



Gesundheit

Ihre Gesundheit liegt den Europäern besonders am Herzen. Sie erwarten Schutz vor Krankheiten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu Hause, am Arbeitsplatz und auf Reisen. 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 und die Strategie „Europa 2020“ aus. Die in diesem Kapitel behandelten Politikbereiche fallen in den Zuständigkeitsbereich der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher und der Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Chancengleichheit.

Für die Organisation und Bereitstellung von Gesundheitsleistungen und Gesundheitsversorgung sind jedoch weitgehend die Mitgliedstaaten zuständig; deren gesundheitspolitische Maßnahmen werden von der EU durch Maßnahmen etwa im Zusammenhang mit grenzüberschreitenden Gesundheitsgefährdungen und Patientenmobilität ergänzt. Für eine effiziente Politik der EU und zielgerichtete Maßnahmen ist die Erfassung und Auswertung genauer, detaillierter Daten unabdingbar.

Ein erstes Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit umfasste den Zeitraum von 2003 bis 2008. 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“⁽¹⁾. 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⁽²⁾ 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

(1) Nähere Informationen unter: http://ec.europa.eu/health/index_de.htm.

(2) 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 (2008-2013) (ABl. L 301/3 vom 20.11.2007); nähere Informationen unter: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:DE:PDF>.



Gesundheit in der EU. Zu den Prinzipien gehören ein wertorientierter 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 vom Europäischen Rat von Lissabon im März 2000 eingerichtete offene Koordinierungsmethode (OKM) für Sozialschutz und soziale Eingliederung bietet einen von rechtlichen Zwängen freien Rahmen für die politische Koordinierung. Dabei vereinbaren die Mitgliedstaaten, ihre wirksamsten Maßnahmen auf dem Gebiet des Sozialschutzes und der sozialen Eingliederung zu ermitteln und zu fördern, mit dem Ziel, aus den Erfahrungen der anderen zu lernen. Der Bereich der Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege der OKM wurde auf drei Ziele ausgerichtet: gegen Ungleichheiten beim Zugang zu Pflege und bei den Gesundheitsergebnissen vorzugehen, die Qualität der Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege zu fördern und die Tragfähigkeit der Systeme langfristig zu sichern.

Mit Blick auf Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz heißt es im EG-Vertrag, dass die Gemeinschaft die Tätigkeit der Mitgliedstaaten auf dem Gebiet der Verbesserung insbesondere der Arbeitsumwelt zum Schutz der Gesundheit und der Sicherheit der Arbeitnehmer unterstützt und ergänzt. 2007 verabschiedete der Rat eine Entschließung (2007/C 145/01 vom 25. Juni

2005) zu einer neuen Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz (2007-2012) ⁽³⁾.

Im Dezember 2008 nahmen das Europäische Parlament und der Rat eine Verordnung zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz ⁽⁴⁾ an.

3.1 Gesunde Lebensjahre

Einleitung

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.

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 Per-

⁽³⁾ Nähere Informationen unter: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/oj/2007/c_145/c_14520070630de00010004.pdf.

⁽⁴⁾ Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 2008 zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz; nähere Informationen unter: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:354:0070:0081:DE:PDF>.

son voraussichtlich ohne Beeinträchtigungen durch Krankheiten oder Behinderungen verbleiben. Chronische Erkrankungen, Gebrechlichkeit, psychische Störungen 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 beobachtet. 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)**“ (auch „**behinderungsfreie Lebenserwartung**“) 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. 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) ⁽⁵⁾ 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?*“

Wichtigste Ergebnisse

Mit dem Anstieg der Lebenserwartung wurde die Politik 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 die der Männer. Tatsächlich konnte 2007 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

⁽⁵⁾ Die Daten zur Prävalenz von Behinderungen, die für die Berechnung des Indikators „Gesunde Lebensjahre (HLY)“ verwendet wurden, wurden mit der Frage zum GALI (Global Activity Limitation Instrument) von EU-SILC ermittelt. Länderübergreifende Vergleiche der Daten bis 2008 werden durch die unterschiedliche Umsetzung dieser Frage in den EU-Mitgliedstaaten in der EU-SILC beeinträchtigt. Daher gelten für SILC-Gesundheitsdaten vor 2008 gewisse Einschränkungen, so dass lediglich die zeitliche Entwicklung in den einzelnen Ländern zutreffende Schlüsse zulässt.

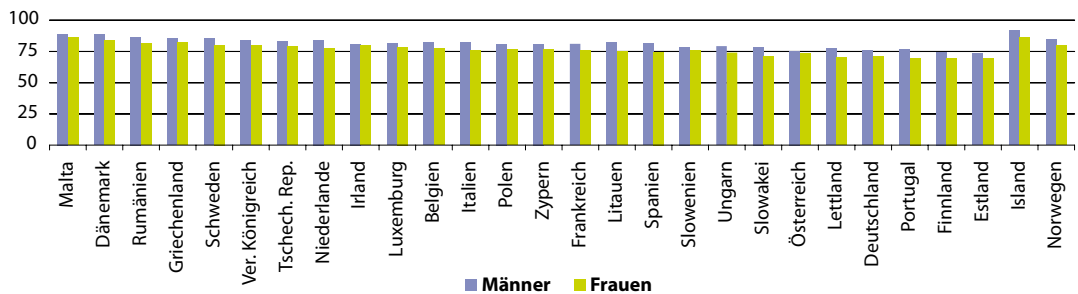


Litauen, der Slowakei, Lettland und Portugal teilweise über 7 Prozentpunkte betragen.

Der HLY-Indikator wird einmal bei der Geburt und einmal im Alter von 65 Jahren ermittelt. Dabei ist der Indikator im Alter von 65 Jahren im Hinblick auf die mögliche künftige Nachfrage nach Gesundheits- und Sozialleistungen bzw. im Hinblick auf die mögliche längere Erwerbstätigkeit älterer Menschen von besonderem Interesse. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen waren im Jahr 2007 Estland, die Slowakei und Lettland diejenigen Mitgliedstaaten, in denen die Menschen im Alter von 65 Jahren noch die wenigsten weiteren Jahre ohne Behinderung erwarten

durften. In Deutschland, Griechenland, Litauen, Rumänien, der Slowakei und der Tschechischen Republik war für Männer und Frauen die Zahl der weiteren gesunden Lebensjahre, die Personen im Alter von 65 noch erwarten durften, fast identisch. Die größten Unterschiede zwischen den Geschlechtern wiesen Luxemburg, Zypern und Portugal auf. In Portugal und Zypern durften Männer im Alter von 65 Jahren damit rechnen, noch etwa 1,5 gesunde Lebensjahre mehr vor sich zu haben als Frauen, während es in Luxemburg genau umgekehrt war – hier konnten Frauen davon ausgehen, noch 1,7 gesunde Lebensjahre mehr vor sich zu haben als Männer.

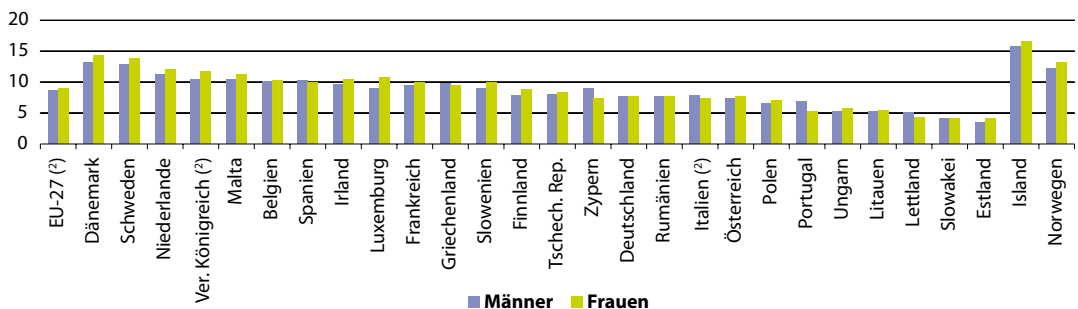
Abbildung 3.1: Gesunde Lebensjahre bei der Geburt, 2007 ⁽¹⁾
(in % der Gesamtlebenserwartung)



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

Quelle: Eurostat ([tsdph100](#) und [tps00025](#))

Abbildung 3.2: Gesunde Lebensjahre mit 65 Jahren, 2007 ⁽¹⁾
(in Jahren)



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

⁽²⁾ Schätzungen.

Quelle: Eurostat ([tsdph220](#))

3.2 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 sind weitgehend vermeidbar und 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 geografischer Region bestehen jedoch weiterhin Unterschiede.

Definitionen und Datenverfügbarkeit

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

- eine Kurzliste mit 65 Todesursachen,
- Geschlecht,
- Alter,
- Region (NUTS-2-Ebene).

Die **Säuglingssterbeziffer** ist die Zahl der im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder im Verhältnis zur Zahl der Lebendgeburten desselben Jahres bezogen auf 1 000 Lebendgeburten.

Die **Todesursachen** werden auf der Grundlage der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten und geführten Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) klassifiziert. Die Todesursachenstatistik beruht auf Daten aus medizinischen Bescheinigungen. 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. Um die Analyse der zeitlichen Entwicklung zu erleichtern, wurde die Zeitreihe in Indizes mit festem Bezugszeitraum umgewandelt (2000 = 100).



Wichtigste Ergebnisse

In der EU-27 verstarben im Jahr 2007 insgesamt 4,78 Millionen Menschen, darunter etwa gleichviel Männer und Frauen (insgesamt starben 12000 Männer mehr). Betrachtet man die Zahl der Sterbefälle nach Alter, dann starben bis zum Alter von 80 Jahren mehr Männer als Frauen jedes Alters. Gemessen an allen Sterbefällen waren 41 % der Frauen bei ihrem Tod jünger als 80, bei den Männern hingegen 66%. Darüber hinaus war die Sterblichkeitsziffer mit 80 bei den Männern am höchsten, während sie bei den Frauen weiter anstieg und ihren höchsten Stand beim Alter von 85 Jahren erreichte.

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 von 28,6 Sterbefällen je 1000 Lebendgeburten (1965) auf 4,7 (2006) gesunken. Als Folge der rückläufigen Säuglingssterblichkeit sind die meisten Mitgliedstaaten jetzt der Gruppe von Ländern zuzuordnen, die weltweit die niedrigsten Sterbeziffern bei Säuglingen aufweisen. So verzeichnete Luxemburg 1,8 Sterbefälle auf 1000 Lebendgeburten, und Slowenien, Schweden, Finnland und die Tschechische Republik meldeten weniger als 3 Sterbefälle auf 1000 Lebendgeburten. In einigen Ländern haben sich die Säuglingssterbeziffern in den letzten Jahren stabilisiert, während sie in Zypern und Malta sogar angestiegen sind, wenngleich die relativ geringe Bevölkerung beider Länder Ursache für die Schwankungsbreite dieser Zahl sein könnte. Der Rückgang der Säuglingssterbeziffern dürfte zumindest teilweise darauf zurückzuführen sein, dass immer mehr Frauen erst nach dem vierzigsten Lebensjahr Kinder bekommen und die Zahl der Mehrlingsgeburten aufgrund häufigerer Fruchtbarkeitsbehandlungen gestiegen ist.

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. Die bei Weitem bedeutendsten Todesursachen bei Männern und Frauen in der EU-27 waren im Jahr 2007 Krebserkrankungen (bösartige Neubildungen) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (verringerte Blutzufuhr zum Herzmuskel, häufig aufgrund von Erkrankungen der Koronararterien), jedoch waren die standardisierten Sterbeziffern von Männern und Frauen sehr unterschiedlich.

Bei Männern wurden für alle Haupttodesursachen höhere standardisierte Sterbeziffern gemeldet – sie waren hinsichtlich 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.

Eine Analyse der Sterbeziffern von Männern und Frauen im Zeitraum von 2000 bis 2007 ergibt bei allen Haupttodesursachen fallende Tendenzen. Die Sterbeziffern für Krebs sanken dabei weniger schnell als für ischämische Herzkrankheiten; für beide Todesursachen gingen sie bei den Männern schneller zurück als bei den Frauen. Von den beobachteten Haupttodesursachen ging die Sterbeziffer durch Lungenentzündung (bei Männern und Frauen) am deutlichsten zurück, wobei der Hauptrückgang in den Jahren 1999 bis 2001 zu verzeichnen war.

