

Unbezahlte Mehrarbeit

Die Anzahl der geleisteten Überstunden in Deutschland hat sich seit Anfang der 90er Jahre leicht erhöht. Bei Vollzeitbeschäftigten übersteigt die tatsächliche Arbeitszeit den Umfang der vertraglich geregelten Wochenstunden um durchschnittlich 2 1/2 Stunden. Diese Überstunden werden in der Regel nicht bezahlt, sondern mit Freizeit abgegolten oder gar nicht kompensiert. Zu diesem Ergebnis kommt das DIW Berlin. Die Analyse zeigt, dass der Trend in Richtung flexiblerer Arbeitszeiten längst eingesetzt hat. Bei einer wachsenden Anzahl von Berufen steht die Erfüllung bestimmter Aufgaben anstelle der vertraglichen Arbeitszeit im Vordergrund.

Für Vollzeitbeschäftigte in Westdeutschland ist der Anteil der bezahlten an den gesamten Überstunden von fast 50% zu Anfang der 90er Jahre auf 15% im Jahre 2005 gesunken. Auch in Ostdeutschland, wo Anfang der 90er Jahre ein vollzeitbeschäftigter Arbeitnehmer durchschnittlich noch knapp eine bezahlte Überstunde pro Woche arbeitete, wurde die bezahlte Mehrarbeit in ihrer Bedeutung vor allem von den mit Freizeit kompensierten Überstunden abgelöst. Sowohl die Häufigkeit als auch die durchschnittliche Anzahl der Überstunden ist für niedrigqualifizierte Arbeiter am geringsten und am höchsten für hochqualifizierte Angestellte. Hier leisten mehr als 60% der Beschäftigten Überstunden, in der Regel ohne direkte Entlohnung: Im Jahr 2005 erhielt knapp ein Fünftel der hochqualifizierten Angestellten gar keine Überstundenkompensation, während 30% ihre Überstunden auf Arbeitszeitkonten verbuchten. Schätzungen verschiedener Studien zeigen, dass der Freizeitausgleich oftmals nicht in vollem Umfang in Anspruch genommen wird.

Grundlage der Analyse sind die repräsentativen Daten des vom DIW Berlin in Zusammenarbeit mit Infratest Sozialforschung erhobenen Sozio-

oekonomischen Panels (SOEP). Zwar weisen die vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) durchgeführten Arbeitszeitberechnungen seit Jahren einen Rückgang der bezahlten Überstunden in Deutschland aus. Doch gibt es keine amtliche Statistik, die unbezahlte Überstunden und den gesamten Umfang von Guthaben auf Arbeitszeitkonten erfasst. Im SOEP hingegen werden alle Formen der Mehrarbeit unabhängig von ihrer Kompensationsform erhoben.

Erwerbstätigkeit und Lebensunterhalt

Im März 2004 gaben lediglich 39% der Bevölkerung in Deutschland (32,5 Millionen von insgesamt 82,5 Millionen) die eigene Erwerbstätigkeit als wichtigste Unterhaltsquelle an; 1991 hatte dieser Anteil noch bei gut 44% gelegen. Insbesondere für Männer verlor die Erwerbstätigkeit in dieser Zeit an Bedeutung. In 2004 lebten weniger als 47% der Männer von ihrem Lohn und Gehalt, 1991 waren es noch 56% gewesen. Bei den Frauen sank der Anteil im gleichen Zeitraum von 34% auf knapp 33%. Das zeigen die Ergebnisse des Mikrozensus 2004, der größten amtlichen Haushaltsbefragung in Europa, die vom Statistischen Bundesamt herausgegeben werden.

Gründe für die rückläufige Bedeutung der Erwerbstätigkeit als Unterhaltsquelle sind unter anderem die Zunahme der Arbeitslosigkeit und der steigende Bevölkerungsanteil von Ruheständlern. So lebten knapp 5% der Bevölkerung in Deutschland im März 2004 überwiegend von Arbeitslosengeld/-hilfe (1991: 2%). Der Anteil der Bevölkerung, der überwiegend von Rente und Pension lebte, vergrößerte sich bundesweit um 4 Prozentpunkte von 19% (1991) auf 23% (2004).

