

Die Gesundheitssituation in der Europäischen Union

Gesundheitsunterschiede verringern



Gesundheit und Verbraucherschutz



EUROPÄISCHE KOMMISSION

Die Gesundheitssituation in der Europäischen Union

Gesundheitsunterschiede verringern

Gesundheit und Verbraucherschutz



EUROPÄISCHE KOMMISSION

Dieses Projekt wurde von der Europäischen Kommission finanziell unterstützt.

Weder die Europäische Kommission, noch irgendeine Person, die in ihrem Namen handelt, sind verantwortlich für den Gebrauch, der von den folgenden Informationen gemacht werden könnte.

Die Informationen, die in dieser Veröffentlichung enthalten sind, geben nicht zwangsläufig die Stellungnahme oder die Position der Europäischen Kommission wieder.

***Europa Direkt soll Ihnen helfen, Antworten auf Ihre
Fragen zur Europäischen Union zu finden***

Neue gebührenfreie Telefonnummer:

00 800 6 7 8 9 10 11

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

Bibliografische Daten befinden sich am Ende der Veröffentlichung.

Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2003

ISBN 92-894-3801-0

© Europäische Gemeinschaften, 2003

Printed in Italy

Vorwort

Die Europäische Gemeinschaft ist im Zuge der Ausweitung ihrer Tätigkeit im Bereich der öffentlichen Gesundheit zunehmend damit befasst, das physische und psychische Wohlergehen ihrer Bürger zu wahren. Ein Schwerpunkt der Gemeinschaftstätigkeit besteht darin, die Gesundheitssituation zu überprüfen und darüber Bericht zu erstatten.

Ziel dieser Gesundheitsberichte ist es, in der Bevölkerung das Wissen über die und das Verständnis der größeren Gesundheitsprobleme in der Gemeinschaft zu fördern und auf diese Weise entsprechende Maßnahmen auf Ebene der Gemeinschaft, der Mitgliedstaaten oder einzelner Personen zu unterstützen.

Hier liegt nun der vierte dieser Berichte vor. Im ersten Bericht wurde ein Überblick über die Gesundheitssituation in der Europäischen Gemeinschaft im Jahr 1994 gegeben. Der zweite Bericht konzentrierte sich auf Gesundheitsfragen bei Frauen und der dritte auf die gesundheitliche Situation der jungen Menschen. Die ersten beiden Berichte wurden als Berichte der Kommission veröffentlicht, der dritte als Bericht der Kommissionsdienststellen. Der vorliegende Bericht ist das Ergebnis der Arbeit einer aus Vertretern der Mitgliedstaaten gebildeten Sachverständigengruppe; finanziert wurde er im Rahmen des Aktionsprogramms der Gemeinschaft für Gesundheitsberichterstattung.

Der Bericht stützt sich auf zuverlässige Daten aus den Mitgliedstaaten, die jedoch nicht immer so vollständig sind, wie man es sich wünschen würde. Dennoch konnte die Sachverständigengruppe anhand dieser Daten einen interessanten Überblick über die wesentlichen Aspekte der Gesundheitssituation der Bevölkerung und die Gesundheitsdeterminanten liefern. Die Unionsbürger haben nie zuvor so lange gelebt, und die Lebenserwartung steigt weiter. Nach wie vor besteht jedoch ein hohes Maß an vermeidbarer Morbidität und Mortalität vor dem 65. Lebensjahr. Die Ursachen sind Unfälle und Verletzungen, Selbstmord und psychische Störungen, bestimmte Krebserkrankungen, Kreislauferkrankungen, Infektionen und Atemwegserkrankungen. Viele dieser gesundheitlichen Probleme würden bei wirksamer Prävention und Gesundheitsförderung und entsprechenden therapeutischen Maßnahmen entweder erst in einem höheren Alter einsetzen oder aufgrund einer größeren Überlebensrate erst in höherem Alter zum Tod führen.

Derzeit ist bei den meisten Risikofaktoren in der Mehrzahl der Mitgliedstaaten ein positiver Trend zu verzeichnen. Dennoch besteht in unserer Zeit großen Wohlstands noch Spielraum für Fortschritte in den Bereichen Bildung, Beschäftigung, Pro-Kopf-Einkommen und Gleichbehandlung. Die soziale Ausgrenzung wurde als ein schwerwiegendes Problem in der Gemeinschaft erkannt, und die Bekämpfung der Armut hat zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation geführt. Zunehmend erkannt wird auch, wie wichtig gesunde Ernährung und körperliche Bewegung für den Gesundheitszustand sind. Diese Erkenntnis dürfte Auslöser geeigneter Gesundheitsstrategien auf Gemeinschaftsebene sowie auf nationaler und lokaler Ebene sein.

In dem Bericht werden einige Bereiche genannt, in denen auf Gemeinschaftsebene sinnvolle Maßnahmen zur Verbesserung der Lage getroffen werden könnten. Die Gesundheitspolitik könnte sich zum Ziel setzen, nicht nur die vorzeitige Mortalität zu verhindern, sondern zum Beispiel auch die Lebensbedingungen älterer Menschen zu verbessern und deren Lebensqualität zu steigern. Voraussetzung für derartige Verbesserungen, die auch zur Verbesserung der Gesundheitssituation führen würden, ist jedoch ein einheitliches Konzept im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Dies bedeutet, dass auch die Auswirkungen anderer Politikbereiche auf die Gesundheit zu berücksichtigen sind, soll es in der EU gelingen, eine umfassende Gesundheitspolitik zu planen und durchzuführen.

DAVID BYRNE

Inhalt

Einleitung	7
Kapitel 1 Gesundheitssituation	9
Kapitel 2 Gesundheitsdeterminanten	35
Kapitel 3 Weiterer Handlungsbedarf	49
Abkürzungen	55
Danksagung	56
Ausgewählte Datenquellen und Bibliografie	58
Glossar	63

Einleitung

Seit dem 17. Jahrhundert werden Gesundheitsstatistiken benutzt, um gegen Probleme in der Gesundheitsversorgung anzugehen. Von William Petty (1623-1687) über Louis René Villermé (1782-1863) bis zu William Farr (1807-1883) und zur schwedischen *Sundhetskommmission* haben Sozialmediziner Krankheitsmuster in der Gesellschaft und deren Determinanten mit dem Ziel ermittelt, die Gesundheitssituation zu verbessern. Die Gesundheitsberichterstattung kam ebenfalls in dieser Periode auf. Der vorliegende Bericht setzt diese europäische Tradition fort.

Der Vertrag von Rom aus dem Jahr 1956, konsolidiert durch die an ihn anschließenden Verträge, liefert der Kommission die Rechtsgrundlage für ihre Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Der Vertrag von Amsterdam von 1997 legt den Schwerpunkt auf Gesundheitsschutz und Krankheitsprävention und zeigt die Notwendigkeit weiterer Aktionen auf, um „Verbesserungen im Bereich des Gesundheitswesens zu erreichen“, sowie die Notwendigkeit von Aktivitäten „zur Vermeidung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen“ und „zur Verminderung von Gefahren für die menschliche Gesundheit“. Der „Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit“ von 1993 verpflichtet die Kommission, regelmäßig Berichte über die Gesundheitssituation in der Europäischen Union (EU) zu veröffentlichen. 1996 erschien der erste Bericht, der auf Arbeiten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) basierte. Der vorliegende Bericht ist eine Aktualisierung und eine Erweiterung dieses vorausgegangenen Berichts (¹).

Zweck des Berichts ist es, gemeinsam Probleme und Herausforderungen in Bezug auf die Gesundheitssituation in den Mitgliedstaaten der EU zu erfassen. In Kapitel 1 wird die derzeitige Situation beschrieben, unter besonderer Berücksichtigung von Morbiditätsmustern und -trends, Behinderung und vorzeitiger Mortalität. Bestimmte repetitive Determinanten der erfassten Gesundheitsparameter werden in Kapitel 2 näher erörtert. Sie machen die Notwendigkeit einer breit angelegten Gesundheitspolitik deutlich, die über die Grenzen der traditionellen Gesundheitspolitik hinausgeht. Kapitel 3 zeigt auf, wo gemeinsame Aktionen aller Mitgliedstaaten sinnvoll erscheinen, um die ermittelten Gesundheitsprobleme zu mindern und die beobachteten Gesundheitsunterschiede zu verringern. Unser Schwerpunkt liegt auf den Instrumenten (Gesetze, Politik, Standards, Finanzmittel, Programme, Regelungen, Berichte, Kommunikation, fiskalpolitische Maßnahmen und öffentliche Meinung), die der EU zur Verfügung stehen, um Initiativen zur Verbesserung der Gesundheitssituation in den Mitgliedstaaten zu planen und umzusetzen.

METHODEN

Der vorliegende Bericht wurde unter Aufsicht von benannten Vertretern aus allen 15 EU-Mitgliedstaaten, der WHO und der Kommission selbst erstellt. Eingang fanden viele Beiträge von Mitarbeitern an von der Kommission geförderten Projekten. Fachspezifisches Material für den Bericht wurde von Experten bereitgestellt. Verantwortlich für die zentrale Koordination und Abfassung des Berichtes waren zu einem großen Teil die Koordinatoren in Portugal und deren Mitarbeiterstab. Eine Reihe sachverständiger Mitarbeiter überprüfte den Text in Teilen oder in Gänze.

Der Bericht stützt sich auf Informationen aus verschiedensten Quellen. Hauptsächlich stammt das Material von internationalen Organisationen, die Gesundheitsdaten erheben: vom Statistischen Amt

(¹) Einzelberichte über Bevölkerungsgruppen und deren Gesundheitsprobleme wurden zwischenzeitlich in Auftrag gegeben und erstellt über Jugendliche, Frauen und Migranten.

der Europäischen Union (Eurostat), von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und vom europäischen Regionalbüro der WHO. Soweit nicht anders angegeben, ist Eurostat die Quelle von Daten zu Bevölkerung und Demografie, die WHO die Quelle der Daten zu Morbidität und Mortalität und die OECD die Quelle der sozioökonomischen Daten und Gesundheitsversorgungsdaten. Auf Einschränkungen bei Datenqualität und Vergleichbarkeit wird gegebenenfalls im Text hingewiesen. Aktuelle Daten beziehen sich auf das Jahr 1997; die Referenzjahre sind 1970 und 1992 (wie auch im ersten Bericht).

Wenn nicht anders angegeben, bezieht sich Mortalität auf altersstandardisierte Sterberaten. Die Trends werden für den Zeitraum 1970 bis 1997 untersucht. Trends und aktuelle Werte (1997) werden zwischen den einzelnen Staaten und mit dem EU-Durchschnitt verglichen. Um die nationalen Trends in Relation mit dem EU-Durchschnitt zu setzen, berechnen wir einige Indikatoren für das Verhältnis der nationalen Werte zum EU-Durchschnitt für jeweils denselben Zeitraum. Ländercluster bezeichnen durch hierarchische Clusteranalyse ermittelte Ländergruppen.

Kapitel 1

Die Gesundheitssituation

Gesundheitssituation ist ein weit gefasster Begriff. Es geht dabei um weit mehr als nur um die Frage, ob eine Krankheit vorliegt oder nicht. Die gegenwärtig verfügbaren Daten erlauben jedoch keine dem gesamten Bedeutungsinhalt des Begriffs gerecht werdende systematische Ermittlung der Gesundheitssituation, d. h. sie liefern kein Maß für die Lebensqualität. Deshalb werden in diesem Kapitel die Lebenserwartung, die Morbidität, die vorzeitige Mortalität und Behinderung untersucht. Die einschlägigen Daten zeigen, dass die EU-Bürger länger leben als jemals zuvor. Inwieweit diese Zunahme an Lebensjahren auch einen Zugewinn an Lebensqualität bedeutet, ist von Fall zu Fall unterschiedlich. Dessen ungeachtet sind die vermeidbare Morbidität und Mortalität in der Altersgruppe der unter 65-Jährigen nach wie vor sig-

Tabelle I: Ländercluster nach Lebenserwartung in unterschiedlichen Altersgruppen (1997)

	Cluster mit der höchsten Lebenserwartung		Cluster mit mittlerer Lebenserwartung		Cluster mit der niedrigsten Lebenserwartung	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Bei Geburt, mit 1 Jahr und mit 15 Jahren	Schweden	Frankreich, Italien, Spanien, Schweden	Österreich, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Italien, Luxemburg, Spanien, Niederlande, Vereinigtes Königreich (VK)	Österreich, Belgien, Finnland, Deutschland, Griechenland, Luxemburg, Niederlande, Vereinigtes Königreich	Belgien, Dänemark, Finnland, Irland, Portugal	Dänemark, Irland, Portugal
Im Alter von 45 Jahren	Frankreich, Griechenland, Italien, Spanien, Schweden	Frankreich	Österreich, Belgien, Deutschland, Luxemburg, Niederlande, Vereinigtes Königreich	Österreich, Belgien, Finnland, Deutschland, Griechenland, Italien, Luxemburg, Spanien, Niederlande, Schweden	Dänemark, Finnland, Irland, Portugal	Dänemark, Irland, Portugal, Vereinigtes Königreich
Im Alter von 65 Jahren	Frankreich, Griechenland, Italien, Spanien, Schweden	Frankreich	Österreich, Belgien, Dänemark, Finnland, Deutschland, Luxemburg, Portugal, Niederlande, Vereinigtes Königreich	Österreich, Belgien, Finnland, Deutschland, Griechenland, Italien, Luxemburg, Spanien, Niederlande, Schweden, Vereinigtes Königreich	Irland	Dänemark, Irland, Portugal

nifikant. Alte Gesundheitsprobleme, die meisten davon infektiöser Art, bestehen weiterhin oder treten erneut auf; hinzu kommen die Auswirkungen neuer degenerativer Erkrankungen und die Sozialpathologie. Viele der dadurch bedingten gesundheitlichen Probleme führen zum Tod oder zu einer dauerhaften Behinderung. In diesem Kapitel wird eingangs die Lebenserwartung untersucht; daran anschließend werden die gegenwärtigen Muster der häufigsten Todes- und Krankheitsursachen beschrieben.

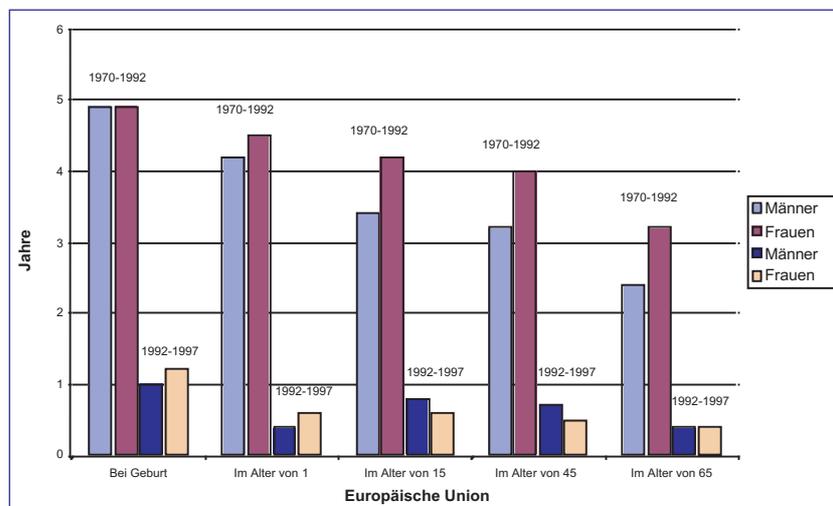
LEBENSERWARTUNG

Jahr für Jahr nimmt die Lebensdauer der EU-Bürger zu. Frauen leben länger als Männer, aber dieser Unterschied in der Lebenserwartung wird geringer. Die Unterschiede zwischen den Ländern sind kleiner als 1970.

Seit 1970 ist die Lebenserwartung in allen Altersgruppen gestiegen. Am deutlichsten zugenommen hat in allen Mitgliedstaaten die Durchschnittslebenserwartung bei der Geburt: von 68,6 auf 74,4 Jahre bei den Männern und von 74,9 auf 81 Jahre bei den Frauen. Dieser Anstieg ist unterschiedlich ausgeprägt, grundsätzlich aber in allen Mitgliedstaaten zu verzeichnen. Bis 1992 nahm mit dem Alter auch der Unterschied zwischen Frauen und Männern zu [mit Ausnahme u. a. des Vereinigten Königreichs (VK) in der Altersgruppe 45 bis 65 Jahre]. Im Zeitraum 1992 bis 1997 blieb der Unterschied relativ konstant, doch war eine erste leichte Abnahme feststellbar in den obersten Altersgruppen (Abb. 1) insbesondere in Frankreich, Deutschland, Italien, Luxemburg, den Niederlanden, Österreich, Portugal und dem Vereinigten Königreich.

Abb. 1

Zunahme der Lebenserwartung:
1970-1992 und 1992-1997



Quelle: HFA Statistical Database,
WHO-Regionalbüro Europa,
Kopenhagen, Dänemark.

Die Mitgliedstaaten mit der geringsten Lebenserwartung sind Dänemark und Irland, beide bezogen auf das Alter 45, sowie Portugal, bezogen auf das Alter 0, 1, 15 und 65. Die höchste Lebenserwartung ist zu verzeichnen in Schweden bei der Geburt, in Schweden und Frankreich im Alter von einem Jahr und in Frankreich im Alter von 15, 45 und 65. Die Ländercluster für die Lebenserwartung von Männern und Frauen sind in Tabelle 1 zusammenfassend dargestellt.

Ungeachtet der festzustellenden Zunahme gibt es noch Spielraum für eine weitere Anhebung in den Ländern, die am schlechtesten abschneiden, gegenüber den Ländern mit den besten Werten, sowie auch in den letztgenannten Ländern, wenn man die Lebenserwartung in einigen Drittländern, z. B. in Japan, heranzieht.

MORTALITÄT UND MORBIDITÄT

Zunächst wird die allgemeine Mortalität behandelt, gefolgt von der Mortalität unter 65 (vorzeitige Mortalität), die oft als Indikator für die Häufigkeit vermeidbarer Todesfälle herangezogen wird. Diesen vermeidbaren Todesfällen gilt das Hauptaugenmerk in diesem Abschnitt des Berichts. Dargestellt sind die Haupttodesursachen in einzelnen Altersgruppen in Tabelle 2. Ergänzend wird informiert über Gesundheitsprobleme, die relevant sind wegen des damit verbundenen hohen Morbiditätsgrades (z. B. mentale Krankheiten) oder wegen des damit verbundenen Überwachungs- und Bekämpfungsaufwandes (z. B. Infektionskrankheiten). Behandelt werden auch die Behinderungen.

Tabelle II: Haupttodesursachen in verschiedenen Altersgruppen

Alter in Jahren	Haupttodesursachen	
	Männer	Frauen
< 1	Perinatale Probleme und plötzlicher Kindstod	
1-4	Verkehrsunfälle	
5-9	Verkehrsunfälle	
10-14	Verkehrsunfälle	
15-19	Verkehrsunfälle	
20-24	Verkehrsunfälle	
25-29	Verkehrsunfälle	
30-34	Verkehrsunfälle	Suizid
35-39	Suizid	Brustkrebs
40-44	Ischämische Herzkrankheiten	Brustkrebs
45-49	Ischämische Herzkrankheiten	Brustkrebs
50-54	Ischämische Herzkrankheiten	Brustkrebs
55-59	Ischämische Herzkrankheiten	Brustkrebs
60-64	Ischämische Herzkrankheiten	Brustkrebs
65-69	Ischämische Herzkrankheiten	
70-74	Ischämische Herzkrankheiten	
75-79	Ischämische Herzkrankheiten	
80-84	Ischämische Herzkrankheiten	Schlaganfall
≥ 85	Erkrankungen des Lungenkreislaufs und Herzerkrankungen	

Anmerkung: Übernommen von Abel-Smith u. a., 1997.

Etwas mehr als 1 % der Todesfälle treten in den Altersgruppen unter 15 auf, etwa 20 % in der Altersgruppe der unter 65-Jährigen. Die Altersgruppe von 15 bis 64 ist folglich Zielgruppe für die Bekämpfung der vorzeitigen Sterblichkeit.

Allgemeine Mortalität (alle Todesursachen): alle Altersgruppen und beide Geschlechter

Mortalitätsdaten sind für internationale Vergleiche am zuverlässigsten, wobei nicht außer Acht gelassen werden darf, dass diese Daten äußerst unterschiedliche Qualität aufweisen. Betrachtet wird die allgemeine Mortalität der unter und der über 65-Jährigen. Für alle Altersgruppen und beide Geschlechter sind die standardisierten Sterberaten geclustert nach Ländern mit niedriger Sterberate (Frankreich, Griechenland, Italien, Schweden und Spanien) und nach Ländern mit hoher Sterberate (Dänemark, Irland und Portugal); die restlichen Länder bilden eine Zwischenkategorie.

Allgemeine Mortalität der über 65-Jährigen

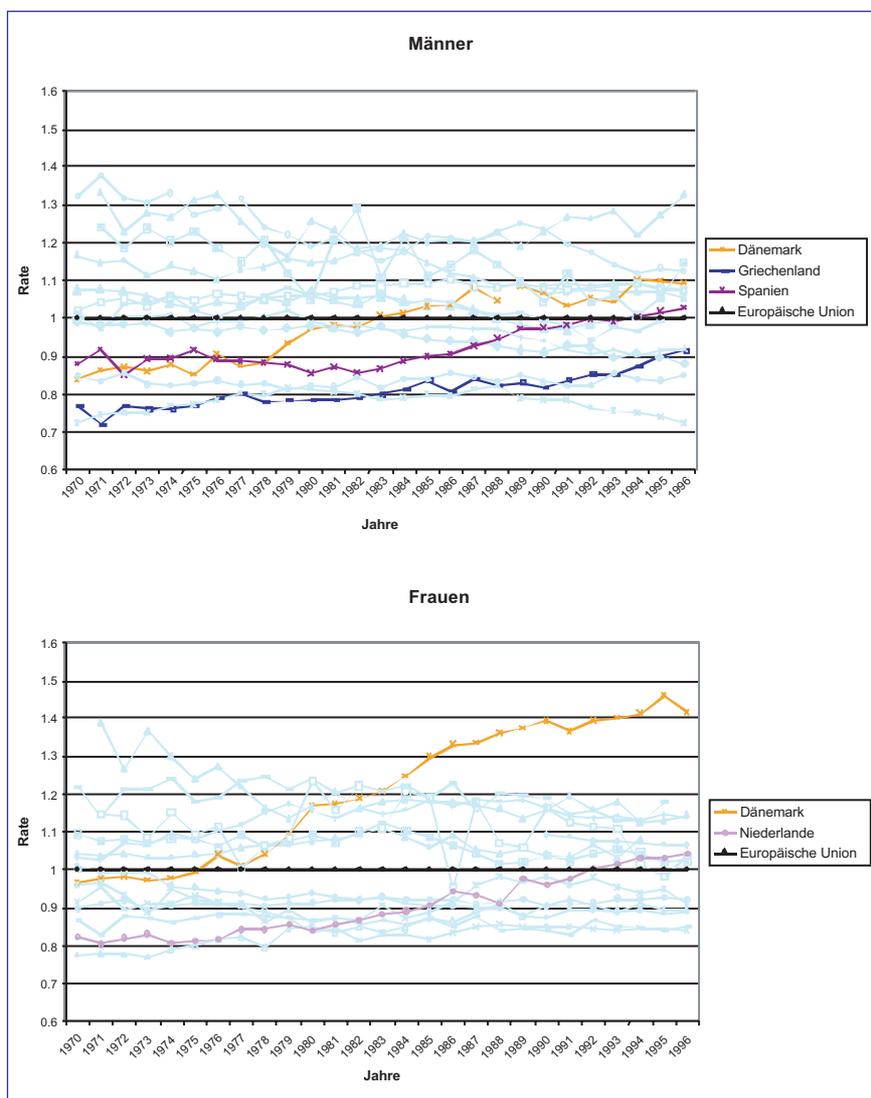
Da die Bevölkerung der EU zunehmend altert, bleibt die Sterblichkeitsrate der Personen über 65 ein wichtiger Indikator für die Gesundheitssituation in dem am schnellsten wachsenden Bevölkerungsteil

der EU. Dies gilt umso mehr, als bedingt durch effektive Gesundheitsförderung und wirksamere medizinische Therapie der Ausbruch und/oder das komplizierte Stadium vieler chronischer Erkrankungen sich in diese Altersgruppe verlagert. Eine künftige Verschlechterung der Gesundheitszustandsindikatoren für diese Gruppe kann also durchaus Indiz sein für eine bessere Gesundheitssituation in der Altersgruppe unter 65. Portugal ist der Mitgliedstaat mit der höchsten männlichen und weiblichen Mortalität der über 65-Jährigen, Frankreich das Land mit der niedrigsten Mortalität in dieser Altersgruppe.

Allgemeine Mortalität der unter 65-Jährigen

Die Mortalität der unter 65-Jährigen in der EU, bezogen auf eine Population von 100 000, ist gegenüber 1970 von 271 bei den Frauen und 498 bei den Männern auf 153 bzw. 314 gesunken. Portugal weist die höchste Mortalität bei den Männern auf, Dänemark die höchste Mortalität bei den Frauen. Griechenland hat die geringste weibliche und Schweden die geringste männliche Mortalitätsrate. Zwar nimmt die Sterblichkeit der unter 65-Jährigen weiterhin generell ab, doch ist in Dänemark (bei Männern und Frauen), Griechenland (bei den Männern), Portugal (bei den Männern), Spanien (bei den Männern) und in den Niederlanden (bei den Frauen) ein Anstieg bezogen auf den EU-Durchschnitt zu verzeichnen (Abb. 2).

Abb. 2
Trends bei den relativen standardisierten Sterberaten der unter 65-Jährigen in den Mitgliedstaaten und in der EU: 1970-1996



Quelle: HFA Statistical Database, WHO-Regionalbüro Europa, Kopenhagen, Dänemark.

Perinatalsterblichkeit und Säuglingssterblichkeit

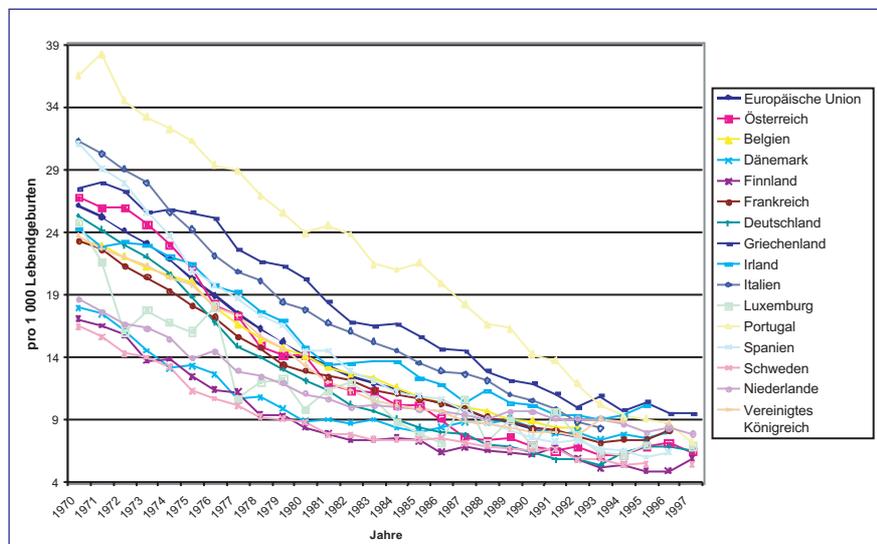
Geringes Geburtsgewicht (unter 2 500 g) ist weiterhin eine entscheidende Determinante der perinatalen Mortalität und Morbidität. Fälle von geringem Geburtsgewicht treten vor allem in Belgien, Griechenland, Portugal und im Vereinigten Königreich auf, weniger in Finnland, Irland und Luxemburg (seit Mitte der 80er Jahre hat sich die EU-Durchschnittsquote der untergewichtigen Babys bei etwa 6 % stabilisiert). Untergewichtige Babys haben ein höheres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko und sind zudem ein Indikator für den Gesundheitszustand der Mutter während der Schwangerschaft: Infektionen, Ernährung, Rauchverhalten und Alkoholkonsum wirken sich hier aus. Ein neu auftretender Faktor steht in Zusammenhang mit neuen Technologien: Die *In-vitro-Fertilisation* und die damit verbundenen Mehrfachschwangerschaften steigern möglicherweise die perinatale Mortalität und Morbidität.

