine Reihe von Indikatoren vor, wie etwa **Krankenhausentlassungen** von stationären und ambulanten Patienten nach Alter, Geschlecht und ausgewählten (Gruppen von) Krankheiten, durchschnittliche Krankenhausverweildauer stationärer Patienten oder in Krankenhäusern ausgeführte medizinische Eingriffe. Die Anzahl der Entlassungen wird am häufigsten als Maß für die Nutzung von Krankenhausdienstleistungen verwendet. Entlassungen werden gegenüber der Aufnahme von Patienten bevorzugt, da die Kurzberichte von Krankenhäusern über die Pflege stationärer Patienten auf den zum Zeitpunkt der Entlassung vorhandenen Informationen beruhen. 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. Verlegungen auf eine andere Abteilung innerhalb ein und derselben Einrichtung sind ausgenommen.

Wichtigste Ergebnisse

Die höchste Ärztezah pro 100 000 Einwohner verzeichnete Griechenland mit nahezu 500 fachlich aktiven Ärzten im Jahr 2005, an zweiter Stelle rangierte Belgien mit 405 praktizierenden Ärzten (2007) und danach Österreich mit 376 praktizierenden Ärzten (2007). Allerdings gibt es zwischen den in den einzelnen Ländern gemeldeten Arzttypen Unterschiede.

Im Jahr 2005 gab es in der EU-27 durchschnittlich 590 Krankenhausbetten pro 100 000 Einwohner gegenüber 695 Betten im Jahr 1997 (und somit einen Rückgang von insgesamt 15 %). Lediglich Österreich meldete bei den Krankenhausbetten einen Anstieg um 24,6 Betten pro 100 000 Einwohner im Zeitraum von 1996 bis 2005. Eine genauere Aufschlüsselung zeigt, dass sich die Verringerung der Betten auf unterschiedliche Kategorien verteilte, wobei 2005 in der EU-27 durchschnittlich 406,3 Betten für medizinische Behandlung pro 100 000 Einwohner und 60,4 Betten für psychiatrische Pflege in Krankenhäusern pro 100 000 Einwohner zur Verfügung standen. Im Vergleich zu 1997 entspricht dies einem Rückgang von 16,6 % bzw. 22,6 %.

Der Rückgang bei der Zahl der Krankenhausbetten dürfte auf eine effizientere Nutzung der Ressourcen zurückzuführen sein, wobei die Zahl der ambulanten Operationen steigt und sich die im Anschluss an eine Operation im Krankenhaus verbrachte Zeit verkürzt. Dennoch entspricht der Output der einzelnen nationalen Gesundheitssysteme, gemessen an der Zahl der Entlassung stationärer Patienten, (zumindest bis zu einem gewissen Grad) in der Regel der Zahl der Ärzte und verfügbaren Krankenhausbetten. Die meisten Entlassungen wurden 2006 in Österreich verzeichnet (mehr als 27 000 pro 100 000 Einwohner), ein Wert, der nahezu 25 % über dem nächst



höheren, nämlich 21 866 Entlassungen in Litauen, liegt. Am anderen Ende der Skala finden sich relativ niedrige Zahlen für Malta (2004) und Zypern (unter 7 000 Entlassungen pro 100 000 Einwohner).

In der überwiegenden Zahl der Länder, für die Daten vorliegen, entfielen 2006 die meisten Entlassungen auf Patienten, die an Krankheiten des Kreislaufsystems litten (häufig über 3 000 Entlassungen pro 100 000 Einwohner). In Bulgarien und Rumänien (jeweils 2005) lagen höhere Entlassungszahlen für stationäre Patienten mit Erkrankungen des Atmungssystems vor. Irland, Spanien (2005) und Malta (2005) meldeten mehr Entlassungen nach einer schwangerschaftsbedingten stationären Aufnahme. In Zypern hingegen erfolgten die meisten Entlassungen von Patienten, die wegen einer Verletzung oder Vergiftung im Krankenhaus waren. Für Irland, Spanien, Zypern und Malta waren relativ niedrige Entlassungszahlen kennzeichnend, was

zumindest in einigen Fällen darauf zurückzuführen sein dürfte, dass Patienten für eine spezielle Behandlung ins Ausland reisten.

Die durchschnittlich längste Verweildauer im Krankenhaus wurde für Patienten verzeichnet, die an Krebs erkrankt waren oder Kreislaufprobleme hatten. Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus ist eine Funktion der Effizienz eines Krankenhauses, aber auch der angebotenen Behandlungsarten. In Frankreich, Zypern, Malta und Polen war die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus am kürzesten. Am anderen Ende der Skala mit der im Schnitt längsten Verweildauer rangierten Finnland, die Tschechische Republik, Deutschland und Litauen, wobei durchschnittlich lange Krankenhausaufenthalte von Patienten mit Erkrankungen des Kreislaufsystems für alle genannten Länder typisch waren.

**Tabelle 5.1:** Indikatoren für das Gesundheitswesen

(pro 100 000 Einwohner)

	Praktizierende Ärzte (1)		Krankenhausbetten		Krankenhausentlassungen stationärer Patienten (ausgenommen ges. Neugeborene)	
	1996	2006 (2)	1996 (3)	2006 (4)	2001	2006 (5)
EU-27	:	:	694,8	590,4	:	:
Belgien	360,3	404,7	798,3	672,3	16 162	16 084
Bulgarien	354,8	366,1	1 049,6	621,4	:	20 217
Tsch. Republik	298,6	355,7	886,9	817,0	:	20 799
Dänemark	252,3	308,4	459,8	:	16 326	:
Deutschland	310,8	345,5	957,8	829,1	20 060	21 481
Estland	317,0	328,9	795,5	565,3	:	:
Irland	208,5	282,4	673,7	524,7	14 025	13 656
Griechenland	386,3	499,4	517,3	473,8	:	:
Spanien	290,2	368,3	389,1	334,1	10 904	10 780
Frankreich	324,4	338,2	853,8	707,5	17 937	16 445
Italien	409,9	366,6	655,0	395,2	:	:
Zypern	246,9	250,4	498,7	373,7	7 031	6 536
Lettland	282,1	286,1	1 038,3	755,4	:	19 970
Litauen	373,2	364,8	1 092,0	801,0	23 454	21 866
Luxemburg	212,6	327,7	1 079,9	:	18 172	17 242
Ungarn	304,3	303,7	903,0	792,1	:	:
Malta	:	332,8	576,8	237,8	:	6 871
Niederlande	189,9	:	522,2	438,2	:	10 135
Österreich	280,6	375,7	746,3	770,9	:	27 119
Polen	235,1	218,0	766,3	647,5	:	17 955
Portugal	262,3	267,8	399,3	365,1	:	9 127
Rumänien	:	215,8	757,0	658,6	:	:
Slowenien	:	235,8	566,6	477,5	:	16 045
Slowakei	257,1	315,9	832,7	671,4	20 534	19 124
Finnland	213,7	244,5	803,0	695,6	:	19 620
Schweden	289,0	356,6	559,8	287,7	14 997	:
Ver. Königreich	:	235,6	433,4	388,7	:	:
Kroatien	219,9	:	618,5	545,0	12 268	13 307
EJR Mazedonien	226,4	245,2	523,0	470,2	:	:
Türkei	:	:	248,5	241,2	:	:
Island	310,9	364,0	:	:	16 789	16 084
Norwegen	283,1	377,7	400,6	402,7	15 999	17 424
Schweiz	180,0	:	665,9	555,6	:	15 656