Leistungen durch Angehörige stellen im früheren Bundesgebiet eine wichtige Unterhaltsquelle dar. Knapp 29% der Bevölkerung waren 2004 darauf angewiesen. Mit einem Anteil

von 36% ist in Deutschland die Abhängigkeit der weiblichen Bevölkerung von Leistungen durch Angehörige wesentlich häufiger als bei den Männern. Von denen war nur gut jeder vierte in erster Linie auf finanzielle Unterstützung durch Angehörige angewiesen.

Unabhängige Patientenberatung

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben jetzt mit dem Modellverbund „Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH“ einen Fördervertrag geschlossen. Damit werden weiterhin unabhängige Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung mit jährlich 5,113 Millionen Euro von den gesetzlichen Krankenkassen gefördert. Träger des Verbundes sind der Sozialverband VdK Deutschland e.V., der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. und der Verbund unabhängige Patientenberatung e.V. Der neu geschaffene Verbund ist Ergebnis einer Vereinbarung mit den Spitzenverbänden.

Der Verbund soll ein von den Spitzenverbänden und den Verbundträgern erarbeitetes Modellkonzept umsetzen. Bis Ende 2010 soll dem Gesetzgeber dann eine durch die wissenschaftliche Begleitforschung abgesicherte Entscheidungsgrundlage über die dauerhafte Gestaltung der unabhängigen Patientenberatung vorliegen.

Der Modellverbund setzt sich zusammen aus 22 regionalen Beratungsstellen und einer Bundesgeschäftsstelle mit Sitz in Berlin. In den Beratungsstellen können die Versicherten und Patienten allgemeine Informationen rund um das Thema Gesundheit erhalten oder sich über Angebote in ihrer Region informieren. Die Bundesgeschäftsstelle wird den Modellverbund steuern und z.B. einheitliche Qualitätsstandards entwickeln. Hinzu kommen überregionale Informations- und Beratungsangebote zu ausgewählten Erkran-

kungen wie Essstörungen, Allergien bei Kindern oder Krebs. Im Rahmen des Modellvorhabens werden aber auch weitere Beratungsfelder erprobt. So sollen spezielle Angebote für ältere Menschen und Migranten entwickelt werden. Bis Ende 2006 soll der Aufbau des Verbundes abgeschlossen sein.

Gesundheitsziel Depression

Gesundheitsziele sind ein relativ neues Instrument der Gesundheitspolitik. Nach der Veröffentlichung der ersten fünf nationalen Gesundheitsziele im Jahr 2003 ist jetzt der Bericht zum sechsten nationalen Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ erschienen. Er zeigt innovative Möglichkeiten in den Bereichen Aufklärung, Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Versorgungsstrukturen auf. Koordiniert wird die Entwicklung von Gesundheitszielen von der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gesellschaft (GVG), unter deren Dach über 70 Organisationen gemeinsam und im Konsens die Ziele erarbeiten.

Der Bericht steht im Internet unter www.gesundheitsziele.de/xpage/templates/index/bericht_gesundheitsziele_depression.pdf

Qualität im Internet

Verschiedene Qualitätsinitiativen beschäftigen sich mit der kritischen Bewertung der Qualität von medizinischen Internetangeboten und medizinischen Informationen. Dies geschieht jedoch „von Hand“ und bei der unüberschaubaren Fülle der Informationen im World Wide Web wird schnell deutlich, dass eine Bewertung aller vorhandenen medizinischen Internetangebote manuell nicht zu leisten ist.

Abhilfe soll hier ein von der europäischen Kommission unter dem Public Health Programm finanziertes

Projekt schaffen. Es handelt sich um das Vorhaben MedIEQ (QUALITY LABELING OF MEDICAL WEB CONTENT USING MULTILINGUAL INFORMATION EXTRACTION), das am 1. Januar 2006 seine Arbeit aufgenommen hat. In diesem Programm wird die Grundlage einer Automatisierung der Qualitätsbewertung medizinischer Internetangebote geschaffen.