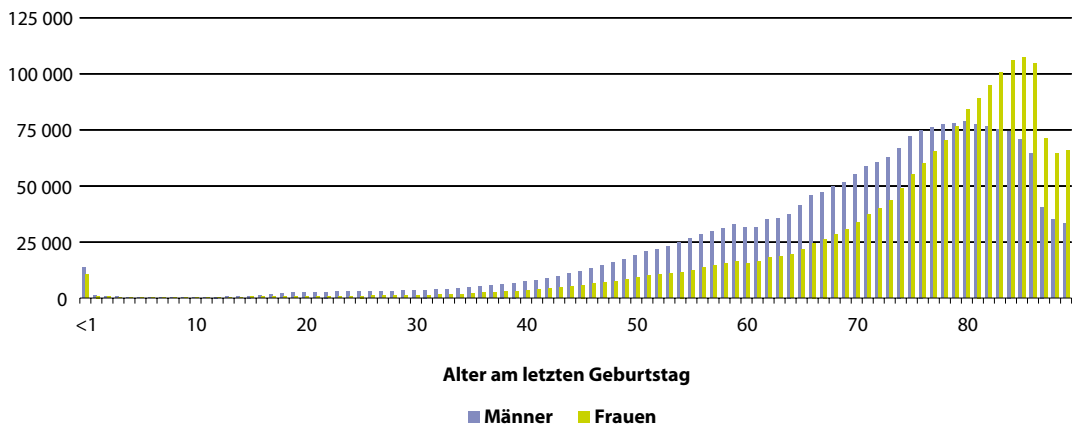
Bei Männern lag die Inzidenz im Falle von Krebs als Todesursache bei 229 je 100 000 Personen, bei Frauen hingegen bei 132. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern im Falle von Krebs als Todesursache ist bei den Ländern, die seit 2004 Mitglied der EU sind, oft besonders hoch, wenngleich auch Frank-

reich und Spanien erhebliche Unterschiede meldeten.

Die standardisierte Sterbeziffer für die Todesursache ischämische Herzkrankheiten war in der EU-27 bei Männern (120 je 100 000 Personen) etwa doppelt so hoch wie bei Frauen (61). In den baltischen Mitgliedstaaten, in der Slowakei, Ungarn und Rumänien traten Herzkrankungen bei Männern und Frauen besonders häufig auf. So war

die Sterbeziffer durch Herzkrankungen in fünf dieser Länder (mit Ausnahme von Ungarn) und auch in Rumänien bei Männern und Frauen höher als die Sterbeziffer durch Krebs, während in Finnland mehr Männer an Herzkrankungen starben als an Krebs. Zu den Ländern mit den niedrigsten Sterbeziffern im Falle von Herzkrankungen als Todesursache gehörten Frankreich, Portugal, Spanien und die Niederlande.

Abbildung 3.3: Sterblichkeit, EU-27, 2006 (¹)
(Zahl, Alter am letzten Geburtstag)



(¹) Zahl der Todesfälle in der EU-27 bei Personen im Alter von 90 Jahren und darüber im Jahr 2006: Männer – 185 508; Frauen – 501 965.

Quelle: Eurostat ([demo_magec](#))



Tabelle 3.1: Säuglingssterblichkeit
(je 1 000 Lebendgeburten)

	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008
EU-27⁽¹⁾	28,6	25,5	20,8	15,8	12,8	10,3	7,5	5,9	4,9	4,7
Euroraum (ER)⁽¹⁾	28,5	23,8	19,0	13,0	9,8	7,7	5,7	4,7	3,9	3,8
Belgien	23,7	21,1	16,1	12,1	9,8	8,0	6,0	4,8	3,7	3,4
Bulgarien	30,8	27,3	23,1	20,2	15,4	14,8	14,8	13,3	10,4	8,6
Tschech. Rep.	23,7	20,2	19,4	16,9	12,5	10,8	7,7	4,1	3,4	2,8
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	3,5
Estland	20,3	17,7	18,2	17,1	14,1	12,3	14,9	8,4	5,4	5,0
Irland ⁽²⁾	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	3,5
Frankreich ⁽³⁾	22,4	18,2	13,8	10,0	8,3	7,3	4,9	4,5	3,8	3,7
Italien	35,0	:	20,8	14,6	10,5	8,2	6,2	4,5	3,8	3,7
Zypern	32,0	26,0	18,2	14,4	14,4	12,9	9,7	5,6	4,6	5,3
Lettland	18,9	17,7	20,3	15,3	13,0	13,7	18,8	10,4	7,8	6,7
Litauen	24,7	19,3	19,6	14,5	14,2	10,2	12,5	8,6	6,8	4,9
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	5,6
Malta	34,8	27,9	18,3	15,2	14,5	9,1	8,9	5,9	6,0	9,9
Niederlande	14,4	12,7	10,6	8,6	8,0	7,1	5,5	5,1	4,9	3,8
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	5,6
Portugal	64,9	55,5	38,9	24,2	17,8	11,0	7,5	5,5	3,5	3,3
Rumänien	44,1	49,4	34,7	29,3	25,6	26,9	21,2	18,6	15,0	11,0
Slowenien	29,6	24,5	17,3	15,3	13,0	8,4	5,5	4,9	4,1	2,1
Slowakei	28,5	25,7	23,7	20,9	16,3	12,0	11,0	8,6	7,2	5,9
Finnland	17,6	13,2	9,6	7,6	6,3	5,6	3,9	3,8	3,0	2,6
Schweden	13,3	11,0	8,6	6,9	6,8	6,0	4,1	3,4	2,4	2,5
Ver. Königreich	19,6	18,5	18,9	13,9	11,1	7,9	6,2	5,6	5,1	4,7
Kroatien	49,5	34,2	23,0	20,6	16,6	10,7	8,9	7,4	5,7	4,5
EJR Mazedonien	105,8	87,9	65,1	54,2	43,4	31,6	22,7	11,8	12,8	9,7
Türkei	:	:	:	:	:	:	:	28,9	23,6	16,0
Island	15,0	13,2	12,5	7,7	5,7	5,9	6,1	3,0	2,3	2,5
Liechtenstein ⁽¹⁾	22,8	11,8	6,5	7,6	10,7	:	:	9,5	2,6	5,5
Norwegen	14,6	11,3	9,5	8,1	8,5	6,9	4,0	3,8	3,1	2,7
Schweiz	17,8	15,1	10,7	9,1	6,9	6,8	5,0	4,9	4,2	4,0

⁽¹⁾ 2006 statt 2008.

⁽²⁾ 2007 statt 2008.

⁽³⁾ 2007 statt 2008; Bruch in den Reihen für 2000 bei Berücksichtigung der französischen überseeischen Departements.

Quelle: Eurostat ([demo_minfind](#))



Tabelle 3.2: Todesursachen – standardisierte Sterbeziffer, 2007 ⁽¹⁾
(je 100 000 Einwohner)

	Krebs ⁽²⁾	Herzerkrankungen ⁽²⁾	Nervensystem	Pneumonie	Chron. Hepatitis	Diabetes mellitus	Unfälle	Selbstmord ⁽⁴⁾	Alkoholmissbrauch	Mord, tätlicher Angriff	AIDS (HIV)	Drogenabhängigkeit
EU-27	172,7	87,4	12,4	14,9	13,9	12,9	25,0	9,8	2,7	1,0	1,0	0,6
Belgien	173,9	71,2	20,3	21,9	9,3	10,1	28,1	17,5	2,6	1,7	0,6	0,4
Bulgarien	170,3	135,4	9,7	17,6	17,8	18,0	29,8	9,5	0,3	1,7	0,0	0,0
Tschech. Rep.	203,9	185,5	9,6	20,4	16,8	17,1	34,0	11,9	1,3	1,0	0,0	0,0
Dänemark	208,0	71,6	18,4	18,3	14,5	16,3	24,5	10,6	12,6	0,7	0,5	0,7
Deutschland	162,1	92,6	13,2	13,7	13,3	14,4	16,0	9,4	4,7	0,6	0,5	0,9
Estland	192,9	236,3	16,4	9,5	25,7	13,0	73,2	16,8	15,5	6,8	3,1	0,0
Irland	184,8	109,2	15,7	41,4	5,8	11,4	18,2	9,1	2,1	0,8	0,1	2,0
Griechenland	157,9	73,3	8,4	5,8	4,9	7,3	27,4	2,6	0,3	1,0	0,2	0,0
Spanien	157,1	50,4	21,2	10,5	9,0	12,7	20,8	6,1	0,5	0,7	2,7	0,1
Frankreich	169,2	35,7	25,3	8,6	10,7	10,7	27,3	14,6	4,4	0,7	1,2	0,3
Italien	164,9	64,1	16,9	5,5	9,6	16,6	21,8	5,2	0,3	0,9	1,5	0,7
Zypern	122,4	85,8	14,3	9,3	4,7	36,1	31,4	2,2	0,5	1,3	0,5	0,9
Lettland	193,6	298,6	14,4	15,2	21,5	11,5	86,3	17,8	3,5	8,0	1,8	0,0
Litauen	196,5	338,2	15,4	19,6	43,3	6,9	99,2	28,4	1,2	6,9	0,3	0,6
Luxemburg	161,1	77,0	20,8	12,2	16,5	9,2	31,4	13,2	3,1	1,4	1,0	0,2
Ungarn	240,9	226,6	13,9	5,3	45,3	20,8	37,9	21,4	3,7	1,7	0,1	0,0
Malta	155,0	119,9	12,5	11,3	5,9	21,0	21,9	6,0	0,2	0,7	0,2	0,0
Niederlande	183,6	50,2	16,2	20,1	4,3	13,6	14,9	7,7	1,0	0,9	0,4	0,0
Österreich	157,7	103,3	15,6	8,6	15,5	21,8	23,0	13,2	3,9	0,6	0,7	2,3
Polen	208,6	104,2	10,9	19,2	16,9	13,5	38,0	12,9	5,0	1,3	0,3	0,0
Portugal	149,4	46,2	14,5	28,9	10,8	21,4	18,6	6,8	0,8	1,5	6,3	0,1
Rumänien	178,1	200,9	8,3	24,5	40,9	8,5	39,6	10,5	2,2	2,0	0,8	0,0
Slowenien	202,7	67,2	8,7	18,0	26,7	9,1	40,4	18,4	2,6	0,9	0,1	0,0
Slowakei	204,4	268,6	13,3	32,1	26,8	10,7	35,6	8,8	0,0	1,2	0,0	0,0
Finnland	138,3	134,2	39,7	7,1	19,9	6,8	45,3	17,6	2,4	2,1	0,2	0,4
Schweden	149,1	93,0	18,4	10,2	5,3	11,4	21,4	11,4	2,8	1,2	0,3	0,2
Ver. Königreich	178,1	93,0	19,3	27,7	11,4	6,4	16,6	6,1	1,3	0,4	0,4	1,8
Kroatien	209,0	154,2	11,9	16,3	23,4	19,9	39,3	15,0	4,9	1,4	0,0	0,3
EJR Mazedonien	172,3	97,8	6,5	5,4	7,9	34,9	26,9	7,8	0,6	2,2	0,0	0,0
Island	165,5	89,0	37,6	9,5	2,9	6,6	16,3	11,5	1,5	0,6	0,0	0,3
Norwegen	163,7	73,3	19,0	19,6	3,7	10,5	27,9	10,0	2,8	0,7	0,2	0,5
Schweiz	146,1	66,1	20,7	9,1	7,1	10,7	20,8	15,1	2,3	0,6	0,7	0,5

⁽¹⁾ Dänemark, Irland, Italien, Luxemburg und Portugal, 2006; Belgien, 2004.

⁽²⁾ Bösartige Neubildungen.

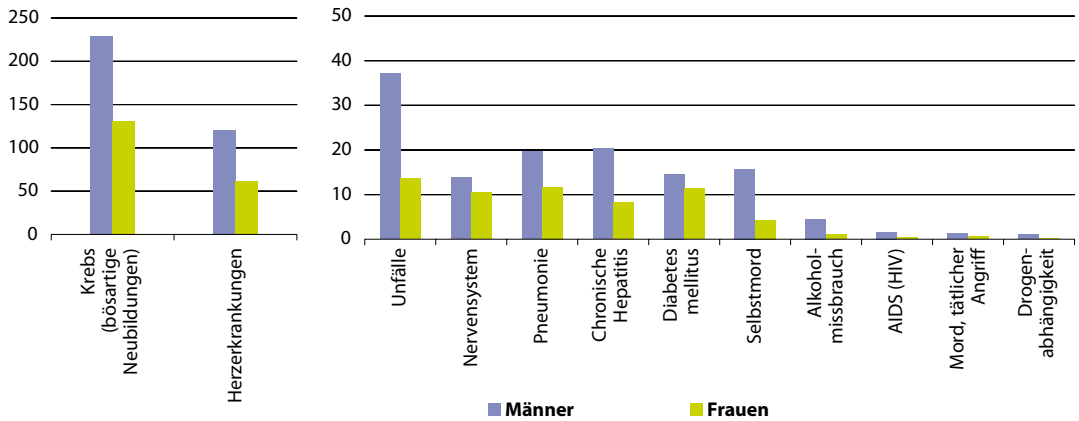
⁽³⁾ Ischämische Herzkrankheiten.

⁽⁴⁾ Selbstmord und vorsätzliche Selbstbeschädigung.

