

Gesundheit

12





Einführung

Gesundheit hat bei den europäischen Bürgern einen hohen Stellenwert; sie erwarten, überall gegen Krankheit und Erkrankungen geschützt zu sein – zu Hause, am Arbeitsplatz und unterwegs. Gesundheit ist ein bereichsübergreifendes Thema, bei dem vielfältige Aspekte wie z. B. Verbraucherschutz (Lebensmittelsicherheit), Sicherheit am Arbeitsplatz sowie Umwelt- und Sozialpolitik zum Tragen kommen.

Die Erstellung EU-weit vergleichbarer Statistiken über die öffentliche Gesundheit und ihre bestimmenden Faktoren steht in engem Zusammenhang mit einer der Prioritäten des Aktionsprogramms der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit 2008-2013: der Schaffung und Verbreitung von Informationen und Wissen zu Gesundheitsfragen.

So kann Eurostat einen Beitrag zur Erreichung weiterer Ziele des Aktionsprogramms leisten – durch die Erhebung und Verbreitung von statistischen Daten und von Gesundheitsindikatoren, die politischen Entscheidungsträgern helfen, Gesundheitsrisiken für die Bürger zu erkennen und den entsprechenden Gesundheitsschutz zu verbessern, die Gesundheit zu fördern und Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung abzubauen.

Todesursachen

Mortalitätsmuster unterscheiden sich stark nach Alter und Geschlecht, aber auch zwischen Ländern und Regionen. Es gibt drei Arten von Faktoren, die sich entscheidend auf die Mortalitätsmuster auswirken: endogene Faktoren (z. B. Alter und Geschlecht), exogene Faktoren (biologische oder sozialkollektive Faktoren, Lebens- bzw. Arbeitsbedingungen usw.) und individuelle Faktoren (z. B. Lebensweise, Tabak- und Alkoholkonsum, Verhalten im Straßenverkehr und sexuelles Verhalten).

Generell ist die Mortalität bei Männern in allen Altersgruppen höher als bei Frauen. Obwohl es Anzeichen dafür gibt, dass sich diese Schere in einigen Mitgliedstaaten allmählich schließt, sind nach wie vor erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede in der Sterblichkeit festzustellen.

Die Mortalitätsmuster zeigen in den einzelnen Altersgruppen deutliche Unterschiede hinsichtlich der Todesursachen. Da die Menschen heute allgemein länger leben, sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache in der Europäischen Union. Die zweithäufigste Todesursache sind bösartige Neubildungen, von denen in erster Linie die mittleren Altersgruppen und

ältere Menschen betroffen sind. Bei den jüngeren Bevölkerungsgruppen ist der größte Anteil der Todesfälle jedoch auf äußere Ursachen zurückzuführen (einschließlich Verkehrsunfälle). Die Verteilung der Todesursachen hängt jedoch auch von geografischen Faktoren ab. In den meisten neuen Mitgliedstaaten sind beispielsweise hohe Mortalitätsraten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verzeichnen. Und in den baltischen Staaten besteht eine überdurchschnittlich hohe Sterblichkeit aufgrund äußerer Ursachen.

All dies sind gute Gründe für eine nach Geschlecht und nach unterschiedlichen Altersgruppen aufgeschlüsselte eingehendere Untersuchung der Mortalitätsraten auf nationaler und regionaler Ebene.

Atemwegserkrankungen

Atemwegserkrankungen umfassen akute Atemwegsinfektionen (Grippe und Lungenentzündung) und chronisch obstruktive Erkrankungen. Sie bilden die dritthäufigste Todesursache in der Europäischen Union, auf die 8 % der Todesfälle zurückzuführen sind. Atemwegserkrankungen betreffen in erster Linie ältere Menschen: Neun von zehn Menschen, die an Atemwegserkrankungen sterben, sind älter als 65 Jahre.

Bei den Mortalitätsmustern infolge von Atemwegserkrankungen bestehen innerhalb Europas erhebliche Unterschiede. Die durchschnittliche Sterbeziffer liegt bei 82 Todesfällen je 100 000 Einwohner bei Männern und 69 Todesfällen je 100 000 Einwohner bei Frauen (jeweils für die Gesamtheit der Altersgruppen).

In der Gruppe der über 65-Jährigen sind die Mortalitätsraten aufgrund von Atemwegserkrankungen bei Männern in fast allen Regionen höher; nur in vier Regionen im Vereinigten Königreich (Lincolnshire, East Anglia und Kent sowie die Region Cornwall and Isles of Scilly) und in Island wurden mehr Todesfälle bei Frauen verzeichnet (437,4 bzw. 385,2 Todesfälle je 100 000 Einwohner). In anderen Regionen der 27 EU-Mitgliedstaaten treten zum Teil recht große Variationen auf; beim Verhältnis der Mortalitätsraten von Männern und Frauen (Männer/Frauen) reicht die Bandbreite von 1 in der Region Berkshire, Buckinghamshire and Oxfordshire (Vereinigtes Königreich) bis zu über 3,0 in Pohjois-Suomi (Finnland), Estland und Lubelskie (Polen) bzw. sogar 4,1 in Litauen.

Bei der Mortalität infolge von Atemwegserkrankungen sind ausgeprägte regionale Muster zu erkennen. In den Regionen Spaniens, Norwegens, des Vereinigten Königreichs und Portugals ist eine hohe Mortalität zu verzeichnen. Die höchsten rohen



Sterbeziffern für Menschen über 65 Jahre werden in Região Autónoma da Madeira (Portugal – 1 653,3 Todesfälle je 100 000 Einwohner bei Männern und 940,1 Todesfälle je 100 000 Einwohner bei Frauen), Merseyside (Vereinigtes Königreich – 945,6 bei Männern und 819,3 bei Frauen), Greater Manchester (Vereinigtes Königreich – 942,5 bei Männern und 902,1 bei Frauen) und Lancashire (Vereinigtes Königreich – 918,4 bei Männern und 867,1 bei Frauen) gemeldet. Die nationalen Werte dieser beiden Länder liegen für Portugal um 37 % und für das Vereinigte Königreich um 70 % höher als der Durchschnitt der EU-27 und machen bei Europäern über 65 Jahren 24 % aller Todesfälle infolge von Atemwegserkrankungen aus. Am anderen Ende der Skala werden die niedrigsten Sterbeziffern je nach Geschlecht in unterschiedlichen Regionen festgestellt (außer im Fall von Lettland). Die Regionen mit den niedrigsten Sterbeziffern sind für Männer Guadeloupe (Frankreich) (193,8), Sachsen-Anhalt (Deutschland) (234,8) und Lettland (240,5) und für Frauen Lettland (66,2) und Estland (76,8).