Das Projektkonsortium vereinigt internationale Partner aus sechs europäischen Ländern: Griechenland, Finnland, Spanien, Deutschland, der Tschechischen Republik und der Schweiz. Diese verfügen über langjährige Kenntnisse auf den Gebieten Qualitätsbewertung medizinischer Informationen, der automatisierten Internetsuche (Web Crawling und Spidering), sowie der Internetprogrammierung. Gestützt von den modernsten Technologien in diesen Gebieten werden im Rahmen von MedIEQ Instrumente entwickelt, die das Web nach medizinischen Webseiten in sieben europäischen Sprachen (Spanisch, Katalanisch, Deutsch, Englisch, Griechisch, Tschechisch and Finnisch) durchsuchen, um ihren Inhalt mit Hilfe einer Reihe von maschinenlesbaren Kriterien auf deren Qualität hin zu überprüfen.

Weitere Informationen stehen im Internet unter www.medieq.org

Krankentage 2005

Die Beschäftigten in deutschen Unternehmen fehlen krankheitsbedingt immer seltener: Der mit 3,6% ohnehin schon niedrige Krankenstand im Jahr 2004 ging 2005 weiter auf 3,5% zurück.

Die durchschnittlichen krankheitsbedingten Fehlzeiten sanken 2005 erneut und lagen mit 12,7 Kalendertagen auf dem niedrigsten Wert seit Beginn der Statistik 1976. Die seit Statistikbeginn ermittelten längsten Fehlzeiten waren 26 Tage im Jahr 1980. Der BKK Bundesverband erfasst

und analysiert die gesundheitlichen Befunde jedes vierten Beschäftigten in Deutschland (6,9 Millionen Sozialversicherungspflichtige). Damit bietet diese Analyse ein repräsentatives Bild des Krankheitsgeschehens der Erwerbsbevölkerung.

Häufigste Krankheitsursachen sind Muskel- und Skeletterkrankungen; auf sie entfielen 26% der Krankentage bei Beschäftigten, gefolgt von Atemwegserkrankungen (18%), Verletzungen (15%) und psychische Erkrankungen (9%). Arbeitslose weisen im Vergleich zu den Beschäftigten bei den psychischen Störungen doppelt so hohe Quoten bei den Krankentagen auf (18%). Seit Beginn der Neunzigerjahre hat sich der Krankenstand über alle Krankheitsarten nahezu halbiert. Allein bei den psychischen Erkrankungen gibt es einen unverminderten Zunahmetrend: Ihr Anteil an den Krankheitstagen hat sich seit 1990 mehr als verdoppelt.

Detaillierte Informationen zu den branchen- und berufsbezogenen Auswertungen aller Krankheitsarten und weitere umfangreiche Analysen liefert der BKK Gesundheitsreport 2005 „Krankheitsentwicklungen – Blickpunkt: Psychische Gesundheit“.

Er steht im Internet unter www.bkk.de  *Gesundheit*  *BKK Gesundheitsreport 2005*

„Alternative“ Familienformen

Nach Auswertungen des Statistischen Bundesamtes werden „alternative“ Familienformen immer populärer – besonders in Westdeutschland. Dies zeigen die Ergebnisse des Mikrozensus.

Im Gegensatz zu Ehepaaren mit Kindern werden als alternative Familien Lebensgemeinschaften mit Kindern sowie allein erziehende Mütter und Väter gezählt. Die Zahl dieser alternativen Familienformen mit Kindern unter 18 Jahren stieg im früheren Bundesgebiet (ohne Berlin) gegenüber April 1996 um 37% auf

rund 1,6 Millionen im März 2004, in den neuen Ländern und Berlin um 13% auf 699.000 im März 2004. Damit war der Zuwachs alternativer Familien mit minderjährigen Kindern in Westdeutschland fast dreimal so hoch wie in Ostdeutschland. Zu den Kindern zählen dabei – neben leiblichen Kindern – auch Stief-, Pflege- und Adoptivkinder.