(1) Griechenland, Frankreich, Italien und die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien: fachlich aktive Ärzte; Irland und Malta: zugelassene Ärzte.

(2) Belgien, Spanien, Lettland, Malta und Österreich: 2007; Dänemark, Griechenland, Finnland, Vereinigtes Königreich und ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien: 2005; Luxemburg und Portugal: 2004.

(3) EU-27, Dänemark und Vereinigtes Königreich: 1997.

(4) Frankreich, Lettland und Malta: 2007; EU-27, Griechenland, Österreich, Vereinigtes Königreich, Kroatien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und Schweiz: 2005; Portugal und Türkei: 2004.

(5) Belgien, Bulgarien, Spanien, Lettland, Luxemburg, Niederlande, Polen, Portugal, Slowakei, Kroatien, Island, Norwegen und Schweiz: 2005; Malta, 2004.

Quelle: Eurostat (tps00044, hlth_rs_prs, tps00046 und hlth_co_disch2)

**Tabelle 5.2: Krankenhausbetten**

(pro 100 000 Einwohner)

	Betten für medizinische Behandlung			Betten für psychiatrische Pflege		
	1996 (1)	2001 (2)	2006 (3)	1996 (1)	2001 (2)	2006 (4)
EU-27	487,2	450,7	406,3	78,0	66,0	60,4
Belgien	503,3	472,6	441,1	257,9	252,8	182,8
Bulgarien	:	583,1	469,0	88,0	71,1	67,1
Tsch. Republik	728,7	609,6	568,6	100,2	99,3	94,9
Dänemark	380,2	349,5	327,8	79,6	75,1	:
Deutschland	744,5	680,3	634,9	:	:	:
Estland	638,8	528,1	382,2	100,5	70,6	55,3
Irland	306,3	281,1	279,8	168,8	126,9	90,3
Griechenland	389,7	387,3	:	107,1	93,5	86,9
Spanien	303,9	287,2	259,9	58,5	51,0	46,2
Frankreich	460,8	416,0	372,1	123,6	104,5	91,2
Italien	552,6	407,0	331,7	54,9	14,4	13,1
Zypern	366,4	370,4	349,1	87,8	38,1	26,9
Lettland	903,9	609,0	531,8	177,0	153,0	136,7
Litauen	871,4	625,0	529,9	134,0	122,6	102,6
Luxemburg	618,8	572,2	549,4	128,0	83,8	:
Ungarn	627,3	563,7	552,0	105,3	42,4	38,3
Malta	387,7	372,7	280,4	47,8	41,4	51,6
Niederlande	331,7	306,5	287,6	172,2	155,9	130,8
Österreich	665,4	628,7	606,6	75,2	53,2	61,7
Polen	576,4	509,9	463,2	83,5	73,3	68,0
Portugal	:	:	:	:	:	:
Rumänien	569,2	551,5	456,3	88,8	83,9	79,7
Slowenien	475,4	446,1	388,2	80,3	75,2	71,4
Slowakei	620,5	566,5	501,1	90,6	93,0	83,8
Finnland	295,8	241,2	223,7	120,5	101,1	92,1
Schweden	304,5	245,2	:	82,3	58,6	49,1
Ver. Königreich	321,0	315,0	309,7	103,0	85,9	73,7
Kroatien	390,0	378,1	340,2	106,6	102,7	94,4
EJR Mazedonien	354,2	329,8	312,6	75,6	68,2	60,7
Türkei	190,6	218,0	231,1	12,8	12,5	12,1
Island	375,7	:	:	:	:	:
Norwegen	334,2	311,4	292,4	71,2	72,9	102,3
Schweiz	551,4	412,3	365,9	128,8	113,2	106,1

(1) EU-27, Dänemark, Malta und Vereinigtes Königreich: 1997.

(2) Ungarn und Schweden: Bruch in den Reihen.

(3) Frankreich, Lettland und Malta: 2007; EU-27, Griechenland, Österreich, Vereinigtes Königreich, Kroatien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und Schweiz: 2005; Luxemburg und Türkei: 2004.

(4) Frankreich, Lettland und Malta: 2007; EU-27, Griechenland, Österreich, Vereinigtes Königreich, Kroatien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und Schweiz: 2005; Türkei: 2004.

Quelle: Eurostat (tps00168 und tps00047)



Tabelle 5.3: Krankenhausentlassungen stationärer Patienten nach Diagnose
(ISHMT – Internationale Auswahlliste für die tabellarische Erfassung der Krankenhausmorbidity), 2006
(pro 100 000 Einwohner)