Chronische Erkrankungen der unteren Atemwege

Chronische Erkrankungen der unteren Atemwege (chronische Lungenerkrankungen, Emphysem und Asthma) bilden die wichtigste Gruppe von Atemwegserkrankungen und verursachen in den 27 EU-Mitgliedstaaten 3,9 % der Todesfälle bei Männern und 2,6 % der Todesfälle bei Frauen. Unter diesen Erkrankungen sind chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) die häufigste Untergruppe; 31 % der Todesfälle aufgrund von Atemwegserkrankungen sind auf COPD zurückzuführen. Die meisten dieser Todesfälle betreffen Menschen über 65 Jahren; wie bei den Atemwegserkrankungen insgesamt ist die nationale und regionale Verteilung der Todesfälle aufgrund chronischer Erkrankungen der unteren Atemwege jedoch unterschiedlich.

Die höchsten nationalen rohen Sterbeziffern für chronische Erkrankungen der unteren Atemwege je 100 000 Einwohner bei Männern ab 65 Jahren sind in Ungarn (382,4), Belgien (373,1), Dänemark (314,0) und Litauen (341,4) zu verzeichnen.

Bei Frauen sind hohe Mortalitätsraten in Dänemark (314,2), Island (254,3), Irland (253,5) und dem Vereinigten Königreich (237,3) festzustellen.

Die niedrigsten nationalen Werte bei Männern wurden in Frankreich (116,4) und in Griechenland (131,2) ermittelt. Bei Frauen wurden die niedrigsten Werte in Lettland (28,9) und Malta (49,1) gemeldet.

Die Daten belegen deutliche Unterschiede in den niedrigsten Werten bei Männern und Frauen.

Bei einem Vergleich der regionalen Werte werden die höchsten rohen Sterbeziffern bei Männern ab 65 Jahren in Észak-Magyarország (Ungarn) mit 531,6 und in Principado de Asturias (Spanien) mit 504,0 und die niedrigsten rohen Sterbeziffern in Guadeloupe (Frankreich) mit 29,4 und in Kentriki Makedonia (Griechenland) mit 92,7 gemeldet.

Bei Frauen verzeichnen Merseyside (Vereinigtes Königreich) mit 341,1 und Oslo og Akershus (Norwegen) mit 268,9 die höchsten regionalen Mortalitätsraten. Wie auch bei den Männern weist Guadeloupe (Frankreich) die niedrigste Mortalitätsrate bei Frauen auf (16,2), gefolgt von Yuguiztochen (Bulgarien) mit 38,4.

Krankenhausentlassungen

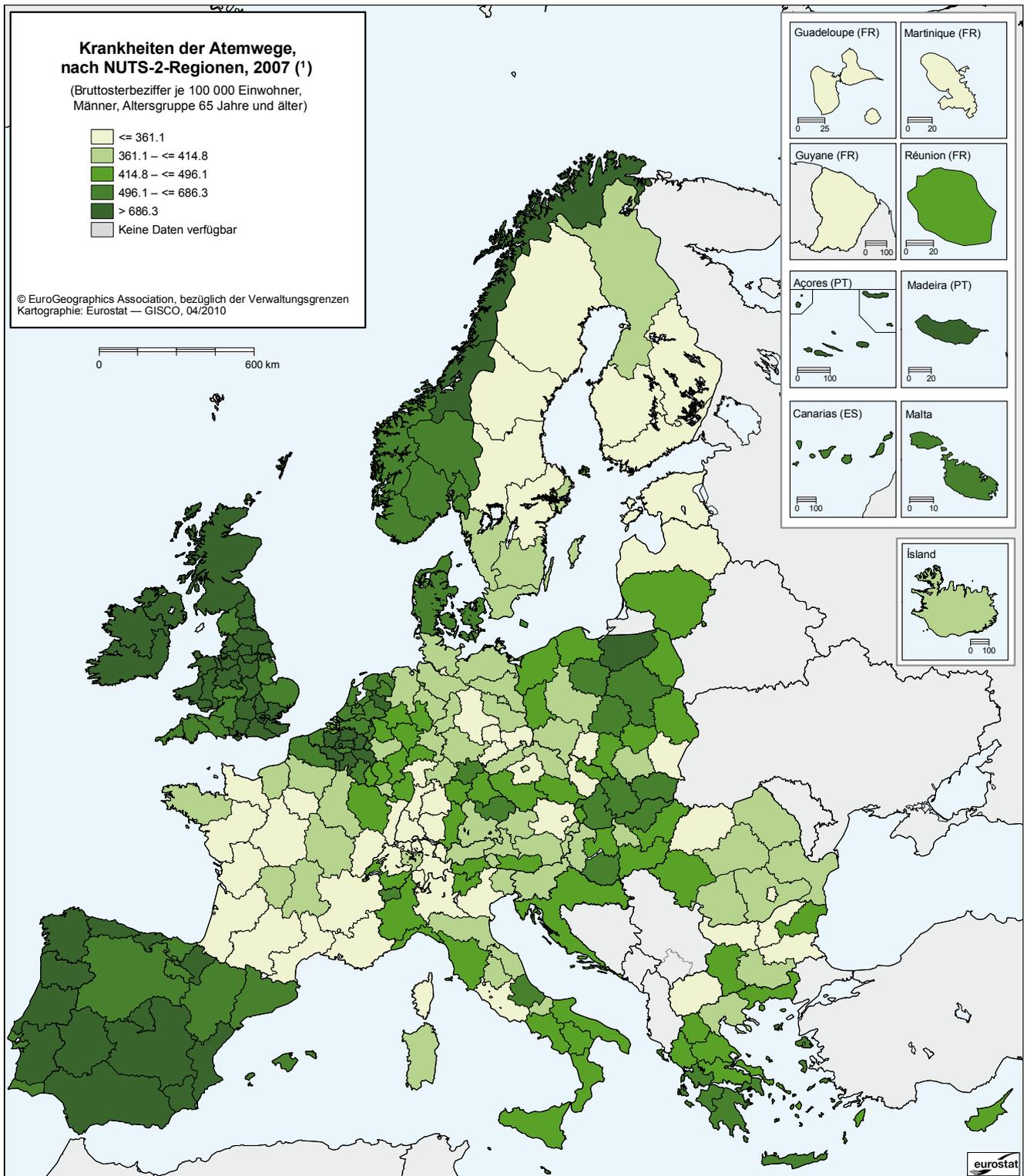
Statistiken über Krankenhausaufenthalte vermitteln ein umfassendes Bild der Heilbehandlung der Bevölkerung und des allgemeinen Zustands der öffentlichen Gesundheit. 2007 wurden in den 27 EU-Mitgliedstaaten etwa 16 760 Personen je 100 000 Einwohner aus Krankenhäusern entlassen. Zwischen den einzelnen Ländern variiert dieser Indikator allerdings erheblich, von unter 7 500 in Zypern und Malta bis über 27 000 in Österreich. Diese Unterschiede können zum Teil eine unterschiedliche Organisation der Gesundheitsdienste widerspiegeln.