Rückläufig war dagegen in beiden Teilen Deutschlands die Zahl traditioneller Familien (Ehepaare) mit minderjährigen Kindern: Sie ging im früheren Bundesgebiet seit 1996 um 6% auf rund 5,7 Millionen im Jahr 2004 zurück, in den neuen Ländern um 36% auf rund 1,0 Millionen im Jahr 2004. Dies bedeutet, dass der Rückgang traditioneller Familien mit minderjährigen Kindern in Ostdeutschland sechsmal so hoch war wie in Westdeutschland.

Somit gab es 2004 in Deutschland rund 9,0 Millionen Familien mit minderjährigen Kindern, davon lebten gut 7,2 Millionen Familien (81%) im früheren Bundesgebiet und gut 1,7 Millionen Familien (19%) in den neuen Ländern. Seit 1996 ist die Zahl aller Ehepaare, Lebensgemeinschaften und allein Erziehenden mit minderjährigen Kindern in Deutschland um 5% gesunken (April 1996: 9,4 Millionen). In Ostdeutschland betrug der Rückgang 22% (April 1996: 2,2 Millionen), in Westdeutschland war ein leichter Anstieg um 1% zu beobachten (April 1996: 7,2 Millionen).

Sozialhilfe und Grundsicherung

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat mit Rechtsstand 01.01.2006 die kostenlose Broschüre „Sozialhilfe und Grundsicherung“ neu herausgegeben. Sie gibt einen Überblick über das Sozialhilferecht (Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB XII), damit also auch über die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Die Broschüre kann dabei helfen, diese Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Hierzu dienen die Informationen zu den anderen sozialen Sicherungssystemen, die Beispiele, der Gesetzestext und ein Anschriftenverzeichnis.

Die Broschüre (Art. Nr. A207) steht im Internet unter www.bmas.de  Publikationen

Modellrechnung zur Lebenserwartung

Die neue Modellrechnung des Statistischen Bundesamtes zur Schätzung der Lebenserwartung nach Geburtsjahrgängen enthält Generationensterbetafeln für die Geburtsjahrgänge 1871 bis 2004. Eine Generationensterbetafel zeigt, welche durchschnittliche Lebenserwartung ein heute neugeborenes Kind unter Berücksichtigung der möglichen künftigen Entwicklung der Sterblichkeit erreichen könnte. In die Berechnung der Generationensterbetafeln wurden zwei verschiedene Sterblichkeitstrends einbezogen. Ein langfristiger Sterblichkeitstrend (Variante 1) und eine Kombination aus dem langfristigen Sterblichkeitstrend und einem kurzfristigen Sterblichkeitstrend (Variante 2). Beide Trends gehen von einer sinkenden Sterblichkeit in der Zukunft aus, wobei die Variante 2 eine stärker sinkende Sterblichkeit unterstellt.

Demnach könnte ein neugeborener Junge des Jahrgangs 2004 nach der Trendvariante 1 eine durchschnittliche Lebenserwartung von 81,7 Jahren erreichen und 84,9 Jahre nach der Trendvariante 2. Für ein neugeborenes Mädchen des Jahrgangs 2004 ergeben sich nach der Trendvariante 1 eine Lebenserwartung von 87,8 Jahren und 90,4 Jahre nach der Trendvariante 2. Vor 135 Jahren konnten neugeborene Jungen des Geburtsjahrgangs 1871 lediglich mit 39,1 Jahren rechnen und Mädchen mit 42,1 Jahren. Die Lebenserwartung der Neugeborenen hat sich somit seitdem mehr als verdoppelt.

Voraussetzung ist, dass in Zukunft keine Ereignisse wie beispielsweise Kriege und Umwelt- oder Wirt-

schaftskatastrophen auftreten, die sich nachhaltig negativ auf die Lebenserwartung auswirken und den Trend unterbrechen. Ebenso können diese Werte nur erreicht werden, wenn sich der Rückgang der Sterblichkeit weiter fortsetzt, der eng an die Fortschritte in der Medizin geknüpft ist.