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



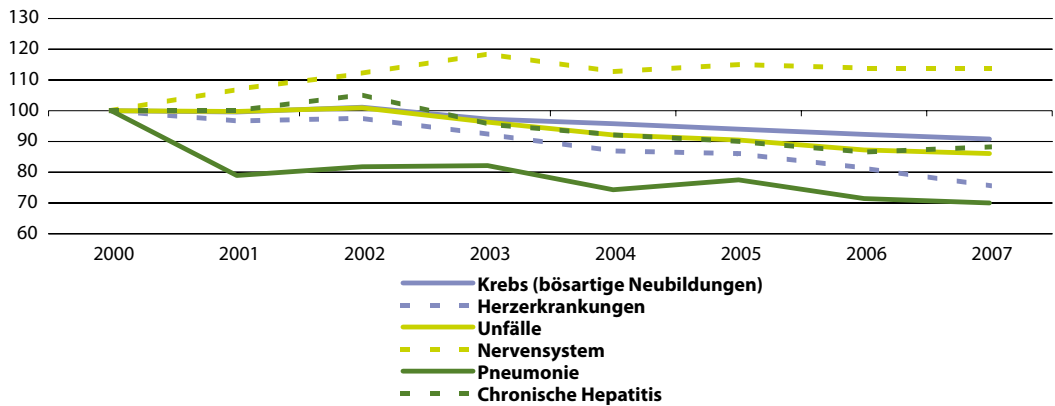
Abbildung 3.4: Todesursachen – standardisierte Sterberate, EU-27, 2007 (¹)
(je 100 000 Einwohner)



(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)

Abbildung 3.5: Todesursachen – standardisierte Sterbeziffer je 100 000 Einwohner, Männer, EU-27 (¹)
(2000=100)

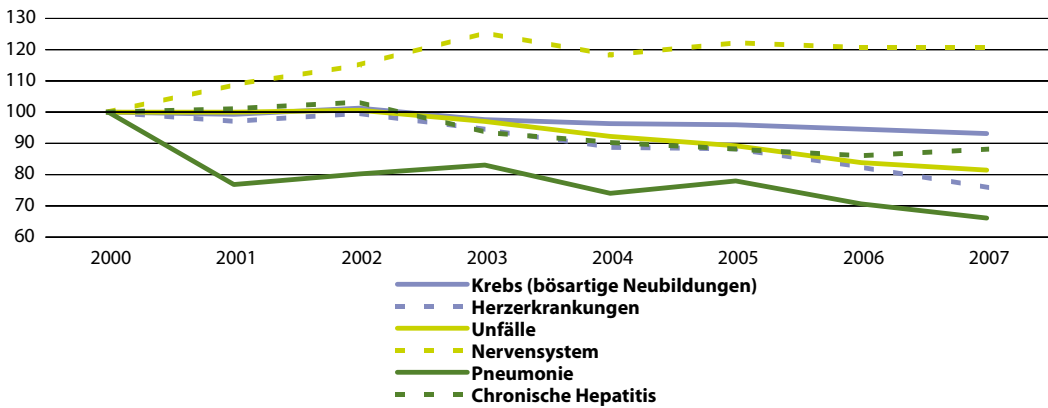


(¹) Vorläufig.

Quelle: Eurostat (hlth_cd_asdr)



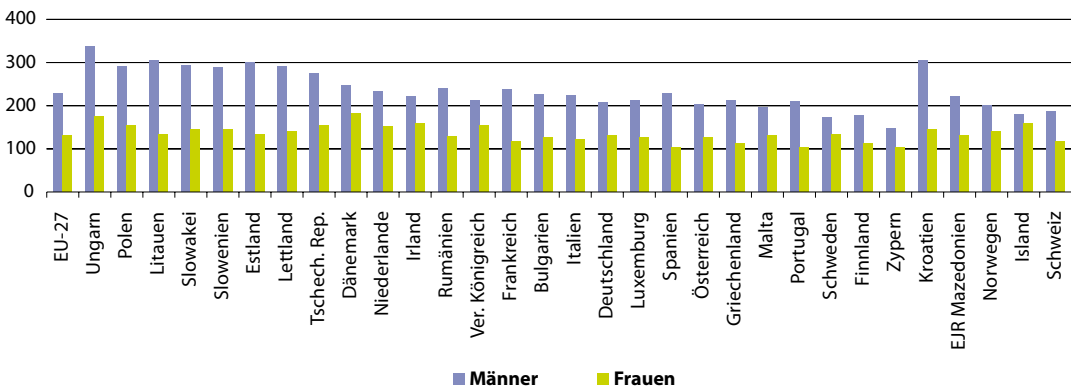
Abbildung 3.6: Todesursachen – standardisierte Sterbeziffer je 100 000 Einwohner, Frauen, EU-27 (¹)
(2000=100)



(¹) Vorläufig.

Quelle: Eurostat (hlth_cd_asdr)

Abbildung 3.7: Todesfälle durch Krebserkrankungen (bösartige Neubildungen) – standardisierte Sterbeziffer, 2007 (¹)
(je 100 000 Einwohner)

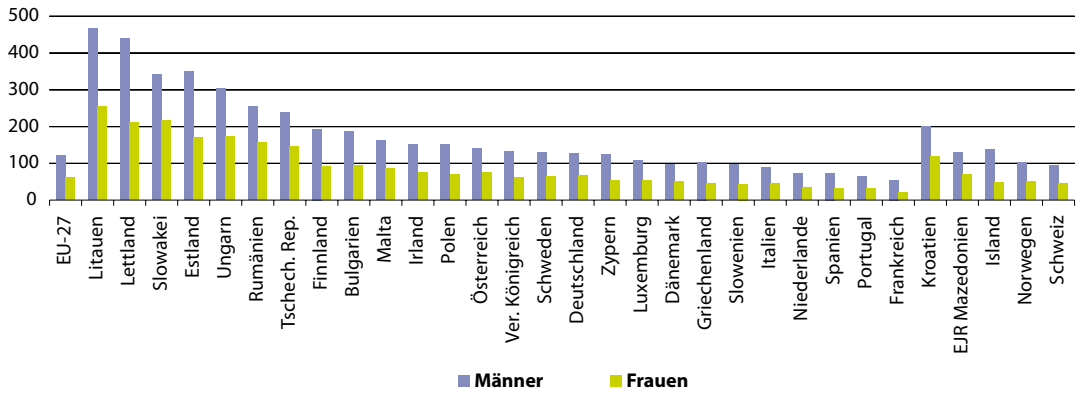


(¹) Dänemark, Irland, Italien, Luxemburg und Portugal: 2006; die Rangfolge richtet sich nach dem Durchschnitt der Werte für Männer und Frauen.

Quelle: Eurostat (tps00116)



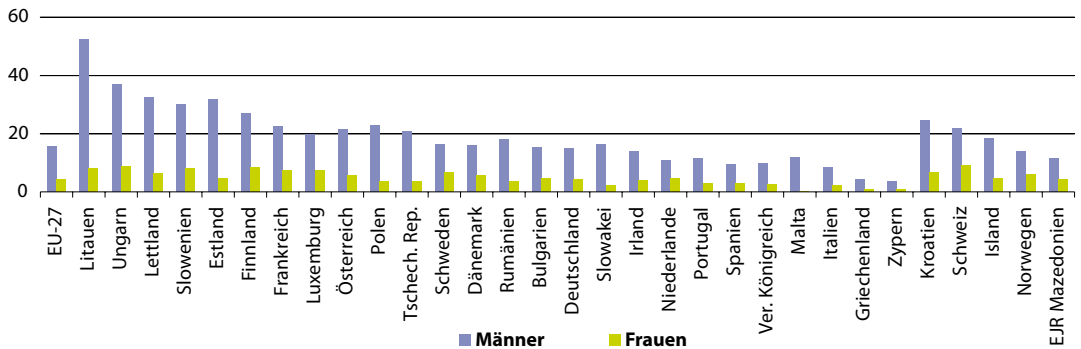
Abbildung 3.8: Todesfälle durch ischämische Herzkrankheiten – standardisierte Sterbeziffer, 2007 ⁽¹⁾ (je 100 000 Einwohner)



⁽¹⁾ Dänemark, Irland, Italien, Luxemburg und Portugal, 2006; die Rangfolge richtet sich nach dem Durchschnitt der Werte für Männer und Frauen; EU-27: vorläufig; Belgien: nicht verfügbar.

Quelle: Eurostat (tps00119)

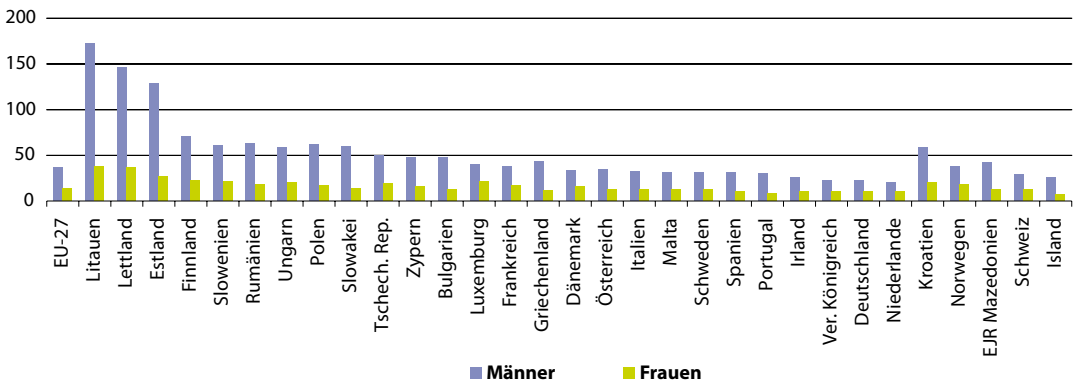
Abbildung 3.9: Todesfälle durch Selbstmord – standardisierte Sterbeziffer, 2007 ⁽¹⁾ (je 100 000 Einwohner)



⁽¹⁾ Dänemark, Irland, Italien, Luxemburg und Portugal: 2006; die Rangfolge richtet sich nach dem Durchschnitt der Werte von Männern und Frauen; EU-27: vorläufig; Belgien: nicht verfügbar.

Quelle: Eurostat (tps00122)

Abbildung 3.10: Todesfälle durch Unfälle – standardisierte Sterbeziffer, 2007⁽¹⁾
(je 100 000 Einwohner)



(¹) Dänemark, Irland, Italien, Luxemburg und Portugal, 2006; die Rangfolge richtet sich nach dem Durchschnitt der Werte für Männer und Frauen; EU-27: vorläufig; Belgien: nicht verfügbar.

Quelle: Eurostat (tps00125)

3.3 Gesundheitsversorgung

Einleitung

Am 23. Oktober 2007 wurde unter dem Motto „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013“ eine neue Gesundheitsstrategie angenommen, die den Rahmen vorgibt für eine auf gemeinsamen Wertvorstellungen beruhende Strategie, die den Zusammenhängen zwischen Gesundheit und wirtschaftlichem Wohlstand Rechnung trägt, das Thema Gesundheit in alle Politikbereiche einbezieht und die Mitsprache der EU in der globalen Gesundheitspolitik stärkt.

Zwischen den Gesundheitssystemen in der EU bestehen erhebliche Unterschiede, wenngleich eine öffentliche Versorgung und eine umfassende Krankenversicherung die Regel sind. Die gesetzliche Krankenversicherung erfasst normalerweise die gesamte gebietsansässige Bevölkerung, doch immer mehr Bürger ent-

scheiden sich für private Versicherungen (gewöhnlich als Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung).

Die öffentliche Regulierung der Gesundheitsversorgung ist eine komplexe Aufgabe, da sie durch zahlreiche Marktschwächen gekennzeichnet ist. Grundsätzlich sind die Mitgliedstaaten bestrebt, unter effizienter Verwendung der eingesetzten Mittel ein ausgewogenes Verhältnis herzustellen und zu gewährleisten, dass Gesundheitsleistungen von allen in Anspruch genommen werden können. 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 manche Krankheiten leicht und zu relativ geringen Kosten behandelt werden können, während andere eine komplexe und kostspielige Versorgung erfordern.

Ältere Menschen nehmen Gesundheitsleistungen 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 steigende Zahl älterer Menschen dürfte in den nächsten Jahren zu einer höheren Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, insbesondere in der Langzeitpflege (Heil- und Pflegeeinrichtungen) führen, während gleichzeitig die Fortschritte in der Medizin mehr und bessere Behandlungen ermöglichen dürften.

Zudem lassen sich mehr EU-Bürger (und Patienten aus Drittländern) 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 Bürger, die in ein anderes Land ziehen, überall in der EU Zugang zur Gesundheitsversorgung haben. Tatsächlich werden die Gesundheitssysteme und die gesundheitspolitischen Maßnahmen 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 ⁽⁶⁾.

Definitionen und Datenverfügbarkeit

Gesundheitsausgaben

Gemäß dem System der Gesundheitskonten (System of Health Accounts – SHA), lassen sich die Gesundheitsausgaben nach Art des Leistungserbringers, nach Funktion (Waren und Dienstleistungen) und nach Kostenträgern analysieren. Die Daten über die Gesundheitsausgaben stammen aus verschiedenen Informationsquellen wie Erhebungen und Verwaltungsquellen. Dass die Daten der einzelnen Länder nicht immer vollständig vergleichbar sind, kann auf länderspezifische Organisationsstrukturen und Finanzierung des Gesundheitswesens, Abweichungen von den SHA-Definitionen sowie Informationslücken zurückzuführen sein. Für die Erhebung der Daten über die Gesundheitsausgaben werden das System der Gesundheitskonten (SHA) und die damit verbundene internationale Klassifikation für Gesundheitskosten (International Classification for Health Accounts – ICHA) zugrunde gelegt. Das SHA ist nach einem auf drei Achsen basierenden System für die Erfassung von Gesundheitsausgaben aufgebaut, in dem Kostenträger, Funktionen und Leistungserbringer im Gesundheitswesen definiert sind.