Regionale Daten zu Krankenhausentlassungen stehen erst seit relativ kurzer Zeit zur Verfügung, und nicht alle Länder sind bereits in der Lage, zu diesem Thema Angaben auf subnationaler Ebene zu machen. Unter den Ländern mit subnationalen Daten bestehen in der Tschechischen Republik sowie in Deutschland und in Frankreich jeweils auf nationaler Ebene die größten Unterschiede in Bezug auf die Zahl der Krankenhausentlassungen nach einer Atemwegserkrankung je 100 000 Einwohner ab 65 Jahren (die gleiche Kategorie, die oben im Zusammenhang mit den Todesursachen analysiert wurde). Auf Réunion (Frankreich) wurden etwa viermal so viele Personen ab 65 Jahren nach einer Atemwegserkrankung aus Krankenhäusern entlassen wie in Guadeloupe. In den Großstadregionen Frankreichs liegt dieser Faktor bei 1,7. In Deutschland und der Tschechischen Republik variieren die Krankenhausentlassungen innerhalb des Landes etwa um den Faktor 1,5.

Hinsichtlich der geschlechtsbezogenen Unterschiede ist in Island bei Krankenhausentlassungen eine nahezu vollständig ausgeglichene Situation festzustellen: Je 100 000 Einwohner wurden



Karte 12.1: Krankheiten der Atemwege, nach NUTS-2-Regionen, 2007 ⁽¹⁾
(Bruttosterbeziffer je 100 000 Einwohner, Männer, Altersgruppe 65 Jahre und älter)