Perinatalsterblichkeit

Seit mehr als drei Jahrzehnten ist ein kontinuierlicher Rückgang der perinatalen Mortalität zu beobachten. In den letzten Jahren hat sie sich jedoch offenbar auf einem stabilen Niveau eingependelt (Abb. 3). Deutschland, Finnland, Italien, Luxemburg, Portugal, Österreich, Schweden und Spanien bilden das Ländercluster mit der niedrigsten perinatalen Mortalität, Irland und Griechenland das Cluster mit der höchsten perinatalen Mortalität.

Abb. 3

Perinatalsterblichkeit:
1970-1997



Quelle: Eurostat, New Cronos,
1999.

Frühsterblichkeit

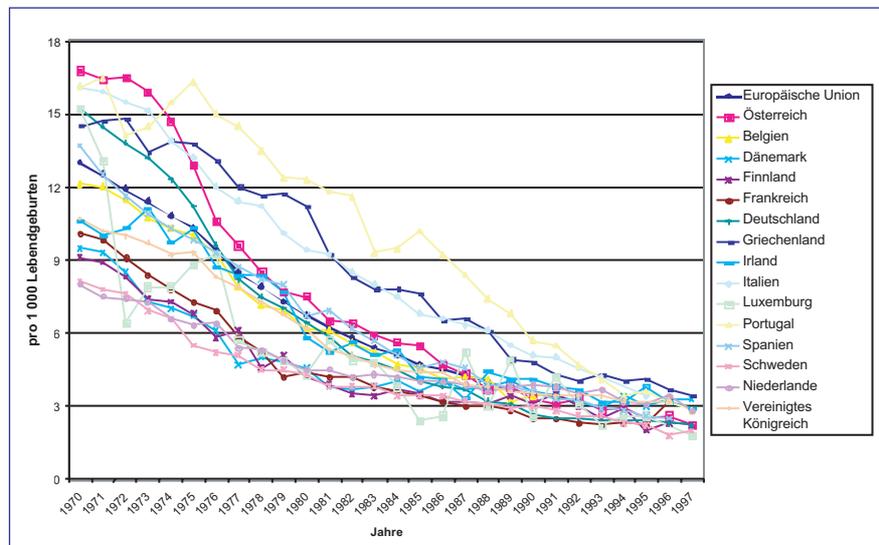
Die Frühsterblichkeit gilt als besonders gut beeinflussbar durch effektive medizinische Vorsorge. Zwischen 1970 und 1997 hat in allen Mitgliedstaaten die Frühsterblichkeit um über 70 % abgenommen (Abb. 4). Deutschland, Finnland, Luxemburg, Österreich, Schweden und Spanien bilden das Cluster mit der niedrigsten Frühsterblichkeit; Irland, die Niederlande und Portugal liegen im Mittelfeld und Belgien, Dänemark, Frankreich, Griechenland, Italien und das Vereinigte Königreich im Cluster mit der höchsten Mortalität.

Postneonatalsterblichkeit

Durch intensive perinatale Betreuung von Risikoschwangerschaften und Frühgeborenen wird die perinatale Sterberate verringert, doch kann die Abnahme der postneonatalen Sterberaten dadurch verlangsamt werden (Abb. 5).

Abb. 4

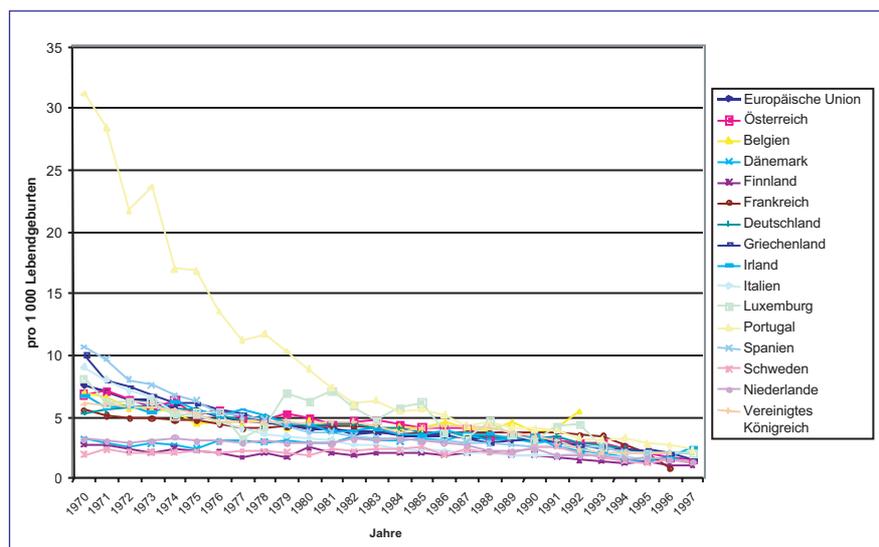
Frühsterblichkeit:
1970-1997



Quelle: HFA Statistical Database,
WHO-Regionalbüro Europa,
Kopenhagen, Dänemark.

Abb. 5

Postneonatalsterblichkeit:
1970-1997



Quelle: HFA Statistical Database,
WHO-Regionalbüro Europa,
Kopenhagen, Dänemark.

Dänemark, Irland, Luxemburg, die Niederlande, Schweden und das Vereinigte Königreich haben Vorsorgekampagnen eingeleitet, um für alle Faktoren zu sensibilisieren, die das Risiko des plötzlichen Säuglingstods (SIDS) erhöhen: Schlafen in Bauchlage, Rauchen, bakterielle und virale Infektionen, Flaschennahrung, festes Wickeln und „bed sharing“ (Schlafen im Elternbett). Nachdem es als Folge dieser Sensibilisierung gelungen war, das Schlafen in der Bauchlage zu unterbinden, ging in diesen Ländern die SIDS-Rate um ungefähr 50 % zurück. Die Abnahme der Postneonatalsterblichkeit in diesen Ländern in den 80er und 90er Jahren ist hauptsächlich auf den Rückgang der SIDS-Fälle zurückzuführen.

Das Ländercluster mit der niedrigsten Postneonatalsterblichkeit bilden Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Italien, Luxemburg, Österreich und Schweden; Deutschland, Irland, Portugal, die Niederlande, Spanien und das Vereinigte Königreich bilden die Gruppe der Länder mit mittlerer Postneonatalsterblichkeit; Belgien weist die höchste Postneonatalsterblichkeit auf.

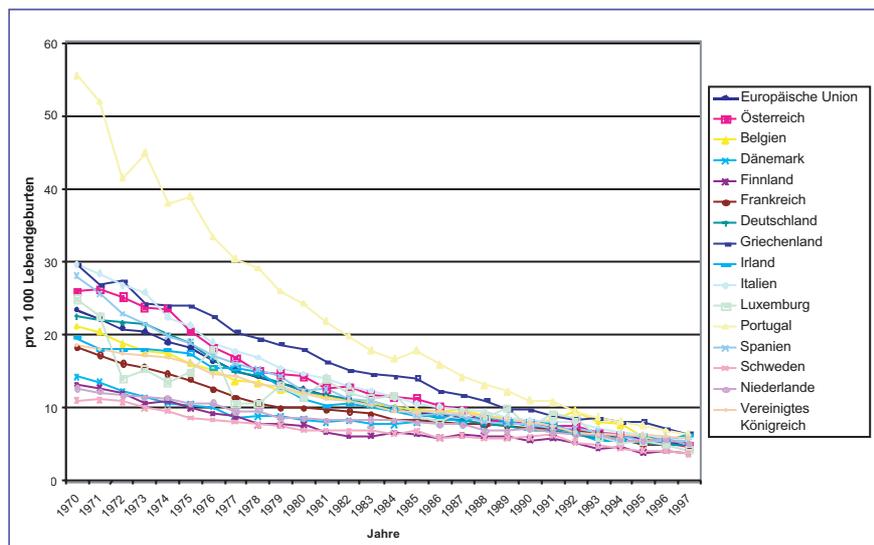
Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeitsrate (IMR) in der EU ist zwischen 1970 und 1997 um etwa 75 % gesunken (Abb. 6). Wie 1970 haben Portugal und Griechenland die höchste und Schweden die niedrigste IMR,

wobei jedoch die Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten sehr gering sind. Der Abstand zwischen den Ländern mit der höchsten und der niedrigsten Rate hat sich weiter verringert: von 38,8 pro 1 000 Lebendgeburten im Jahr 1970 auf 4,1 pro 1 000 Lebendgeburten im Jahr 1992 und auf 3,0 pro 1 000 Lebendgeburten im Jahr 1997.

Abb. 6

Säuglingssterblichkeitsrate 1970-1997



Quelle: HFA Statistical Database, WHO-Regionalbüro Europa, Kopenhagen, Dänemark.

Die Säuglingssterblichkeit ist am ausgeprägtesten im ersten Lebensmonat, was deutlich macht, dass sie vorwiegend die Folge neonataler Probleme ist (meist Frühgeburtlichkeit): Sie sind verantwortlich für etwa 60 % aller Fälle von Säuglingsmortalität.

Ländercluster mit der niedrigsten IMR: Finnland, Luxemburg und Schweden; mittleres IMR-Cluster: Dänemark, Deutschland, Frankreich, Italien, Niederlande, Österreich und Schweden; Cluster mit der höchsten IMR: Belgien, Griechenland, Irland, Portugal und Vereinigtes Königreich.

Müttersterblichkeit und -Morbidität

Die Müttersterblichkeitsrate (MMR) gilt als Indikator für die Qualität der Geburtshilfe in einem Land. Schwangerschaftsbedingte Diagnosen sind mit großem Abstand der Hauptgrund für Krankenhauseinweisungen bei Frauen im Alter von 15 bis 64 Jahren. Dies zeigt, dass die Verbesserung der reproduktiven Gesundheit eine vorrangige Aufgabe für die Mitgliedstaaten bleibt. Dass die Werte für schwangerschaftsbedingte Mortalität einen historischen Tiefstand erreicht haben, ändert daran nichts (Abb. 4).

Die MMR in Frankreich hat seit Ende der 80er Jahre leicht zugenommen. ⁽²⁾ Die MMR in Belgien und in den Niederlanden ist zwar weiterhin rückläufig ⁽³⁾, steigt im Vergleich zum EU-Durchschnitt jedoch an (Abb. 8).

Drei MMR-Ländercluster wurden für 1997 ermittelt. Ländercluster mit der niedrigsten Mortalität: Finnland, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, Österreich und Spanien; Cluster mit der höchsten Mortalität: Frankreich. Mittleres Cluster: Belgien, Dänemark, Deutschland, Portugal, Niederlande, Schweden und Vereinigtes Königreich ⁽⁴⁾.

⁽²⁾ Hierüber wurde bereits berichtet. Siehe zum Beispiel Bouvier-Colle u. a., 1991.

⁽³⁾ Der Trend in den Niederlanden ist auf Veränderungen in der Registrierungspraxis zurückzuführen (Peter Achterberg, persönliche Mitteilung, April 2001).

⁽⁴⁾ Wie von Salanve u. a. ausgeführt, sind dies Unterschiede in der Müttersterblichkeit, wohl nicht aber die festgestellten Trends, zum Teil zurückzuführen auf Codierungsunterschiede und Unterefassungsdifferenzen zwischen den Mitgliedstaaten (Salanve u. a., 1999).

Abb. 7

Müttersterblichkeit, alle
Todesursachen: 1974-1997

Gleitender
Fünfjahresdurchschnitt

Quelle: HFA Statistical Database,
WHO-Regionalbüro Europa,
Kopenhagen, Dänemark.

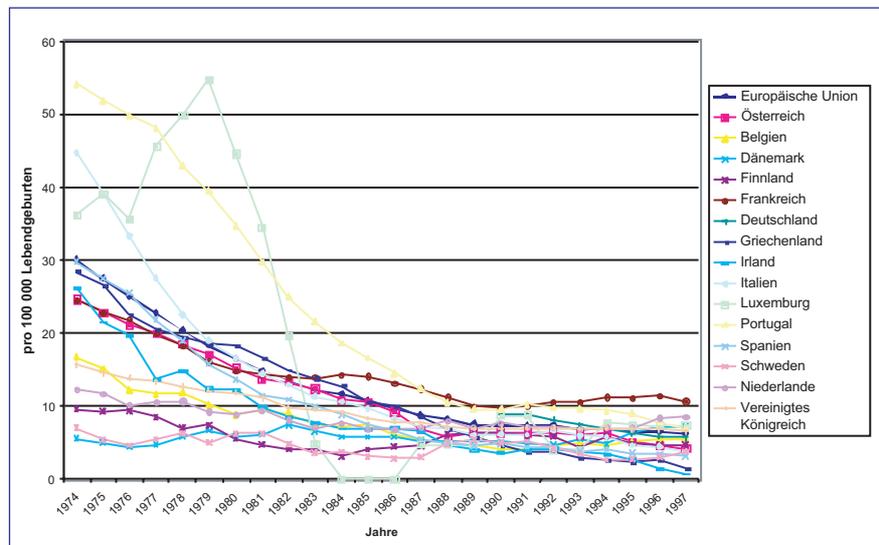
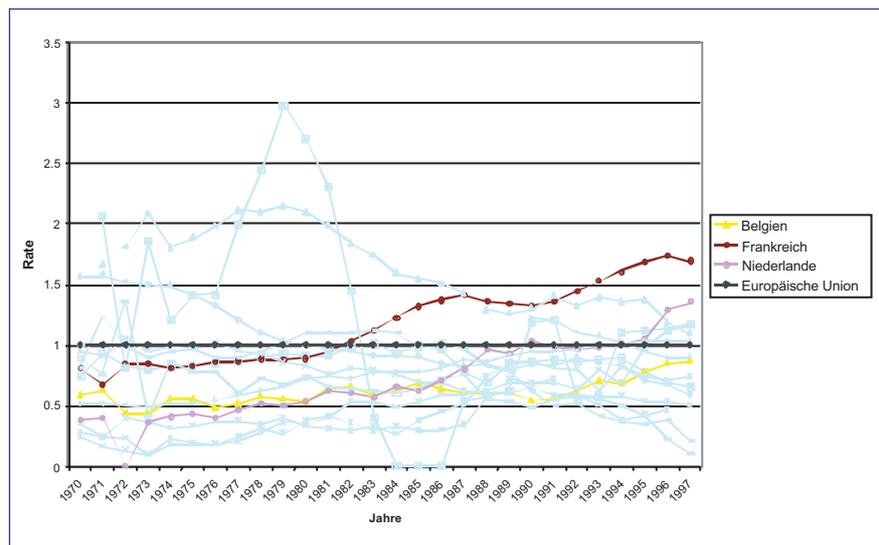


Abb. 8

MMR der Mitgliedstaaten
im Verhältnis zum
EU-Durchschnitt, alle
Todesursachen: 1970-1997

Quelle: HFA Statistical Database,
WHO-Regionalbüro Europa,
Kopenhagen, Dänemark.



Das Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt eines Kindes (alle Kinder) nimmt in der EU durchweg zu. 1995 konnten drei Ländercluster festgestellt werden: Cluster mit dem niedrigsten Durchschnittsalter der Mütter: Belgien, Deutschland, Griechenland, Österreich, Portugal und Vereinigtes Königreich; mittleres Cluster: Dänemark, Finnland, Frankreich, Luxemburg und Schweden; Cluster mit dem höchsten Durchschnittsalter: Irland, Italien, Niederlande und Spanien. Dem gegenüber steht ein gleichermaßen besorgniserregender stetiger Anstieg (im Vereinigten Königreich) bzw. eine gleich bleibend hohe Zahl der Teenagerschwangerschaften (in einigen Ländern kann dies bedingt sein durch die Existenz ethnischer Minderheiten, bei denen frühes Heiraten und frühe Erstgeburt kulturell üblich sind). Auch der Anteil der „Erstgeburten“ und Mehrfachgeburten wächst. All diese Faktoren tragen bei zur Müttersterblichkeit und zur Morbidität des Neugeborenen und der Mutter.

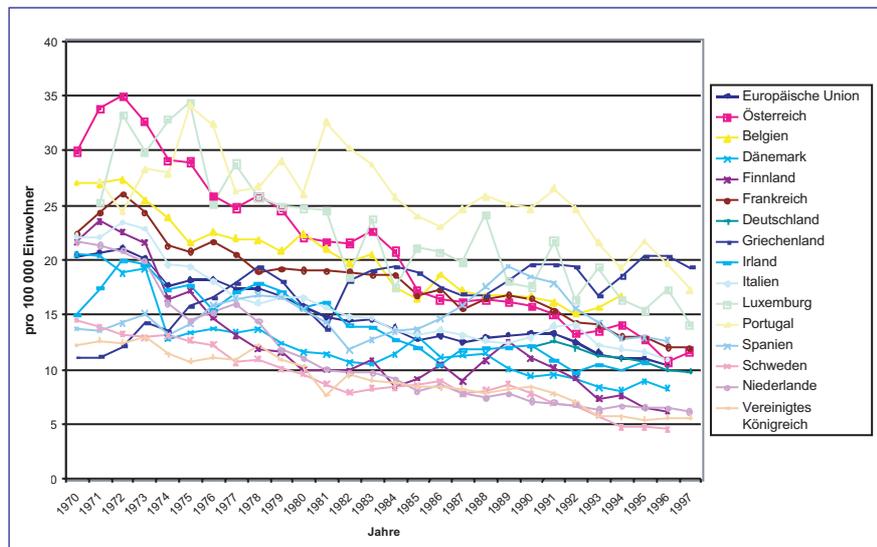
Unfälle

Bei den unfallbedingten Todesfällen handelt es sich um vermeidbare Todesfälle. Unfälle sind die Haupttodesursache bei jungen Menschen. Da diese Todesfälle im jungen Alter auftreten, besteht hier ein Potenzial für die weitere Erhöhung der Lebenserwartung und die Verringerung von Fällen dauernder Behinderung.

Die Zahl der Straßenunfälle pro 100 000 Einwohner und die damit verbundene Mortalität unter 65 sind sehr unterschiedlich. Ländercluster mit der niedrigsten Mortalität: Finnland, Niederlande, Schweden und Vereinigtes Königreich; Cluster mit der höchsten Mortalität: Belgien, Griechenland und Portugal (Abb. 9).

Abb. 9

Standardisierte Sterberaten aufgrund von Straßenverkehrsunfällen (Alter bis 65): 1970-1997

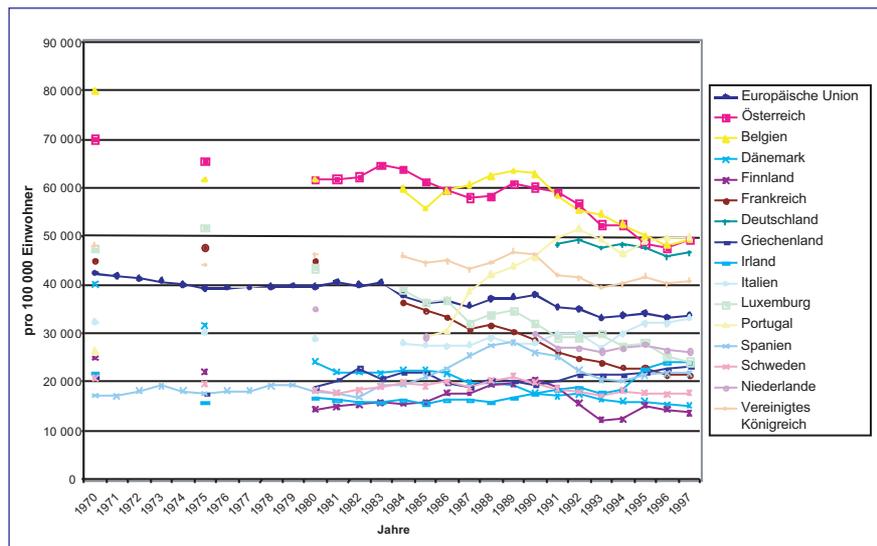


Quelle: HFA Statistical Database, WHO-Regionalbüro Europa, Kopenhagen, Dänemark.

Im Allgemeinen geht die Zahl der Straßenverkehrsunfälle mit Verletzungen pro 100 000 Einwohner zurück. Ausnahmen sind Griechenland, Irland, Italien und Portugal (Abb. 10). Ein Großteil dieser Unfälle ereignet sich unter Alkoholeinfluss. Die verfügbaren Daten sind nicht zuverlässig genug, um Vergleiche zu ziehen, doch gilt Fahren in betrunkenem Zustand als ein wesentliches Problem der öffentlichen Gesundheit in Belgien, Frankreich und Portugal.

Abb. 10

Rate der Straßenverkehrsunfälle mit Verletzungsfolge: 1970-1997



Quelle: HFA Statistical Database, WHO-Regionalbüro Europa, Kopenhagen, Dänemark.

Kinder unter fünf Jahren und ältere Menschen verunfallen meistens zu Hause. In der Gruppe der älteren Kinder und jungen Erwachsenen ereignen sich die meisten Unfälle beim Spielen auf der Straße. Die Zahl der tödlichen Arbeitsunfälle ist auf einen sehr niedrigen Stand gesunken. Die Arbeitsunfall-Morbidität ist jedoch immer noch signifikant.

Psychische Erkrankungen, neurologische Erkrankungen und Suizide

Psychische Krankheitsursachen – leichte Formen von Depressionen bis hin zu komplexen psychischen Störungen – sind in der EU relativ häufig: Zwischen 15 und 20 % aller Erwachsenen und zwischen 17 und 22 % der Teenager unter 18 leiden unter irgendeiner Form psychischer Gesundheitsprobleme. Essstörungen, z. B. Anorexie und Bulimie, scheinen bei Jugendlichen vermehrt aufzutreten.

Die Prävalenz von Demenz steigt von 1 % im Alter von 65 auf bis zu 30 % im Alter von 85 Jahren (und älter). Zwischen 60 und 95 Jahren verdoppelt sich die Prävalenz von Demenz nahezu alle fünf Jahre.

Ein weiteres großes psychisches Problem ist die Schizophrenie, bei der von einer Prävalenz von ca. 1 % ausgegangen wird. Zuverlässige Daten hierüber liegen allerdings nicht vor.

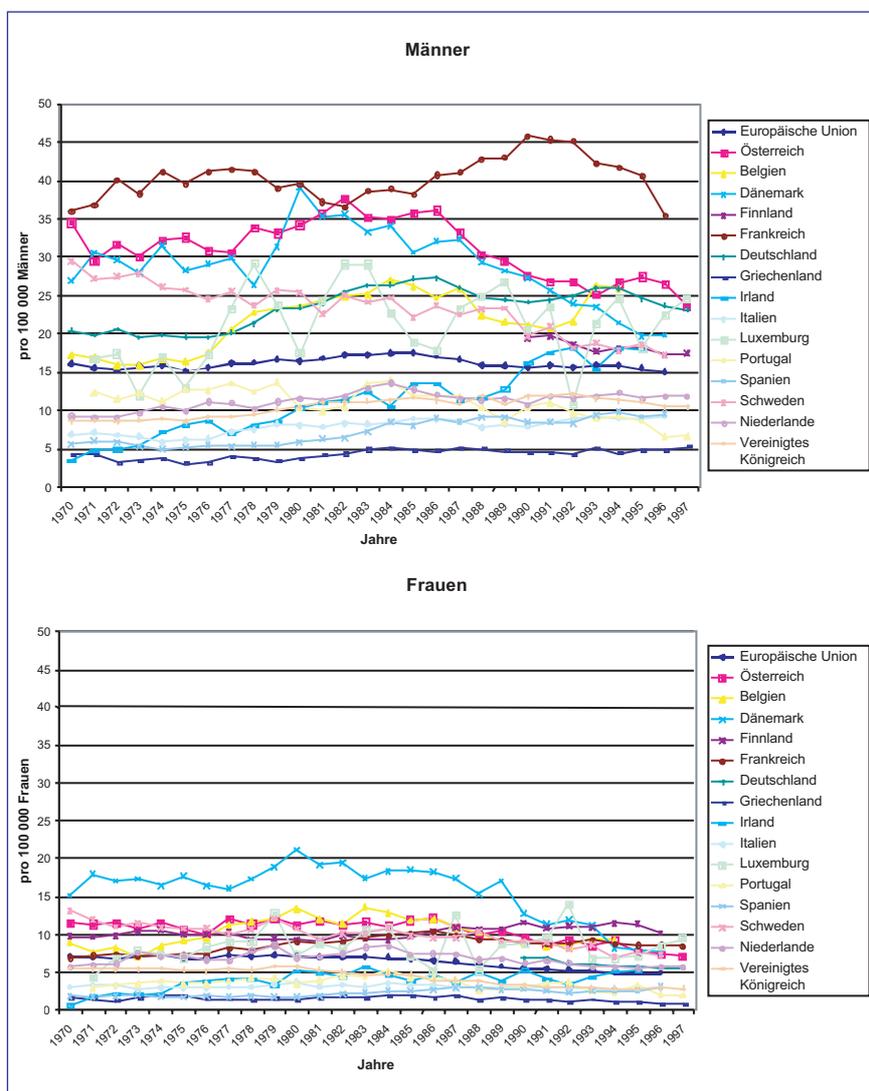
Die Prävalenz von Epilepsie in der EU liegt zwischen drei und sechs pro 100 000 Einwohner. Die begrenzten verfügbaren Daten deuten darauf hin, dass die Epilepsieinzidenz und -mortalität zurückgehen.

Die Prävalenz der Parkinson'schen Krankheit steigt von 0,6 % im Alter von 65 auf 3,5 % im Alter von 85 Jahren (und älter), ohne signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Diese Krankheit

Abb. 11

Standardisierte Rate der Todesfälle durch Suizid und Selbstverletzungen: 1970-1997

Unter 65 Jahren:



Quelle: HFA Statistical Database, WHO-Regionalbüro Europa, Kopenhagen, Dänemark.

ist eine der häufigsten chronischen neodegenerativen Krankheiten bei älteren Menschen. Unterschiede zwischen den Ländern erscheinen nicht signifikant ⁽⁵⁾.