Die Mechanismen zur **Finanzierung des Gesundheitswesens**, an denen eine Vielzahl von Institutionen beteiligt ist,

⁽⁶⁾ Nähere Informationen unter: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/docs/COM_de.pdf.

werden in vielen Ländern immer komplizierter; in den meisten Ländern besteht zumindest eine grundlegende Unterteilung in öffentliche und private Finanzierung. Eine detaillierte Aufschlüsselung der Gesundheitsausgaben nach Kostenträgern ist wesentlicher Bestandteil eines umfassenden SHA.

Das Gesundheitswesen eines Landes besteht in der Summe der Tätigkeiten, die von Einrichtungen oder Einzelpersonen durch die Anwendung von medizinischen, paramedizinischen und pflegerischen Kenntnissen für folgende **Zwecke/Kernfunktionen** ausgeübt werden:

- Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention,
- Heilung von Krankheiten und Verringerung der vorzeitigen Mortalität,
- Pflege von pflegebedürftigen chronisch Kranken,
- Pflege von pflegebedürftigen Menschen mit gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen, Behinderungen und Handicaps,
- Begleitung von Patienten, damit sie in Würde sterben können,
- Erbringung und Verwaltung von öffentlichen Gesundheitsleistungen,
- Ausführung und Verwaltung von Gesundheitsprogrammen, Gesundheitsversicherung und sonstigen Finanzierungsregelungen.

Funktionen, die mit dem Gesundheitswesen im Zusammenhang stehen, wie die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften, Forschung und Entwicklung zu Gesundheitsfragen sowie Umweltgesundheit sind nicht als Kernfunktionen zu betrachten und sollten bei der Messung der Aktivitäten, die zu den

Kernfunktionen des Gesundheitswesens zählen, nicht berücksichtigt werden.

Die Art, wie die Leistungen des Gesundheitswesens organisiert sind, spiegelt die länderspezifische Arbeitsteilung unter den Leistungserbringern wider, die sich in vielen Ländern zunehmend komplexer gestaltet. Durch eine Klassifizierung der **Leistungserbringer im Gesundheitswesen** werden die länderspezifischen Einrichtungen in allgemeine, international anwendbare Kategorien eingeteilt, so dass ein Instrumentarium entsteht, mit dem die Daten über die Messung des Input an Gesundheitspersonal und anderen Ressourcen und des Output verknüpft werden können.

Nicht ausgabenbezogene Daten zur Gesundheitsversorgung

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 deren Behandlung(en). Die Daten über die Gesundheitsversorgung stammen größtenteils aus Verwaltungsquellen und spiegeln sehr stark die länderspezifische Organisationsstruktur des Gesundheitswesens wider. Daher sind die erhobenen Daten nicht immer vollständig vergleichbar.

Krankenhäuser werden nach der Klassifikation der Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung des SHA definiert; dabei sollten alle öffentlichen und privaten Krankenhäuser erfasst werden.

Bei den Daten über das **Gesundheitspersonal**, also die für die Erbringung von Gesundheitsleistungen verfügbaren



Humanressourcen, wird nicht nach dem Beschäftigungssektor, d. h. zwischen Selbstständigen und von Krankenhäusern oder sonstigen Leistungserbringern im Gesundheitswesen Beschäftigten, unterschieden. Erfasst werden Angehörige von Gesundheitsberufen (Ärzte, Zahnärzte, Pflegekräfte, Apotheker, Physiotherapeuten usw.). Ärzte können als approbiert, erwerbstätig oder praktizierend erfasst werden; In den meisten Mitgliedsstaaten liegen Daten zu zwei oder mehr dieser Konzepte vor. Beim Vergleich der Gesundheitsleistungen in den Mitgliedsstaaten bevorzugt Eurostat das Konzept der „**praktizierenden Angehörigen von Gesundheitsberufen**“, das die Verfügbarkeit von Ressourcen für die Gesundheitsversorgung am besten beschreibt. Als praktizierende Ärzte gelten Ärzte, die Dienstleistungen unmittelbar für die Patienten erbringen. Zu ihren Aufgaben gehören die Durchführung ärztlicher Untersuchungen und Diagnosen, die Verschreibung von Arzneimitteln und die Behandlung diagnostizierter Erkrankungen, Gesundheitsstörungen oder Verletzungen, die spezielle medizinische oder chirurgische Behandlung bestimmter Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Verletzungen sowie die Beratung zu und Anwendung von vorbeugenden medizinischen Methoden und Behandlungen. Die Zahl der Ärzte kann als Ersatzwert für den Zugang zum Gesundheitssystem herangezogen werden.

Die **Zahl der Krankenhausbetten** gibt Aufschluss über die Kapazitäten im Gesundheitswesen, d. h. über die Höchstzahl der Patienten, die von den 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 ge-

hören: 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 sowie Betten in Wohn- und Pflegeheimen. Erfasst werden 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 die 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 Zahl der Entlassungen wird am häufigsten als Maß für die Nutzung von Krankenhausdienstleistungen verwendet.

Die Zahl der Entlassungen wird gegenüber der Aufnahme von Patienten bevorzugt, da die Kurzberichte von Krankenhäusern über die Betreuung 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 immer dann gegeben, wenn ein Patient aufgrund des Abschlusses seiner Behandlung oder auch gegen ärztlichen Rat das Krankenhaus verlässt, in eine andere Einrichtung des Gesundheitswesens verlegt wird oder verstirbt. Gesunde Neugeborene sind ebenfalls inbegriffen. Verlegungen in eine andere Abteilung innerhalb derselben Einrichtung sind ausgenommen.

Wichtigste Ergebnisse

Gesundheitsausgaben

Die laufenden Ausgaben für Gesundheitsleistungen im Jahr 2006 lagen zwischen 403 KKS je Einwohner in Rumänien und über 2 700 KKS je Einwohner in Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, den Niederlanden, Österreich (2004) und Schweden (für sechs Mitgliedstaaten liegen keine Daten vor). In fast allen Mitgliedstaaten entfiel der größte Anteil der Ausgaben auf die Pflege in Krankenhäusern; einen erheblichen Anteil hatten jedoch auch die Erbringer ambulanter Gesundheitsleistungen und der Einzelhandel und sonstige Anbieter medizinischer Güter.

Eine Analyse der Gesundheitsausgaben nach Funktionen ergab, dass rund die Hälfte der Ausgaben in diesem Bereich für die medizinische Behandlung aufgewendet wurde. An zweiter Stelle folgte mit rund einem Viertel der Gesamtausgaben die ambulante Abgabe medizinischer Güter, auf die allerdings in der Slowakei, Bulgarien, Ungarn und Litauen mehr als ein Drittel der Ausgaben entfielen. Die Ausgaben für Leistungen der rehabilitativen Gesundheitsversorgung lagen im Allgemeinen bei 4% und weniger der Gesamtausgaben; eine Ausnahme unter den Mit-

gliedstaaten, für die Daten vorlagen, bildet hier Zypern mit 11%. Auf den Bereich der Langzeitpflege entfielen in den meisten Mitgliedstaaten weniger als 10% der Ausgaben; in Dänemark allerdings erreichte dieser Anteil eine Höhe von 22%.

Die Finanzierungsquellen für das Gesundheitswesen unterschieden sich beträchtlich – ein deutliches Zeichen für die Vielfalt der Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten. In mehreren Ländern werden die Gesundheitsausgaben zur 60% und mehr aus der Sozialversicherung gedeckt; die höchsten Anteile verzeichneten hier die Tschechische Republik mit 81% und die Niederlande mit 77%. Sonstige staatliche Kostenträger waren in Dänemark und Schweden mit über 80% die wichtigsten Finanzierungsquelle, und auch in Portugal, Spanien, Finnland und Lettland stammten über die Hälfte der Mittel aus dieser Quelle. Die dritte wichtige Quelle bildeten die als Selbstzahlungen bezeichneten Direktzahlungen, deren Anteil von unter 10% in den Niederlanden und Frankreich bis über 40% in Bulgarien und Lettland (2004) reichte, und im Falle Zyperns sogar fast die Hälfte der Finanzierung ausmachte. Private Versicherungsunternehmen trugen generell nur einen geringen Teil der Gesundheitsausgaben; über 10% lag ihr Anteil nur in Slowenien (13,8%) und Frankreich (13,1%).

Nicht ausgabenbezogene Daten zur Gesundheitsversorgung

Unter den Mitgliedstaaten, zu denen aktuelle Daten vorlagen, verzeichnete Belgien mit 405 praktizierenden Ärzten im Jahr 2008 die höchste Ärztezahle je 100 000 Einwohner, an zweiter Stelle rangierte Österreich mit 374 praktizierenden Ärzten (2008). Allerdings gibt es zwischen den in den einzelnen Ländern gemeldeten Arzttypen Unterschiede. In den Jahren von 1997 bis 2007 stieg die Zahl der Ärzte je



100 000 Einwohner in den meisten Mitgliedstaaten, wenngleich in Italien, Ungarn, Polen und Litauen ein Rückgang eintrat; der geringfügige Rückgang in Estland kann methodische Ursachen haben.

Die Zahl der Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner lag 2007 zwischen 288 in Schweden und 829 in Deutschland. In den zehn Jahren von 1997 bis 2007 ging die Zahl der Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner in allen Mitgliedstaaten, für die Daten vorlagen, zurück; die einzige Ausnahme bildete Malta. Die deutlichsten Rückgänge bei der Zahl der Krankenhausbetten verzeichneten Luxemburg, Bulgarien, Schweden, die baltischen Mitgliedstaaten und Italien. Eine genauere Aufschlüsselung zeigt, dass sich die Verringerung der Betten auf unterschiedliche Kategorien verteilte, wobei 2007 in der EU-27 je 100 000 Einwohner durchschnittlich 390 Betten für medizinische Behandlung und 55 Betten für psychiatrische Pflege in Krankenhäusern zur Verfügung standen. Im Vergleich zu 1998 entspricht dies einem Rückgang um 22,3 % bzw. 26,8 %.

Der Rückgang bei der Zahl der Krankenhausbetten könnte 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

2007 in Österreich verzeichnet (mehr als 27 000 je 100 000 Einwohner), ein Wert, der nahezu 25 % über dem nächst niedrigeren, nämlich 22 100 Entlassungen in Litauen, liegt. Am anderen Ende der Skala finden sich relativ niedrige Zahlen für Malta (2004) und Zypern (2007) mit jeweils unter 8 000 Entlassungen je 100 000 Einwohner.

Erkrankungen des Kreislaufsystems war bei den stationär behandelten Patienten die häufigste Diagnose – in der großen Mehrzahl der Mitgliedstaaten, für die Daten vorlagen, entfielen auf diese Patientengruppe im Jahr 2007 rund ein Viertel der Krankenhausentlassungen, häufig über 3 000 Entlassungen je 100 000 Einwohner. In Rumänien war allerdings die Zahl der Entlassungen bei Erkrankungen des Atmungssystems höher und in Irland und Spanien bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Zypern wies die höchste Zahl von Entlassungen nach Verletzungen und Vergiftungen auf. Insgesamt wies Zypern eine besonders geringe Zahl an Krankenhausentlassungen auf, was unter anderem darauf zurückzuführen sein dürfte, dass sich die Patienten zu Spezialbehandlungen ins Ausland begeben. Dieser Trend dürfte auch in anderen Mitgliedstaaten signifikant sein.

Die längste durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus wurde für Patienten verzeichnet, die an Kreislaufproblemen, Krebserkrankungen, Verletzungen/Vergiftungen oder Erkrankungen des Atmungssystems litten. Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus richtet sich nach der Effizienz eines Krankenhauses, aber auch nach den angebotenen Behandlungsarten.



Tabelle 3.3: Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern, 2006
(in KKS je Einwohner)

	Alle Anbieter im Gesund- heitswesen	Krankenhäuser	Wohn- und Pflegeheime	Ambulante Einrichtungen	Einzelhandel und sonstige Anbieter medizi- nischer Güter	Einrichtungen des Gesund- heitsschutzes und Prävention
Belgien	2 763,9	843,7	299,5	828,2	495,4	105,9
Bulgarien	611,7	234,4	4,2	109,3	234,8	7,8
Tschech. Rep.	1 219,8	561,9	18,3	287,6	263,7	2,8
Dänemark	2 680,6	1 200,3	546,2	538,6	354,5	4,7
Deutschland	2 780,7	839,9	221,4	836,0	591,3	23,0
Estland	778,3	338,6	18,7	164,7	216,7	17,6
Irland	:	:	:	:	:	:
Griechenland	:	:	:	:	:	:
Spanien	1 981,9	769,2	96,1	573,8	449,6	19,5
Frankreich	2 769,8	988,5	173,1	762,8	604,2	17,0
Italien	:	:	:	:	:	:
Zypern	1 291,8	530,4	32,0	422,1	238,7	1,8
Lettland (¹)	675,2	273,1	18,5	172,1	187,0	1,3
Litauen	761,5	285,1	11,0	155,4	272,5	4,3
Luxemburg (¹)	4 300,5	1 437,9	518,3	1 072,8	432,2	1,2
Ungarn	1 203,7	397,5	27,4	250,1	436,4	58,4
Malta	:	:	:	:	:	:
Niederlande	2 743,6	1 016,1	328,7	655,2	449,2	46,6
Österreich (²)	2 733,9	1 045,0	206,9	704,5	458,8	19,1
Polen	723,7	223,3	12,7	196,0	226,0	10,6
Portugal	1 702,7	636,9	31,5	565,1	423,0	0,1
Rumänien	403,0	174,5	3,2	50,0	130,5	14,0
Slowenien	1 626,3	635,6	84,9	404,5	384,2	10,0
Slowakei	1 052,3	284,7	:	259,5	411,1	19,7
Finnland	2 111,7	770,0	183,5	639,7	395,0	26,9
Schweden	2 530,6	1 154,1	:	533,9	426,0	29,9
Ver. Königreich	:	:	:	:	:	:
Island	2 676,1	1 108,5	317,6	695,8	433,4	74,6
Norwegen (¹)	4 475,8	1 280,0	580,7	916,3	474,6	56,5
Schweiz	3 470,0	1 218,1	592,1	1 120,0	321,4	0,0
Japan (¹)	2 024,5	988,0	68,0	574,1	307,2	39,2
Ver. Staaten	5 639,5	1 859,3	358,3	2 044,7	791,8	168,4

(¹) 2005.