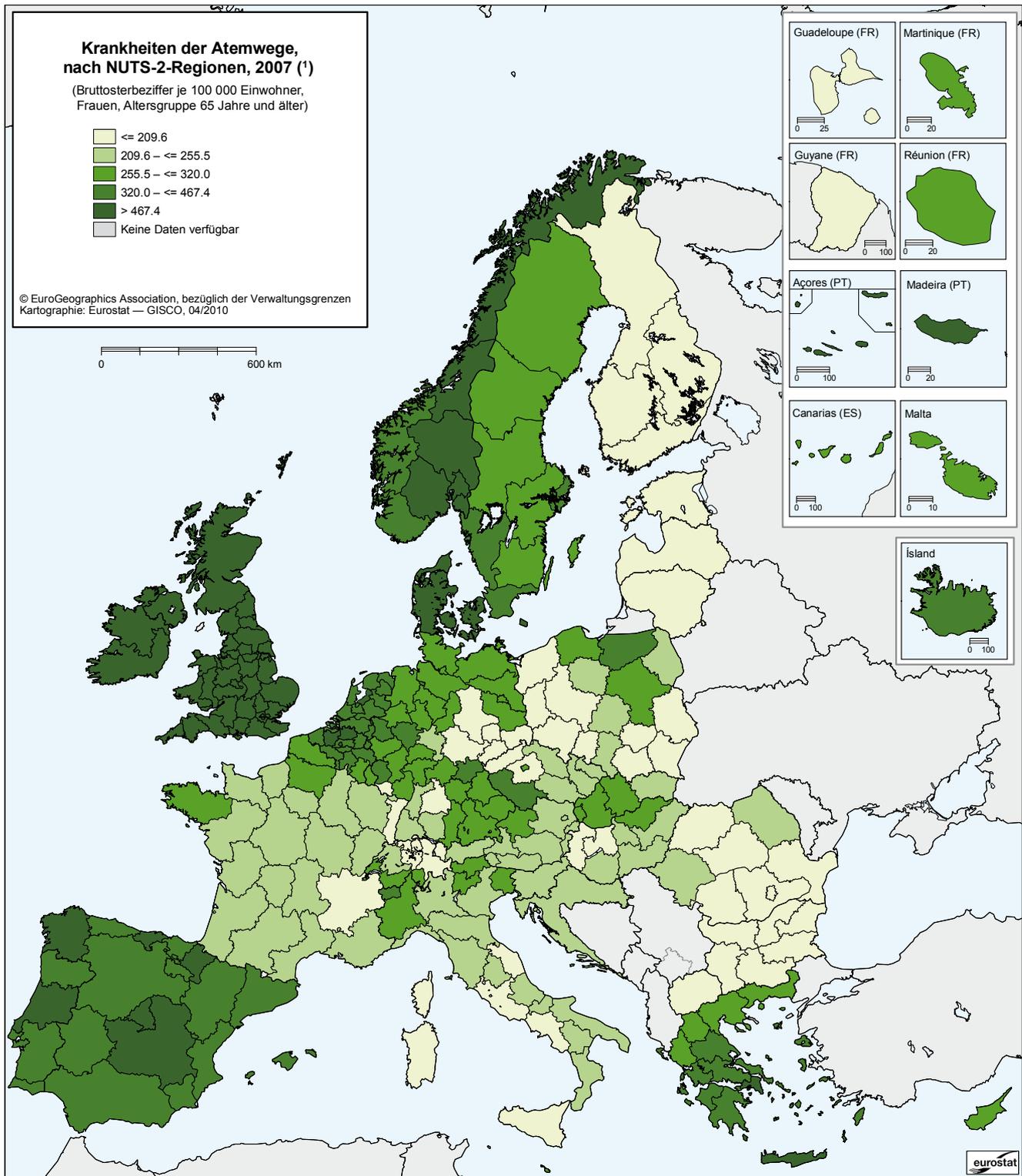


⁽¹⁾ Dänemark, Luxemburg, England und Wales, Norwegen, 2006; Belgien, Schottland, Nordirland, 2004; Dänemark, Slowenien, Kroatien, nationale Ebene; Schottland, NUTS-1-Ebene.

Quelle: Eurostat (hlth_cd_acdr).



Karte 12.2: Krankheiten der Atemwege, nach NUTS-2-Regionen, 2007 ⁽¹⁾
 (Bruttosterbeziffer je 100 000 Einwohner, Frauen, Altersgruppe 65 Jahre und älter)

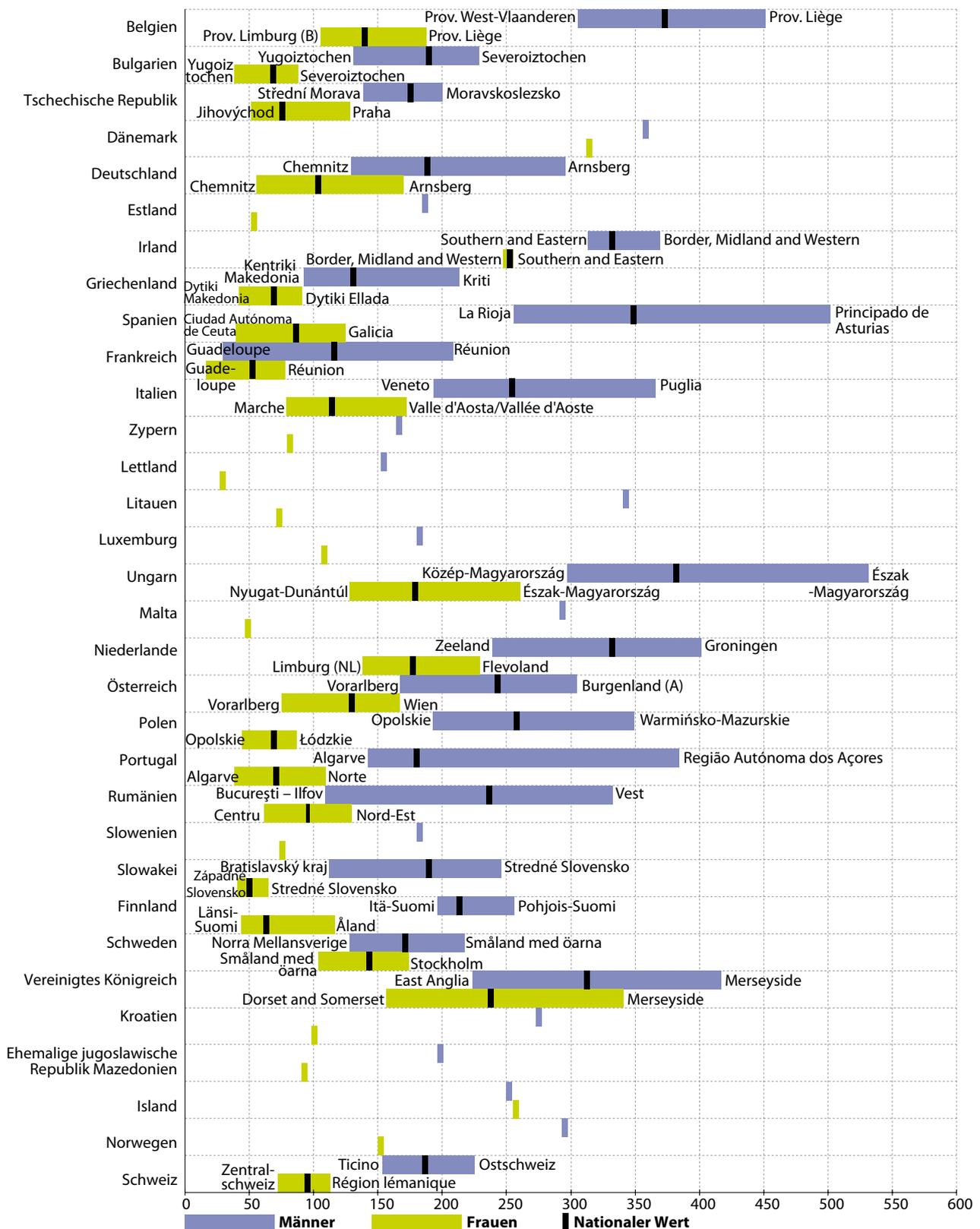


⁽¹⁾ Dänemark, Luxemburg, England und Wales, Norwegen, 2006; Belgien, Schottland, Nordirland, 2004; Dänemark, Slowenien, Kroatien, nationale Ebene; Schottland, NUTS-1-Ebene.

Quelle: Eurostat ([hlth_cd_acdr](#)).