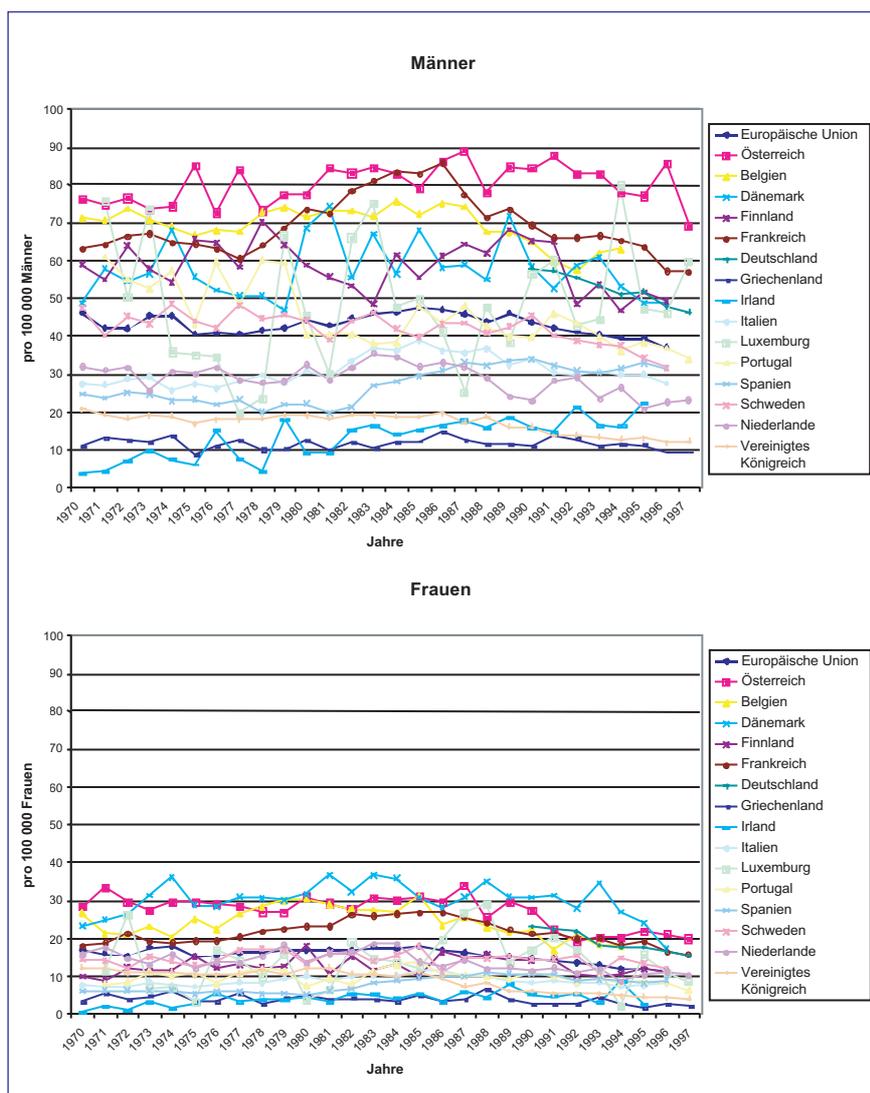
Suizid

Da Suizide häufig bei jungen Leuten vorkommen, sind sie eine der Hauptursachen für den Verlust von Lebensjahren. Jedoch ist die Suizidmortalität in der Gruppe der über 65-Jährigen immer noch höher als in der Gruppe der unter 65-Jährigen (Ausnahmen sind Männer in Irland, Frauen in Irland und Luxemburg). Ländercluster mit der niedrigsten Mortalität unter 65: Griechenland, Irland, Italien, Portugal, Spanien und das Vereinigte Königreich; Cluster mit den höchsten Werten: Belgien, Finnland und Luxemburg. Bei Männern und Frauen über und unter 65 Jahren ist die allgemeine Tendenz in der EU derzeit stabil (Abb. 11).

Abb. 11

Standardisierte Rate der Todesfälle durch Suizid und Selbstverletzungen: 1970-1997 (Fortsetzung)

65 Jahre und älter:



Quelle: HFA Statistical Database, WHO-Regionalbüro Europa, Kopenhagen, Dänemark.

In den letzten zwei Jahrzehnten sind die Suizidraten im Allgemeinen bei den jungen Männern gestiegen und bei den jungen Frauen gesunken (Ausnahme ist Schweden, wo die Suizide sowohl bei den jungen Frauen als auch bei den jungen Männern zurückgegangen sind) ⁽⁶⁾.

⁽⁵⁾ Daten liegen vor für Frankreich, Italien, die Niederlande und Spanien (Rijk u. a., 1997).

⁽⁶⁾ Suizid hat eine negative kulturelle, religiöse, soziale und rechtliche Bewertung. Daher ist bei einem Vergleich der Praktiken der Totenscheinausstellung mit extremer Vorsicht vorzugehen.

Krebserkrankungen

Die allgemeine Krebsinzidenz in der EU nimmt leicht zu. Ausnahmen sind – gestützt auf die verfügbaren Daten für den Zeitraum 1990-1995 – Belgien, Dänemark, Irland, Luxemburg, Österreich, Spanien und das Vereinigte Königreich bei den Frauen und Frankreich, Irland, Luxemburg, Schweden und das Vereinigte Königreich bei den Männern.

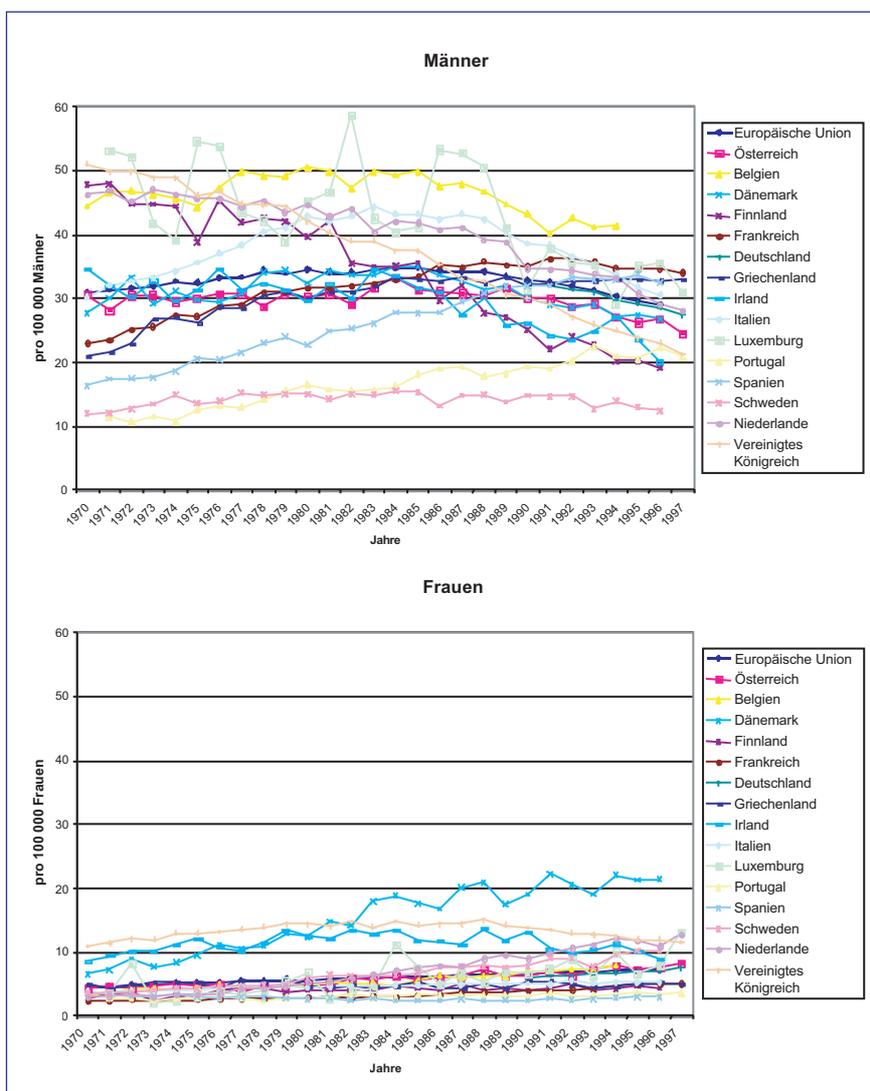
Krebserkrankungen sind in allen EU-Mitgliedstaaten noch immer eine der Haupttodesursachen. Mit Erreichen des mittleren Lebensalters wird Krebs zur vorherrschenden Todesursache, doch ist auch bei Kindern zwischen 1 und 14 Jahren Krebs der zweithäufigste Todesgrund. Im Wesentlichen zurückzuführen ist dies nicht auf eine Zunahme der Krebserkrankungen, sondern auf den Rückgang anderer Todesursachen. 35 % aller Todesfälle bei Personen unter 65 Jahren sind die Folge von Krebserkrankungen.

Die allgemeine Krebsmortalität ist bei den Männern höher als bei den Frauen. In den meisten Mitgliedstaaten ist ein beständiger Abwärtstrend zu verzeichnen. Ausnahmen sind Dänemark bei den Frauen und den Männern sowie Irland, Griechenland, Portugal und Spanien bei den Männern. Bezogen auf die Männer liegen im Cluster der niedrigsten Mortalität die Länder Finnland, Griechenland und Schweden, während das Cluster der höchsten Mortalität allein von Belgien gebildet wird. Bezogen auf die Frauen bilden Finnland, Frankreich, Griechenland, Italien, Österreich, Portugal, Schweden und Spanien das Cluster der niedrigsten Mortalität, während das Cluster der höchsten Mortalität allein aus Dänemark besteht.

Abb. 12

Standardisierte Sterberate für Luftröhren-, Bronchial- und Lungenkrebs: 1970-1997

Unter 65 Jahren:



Quelle: HFA Statistical Database, WHO-Regionalbüro Europa, Kopenhagen, Dänemark.

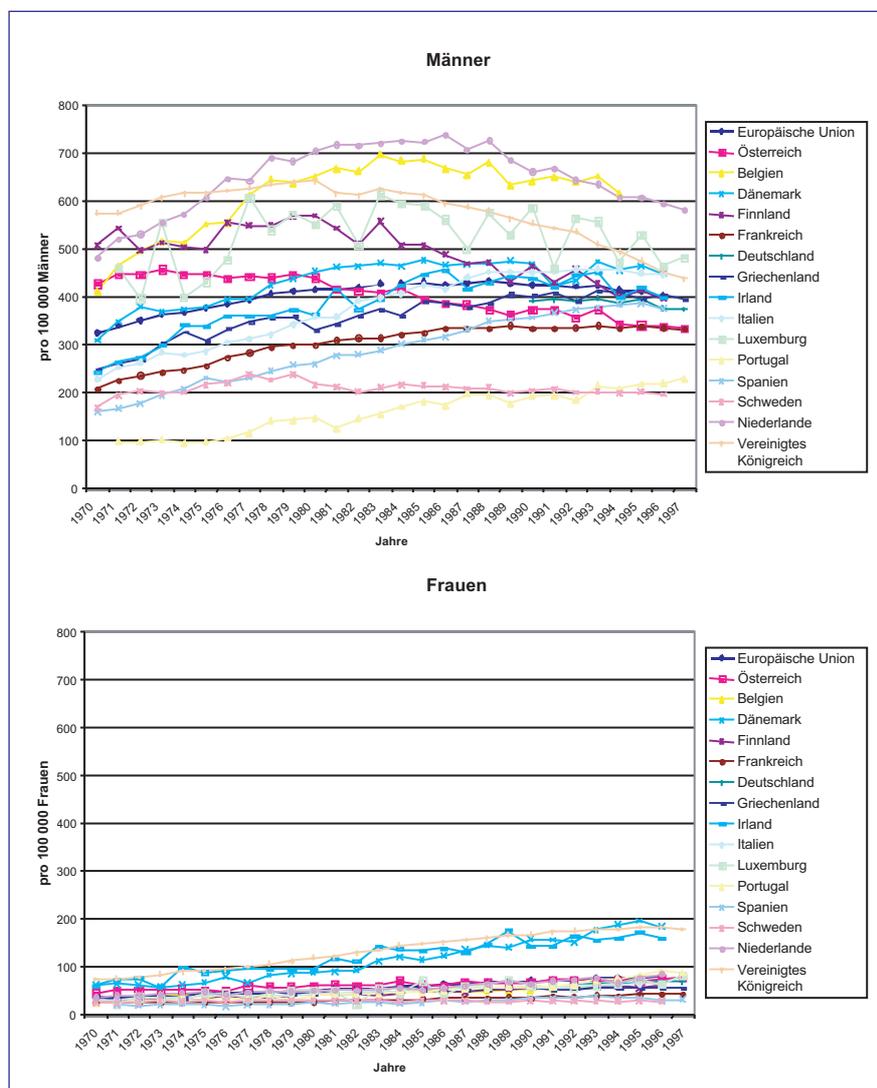
Die häufigsten Krebstodesursachen sind Lungenkrebs, Prostatakrebs und Kolorektalkrebs bei den Männern und Brustkrebs, Kolorektalkrebs und Lungenkrebs bei den Frauen.

Die Lungenkrebsinzidenz beträgt 54,1 pro 100 000 Männer und 11,1 pro 100 000 Frauen (7). Während die Lungenkrebsinzidenzraten in Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Irland, den Niederlanden und Österreich zurückgehen, steigen sie in den übrigen Mitgliedstaaten immer noch an. Lungen- und Bronchialkarzinome sind die häufigste Krebstodesursache bei den Männern und die dritthäufigste bei den Frauen. Das Ländercluster mit der niedrigsten Mortalität bilden Portugal und Schweden, das Cluster mit der höchsten Mortalität Belgien, Dänemark, Luxemburg, die Niederlande und das VK. Bei den Männern ist die Lungenkrebsmortalität am höchsten in Belgien und am niedrigsten in Schweden. Bei den Frauen ist hier die höchste Mortalität in Dänemark zu verzeichnen, die niedrigste in Spanien. Insgesamt nimmt die Lungenkrebsmortalität ab. Ein Anstieg ist jedoch immer noch bei den Frauen in den meisten Mitgliedstaaten festzustellen (eine Abnahme gegen diesen Trend bei den Frauen unter 65 im Vereinigten Königreich) und bei den Männern in Portugal und in Spanien (Abb. 12).

Abb. 12

Standardisierte Sterberate für Luftröhren-, Bronchial- und Lungenkrebs: 1970-1997 (Fortsetzung)

65 Jahre und älter:



Quelle: HFA Statistical Database, WHO-Regionalbüro Europa, Kopenhagen, Dänemark.

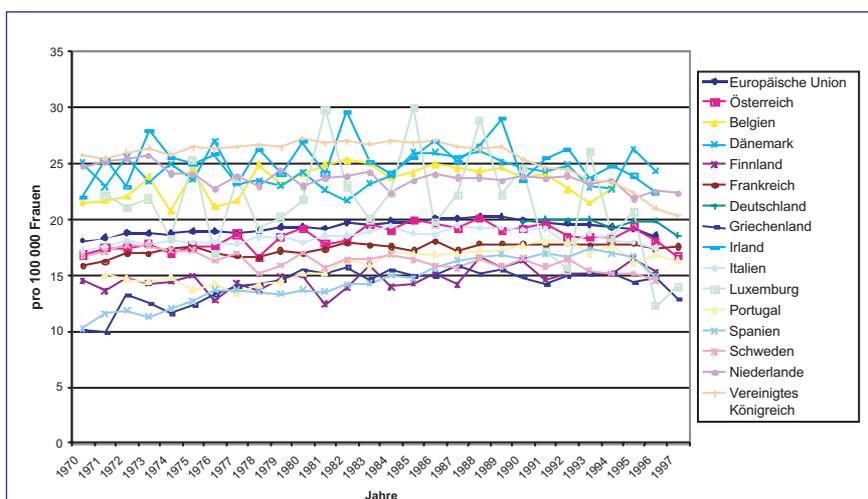
(7) Europäische Kommission, 2000.

Die Brustkrebsinzidenzrate bei den Frauen steigt nach den verfügbaren Daten in allen Mitgliedstaaten an. Brustkrebs ist weiterhin die häufigste Krebstodesursache bei Frauen. Ländercluster mit der niedrigsten Mortalität: Finnland, Griechenland, Portugal, Schweden und Spanien; Cluster mit der höchsten Mortalität: Belgien, Dänemark, Irland, die Niederlande und das Vereinigte Königreich. Die Mortalität ist rückläufig in sechs Mitgliedstaaten – Deutschland, Luxemburg, die Niederlande, Österreich, Schweden und das Vereinigte Königreich (Abb. 13). In mindestens drei dieser Länder (Luxemburg, die Niederlande und Schweden) ist der Rückgang der Brustkrebsmortalität zum Teil auf effektive Screeningprogramme zurückzuführen.

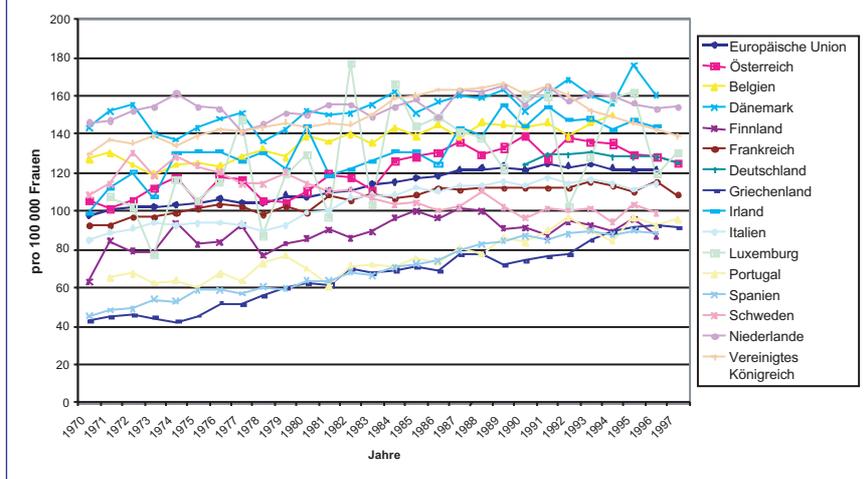
Abb. 13

Standardisierte Sterberate für Brustkrebs bei Frauen: 1970-1997

Unter 65 Jahren:



65 Jahre und älter:



Quelle: HFA Statistical Database, WHO-Regionalbüro Europa, Kopenhagen, Dänemark.

Prostatakrebs ist gegenwärtig die zweithäufigste Krebstodesursache bei den Männern. Es ist jedoch vorhersehbar, dass als Folge des gegenwärtigen Rückgangs der Lungenkrebsmortalität bei den Männern Prostatakrebs bald zur häufigsten Krebstodesursache bei den Männern wird. Ländercluster mit der niedrigsten Mortalität: Griechenland und Italien, Ländercluster mit der höchsten Mortalität: Belgien, Dänemark, Finnland, Irland, die Niederlande, Portugal und Schweden. Die Prostatakrebsmortalität nimmt in den meisten Mitgliedstaaten zu (rückläufig in Frankreich, Luxemburg, Österreich und im Vereinigten Königreich).

Kolorektalkrebs ist die dritthäufigste Krebstodesursache bei den Männern und die zweithäufigste bei den Frauen. Ländercluster mit der niedrigsten Mortalität: Finnland und Griechenland; Cluster mit der höchsten Mortalität: Dänemark, Deutschland und Irland.

Kreislaferkrankungen und Diabetes

Die hauptsächlichen Kreislaferkrankungen sind ischämische Herzkrankheiten (auf sie entfällt die Hälfte der Todesfälle bei Kreislaferkrankungen) und Schlaganfall (ein Drittel der Todesursachen bei Kreislaferkrankungen). Bluthochdruck ist sowohl eine eigenständige Krankheit als auch eine Determinante für andere Kreislaferkrankungen. Der Diabetes mellitus wird unter Kreislaferkrankungen eingestuft, da er eine der wichtigsten Determinanten für diese Krankheitsgruppe ist.

Ischämische Herzkrankheiten

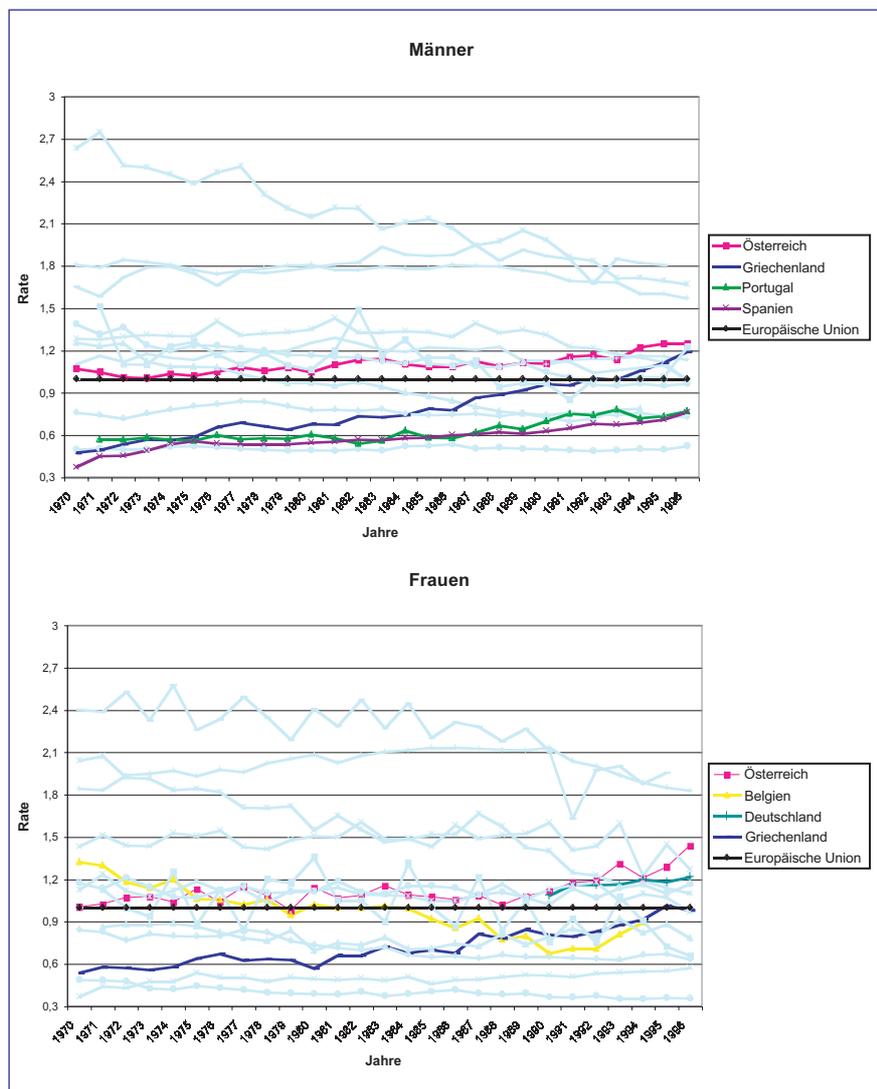
Ischämische Herzkrankheiten sind die Haupttodesursache bei Kreislaferkrankungen und darüber hinaus die häufigste Einzeltodesursache bei den unter 65-Jährigen.

Ländercluster mit der niedrigsten Mortalität: Frankreich, Italien, Luxemburg, Portugal und Spanien; Cluster mit der höchsten Mortalität: Irland und Vereinigtes Königreich.

Die Mortalität der unter 65-Jährigen ist bei ischämischen Herzkrankheiten rückläufig für beide Geschlechter und in allen Mitgliedstaaten. Irische Männer und britische Frauen haben die höchste, französische Männer und Frauen die niedrigste Mortalität. Das Verhältnis der nationalen Mortalitätsra-

Abb. 14

Standardisierte Sterberaten bei ischämischen Herzkrankheiten in den Mitgliedstaaten im Verhältnis zum EU-Durchschnitt (unter 65-Jährige): 1970-1996



Quelle: HFA Statistical Database, WHO-Regionalbüro Europa, Kopenhagen, Dänemark.

ten zum EU-Durchschnitt zeigt, dass in einigen Ländern (Belgien, Deutschland, Griechenland, Österreich, Portugal und Spanien) die Mortalität bezogen auf den EU-Mittelwert zunimmt (Abb. 14).

Schlaganfall

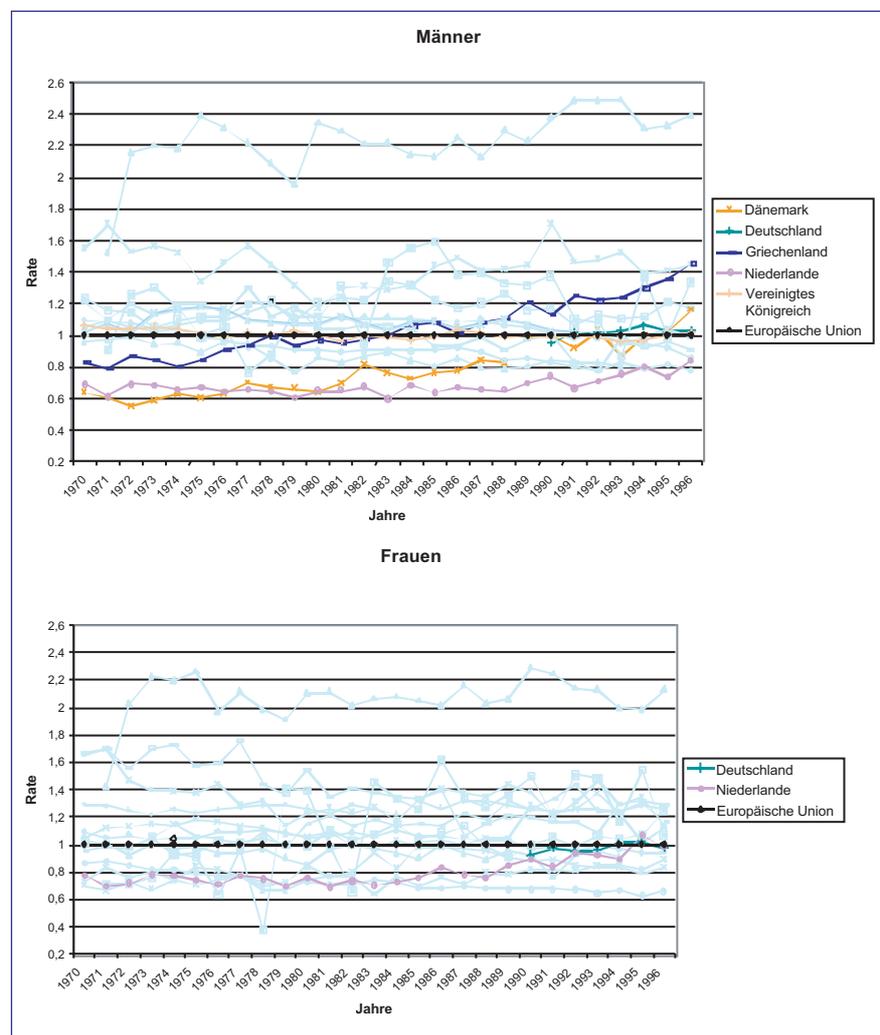
Beim Schlaganfall fallen alle Länder, ausgenommen Portugal und Griechenland, in das Cluster der niedrigsten Mortalität. Portugal bildet allein das Cluster mit der höchsten Mortalität, Griechenland allein das mittlere Cluster.

Die vorzeitige schlaganfallbedingte Mortalität im Alter unter 65 Jahren ist in allen Mitgliedstaaten für beide Geschlechter rückläufig. Portugal weist die höchste Mortalität auf sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen. Holländische Männer und Frauen haben die niedrigste Mortalität. Das Verhältnis der nationalen Sterberaten zum EU-Mittelwert zeigt, dass sie in einigen Ländern (Dänemark, Griechenland, Niederlande und Vereinigtes Königreich) im Vergleich zum europäischen Durchschnitt zunehmen (Abb. 15).

Schlaganfälle sind auch eine der Hauptursachen für schwere Behinderungen in der EU, besonders im höheren Alter.

Abb. 15

Standardisierte Sterberaten bei Schlaganfall im Verhältnis zum EU-Durchschnitt (unter 65-Jährige): 1970-1996



Quelle: HFA Statistical Database, WHO-Regionalbüro Europa, Kopenhagen, Dänemark.