(²) 2004.

Quelle: Eurostat (hlth_sha_hp)



Tabelle 3.4: Gesundheitsausgaben nach Funktionen, 2006
(in KKS je Einwohner)

	Laufende Gesundheitsausgaben	Kurativen Gesundheitsversorgung	Rehabilitative Gesundheitsversorgung	Langzeitpflege	Ambulante Abgabe medizinischer Güter	Prävention und Gesundheitschutz
Belgien	2 763,9	1 266,5	106,9	455,3	520,8	97,6
Bulgarien	611,7	309,6	8,1	1,7	234,8	21,5
Tschech. Rep.	1 219,8	658,0	42,0	45,4	333,9	26,5
Dänemark	2 680,6	:	:	602,8	354,5	63,8
Deutschland	2 780,7	1 407,2	91,5	347,3	553,2	96,2
Estland	778,3	413,9	9,0	27,8	216,7	20,0
Irland	:	:	:	:	:	:
Griechenland	:	:	:	:	:	:
Spanien	1 981,9	1 112,2	0,0	167,7	488,2	47,4
Frankreich	2 769,8	1 411,7	82,2	282,5	584,6	62,0
Italien	:	:	:	:	:	:
Zypern	1 291,8	618,0	139,8	32,0	298,5	8,2
Lettland (¹)	675,2	357,9	5,3	20,8	196,6	1,8
Litauen	761,5	364,9	30,0	30,8	273,4	9,7
Luxemburg (¹)	4 300,5	2 286,4	108,3	751,4	476,9	48,4
Ungarn	1 203,7	550,1	25,4	33,7	436,4	85,1
Malta	:	:	:	:	:	:
Niederlande	2 743,6	1 367,5	129,5	380,9	469,5	134,3
Österreich (²)	2 733,9	1 564,0	111,3	351,1	459,2	59,1
Polen	723,7	366,6	21,9	50,0	228,4	17,7
Portugal	1 702,7	:	:	25,1	423,1	32,3
Rumänien	403,0	194,9	2,5	3,5	130,5	23,8
Slowenien	1 626,3	873,8	36,3	137,6	392,8	66,3
Slowakei	1 052,3	463,6	6,7	4,5	411,1	47,3
Finnland	2 111,7	1 163,5	65,0	267,7	383,7	113,4
Schweden	2 530,6	:	:	198,7	428,3	91,4
Ver. Königreich	:	:	:	:	:	:
Island	2 676,1	1 411,5	139,9	548,7	433,4	40,6
Norwegen (¹)	3 374,9	1 649,1	49,7	872,8	486,2	69,0
Schweiz	3 470,0	1 950,2	55,6	667,1	431,4	75,1
Japan (¹)	2 024,5	1 133,5	19,6	339,1	430,1	39,2
Ver. Staaten	5 295,0	:	:	344,9	735,1	189,2

(¹) 2005.

(²) 2004.

Quelle: Eurostat (hlth_sha_hc)



Tabelle 3.5: Gesundheitsausgaben nach Kostenträgern, 2006
(in KKS je Einwohner)

	Alle Ausgabenträger	Sozialversicherung	Andere staatliche Stellen	Private Versicherungsunternehmen	Selbstzahlungen der privaten Haushalte	Übrige Welt
Belgien	2 763,9	1 634,0	369,4	142,0	601,1	:
Bulgarien	611,7	240,6	102,4	2,2	260,9	0,0
Tschech. Rep.	1 219,8	988,6	80,2	2,7	144,2	:
Dänemark	2 680,6	:	2 235,9	42,5	400,6	:
Deutschland	2 780,7	1 945,6	203,4	263,9	346,0	:
Estland	778,3	491,5	81,9	8,3	187,3	3,2
Irland	:	:	:	:	:	:
Griechenland	:	:	:	:	:	:
Spanien	1 981,9	102,2	1 300,1	123,6	440,8	:
Frankreich	2 769,8	2 046,3	145,9	363,9	191,9	:
Italien	:	:	:	:	:	:
Zypern	1 291,8	1,4	523,3	89,7	621,2	0,0
Lettland (¹)	675,2	0,0	376,1	15,4	281,5	2,1
Litauen	761,5	473,7	44,8	3,3	238,9	0,1
Luxemburg (¹)	4 300,5	3 115,5	776,2	:	287,7	:
Ungarn	1 203,7	747,3	99,1	16,4	280,3	:
Malta	:	:	:	:	:	:
Niederlande	2 743,6	2 123,4	114,6	166,3	169,1	0,0
Österreich (²)	2 733,9	1 270,0	806,9	146,3	475,8	:
Polen	723,7	449,2	51,9	4,3	196,2	:
Portugal	1 702,7	15,3	1 186,6	73,8	417,2	:
Rumänien	403,0	266,3	43,6	1,6	91,4	0,0
Slowenien	1 626,3	1 148,7	29,6	224,3	202,6	0,3
Slowakei	1 052,3	669,1	67,3	:	279,8	:
Finnland	2 111,7	329,9	1 249,9	48,7	412,7	:
Schweden	2 530,6	:	2 075,6	:	423,8	:
Ver. Königreich	:	:	:	:	:	:
Island	2 676,1	734,5	1 458,7	:	444,4	:
Norwegen (¹)	3 374,9	495,9	2 307,0	:	564,1	0,0
Schweiz	3 470,0	1 490,3	561,3	228,1	1 068,5	:
Japan (¹)	2 024,5	1 331,4	334,5	51,2	295,7	:
Ver. Staaten	5 295,0	:	2 401,2	1 958,5	705,9	:

(¹) 2005.

(²) 2004.

Quelle: Eurostat (hlth_sha_hf)



Tabelle 3.6: Indikatoren für das Gesundheitswesen
(je 100 000 Einwohner)

	Praktizierende Ärzte (¹)		Krankenhausbetten		Krankenhausentlassungen stationärer Patienten (ausgenommen gesunde Neugeborene)	
	1997 (²)	2007 (³)	1997 (⁴)	2007 (⁵)	2001 (⁶)	2007 (⁷)
Belgien	367,4	405,1	794,8	660,1	16 162	15 741
Bulgarien	345,9	364,9	1 031,1	638,1	:	20 015
Tschech. Rep.	311,3	355,7	804,3	727,3	22 065	20 624
Dänemark	262,0	314,4	461,5	340,8	16 326	16 498
Deutschland	312,7	345,5	938,0	829,1	20 060	22 138
Estland	325,4	323,4	774,8	557,3	:	:
Irland	213,4	298,6	670,8	519,9	14 025	13 743
Griechenland	398,1	:	512,4	473,8	:	:
Spanien	293,5	352,2	382,9	330,2	10 904	10 659
Frankreich	325,0	335,5	847,7	700,3	17 937	16 146
Italien	400,9	363,5	588,3	386,3	:	14 417
Zypern	249,6	271,5	467,3	375,5	7 031	6 536
Lettland	288,1	306,7	975,1	744,5	:	19 970
Litauen	377,2	371,1	1 023,0	816,2	23 454	22 100
Luxemburg	225,5	348,3	1 066,8	569,4	18 172	16 468
Ungarn	307,9	280,6	817,9	713,3	:	19 838
Malta	245,7	334,9	562,0	737,3	:	7 337
Niederlande	189,9	:	520,1	481,5	9 088	10 634
Österreich	293,0	374,2	918,6	777,9	:	27 363
Polen	235,7	218,0	757,4	647,5	:	13 965
Portugal	261,0	:	394,4	:	:	9 127
Rumänien	:	222,0	738,7	641,1	:	21 274
Slowenien	219,1	237,6	565,3	473,2	:	16 168
Slowakei	239,8	315,9	813,8	674,9	20 534	19 290
Finnland	229,9	269,5	790,8	673,6	21 045	19 620
Schweden	291,5	356,6	522,1	287,7	14 997	14 910
Ver. Königreich	:	248,5	:	341,8	12 698	12 248
Kroatien	227,7	266,0	606,0	548,3	12 268	14 151
EJR Mazedonien	224,3	253,5	517,1	463,1	:	9 876
Türkei	:	:	252,4	:	:	:
Island	324,5	366,8	:	:	16 789	15 018
Norwegen	251,7	387,8	395,9	382,3	15 999	17 160
Schweiz	326,1	382,6	664,0	539,3	:	16 223

(¹) Griechenland, Frankreich, Italien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und Schweiz: fachlich aktive Ärzte; Irland und Malta: approbierte Ärzte. Estland: Bruch in der Zeitreihe, 1998.

(²) Slowenien: 1998.

(³) Belgien, Spanien, Lettland, Malta und Österreich: 2008; Tschechische Republik, Deutschland, Frankreich, Polen, Slowakei und Schweden: 2006.

(⁴) Frankreich und Schweiz: 1998.

(⁵) Belgien, Frankreich, Lettland, Malta und Slowenien: 2008; Deutschland, Luxemburg, Polen, Schweden und ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien: 2006; Griechenland: 2005.

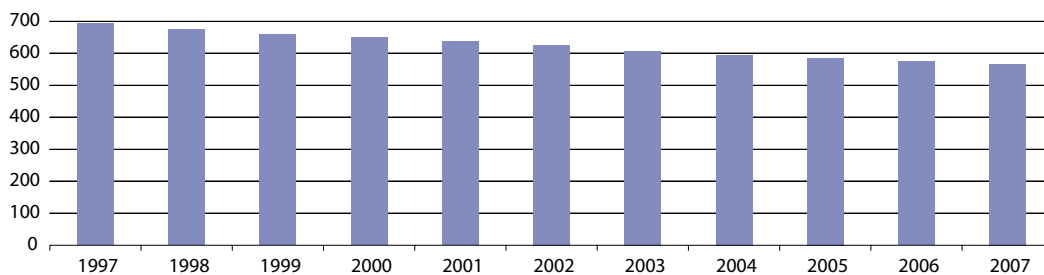
(⁶) Tschechische Republik, Dänemark, Polen, Finnland und Vereinigtes Königreich: 2002.

(⁷) Bulgarien, Italien, Zypern, Slowakei, Finnland, Schweden, Kroatien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und Island: 2006; Lettland und Portugal: 2005.

Quelle: Eurostat (tps00044, tps00046 und hlth_co_disch2t)



Abbildung 3.11: Krankenhausbetten, EU-27
(je 100 000 Einwohner)



Quelle: Eurostat (tps00046)



Tabelle 3.7: Krankenhausbetten
(je 100 000 Einwohner)

	Betten für medizinische Behandlung			Betten für psychiatrische Pflege		
	1998	2003	2007 (¹)	1998	2003 (²)	2007 (³)
EU-27	476,7	418,3	389,6	75,3	62,4	55,1
Belgien	485,8	451,7	425,2	259,6	248,0	180,3
Bulgarien	:	484,3	490,6	72,8	64,4	67,2
Tschech. Rep.	610,3	556,4	515,2	113,3	112,6	106,4
Dänemark	372,2	328,6	289,9	78,9	70,4	51,0
Deutschland	696,6	656,6	619,6	:	:	:
Estland	587,1	440,4	380,4	89,5	58,7	56,2
Irland	285,1	282,2	267,4	150,5	109,3	86,3
Griechenland	391,7	382,2	386,9	107,7	88,1	86,9
Spanien	292,6	265,2	255,5	53,2	49,0	41,7
Frankreich	434,1	385,8	355,3	118,9	99,9	89,3
Italien	501,7	352,9	314,2	33,1	13,6	11,6
Zypern	400,2	398,7	349,1	55,7	32,4	26,5
Lettland	660,1	555,7	516,1	180,6	137,4	137,3
Litauen	700,1	582,8	510,7	125,7	108,0	102,6
Luxemburg	596,6	553,4	450,2	124,9	110,1	92,1
Ungarn	569,5	553,4	413,9	96,1	40,1	30,5
Malta	383,9	338,6	278,1	175,9	142,0	169,1
Niederlande	323,4	295,1	320,8	166,7	128,0	136,9
Österreich	663,0	615,6	610,5	52,8	51,0	58,7
Polen	552,8	486,4	465,4	77,4	71,5	68,0
Portugal	:	:	:	:	:	:
Rumänien	525,1	452,3	448,1	88,6	76,3	79,4
Slowenien	461,6	401,3	382,5	79,8	73,7	69,0
Slowakei	588,9	509,1	491,5	92,6	89,8	82,4
Finnland	260,6	230,5	211,2	109,0	98,3	88,5
Schweden	257,1	222,7	211,3	66,4	51,3	49,1
Ver. Königreich	:	304,6	268,8	:	83,1	66,0
Kroatien	373,6	346,2	342,2	100,3	95,5	96,3
EJR Mazedonien	335,7	318,1	319,1	73,4	67,1	58,5
Türkei	181,2	223,1	:	12,6	11,9	:
Norwegen	324,7	292,0	275,9	68,7	113,3	94,8
Schweiz	442,3	386,5	348,7	119,8	107,8	102,5

(¹) Belgien, Frankreich, Lettland, Malta und Slowenien, 2008; Deutschland, Luxemburg, Polen, Schweden und ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, 2006; Griechenland, 2005.