Abbildung 12.1: Chronische Krankheiten der unteren Atemwege, nach NUTS-2-Regionen, 2007 ⁽¹⁾
(Bruttosterbeziffer je 100 000 Einwohner, Altersgruppe 65 Jahre und älter)

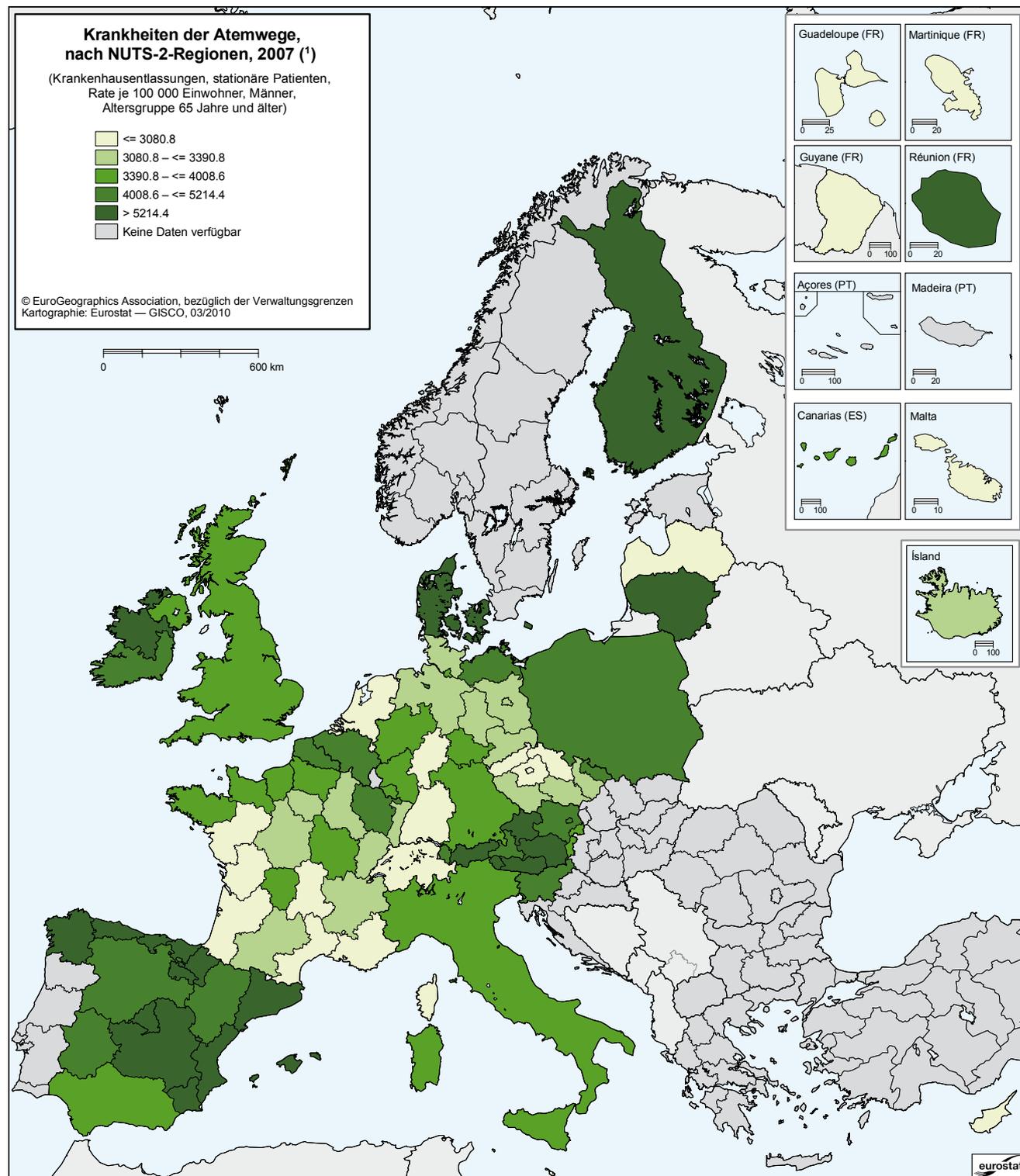


⁽¹⁾ Dänemark, Luxemburg, England und Wales, 2006; Belgien, Schottland, Nordirland, 2004; Dänemark, Slowenien, Kroatien, nationale Ebene.

Quelle: Eurostat (hlth_cd_acdr).



Karte 12.3: Krankheiten der Atemwege, nach NUTS-2-Regionen, 2007 ⁽¹⁾
 (Krankenhausetlassungen, stationäre Patienten, Rate je 100 000 Einwohner, Männer, Altersgruppe 65 Jahre und älter)