	Neu- bildungen (Krebs)	Erkrank- ungen des Kreislauf- systems	Erkrank- ungen des Atmungs- systems	Erkrank- ungen des Verdauungs- systems	Schwanger- schaft, Geburt und Wochenbett	Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen
Belgien (1)	1 243,6	2 135,3	1 440,6	1 698,0	1 361,8	1 633,9
Bulgarien (1)	1 715,0	3 002,9	3 180,3	1 636,5	1 948,8	1 317,1
Tsch. Republik	1 760,7	3 225,3	1 367,5	1 837,7	1 520,3	1 730,8
Dänemark	:	:	:	:	:	:
Deutschland	2 359,9	3 322,2	1 322,6	2 077,5	1 071,0	2 127,8
Estland (1)	1 571,8	3 243,1	2 024,7	1 624,4	1 832,3	1 191,0
Irland	860,6	1 234,3	1 399,1	1 238,8	2 482,7	1 347,2
Griechenland	:	:	:	:	:	:
Spanien (1)	916,1	1 338,9	1 146,7	1 270,4	1 386,3	898,3
Frankreich (1)	1 277,0	1 972,7	1 005,3	1 696,7	1 566,6	1 460,7
Italien (2)	1 330,5	2 480,7	1 144,3	1 461,5	1 336,1	1 323,5
Zypern	411,8	721,0	656,0	689,7	405,0	842,8
Lettland (1)	1 799,7	3 538,9	2 221,7	1 831,8	1 619,2	2 243,1
Litauen	1 664,4	4 441,5	2 063,8	1 852,3	1 636,1	1 963,9
Luxemburg (1)	1 743,7	2 275,1	1 436,2	1 664,5	1 329,9	1 262,8
Ungarn	:	:	:	:	:	:
Malta (2)	183,4	694,3	540,8	591,9	971,7	580,2
Niederlande (1)	997,4	1 527,5	731,2	915,8	857,5	848,3
Österreich	2 809,2	3 720,3	1 685,7	2 502,8	1 331,9	2 909,3
Polen (1)	1 908,4	3 024,1	1 557,4	1 765,5	1 577,4	1 615,1
Portugal (1)	920,3	1 206,2	955,9	1 061,9	1 089,3	684,7
Rumänien (1)	1 274,6	2 588,1	2 785,3	2 070,8	1 697,3	1 279,2
Slowenien	1 836,4	1 971,8	1 221,7	1 419,5	1 248,7	1 529,9
Slowakei (1)	1 764,1	3 054,4	1 660,4	1 889,0	1 630,9	1 586,2
Finnland	1 769,3	3 032,6	1 411,9	1 414,9	1 316,9	1 932,3
Schweden	:	:	:	:	:	:
Ver. Königreich	:	:	:	:	:	:
Kroatien (1)	1 828,4	1 849,4	1 147,3	1 179,1	223,4	1 041,9
EJR Mazedonien (1)	1 164,0	1 553,7	1 424,1	1 038,9	753,5	579,2
Island (1)	1 393,8	1 824,9	980,3	1 346,7	2 113,7	1 020,4
Norwegen (1)	1 794,8	2 467,0	1 531,0	1 237,9	1 487,3	1 854,1
Schweiz (1)	1 123,6	1 735,1	869,4	1 353,3	1 181,9	1 846,2

(1) 2005.

(2) 2004.

Quelle: Eurostat (hlth_co_disch2)



Tabelle 5.4: Krankenhausentlassungen stationärer Patienten nach Diagnose (ISHMT – Internationale Auswahlliste für die tabellarische Erfassung der Krankenhausmorbidity), durchschnittliche Krankenhausverweildauer, 2006

(in Tagen)

	Neu- bildungen (Krebs)	Erkrank- ungen des Kreislauf- systems	Erkrank- ungen des Atmungs- systems	Erkrank- ungen des Verdauungs- systems	Schwanger- schaft, Geburt und Wochenbett	Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen
Belgien (1)	9,4	8,4	8,4	6,1	5,0	8,5
Bulgarien (1)	7,9	7,6	8,5	6,4	4,8	6,6
Tsch. Republik	10,2	13,6	9,2	7,7	5,5	10,3
Dänemark	:	:	:	:	:	:
Deutschland	10,4	10,5	8,9	7,6	4,9	9,3
Estland (1)	8,0	10,6	5,0	5,2	3,1	8,8
Irland	11,5	10,2	6,9	6,4	2,9	5,8
Griechenland	:	:	:	:	:	:
Spanien	9,6	8,4	7,1	5,9	3,2	8,5
Frankreich	7,7	7,0	6,9	5,3	4,9	5,7
Italien (2)	9,7	8,7	8,1	6,8	4,0	7,8
Zypern	8,5	5,9	5,0	4,8	5,5	4,9
Lettland (1)	9,1	9,2	7,9	6,2	5,6	7,5
Litauen	10,5	13,0	7,9	6,7	4,7	8,5
Luxemburg (1)	8,9	7,9	6,0	5,9	4,8	7,7
Ungarn	:	:	:	:	:	:
Malta (3)	7,5	6,5	4,9	3,9	3,5	5,9
Niederlande (1)	8,5	7,8	7,6	6,8	3,8	7,7
Österreich	7,8	11,0	8,2	6,8	5,5	8,7
Polen (1)	6,6	7,9	8,1	5,8	5,1	5,3
Portugal (1)	8,7	7,9	8,2	5,9	3,3	9,3
Rumänien (1)	7,7	8,5	7,5	6,9	5,4	6,5
Slowenien	7,9	8,4	7,5	6,1	4,6	7,0
Slowakei (1)	9,1	9,0	8,2	6,5	5,8	7,1
Finnland	9,0	16,3	13,4	6,0	3,7	11,1
Schweden	:	:	:	:	:	:
Ver. Königreich	:	:	:	:	:	:
Kroatien	10,0	10,3	8,9	8,6	8,5	8,7
EJR Mazedonien (1)	8,5	10,9	8,2	6,3	4,4	9,1
Island (1)	7,2	6,4	6,2	4,0	2,4	6,4
Norwegen (1)	7,2	5,4	6,1	4,9	3,7	4,8
Schweiz (1)	10,6	9,3	8,8	7,4	6,1	8,0

(1) 2005.

(2) 2004.

(3) 2007.

Quelle: Eurostat (hlth_co_inpst)



5.4 Todesursachen und Säuglingssterblichkeit

Einleitung

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. Nicht übertragbare Krankheiten – darunter fallen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs, psychische Probleme, Diabetes mellitus, chronische Atemwegserkrankungen sowie Erkrankungen des Bewegungsapparats – sind die Ursache für mehr als 85 % der Sterbefälle in Europa. Diese weitgehend vermeidbaren Erkrankungen weisen einige Gemeinsamkeiten auf (gängige Risikofaktoren, auslösende Faktoren und Therapiemöglichkeiten), wobei Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen heute sowohl bei der männlichen als auch bei der weiblichen Bevölkerung der EU die Haupttodesursachen darstellen.

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 Datenverfügbarkeit

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 Fehlgeburt, frühe Fetalsterblichkeit und späte

Fetalsterblichkeit (oder Totgeburtenhäufigkeit) unterschiedlich definiert.

Seit 1994 erfasst und verbreitet Eurostat **Mortalitätsdaten**, die wie folgt untergliedert werden:

- eine 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-Ebene).