(²) Luxemburg, 2004.

(³) Belgien, Frankreich, Lettland, Malta und Slowenien, 2008; Luxemburg, Polen, Schweden und ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, 2006; Griechenland, 2005.

Quelle: Eurostat ([tps00168](#) and [tps00047](#))



Tabelle 3.8: Krankenhausentlassungen stationärer Patienten nach Diagnose (ISHMT – Internationale Auswahlliste für die tabellarische Erfassung der Krankenhausmorbidity), 2007 (je 100 000 Einwohner)

	Neubildungen (Krebs)	Erkrankungen des Kreislauf- systems	Erkrankungen des Atmungs- systems	Erkrankungen des Verdau- ungssystems	Schwanger- schaft, Geburt und Wochen- bett	Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äuße- rer Ursachen
Belgien	1 183,9	2 068,1	1 359,1	1 649,9	1 369,7	1 634,7
Bulgarien	1 417,6	3 341,8	2 964,0	1 937,2	1 910,3	1 257,6
Tschech. Rep.	1 775,4	3 086,8	1 397,8	1 811,3	1 596,2	1 677,8
Dänemark	1 396,1	2 068,8	1 468,5	1 352,4	1 220,8	1 502,9
Deutschland	2 412,8	3 391,8	1 396,0	2 102,2	1 095,8	2 128,2
Estland	1 798,9	3 371,7	1 841,2	1 612,8	1 900,8	1 210,9
Irland	856,0	1 197,2	1 338,3	1 229,4	2 669,0	1 360,2
Griechenland	:	:	:	:	:	:
Spanien	918,9	1 322,8	1 167,8	1 255,9	1 392,8	897,9
Frankreich	1 214,0	1 951,5	965,8	1 624,4	1 566,4	1 396,7
Italien (¹)	1 311,7	2 427,5	1 173,9	1 408,9	1 298,2	1 286,8
Zypern	518,6	869,9	763,0	730,8	408,9	1 019,9
Lettland (²)	1 799,7	3 538,9	2 221,7	1 831,8	1 619,2	2 243,1
Litauen	1 716,1	4 485,3	2 371,2	1 802,8	1 625,1	1 857,3
Luxemburg	1 560,0	2 172,3	1 347,7	1 509,6	1 397,5	1 234,2
Ungarn	:	:	:	:	:	:
Malta	:	:	:	:	:	:
Niederlande	1 052,2	1 543,9	762,3	939,5	910,1	902,8
Österreich	2 890,8	3 755,3	1 688,6	2 502,0	1 303,1	2 905,1
Polen	1 403,1	2 329,2	1 288,8	1 269,3	1 377,8	1 048,6
Portugal (²)	920,3	1 206,2	955,9	1 061,9	1 089,3	684,7
Rumänien	1 508,3	2 824,4	2 856,6	2 153,7	1 783,2	1 271,5
Slowenien	1 776,1	1 948,1	1 328,4	1 402,9	1 285,3	1 516,8
Slowakei (¹)	1 752,9	3 075,6	1 677,2	1 939,8	1 596,7	1 614,7
Finnland (¹)	1 769,3	3 032,6	1 411,9	1 414,9	1 316,9	1 932,3
Schweden (¹)	1 376,2	2 370,6	964,4	1 174,6	1 306,2	1 421,2
Ver. Königreich	936,3	1 275,3	1 134,0	1 144,9	1 381,5	1 208,1
Kroatien (¹)	2 022,6	1 945,9	1 108,4	1 223,5	264,7	1 073,3
EJR Mazedonien (¹)	849,5	1 669,5	1 494,6	1 104,9	494,5	624,9
Island (¹)	1 282,8	1 547,5	900,0	1 322,3	1 970,8	1 051,4
Norwegen	1 733,2	2 448,7	1 486,0	1 240,2	1 507,5	1 875,1
Schweiz	1 098,2	1 743,9	877,3	1 373,7	1 187,5	1 949,3

(¹) 2006.

(²) 2005.

Quelle: Eurostat (hlth_co_disch2)



Tabelle 3.9: Krankenhausentlassungen stationärer Patienten nach Diagnose (ISHMT – Internationale Auswahlliste für die tabellarische Erfassung der Krankenhausmorbidity), durchschnittliche Krankenhausverweildauer, 2007 (in Tagen)

	Neubildungen (Krebs)	Erkrankungen des Kreislaufsystems	Erkrankungen des Atmungssystems	Erkrankungen des Verdauungssystems	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen
Belgien	9,3	8,2	8,1	5,9	4,8	8,6
Bulgarien	7,4	6,0	7,5	5,8	4,6	5,8
Tschech. Rep.	9,9	13,8	9,1	7,6	5,3	10,4
Dänemark	6,4	5,4	5,4	5,0	3,4	5,1
Deutschland	10,3	10,4	9,0	7,4	4,8	9,3
Estland	8,0	11,0	5,2	5,3	3,1	8,8
Irland	11,4	10,1	7,1	6,4	2,9	5,7
Griechenland	:	:	:	:	:	:
Spanien	9,5	8,3	7,2	5,9	3,1	8,5
Frankreich	7,6	6,9	7,0	5,3	4,8	5,6
Italien (¹)	9,5	8,8	8,4	6,8	4,0	8,1
Zypern	8,9	6,4	5,2	5,1	5,4	5,8
Lettland (²)	9,3	9,2	7,9	6,2	5,6	7,5
Litauen	10,3	13,2	7,6	6,7	4,5	8,7
Luxemburg	9,3	7,9	6,3	5,8	4,8	7,9
Ungarn	6,2	8,5	6,8	6,5	4,9	6,7
Malta	7,5	6,5	4,9	3,9	3,5	5,9
Niederlande	7,7	7,3	7,3	6,4	3,5	7,2
Österreich	7,7	10,9	8,3	6,8	5,5	8,9
Polen	7,6	7,9	8,3	6,0	5,2	6,5
Portugal (²)	8,7	7,9	8,2	5,9	3,3	9,3
Rumänien	7,1	8,1	7,2	6,6	5,0	6,1
Slowenien	7,9	8,3	7,0	6,2	4,6	7,0
Slowakei (¹)	9,1	8,8	8,3	6,4	5,8	6,8
Finnland (¹)	9,0	16,3	13,4	6,0	3,7	11,1
Schweden (¹)	7,9	6,5	5,6	4,9	2,9	6,2
Ver. Königreich	8,9	10,6	7,7	6,3	2,5	8,6
Kroatien (¹)	10,0	10,3	8,9	8,6	8,5	8,7
EJR Mazedonien (¹)	10,2	7,3	7,6	5,9	3,4	8,1
Island (¹)	7,3	6,9	6,4	4,0	2,6	6,7
Norwegen	7,1	5,4	6,2	4,8	3,6	4,8
Schweiz	10,7	8,7	8,5	7,2	6,0	7,6

(¹) 2007.

(²) 2005.

Quelle: Eurostat (hlth_co_inpst)

3.4 Gesundheitliche Probleme

Einleitung

Die Förderung von Gesundheit und vernünftiger Lebensführung kann bei der Verringerung von Krankheitsraten und vorzeitiger Mortalität eine wichtige Rolle spielen. (7) 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 in Richtung auf das Gesundheitsniveau der am meisten Begünstigten zu verbessern,
- 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 Bevölkerungsgruppen als wirksam erwiesen, wobei der Schwerpunkt auf bestimmten Krankheiten oder Zielgruppen liegt.

Die sieben bedeutendsten Risikofaktoren für einen frühzeitigen Tod in der EU (Tabakkonsum, Bluthochdruck, Cholesterin, Body-Mass-Index, unzureichender Verzehr von Obst und Gemüse, Bewegungsmangel, exzessiver Alkoholkonsum) stehen zumindest in einem gewissen Zusammenhang mit den Ess-, Trink- und Bewegungsgewohnheiten der

Bevölkerung. Insofern sind eine ausgewogene Ernährung und regelmäßige körperliche Bewegung sowie der Verzicht auf das Rauchen und mäßiger Alkoholkonsum wichtige Faktoren für die Förderung und Erhaltung der Gesundheit.

Rauchen ist anerkanntermaßen eine der Hauptursachen für Gesundheitsstörungen, daher ist in den meisten Mitgliedstaaten das Rauchen im öffentlichen Bereich und/oder am Arbeitsplatz durch Rechtsvorschriften, auch zum Schutz vor Passivrauchen, stark eingeschränkt oder verboten. Auch indirekte Steuern, Gesundheitswarnungen sowie Werbebeschränkungen zielen auf eine Verringerung des Tabakkonsums ab. 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. 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 EU-Politik (z. B. Agrarpolitik, Steuerpolitik, Entwicklungspolitik);
- Engagement dafür, dass die Vorreiterrolle der EU in vielen Bereichen der Bekämpfung des Tabakkonsums weltweit Wirkung zeigt.

Übergewicht und Fettleibigkeit nehmen in Europa – insbesondere bei Kindern – in alarmierender Weise zu. Fettleibigkeit ist ein schwerwiegendes Problem der öffentlichen

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



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, Bewegungsmangel werden häufig bereits im Kindes- und Jugendalter 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 und 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. Zwischenzeitlich führen die Mitgliedstaaten eine harmonisierte

Europäische Gesundheitsbefragung (European Health Interview Survey – EHIS) durch.

Der **Body-Maß-Index (BMI)** ist ein Maß, das das Gewicht einer Person zu ihrer Körpergröße in ein Verhältnis setzt und somit relativ gut über den Körperfettanteil 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 Kategorien unterteilt: untergewichtige Menschen haben einen BMI von unter 18,5, normalgewichtige Menschen haben einen BMI zwischen 18,5 und unter 25, übergewichtig sind Menschen mit einem BMI ab 25, Fettleibigkeit beginnt bei einem BMI ab 30. Der BMI wird nicht für Kinder berechnet.

Die Angaben über die Wahrnehmung von lang anhaltenden Krankheiten oder gesundheitlichen Problemen stammen aus der EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC). Als lang anhaltende Krankheiten oder gesundheitliche Probleme gelten dabei alle Faktoren, die die Befragten in der Vergangenheit über einen längeren Zeitraum beeinträchtigt haben oder wahrscheinlich über einen längeren Zeitraum beeinträchtigen werden.

Die Arbeitsgesundheit bildet einen besonderen Aspekt der Gesundheit: Die Arbeitskräfteerhebung (AKE) 2007 enthielt ein Ad-hoc-Modul für arbeitsbedingte Unfälle und Gesundheitsprobleme sowie mit der Arbeit in Zusammenhang stehende Faktoren, die das Wohlbefinden oder die physische Gesundheit beeinträchtigen – siehe hierzu Unterkapitel 3.5.

Wichtigste Ergebnisse

Fettleibigkeit ist ein schwerwiegendes Problem der öffentlichen Gesundheit. Mit ihr steigt das Risiko, vorzeitig zu sterben und von einer

(*) Die Daten wurden in den einzelnen Ländern in unterschiedlichen Jahren erhoben (zwischen 1996 und 2003).

Behinderung betroffen zu sein. Fettleibigkeit wird vorrangig mit schlechten Essgewohnheiten und mangelnder körperlicher Aktivität in Verbindung gebracht. Der Anteil der übergewichtigen Menschen an der Bevölkerung ist in den meisten Mitgliedstaaten in den letzten zehn Jahren deutlich angestiegen; mittlerweile ist fast die Hälfte der EU-Bevölkerung übergewichtig oder fettleibig. Im Jahr 2003 ⁽⁸⁾ wurde der höchste Anteil an fettleibigen und übergewichtigen Menschen im Vereinigten Königreich (61,0%, nur England) und in Deutschland (59,7%) ⁽⁹⁾ verzeichnet; Italien und Frankreich waren hingegen die einzigen Mitgliedstaaten, in denen der Anteil der Übergewichtigen und Fettleibigen an der Bevölkerung weniger als 40% betrug.

Im Jahr 2003 ⁽¹⁰⁾ rauchte knapp die Hälfte der Männer in Lettland und Estland täglich, in Schweden war der Anteil der männlichen Raucher mit 16,5% 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 den 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 mehr als dreimal 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 deutlich geringer. In Schweden und im Vereinigten Königreich rauchten mehr junge Frauen als junge Männer. Darüber hinaus lag der Anteil häufig 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.