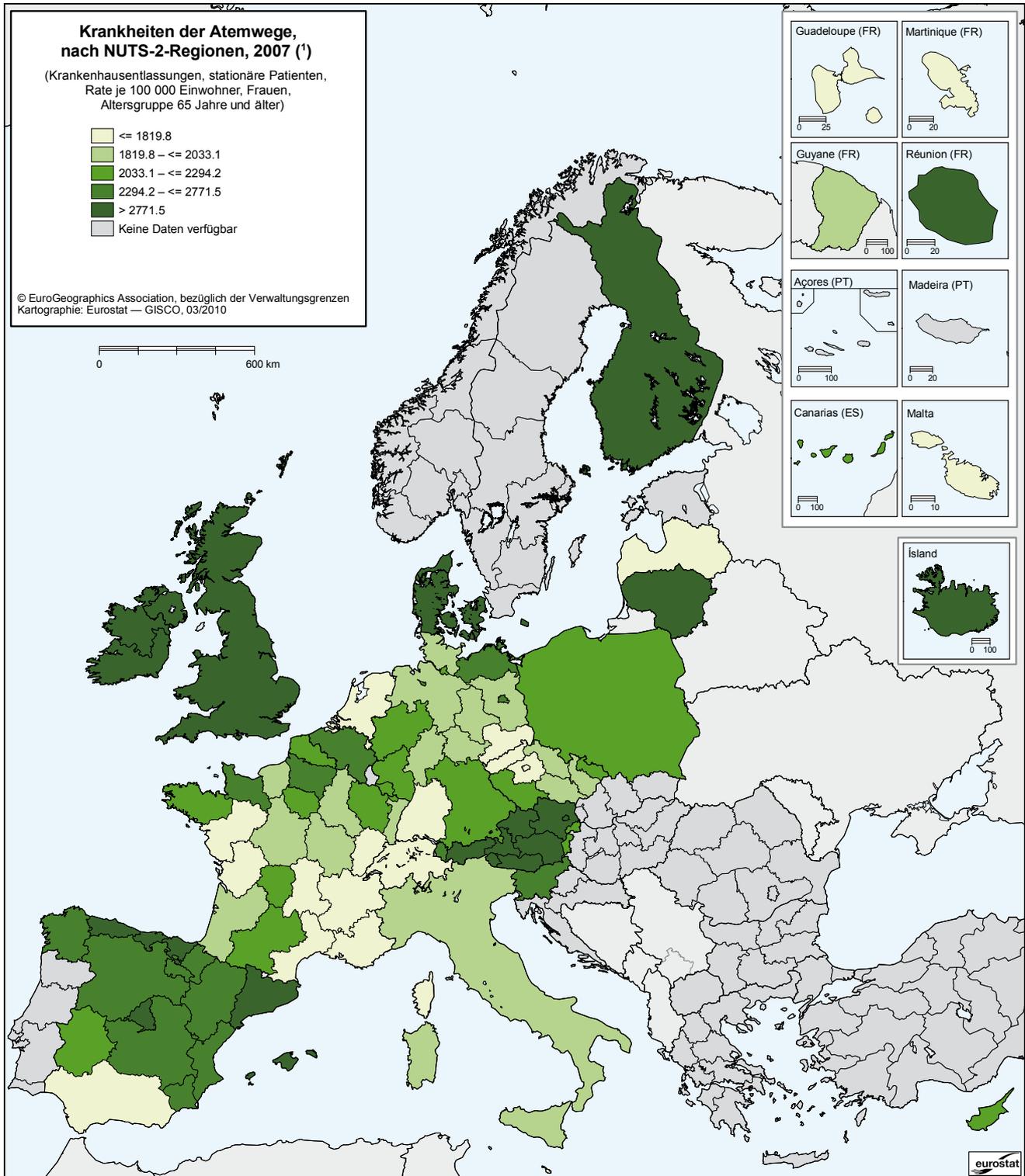


⁽¹⁾ Lettland, Malta, 2008; Finnland, 2006; Italien, 2004; Dänemark, Island, 2003; Belgien, Dänemark, Italien, Niederlande, Polen, Slowenien, Finnland, Vereinigtes Königreich, Schweiz, nationale Ebene; Deutschland, NUTS-1-Ebene.

Quelle: Eurostat ([hlth_co_disch1](#)).



Karte 12.4: Krankheiten der Atemwege, nach NUTS-2-Regionen, 2007 ⁽¹⁾
(Krankenhausesentlassungen, stationäre Patienten je 100 000 Einwohner, Frauen, Altersgruppe 65 Jahre und älter)



⁽¹⁾ Lettland, Malta, 2008; Finnland, 2006; Italien, 2004; Dänemark, Island, 2003; Belgien, Dänemark, Italien, Niederlande, Polen, Slowenien, Finnland, Vereinigtes Königreich, Schweiz, nationale Ebene; Deutschland, NUTS-1-Ebene.

Quelle: Eurostat ([hlth_co_disch1](#)).



3 389,4 Männer und 3 333,9 Frauen über 65 Jahre nach einer Atemwegserkrankung entlassen. Die größten Unterschiede waren in Spanien zu verzeichnen: 2007 wurden in Asturias 2,5-mal mehr Männer als Frauen entlassen, und in Ciudad Autónoma de Melilla sogar 2,6-mal mehr Männer.

Pflegekräfte und Hebammen

Regionale Daten über Beschäftigte im Gesundheitswesen vermitteln ein umfassendes Bild der für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung verfügbaren Humanressourcen. Die Eurostat-Daten über die Beschäftigten im Gesundheitswesen stützen sich größtenteils auf administrative Datenquellen. Die zugrunde gelegten Definitionen können sich von Land zu Land unterscheiden und spiegeln in hohem Maße länderspezifische Besonderheiten in der Organisation des Gesundheitswesens wider; daher sind die erhobenen Daten nicht in allen Fällen uneingeschränkt vergleichbar.

Die Daten über Humanressourcen, die für die Bereitstellung von Gesundheitsdiensten zur Verfügung stehen, werden unabhängig vom Tätigkeitsbereich dargestellt (d. h. unabhängig davon, ob die betreffenden Personen selbstständig tätig oder in einem Krankenhaus oder bei einem anderen Dienstleistungsanbieter angestellt sind). Für den Vergleich der Gesundheitsdienste in den verschiedenen Mitgliedstaaten bevorzugt Eurostat das Konzept der „praktizierenden Beschäftigten“ im Gesundheitswesen, da dieses die Verfügbarkeit von Ressourcen im Gesundheitswesen am besten vermittelt (dies war jedoch nicht immer möglich).

Auf EU-Ebene lässt sich Europa entlang einer Achse von Finnland bis Italien grob in zwei verschiedene Bereiche unterteilen. Westlich dieser Achse stehen den Gesundheitssystemen generell 667 bis 1 096 Pflegekräfte je 100 000 Einwohner zur Verfügung; nur in Portugal ergibt sich für die Regionen im Osten häufig ein Indikator von unter 667 bzw. teilweise sogar unter 554 je 100 000 Einwohner.

2007 lag die Durchschnittszahl der Pflegekräfte und der Hebammen für die 27 Mitgliedstaaten der EU bei etwa 882 je 100 000 Einwohner. Die höchste Konzentration praktizierender Pflegekräfte und Hebammen je 100 000 Einwohner wurde in Luxemburg (1 571,5) gemeldet, gefolgt von den Niederlanden (1 500,7), der Schweiz (1 485,7), Island (1 460,1) und Dänemark (1 459,3); dagegen lag der Wert in Bulgarien mit 466,4 um etwa 53 % unter dem EU-Durchschnitt.

Auf regionaler Ebene sind somit erhebliche Unterschiede zu beobachten.