Die **Todesursachenstatistik** 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). Obwohl die Definitionen harmonisiert sind, sind die Statistiken nicht notwendigerweise voll vergleichbar, da es bei Klassifikationen zu Abweichungen kommen kann, wenn mehrere oder schwer einzuschätzende Todesursachen vorliegen oder unterschiedliche Meldeverfahren angewendet werden. Jährliche Daten werden in absoluten Zahlen, als allgemeine Sterbeziffern und standardisierte Sterbeziffern angegeben.



Die **standardisierte Sterbeziffer** stellt ein gewichtetes Mittel der altersspezifischen Sterblichkeitsraten dar. Die Gewichte sind die Altersverteilung der Population, deren Mortalität beobachtet wird. Da die meisten Todesursachen erheblich nach Alter und Geschlecht variieren, verbessert die Verwendung von standardisierten Sterbeziffern die zeitliche Vergleichbarkeit und die Vergleichbarkeit zwischen Ländern.

Wichtigste Ergebnisse

Die Fortschritte in der medizinischen Versorgung schlugen sich in einer rückläufigen Säuglingssterblichkeit nieder. In den vergangenen vier Jahrzehnten ist die Sterbeziffer bei Säuglingen in der EU von knapp 28 Sterbefällen je 1 000 Lebendgeburten (1965) auf 4,7 (2006) gesunken. Als Folge der rückläufigen Säuglingssterblichkeit sind die meisten Mitgliedstaaten jetzt einer Gruppe von Ländern zuzuordnen, die weltweit die niedrigsten Sterbeziffern bei Säuglingen aufweisen. So verzeichnete Luxemburg 1,8 Sterbefälle auf 1 000 Lebendgeburten, und Slowenien, Finnland und Schweden meldeten weniger als 3 Sterbefälle auf 1 000 Lebendgeburten. In einigen Ländern haben sich die Säuglingssterbeziffern in den letzten Jahren stabilisiert, 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 bei weitem bedeutendsten Todesursachen bei Männern und Frauen in der EU-27 waren 2006 Krebserkrankungen (bösartige Neubildungen) und ischämische Herzkrankheiten. Jedoch waren die standardisierten Sterberaten von Männern und Frauen sehr unterschiedlich.

Bei Männern lag die Rate im Falle von Krebs als Todesursache bei 233 je 100 000 Personen, bei Frauen hingegen bei 134. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern bei der Rate im Falle von Krebs als Todesursache ist bei den Ländern, die seit 2004 Mitglied der EU sind, besonders hoch, obwohl auch Frankreich und Spanien erhebliche Unterschiede meldeten.

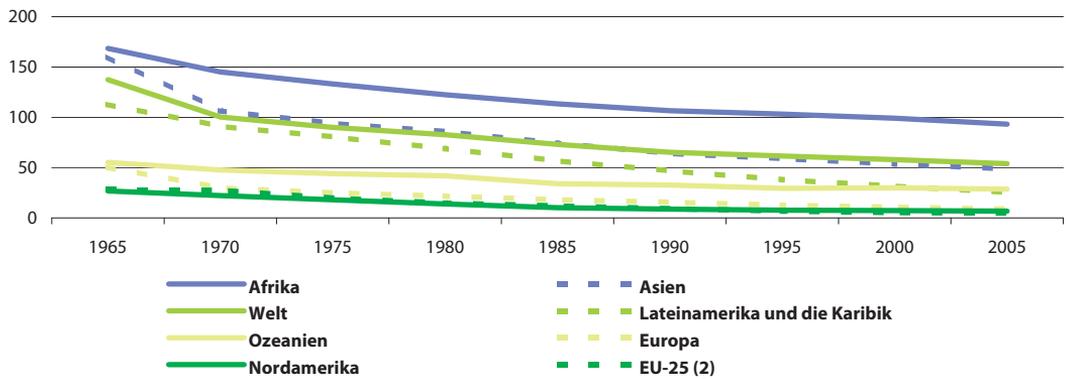
Die standardisierte Sterberate für die Todesursache ischämische Herzkrankheiten war bei Männern (132 je 100 000 Personen) etwa doppelt so hoch wie bei Frauen (68). In den baltischen Ländern, in der Slowakei, in Ungarn und Rumänien treten Herzerkrankungen besonders häufig bei Männern und Frauen auf. So war die Sterberate im Falle von Herzerkrankungen als Todesursache in diesen Ländern sowohl bei Männern als auch bei Frauen höher (mit Ausnahme der Sterberate im Fall von Krebs als Todesursache bei der männlichen Bevölkerung in Ungarn). Zu den Ländern mit der niedrigsten Sterberate im Falle von Herzerkrankungen als Todesursache gehörten Frankreich, Spanien, Portugal und die Niederlande.

Für Männer wurden höhere standardisierte Sterberaten bei allen Haupttodesursachen gemeldet als bei Frauen – sie waren in Bezug auf Drogenabhängigkeit und Alkoholmissbrauch vier- bis fünfmal so hoch wie bei Frauen, und der Tod durch AIDS (HIV) sowie Selbstmord und vorsätzliche Selbstbeschädigung war bei Männern drei- bis viermal so häufig.



Abbildung 5.7: Säuglingssterblichkeit (1)

(je 1 000 Lebendgeburten)



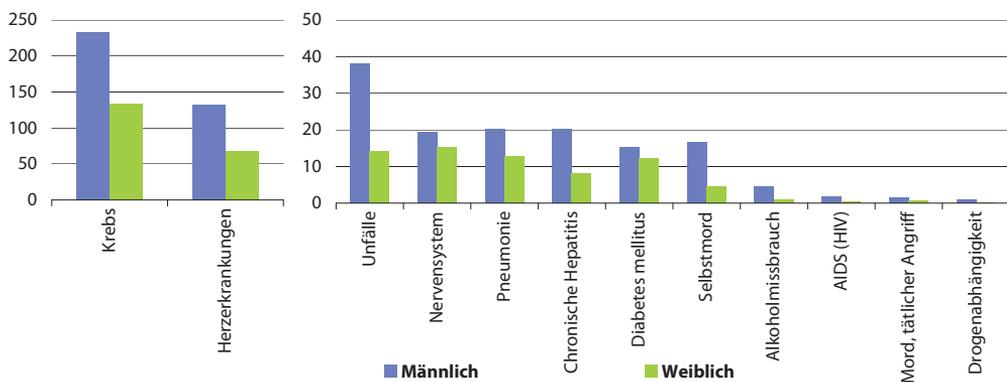
(1) Alle Daten (ohne EU-25) sind Durchschnittswerte des Fünfjahreszeitraums bis zum Ende des in der Abbildung angegebenen Bezugszeitraums.