Die Generationensterbetafeln sowie eine detaillierte Beschreibung der Methodik bietet die Veröffentlichung „Generationensterbetafeln für Deutschland, Modellrechnungen für die Geburtsjahrgänge von 1871 – 2004“. Diese steht im Internet kostenlos als Download (Schnellsuche nach „Generationensterbetafeln“) unter www.destatis.de/shop

Generationenbarometer

Das „Forum Familie Stark Machen“ wird das erste GENERATIONENBAROMETER vorstellen. Es ist eine von Allensbach entwickelte, fortlaufende sozialwissenschaftliche Studie, die periodisch alle drei Jahre die Klimaveränderungen zwischen den Generationen in Deutschland darstellt und mit den bereits gewonnenen Erkenntnissen vergleicht.

Mit Fragen und Untersuchungen zu dem Themenkomplex „Generationen in Gesellschaft und Familie“ knüpft das GENERATIONENBAROMETER an die Herausforderungen des demografischen Wandels an und dokumentiert den Umgang der Menschen damit. Wie empfinden Menschen unterschiedlicher Milieus, Lebensformen und Alltagskulturen das Verhältnis von jung und alt in der Gesellschaft und in ihren Familien? Welche Werte und Bedeutungen ordnen sie der Familie und dem intergenerationalen Beziehungsgeflecht zu? Welche Erwartungen und welche Konflikte zeichnen sich ab?

Das GENERATIONENBAROMETER basiert auf der umfassenden Befragung einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung,

bestehend aus 2.500 Personen ab 16 Jahren aus dem gesamten Bundesgebiet. Die einstündigen Interviews werden mündlich-persönlich von rund 500 Interviewern auf Grundlage eines standardisierten Fragebogens geführt.

Weitere Informationen stehen im Internet unter www.familie-stark-machen.de



Pflegeausbildungen in Deutschland

Die Ausbildungsstrukturen und -bedingungen für die Pflegeberufe in Deutschland haben sich in jüngster Vergangenheit gravierend verändert. Die „Bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegeschulen“ (BEA) und die „Pflegeausbildungsstudie Deutschland“ (PABiS) verdeutlichen, wie auf allen Ebenen und bundesweit große Anstrengungen unternommen werden, um den Herausforderungen moderner Pflege in Deutschland gerecht zu werden. Mit der von der Robert Bosch Stiftung geförderten PABiS und der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanzierten BEA-Studie wird erstmals ein umfassender Überblick über die Strukturen und Rahmenbedingungen der Pflegeausbildungen in Deutschland geliefert. Die BEA-Studie bringt bundesweite Erkenntnisse über die Umsetzung des Altenpflegegesetzes, das seit August 2003 in Kraft ist. Rund die Hälfte (303) der Altenpflegeschulen in Deutschland beteiligte sich an dieser Erhebung; 2.400 Datensätze aus Fragebögen an die Träger der praktischen Ausbildung wurden ausgewertet.

501 auszubildende Krankenhäuser und 462 Schulen der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nahmen an der Befragung zur „Pflegeausbildungsstudie Deutschland“ (PABiS) teil. Rund 60% der Krankenhäuser sind der Ansicht, dass auch die Altenpflege in eine gemeinsame Pflegeausbildung einbezogen werden

solle. Auch die Schulen sprechen sich in der überwiegenden Zahl für eine Zusammenführung aller drei pflegerischen Ausbildungsberufe (Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege) aus.

Aus der BEA-Studie geht deutlich hervor, dass es zu wenige Ausbildungsplätze für die steigende Zahl von Bewerberinnen und Bewerbern für die Altenpflegeausbildung gibt. Die PABiS-Ergebnisse bestätigen massive Konzentrationsprozesse bei den Ausbildungsstätten verbunden mit einer Streichung von Ausbildungsplätzen. Rund ein Drittel der deutschen Pflegebildungseinrichtungen ist in konkreter Vorbereitung auf eine Fusion mit einer oder mehreren anderen Schulen.