Betrachtet man alle Regionen, reicht die Dichte der Pflegekräfte von weniger als 300 in verschiedenen Regionen Portugals (Algarve, Alentejo und Norte) bis hin zu mehr als 1 600 in den Niederlanden (Gelderland, Zeeland, Groningen, Friesland und Drenthe). Es überrascht nicht, dass die höchste Konzentration in den meisten Ländern in den Regionen um die Hauptstädte zu finden ist, zum Beispiel in Praha (Prag) oder București – Ilfov (Bukarest). In einigen Ländern weisen jedoch auch andere Regionen einen hohen Anteil an Pflegekräften und Hebammen auf, zum Beispiel Limousin (Frankreich), die Provinz West-Vlaanderen (Belgien), die Comunidad Foral de Navarra (Spanien) oder Aragón (Spanien).

Bei der Karte ist allerdings zu beachten, dass sich die regionalen Daten für Frankreich, Italien, die Slowakei und die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien auf „fachlich aktive“ Pflegekräfte und Hebammen beziehen [die praktizierende und andere (nicht praktizierende) Hebammen und Pflegekräfte einschließen, für die ihre Ausbildung eine Voraussetzung für die Ausübung ihres Berufs ist]; insoweit besteht die Gefahr einer Überbewertung des Datenmaterials.

Schlussfolgerung

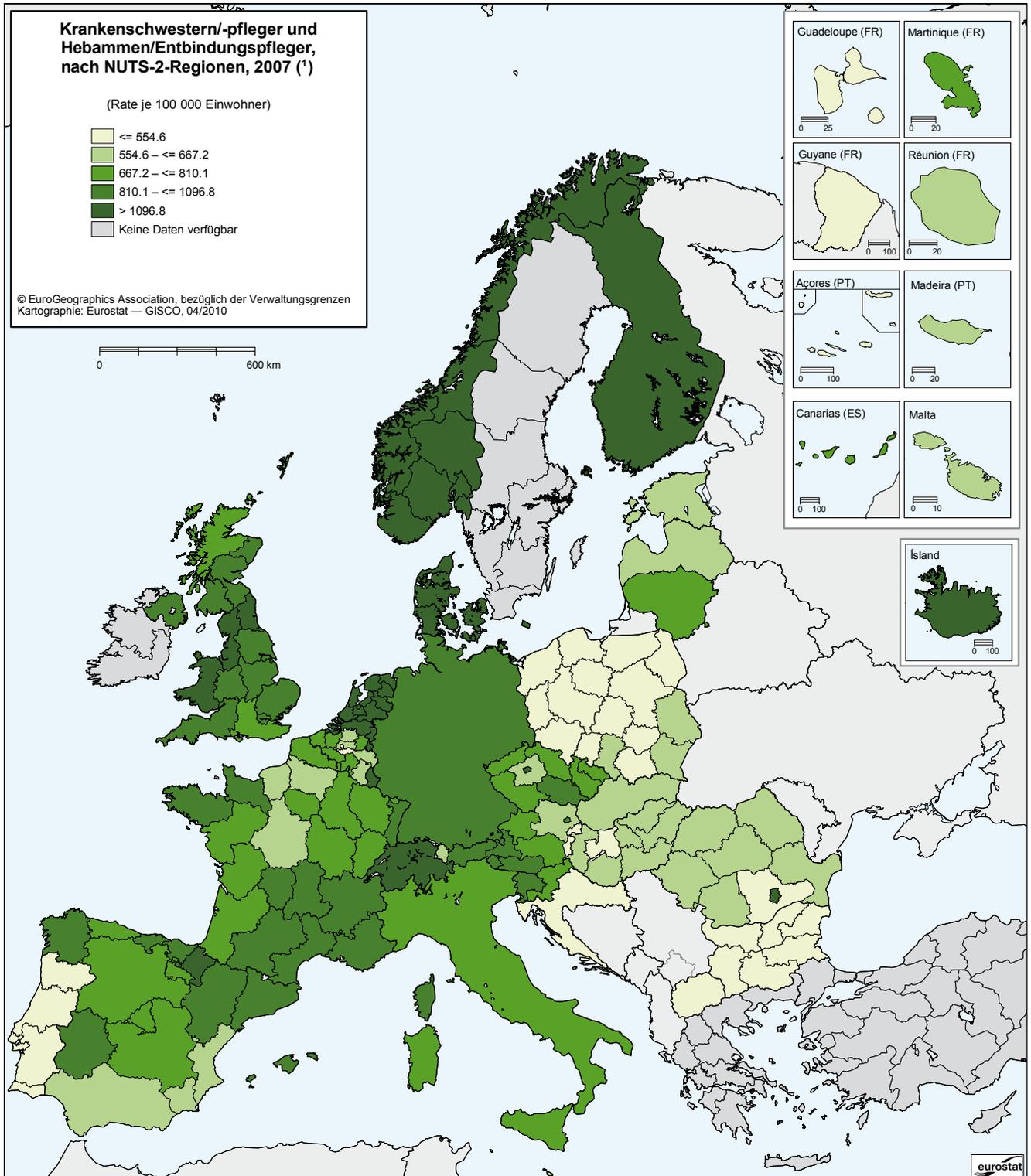
Daten über das Gesundheitswesen und damit auch über die Gesundheit der Bevölkerung eines Landes sind eine wichtige Voraussetzung für die Überwachung der Wirksamkeit gesundheitspolitischer Maßnahmen.

Die derzeit verfügbaren regionalen Gesundheitsindikatoren vermitteln einen Eindruck von den Parallelen, Besonderheiten und Gegensätzen des Gesundheitswesens in den Regionen Europas. Wie oben erläutert, können innerhalb eines Landes erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Regionen bestehen, während die Situation in Regionen verschiedener Länder sehr ähnlich sein kann. Eine sorgfältige Analyse der Trends und Abweichungen der Gesundheitsindikatoren auf regionaler Ebene ist daher unverzichtbar für die Planung und Überwachung von Maßnahmen und Programmen, die Formulierung neuer Politiken und die Entwicklung neuer Strategien sowie insgesamt dafür, einen Beitrag zu einer „evidenzbasierten Gesundheitspolitik“ zu leisten.