(2) EU-27 für den letzten Zeitraum; 2007 statt 2005.

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

Abbildung 5.8: Todesursachen – standardisierte Sterberate, EU-27, 2006 (1)

(pro 100 000 Einwohner)



(1) Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalen in den beiden Teilen der Abbildung. Die Rangfolge richtet sich nach dem Durchschnitt der Werte für Männer und Frauen; Berechnung der Durchschnittswerte (EU-27) auf der Grundlage des letzten für den einzelnen Mitgliedstaat verfügbaren Jahres.

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

**Tabelle 5.5: Säuglingssterblichkeit**

(je 1 000 Lebendgeburten)

	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2007
EU-27 (1)	28,6	25,5	20,8	15,8	12,8	10,3	7,5	5,9	4,9	4,7
Eurozone (1)	28,5	23,8	18,9	12,8	9,7	7,6	5,6	4,6	3,9	3,7
Belgien	23,7	21,1	16,1	12,1	9,8	8,0	6,0	4,8	3,7	4,0
Bulgarien	30,8	27,3	23,1	20,2	15,4	14,8	14,8	13,3	10,4	9,2
Tsch. Republik	23,7	20,2	19,4	16,9	12,5	10,8	7,7	4,1	3,4	3,1
Dänemark	18,7	14,2	10,4	8,4	7,9	7,5	5,1	5,3	4,4	4,0
Deutschland	24,1	22,5	18,9	12,4	9,1	7,0	5,3	4,4	3,9	3,9
Estland	20,3	17,7	18,2	17,1	14,1	12,3	14,9	8,4	5,4	5,0
Irland	25,2	19,5	17,5	11,1	8,8	8,2	6,4	6,2	4,0	3,1
Griechenland	34,3	29,6	24,0	17,9	14,1	9,7	8,1	5,9	3,8	3,5
Spanien	29,4	20,7	18,9	12,3	8,9	7,6	5,5	4,4	3,8	3,7
Frankreich (1)	22,4	18,2	13,8	10,0	8,3	7,3	4,9	4,5	3,8	3,8
Italien	35,0	:	20,8	14,6	10,5	8,2	6,2	4,5	:	3,7
Zypern	32,0	26,0	18,2	14,4	14,4	12,9	9,7	5,6	4,6	3,7
Lettland	18,9	17,7	20,3	15,3	13,0	13,7	18,8	:	7,8	8,7
Litauen	24,7	19,3	19,6	14,5	14,2	10,2	12,5	8,6	6,8	5,9
Luxemburg	24,0	24,9	14,8	11,5	9,0	7,3	5,5	5,1	2,6	1,8
Ungarn	38,8	35,9	32,8	23,2	20,4	14,8	10,7	9,2	6,2	5,9
Malta	34,8	27,9	18,3	15,2	14,5	9,1	8,9	5,9	6,0	6,5
Niederlande	14,4	12,7	10,6	8,6	8,0	7,1	5,5	:	4,9	4,1
Österreich	28,3	25,9	20,5	14,3	11,2	7,8	5,4	4,8	4,2	3,7
Polen	41,6	36,4	24,8	25,4	22,1	19,4	13,6	8,1	6,4	6,0
Portugal	64,9	55,5	38,9	24,2	17,8	11,0	7,5	5,5	3,5	3,4
Rumänien	44,1	49,4	34,7	29,3	25,6	26,9	21,2	18,6	15,0	12,0
Slowenien	29,6	24,5	17,3	15,3	13,0	8,4	5,5	4,9	4,1	2,8
Slowakei	28,5	25,7	23,7	20,9	16,3	12,0	11,0	8,6	7,2	6,1
Finnland	17,6	13,2	9,6	7,6	6,3	5,6	3,9	3,8	3,0	2,7
Schweden	13,3	11,0	8,6	6,9	6,8	6,0	4,1	3,4	2,4	2,5
Ver. Königreich (2)	19,6	18,5	18,9	13,9	11,1	7,9	6,2	5,6	5,1	4,9
Kroatien	49,5	34,2	23,0	20,6	16,6	10,7	8,9	7,4	5,7	5,6
EJR Mazedonien	105,8	87,9	65,1	54,2	43,4	31,6	22,7	11,8	12,8	10,3
Türkei	:	:	:	:	:	:	:	28,9	23,6	21,7
Island	15,0	13,2	12,5	7,7	5,7	5,9	6,1	3,0	2,3	2,0
Liechtenstein	22,8	11,8	6,5	7,6	10,7	:	:	:	2,6	0,0
Norwegen	14,6	11,3	9,5	8,1	8,5	6,9	4,0	3,8	3,1	3,1
Schweiz	17,8	15,1	10,7	9,1	6,9	6,8	5,0	4,9	4,2	3,9

(1) 2006 statt 2007. Französisches Mutterland ohne die Überseedepartements für 1965-1995.

(2) 2006 statt 2007.

Quelle: Eurostat (demo_minfind)

**Tabelle 5.6:** Todesursachen – standardisierte Sterberate, 2006 (1)

(pro 100 000 Einwohner)