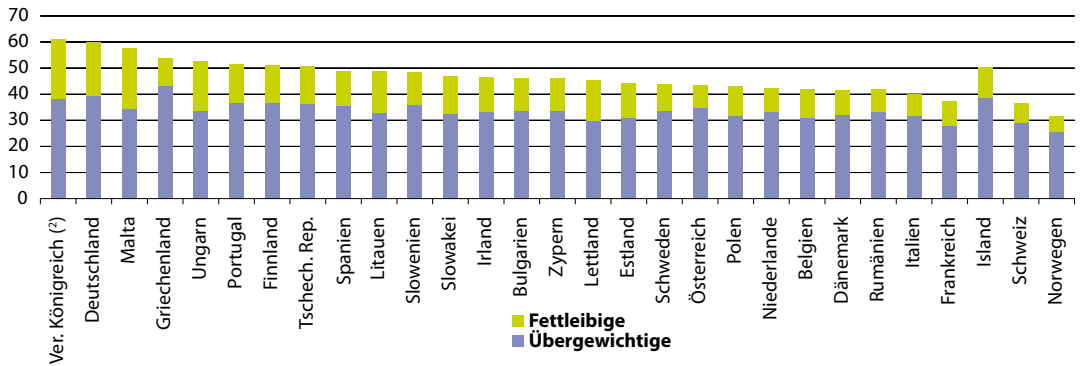
Die Ergebnisse der Erhebung 2007 der EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) liefern Daten über die Schwierigkeiten, denen sich die Europäer im Alltag gegenübersehen, und über ihren möglichen Unterstützungsbedarf. Allerdings wird damit die subjektive Sicht der Bevölkerung erfasst und nicht konkret der Behinderungsgrad gemessen. In der EU-27 gaben rund 29,1% der Männer und 33,4% der Frauen (ab 18 Jahre) an, dass sie an lang anhaltenden Krankheiten oder gesundheitlichen Problemen litten. In allen Mitgliedstaaten war der Anteil der Frauen, die angaben, unter derartigen lang anhaltenden Problemen zu leiden, höher als der entsprechende Anteil der Männer, allerdings lag im Vereinigten Königreich der Anteil der Männer nur um weniger als 1 Prozentpunkt unter dem der Frauen. In Lettland und der Slowakei hingegen machte der Unterschied zwischen den Geschlechtern mehr als 9 Prozentpunkte aus. Am höchsten war der Anteil der Befragten, die angaben, dass sie an lang anhaltenden Krankheiten oder gesundheitlichen Problemen litten, in Finnland und Estland mit jeweils rund 40% bei Männern und Frauen; die niedrigsten Anteile verzeichneten Rumänien, Italien und Griechenland.

⁽⁸⁾ Die Daten für Deutschland und England beziehen sich auf nachgewiesene Messungen von Größe und Gewicht, bei den übrigen Ländern handelt es sich hingegen um von den Befragten selbst gemachte Angaben zu Größe und Gewicht.

⁽¹⁰⁾ Die Daten wurden in den einzelnen Ländern in unterschiedlichen Jahren erhoben (zwischen 1996 und 2003).



Abbildung 3.12: Übergewichtige, 2003 ⁽¹⁾
(in % der Gesamtbevölkerung)

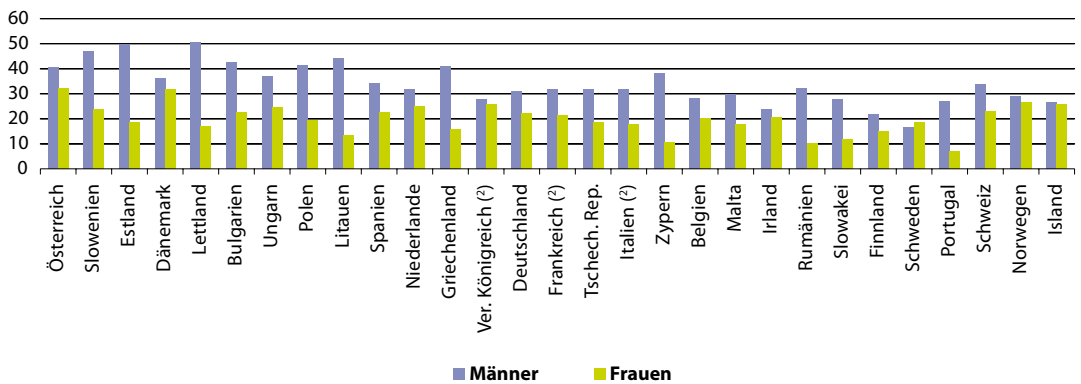


⁽¹⁾ Daten aus nationalen Gesundheitserhebungen (HIS), 1996-2003 je nach Land; zu beachten ist, dass sich die Daten für Deutschland und England auf tatsächliche Größen- und Gewichtsmessungen beziehen, während die Daten der übrigen Länder auf Eigenangaben von Größe und Gewicht beruhen; Luxemburg: nicht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

⁽²⁾ Nur England.

Quelle: Eurostat (hlth_ls_bmia)

Abbildung 3.13: Tägliches Rauchen, 2003 ⁽¹⁾
(in % der Männer/Frauen)

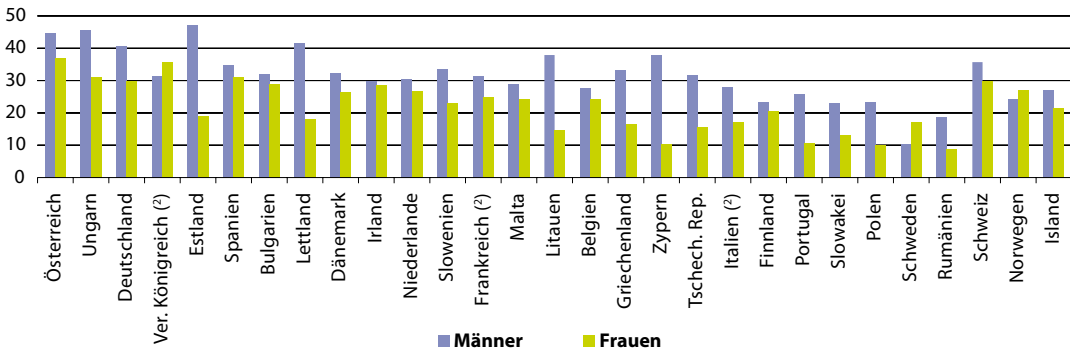


⁽¹⁾ Daten aus nationalen Gesundheitserhebungen (HIS), 1996-2003 je nach Land; Luxemburg: nicht verfügbar; die Rangfolge richtet sich nach dem Durchschnitt der Werte von Männern und Frauen.

⁽²⁾ Keine Unterscheidung zwischen täglichem und gelegentlichem Rauchen.

Quelle: Eurostat (tps00169)

Abbildung 3.14: Tägliches Rauchen bei 15- bis 24-Jährigen, 2003 ⁽¹⁾
(in % der männlichen/weiblichen Bevölkerung im Alter von 15 bis 24 Jahren)

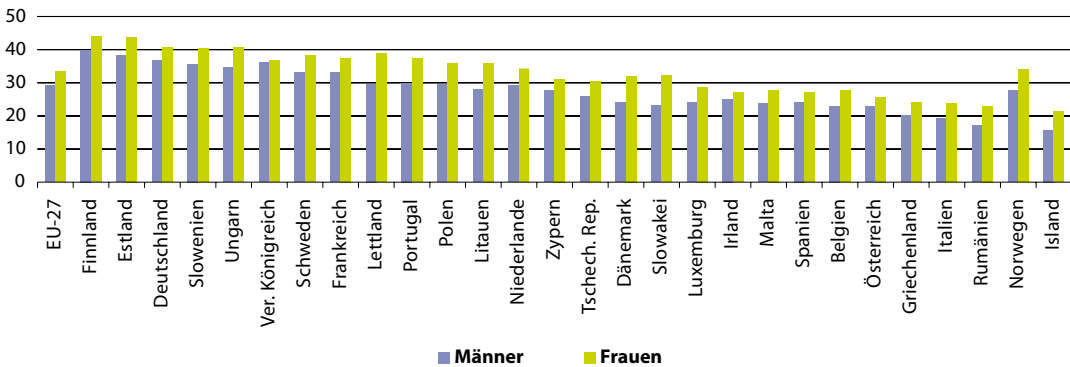


⁽¹⁾ Daten aus nationalen Gesundheitserhebungen (HIS), 1996-2003 je nach Land; Luxemburg: nicht verfügbar; die Rangfolge richtet sich nach dem Durchschnitt der Werte von Männern und Frauen.

⁽²⁾ Keine Unterscheidung zwischen täglichem und gelegentlichem Rauchen.

Quelle: Eurostat (tps00170)

Abbildung 3.15: Personen mit lang anhaltenden Krankheiten oder gesundheitlichen Problemen, 2007 ⁽¹⁾
(in % der männlichen/weiblichen Bevölkerung ab 18 Jahren)



⁽¹⁾ Lang andauernd bezieht sich auf Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die mindestens sechs Monate angehalten haben oder mindestens sechs Monate anhalten dürften; Bulgarien: nicht verfügbar; die Rangfolge richtet sich nach dem Durchschnitt der Werte für Männer und Frauen.

Quelle: Eurostat (hlth_silc_11)



3.5 Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz

Einleitung

Ein Großteil der Bürger verbringt acht Stunden täglich, fünf Tage pro Woche am Arbeitsplatz. Viele Aspekte des Arbeitslebens können zu Krankheit (oder Tod) führen, und diese sind nicht allein auf Sicherheitsfragen und Unfälle beschränkt. Die Arbeitsbedingungen verändern sich in Laufe der Zeit; daher 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, psychische Gefährdungen, Erkrankungen des Bewegungsapparats 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 Beschäftigten in Europa, sondern auch für die Wettbewerbsfähigkeit der EU von entscheidender Bedeutung.

Durch die Annahme und Anwendung zahlreicher Rechtsvorschriften der Gemeinschaft in den letzten Jahrzehnten wurden die Arbeitsbedingungen in den Mitgliedsstaaten verbessert, und die Zahl der arbeits-

bedingten Unfälle und Erkrankungen ging zurück. Durch die neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz für den Zeitraum 2007-2012 ⁽¹⁾ soll eine anhaltende Verringerung der Zahl der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten in der EU erreicht werden, was nicht nur unmittelbare Auswirkungen auf die Beschäftigten haben, sondern auch der neuen Lissabon-Strategie für Wachstum und Beschäftigung zum Erfolg verhelfen wird.

Definitionen und Datenverfügbarkeit

Die europäische Statistik über **Arbeitsunfälle** und Berufskrankheiten entspricht den Anforderungen der Strategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz (2007-2012). 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 from Occupational Accidents“). Als nationale Quellen werden in der Regel Arbeitsunfallmeldungen herangezogen, die entweder bei der öffentlichen Sozialversicherung, bei privaten Versicherungsträgern oder bei anderen zuständigen nationalen Behörden eingehen. Die Daten werden in Zahlen oder Inzidenzraten dargestellt. **Inzidenzraten** werden wie folgt berechnet: (Zahl der an (tödlichen) Arbeitsunfällen beteiligten Personen/Zahl der Erwerbstätigen in der Referenzpopulation) × 100 000.

⁽¹⁾ Entschließung 2007/C 145/01 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). Nähere Informationen unter: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/oj/2007/c_145/c_14520070630de00010004.pdf.

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 Straßenverkehrsunfälle), 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. Die Daten über **schwere Arbeitsunfälle** beziehen sich auf Unfälle, die eine mehr als dreitägige Abwesenheit vom Arbeitsplatz zur Folge haben.

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).

Die Arbeitskräfteerhebung (AKE) 2007 enthielt ein Ad-hoc-Modul mit vier Variablen zu Arbeitsunfällen (gemäß der Standarddefinition), fünf Variablen zu arbeitsbedingten Gesundheitsbeschwerden sowie zwei Variablen zu Faktoren, die sich negativ auf das psychische Wohlbefinden oder die physische Gesundheit auswirken können.

Zu den arbeitsbedingten Gesundheitsbeschwerden zählen Krankheiten, Behinderungen und sonstige körperliche oder psychische Gesundheitsbeschwerden außer unfallbedingten Verletzungen. Wich-

tigstes Kriterium für die Berücksichtigung unter dieser Kategorie ist, dass die befragte Person der Auffassung ist, dass die Gesundheitsbeschwerden durch die (früher oder derzeit) ausgeübte Tätigkeit verursacht oder verschlimmert werden. Die Erhebung ist demnach nicht auf die von Behörden gemeldeten oder anerkannten Fälle beschränkt. Die Gesundheitsbeschwerden können bereits mehr als ein Jahr vor der Befragung eingesetzt haben, müssen jedoch während des gesamten Bezugszeitraums von 12 Monaten bestanden haben. Die Analyse beschränkt sich auf die Altersgruppe der abhängig beschäftigten oder selbstständigen 15- bis 64-Jährigen (16- bis 64-Jährige in Spanien und dem Vereinigten Königreich).