Bluthochdruck

Bluthochdruck ist eine eigenständige Krankheit und darüber hinaus eine wichtige Determinante anderer Krankheitsbilder, insbesondere Kreislaufkrankungen und Nierenversagen. Die Prävalenz des Bluthochdrucks in den Mitgliedstaaten liegt offenbar bei etwa 20 % ⁽⁸⁾. Die vorliegenden begrenzten Trenddaten lassen auf einen Abwärtstrend in Finnland – ausgehend von einem allerdings hohen Niveau – schließen, und auf einen Aufwärtstrend in Deutschland.

Diabetes mellitus

Der Diabetes ist eine weitverbreitete eigenständige Krankheit und ebenfalls eine Determinante anderer Krankheitsbilder, hauptsächlich Kreislaufkrankungen und Nierenversagen. Der übergewichtbedingte Ausbruch von Diabetes bei Erwachsenen scheint in den Mitgliedstaaten epidemische Formen anzunehmen. Zunehmend tritt er bereits in jüngerem Alter auf. Jugenddiabetes breitet sich in einigen Mitgliedstaaten, z. B. in Finnland, immer stärker aus. Die gegenwärtig verfügbaren Trenddaten erlauben keine Differenzierung zwischen den beiden Diabetestypen.

Für fünf Mitgliedstaaten vorliegende Trenddaten zeigen, dass die Prävalenz in drei Mitgliedstaaten leicht angestiegen ist (Finnland, Griechenland und Schweden), in den Niederlanden stabil geblieben ist und in Portugal abgenommen hat.

Die Diabetesmortalität der unter 65-Jährigen scheint in allen Mitgliedstaaten für beide Geschlechter zurückzugehen, ausgenommen einige Länder (Deutschland, Finnland, Griechenland, Portugal und Schweden), die im Vergleich zum EU-Durchschnitt schlechter abschneiden. Portugiesische Männer und Frauen haben die höchste Mortalität, griechische Männer und französische Frauen die niedrigste ⁽⁹⁾.

Infektionskrankheiten

Infektionskrankheiten sind grenzüberschreitend und breiten sich oft sehr rasch aus. Deshalb haben die Mitgliedstaaten sich in diesem nach wie vor „virulenten“ Bereich, in dem immer wieder neue Entwicklungen eintreten, umfangreiche gesetzliche Verpflichtungen auferlegt. Praktische Konsequenz dieser Verpflichtungen sind hohe Investitionen in regulatorische Instrumente und Überwachungssysteme. Dies ist auch ein Bereich, in dem großer Bedarf besteht an einer effizienteren Koordination sektorübergreifender Maßnahmen (z. B. Sicherheit von Blutprodukten, Agrarpolitik, Reise- und Tourismusgesetze).

Die Infektionskrankheiten werden unter drei Aspekten behandelt: erregerspezifisch, übertragungswegspezifisch und gesundheitspolitisch.

Erreger

Immundefizienzsyndrom (Aids), HIV-Infektion und andere sexuell übertragbare Krankheiten

Die Aids-Inzidenz in der EU beträgt 63,7 pro eine Million Einwohner. Finnland ist das Land mit der niedrigsten Inzidenz (3,8). Spanien hat die höchste Inzidenz (116,5 pro einer Million Einwohner), gefolgt von Portugal (83,0) und Italien (58,4). Die Inzidenz in Belgien, Finnland, Deutschland, Griechenland, Irland, Österreich, Schweden und im Vereinigten Königreich liegt unter 20 pro eine Million Einwohner.

⁽⁸⁾ Monica-Daten.

⁽⁹⁾ Die beobachteten Unterschiede sind möglicherweise zum Teil auf die unterschiedliche Kodierung zurückzuführen (Jouglu u. a., 1992). Die unterschiedliche Kodierung könnte 35 % der Variation der Diabetes-SDR ausmachen (Balkau u. a., 1993).

Seit 1989 treten die meisten neuen Aids-Fälle in der EU in der Gruppe der intravenösen Drogenkonsumenten auf. In einigen Mitgliedstaaten, so in Dänemark, wächst der Anteil der mit Einwanderung und Auslandsreisen in Zusammenhang stehenden Infektionen. Die verfügbaren Daten erlauben keine seriöse Schätzung der Infektionen mit dem Humanimmundefizienzvirus (HIV) (im Gegensatz zu den Aids-Erkrankungen). Während 1994-1995 die geschätzte Inzidenz von Aids sich stabilisierte, nahm sie nach 1996 in allen Risikogruppen ab. Zurückzuführen ist dieser Rückgang größtenteils auf die wachsende Zahl von HIV-Positiven, die noch vor dem Aids-Ausbruch die Möglichkeit einer effektiven antiretroviralen Behandlung nutzen konnten. Parallel zu diesem Trend bei den Aids-Fällen hat sich ebenfalls seit 1996 die Aids-Todesrate verringert. Im Ergebnis wird sich die Zahl von Personen, die mit HIV und Aids leben, mittelfristig erhöhen.

Andere sexuell übertragbare Infektionen sind nach wie vor ein erhebliches Problem. Einige sind in bestimmten Personengruppen relativ stark verbreitet, z. B. die genitalen chlamydialen Infektionen in der Gruppe der Frauen zwischen 15-29 Jahren. *Neisseria gonorrhoea* bleibt eine der häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen. Diese Erkrankung ist ein zuverlässiger Proxy-Indikator für Hochrisikoverhalten in naher Vergangenheit. Die Syphilis-Inzidenzrate ist niedrig und scheint in allen Mitgliedstaaten weiter abzunehmen, ausgenommen Finnland. Der finnische Trend reflektiert das reiseassoziierte Wiederauftreten sexuell übertragbarer Infektionen in der EU.

Hepatitis C

Hepatitis C ist ein wachsendes Problem. Dabei gibt es einen Nord-Süd-Gradienten: Die Infektionsrate beträgt 0,5 % in den nördlichen Mitgliedstaaten und 2 % in den mediterranen Mitgliedstaaten. Die potenzielle Belastung für die Gesellschaft ist der HIV-bedingten vergleichbar. Hepatitis C ist gegenwärtig der Grund für 30 % der Lebertransplantationen. Hauptrisikofaktor ist der intravenöse Drogenmissbrauch.

Tuberkulose

Die Raten der gemeldeten Tuberkulosefälle sanken kontinuierlich zwischen 1974 und 1986, nivellierten sich danach jedoch bzw. stiegen zwischen 1986 und 1996 in einigen Ländern (Dänemark, Irland, Italien, Niederlande, Österreich und Vereinigtes Königreich) vorübergehend wieder an. Die Melderate ist mit 5,6 pro 100 000 Einwohner in Schweden sehr niedrig. In allen anderen Ländern liegt sie unter 18, ausgenommen Portugal (53,5) und Spanien (21,0 bezogen nur auf neue respiratorische Infektionen). Tuberkulose ist in der EU offenbar in Stadtgebieten verbreiteter. Besonders ausgeprägt ist dieser Trend anscheinend in den Niederlanden, im Vereinigten Königreich, in Deutschland und in Österreich. Tuberkulose tritt auch als importierte Infektion auf. Ein zusätzliches Problem ist die Medikamentenresistenz, einschließlich der Multiresistenz. Das Resistenzproblem tritt insbesondere auf in Verbindung mit HIV-Infektionen, einer unzureichenden Therapie und schlechter Compliance mit einer Behandlung.

Übertragungswege

Importierte und reiseassoziierte Infektionen ⁽¹⁰⁾

Importierte und reiseassoziierte Infektionen sind in der EU relativ häufig.

Die Wahrscheinlichkeit einer länderübergreifenden Verbreitung hat sich mit der Gründung der EU erhöht, bedingt durch den freien Warenverkehr und die Personenfreizügigkeit. Ergebnis ist das Wiederauftreten einiger Infektionskrankheiten, z. B. impfpräventabler Krankheiten (Masern, Diphtherie)

⁽¹⁰⁾ Zu diesen Infektionen gehören: Diphtherie, Gonorrhö, Hepatitis A, Hepatitis B, Masern, Poliomyelitis und Tuberkulose, lebensmittelassoziierte Infektionen, Giardiasis, Amoebiasis, Shigellosis, HIV, Typhus, methicillinresistente *Staphylococcus aureus*, Yersiniosis, Paratyphus, Legionellose, Syphilis, Cholera, Brucellose, Lepra, virale Enzephalitis, Dengue-Fieber, afrikanisches Zeckenfieber, muriner Typhus, Lassa-Fieber und Q-Fieber.

und sexuell übertragbarer Erkrankungen. Häufig sind diese Krankheiten assoziiert mit Reisen nach oder von Osteuropa.

Deutschland, Frankreich, Italien, Portugal und das Vereinigte Königreich melden eine hohe und wachsende Zahl von Malariafällen. Die meisten werden ausgelöst durch *Plasmodium falciparum*. Mehr als 70 % der Fälle werden aus Afrika importiert. Ein hoher Anteil der tödlich verlaufenen Fälle ist auf eine unterlassene Malariaphylaxe zurückzuführen.

Lebensmittelassoziierte Infektionen

Die Verbreitung sowohl gängiger als auch seltener, aber schwerer Krankheiten durch Lebensmittel ist ein häufiges Vorkommnis. Vielfach ist sie assoziiert mit dem grenzüberschreitenden Transport von Lebensmitteln (z. B. Fleisch).

Seit 1993 ist ein Rückgang der Infektionen mit *Salmonella enteritidis* zu beobachten. Nicht in allen Mitgliedstaaten ist dies gleichermaßen der Fall. *Campylobacter* ist derzeit die am häufigsten diagnostizierte bakterielle Ursache von akuter Gastroenteritis in Dänemark. Die Inzidenz einer spezifischen Form von entero-hämorrhagischen Escherichia Coli (EHEC) nimmt in Belgien, Deutschland, Schweden und im Vereinigten Königreich zu.

Die neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, bei der man eine Übertragung durch BSE-infiziertes Rindfleisch vermutet, ist eine selten auftretende neue lebensmittelassoziierte Erkrankung. Die Creutzfeldt-Jakob-Problematik verdeutlicht, wie sich neue Infektionskrankheiten wirtschaftspolitisch auswirken können und wie wichtig es ist, zur besseren Charakterisierung und Beobachtung seltener Krankheiten in der EU Daten und Informationen zentral zu erfassen.

Gesundheitspolitik

Antibiotikaresistente Infektionen

Der undifferenzierte Einsatz von Antibiotika in Krankenhäusern, in Ambulatorien und in der Selbstmedikation sind Hauptursachen der Antibiotikaresistenz. Die weitverbreitete Verwendung antimikrobieller Substanzen in der tierischen Erzeugung fördert die Entwicklung resistenter Bakterien und auch resistenter Gene, die dann wiederum auf potenziell krankheitsauslösende Bakterien übertragen werden. Größtenteils als Ergebnis dieses Kreislaufs wird die Antibiotikaresistenz sich zu einem noch ernsthafteren Problem auswachsen.

Impfpräventable Krankheiten

Impfpräventable Krankheiten werden durch Immunisierungsprogramme unter Kontrolle gehalten. Allgemein unterscheidet man drei Gruppen von Krankheiten, in deren Prävention man in den einzelnen Mitgliedstaaten unterschiedlich erfolgreich war. Eine Harmonisierung der Impfpolitik wäre deshalb in diesem Bereich von großem Nutzen.

Erste Gruppe: Wirksam impfpräventable Krankheiten, die unter Kontrolle sind und in allen Mitgliedstaaten vor der Eradikation stehen (z. B. Masern und Kinderlähmung).

Zweite Gruppe: Krankheiten, die erneut zu einer Bedrohung der öffentlichen Gesundheit werden als Folge einer unzureichenden Überwachung und/oder Impfpolitik/Impfpraxis (z. B. bei Influenza, Pertussis, Diphtherie, Mumps). Dennoch kann über einige Erfolgsgeschichten berichtet werden. Dänemark, Finnland, Frankreich und Luxemburg haben ein hohes Niveau der Kontrolle von Pertussis erreicht. In Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Irland, Italien, Luxemburg, den Niederlanden, Öster-

reich, Portugal, Schweden, Spanien und im Vereinigten Königreich wurden im Zeitraum 1987 bis 1997 keine oder nur sehr wenige Fälle von Diphtherie gemeldet. Dennoch kommt es immer wieder zu kleineren Ausbrüchen unter Drogenkonsumenten und Alkoholikern. Hauptsächlich aus Osteuropa importierte Fälle wurden in Deutschland, Finnland, und im Vereinigten Königreich festgestellt. Dänemark, Finnland, die Niederlande und Schweden sind anscheinend praktisch mumpsfrei ⁽¹¹⁾.

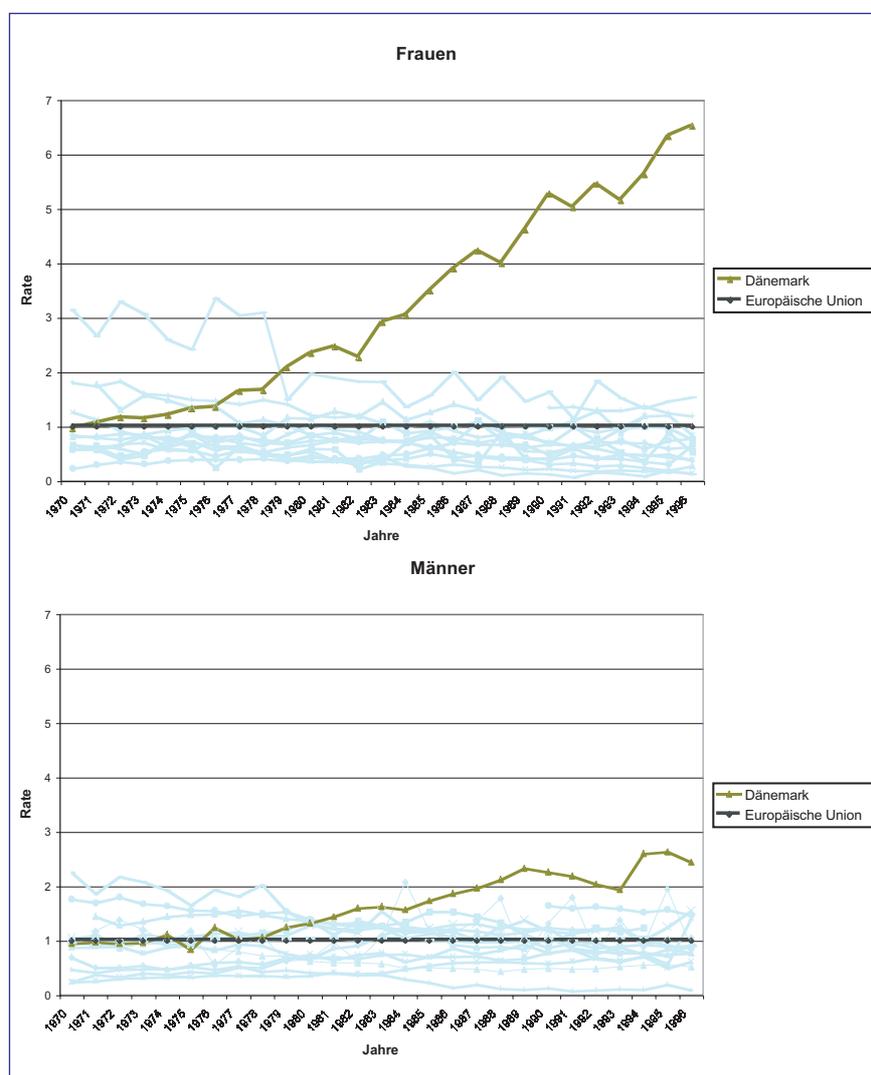
Dritte Gruppe: Krankheiten, deren Inzidenz nicht systematisch erfasst wird bzw. gegen die nicht systematisch geimpft wird, ungeachtet der Möglichkeit kosteneffektiver Impfungen (z. B. Meningokokkeninfektionen, Pneumokokkeninfektionen, Varicella-Zoster-Virus und Hepatitis A und B)

Die letzten beiden Gruppen verdeutlichen, dass die Möglichkeiten der Gesundheitsvorsorge noch bei weitem nicht ausgeschöpft sind.

Atemwegserkrankungen

Die Mortalität der unter 65-Jährigen bei einigen der häufigsten Atemwegserkrankungen (Bronchitis, Emphysem und Asthma) geht in den meisten Mitgliedstaaten bei den Männern und den Frauen zurück

Abb. 16
Standardisierte Sterberaten für Bronchitis, Emphysem und Asthma in den Mitgliedstaaten im Verhältnis zum EU-Durchschnitt (unter 65 Jahren): 1970-1996



Quelle: HFA Statistical Database, WHO-Regionalbüro Europa, Kopenhagen, Dänemark.

⁽¹¹⁾ Ungeachtet einer hohen Durchimpfungsrate ist die Mumpsinzidenz in Luxemburg unbekannt, da Mumps nicht meldepflichtig ist (Mady Roulleaux, persönliche Mitteilung, April 2001).

(Verlagerung in die Gruppe der über 65-Jährigen). Das Verhältnis der nationalen Mortalitätswerte zum EU-Durchschnitt zeigt einen relativen Anstieg bei den dänischen Frauen (Abb. 16). Dänemark hat auch die höchste Mortalität sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen zu verzeichnen.

Asthma ist eine weitverbreitete chronische Erkrankung, die in der EU zunehmend als schwerwiegendes Gesundheitsproblem betrachtet wird. Diese Einschätzung ist allerdings nicht durch systematische und vergleichbare Daten belegt. Die Asthmaprävalenz ist sehr unterschiedlich. Sie ist im Vereinigten Königreich generell höher als in den anderen Mitgliedstaaten ⁽¹²⁾.

Behinderungen

Viele der vorstehend betrachteten Krankheiten (z. B. Krebs, Schlaganfall, Unfälle, Demenz und perinatale Probleme) sowie andere Erkrankungen, wie Osteoporose und Arthritis, haben dauerhafte Behinderungen zur Folge. Die Prävalenzrate für Aktivitätseinschränkungen ist in den Mitgliedstaaten unterschiedlich. In den meisten Mitgliedstaaten liegt sie bei etwa 12 %. Die Daten sind jedoch nicht ausreichend, nicht vergleichbar und liefern kein genaues Bild der tatsächlichen Situation in der EU.

Zu einem großen Teil sind ältere Menschen von Behinderungen betroffen. Zwar ist die Mehrzahl der älteren Menschen nicht behindert, doch gehört die Mehrheit der Behinderten zur Gruppe der älteren Menschen.

Daten über die behinderungsfreie Lebenserwartung sind zwar nur begrenzt verfügbar, zeigen aber dennoch, dass die behinderungsfreie Lebenserwartung entweder stagniert (Vereinigtes Königreich) oder zunimmt (Frankreich und Deutschland). Sie zeigen ferner, dass steigende Lebenserwartung nicht automatisch verbunden ist mit einer Verlängerung der Lebenszeit mit einer schweren Behinderung. Im ungünstigsten Fall kann es zu einer starken Verbreitung leichter Behinderungen kommen ⁽¹³⁾.

GESUNDHEITZUSTAND EINZELNER BEVÖLKERUNGSGRUPPEN

Einige Personengruppen sind aufmerksam zu beobachten: unter anderem in Armut lebende ältere Menschen, Arbeitslose, Migranten, Flüchtlinge, Alleinerziehende, Obdachlose und Jugendliche außerhalb des Bildungssystems. Ihre Situation wird zum Teil in den nächsten Kapiteln behandelt. Das besondere Augenmerk muss den älteren Menschen und den Migranten gelten, denn deren Zahl nimmt in mehreren Mitgliedstaaten zu.

Die in den Mitgliedstaaten festzustellenden demografischen Veränderungen tragen viel zum Verständnis der vorstehend erörterten Morbiditäts- und Mortalitätsmuster und Behindertensituationen bei. Die Bevölkerungsalterung in den letzten zwei Jahrzehnten hat den Anteil der über 65-Jährigen anwachsen lassen, wobei besonders in der Gruppe der über 84-Jährigen die Zahl der Frauen größer ist als die der Männer. Die Altenquote ist eine der höchsten in der ganzen Welt. Der Altenanteil wird weiter wachsen, während voraussichtlich der Anteil der Erwachsenen im Alter von 15 bis 64 Jahren zurückgehen und der Anteil der unter 15-Jährigen stabil bleiben wird. Diese demografischen Veränderungen erklären zum Teil die Zunahme der chronischen Krankheiten und das dadurch bedingte Volumen der Gesundheitsversorgung. Die Veränderungen können auch dazu dienen, den weiteren Anstieg des Gesundheitsversorgungsaufwandes in der EU zu prognostizieren, wenn auch die Bevölkerungsalterung nicht in allen Mitgliedstaaten das gleiche Ausmaß erreicht. Legt man den „Altersindex“ zugrunde, dann ist Italien das „älteste“ EU-Land, gefolgt von Griechenland und Deutschland. Irland ist das „jüngste“ Land der EU.

⁽¹²⁾ Gesundheitserhebung der Europäischen Gemeinschaft 1996, respiratorische Krankheiten.

⁽¹³⁾ Robine u. a., 1999.

Der Gesundheitsstatus von Migranten kann besser oder schlechter sein als der Gesundheitsstatus der einheimischen Bevölkerung des Gastlandes und in bestimmten Fällen die Gesundheitssituation im Herkunftsland widerspiegeln. Menschen, die auswandern, sind gewöhnlich gesünder als die Population, aus der sie stammen. Dessen ungeachtet lassen die Daten eine eindeutige Bedarfssituation erkennen – im Zusammenhang mit Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus, reproduktiver Gesundheit, Kindergesundheit, Infektionskrankheiten, mentaler Gesundheit und Unfallverletzungen – und auf eine unzureichende Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten schließen.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Gesundheitssituation in der EU hat sich in den letzten drei Jahrzehnten und seit dem letzten Bericht über die Gesundheitssituation im Jahr 1992 signifikant verbessert (Tabelle III).

Dennoch ist der Anteil der präventablen Morbidität und Mortalität in der Altersgruppe der unter 65-Jährigen immer noch relativ hoch. Hauptursachen hierfür sind Unfälle und Verletzungen, Suizid, psychische Erkrankungen, einige Krebserkrankungen, Kreislaufkrankungen, Infektionen, Asthma und andere respiratorische Krankheiten. Viele davon sind effektiven präventiven, promotiven und therapeutischen Interventionen zugänglich, die entweder das Ausbruchsalter hinausschieben oder als Ergebnis besserer Überlebenschancen das Todesalter anheben. Längeres Überleben bedeutet dabei häufig Überleben mit einer Behinderung. Das gilt insbesondere für ältere Menschen.

Wenn wir die besten Mortalitätsergebnisse der Mitgliedstaaten vergleichen mit den schlechtesten und beide auch am EU-Durchschnitt messen, dann bekommen wir eine Vorstellung von dem großen Potenzial für weitere Verbesserungen. Raum für Verbesserungen offenbart auch der Vergleich der Mortalität der Männer mit der Mortalität der Frauen (Tabelle IV).

Betrachten wir die Hauptdeterminanten der vorgenannten wichtigsten Mortalitäts- und Morbiditätsursachen, dann stellen wir fest, dass bestimmte immer wieder auftauchen (Tabelle V).

Tabelle III Verbesserung der Gesundheitssituation in den letzten drei Jahrzehnten und seit dem letzten Gesundheitsbericht 1992

Gesundheitsproblem	EU-Durchschnitt			Verbesserung des EU-Durchschnitts im Zeitraum (%)		
	1970	1992	1997	1970-1992	1992-1997	1970-1997
Lebenserwartung (in Jahren)	71,8	77,0	77,8	7,2	1,0	8,4
Vorzeitige Sterblichkeit (pro 100 000 Einwohner)	378,0	253,0	233,0	- 33,1	- 7,9	- 38,4
Neugeborenensterblichkeit (pro 1 000 Lebendgeburten) ⁽¹⁴⁾	26,1	7,6	n. v.	- 70,9	-	-
Säuglingssterblichkeit (pro 1 000 Lebendgeburten)	21,9	6,9	5,5	- 68,5	- 20,3	- 74,9
Geringes Geburtsgewicht (%)	n. v.	5,8	6,2	-	6,9	-
Müttersterblichkeit (pro 100 000 Lebendgeburten)	34,8	7,4	7,1	- 78,7	- 4,1	- 79,6
Vorzeitige Sterblichkeit durch Verkehrsunfälle (pro 100 000 Einwohner)	20,4	12,5	10,4	- 38,7	- 16,8	- 49,0
Vorzeitige Sterblichkeit durch Suizid (pro 100 000 Einwohner)	11,4	10,5	10,0	- 7,9	- 4,8	- 12,3
Vorzeitige Sterblichkeit durch Krebs (pro 100 000 Einwohner)	92,4	87,1	81,3	- 5,7	- 6,7	- 12,0
Vorzeitige Sterblichkeit durch Lungenkrebs (pro 100 000 Einwohner)	16,8	19,0	17,8	13,1	- 6,3	6,0
Vorzeitige Sterblichkeit durch Brustkrebs bei Frauen (pro 100 000 Frauen)	18,1	19,6	18,5	8,3	- 5,6	2,2
Vorzeitige Sterblichkeit durch ischämische Herzkrankheiten (pro 100 000 Einwohner)	46,6	31,7	26,9	- 32,0	- 15,1	- 42,3
Vorzeitige Sterblichkeit durch Schlaganfall (pro 100 000 Einwohner)	23,0	11,4	9,9	- 50,4	- 13,2	- 57,0
Vorzeitige Sterblichkeit durch Diabetes mellitus (pro 100 000 Einwohner)	4,8	3,1	3,1	- 35,4	0,0	- 35,4
Vorzeitige Sterblichkeit durch Asthma, Bronchitis und Emphysem (pro 100 000 Einwohner)	9,2	3,0	2,4	- 67,4	- 20,0	- 73,9

Quelle: HFA Statistical Database, WHO-Regionalbüro Europa, Kopenhagen, Dänemark.

Anmerkung: n. v. = nicht verfügbar.

Vorzeitige Sterblichkeit = unter 65 Jahren

⁽¹⁴⁾ Eurostat, Europäische Kommission.