	Krebs (2)	Herzer- krank- ungen (3)	Nerven- system	Pneu- monie	Chron. Hepa- titis	Dia- betes mell.	Selb.- Un- mord fälle (4)	Alkohol- miss- brauch	Mord, tätlicher Angriff (HIV)	AIDS (HIV)	Drogen- abhän- gigkeit	
EU-27 (5)	175,6	96,2	17,1	15,7	13,8	13,6	25,8	10,4	2,7	1,0	1,1	0,6
Belgien	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Bulgarien	168,3	147,9	8,8	16,5	15,9	18,7	30,2	10,5	0,5	1,7	0,0	0,0
Tsch. Republik	212,5	168,8	15,7	22,7	15,9	10,7	32,5	12,2	1,8	1,0	0,0	0,0
Dänemark	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Deutschland	165,0	97,9	14,2	13,3	14,2	15,1	17,1	9,8	4,7	0,6	0,6	0,8
Estland	198,9	253,3	17,4	10,7	22,0	12,8	75,5	16,2	9,9	7,1	3,6	0,1
Irland	180,2	103,4	15,0	38,0	5,8	10,9	17,8	9,1	2,1	0,8	0,1	2,0
Griechenland	154,7	76,3	7,5	4,9	5,4	7,2	26,7	3,1	0,2	0,8	0,2	0,0
Spanien	158,3	51,9	20,6	9,9	9,0	12,5	21,7	6,2	0,6	0,8	2,7	0,2
Frankreich	176,1	40,4	25,4	10,2	11,2	11,7	29,6	15,8	4,7	0,8	1,4	0,3
Italien	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Zypern	116,4	79,4	14,0	10,4	4,7	36,5	28,4	2,4	0,4	1,7	0,2	0,7
Lettland	199,7	279,4	13,5	20,4	17,8	8,9	94,9	19,3	3,4	9,1	1,3	0,0
Litauen	195,4	347,2	14,9	17,3	35,1	8,0	99,4	28,9	0,9	7,3	0,2	0,5
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	239,9	240,7	12,5	5,1	44,7	21,9	39,9	21,8	4,5	1,9	0,0	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	186,5	54,3	16,8	22,1	4,2	15,0	15,2	8,7	1,1	0,8	0,3	0,1
Österreich	161,9	107,7	15,5	9,3	14,7	26,9	23,4	13,4	3,6	0,8	0,5	2,5
Polen	210,1	111,2	10,9	19,6	15,4	13,1	38,1	14,3	4,6	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	179,8	213,2	7,9	24,8	39,7	7,9	40,8	11,9	2,2	2,1	0,9	0,0
Slowenien	197,8	68,0	8,8	23,4	23,9	13,4	36,7	22,8	3,0	0,6	0,1	0,1
Slowakei	203,5	248,4	11,9	31,8	25,8	12,3	37,6	9,4	:	1,5	0,0	0,0
Finnland	140,5	136,7	36,6	7,2	17,2	6,3	46,1	19,0	2,9	1,9	0,2	0,1
Schweden	152,3	98,4	17,8	10,1	5,6	11,9	20,7	12,0	2,8	0,9	0,2	0,2
Ver. Königreich	185,2	128,6	18,1	33,5	10,0	7,7	16,5	6,6	1,5	0,4	0,3	1,9
Kroatien	209,8	159,6	11,2	18,8	21,7	17,2	35,2	15,5	3,9	1,7	0,2	0,4
EJR Mazedonien	169,5	107,0	7,1	4,5	7,5	36,3	22,3	8,3	0,6	2,5	0,1	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	0,3
Norwegen	161,9	75,4	19,1	19,1	3,2	10,7	28,6	11,2	3,7	1,0	0,3	0,5
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) Frankreich, Luxemburg, Malta, Portugal, Vereinigtes Königreich und Schweiz, 2005; Island, 2005 ausgenommen AIDS (HIV), 2004; Slowenien, 2005 für AIDS (HIV); Estland und Rumänien, 2005 für Drogenabhängigkeit; Slowakei, 2004 für Drogenabhängigkeit.

(2) Bösartige Neubildungen.

(3) Ischämische Herzkrankheiten.

(4) Selbstmord und vorsätzliche Selbstbeschädigung.

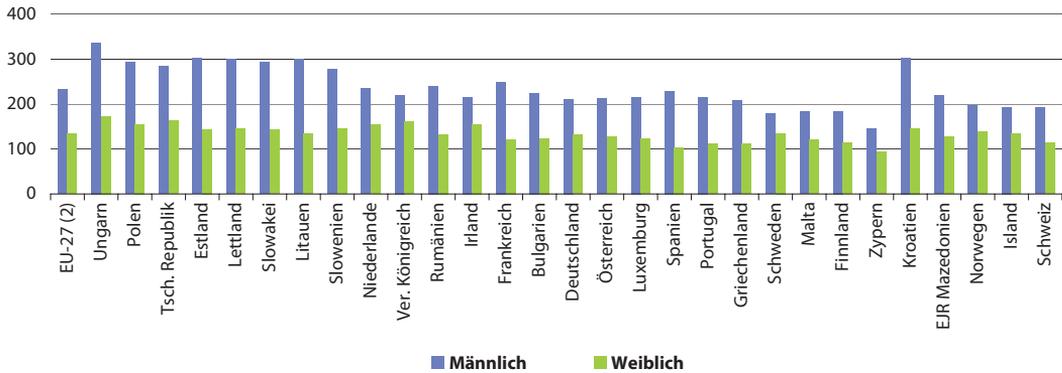
(5) Berechnung des Durchschnitts auf der Grundlage des letzten für den einzelnen Mitgliedstaat verfügbaren Jahres.

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



Abbildung 5.9: Todesfälle durch Krebserkrankungen (bösartige Neubildungen) – standardisierte Sterberate, 2006 (1)

(pro 100 000 Einwohner)



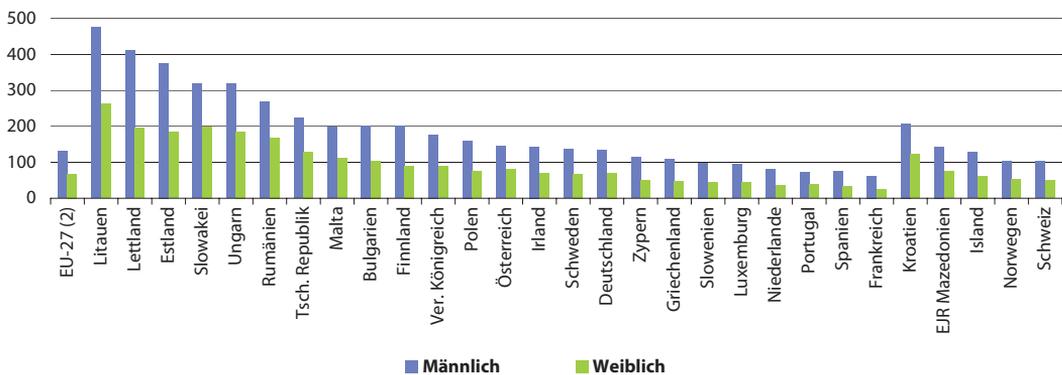
(1) Frankreich, Luxemburg, Malta, Portugal, Vereinigtes Königreich, Island und Schweiz: 2005; Belgien, Dänemark und Italien: nicht verfügbar; die Rangfolge richtet sich nach dem Durchschnitt der Werte für Männer und Frauen.

(2) Berechnung des Durchschnitts auf der Grundlage des letzten für den einzelnen Mitgliedstaat verfügbaren Jahres.