Der Abschlussbericht über die „Bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegeschulen, (BEA)“ steht im Internet unter www.bmfsfj.de  Publikationen  *Ältere Menschen*

Eine Zusammenfassung der „Pflegeausbildungsstudie Deutschland (PABiS)“ findet sich unter www.bosch-stiftung.de/download/PABIS_Zusammenfassung.pdf

Ausbildungsberufe 2006

Pünktlich zum Beginn des Ausbildungsjahres treten dieses Jahr am 1. August 21 neue Ausbildungsordnungen in Kraft. Ab dem Sommer gibt es insgesamt 343 Ausbildungsberufe. Der Bund-Länder-Koordinierungsausschuss zur Abstimmung von Ausbildungsordnungen und Rahmenlehrplänen verabschiedete die Ordnungen für 4 neue und 17 modernisierte Berufe. An der Entwicklung der Ausbildungsberufe waren Bildungsexperten der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer beteiligt.

Ab dem 1. August ist eine Ausbildung in folgenden neuen dualen Ausbildungsberufen möglich:

- Fachangestellte für Markt- und Sozialforschung

- Fachkräfte für Möbel-, Küchen- und Umzugsservice
- Kaufleute für Dialogmarketing
- Servicefachkräfte für Dialogmarketing

Modernisiert wurden die Ausbildungsordnungen u.a. für

- Kaufmann/Kauffrau für Marketingkommunikation (früher: Werbekaufmann)
- Medienkaufmann/Medienkauffrau Digital und Print (früher: Verlagskaufmann/-kauffrau)
- Medizinischer Fachangestellter/ Medizinische Fachangestellte (früher: Arzthelfer/in)
- Tiermedizinischer Fachangestellter/ Tiermedizinische Fachangestellte (früher: Tierarzthelfer/in)

Innovationskreise Berufliche Bildung

Mit neuen Strukturen in der Aus- und Weiterbildung soll der Arbeitsmarkt in Deutschland nachhaltig positiv gestaltet werden. Die Grundlagen dafür werden von einem Innovationskreis für berufliche Bildung gelegt, der sich aus Repräsentanten aus Unternehmen, Wissenschaft, Wirtschaftsverbänden, Gewerkschaften und Ländern zusammensetzt. Die Themen des Innovationskreises berufliche Bildung sind:

- Modernisierung
- Übergangsmangement
- Weiterbildung/Durchlässigkeit
- Europäische Öffnung

Bis zum Sommer 2007 sollen die Vorschläge für die Stärkung der Weiterbildung vorliegen und noch in der laufenden Legislaturperiode verwirklicht werden.

Zugleich hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) auch einen Innovationskreis Weiterbildung berufen. Er wird seine Vorschläge intern erarbeiten und gemeinsame Themen mit dem eingesetzten Innovationskreis zur beruflichen Bildung beraten.

Ausländer in der EU

Nach den jüngsten Schätzungen von Eurostat, dem Statistischen Amt der Europäischen Gemeinschaften, belief sich die Gesamtzahl der Ausländer – Personen, die nicht Staatsangehörige des Landes sind, in dem sie leben – im Jahr 2004 auf rund 25 Millionen. Dies entspricht knapp 5,5% der Gesamtbevölkerung der EU25.

Aufgrund einiger Abweichungen der Begriffe, Definitionen und Datenquellen sowie unterschiedlicher Regeln über den Erwerb der Staatsangehörigkeit ist die internationale Vergleichbarkeit von Angaben über Ausländer etwas eingeschränkt. Dennoch lassen sich auf der Grundlage der verfügbaren Daten einige Aussagen machen. Die meisten Ausländer sind demnach Staatsangehörige von Nicht-EU-Ländern.

Im Jahr 2004 hatte Luxemburg (38,6%) den mit Abstand höchsten Ausländeranteil, gefolgt von Lettland (22,2%) und Estland (20,0%). In keinem anderen Mitgliedstaat war der Anteil der Ausländer höher als 10%. In zwölf Mitgliedstaaten lag der Ausländeranteil nicht über 5% der Bevölkerung.

Die Mehrzahl der in den EU-Mitgliedstaaten lebenden Ausländer waren Staatsbürger aus Nicht-EU-Ländern. In einigen Ländern kamen die Ausländer jedoch mehrheitlich aus anderen Mitgliedsstaaten der EU: Luxemburg (wo die Portugiesen die größte Gruppe stellten), Belgien (hier stellten die Italiener die größte Gruppe), Irland (mit den Briten als größte Gruppe) und Zypern (mit den Griechen als größte Gruppe). Der Anteil der ausländischen Bevölkerung zeigte in fast allen Mitgliedstaaten eine steigende Tendenz.