Der Schwerpunkt der Arbeit von Eurostat im Bereich der Gesundheitsstatistik liegt auf der weiteren Verbesserung der Qualität, der Vergleichbarkeit und der Vollständigkeit der Daten sowie auf der weiteren Ausdehnung des regionalen Erfassungsbereichs.



Karte 12.5: Krankenschwestern/-pfleger und Hebammen/Entbindungspfleger, nach NUTS-2-Regionen, 2007 ⁽¹⁾
(Rate je 100 000 Einwohner)



⁽¹⁾ Tschechische Republik, Deutschland, Österreich, Slowakei, ehemaligen jugoslawische Republik Mazedonien, 2006; Finnland, 2005; Portugal, 2003; Kroatien, 2002; Deutschland, Schweiz, nationale Ebene; England und Wales, NUTS-1-Ebene.

Quelle: Eurostat (hlth_cd_acdr).



Anmerkungen zur Methodik

Todesursachenstatistiken stützen sich auf die Angaben aus den Totenscheinen. Todesursachenstatistiken erfassen die **Todesursache**, d. h. „all diejenigen Krankheiten, Leiden oder Verletzungen, die entweder den Tod zur Folge hatten oder zum Tode beitrugen, und die Umstände des Unfalls oder der Gewalteinwirkung, die diese Verletzungen hervorriefen“ (gemäß der von der Vollversammlung der Weltgesundheitsorganisation festgelegten Definition).

Neben den absoluten Zahlen werden rohe Sterbeziffern und standardisierte Sterbeziffern für die Todesursachenstatistik auf nationaler und regionaler Ebene ermittelt. Regionale Daten werden in Form von Dreijahres-Durchschnitten zur Verfügung gestellt, zusammen mit jährlichen rohen Sterbeziffern für einige Altersgruppen. Die **rohe Sterbeziffer** gibt die Sterblichkeit im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung an. Sie wird je 100 000 Einwohner ausgedrückt und berechnet, indem die Zahl der über einen bestimmten Zeitraum in der Bevölkerung registrierten Todesfälle durch die Einwohnerzahl während des gleichen Zeitraums dividiert und das Ergebnis anschließend mit 100 000 multipliziert wird. **Rohe Sterbeziffern** werden für Fünfjahres-Altersklassen ermittelt. Auf dieser Detailebene sind Vergleiche zwischen Ländern und Regionen aussagekräftig. Allerdings handelt es sich bei der Sterberate für die Gesamtbevölkerung (alle Altersgruppen) nach Geschlecht und Alter um einen gewichteten Durchschnitt der altersspezifischen Sterbeziffern. Der Gewichtungsfaktor ist die Altersverteilung der Bevölkerung, deren Mortalität beobachtet wird. Folglich wird dieser Indikator in breiten Altersklassen stark durch die Bevölkerungsstruktur beeinflusst. In einer relativ „alten“ Bevölkerung gibt es mehr Todesfälle als in einer „jungen“ Bevölkerung, da die Sterblichkeit in älteren Altersgruppen naturgemäß höher ist. Für Vergleiche kann der Einfluss des Alters durch die Verwendung einer Standardbevölkerung ausgeschaltet werden. Die **standardisierte Sterbeziffer** ist ein gewichteter Durchschnitt der altersspezifischen Sterbeziffern. Der Gewichtungsfaktor ist die Altersverteilung einer Standardbevölkerung. Zu diesem Zweck wird die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) festgelegte „Europäische Standardbevölkerung“ verwendet. Standardisierte Sterbeziffern werden **je 100 000 Einwohner** angegeben und für die Altersgruppe 0-64 Jahre („vorzeitige Sterbefälle“), die Altersgruppe ab 65 Jahren und für jedes Alter berechnet. Die Todesursachen werden nach den 65 Ursachen der „**Europäischen Kurzliste**“ aufgeschlüsselt; diese basiert auf der von der WHO entwickelten und fortgeführten Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD – *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*).

Eurostat erstellt regionale Statistiken über die **Beschäftigten im Gesundheitswesen** (Zahl der Ärzte, Zahnärzte, Pflegekräfte und Physiotherapeuten), über die verfügbaren **Krankenhausbetten** und über **Krankenhausentlassungen** stationärer Patienten. Neben den absoluten Zahlen werden **Dichterraten** hinzugezogen, um die Verfügbarkeit der Ressourcen oder die Häufigkeit der erbrachten Dienstleistungen je 100 000 Einwohner anzugeben. Sie werden berechnet, indem die absolute Zahl der in einem bestimmten Zeitraum verfügbaren Ressourcen im Gesundheitswesen oder der erbrachten Dienstleistungen durch die jeweilige Einwohnerzahl während des gleichen Zeitraums dividiert und das Ergebnis anschließend mit 100 000 multipliziert wird.

Daten über **Pflegekräfte und Hebammen** sollten sich auf das Personal im „unmittelbaren Dienst am Patienten“ beschränken, d. h. auf die Pflegekräfte und Hebammen, die mit Patienten als den Beziehern von Gesundheitsdienstleistungen unmittelbar in Berührung kommen. Im Hinblick auf einen Vergleich von Gesundheitsdienstleistungen zwischen den Mitgliedstaaten ist dieses Konzept nach Auffassung von Eurostat am besten dazu geeignet, ein Bild der Verfügbarkeit von Ressourcen im Gesundheitswesen zu vermitteln. Allerdings verwenden die Mitgliedstaaten unterschiedliche Konzepte, wenn sie die Zahl der Angehörigen von Gesundheitsberufen angeben – sowohl für nationale Zwecke als auch für internationale Vergleiche. Aus diesem Grund beziehen sich die Daten für einige Länder möglicherweise auf „fachlich aktive“ Pflegekräfte und Hebammen [die praktizierende und andere (nicht praktizierende) Pflegekräfte und Hebammen einschließen, für die ihre Ausbildung eine Voraussetzung für die Ausübung ihres Berufs ist] oder auf „approbierte“ Fachkräfte (die registriert und befugt sind, als Angehörige von Gesundheitsberufen zu praktizieren, unabhängig davon, ob sie tatsächlich mit Patienten in Berührung kommen).