Quelle: Eurostat (tps00116)

Abbildung 5.10: Todesfälle durch ischämische Herzkrankheiten – standardisierte Sterbeziffer, 2006 (1)

(pro 100 000 Einwohner)



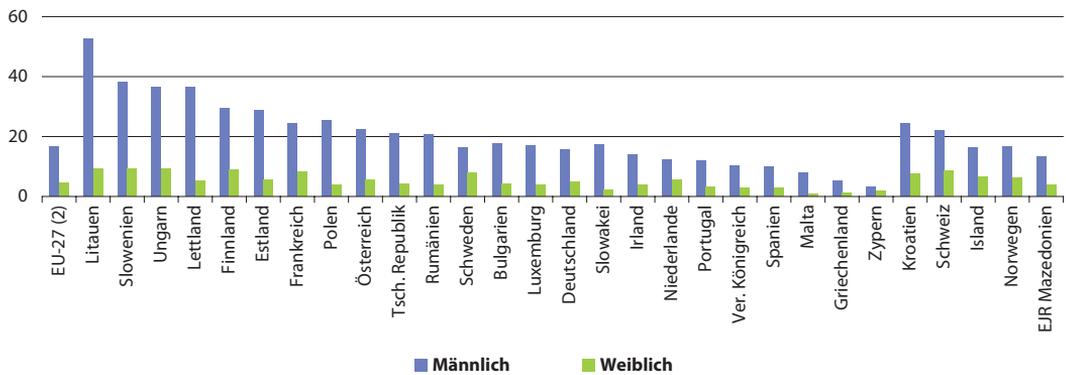
(1) Frankreich, Luxemburg, Malta, Portugal, Vereinigtes Königreich, Island und Schweiz: 2005; Belgien, Dänemark und Italien nicht verfügbar; die Rangfolge richtet sich nach dem Durchschnitt der Werte für Männer und Frauen.

(2) Berechnung des Durchschnitts auf der Grundlage des letzten für den einzelnen Mitgliedstaat verfügbaren Jahres.

Quelle: Eurostat (tps00119)


Abbildung 5.11: Todesfälle durch Selbstmord – standardisierte Sterbeziffer, 2006 (1)

(pro 100 000 Einwohner)



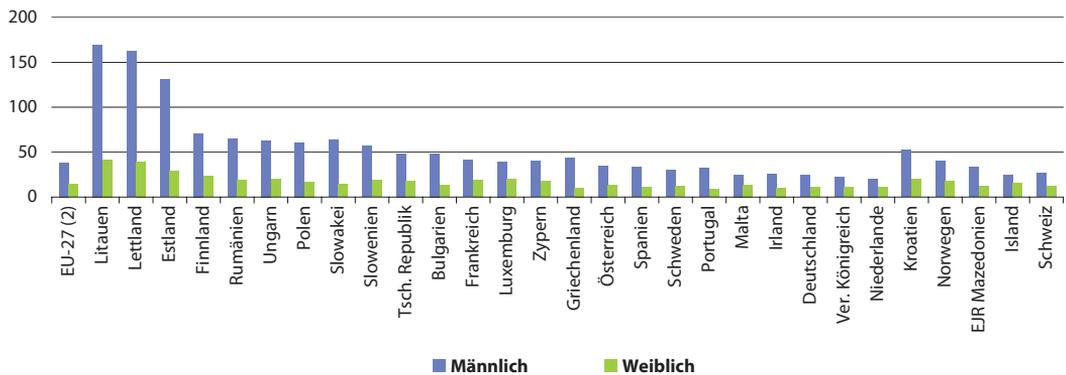
(1) Frankreich, Luxemburg, Malta, Portugal, Vereinigtes Königreich, Island und Schweiz: 2005; Belgien, Dänemark und Italien: nicht verfügbar; die Rangfolge richtet sich nach dem Durchschnitt der Werte für Männer und Frauen.

(2) Berechnung des Durchschnitts auf der Grundlage des letzten für den einzelnen Mitgliedstaat verfügbaren Jahres.

Quelle: Eurostat (tps00122)

Abbildung 5.12: Todesfälle durch Unfälle – standardisierte Sterbeziffer, 2006 (1)

(pro 100 000 Einwohner)



(1) Frankreich, Luxemburg, Malta, Portugal, Vereinigtes Königreich, Island und Schweiz: 2005; Belgien, Dänemark und Italien: nicht verfügbar; die Rangfolge richtet sich nach dem Durchschnitt der Werte für Männer und Frauen.

(2) Berechnung des Durchschnitts auf der Grundlage des letzten für den einzelnen Mitgliedstaat verfügbaren Jahres.

Quelle: Eurostat (tps00125)



5.5 Sicherheit am Arbeitsplatz

Einleitung

Arbeitsbedingungen ändern sich im Laufe der Zeit. 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. Viele Aspekte des Arbeitslebens können zu Krankheit (oder Tod) führen, und diese sind nicht allein auf Sicherheitsfragen und Unfälle beschränkt. Vielmehr ist der Bereich Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz neu definiert worden, um der Entwicklung von der traditionellen, der produzierenden und der Schwerindustrie hin zur modernen Arbeitswelt Rechnung zu tragen, die eher durch Stress, psychologische Risiken, Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie Lärm gekennzeichnet ist, aber auch durch Alkohol- und Tabakmissbrauch oder gefährliche Substanzen am Arbeitsplatz.

Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 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 Datenverfügbarkeit

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⁽⁶⁾. Durch die Annahme und Anwendung zahlreicher Rechtsvorschriften der Gemeinschaft in den letzten Jahrzehnten wurden die Arbeitsbedingungen in den Mitgliedstaaten verbessert, und die Zahl der arbeitsbedingten Unfälle und Erkrankungen ging zurück. Mit der neuen Strategie für den Zeitraum 2007–2012 soll die Zahl der Arbeitsunfälle in der EU-27 bis 2012 um 25 % verringert werden, was nicht nur direkte Auswirkungen für die Beschäftigten hat, sondern auch der Strategie für Wachstum und Beschäftigung zum Erfolg verhelfen wird.

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 Accidents“). Als nationale Quellen werden in der Regel Arbeitsunfallmeldungen herangezogen, die entweder bei der öffentlichen Sozialversicherung, bei privaten Versicherungsträgern oder bei anderen zuständigen Behörden eingehen. Die Daten werden in Zahlen oder Inzidenzraten dargestellt. **Inzidenzraten** werden wie

(6) Entschließung des Rates vom 3. Juni 2002 über eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz (2002–2006), ABl. C 161 vom 5.7.2002, S. 1; 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), ABl. C 145 vom 30.6.2007, S.1; http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/oj/2007/c_145/c_14520070630de00010004.pdf.



folgt berechnet: (Zahl der an (tödlichen) Arbeitsunfällen beteiligten Personen/Zahl der Erwerbstätigen in der Referenzpopulation) \times 100 000.