Tabelle IV Potenziale für künftige Gesundheitsverbesserungen

Gesundheitsproblem	Frauen			Männer			Beide Geschlechter		
	Bester Wert	Schlechtester Wert	Durchschnittswert	Bester Wert	Schlechtester Wert	Durchschnittswert	Bester Wert	Schlechtester Wert	Durchschnittswert
Lebenserwartung (in Jahren)	83,2 Frankreich	78,4 Dänemark	81,0	76,7 Schweden	71,6 Portugal	74,4	79,3 Schweden	75,4 Portugal	77,8
Vorzeitige Sterblichkeit (pro 100 000 Einwohner)	126,0 Griechenland	217,0 Dänemark	153,0	227,0 Schweden	399,0 Portugal	314,0	182,0 Schweden	281,0 Dänemark	233,0
Neugeborenensterblichkeit (pro 1 000 Lebendgeburten) ⁽¹⁵⁾	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	5,4 Schweden	9,5 Griechenland	n. v.
Säuglingssterblichkeit (pro 1 000 Lebendgeburten)	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	3,6 Schweden	6,4 Portugal, Griechenland	5,5
Geringes Geburtsgewicht (%)	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	3,5 Luxemburg	7,5 Belgien	6,2
Müttersterblichkeit (pro 100 000 Lebendgeburten)	0,0 Griechenland, Luxemburg	9,6 Frankreich	7,1	„–“	„–“	„–“	„–“	„–“	„–“
Vorzeitige Sterblichkeit durch Verkehrsunfälle (pro 100 000 Einwohner)	3,1 Finnland	8,4 Griechenland	4,9	6,2 Schweden	30,1 Griechenland	15,9	6,1 Niederlande	17,3 Portugal	10,4
Vorzeitige Sterblichkeit durch Krebs (pro 100 000 Einwohner)	52,3 Finnland	97,5 Dänemark	65,7	70,8 Finnland	117,0 Frankreich	97,7	61,2 Finnland	95,3 Dänemark	81,3
Vorzeitige Sterblichkeit durch Lungenkrebs (pro 100 000 Einwohner)	2,9 Spanien	21,3 Dänemark	7,0	19,1 Finnland	41,3 Belgien	28,9	11,5 Finnland, Portugal	24,2 Belgien	17,8
Vorzeitige Sterblichkeit durch Brustkrebs bei Frauen (pro 100 000 Frauen)	12,9 Griechenland	24,3 Dänemark	18,5	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Vorzeitige Sterblichkeit durch ischämische Herzkrankheiten (pro 100 000 Einwohner)	3,7 Frankreich	17,6 Vereinigtes Königreich	10,2	22,1 Frankreich	78,3 Irland	44,0	12,7 Frankreich	47,7 Irland	26,9
Vorzeitige Sterblichkeit durch Schlaganfall (pro 100 000 Einwohner)	4,9 Frankreich	14,9 Portugal	7,5	9,6 Niederlande	28,5 Portugal	12,4	7,3 Frankreich	13,3 Finnland	9,9
Vorzeitige Sterblichkeit durch Suizid (pro 100 000 Einwohner)	0,8 Griechenland	10,5 Finnland	5,0	5,2 Griechenland	35,5 Finnland	15,0	2,9 Griechenland	17,6 Belgien	10,0
Vorzeitige Sterblichkeit durch Diabetes mellitus (pro 100 000 Einwohner)	1,1 Frankreich	2,5 Portugal	2,2	1,7 Griechenland	5,3 Portugal	3,9	1,6 Frankreich	4,7 Portugal	3,1
Vorzeitige Sterblichkeit durch Asthma, Bronchitis und Emphysem	0,1 Griechenland	10,7 Dänemark	1,6	0,3 Griechenland	7,8 Dänemark	3,2	0,2 Griechenland	9,3 Dänemark	2,4

Quelle: HFA Statistical Database, WHO Regionalbüro Europa, Kopenhagen, Dänemark.

Anmerkung: Vorzeitige Sterblichkeit = unter 65 Jahren
n. v. = nicht verfügbar.

⁽¹⁵⁾ Eurostat, Europäische Kommission.

Tabelle V Determinanten der Morbidität und Mortalität

Gesundheitsproblem	Determinanten	
Geringes Geburtsgewicht und Frühgeburtlichkeit	Rauchen, Alkoholmissbrauch, Drogenmissbrauch, Zugang zu hochwertiger Gesundheitsvorsorge	Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status
Unfälle/Verletzungen	Alkoholmissbrauch, Drogenmissbrauch, Umweltbedingungen, Zugang zu hochwertiger Unfallversorgung	
Neuropsychiatrisch	Alkoholmissbrauch, Drogenmissbrauch	
Krebserkrankungen	Rauchen, Ernährung, Fettleibigkeit, Bewegung, Alkoholmissbrauch, Zugang zu hochwertiger Gesundheitsvorsorge	
Kreislaufkrankheiten	Rauchen, Alkoholmissbrauch, Ernährung, Fettleibigkeit, Bewegung, Zugang zu hochwertiger Gesundheitsvorsorge	
Infektionen	Ernährung, Lebensmittel- und Trinkwassersicherheit, Drogenmissbrauch, Sexualverhalten, Reisen, Zugang zu hochwertiger Gesundheitsvorsorge	
Asthma und andere respiratorische Probleme	Umweltbedingungen, Rauchen, Zugang zu hochwertiger Gesundheitsvorsorge	

Kapitel 2

Gesundheitsdeterminanten

Die Determinanten der wesentlichen Gesundheitsprobleme sind hauptsächlich verhaltensbedingt (Rauchen, Alkoholmissbrauch, unzureichende Ernährung, Drogen, körperliche Inaktivität), die Ursache schlechter Umweltbedingungen oder eines niedrigen sozioökonomischen Status. Diese Determinanten sowie die Gesundheitsförderung, die Krankheitsprävention und das Angebot an kurativen Leistungen werden in diesem Kapitel behandelt. Die Determinanten stehen in einer sehr komplexen Wechselwirkung zueinander. Was wir als Gesundheitszustand bewerten, ist letztlich das aggregierte Ergebnis aller Determinanten.

SOZIOÖKONOMISCHE DETERMINANTEN DES GESUNDHEITZUSTANDS

Der Gesundheitszustand ist ein wichtiger Faktor für die sozioökonomische Entwicklung. Umgekehrt nimmt aber auch der sozioökonomische Status wesentlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand. In allen Mitgliedstaaten ⁽¹⁶⁾ sind die Mortalitäts-, Morbiditäts- und Behinderungsraten am höchsten in den Gruppen mit dem niedrigsten Sozialstatus. Vergleichbare sozioökonomisch bedingte Unterschiede finden sich auch bei den Risikofaktoren für Krankheit und Mortalität. Der sozioökonomische Status kennzeichnet die Position einer Person in der Gesellschaft. Die dabei einwirkenden Kriterien sind vielschichtig. Die in der Fachliteratur häufig benutzten Kriterien sind: makroökonomische Determinanten, Ausbildungsniveau, Familienstruktur, das sonstige soziale Gefüge, Einkommen und Beschäftigung.

Makroökonomische Determinanten

Makroökonomische Determinanten (**Pro-Kopf-BIP**) liefern Anhaltspunkte für den finanziellen Aufwand von Staaten und Einzelpersonen für Gesundheitsleistungen. Die vorzeitige Sterblichkeit ist am höchsten in der Gruppe der Menschen mit der niedrigsten Finanzkraft. Die Prävalenz von Krankheiten wächst mit sinkendem Einkommen. Die Trends bei diesen Determinanten sind in der EU größtenteils positiv. In den späten 80er Jahren waren hohe reale BIP-Wachstumsraten (etwa 4 %) zu verzeichnen. Nach einem Konjunkturerinbruch in den frühen 90er Jahren setzte in den späten 90er Jahren eine Konjunkturerholung ein.

Dennoch bestehen zwischen den Mitgliedstaaten weiterhin erhebliche Einkommensunterschiede. Beim Pro-Kopf-BIP sind drei deutlich ausgebildete Ländercluster auszumachen: das Cluster mit dem höchsten Einkommen (Luxemburg), das Cluster mittlerer Einkommen (Belgien, Dänemark, Frankreich, Finnland, Deutschland, Irland, Italien, Niederlande, Österreich, Schweden und Vereinigtes Königreich) und das Cluster mit dem niedrigsten Einkommen (Griechenland, Portugal und Spanien).

Am gleichmäßigsten verteilt sind die Einkommen in den nordischen Mitgliedstaaten. Die größten Ungleichheiten sind in Spanien und im Vereinigten Königreich festzustellen. Unabhängig davon, wie Armut definiert wird, weisen Dänemark, Deutschland und die Niederlande die niedrigste Armutsquote auf, Griechenland, Portugal und Spanien die höchste.

Ausbildungsniveau

Das Ausbildungsniveau an sich oder als Proxy-Indikator für den Sozialstatus ist eine wichtige Determinante für das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand.

⁽¹⁶⁾ Keine Daten verfügbar für Belgien, Griechenland und Luxemburg.

Die Krankheitsprävalenz verhält sich umgekehrt proportional zum Ausbildungsniveau. Bei Menschen mit niedriger Bildung verlaufen chronische Krankheiten in der Regel ungünstiger – und führen häufiger zu Behinderungen – als bei Patienten mit einem höheren Bildungsniveau.

Finnische und holländische Studien haben eine positive Korrelation nachgewiesen zwischen dem Ausbildungsniveau und der Lebenserwartung/Gesundheitserwartung ⁽¹⁷⁾. Die vorzeitige Sterblichkeit ist am höchsten in der Gruppe der Menschen mit dem niedrigsten Ausbildungsniveau. Das gilt auch für die Mortalität bei Kreislauferkrankungen. In den nordischen Ländern haben Kinder von Müttern mit lediglich Hauptschulbildung ein höheres Gesundheitsrisiko als Kinder besser ausgebildeter Mütter. Diese Ergebnisse legen nahe, dass die Ungleichheiten bereits in jüngstem Alter bestehen und sich dann im Lebensverlauf fortsetzen oder sogar verstärken. Eine Gesundheitspolitik mit dem Ziel, diese gesundheitlichen Ungleichheiten bereits im jungen Alter zu reduzieren, kann daher einen starken Multiplikatoreffekt haben.

Ausbildungsniveau ist signifikant assoziiert mit Gesundheitsverhalten. Je ausgeprägter die epidemiologische Kurve des Rauchverhaltens in einem Land, desto verbreiteter ist das Rauchen in der Population mit dem niedrigsten Bildungsniveau. Anders als in den südlichen Mitgliedstaaten konsumieren in nördlichen Mitgliedstaaten die besser Ausgebildeten häufiger und mehr Wein zu den Mahlzeiten als die schlechter Ausgebildeten. Andererseits ist in den nordischen Staaten der höchste Bierkonsum in der Gruppe mit dem niedrigsten Ausbildungsniveau zu verzeichnen. In allen Mitgliedstaaten verzehren die schlechter Ausgebildeten weniger frisches Gemüse und sind im Mittel kleiner und beleibter als die besser Ausgebildeten. Das Ausmaß dieser Unterschiede ist vielfach bei Männern und Frauen unterschiedlich stark ausgeprägt und abhängig von der Ess- und Trinkkultur.

Das Ausbildungsniveau wurde in den letzten drei Jahrzehnten in allen Mitgliedstaaten deutlich angehoben. Dennoch bestehen hier nach wie vor erhebliche Unterschiede.

Haushalte, Familien und andere soziale Gefüge

Traditionell ist die Familie erste Instanz der informellen Gesundheitsförderung und das Hauptschutzsystem für junge wie für ältere Menschen. Außerdem ist sie ein Hort sozialer und anderer Werte, die wiederum Einfluss nehmen auf das Gesundheitsverhalten. Familienstrukturen prägen ferner die partnerschaftliche Einstellung und sind assoziiert mit mentaler Gesundheit, Morbidität und Mortalität.

Zum Teil bedingt durch Veränderungen in der Familienstruktur können ältere Menschen nicht mehr wie früher auf die Hilfe der Verwandten zählen. Die verbreitetsten Lebensumstände älterer Menschen in der EU: 1. allein lebend, ohne sich auf die Hilfe, Fürsorge oder finanzielle Unterstützung von Verwandten verlassen zu können; 2. als Paar in einer Gemeinschaft lebend; 3. in einem Heim lebend. In Griechenland und Italien spielen die Großmütter eine wichtige Rolle in der Kinderbetreuung.

Beschäftigung

Eine sichere Beschäftigung bringt nicht nur Einkommen und materiellen Wohlstand, sondern beeinflusst auch das soziale Leben des Einzelnen und wirkt sinngebend für die persönliche Existenz. Regelmäßiges und ausreichendes Arbeitseinkommen aus Arbeit gibt den Menschen eine Zukunftsperspektive und ermöglicht eine langfristige Haushaltsplanung. Andererseits sind die Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen hoch.

Die Arbeitsbedingungen spielen eine entscheidende Rolle. Es besteht ein direkter Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und der Zahl der geleisteten Arbeitsstunden. Etwa ein Drittel der

⁽¹⁷⁾ Robine u. a., 1999.

Arbeitskräfte in der EU arbeiten unter starker Lärmexposition oder muss schwere Lasten handhaben, 40 % sind betroffen von Arbeit unter Zwangshaltungen, mehr als die Hälfte hat keinen Einfluss auf die Bedingungen am Arbeitsplatz, wie etwa Beleuchtung, Belüftung und Temperatur. Die am häufigsten auftretenden arbeitsbedingten Gesundheitsprobleme sind Rückenschmerzen (30 %), Stress (28 %) und Muskelschmerzen in Armen und Beinen (17 %).

Männer arbeiten häufiger als Frauen in Hochrisikosektoren, zum Beispiel im Bauwesen, und erleiden deshalb zehnmal häufiger als Frauen tödliche und dreimal häufiger nicht tödliche Unfälle.

Für Arbeitnehmer in atypischen Beschäftigungsverhältnissen sind die Arbeitsbedingungen schlechter als für fest angestellte. Sie leiden häufiger unter Gesundheitsproblemen, insbesondere Müdigkeit und Muskelskeletterkrankungen. Atypische Beschäftigung kommt am häufigsten vor auf Baustellen, in der Industrie und in der Landwirtschaft, aber auch in bestimmten Dienstleistungssektoren, vor allem im Transportwesen, im Gaststättengewerbe und im Catering – Bereiche, in denen gleichermaßen gelernte und ungelernte Arbeitskräfte benötigt werden. Der Anteil der in atypischen Beschäftigungsverhältnissen geleisteten Arbeitsstunden ist besonders hoch in Griechenland, Italien, Portugal und Spanien.

Arbeitslosigkeit

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit ist sehr komplex. Nachteilige Auswirkungen auf die Gesundheit können dabei wirtschaftlich, sozial und psychologisch bedingt sein. Arbeitslosigkeit führt zu einem vollständigen oder teilweisen Einkommensverlust, der den Arbeitslosen möglicherweise unter die Armutsschwelle drückt. Ein plötzlicher Verlust des Arbeitsplatzes und Langzeitarbeitslosigkeit, der damit verbundene Verlust an Sozialstatus und von sozialen Kontakten sowie zunehmende Hoffnungslosigkeit können zu Stress und dadurch verursachten psychologischen Problemen führen. Arbeitslosigkeit kann außerdem verbunden sein mit einem Verlust der beruflichen Gesundheitsversorgung und den Zugang zu anderen Gesundheitsleistungen beschränken. Andererseits unterscheidet sich der Gesundheitszustand arbeitsloser junger Menschen kaum von demjenigen junger Menschen, die eine Arbeitsstelle haben oder eine berufliche Aus- oder Weiterbildung absolvieren. Häufiger als bei älteren Arbeitslosen treten nervöse und depressive Störungen auf, doch ist deren Schweregrad geringer.

Die höchste Arbeitslosenquote – seit 1980 stets im zweistelligen Bereich – hat Spanien. Die niedrigsten Quoten sind in Luxemburg und in Österreich zu verzeichnen. Es gibt in allen Mitgliedstaaten jedoch deutliche Anzeichen für eine Besserung.

In der Gruppe der unter 25-Jährigen liegt die durchschnittliche Arbeitslosenquote bei 20 %. Mehr als 20 %, teilweise sogar über 40 %, erreicht diese Quote in Belgien, Finnland, Frankreich, Griechenland, Italien, Schweden und Spanien. Ländercluster mit den niedrigsten harmonisierten Arbeitslosenquoten in dieser Bevölkerungsgruppe: Dänemark, Deutschland, Irland, Luxemburg, Österreich, Portugal, Niederlande und das Vereinigte Königreich; mittleres Cluster: Belgien, Finnland und Schweden; Cluster mit den höchsten Quoten: Frankreich, Griechenland, Italien und Spanien ⁽¹⁸⁾.

Langzeitarbeitslosigkeit macht etwa 50 % der Gesamtarbeitslosigkeit in der EU aus (25,2 % in Dänemark, bis zu 66,2 % in Italien). Die Verteilung von Gesamtarbeitslosigkeit und Langzeitarbeitslosigkeit folgt in allen Ländern weitgehend demselben Muster: Die Spannweite der Quoten reicht von 10,8 % in Spanien bis zu 0,9 % in Luxemburg; der EU-Durchschnitt der Langzeitarbeitslosigkeit beträgt, bezogen auf die Erwerbsbevölkerung, 5,2 %.

⁽¹⁸⁾ Europäische Stiftung für die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, 1997.

GESUNDHEITSVERHALTEN

Dieser Abschnitt behandelt die Verhaltensdeterminanten. Verhaltensbedingte Risikofaktoren sind Tabakkonsum, Alkoholmissbrauch, Drogenmissbrauch, ungesunde Ernährung, sitzende Lebensweise und Sexualverhalten. Von Bedeutung sind diese Determinanten vor allem bei jungen Menschen.

Rauchen

Tabakkonsum ist nicht nur für den einzelnen Raucher schädlich, sondern über das Passivrauchen auch für andere Menschen. Rauchen wird mit einer Vielzahl von Krankheitsbildern in Verbindung gebracht, z. B. ischämischen Herzkrankheiten, Schlaganfall, chronischer Bronchitis, Emphysem, Krebs (von Lunge, Blut, Nieren, Bauchspeicheldrüse, Mundhöhle, Rachen, Speiseröhre, Kehlkopf, Gebärmutter und Gebärmutterhals), Aortaaneurysma, peripherer Arteriosklerose, Magengeschwüren, geringem Geburtsgewicht, plötzlichem Kindstod (SIDS) und verminderter Fertilität. Passivrauchen kann Folgendes verursachen: plötzlichen Kindstod (SIDS), zu geringes Geburtsgewicht, akute respiratorische Erkrankungen in der frühen Kindheit, reduzierte Lungenfunktion bei Kindern und Erwachsenen, Verstärkung der Lungensymptome bei Asthmatikern, verminderte Lungenfunktionen bei Asthmatikern, Lungenkrebs und ischämische Herzkrankheiten. Etwa 90 % aller Lungenkrebsfälle, 80 % aller chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen und 25 % der Todesfälle durch Herzkrankheiten sind mit dem Rauchen assoziiert. Rauchen ist die größte Einzelursache vermeidbarer Todesfälle. Die Zahl der rauchassoziierten Todesfälle nimmt bei den Frauen weiterhin zu.

Inzidenz und Prävalenz des Rauchens

Seit 1980 ist der Anteil der Raucher bei den Männern zurückgegangen, bei den Frauen aber gestiegen. Besonders ausgeprägt ist die Zunahme bei den Frauen in Portugal, Spanien, Italien, Griechenland, Luxemburg und Österreich; am meisten dazu beigetragen haben die Frauen in den jüngsten Altersgruppen. Dänische Frauen haben eine der höchsten Raucherquoten weltweit.

Die Unterschiede in der Raucherprävalenz zwischen Männern und Frauen sind am geringsten in Dänemark, Irland, den Niederlanden, in Schweden und im Vereinigten Königreich. Sie verringern sich immer mehr in Belgien, Frankreich, Luxemburg, Deutschland und Österreich. Im Süden (Italien, Spanien, Portugal) sind sie nach wie vor signifikant.

In den Mitgliedstaaten mit einer hohen Prävalenz junger Raucherinnen wächst auch die Zahl der Frauen, die während der Schwangerschaft rauchen. Der Anteil der Frauen, die während der Schwangerschaft rauchen, nimmt im Vereinigten Königreich zu, während er in Schweden zurückgeht.

Leichtzigaretten

Es gibt eine Tendenz bei den Frauen, Leichtzigaretten zu rauchen, unter der irrigen Annahme, dass diese weniger schädlich seien. In Italien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Irland, Österreich und Schweden rauchen mehr als die Hälfte der weiblichen Raucher Leichtzigaretten.

Alkoholmissbrauch

Alkohol ist eine weitere signifikante Gesundheitsdeterminante, die politischer Einflussnahme zugänglich ist. Zwar verfügen wir nicht über einen zuverlässigen einheitlichen Indikator für alkoholassoziierte Todesfälle (eine Eurostat-Taskforce arbeitet daran), doch besteht in den Mitgliedstaaten eindeutig ein Zusammenhang zwischen tödlichen Verkehrsunfällen und Alkoholmissbrauch. In einigen Mitgliedstaaten

ten wirkt sich Alkoholkonsum nachgewiesenermaßen auf die Suizidrate bei den Männern (Belgien, Finnland, Österreich, Portugal und Schweden) und bei den Frauen (Deutschland, Belgien, die Niederlande, Österreich und Schweden) aus. Auch bei den Mordraten besteht ein Zusammenhang mit Alkoholkonsum. Zweifelsfrei besteht eine Parallelität zwischen **Pro-Kopf**-Verbrauch und Zirrhose-Mortalität bei den Männern und den Frauen in unterschiedlichen Altersgruppen. Alkohol fördert außerdem den Mundkrebs und den Speiseröhrenkrebs. Fortgesetztes starkes Trinken erhöht außerdem das Risiko von Bluthochdruck, Schlaganfall und die Anfälligkeit für ischämische Herzkrankheiten. Was die ischämischen Herzkrankheiten angeht, so vergrößert exzessiver Alkoholkonsum das Risiko erheblich, während andererseits moderater Alkoholkonsum das Risiko sogar vermindern kann. Die Höhe des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft korreliert eindeutig mit der Zahl der mit dem fetalen Alkoholsyndrom geborenen Kinder.

Alkoholkonsummuster und -trends

In der Trinkkultur bestehen Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten, die sich in drei Ländergruppen unterteilen lassen: Im Süden wird zum Großteil Wein getrunken, in Mitteleuropa hauptsächlich Bier, und im Norden überwiegen die Spirituosen. Allerdings verwischen sich diese Unterschiede zunehmend. Das Ausmaß der Veränderungen ist schwer zu ermitteln, denn es gibt keine zuverlässigen vergleichbaren Statistiken über die Zahl der Trinker und die Konsummuster. Die gängigsten Proxy-Indikatoren sind die Verkaufszahlen gemäß den „World Drink Trends“.

Die Alkoholverkaufszahlen sind rückläufig im hauptsächlich Wein trinkenden Süden, während sie in den hauptsächlich Bier trinkenden Mitgliedstaaten steigen. Frankreich und Luxemburg haben den höchsten durchschnittlichen Alkoholabsatz (etwa 15 Liter pro Kopf und Jahr), Finnland, Schweden, und das Vereinigte Königreich den niedrigsten (7,9 Liter pro Kopf und Jahr). Der EU-Durchschnitt ist 9,4 Liter pro Kopf und Jahr. Diese Daten sind nicht aufgeschlüsselt nach Männern, Frauen, Alter und Faktoren wie Tourismus, Import/Export und nichtkommerzielle oder illegale Produktion. Sie sind daher mit Vorsicht zu interpretieren.

Der Alkoholkonsum der Jugendlichen bis zum Alter von 15 Jahren ist ein signifikanter Faktor. Die höchste Quote hat Griechenland aufzuweisen: 52 % der Jungen und 31 % der Mädchen konsumieren nach eigener Aussage Alkohol. Der niedrigste Level ist hier in Finnland zu verzeichnen mit einer Quote von 11 % bei den Jungen und 8 % bei den Mädchen. Der höchste Prozentsatz von Jungen und Mädchen im Alter von 15 Jahren, die angeben, bereits zweimal oder häufiger betrunken gewesen zu sein, findet sich in Dänemark (71 % der Jungen und 63 % der Mädchen), der niedrigste in Griechenland (21 % der Jungen und 21 % der Mädchen), gefolgt von Portugal (35 % der Jungen und 16 % der Mädchen). Die Jugendlichen in mediterranen Ländern neigen offenbar weniger dazu, sich zu betrinken.

Drogenmissbrauch

Drogensucht schädigt die körperliche und geistige Gesundheit und kann zur Desozialisation führen. Viele Süchtige driften in die Kriminalität ab, insbesondere Einbruchdiebstahl und Prostitution, um Geld für die hohen Kosten ihrer Sucht zu beschaffen. Kontaminiertes Injektionsbesteck, das mehrere Drogenkonsumenten benutzen, ist in dieser Gruppe eine häufige Ursache der Übertragung von HIV und Hepatitis. In vielen Mitgliedstaaten haben die intravenös Abhängigen die gemeinsame Nutzung von Injektionsnadeln reduziert. Die Zahl der Ecstasy-Konsumenten wächst in allen Mitgliedstaaten, die einschlägige Daten erfassen. In den nördlichen Mitgliedstaaten ist Ecstasy weit weniger verbreitet als Amphetamin, in den anderen Mitgliedstaaten ist es umgekehrt. Die begrenzten verfügbaren Daten lassen darauf schließen, dass der in den letzten Jahren zu verzeichnende Rückgang der Drogentoten sich verlangsamt und die Mortalität möglicherweise sogar wieder zunimmt.

In der EU ist Cannabis die am häufigsten konsumierte illegale Droge. Cannabis wird jedoch eher gelegentlich und vorübergehend eingenommen als regelmäßig und erscheint nur selten als Primärdroge in Gesundheits- und Sozialleistungsindikatoren. Amphetamine sind in der Regel die am zweithäufigsten konsumierten illegalen Drogen. Bei jungen Erwachsenen ist die Lebenszeitprävalenz des Lösungsmittelmissbrauchs („Schnüffeln“) möglicherweise höher als diejenige des Konsums aller anderen Drogen, ausgenommen Cannabis. Die EU-Bevölkerung hat gewöhnlich weniger Erfahrung mit Heroin als mit allen anderen Drogen. In den Großstädten liegt bei den jüngeren Erwachsenen der Anteil der Heroinsüchtigen über dem nationalen Durchschnitt. In der als Problemgruppe einzustufenden Süchtigenpopulation dominiert Heroin.

Mitgliedstaaten mit einer hohen Cannabiskonsumrate haben auch eine hohe Amphetamin- und Ecstasykonsumrate. In Mitgliedstaaten mit einer niedrigen Cannabiskonsumrate ist auch die Rate des Konsums harter Drogen niedrig.

Nahrung und Ernährung

Die Ernährung ist von großer Bedeutung für Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Eine schlechte, unausgewogene Ernährung ist längerfristig eine der Ursachen für gesundheitliche Beeinträchtigungen, wie etwa Kreislauferkrankungen, Krebs und nicht insulinabhängiger Diabetes, sowie einer der Hauptgründe für die vorzeitige Sterblichkeit.

Ernährungsmuster und -trends

In der EU gibt es eine große Ernährungsvielfalt. Grundsätzlich zu unterscheiden ist zwischen der nördlichen Ernährungskultur und der südlichen, mediterranen Ernährungskultur. Festzustellen ist jedoch auch, dass die Ernährungsgewohnheiten und -kulturen zunehmend konvergieren. Die Ernährungsmuster determinieren Gesundheit und Langlebigkeit stärker als einzelne Nahrungskomponenten.

Im Ernährungsverhalten besteht ein sozioökonomisches Gefälle, denn Fette sind relativ billige Nahrungsmittel. Der Konsum von Getreide und Getreideprodukten ist rückläufig, während der Gemüse-, Fleisch- und Fettverbrauch zunimmt. In Italien, Griechenland und Portugal wird signifikant weniger Zucker konsumiert als in Schweden, Finnland und im Vereinigten Königreich. Obst und Gemüse werden im Norden immer beliebter, insbesondere in der jüngeren Generation.

Ernährungsstatus

Aktuelle Trends zeigen, dass die Frauen, insbesondere die jungen Frauen, mehr auf ihr Gewicht achten als die Männer. Die sitzende Lebensweise und der hohe Fettkonsum resultieren häufig in einer zu hohen Energieaufnahme und Übergewichtigkeit. Fettleibigkeit wird daher zunehmend zu einem Problem: Der Anstieg erreicht 10 % bis 40 % in den meisten Mitgliedstaaten sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen. Trendführer ist das Vereinigte Königreich.

Körperliche Betätigung

In allen Altersgruppen verbessert körperliche Betätigung Gesundheit und Lebensqualität. Körperliche Aktivität in der Kindheit und Jugend ist ein wichtiger Faktor in der Vorbeugung der im späteren Leben eintretenden Osteoporose, denn sie vermehrt die Knochenmasse. Bei den Älteren kann körperliche Bewegung im Rahmen des Leistungsvermögens und unter ärztlicher Anleitung den Knochenschwund reduzieren und die Muskelmasse und Muskelkraft steigern. Bewegung kann auch die geistige Leistungsfähigkeit verbessern und trägt generell zum Wohlbefinden bei. Bewegung reduziert die Todesraten bei Kreislauferkrankungen und Krebs.