Faktoren, die sich negativ auf das körperliche oder psychische Wohlbefinden auswirken können, betreffen die Exposition am Arbeitsplatz gegenüber einer Reihe bestimmter Faktoren, denen die Befragten eindeutig häufiger oder intensiver ausgesetzt sind, als dies im normalen Alltagsleben der Fall ist. Zu den Faktoren, die sich auf das psychische Wohlbefinden beziehen, gehören Mobbing oder Belästigungen, Gewalt oder Androhung von Gewalt, Zeitdruck und Arbeitsüberlastung. Zu den Faktoren, die sich auf die physische Gesundheit beziehen, zählen Chemikalien, Staub, Dämpfe, Rauch oder Gase, Lärm oder Vibrationen, schwierigen Körperhaltungen, Bewegungsabläufe oder Hantieren mit schweren Lasten sowie Unfallgefahren.

Wichtigste Ergebnisse

In den letzten Jahren ist die Inzidenzrate schwerer Arbeitsunfälle in der EU-27 gesunken. 2006 lag sie 24 % unter der Rate für 1998. Im selben Zeitraum gingen die tödlichen Arbeitsunfälle in der EU-27 um 19 % zurück. 2006 kam es in der EU-27 aufgrund von Arbeitsunfällen zu 5 785 Todesfällen. Die Inzidenzrate tödlicher Arbeitsunfälle spiegelt vermutlich zum Teil die strukturelle



Verlagerung der Wirtschaft hin zu Dienstleistungen wider, wo die Wahrscheinlichkeit von Arbeitsunfällen und tödlichen Arbeitsunfällen normalerweise geringer ist als in den Bereichen Landwirtschaft, Industrie oder Baugewerbe.

Nur drei Mitgliedstaaten meldeten für 2006 eine höhere Inzidenzrate schwerer Arbeitsunfälle als für 1998: Estland (+20%), Irland (+7%) und Litauen (+1%). Dagegen war die Inzidenzrate schwerer Unfälle in Bulgarien, Griechenland und Belgien 2006 um mindestens 40% niedriger als 1998. Die meisten Mitgliedstaaten meldeten zudem auch einen Rückgang der Inzidenzrate tödlicher Arbeitsunfälle. Zunahmen gab es hingegen in sechs Mitgliedstaaten, insbesondere in Slowenien (+49%), Litauen (+17%) und Schweden (+15%). In Frankreich (vorläufige Daten) konnte die Inzidenzrate tödlicher Arbeitsunfälle bis zum Jahr 2006 halbiert werden.

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 Branchen und Berufen mit „erhöhtem Risiko“ sowie in Vollzeitbeschäftigung tätigen Männer. Durch Strukturveränderungen sowie Änderungen bei den Arbeitsmethoden dürfte sich auch erklären lassen, weshalb die Unfallinzidenzrate bei den Männern tendenziell schneller zurückgegangen ist als bei den Frauen. So ging die Inzidenzrate schwerer Unfälle bei Männern zwischen 1998 und 2006 um 23% zurück, während der entsprechende Wert bei den Frauen bei 18% lag.

Die höchste Zahl von Arbeitsunfällen verzeichneten 2007 die Sektoren Land- und Forstwirtschaft, verarbeitendes Gewerbe und Baugewerbe. Allerdings besteht hier ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern – die Sektoren, in denen für Frauen die höchste Unfallwahrscheinlichkeit bestand, waren das Gesundheits- und Sozialwesen sowie Beherbergungs- und Gaststätten.

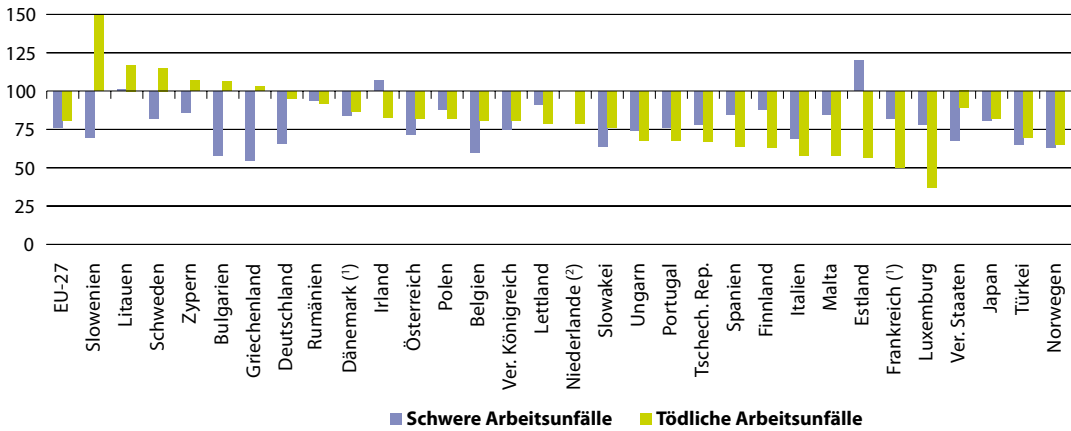
Die Arbeitkräfteerhebung 2007 ergab, dass rund 8,6% der Erwerbstätigen (15 bis 64 Jahre) in der EU-27 in den vorangegangenen 12 Monaten unter mindestens einem arbeitsbedingten Gesundheitsproblem gelitten hatten; 2,1% der befragten Erwerbstätigen gaben an, dass bei ihnen zwei oder mehr arbeitsbedingte Gesundheitsbeschwerden bestanden hatten. Rückenbeschwerden (28%), Beschwerden, von denen hauptsächlich Nacken, Schultern, Arme oder Hände betroffen waren (19%), sowie Stress, Depressionen oder Beklemmungen (14%) wurden von den Befragten mit arbeitsbedingten Gesundheitsbeschwerden am häufigsten genannt. Männer litten häufiger unter Rückenproblemen als Frauen, wohingegen Frauen häufiger über Beschwerden an Nacken, Schultern, Armen oder Händen berichteten.

In einer kürzlich durchgeführten Studie, an der die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz⁽¹²⁾ mitwirkte, werden Zahlen der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) genannt, die davon ausgeht, dass 2006 in der EU-27 rund 159 500 Arbeitnehmer aufgrund von Berufskrankheiten verstarben.

⁽¹²⁾ Nähere Informationen unter: <http://osha.europa.eu/de>.



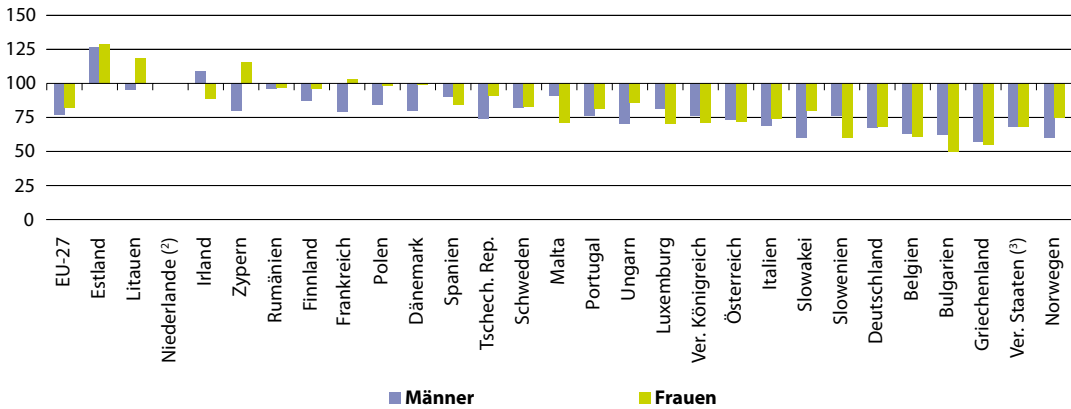
Abbildung 3.16: Inzidenzrate von Arbeitsunfällen, 2006
(1998=100, auf Basis der Anzahl der Unfälle je 100 000 Erwerbstätige)



(¹) Tödliche Arbeitsunfälle, vorläufig.
(²) Bruch in den Reihen zu schweren Arbeitsunfällen (umbasiert, 2005=100).

Quelle: Eurostat (tsiem090 und tsiem100)

Abbildung 3.17: Inzidenzrate schwerer Arbeitsunfälle nach Geschlecht, 2006 (¹)
(1998=100, auf Basis der Anzahl der schweren Unfälle je 100 000 Erwerbstätige)



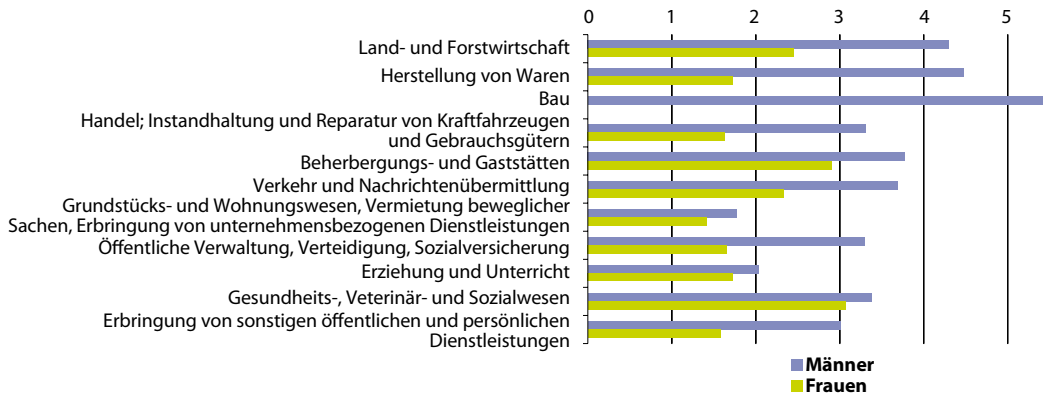
(¹) Lettland: nicht verfügbar; die Rangfolge richtet sich nach dem Durchschnitt der Werte von Männern und Frauen.
(²) Bruch in der Zeitreihe, umbasiert, 2005=100.
(³) 2005.

Quelle: Eurostat (tsiem090)



Abbildung 3.18: Erwerbstätige, die in den vergangenen 12 Monaten einen oder mehrere Unfälle gemeldet haben, EU-27, 2007 ⁽¹⁾

(in % der männlichen/weiblichen Erwerbstätigen im Alter von 15-64 Jahren)

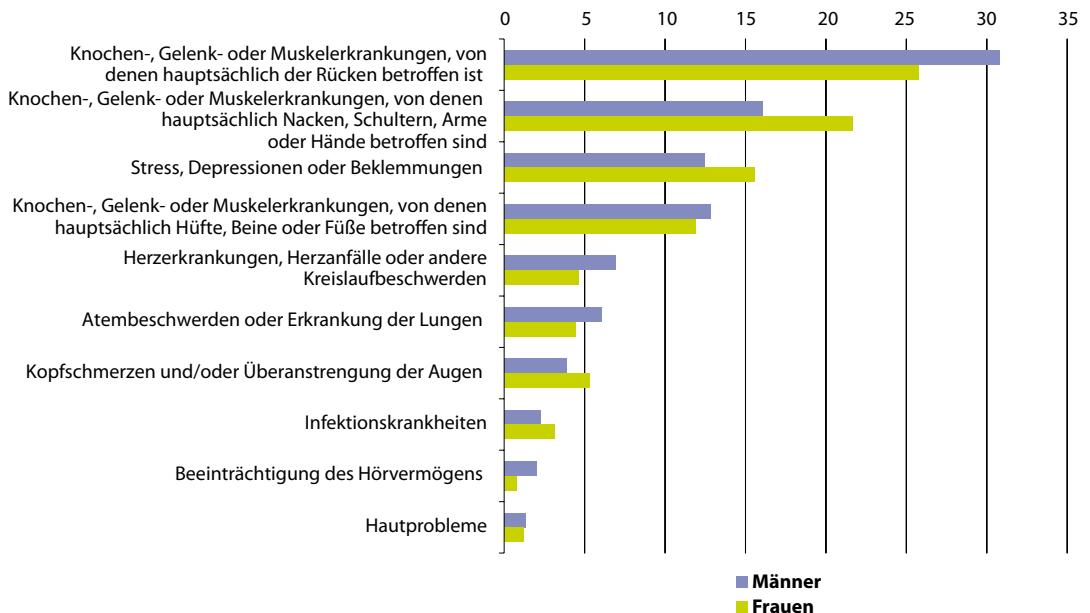


⁽¹⁾ Die folgenden Wirtschaftszweige sind hierin nicht enthalten, da aufgrund geringer Stichprobengrößen die Zuverlässigkeit der Zahlen nicht gewährleistet ist: Fischerei; Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden; Energie- und Wasserversorgung; Bau (Frauen); Kredit- und Versicherungsgewerbe; private Haushalte mit Hauspersonal; exterritoriale Organisationen und Körperschaften; die Rangfolge richtet sich nach dem Durchschnitt der Werte für Männer und Frauen.

Quelle: Eurostat (LFS)

Abbildung 3.19: Arbeitsbedingte Gesundheitsbeschwerden in den vergangenen 12 Monaten, EU-27, 2007 ⁽¹⁾

(in % der männlichen/weiblichen Erwerbstätigen im Alter von 15-64 Jahren)



⁽¹⁾ Ohne Frankreich. Die Rangfolge richtet sich nach dem Durchschnitt der Werte für Männer und Frauen.

Quelle: Eurostat (LFS)