Die Daten über **schwere Arbeitsunfälle** beziehen sich auf Unfälle, die eine mehr als dreitägige Abwesenheit vom Arbeitsplatz 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. In den vorgelegten Angaben sind Unfälle zwischen Wohnung und Arbeitsplatz (Wegeunfälle), Unfälle mit rein medizinischer Ursache (z. B. Herzinfarkt während der Arbeit) und Berufskrankheiten ausgeschlossen.

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

Die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz⁽⁷⁾ am Arbeitsplatz hat ihren Sitz in Bilbao (Spanien). Der Agentur zufolge verstirbt in der EU alle dreieinhalb Minuten ein Mensch aus arbeitsbedingten Gründen; dies ergibt mehr als 150 000 Todesfälle im Jahr.

In den letzten Jahren ist die Inzidenzrate schwerer Arbeitsunfälle in der EU-27 gesunken. 2005 lag sie 22 % unter der Rate für 1998. Im selben Zeitraum gingen die tödlichen Arbeitsunfälle in der EU-27 um 24 % zurück. Diese Zahlen spiegeln vermutlich zum Teil die strukturelle Verlagerung der Wirtschaft hin zu Dienstleistungen wider, wo die Wahrscheinlichkeit tödlicher Arbeitsunfälle normalerweise geringer ist als in den Bereichen Landwirtschaft, Industrie oder Baugewerbe.

Nur drei Mitgliedstaaten meldeten für 2005 eine höhere Inzidenzrate schwerer Arbeitsunfälle als für 1998: Estland (+26 %), Litauen (+4 %) und Irland (+1 %). Dagegen hat sich die Inzidenzrate schwerer Unfälle in Bulgarien, Griechenland und Rumänien zwischen 1998 und 2004 nahezu halbiert.

Die meisten Mitgliedstaaten meldeten zudem auch einen Rückgang der Inzidenzrate tödlicher Arbeitsunfälle. Zunahmen gab es hingegen in Litauen (+33 %), Schweden (+31 %), Slowenien (+28 %) und Irland (+17 %). In Griechenland, Malta und Frankreich sank die Inzidenzrate tödlicher Arbeitsunfälle im betrachteten Zeitraum jeweils um mindestens die Hälfte.

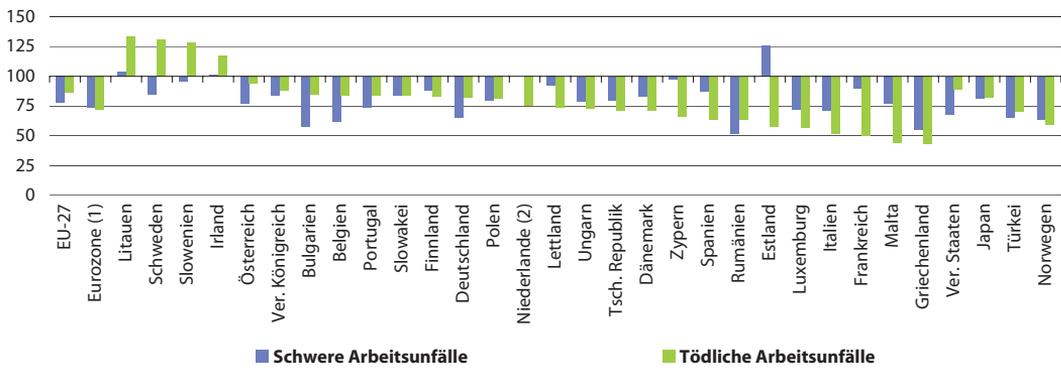
Die höchste Zahl schwerer und tödlicher Arbeitsunfälle verzeichnete das Baugewerbe, aber auch für die Landwirtschaft und das Transportgewerbe wurden relativ hohe Werte gemeldet. Bei Männern ist die Wahrscheinlichkeit eines Arbeitsunfalls oder eines tödlichen Arbeitsunfalls deutlich höher als bei Frauen. Dies liegt zumindest teilweise am höheren Anteil der in Risikobranchen und -berufen sowie in Vollzeitbeschäftigung tätigen Männer. Daraus dürfte sich auch erklären, warum die Unfallinzidenzrate bei Männern tendenziell schneller zurückgegangen ist als bei Frauen. So ging die Inzidenzrate schwerer Unfälle bei Männern zwischen 1998 und 2005 um 19 % zurück, während der entsprechende Wert bei Frauen bei 15 % lag.

(7) Weitere Informationen unter: <http://osha.europa.eu/de>.



Abbildung 5.13: Inzidenzrate von Arbeitsunfällen, 2005

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



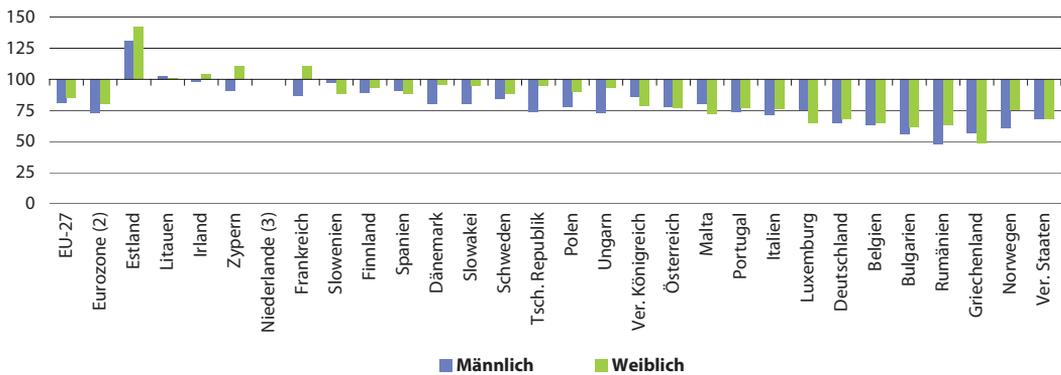
(1) EZ-12 statt EZ-15.

(2) Bruch in den Reihen zu schweren Unfällen (umbasiert, 2005=100).

Quelle: Eurostat (tsiem090 und tsiem100)

Abbildung 5.14: Inzidenzrate schwerer Arbeitsunfälle nach Geschlecht, 2005 (1)

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



(1) Lettland: nicht verfügbar; die Rangfolge richtet sich nach dem Durchschnitt der Werte von Männern und Frauen.

(2) EZ-12, Schätzwerte.

(3) Bruch in den Reihen zu schweren Unfällen (umbasiert, 2005=100).

Quelle: Eurostat (tsiem090)