Muster und Trends

Für die meisten Menschen ist Spazierengehen und nicht die Ausübung eines Sports die häufigste Form der Bewegung. Ein Großteil der jungen Menschen treibt regelmäßig Sport, doch fallen die Zahlen nach dem Alter von 30 steil ab. Zum Teil erklärt sich dies durch berufliche und häusliche Verpflichtungen.

Aus den wenigen verfügbaren Daten ist abzuleiten, dass 42 % der über 15-Jährigen mehr als drei Stunden pro Woche mit verschiedenen körperlichen Aktivitäten zubringen und 26 % zwischen einer und drei Stunden pro Woche, während 32 % sich überhaupt nicht körperlich betätigen.

Sexualverhalten

Das Sexualverhalten ist eine wichtige Determinante des körperlichen und geistigen Wohlbefindens. Vor allem unsicherer Sex hat aber auch nachteilige Implikationen: ungewollte Teenagerschwangerschaften, Beeinträchtigung der Fruchtbarkeit, Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis B und C, Gonorrhö, Syphilis usw.) und andere Probleme in Verbindung mit der reproduktiven Gesundheit, insbesondere schwangerschaftsbezogene Morbidität und Mortalität.

Bessere Familienplanungsprogramme haben einen Rückgang der unerwünschten Schwangerschaften bewirkt, aber es werden immer noch zahlreiche Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen, hauptsächlich bei Teenagern. Schwangerschaftsabbrüche sind mit kulturellen Faktoren assoziiert: mangelnde Empfängnisverhütung, Schwangerschaften als Folge von Vergewaltigungen, Fehlbildungen des Fötus, Gesundheitsrisiken für die Mutter und sozioökonomische Indikation.

Muster und Trends

In den 60er und 70er Jahren veränderte sich das Sexualverhalten. Das Alter des ersten Geschlechtsverkehrs sank und der Gebrauch zuverlässiger Empfängnisverhütungsmittel nahm zu. Diese Trends setzten sich, wenn auch mit geringerem Tempo, in den 80er und 90er Jahren fort. Der Gebrauch von oralen Kontrazeptiva und Kondomen stieg stetig und der Trend zu einem immer früheren Ende der Jungfräulichkeit verflachte. Dies setzte schon vor Ausbruch der HIV/Aids-Epidemie Mitte der 80er Jahre ein, wurde aber durch die Epidemie noch verstärkt.

Was das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr angeht, so gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten. In den Mittelmeerländern werden die Männer lange vor der Eheschließung sexuell aktiv, während die sexuelle Aktivität der Frauen hier im Vergleich zum EU-Durchschnitt am spätesten einsetzt. In den letzten Jahren hat sich dieser Unterschied jedoch verringert. In den nordischen Ländern haben Jungen und Mädchen etwa im gleichen Alter den ersten Geschlechtsverkehr. Belgien, die Niederlande und Deutschland verzeichnen ein relativ spätes Einsetzen der sexuellen Aktivität bei beiden Geschlechtern.

Diese Muster und Trends sind wichtig für die Planung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen und Sexualerziehungsprogrammen in den Schulen.

PHYSISCHE UMGEBUNG

Die Zusammenhänge zwischen physischer Umgebung und Gesundheit sind noch nicht hinreichend belegt. Dies macht es schwierig, eine wissenschaftlich fundierte Gesundheitspolitik zu betreiben.

Den vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge ist die Luftverschmutzung möglicherweise mitverantwortlich für 40 000 bis 150 000 Todesfälle von Erwachsenen pro Jahr. Die Außenluftverschmutzung [Dioxine, Schwebstoffteilchen, Blei, Stickstoffdioxid, Schwefeldioxid, Benzo(a)pyren und Ozon] und

die Innenluftverschmutzung (Radon, Raumfeuchtigkeit und Tabakrauch) sowie die Wasserverschmutzung (mikrobiologisch, Blei, Pestizide und Nitrate), Lärm, Lebensmittelkontamination und der Ozonabbau sind die größten Umweltrisikofaktoren für die Gesundheit der Menschen. Folgen sind Hörprobleme, Schlafstörungen, Stress, der zu Bluthochdruck und anderen Kreislauferkrankungen führen kann, Hautkrebs und andere Krebserkrankungen, Asthma, Geburtsfehler und gastrointestinale Probleme.

Die EU macht Fortschritte in der Stabilisierung der Treibhausgasemissionen. Die Schwefeldioxidexposition hat sich den verfügbaren Daten zufolge in den letzten zehn Jahren verringert. Das Niveau und die Entwicklungstendenzen folgender Expositionen sind weiterhin problematisch: Luftverschmutzung durch Schwebstoffteilchen und Stickstoffdioxid, Ozonabbau und chemische Wasserverschmutzung durch die Landwirtschaft und Mülldeponien. Signifikante Verbesserungen sind zu erwarten durch eine effizientere Energienutzung und eine rationalere Verkehrspolitik.

GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Wirksam ist die Gesundheitsförderung, wenn sie die angestrebte Veränderung der Gesundheitsdeterminanten bewirkt. Gesundheitsförderung setzt an vier Interventionsperspektiven an: Gesundheitsschutz, Krankheitsprävention, Risiko und Kontext.

Gesundheitsschutz

Der Gesundheitsschutz gehört laut Vertrag zum Mandat der Europäischen Kommission. Viel ist auf diesem Gebiet erreicht worden. Die besten Gesundheitsschutzergebnisse werden dann erreicht, wenn legislative Maßnahmen gekoppelt sind mit gezielten Informationskampagnen zu Sicherheitsvorrichtungen, z. B. Sicherheitsgurten, Helmen, Rauchdetektoren, Feuermeldern, Treppensicherungen, kindersicheren Verschlüssen und Wasserthermostaten. Die Auswertung eines schwedischen Unfallverhütungsprogramms mit einer Laufzeit von drei Jahren brachte folgende Ergebnisse: Die Haushaltsunfälle gingen um 27 % zurück, die Arbeitsunfälle um 28 % und die Verkehrsunfälle um 28 %. Entscheidender Faktor ist hier die Gesetzgebung. Bemerkenswerte positive Entwicklungen sind ferner zu verzeichnen in den Bereichen Blutsicherheit und Lebensmittelsicherheit.

Krankheitsprävention

In der Krankheitsprävention sind zwei Maßnahmenkategorien zu unterscheiden: Impfungen und Screening. Die Impfsituation ist unter „Impfpräventable Infektionskrankheiten“ zusammengefasst. Screening wird vorgeburtlich, während der Kindheit und im Erwachsenenalter zur Prävention bestimmter Krebserkrankungen durchgeführt.

Alle Mitgliedstaaten sehen die vorgeburtliche Vorsorge als vorrangig an. Inwieweit das vorgeburtliche Screening sinnvoll ist, darüber wird gegenwärtig ausgiebig diskutiert. Viele Schlussfolgerungen aus dieser Debatte haben noch nicht Eingang gefunden in die Routine der vorgeburtlichen Vorsorge. In der Frage des Schwangerschaftsabbruchs bestehen nach wie vor ethisch bedingte Meinungsunterschiede innerhalb der und zwischen den Mitgliedstaaten.

Die ersten Lebensjahre gelten auch als die entscheidende Phase für die Entdeckung von Stoffwechsel-, Entwicklungs- und sonstigen Gesundheitsproblemen. Die Praxis in den Mitgliedstaaten in diesem Bereich ist unterschiedlich. Eine vergleichende Gegenüberstellung ist aber nicht verfügbar.

Krebsscreening hat sich als effektiv erwiesen zur Verminderung der Brust- und Gebärmutterhalskrebsmortalität. In Deutschland, Finnland, Griechenland, Luxemburg, den Niederlanden, Schweden und im Vereinigten Königreich werden nationale Screeningprogramme durchgeführt zur Früherken-

nung von Brustkrebs bei Frauen; kein allgemeines Screening wird in Dänemark, Irland, Italien und Österreich vorgenommen. Ein nationales Gebärmutterhals-Screeningprogramm besteht in Dänemark, Deutschland, Finnland, Griechenland, den Niederlanden, Schweden und im Vereinigten Königreich, während in Irland, Italien, Luxemburg, Österreich und Portugal kein derartiges Programm existiert. Ein Routinescreening auf Kolorektalkrebs empfehlen nur Österreich (digitale Rektalexamination und Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl), Deutschland (digitale Rektalexamination und Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl) und Griechenland (Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl), eine Routineuntersuchung auf Hautkrebs nur Deutschland und Österreich. Finnland berichtet über ein versuchsweises Screening auf Magenkrebs. Deutschland, Griechenland und Österreich empfehlen ein Massenscreening auf Prostatakrebs (digitale Examination), Griechenland darüber hinaus eine serologische Bestimmung prostataspezifischer Antigene. In den meisten dieser Programme ist der Normungsgrad niedrig und die Zielgruppenerfassung bei weitem nicht universell ⁽¹⁹⁾.

Häufig werden auch ein Arbeitsplatzscreening sowie ein Screening auf Bluthochdruck, auf Darmkrebs und auf Prostatakrebs durchgeführt, doch gibt es dazu keine Unterlagen über Kosteneffektivität und Best Practice auf nationaler Ebene.

Risikobezogener Ansatz

Die Auswirkungen und die Prävalenz einzelner Risikofaktoren sind abhängig von den Auswirkungen und der Prävalenz anderer Risikofaktoren. So gibt es zum Beispiel eine Wechselwirkung zwischen Rauchen und Alkohol. Die Alkoholwirkungen werden potenziell verstärkt durch ein problematisches soziales Umfeld. Häusliche Gewalt ist oft verbunden mit Alkoholproblemen. Beim Risikoansatz hat sich deshalb der Schwerpunkt verlagert von der Individualorientierung zu Bevölkerungsgruppen, wobei eine Vielzahl unterschiedlicher Risiken einbezogen wird.

Bei den alkoholassoziierten Problemen zielt die Ausrichtung auf bestimmte Populationen dementsprechend darauf ab, den Gesamtkonsum (**pro Kopf**) zu reduzieren, gekoppelt mit einer ergänzenden individuell ausgerichteten Strategie für die Hochrisikogruppe der exzessiven Trinker.

Auch beim illegalen Drogenkonsum ist eine Neuorientierung festzustellen: weg vom überwiegend medizinischen Ansatz, hin zu einem eher kommunikativen Ansatz, der soziale Faktoren und den Drogenhandel einbezieht. Präventionsstrategien sind zunehmend zweigleisig angelegt: Sie kombinieren einen breiten zielgruppenorientierten Life-Skill-Ansatz mit einem komplementären auf Hochrisikogruppen ausgerichteten aktionsbezogenen Ansatz. Die breiter angelegte Strategiekomponente hat zum Ziel, diejenigen Faktoren zu ermitteln und zu stärken, die eine gesunde Lebensweise und die Entwicklung von Selbstständigkeit, Verantwortlichkeit und kritischem Bewusstsein fördern.

In Bezug auf das Rauchen besteht die kosteneffektivste Gesundheitsförderung darin, dass man einzelne Indizienstränge zu einer einheitlichen Message bündelt – am Arbeitsplatz, in der Schule, im außerschulischen Bereich und bei älteren Menschen. Wenn ein Raucher zu rauchen aufhört, dann geschieht dies meist aufgrund einer Kombination von Faktoren: Die Tabakpreise sind gestiegen, das Rauchen am Arbeitsplatz wurde verboten, er hat einen einschlägigen Zeitungsartikel gelesen, oder sein Hausarzt hat ihm vor Augen geführt, mit welchen gesundheitlichen Folgen er zu rechnen hat, wenn er weiterraucht. In einer Entschließung des Rates und der Gesundheitsminister werden die Mitgliedstaaten aufgefordert, das Rauchen in der Öffentlichkeit zu verbieten.

In den Niederlanden wurde eine sehr erfolgreiche Kampagne mit dem Titel „Fat watch“ durchgeführt, an der Supermärkte und andere private Einrichtungen mitwirkten. Ihr Ergebnis war ein erfreulicher Rück-

⁽¹⁹⁾ Nach Kupsch 2000. Keine Daten liegen vor für Belgien, Frankreich, Portugal und Spanien.

gang des Konsums gesättigter Fette (von 16,4 % auf 14,1 % der Gesamtenergieaufnahme über einen Fünfjahreszeitraum). Insbesondere durch solche Veränderungen der Fettaufnahme ist die Prävalenz der Hypercholesterinämie, eine der Determinanten von Kreislauferkrankungen, um 6 % gefallen.

Kontextorientierung

Die Gesundheitsförderung befasst sich seit etlichen Jahren mit Kontextfaktoren (settings). Das Konzept eines kontextbasierten Zugangs hat aber erst in den letzten zehn Jahren Gestalt angenommen. Zu den am häufigsten untersuchten Kontextmilieus zählen Arbeitsplatz, Schulen, Universitäten, Gefängnisse, Städte und Gesundheitseinrichtungen.

In den 80er Jahren lag der Schwerpunkt der EU-Sozialpolitik im Bereich Beschäftigung auf dem Arbeitsschutz. Die 1986 verabschiedete Einheitliche Europäische Akte verlieh der Arbeitsschutzpolitik der Gemeinschaft neue Schwungkraft. Artikel 118 des Vertrages von Amsterdam legt die Mindestanforderungen fest für den Arbeitsschutz in den Mitgliedstaaten. Neben der Einheitlichen Europäischen Akte wurden andere einschlägige Rechtsvorschriften erlassen. Eckpfeiler ist die Rahmenrichtlinie für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, auf der alle nachfolgenden Einzelrichtlinien aufbauen. In den letzten Jahren haben viele Mitgliedstaaten vermehrt Programme zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz aufgelegt.

Gesundheitsförderungsprogramme in Schulen haben sich als am wirksamsten erwiesen, wenn sie auf einem umfassenden und ganzheitlichen Ansatz basieren, d. h. die Schule mit Gesundheitseinrichtungen und -instanzen in Beziehung setzen und über mehrere Jahre laufen. Das Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen umfasst 38 Länder. Sein Potenzial als Modell für die Programmentwicklung ist zweifellos groß, doch kann man von den Schulen natürlich nicht erwarten, dass sie soziale und gesundheitliche Probleme im Alleingang, d. h. losgelöst von globalen Public-Health-Aktionen bewältigen.

Die Hauptziele des Projektes „Gesundheitsfördernde Universitäten“ sind: im gesamten Universitätsbetrieb eine gesundheitsorientierte und nachhaltige Politik und Planung etablieren, ein gesundes Arbeitsumfeld sowie ein der Gesundheit zuträgliches und unterstützendes soziales Umfeld schaffen, eine primäre Gesundheitsversorgung einrichten bzw. sie verbessern, die persönliche und soziale Entwicklung erleichtern, um ein gesundes und nachhaltiges physisches Umfeld zu garantieren, das wissenschaftliche Interesse an der Gesundheitsförderung und deren Weiterentwicklung fördern und die Beziehungen zur jeweiligen Gemeinschaft vertiefen. Dem Netzwerk Gesundheitsfördernder Universitäten haben sich bereits mindestens sechs Universitäten in der EU angeschlossen.

Das Projekt „Healthy Cities“ (Gesunde Städte) ist ein multiinstitutionelles Rahmenprogramm und multidisziplinäres Modell zur Unterstützung der kommunalen Entwicklung und Gesundheitsförderung in ganz Europa. Das Konzept hat seine Wirksamkeit bereits bewiesen: u. a. schafft es Arbeitsmöglichkeiten und dadurch auch Einkommen, verbessert es die kommunale Unterstützung der Beratungsleistungen sowie generell den kommunalen Aktionsrahmen und die Verbindungen zu professionellen Dienstleistungsanbietern.

Der Gesundheitsschutzsektor ist der wichtigste Partner bei der Gesundheitsförderung in der Gesellschaft. Seine Führungsrolle kann er dadurch ausüben, dass er Beispiele liefert für die Gestaltung eines gesunden Umfeldes, als Ratgeber bei gesundheitspolitischen Entscheidungen fungiert, und auch als Ratgeber für gesunde Lebensweise, bei der Auslegung von Screeningprogrammen und Gesundheitsschutztechnologien. Erfolgreiche Aktionen sind belegt in Verbindung mit Anti-Raucher-Kampagnen und der Eindämmung des Alkoholmissbrauchs. Ungeachtet dieser Erfolge werden in vielen Mitgliedstaaten die Gesundheitsdienste ihrer Verantwortung in der Gesundheitsförderung noch nicht in vollem Umfang gerecht.

GESUNDHEITSDIENSTE

Auch in den jüngsten vertraglichen Vereinbarungen sind keine Ansätze erkennbar, die Gesundheitsdienste in den Zuständigkeitsbereich der EU-Institutionen zu übernehmen. Eindeutig stimmen die nationalen Regierungen und die EU darin überein, dass die Europäische Union weder den Wunsch noch die Möglichkeiten hat, nationale Gesundheitssysteme zu verwalten (oder zu vereinheitlichen). Nicht entziehen können wir uns jedoch der Notwendigkeit einer kontinuierlichen Konvergenz dieser nationalen Gesundheitssysteme ⁽²⁰⁾. In Ermangelung einer expliziten gemeinsamen Politik und Strategie hat der Europäische Gerichtshof durch zahlreiche einschlägige Urteile das politische Vakuum zum Teil gefüllt und somit – eher aus der Not geboren als gezielt – de facto erste Ansätze einer gemeinsamen Gesundheitspolitik geschaffen.

Anzustreben ist, dass die Gesundheitsdienste die ihnen gebührende Rolle spielen als eine der Determinanten, die sich positiv auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung auswirken. Seit den 70er Jahren ist diese Funktion ein zentrales Thema in der Fachliteratur. Erste ökonomische Modelle gingen davon aus, dass eine quantitative Erhöhung des Angebotes medizinischer Dienstleistungen um 1 % eine Abnahme der Mortalität von 0,1 % bewirkt ⁽²¹⁾. Einige Studien legen den Schluss nahe, dass eine Verringerung der Unterschiede in der Effizienz der medizinischen Versorgung mehr als bisher angenommen zur Verringerung von Unterschieden in der Lebenserwartung beitragen kann ⁽²²⁾. Zunehmend besteht Konsens darüber, dass die Gesundheitsversorgung – im weitesten Sinne, einschließlich kurativer Therapie und Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation – sich durchaus signifikant auf den Gesundheitszustand auswirkt. Erschwert wird die Impaktmessung durch methodologische Probleme, eine unklare Definition der Begriffe Gesundheitszustand und Gesundheitsversorgung (Umfang, Technologie, Organisation, Finanzierung und Qualität) und durch Schwierigkeiten bei der Ermittlung der einschlägigen Daten.

Gleichermaßen wichtig ist es, nicht die Augen vor der Tatsache zu verschließen, dass die Gesundheitsdienste selbst Ursache von Leid, Morbidität und Mortalität sein können. Einschlägige Daten werden in den meisten Mitgliedstaaten nicht erhoben, doch wo es geschieht, sind die Ergebnisse erschreckend. In einer Abteilung für Innere Medizin in Spanien erfolgten 4,2 % der Einweisungen wegen iatrogenen Erkrankungen ⁽²³⁾. In einer anderen Abteilung für Innere Medizin, ebenfalls in Spanien, waren 8,6 % der Todesfälle mit iatrogenen Krankheiten assoziiert, wovon 3,8 % unmittelbar zum Tod beitrugen ⁽²⁴⁾. Weingart und Mitarbeiter nennen sechs Studien, denen zufolge 5 bis 36 % der medizinischen Versorgungsleistungen und 11-13 % der Einweisungen Erwachsener in Intensivstationen von Universitätskliniken iatrogene Erkrankungen zur Ursache haben ⁽²⁵⁾. Im Rahmen einer kürzlich in Italien durchgeführten Studie wurde ermittelt, dass die Häufigkeit unerwünschter Arzneimittelwirkungen bei Kindern 15,1 pro 1 000 definierte Tagesdosen beträgt, wobei die Autoren aber von einer erheblichen Dunkelziffer ausgehen ⁽²⁶⁾. Eine deutsche Untersuchung berichtet über 300 unnötige Mastektomien als Folge ärztlicher Fehler ⁽²⁷⁾. Bei Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht kann Iatrogenese vor Gericht gebracht werden. Die ersten entsprechenden Schadensersatzprozesse wurden Anfang des 20. Jahrhunderts geführt (in Norwegen 1907 und in Schweden 1937). Ihre Zahl nimmt ständig zu. Ein Prozess kann den Schaden natürlich nicht mehr rückgängig machen.

Erwähnt sei schließlich noch, dass die Bemühungen um Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung in den 90er Jahren intensiviert wurden. Es gibt EU-Richtlinien über die Zulassung von Ärzten

⁽²⁰⁾ Fischer 2000

⁽²¹⁾ Auster u. a., 1969

⁽²²⁾ Velkova u. a., 1997

⁽²³⁾ Sampereiz Legarre u. a., 1994

⁽²⁴⁾ De Escalante u. a., 1994

⁽²⁵⁾ Weingart u. a., 2000

⁽²⁶⁾ Menniti-Ippolito u. a., 2000

⁽²⁷⁾ Cooper-Makhom 2000

und anderen Gesundheitsberuflern. In allen Mitgliedstaaten wurden diese Richtlinien umgesetzt durch entsprechende gesetzliche Vorschriften und Regelungen. Innerhalb der EU bestehen umfassende einheitliche Vorschriften zur Qualität von Medizinprodukten und Arzneimitteln. Viele Mitgliedstaaten entwickelten Qualitätsstandards für die Gesundheitsversorgung und gründeten oder benannten für die Kontrolle zuständige Einrichtungen. Peer-Reviews werden immer häufiger durchgeführt und mehrere Mitgliedstaaten haben Qualitätsregister geschaffen. Dies reicht jedoch nicht aus: Die Mitgliedstaaten müssen noch Qualitätsindikatoren für die Gesundheitsversorgung entwickeln und entsprechende Mindestanforderungen festlegen. In den meisten Mitgliedstaaten mangelt es an einem systematischen Ansatz in der Weiterbildung und bei den Anforderungen für die Erneuerung von Zulassungen. Die bestehenden Qualitätssicherungsprogramme gelten hauptsächlich für Laboratorien und Krankenhäuser und haben in den Mitgliedstaaten unterschiedliche Priorität.

Aus den oben genannten Gründen wird den Gesundheitsdiensten in diesem Bericht ein hoher Stellenwert eingeräumt. Der folgende Abschnitt behandelt deshalb die für die Gesundheitsversorgung und deren Verwaltung zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Gesundheitskosten und Gesundheitsressourcen

In den meisten Mitgliedstaaten erhöhten sich in den 70er Jahren die in Prozent des BIP ausgedrückten Gesundheitskosten. Der Anstieg setzte sich in der Mehrzahl der Länder in den 80er Jahren fort und stabilisierte sich in den 90ern (bei einer weiteren Zunahme in Deutschland, Frankreich, Griechenland, Luxemburg, Österreich und Portugal) im Bereich 6,7 % bis 10,4 %. Demnach haben sich die Gesundheitskosten seit den 70er Jahren kontinuierlich erhöht.

Die Gesamtgesundheitskosten in Pro-Kopf-KKP (USD) sind in den meisten Mitgliedstaaten angestiegen. Drei Ländercluster sind zu unterscheiden. Zum Cluster der höchsten Pro-Kopf-Ausgaben gehören Deutschland, Frankreich und Luxemburg, zum Cluster mit den niedrigsten Ausgaben Irland, Finnland, Griechenland, Portugal, Spanien und das Vereinigte Königreich. Die Mitgliedstaaten mit den höchsten jährlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben sind nicht unbedingt auch die Länder mit der höchsten Lebenserwartung.

In Finnland und in Österreich sind seit 1970 die Krankenhausaussgaben in der Relation zu den Gesamtgesundheitskosten kontinuierlich zurückgegangen. Dieser Abwärtstrend ist auch in Dänemark und im Vereinigten Königreich seit den 80er Jahren zu beobachten. In Frankreich, Italien, den Niederlanden und Spanien war in den 80ern ein signifikanter Rückgang zu verzeichnen, während in den 70er und 90er Jahren der Trend uneinheitlich war. Die **Pro-Kopf-Gesundheitskosten** für stationäre Behandlung sind insgesamt seit 1970 immer weiter gestiegen (in den 90ern stabilisierten sie sich in Finnland). Italien ausgenommen, war der Anstieg in den 90er Jahren am ausgeprägtesten. Die öffentlichen Ausgaben für stationäre Behandlung in Dänemark belaufen sich seit den 70er Jahren auf 100 % der Gesamtausgaben für stationäre Behandlung. In Belgien hat diese Zahl seit 1970 abgenommen. In den 80er Jahren war eine entsprechende Abnahme auch in Österreich und Portugal zu verzeichnen, in den 90er Jahren auch in Frankreich und Italien.

Wie erwartet sind die **Pro-Kopf-Ausgaben** für Arzneimittel seit 1970 kontinuierlich gestiegen. Am stärksten war der Anstieg in den 90er Jahren (Ausnahme: Italien).

Humanressourcen

Der Gesundheitssektor beschäftigt immer mehr Menschen. Dabei ist festzustellen, dass das Krankenpflegepersonal in Relation zum Gesundheitspersonal insgesamt prozentual langsamer wächst, der Frauenanteil immer größer wird, die Spezialisierung zunimmt und die Krankenhauspersonaldichte

abnimmt. Die Zahl der Allgemeinärzte pro tausend Einwohner ist zwar angestiegen, ihr prozentualer Anteil an den Gesundheitsberuflern insgesamt jedoch zurückgegangen.

Gesundheitseinrichtungen

Die Daten zu den Gesundheitseinrichtungen sind begrenzt und auch nur begrenzt vergleichbar. Der Trend zeigt, dass die Zahl der primären Gesundheitsdienstleistungen pro 100 000 Einwohner stabil ist.

In den Krankenhäusern hat die Zahl der stationären, psychiatrischen und Akutbetten pro tausend Einwohner seit den 70er Jahren abgenommen. Der prozentuale Anteil der Akutbetten am Gesamtbettenbestand ist in den Niederlanden und in Frankreich zurückgegangen, in den anderen Mitgliedstaaten jedoch angestiegen oder gleich geblieben.

Technische Ressourcen

Was die technische Ausstattung angeht, so hat die Gerätedichte (Lithotripter, Mammographen, Magnetresonanzgeräte, Strahlentherapiegeräte und Scanner) pro Million Einwohner stark zugenommen. Die Ungleichheiten im Zugang zu medizinischer Technologie sind in den Mitgliedstaaten stark ausgeprägt, was darauf hindeutet, dass entweder die Unterauslastung oder die angebotsbedingte Überauslastung aufwendiger medizinischer Technologie in einigen Mitgliedstaaten möglicherweise ein bedenkliches Ausmaß erreicht hat.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Gesundheitssituation hat sich seit 1970 und seit dem Referenzjahr (1992) des letzten Berichts erheblich verbessert. Im vorliegenden Bericht werden die wesentlichen Risikofaktoren mit Einfluss auf das gegenwärtige Niveau der Morbidität, der Mortalität und der Behinderungen bewertet. In der Mehrheit der Mitgliedstaaten zeichnet sich in Bezug auf die meisten Risikofaktoren ein positiver Trend ab. Dennoch besteht ungeachtet des relativ großen Wohlstandes noch Spielraum für Fortschritte in der Bildungssituation, in der Beschäftigungssituation, beim Pro-Kopf-Einkommen und in der Gleichbehandlung. Ein einfacher Vergleich der besten und schlechtesten Werte der verfügbaren Indikatoren offenbart das gewaltige Verbesserungspotenzial.