Ausländer sind durchweg auch jünger als Inländer. In der ausländischen Bevölkerung überwogen die jungen Erwachsenen: 41% waren zwischen 20 und 39 Jahre alt, gegenüber 28% bei den Inländern. Bei den Anteilen der Kinder und Jugendlichen gibt es

keine wesentlichen Unterschiede: 20% der Ausländer waren unter 20 Jahre alt, gegenüber 23% der Inländer. Nur 9% der Ausländer waren 65 Jahre oder älter, gegenüber 17% der Inländer, sodass die Zuwanderer kurzfristig zur Verjüngung der Gesamtbevölkerung beitragen werden. Diese Verjüngung ist allerdings insofern begrenzt, als der prozentuale Anteil der Ausländer an der Gesamtbevölkerung in den meisten Mitgliedsstaaten gering ist.

Health EU

Über ein neues Gesundheitsportal der Europäischen Union können jetzt zahlreiche Fragen im Zusammenhang mit dem Thema Gesundheit beantwortet werden. Die Website stellt konkrete Informationen zu 47 Themenbereichen zur Verfügung, die von der Gesundheit von Kleinkindern über Ernährung bis hin zur Verkehrssicherheit reichen. So soll den europäischen Bürgern dazu verholfen werden, in Gesundheitsfragen die richtigen Entscheidungen zu treffen.

Die unterschiedlichen Themen sind in sechs Bereiche aufgeteilt:

- **Meine Gesundheit:**
Ratschläge für beide Geschlechter und alle Altersklassen
- **Meine Lebensführung:**
Empfehlungen für einen gesunden Lebensstil
- **Meine Umwelt:**
Ratschläge zur Risikovermeidung im täglichen Leben
- **Gesundheitsprobleme:**
Einfache Erläuterungen zu Gesundheitsproblemen, die uns betreffen können
- **Gesundheitsversorgung:**
Wissenswertes zu Fragen wie ärztliche Behandlung, Versicherung, Mobilität u. ä.
- **Gesundheit in der EU:**
Alle politischen Maßnahmen, Programme, Forschung, Kampagnen, Indikatoren und Statistiken, die die Gesundheit der Europäer betreffen.

Zur Zeit steht das Portal allerdings nur in englischer Sprache zur Verfügung. Die Übersetzung in alle 20 Amtssprachen der EU ist vorgesehen. Die Website wurde im Rahmen des Aktionsprogramms der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003–2008) entwickelt.

Das Portal steht im Internet unter <http://health.europa.eu>

EU-Leitlinien Brustkrebsvorsorge und -diagnose

Die Europäische Kommission hat die vierten Europäischen Leitlinien zur Qualitätssicherung bei der Brustkrebsvorsorge und -diagnose veröffentlicht. Die Leitlinien dienen als Orientierung in Bezug auf bewährte Verfahren und basieren auf Beiträgen von mehr als 200 Fachleuten aus 18 Mitgliedstaaten sowie Norwegen, der Schweiz, Israel, Kanada und den Vereinigten Staaten.

Ziel der europäischen Leitlinien ist die Erhöhung der Qualitätsstandards, indem die besten Elemente aus regionalen und nationalen Brustkrebsvorsorgeprogrammen der letzten 20 Jahre auf EU-Ebene kombiniert werden. Entwickelt wurden die Leitlinien vom Europäischen Brustkrebsnetzwerk (EBCN), das im Rahmen des Programms „Europa gegen den Krebs“ der Kommission mitfinanziert wurde. Dieses Programm lief 1987 an und gehörte zu den ersten Maßnahmen der Kommission im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Im letzten Finanzierungszyklus (1996 bis 2002) standen für das Programm Mittel in Höhe von 90,4 Millionen Euro zur Verfügung.

Eine Zusammenfassung der Leitlinien steht in englischer Sprache im Internet unter http://ec.europa.eu/comm/health/ph_projects/2002/cancer/fp_cancer_2002_ext_guid_01.pdf