Eine Reihe weiterer Entwicklungen und Erkenntnisse verdient Beachtung. Erstens: die Verlagerung der Morbidität und Mortalität von der Altersgruppe der unter 65-Jährigen zu den über 65-Jährigen. Zweitens: Das größte Potenzial für die Gesundheitsförderung liegt in der Gruppe der Jugendlichen. Drittens: Die Kontextorientierung sollte größere Beachtung finden in Schulen, am Arbeitsplatz, an Universitäten und in Gefängnissen. Viertens: Einen Königsweg gibt es zwar nicht, doch besteht der erfolgversprechendste Ansatz in der Gesundheitsförderung offenbar darin, dass man Methoden kombiniert und alle Sozialpartner einbezieht. Fünftens: Andere Politikbereiche (Umwelt, Verkehr, Bildung, Beschäftigung, Armutsbekämpfung, Landwirtschaft usw.) können signifikanten Einfluss auf die Gesundheit nehmen. Dieser sektorübergreifende Ansatz in der Gesundheitspolitik ist wichtig in Verbindung mit neuen Formen der Arbeitsorganisation (mehr Heimarbeit und mehr atypische Beschäftigungsverhältnisse), die sich ihrerseits auswirken auf die Entwicklung der Arbeitsschutznormen und der betrieblichen Gesundheitsdienste. Außerdem wird die Umgestaltung der sozialen Systeme, insbesondere der Familie, Auswirkungen haben auf die Entwicklung der Gesundheitsdienste, d. h. auch der kommunalen Dienste und der häuslichen Pflege.

Der weitere Handlungsbedarf

In diesem Kapitel sollen in keiner Weise irgendwelche Vorgaben gemacht werden. Es will vielmehr zusammenfassend noch einmal aufzeigen, welche grundsätzlichen Möglichkeiten der Verbesserung der Gesundheitssituation bestehen, wo angesetzt werden muss, um diese Verbesserungen zu realisieren und mit welchen Instrumenten und Strategien – im erforderlichen Maße auf die jeweiligen Gegebenheiten zugeschnitten – die Gesundheitspolitik in der EU in die gewünschte Richtung gelenkt werden kann.

VORRANGIGE THEMENBEREICHE

Die vorrangigen Themenbereiche decken sich weitgehend mit den wichtigsten Determinanten von Mortalität, Morbidität und Behinderungen. Sie sind in Tabelle IV zusammengefasst. Sie sind auch die Hauptkomponenten im Rohentwurf eines Aktionsplans, dessen grundlegendes Ziel ist, die Autonomie zu erhöhen und das menschliche Leid und die Mortalität zu verringern.

Der Bedarf an vergleichbaren Daten ist ein aus dem Bericht abzuleitendes Grunderfordernis. Aus dem Mangel an zuverlässigen Daten über Morbidität, Behinderungen und Gesundheitsversorgung ergibt sich die Notwendigkeit, den Daten- und Informationsstand zu verbessern. Selbst die Mortalitätsdaten sind mitunter nur sehr eingeschränkt vergleichbar. Es ist nicht auszuschließen, dass einige der in diesem Bericht beschriebenen Trends eher auf die Melde- und Datenerfassungspraxis zurückzuführen sind als auf reale Entwicklungen. Diese Einschränkungen sind jedoch kein Grund, die verfügbaren Daten nicht zu nutzen. Im Gegenteil: Es gibt sehr gute Gründe, sie zu nutzen, wenn auch mit der gebotenen Vorsicht: Erst die praktische Nutzung der Daten offenbart, wo die Schwächen liegen, was wiederum den erforderlichen Druck erzeugt, die Datenerfassungs- und -auswertungspraxis zu optimieren.

WAS ERWARTEN WIR VON DER KOMMISSION?

Die Lösung der wesentlichen thematischen Probleme ist eindeutig Sache der nationalen Regierungen. Aber es besteht großer Spielraum für Aktionen der Kommission.

Ein solcher Handlungsspielraum besteht zum Beispiel in folgenden Bereichen: Standardisierung von Indikatoren, Infrastruktur des Datenaustausches, Förderung des Austausches abgesicherter Daten und von Best Practice und Förderung des Qualitätsbenchmarkings und unterstützender Netzwerke zur umfassenderen Koordination zwischen nationalen und internationalen Institutionen.

Die Gesundheitsschutzarbeit muss fortgeführt werden. Es empfiehlt sich sogar eine Ausweitung über die gegenwärtigen Aktionsbereiche hinaus, z. B. auf den Arbeitsschutz, die Lebensmittelsicherheit, die Verkehrssicherheit und die Sicherheit von Blutprodukten.

Die primäre Prävention ist ein wichtiger Faktor im Bereich der Infektionskrankheiten. Hier besteht noch erheblicher Verbesserungsspielraum. Unter anderem könnte die Kommission eine weiter gehende Harmonisierung der nationalen Impfpolitiken anstreben.

Die Entwicklungen in der Genetik sollte die Kommission aufmerksam verfolgen, nicht nur wegen der ethischen Implikationen, sondern vor allem wegen des Innovationspotenzials in der primären und sekundären Prävention.

In den meisten Mitgliedstaaten (mit einigen bereits erwähnten bemerkenswerten Ausnahmen) ist die sekundäre Prävention nach wie vor suboptimal. Auch hier könnte die Kommission eine wichtige Rolle dabei spielen, den Austausch von Best Practice zu fördern, zum Beispiel im Bereich des Screenings auf Brustkrebs, Zervixkrebs, Kolorektalkrebs und Prostatakrebs.

Am wichtigsten jedoch ist die Erkenntnis, dass die Gesundheitssituation in hohem Maße abhängig ist von einem ganzen Spektrum von Parametern, die der politischen Beeinflussung zugänglich sind. Dies gilt z. B. in Bezug auf Tabak, Alkohol, Wasser und Luft. Voraussetzung ist die Einsicht der Politiker, dass die Einflussnahme auf Gesundheitsdeterminanten den Bereich der konventionellen Gesundheitspolitik überschreitet. Politische Entscheidungen in Querschnittsbereichen sollten stets die gesundheitlichen Auswirkungen berücksichtigen. Bei entsprechenden interdisziplinären Politikentwicklungen sollte die Kommission eine Vermittlerrolle spielen.

WELCHE INSTRUMENTE?

Selbst wenn man das Subsidiaritätsprinzip konsequent einhält, bleibt der EU ein ganzes Arsenal von Instrumenten, die sie zur weiteren Verbesserung der Gesundheitssituation wirksam einsetzen kann. Zu diesen Instrumenten zählen die Verträge, Rechtsvorschriften, Richtlinien, Empfehlungen, Entschlüsse, Schlussfolgerungen, Mitteilungen und Berichte. Sie alle gehen ein z. B. in politische Entscheidungen sowie die Festlegung von Abgaben, Normen, Patientenrechten, Kriterien der Mittelzuweisung, Bewertungs- und Überwachungsmethoden, Forschungsprogrammen und programmatischen Eckdaten für die Arbeit der Kommission. Die Einrichtung von Konsortien und Netzen ist ein wichtiges Werkzeug der integrierten Durchführung von unter Nutzung der oben genannten Instrumente ausgestalteten Vorhaben. Weiterhin besteht die Möglichkeit, durch Appelle an die Öffentlichkeit Entscheidungen zu beeinflussen, die außerhalb der formellen Befugnisse der Kommission liegen.

In den vorstehenden Abschnitten wird vorausgesetzt, dass die Politik und die entsprechenden Aktionsprogramme wohl fundiert und zielorientiert sind. Entscheidend für die Festlegung der Kriterien und Ziele sollte sein, welche Gesundheitsverbesserungen man anstrebt, wobei die Absicht zugrunde liegen muss, die gesundheitliche Kluft zwischen den Ländern und den sozioökonomischen Schichten zu schließen.

Normen sind besonders wichtig in Bezug auf die Umwelt, den Arbeitsplatz, die Medizintechnologie, die Qualität der Gesundheitsversorgung, den Gesundheitsschutz und die kontextorientierte Gesundheitsförderung. Die EU verfügt auf diesem Gebiet über beträchtliche Erfahrung und sollte diese auch als eines der primären Instrumente nutzen, um gesundheitliche Verbesserungen für die Europäische Gemeinschaft zu erreichen.

Eine weitere Priorität ist die Verbesserung der Datenbasis für die EU-Entscheidungsprozesse. Dies erfordert eine kontinuierliche finanzielle Unterstützung der medizinischen Forschung und der Entwicklung von Gesundheitsinformationssystemen.

Im Zeitalter der Globalisierung haben die Medien großen Einfluss auf die Meinungsbildung und dies sogar grenzübergreifend. Die gezielte Nutzung der Medien kann zu Gesundheitsverbesserungen beitragen. Berichte wie der vorliegende und andere Berichte über Gesundheitsbelange sollten weiterhin erstellt werden. Dabei gilt es jedoch, die Mediencoverage massiv zu verstärken.

WELCHE STRATEGIEN?

Eine Strategie ist eine Methode (eine Kombination logisch vernetzter Schritte zur Realisierung spezifischer Ziele), ein System situationsbezogen so zu gestalten, dass man den Akteuren klare Ziel- und Leistungsvorgaben macht und die zulässigen Optionen begrenzt.

Steuerung und Koordination

Dass Bedarf an mehr Lenkung, Koordination und Transparenz in der Entwicklung einer gemeinsamen EU-Gesundheitspolitik besteht, ist mittlerweile weitgehend unstrittig. Die Lenkungskapazität könnte gesteigert werden durch Zusammenschlüsse von Institutionen und durch die Einrichtung thematischer Netze und von Beobachtungsstellen.

Besonders auf dem Gebiet der Gesundheitsinformation und in verwandten Bereichen wird der zwingende Bedarf empfunden, Expertennetze und in den Mitgliedstaaten Anlaufstellen für Gesundheitsinformationen zu schaffen. Nur auf diese Weise kann es gelingen, die erforderlichen vergleichbaren Datensätze in größerem Umfang bereitzustellen und zu verbessern, die ihrerseits den Mitgliedstaaten ein Benchmarking ihrer Gesundheitspolitik ermöglichen und den Austausch von Best Practice erleichtern.

Die meisten Gesundheitsinformationssysteme in den Mitgliedstaaten beinhalten keine Outcome-Messungen und Kostendaten. Weiterhin unterstützen sollte die Kommission die Weiterentwicklung von Patienteninformationssystemen, einschließlich Gesundheitskarten, denn diese Systeme erlauben es, die Patientenmobilität zu beherrschen und die Kontinuität der Patientenversorgung zu steigern.

Die Förderung der EU-Gesundheitsberichterstattung hat neue, wichtige Entwicklungen eingeleitet im Rahmen des EU-weiten Gesundheitsinformationssystems. Diese Entwicklungen lassen sich unter drei Begriffen zusammenfassen: Indikatoren, Datenaustauschsysteme und Gesundheitsüberwachung.

Indikatoren

In zunehmendem Maße werden Gesundheitsdaten erfasst, ausgetauscht und in Datenbanken und Gesundheitsberichten zusammengetragen. Dies geschieht auf regionaler und nationaler Ebene sowie im Rahmen internationaler Organisationen und Aktionen.

Die meisten Datenbanken und Gesundheitsberichte decken einen weiten Bereich ab, einschließlich **Gesundheitsstatus, Gesundheitsdeterminanten, Prävention und Praxis der Gesundheitsversorgung**. Eine größere Verbreitung von Gesundheitsinformationen zwischen Ländern und anderen Akteuren in diesem Bereich (WHO, OECD, Eurostat und für die Gesundheitsberichterstattung zuständige Dienste der Kommission) benötigt entsprechende Unterstützung. Erreicht werden könnte dies zum Teil durch eine Übereinkunft zur Taxonomie der Hauptthemen, einschließlich der wesentlichen Datensätze und Indikatoren. Dadurch würde außerdem eine gemeinsame Grundlage für eine Hierarchie/Taxonomie von Indikatoren für die öffentliche Gesundheit geschaffen, die von den in diesem Bereich tätigen internationalen Organisationen genutzt werden könnte. Eine solche Übereinkunft könnte auch Ansporn sein für weitere Verbesserungen in der Datenerfassung und die Festlegung länder- und regionenübergreifend vergleichbarer Indikatoren.

System des elektronischen Datenaustausches

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung wird gegenwärtig ein System der Gesundheitsinformation und des Informationsaustausches zwischen den Mitgliedstaaten aufgebaut. Vorgesehen ist eine relationale Datenbank für Intranet/Internet-Anwendungen, die im Wesentlichen aggregierte Rohdaten enthält. Das System beinhaltet eine begrenzte Anzahl vorberechneter Indikatoren, was jedoch andere Berechnungen und Analysen ausgehend von denselben Daten nicht ausschließt. Eingegeben werden die Daten (hauptsächlich) von den Mitgliedstaaten.

Krankheitsüberwachung

Krankheitsüberwachung ist eine der Prioritäten des Aktionsprogramms der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Zu diesem Zweck wurden zahlreiche Netze eingerichtet, die meisten zur

Überwachung von Infektionskrankheiten. Diese Netze würden von einer systematischeren Gesamtkoordination profitieren. Ein „EU-Netz der Netze“ könnte dies bewirken.

Gesundheitsverträglichkeitsprüfung [Health Impact Assessment (HIA)]

Entscheidungen in anderen Politikbereichen können beträchtlichen Einfluss nehmen auf die Gesundheit, auf die Entstehung und Prävention von Krankheiten und Behinderungen und auf die Mortalität. Diesem Umstand wird bisher lediglich im Rahmen ökologischer und sozialer Impaktstudien Rechnung getragen. Als Folge kürzlich eingeleiteter Bemühungen, einen zunehmend integrierten Ansatz in der Gesundheitsentwicklung zu praktizieren, hat das HIA in einigen Mitgliedstaaten einen hohen Stellenwert auf der politischen Agenda erlangt (auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene). Auch in der Forschung ist zunehmendes Interesse erkennbar. Einen wichtigen Schritt vorwärts hat die EU mit Artikel 152 des Vertrages von Amsterdam getan (in dem es heißt, „**Bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.**“) sowie mit einer EntschlieÙung des Rates vom Juni 1999, in der dazu aufgefordert wird, Verfahren festzulegen für die Überwachung der Auswirkungen von Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen auf die öffentliche Gesundheit und die Gesundheitsversorgung. Teilweise umgesetzt wurde dies in jüngster Zeit durch die Ermittlung der gesundheitlichen Auswirkungen der Gemeinsamen Agrarpolitik.

Rahmenbedingungen für die öffentliche Gesundheit

Die meisten der in diesem Bericht genannten Prioritäten sind bereits in das neue Rahmenprogramm der EU im Bereich der öffentlichen Gesundheit eingegangen. Was dabei noch fehlt, ist eine Darlegung der Instrumente, die der Kommission zur Verfügung stehen, und der Möglichkeiten der Nutzung dieser Instrumente in der Programmdurchführung.

POLITISCHE MASSNAHMEN

Eine Reihe von Politikfeldern erfordert besondere Aufmerksamkeit. Erstens: Es gilt, Ungleichheiten bei den sozioökonomischen Determinanten (z. B. Bildung und Einkommen) zu reduzieren. Zweitens: Die Auswirkungen von Krankheiten auf den sozioökonomischen Status müssen minimiert werden (z. B. müssen chronisch Kranke vor EinkommenseinbuÙen geschützt werden). Drittens: Die Exposition gegenüber spezifischen Risiken muss vermindert werden (z. B. Rauchen, Drogen, Alkohol und gesundheitliche Risiken am Arbeitsplatz). Viertens: Der Zugang der in Kapitel 1 und 2 genannten Personengruppen zur Gesundheitsversorgung bedarf besonderer Aufmerksamkeit. Fünftens: Die unmittelbaren und mittelbaren Auswirkungen anderer EU-Politiken auf die Gesundheit rechtfertigen eine regelmäßige Gesundheitsverträglichkeitsprüfung dieser Politiken. Sechstens: Ziele formalisieren und Empfehlungen zu Best Practice systematisieren und formalisieren in Bezug auf die in den verschiedenen Kapiteln dieses Berichts aufgeworfenen Fragen. Siebtens: Die Empfehlungen zu Best Practice sollten verstärkt ausgerichtet werden auf die Milderung von Leid. Achtens: Die Investitionen der Kommission und der Mitgliedstaaten in das Informations- und Wissensmanagement noch weiter anheben. Dies alles soll Auslöser einer Flexibilisierung der politischen Rahmenbedingungen in der EU sein.

ZUGEWINN: VERBESSERUNG DER GESUNDHEITSSITUATION UND VERRINGERUNG DER GESUNDHEITLICHEN UNTERSCHIEDE

Eine gut durchdachte Politik, unterstützt durch angemessene Strategien und Instrumente, wird eine weitere Verbesserung der Gesundheitssituation in den Mitgliedstaaten bewirken. In dem Maße, wie die Länder mit der schlechtesten Gesundheitssituation den Rückstand zu den Ländern mit der besten

Gesundheitssituation aufholen, wird sich die gesundheitliche Kluft zwischen den Mitgliedstaaten verringern. Es bleibt zu hoffen, dass dies einhergeht mit einer Verringerung der sozioökonomischen Unterschiede und der Unterschiede bei anderen Determinanten des Gesundheitszustandes.

Abkürzungen

Aids	Erworbenes Immunschwächesyndrom
EHEC	Enterohämorrhagische <i>Escherichia coli</i>
EU	Europäische Union
BIP	Bruttoinlandsprodukt
HIA	Gesundheitsverträglichkeitsprüfung
HIV	Humanimmundefizienzvirus
IMR	Säuglingssterblichkeitsrate
MMR	Müttersterblichkeitsrate
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
SIDS	Plötzlicher Säuglingstod
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Danksagung

Der vorliegende Bericht wurde erstellt mit finanzieller Unterstützung der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission (Vertrag Nr. SOC 98 201670 05F03). Gewährt wurde der Zuschuss auf der Grundlage eines mit Hilfe von Arun Nanda vom Kopenhagener Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation ausgearbeiteten Antrages.

Verantwortlich für die laufende Koordinierung war der portugiesische Vertreter im Lenkungsausschuss Paulo Ferrinho (Instituto de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal). Die Gesamtprojektkoordination lag in den Händen von José Pereira Miguel (Instituto de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal).

Unterstützt wurden die Arbeiten von Vertretern aus allen Mitgliedstaaten sowie aus Island, Norwegen und Ungarn: Peter Achterberg [RIVM (Nationales Institut für Öffentliche Gesundheit), Niederlande], Arpo Aromaa (Nationales Institut für Öffentliche Gesundheit, Finnland), Bärbel-Maria Bellach (Robert Koch-Institut, Deutschland), Carsten Blaesberg (Gesundheitsministerium, Dänemark), Nathalie Bossuyt (Wissenschaftliches Institut für Öffentliche Gesundheit, Belgien), Claudio Calvaruso (Direttore Generale, Scientifico Servizio Studi, Ministero della Sanità, Italien), Pernille Christensen (Gesundheitsministerium, Dänemark), Eibhlín Connolly (Department of Health and Children, Irland), Christina Ecklon (Gesundheitsministerium, Dänemark), Anders Engeland (Nationales Institut für Öffentliche Gesundheit, Norwegen), Juan Gutiérrez Fisac (Gesundheitsministerium, Spanien), Richard Gisser (Österreichisches Statistisches Zentralamt), Sigrídur Haraldsdóttir (Gesundheitsbehörde, Island), Elisabeth Johnson (Office for National Statistics, VK), Ulrikka Kjaer-Andersen (Gesundheitsministerium, Dänemark), Jeannette Langgassner (Österreichisches Statistisches Zentralamt), Diane Lequet-Slama (Ministère de l'emploi et de la Solidarité, Frankreich), Gudrun Lindberg (Amt für Gesundheit und Wohlfahrt, Schweden), Barry Little (Office of National Statistics, Vereinigtes Königreich), Thanasis Lopatzidis (Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt, Griechenland), Hugh Magee (Department of Health and Children, Irland), Nina Moss (Gesundheitsministerium, Dänemark), Antonio Parisi (Ministero della Sanità, Italien), Enrique Regidor (Gesundheitsministerium Spanien), Mady Roulleaux (Direction de La Santé, Luxemburg), Camilla Sandvik (Nationales Institut für Öffentliche Gesundheit, Norwegen), Aris Sissouras (EKKE, Institut für Sozialpolitik, Griechenland), Remo Siza (Comitato Tecnico, Scientifico Servizio Studi, Ministero della Sanità, Italien), György Széles (Gesundheitsministerium, Ungarn), und Zoltán Vokó (Gesundheitsministerium, Ungarn). Mitglieder dieses Lenkungsausschusses waren außerdem Henriette Chamouillet (Europäische Kommission) und Arun Nanda (WHO-Regionalbüro Europa).

Ein großer Teil des Berichtes wurde von einer Kerngruppe portugiesischer Experten verfasst, bestehend aus Pedro Aguiar, Ana Margarida Bugalho, Ana Sofia Fernandes (Instituto de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal) und Denisa Mendonça (ICBAS, Universidade do Porto, Portugal), koordiniert von Paulo Ferrinho (Instituto de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal) mit Unterstützung von Ana Rita Costa, Amélia Saavedra und Sofia Amador (Instituto de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal).

Die Kerngruppe und der Lenkungsausschuss trafen regelmäßig zusammen, um den Stand der Arbeiten zu überwachen. Bei Bedarf zugeladen wurden andere nationale Experten: Mário Carreira (Gesundheitsministerium, Portugal), Judite Catarino (Gesundheitsministerium, Portugal), Isabel Falcão (Gesundheitsministerium, Portugal), José Marinho Falcão (INSA, Portugal), João Feliciano (Gesundheitsministerium, Portugal), José Gira (Gesundheitsministerium, Portugal), Josef Kytir (Österreichisches Statisti-

sches Zentralamt), Maria Laires (EHTO, Portugal), Amélia Leitão (Gesundheitsministerium, Portugal), Graça Lima (Gesundheitsministerium, Portugal), Maria do Carmo Lucas (ISEGI, Portugal), Teresa Amaral Martins (Gesundheitsministerium, Portugal) José Martins (Gesundheitsministerium, Portugal), Alberto Matias (IGIF, Portugal), Margarida Meirinho (Gesundheitsministerium, Portugal), Miguel Pereira (INE, Portugal), Filomena Ramos (Gesundheitsministerium, Portugal), Gabriella Sax (Österreichisches Statistisches Zentralamt) und Luísa Sequeira (Gesundheitsministerium, Portugal).

Die unterschiedlichen Fassungen des Berichts wurden Sachverständigen zur Begutachtung vorgelegt. Wir bedanken uns für die Unterstützung, Kommentare und Beiträge von Pierre Blaise (Institut für Tropenmedizin, Belgien), Alan Brown (Department of the Environment, Transport and the Regions, VK), Olivia Christopherson (Office of National Statistics, VK), Marian Collins (PHLS Communicable Disease Surveillance Centre, VK), Ian Cooper (Gesundheitsministerium, VK), Huib Cornielje (Leidse Hogeschool, Niederlande), David Dix (Statistisches Amt des VK), Gillian Dollamore (Statistisches Amt des VK), Josep Figueras (Europäische Beobachtungsstelle für Gesundheitssysteme, WHO-Regionalbüro Europa), Chris Groom (Statistisches Amt des VK), John Haskey (Statistisches Amt des VK), Elke Jakubowski (WHO-Regionalbüro Europa), Pieter Kramers (RIVM, Niederlande), Daan Kromhout (RIVM, Niederlande), Vil Lehtinen (Nationales Forschungs- und Entwicklungszentrum für Gesundheit und Wohlfahrt, Finnland), Wim Van Lerberghe (Institut für Tropenmedizin, Belgien), Rui Tato Marinho (Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal), Howard Meltzer (Statistisches Amt des VK), Antonio Montserrat (Europäische Kommission, Eurostat), Nigel Physick (Statistisches Amt des VK), José Gouveia Pinto (ISEG, Portugal), Mike Rayner (Universität Oxford), Constantino Sakellarides (Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Portugal), Richard Saltman (Europäische Beobachtungsstelle für Gesundheitssysteme, WHO-Regionalbüro Europa), Emanuele Scafato (Istituto Superiore di Sanità, Italien), Jean Tafforeau (Wissenschaftliches Institut für Öffentliche Gesundheit, Belgien), Tim Thair (Statistisches Amt des VK), Antonia Trichopolous (Universität Athen, Griechenland), Luis Varandas (Associação para o Desenvolvimento e Cooperação, Garcia de Orta).

Datenquellen und ausgewählte Bibliografie

Kapitel 1 Gesundheitssituation

1. Abel-Smith B., Figueras J., Holland W., Mckee M., Mossialos E., 1997: *Choices in Health Policy: An Agenda for the European Union* – Luxemburg.

Müttersterblichkeit

1. Bouvier-Colle M.-H., Varnoux N., Hatton F., 1991: „Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age“ – *International Journal of Epidemiology*, Bd. 20, Nr. 3, S. 717-721.
2. Salanve B., Bouvier-Colle M.-H., Varnoux N., Alexander S., Mac Farlane A. und MOMS Group, 1999: „Classification differences and maternal mortality: a European study“ – *International Journal of Epidemiology*, 28, S. 64-69.

Psychische Erkrankungen, neurologische Störungen und Suizide

1. Rijk M. C. D., Tzourio C., Breteler M. M. B., Dartigues J. F., Amaducci L., Lopez-Pousa S., Manubens-Bertran J. M., Alperovitch A., Rocca W. A., 1997: Prevalence of Parkinsonism and Parkinson's disease in Europe: the Europarkinson collaborative study – *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, Bd. 62, S. 10-15.

Kreislaufkrankungen und Diabetes

1. Rayner M., Petersen S., 2000: *European Cardiovascular Disease Statistics: 2000 Edition* – British Heart Foundation Health Promotion Research Group, University of Oxford.
2. Jouglé E., Papoz L., Balkau B., Maguin P., Hatton F. and the Eurodiab Subarea C Study Group, 1992: „Death certificate coding practices related to diabetes in European countries – The Eurodiab Subarea C' Study“ – *International Journal of Epidemiology*, 21 (2), S. 343-351.
3. Balkau B., Jouglé E., Papoz L. and the Eurodiab Subarea C Study Group, 1993: „European study of the certification and coding of causes of death of six clinical case histories of diabetic patients“ – *International Journal of Epidemiology*, 22 (1), S. 116-126.

Krebs

1. Europäische Kommission, 2000. *Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2000* – Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxemburg.

Infektionskrankheiten

1. Die Daten zu Infektionskrankheiten stammen aus „Eurosurveillance“ sowie aus von den Mitgliedern des Lenkungsausschusses bereitgestellten Unterlagen über meldepflichtige Krankheiten.

2. Europäisches Zentrum für die epidemiologische Aids-Überwachung, 31. Dezember 1998: *HIV/Aids Surveillance in Europe: Quarterly Report no. 45* – Frankreich.

Respiratorische Erkrankungen

1. European Community Respiratory Health Survey, 1996: „Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self-reported asthma attacks, and use of asthma medications in the European Community Respiratory Health Survey“ – *Eur. Respir. J.*, 9, S. 687-695.

Behinderungen

1. Robine J.-M., Romieu I., Cambois E., 1999: „Health expectancy indicators“ – *Bull. WHO*, Bd. 77, Nr. 2, S. 181-185.

Gesundheitszustand sozialer Gruppen

1. Carballo M., Divino J. J., Zeric D., 1998: „Migration and health in the EU“ – *Tropical Medicine and International Health*, 3 (12), S. 936-944.
2. Carballo M., Divino J. J., Zeric D., 1997: *Report to the EC on Analytic Review of Migration and Health in, and as it Affects European Community Countries* – European Centre for Migration and Health, Antwerpen.

Kapitel 2 Gesundheitsdeterminanten

1. Mihuel J. P., Ferrinho P., Freitas A. C. (Hg.): *Gesundheitsdeterminanten in der EU* – Gesundheitsministerium, Lissabon 2000.
2. Kunst A. E., Mackenbach J. P.: *Measuring socio-economic inequalities in health* – WHO, Kopenhagen 2000.

Sozioökonomische Determinanten

1. Europäische Kommission, 1998: *Sozialporträt Europe* – Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxemburg.
2. Europäische Stiftung für die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, 1997: *Ungesicherte Arbeitsverhältnisse und Arbeitsbedingungen in der Europäischen Union* – Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxemburg.
3. Eurostat: *Verdienste, produzierendes Gewerbe und Dienstleistungen, 1995* – Luxemburg 1996.
4. Eurostat, 1999: *Datenbank New Cronos* – Europäische Kommission, Mai 2000.
<http://www.europa.eu.int/newcronos/access/navig/navig.m4>
5. Eurostat, 1996: *Zweite Europäische Arbeitskräfteerhebung* – Europäische Kommission, Mai 2000.
<http://www.europa.eu.int/newcronos/access/navig/navig.m4>
6. Eurostat, 1999: *Verdienststrukturstatistiken*, Mai 2000.
<http://www.europa.eu.int/newcronos/access/navig/navig.m4>

7. Menke R., Rossler G., 2000: *Bericht über die sozioökonomischen Unterschiede bei den Gesundheitsindikatoren in Europa: Gesundheitliche Ungleichheiten in Europa und die Situation benachteiligter Gruppen* – Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD), Nordrhein-Westfalen.
8. Robine J.-M., Romieu I., Cambois E., 1999: „Health expectancy indicators“ – *Bull. WHO*, Bd. 77, Nr. 2, S. 181-185.

Alkoholmissbrauch:

1. Currie C., Hurrelmann K., Settertobulte W., Smith R., Todd J., 2000: *Health and health behaviour among young people – Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC) – International Report*, WHO, Dänemark.
2. Europäische Kommission, 1997: *Eurostat-Jahrbuch 1997, Europa im Blick der Statistik – 1986-1996* – Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxemburg.
3. Europäische Kommission, 2000: *Gesundheitszahlen 2000* – Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxemburg.
4. Eurostat, 2000: *Datenbank New Cronos* – Europäische Kommission, Mai 2000.
<http://www.europa.eu.int/newcronos/access/navig/navig.m4>
5. Europäische Kommission, 1998: *Sozialporträt Europa* – Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxemburg.
6. Weil O., Mckee M., Brodin M., Oberlé D., 1999: *Priorities for Public Health Action in the European Union* – Europäische Kommission.
7. WHO, 2000: *Health for All Database* – Juni 2000. <http://www.who.dk/country/country>.

Rauchen:

1. Europäische Kommission, 1997: „*Prevention: Progress in Community Public Health*“ – *Special edition Tobacco* – Europäische Kommission, Luxemburg.
2. Europäische Kommission, 1997: *Die gesundheitliche Situation der Frauen in der Europäischen Gemeinschaft* – Europäische Kommission, Luxemburg.
3. Eurostat, 2000: *Datenbank New Cronos* – Europäische Kommission, September 1999.
<http://www.europa.eu.int/newcronos/access/navig/navig.m4>.
4. Joossens L., 1999: *A Mulher e o Tabaco na União Europeia – Relatório Europeu* – European Network for Smoking Prevention, Belgien.
5. Jossens L., Naett C., Howie C., Muldoon A., 1994: *Tabaco e Saúde na União Europeia: Uma Síntese* – European Bureau for Action on Smoking Prevention – BASP, Conselho de Prevenção do Tabagismo, Lissabon.
6. National Institute of Public Health, 1998: *Determinants of the Burden of Disease in the European Union* – Europäische Kommission, Schweden.

Drogenmissbrauch:

1. Deutsches Jugendinstitut e. V. 1998: *Die gesundheitliche Situation junger Menschen in der Europäischen Gemeinschaft* – München (SOC 97 201 128 05 F01).
2. E.M.C.D.D.A., 1998: *Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union, 1998* – Luxemburg.
3. E.M.C.D.D.A., 1999: *Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union, 1999* – Luxemburg.

Ernährung und Lebensmittel:

1. Europäische Kommission, 2000: *Schlüsselzahlen über Gesundheit 2000* – Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxemburg.
2. Weil O., Mckee M., Brodin M., Oberlé D.: *Priorities for Public Health Action in the European Union* – Europäische Kommission, 1999.

Körperliche Aktivität:

1. Deutsches Jugendinstitut e. V. 1998: *Die gesundheitliche Situation junger Menschen in der Europäischen Gemeinschaft* – München, (SOC 97 201 128 05 F01).
2. Europäische Kommission, 1999: *A Pan-EU survey on consumer attitudes to physical activity, body-weight and health* – GD Beschäftigung und Soziales, Luxemburg.

Sexualverhalten:

1. Deutsches Jugendinstitut e. V., 1998: *Die gesundheitliche Situation junger Menschen in der Europäischen Gemeinschaft* – München, (SOC 97 201 128 05 F01).
2. Europäische Kommission, 1997: *Die gesundheitliche Situation der Frauen in der Europäischen Gemeinschaft* – Bericht der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen, Luxemburg.

Physische Umwelt:

1. Europäische Umweltagentur: *Umwelt in der Europäischen Union an der Wende zum 21. Jahrhundert*, Offprint: Human health issues – Dritte Ministerkonferenz über Umwelt und Gesundheit, London, 16.-18. Juni 1999.

Gesundheitsförderung:

1. Boddy D. (Hg.), 1999: *The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. Ein Bericht der International Union for Health Promotion and Education für die Europäische Kommission* – Europäische Kommission, Luxemburg.
2. Kupsch S., Kern A. O., Klas C., Kressin B. K. W., Viononen M., Beske F., 2000: *Health Service Provision on a Microcosmic Level – an International Comparison. Ergebnisse einer WHO/IGSF-Erhebung in 15 Europäischen Ländern*, Kiel.

3. WHO-Regionalbüro Europa, 1998: *Health Promoting Universities – Concept, experience and framework for action*, Kopenhagen.
4. WHO-Regionalbüro Europa, 2000: *Health in Prisons Project* – Juli 2000. <http://www.hipp-europe.org/>.

Gesundheitsdienste:

1. Auster R. u. a., 1969: „The production of health, an exploratory study“ – *Journal of Human Resources*, 4, S. 412-416.
2. Cooper-Mahkorn D., 2000: „Series of errors led to 300 unnecessary mastectomies“ – *BMJ*, Bd., 320, S. 597-597.
3. De Escalante Y. B., Oncins T. R., Lacasa M. J., Candel C. M., Sampedro Feliu J. A., 1994: „Hospital mortality at the internal medicine service of a local hospital“ – *An. Med. Interna*, Bd. 11, Nr. 8, S. 381-384.
4. *Eurohealth*, Frühjahr 1999, Bd. 5, Nr. 1.
5. Fischer A.: „A new public health policy in the European Union“, 1999 – *Eurohealth*, Bd. 5, Nr. 1, S. 2-4.
6. Menniti-Ippolito G., Raschetti R., Da Cas R., Giaquinto C., Cantarutti L., 2000: „Active monitoring of adverse drug reactions in children. Italian Paediatric Pharmacovigilance Multicenter Group [letter]“ – *Lancet*, Bd. 355, Nr. 9215, S. 1613-1614.
7. Paton C. u. a., 2000: *Scientific Evaluation of the Effects of the Introduction of Market Forces into Health Systems* – European Health Management Association, Dublin.
8. Sampereiz Legarre A. L., Rubio Obanos M. T., Escolar C. F., Alonso Martínez J. L., Lanás A. A., Ayuso B. T., 1994: „A iatrogenic pathology study in an internal medicine service“ – *Rev Clin. Esp.*, Bd. 194, Nr. 6, S. 457-463.
9. Velkova A., Wolleswinkel-Van den Bosch J., Mackenback J., 1997: „The East-West life expectancy gap: differences in mortality from conditions amenable to medical intervention“ – *International Journal of Epidemiology*, Bd. 26, Nr. 1, S. 75-85.
10. Weingart S. N., Wilson R. M., Gibberd R. W., Harrison B., 2000: „Epidemiology of medical error“ – *BMJ*, Bd. 320, Nr. 7237, S. 774-777.
11. WHO, 2000: *Health for All Database* – Juni 2000. <http://www.who.dk/country/country>.

Kapitel 3 Weiterer Handlungsbedarf

1. *Eurohealth*, Bd. 5, Nr. 1, Frühjahr 1999.
2. Miguel J. P., Ferrinho P., Freitas A. C. (Hg.), 2000: *Health Determinants in the EU* – Gesundheitsministerium, Lissabon.
3. Weil O., McKee M., Brodin M., Oberlé D. (Hg.), 1999: *Priorities for Public Health Action in the European Union* – Europäische Union.

Durchschnittlicher Pro-Kopf-Absatz von reinem Alkohol in einem Land – In einem Kalenderjahr abgesetzte bzw. konsumierte Gesamtmenge reinen Ethanols in Spirituosen, Wein und Bier; kann auch berechnet werden ausgehend von den offiziellen Statistiken über die Produktion sowie den Import und Export unter Berücksichtigung, soweit verfügbar, der Daten über Vorräte und das Privatbrennen. Die ermittelte Menge wird durch die jahresdurchschnittliche Bevölkerungszahl geteilt. Die WHO benutzt als Quelle in *World Drink Trends by Produktschap voor Gedistilleerde Dranken* (Schiedam, NL) veröffentlichte Daten.

Ländercluster – Die Clusteranalyse dient der Ermittlung relativ homogener Gruppen in Datensätzen. Um in jedem Schritt zu bestimmen, welche Fälle oder Cluster miteinander kombiniert werden können, bedient man sich der hierarchischen Clusteranalyse auf der Basis einer quadratischen euklidischen Distanz und der Group-Linkage-Methode. In der hierarchischen Methode beginnt das Clustering damit, dass distanzabhängig die am nächsten beieinander liegenden Fälle paarweise verbunden und zu einem Cluster zusammengefügt werden. Der Algorithmus wird schrittweise weitergeführt, d. h. es werden Fallpaare, Clusterpaare oder ein Fall mit einem Cluster verbunden. Dies ist bei kleinen Stichproben angemessen und erlaubt es, die Länder in drei Performance-Gruppen zu unterteilen. Verwendet wurde das Programmpaket SPSS V10.

Ernährung – In den nördlichen Ländern dominieren in der Ernährung meist gesättigte Fette von Molkereiprodukten. Die mediterrane Ernährung ist hauptsächlich charakterisiert durch: einen hohen Anteil einfach ungesättigter Fettsäuren im Verhältnis zu den gesättigten Fettsäuren; moderaten Ethanolkonsum; hohen Verbrauch von Hülsenfrüchten, Getreide und Getreideprodukten, Brot eingeschlossen, sowie von Obst und Gemüse; geringen Verzehr von Fleisch und Fleischprodukten und moderaten Konsum von Milch und Molkereiprodukten. Olivenöl spielt eine wichtige Rolle in dieser Ernährung. Charakteristisch für die mediterrane Kost ist ferner der Verzehr großer Mengen an Gemüse in Form von Salat und ebenso großer Mengen von gekochten Hülsenfrüchten. Das Verhältnis einfach ungesättigter Fette zu gesättigten Fetten ist viel höher als in anderen Regionen der Welt, speziell in Nordeuropa. Der mit der mediterranen Kost verbundenen hohen Kalzium-, Magnesium- und Kaliumaufnahme werden positive Auswirkungen auf zahlreiche physiologische Prozesse zugeschrieben.

Frühsterblichkeit – Anzahl der im Alter von null bis sechs Tagen gestorbenen Säuglinge pro 1 000 Lebendgeburten in einem Jahr (ICD-10).

Altenindex – Erhält man, indem man die Zahl der über 65-Jährigen durch die Zahl der unter 14-Jährigen teilt und das Divisionsergebnis mit 100 multipliziert.

Säuglingssterblichkeit – Im ersten Lebensjahr gestorbene Säuglinge pro 1 000 Lebendgeburten in einem Jahr. Säuglingssterblichkeitsrate = [(Zahl der in einem Jahr im ersten Lebensjahr gestorbenen Säuglinge)/(Zahl der Lebendgeburten im selben Jahr)] *1 000. (ICD-10).

Totgeborenenrate – Totgeborene (1 000 g +) pro 1 000 Geburten (Lebendgeborene und Totgeborene). Wenn gewichtsspezifische Daten nicht zur Verfügung stehen, werden als Proxy entsprechende verfügbare Daten verwendet.

Postneonatalsterblichkeit – Im Alter von zwischen vier Wochen und einem Jahr gestorbene Säuglinge pro 1 000 Lebendgeburten in einem Jahr.

Gesundheitserwartung – Durchschnittliche krankheitsfreie Lebenserwartung (d. h. ohne starke gesundheitliche Beeinträchtigung oder Behinderung) bei Fortbestehen der gegenwärtigen Mortalitäts- und Morbiditätsmuster.

Vorzeitige Sterblichkeit – Sterblichkeit vor Erreichen des Alters von 65.

Standardisierte Todesraten – Die altersstandardisierten Todesraten werden nach der direkten Methode berechnet, ausgehend von der europäischen Standardpopulation.

Arbeitslosigkeit

Harmonisierte Arbeitslosigkeit – Um die Arbeitslosigkeit in der EU vergleichbar zu machen, folgt Eurostat den Empfehlungen des Internationalen Labour Office: Arbeitslose sind alle Personen über 15, die gegenwärtig ohne Arbeit und auf dem Arbeitsmarkt verfügbar sind, d. h. binnen zwei Wochen eine Beschäftigung antreten können und in den jeweils vorausgegangenen vier Wochen aktiv auf Arbeitssuche waren.

Arbeitslosenquote – Prozentsatz der Arbeitslosen in der Erwerbsbevölkerung. Daten der Mitgliedstaaten über die bei den Arbeitsämtern gemeldeten Personen eignen sich nicht für Ländervergleiche, denn sie sind abhängig von den unterschiedlichen Bestimmungen der nationalen Arbeitsverwaltungen.

Arbeitslosigkeit unter 25 – Prozentsatz der arbeitslosen 15- bis 24-Jährigen in der Erwerbsbevölkerung.

Langzeitarbeitslosigkeit – Zahl der länger als ein Jahr Arbeitslosen in Prozent der Erwerbsbevölkerung.

Europäische Kommission

Der Gesundheitszustand in der Europäischen Union — Gesundheitsunterschiede verringern

Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften

2003 — 64 S. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-894-3801-0

Venta • Salg • Verkauf • Πωλήσεις • Sales • Vente • Vendita • Verkoop • Venda • Myynti • Försäljning
<http://eur-op.eu.int/general/en/s-ad.htm>

BELGIQUE/BELGIË

Jean De Lannoy

Avenue du Roi 202/Koningslaan 202
B-1190 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 538 43 08
Fax (32-2) 538 08 41
E-mail: jean.de.lannoy@infoboard.be
URL: <http://www.jean-de-lannoy.be>

**La librairie européenne/
De Europese Boekhandel**

Rue de la Loi 244/Wetstraat 244
B-1040 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 295 26 39
Fax (32-2) 735 08 60
E-mail: mail@libeurop.be
URL: <http://www.libeurop.be>

Moniteur belge/Belgisch Staatsblad

Rue de Louvain 40-42/Leuvenseweg 40-42
B-1000 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 552 22 11
Fax (32-2) 511 01 84
E-mail: eusales@just.fgov.be

DANMARK

J. H. Schultz Information A/S

Herstedvang 12
DK-2620 Albertslund
Tlf. (45) 43 63 23 00
Fax (45) 43 63 19 69
E-mail: schultz@schultz.dk
URL: <http://www.schultz.dk>

DEUTSCHLAND

Bundesanzeiger Verlag GmbH

Vertriebsabteilung
Amsterdamer Straße 192
D-50735 Köln
Tel. (49-221) 97 66 80
Fax (49-221) 97 66 82 78
E-Mail: vertrieb@bundesanzeiger.de
URL: <http://www.bundesanzeiger.de>

ΕΛΛΑΔΑ/GREECE

G. C. Eleftheroudakis SA

International Bookstore
Panepistimiou 17
GR-10564 Athina
Tel. (30-1) 331 41 80/1/2/3/4/5
Fax (30-1) 325 84 99
E-mail: elebooks@netor.gr
URL: elebooks@hellasnet.gr

ESPAÑA

Boletín Oficial del Estado

Trafalgar, 27
E-28071 Madrid
Tel. (34) 915 38 21 11 (libros)
913 84 17 15 (suscripción)
Fax (34) 915 38 21 21 (libros),
913 84 17 14 (suscripción)
E-mail: clientes@com.boe.es
URL: <http://www.boe.es>

Mundi Prensa Libros, SA

Castelló, 37
E-28001 Madrid
Tel. (34) 914 36 37 00
Fax (34) 915 75 39 98
E-mail: libreria@mundiprensa.es
URL: <http://www.mundiprensa.com>

FRANCE

Journal officiel

Service des publications des CE
26, rue Desaix
F-75727 Paris Cedex 15
Tél. (33) 140 58 77 31
Fax (33) 140 58 77 00
E-mail: europublications@journal-officiel.gouv.fr
URL: <http://www.journal-officiel.gouv.fr>

IRELAND

Alan Hanna's Bookshop

270 Lower Rathmines Road
Dublin 6
Tel. (353-1) 496 73 98
Fax (353-1) 496 02 28
E-mail: hannas@iol.ie

ITALIA

Licosa Spa

Via Duca di Calabria, 1/1
Casella postale 552
I-50125 Firenze
Tel. (39) 055 64 83 1
Fax (39) 055 64 12 57
E-mail: licosa@licosa.com
URL: <http://www.licosa.com>

LUXEMBOURG

Messengeries du livre SARL

5, rue Raiffeisen
L-2411 Luxembourg
Tél. (352) 40 10 20
Fax (352) 49 06 61
E-mail: mail@mdl.lu
URL: <http://www.mdl.lu>

NEDERLAND

SDU Servicecentrum Uitgevers

Christoffel Plantijnstraat 2
Postbus 20014
2500 EA Den Haag
Tel. (31-70) 378 98 80
Fax (31-70) 378 97 83
E-mail: sdu@sdu.nl
URL: <http://www.sdu.nl>

PORTUGAL

Distribuidora de Livros Bertrand Ld.ª

Grupo Bertrand, SA
Rua das Terras dos Vales, 4-A
Apartado 60037
P-2700 Amadora
Tel. (351) 214 95 87 87
Fax (351) 214 96 02 55
E-mail: dlb@ip.pt

Imprensa Nacional-Casa da Moeda, SA

Sector de Publicações Oficiais
Rua da Escola Politécnica, 135
P-1250-100 Lisboa Codex
Tel. (351) 213 94 57 00
Fax (351) 213 94 57 50
E-mail: spoce@incm.pt
URL: <http://www.incm.pt>

SUOMI/FINLAND

**Akateeminen Kirjakauppa/
Akademiska Bokhandeln**

Keskuskatu 1/Centralgatan 1
PL/PB 128
FIN-00101 Helsinki/Helsingfors
P./fn (358-9) 121 44 18
F./fax (358-9) 121 44 35
Sähköposti: sps@akateeminen.com
URL: <http://www.akateeminen.com>

SVERIGE

BTJ AB

Traktorvägen 11-13
S-221 82 Lund
Tlf. (46-46) 18 00 00
Fax (46-46) 30 79 47
E-post: btjeu-pub@btj.se
URL: <http://www.btj.se>

UNITED KINGDOM

The Stationery Office Ltd

Customer Services
PO Box 29
Norwich NR3 1GN
Tel. (44) 870 60 05-522
Fax (44) 870 60 05-533
E-mail: book.orders@theso.co.uk
URL: <http://www.itsofficial.net>

ÍSLAND

Bokabud Larusar Blöndal

Skólavörðustíg, 2
IS-101 Reykjavík
Tel. (354) 552 55 40
Fax (354) 552 55 60
E-mail: bokabud@simnet.is

SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA

Euro Info Center Schweiz

c/o OSEC Business Network Switzerland
Stampfenbachstraße 85
PF 492
CH-8035 Zürich
Tel. (41-1) 365 53 15
Fax (41-1) 365 54 11
E-mail: eics@osec.ch
URL: <http://www.osec.ch/eics>

BĂLGARIJA

Euopress Euromedia Ltd

59, blvd Vitosha
BG-1000 Sofia
Tel. (359-2) 980 37 66
Fax (359-2) 980 42 30
E-mail: Milena@mbox.cit.bg
URL: <http://www.euopress.bg>

CYPRUS

Cyprus Chamber of Commerce and Industry

PO Box 21455
CY-1509 Nicosia
Tel. (357-2) 88 97 52
Fax (357-2) 66 10 44
E-mail: demetrap@ccci.org.cy

EESTI

Eesti Kaubandus-Tööstuskoda

(Estonian Chamber of Commerce and Industry)
Toom-Kooli 17
EE-10130 Tallinn
Tel. (372) 646 02 44
Fax (372) 646 02 45
E-mail: einfo@koda.ee
URL: <http://www.koda.ee>

HRVATSKA

Mediatrade Ltd

Pavla Hatza 1
HR-10000 Zagreb
Tel. (385-1) 481 94 11
Fax (385-1) 481 94 11

MAGYARORSZÁG

Euro Info Service

Szt. István krt.12
III emelet 1/A
PO Box 1039
H-1137 Budapest
Tel. (36-1) 329 21 70
Fax (36-1) 349 20 53
E-mail: euroinfo@euroinfo.hu
URL: <http://www.euroinfo.hu>

MALTA

Miller Distributors Ltd

Malta International Airport
PO Box 25
Luqa LQA 05
Tel. (356) 66 44 88
Fax (356) 67 67 99
E-mail: gwirth@usa.net

NORGE

Swets Blackwell AS

Hans Nielsen Hauges gt. 39
Boks 4901 Nydalen
N-0423 Oslo
Tel. (47) 23 40 00 00
Fax (47) 23 40 00 01
E-mail: info@no.swetsblackwell.com
URL: <http://www.swetsblackwell.com.no>

POLSKA

Ars Polona

Krakowskie Przedmiescie 7
Skr. pocztowa 1001
PL-00-950 Warszawa
Tel. (48-22) 826 12 01
Fax (48-22) 826 62 40
E-mail: books119@arspolona.com.pl

ROMÂNIA

Euromedia

Str.Dionisie Lupu nr. 65, sector 1
RO-70184 Bucuresti
Tel. (40-1) 315 44 03
Fax (40-1) 312 96 46
E-mail: euromedia@mailcity.com

SLOVAKIA

Centrum VTI SR

Nám. Slobody, 19
SK-81223 Bratislava
Tel. (421-7) 54 41 83 64
Fax (421-7) 54 41 83 64
E-mail: europ@tbb1.sltk.stuba.sk
URL: <http://www.sltk.stuba.sk>

SLOVENIJA

GV Zalozba

Dunajska cesta 5
SLO-1000 Ljubljana
Tel. (386) 613 09 1804
Fax (386) 613 09 1805
E-mail: europ@gvestnik.si
URL: <http://www.gvzalozba.si>

TÜRKIYE

Dünya Infotel AS

100, Yil Mahallesi 34440
TR-80050 Bagcilar-Istanbul
Tel. (90-212) 629 46 89
Fax (90-212) 629 46 27
E-mail: aktuel.info@dunya.com

ARGENTINA

World Publications SA

Av. Cordoba 1877
C1120 AAA Buenos Aires
Tel. (54-11) 48 15 81 56
Fax (54-11) 48 15 81 56
E-mail: wpbooks@infovia.com.ar
URL: <http://www.wpbooks.com.ar>

AUSTRALIA

Hunter Publications

PO Box 404
Abbotsford, Victoria 3067
Tel. (61-3) 94 17 53 61
Fax (61-3) 94 19 71 54
E-mail: jpdavies@ozemail.com.au

BRESIL

Livraria Camões

Rua Bittencourt da Silva, 12 C
CEP
20043-900 Rio de Janeiro
Tel. (55-21) 262 47 76
Fax (55-21) 262 47 76
E-mail: livraria.camoes@incm.com.br
URL: <http://www.incm.com.br>

CANADA

Les éditions La Liberté Inc.

3020, chemin Sainte-Foy
Sainte-Foy, Québec G1X 3V6
Tel. (1-418) 658 37 63
Fax (1-800) 567 54 49
E-mail: liberte@mediom.qc.ca

Renouf Publishing Co. Ltd

5369 Chemin Canotek Road, Unit 1
Ottawa, Ontario K1J 9J3
Tel. (1-613) 745 26 65
Fax (1-613) 745 76 60
E-mail: order.dept@renoufbooks.com
URL: <http://www.renoufbooks.com>

EGYPT

The Middle East Observer

41 Sherif Street
Cairo
Tel. (20-2) 392 69 19
Fax (20-2) 393 97 32
E-mail: inquiry@meobserver.com
URL: <http://www.meobserver.com.eg>

MALAYSIA

EBIC Malaysia

Suite 45.02, Level 45
Plaza MBF (Letter Box 45)
8 Jalan Yap Kwan Seng
50450 Kuala Lumpur
Tel. (60-3) 21 62 92 98
Fax (60-3) 21 62 61 98
E-mail: ebic@tm.net.my

MÉXICO

Mundi Prensa México, SA de CV

Río Pánuco, 141
Colonia Cuauhtémoc
MX-06500 México, DF
Tel. (52-5) 533 56 58
Fax (52-5) 514 67 99
E-mail: 101545.2361@compuserve.com

SOUTH AFRICA

Eurochamber of Commerce in South Africa

PO Box 781738
2146 Sandton
Tel. (27-11) 884 39 52
Fax (27-11) 883 55 73
E-mail: info@eurochamber.co.za

SOUTH KOREA

**The European Union Chamber of
Commerce in Korea**

5th Fl. The Shilla Hotel
202, Jangchung-dong 2 Ga, Chung-ku
Seoul 100-392
Tel. (82-2) 22 53-5631/4
Fax (82-2) 22 53-5635/6
E-mail: euock@euock.org
URL: <http://www.euock.org>

SRI LANKA

EBIC Sri Lanka

Trans Asia Hotel
115 Sir Chittampalam
A. Gardiner Mawatha
Colombo 2
Tel. (94-1) 074 71 50 78
Fax (94-1) 44 87 79
E-mail: ebicsl@slnet.lk

T'AI-WAN

Tycoon Information Inc

PO Box 81-466
105 Taipei
Tel. (886-2) 87 12 88 86
Fax (886-2) 87 12 47 47
E-mail: euitupe@ms21.hinet.net

UNITED STATES OF AMERICA

Bernan Associates

4611-F Assembly Drive
Lanham MD 20706-4391
Tel. (1-800) 274 44 47 (toll free telephone)
Fax (1-800) 865 34 50 (toll free fax)
E-mail: query@bernan.com
URL: <http://www.bernan.com>

ANDERE LÄNDER
OTHER COUNTRIES
AUTRES PAYS

Bitte wenden Sie sich an ein Büro Ihrer
Wahl/Please contact the sales office of
your choice/Veuillez vous adresser au
bureau de vente de votre choix

Office for Official Publications of the European
Communities
2, rue Mercier
L-2985 Luxembourg
Tel. (352) 29 29-42455
Fax (352) 29 29-42758
E-mail: info-info-opoce@cec.eu.int
URL: publications.eu.int



Amt für Veröffentlichungen
Publications.eu.int

ISBN 92-894-3801-0



9 789289 438018