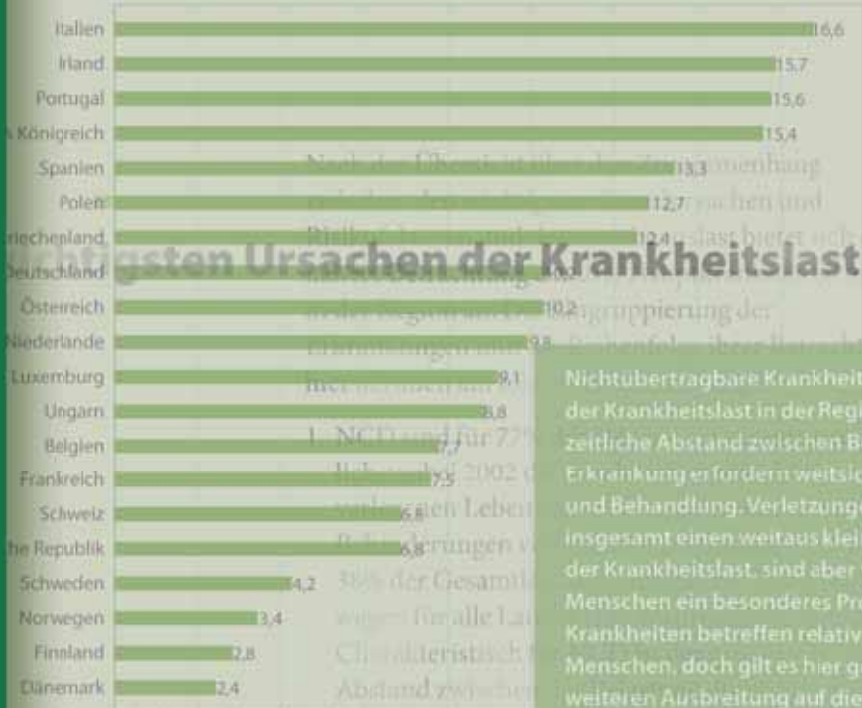




Der Europäische Gesundheitsbericht 2005

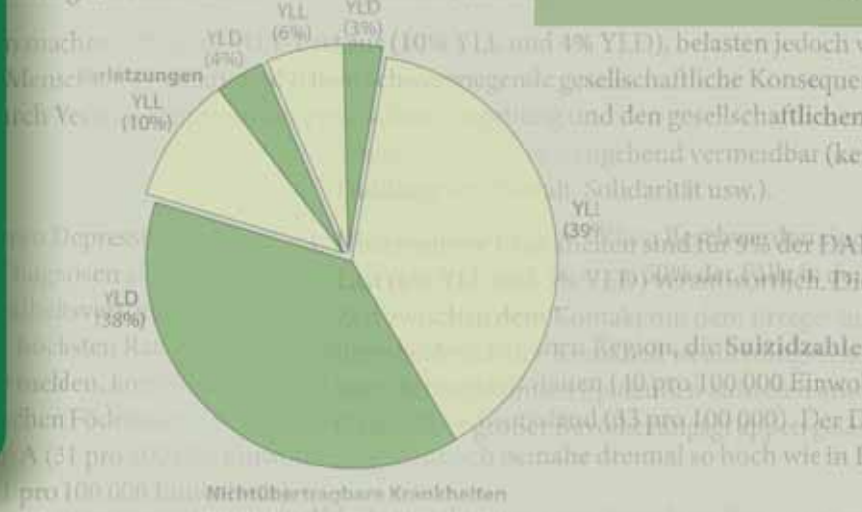


Übertragbare Krankheiten

Prozentualer Anteil

Zeitliche Abstände zwischen Belastung und Erkrankung

Erkrankungen, die eine zeitliche Abstände zwischen Belastung und Erkrankung erfordern, sind weitverbreitet und Behandlung. Verletzungen sind insgesamt einen weitaus kleineren Anteil der Krankheitslast, sind aber vor allem für Menschen ein besonderes Problem. Nichtübertragbare Krankheiten betreffen relativ die meisten Menschen, doch gilt es hier gegen eine weitere Ausbreitung auf die Bevölkerung in der Region wachsam zu bleiben. Durch unterfinanzierte Dienste werden nichtübertragbare Krankheiten doppelt schwer belastet.



Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt

Alter	1990-2002	Anderung von 1990-2002 (%)
54-145	-32,3	
49-126	-32,4	
60-173	-32,8	
33,04	88-272	7,1
139,62	73-247	6,7
168,85	109-298	6,3

Alter	1990-2002	Anderung von 1990-2002 (%)
258,11	122-307	16,6
227,12	112-270	12,6
302,66	137-359	17,5

**Der Europäische
Gesundheitsbericht 2005**

**Maßnahmen für eine
bessere Gesundheit der Kinder
und der Bevölkerung insgesamt**

Die Weltgesundheitsorganisation wurde 1948 als die in internationalen Gesundheitsangelegenheiten und Fragen der öffentlichen Gesundheit richtungweisende und koordinierende Sonderorganisation der Vereinten Nationen gegründet. Zu den in der Satzung verankerten Funktionen der WHO gehört es, auf dem Gebiet der menschlichen Gesundheit objektive und zuverlässige Informationen zu liefern und beratend tätig zu sein. Dieser Verantwortung wird sie teilweise durch ihr Publikationsprogramm gerecht, mit dem sie den Ländern zu helfen sucht, eine Politik zu führen, die der Gesundheit ihrer Bevölkerungen dient, und durch die sie sich mit den dringlichsten gesundheitlichen Anliegen der Länder auseinandersetzt.

Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs in allen Teilen der Welt angesiedelten Regionalbüros, die alle ihr eigenes, auf die besonderen gesundheitlichen Probleme ihrer Mitgliedsländer abgestimmtes Programm haben. In der Europäischen Region leben ca. 880 Millionen Menschen in einem Gebiet, das sich zwischen Nordpolarmeer und Mittelmeer und zwischen Atlantischem und Pazifischem Ozean erstreckt. Das europäische Programm der WHO unterstützt alle Länder der Region bei der Entwicklung und Erhaltung ihrer eigenen Gesundheitspolitik, -systeme und -programme; es hilft ihnen, gesundheitliche Gefährdungen zu verhüten und zu überwinden, sich auf künftige gesundheitliche Herausforderungen einzustellen, für Maßnahmen einzutreten, die der Gesundheit der Bevölkerung dienen, und diese umzusetzen.

Die WHO strebt die möglichst breite Verfügbarkeit ihrer autoritativen Informationen und ihrer gesundheitlichen Leitlinien an, weshalb sie sicherstellt, dass ihre Veröffentlichungen weite internationale Verbreitung finden, und sie auch deren Übersetzung und Bearbeitung fördert. Die Bücher der WHO tragen dazu bei, Gesundheit zu fördern und zu schützen und Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen. Damit sind sie auch ein Beitrag zur Verwirklichung des Hauptziels der Organisation, allen Menschen die Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustands zu ermöglichen.



Der Europäische Gesundheitsbericht 2005

**Maßnahmen für eine
bessere Gesundheit
der Kinder und der
Bevölkerung insgesamt**

CIP-Kurztitelaufnahme der WHO-Bibliothek

Der Europäische Gesundheitsbericht 2005 : Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt.

1. Gesundheitszustand
2. Gesundheitsstatusindikatoren
3. Kinderfuersorge
4. Risikofaktoren
5. Sozialoekonomische Faktoren
6. Mortalitaetsstatistik
7. Morbiditaetsstatistik
8. Gesundheitspolitik
9. Gestaltung von Politik
10. Vergleichsstudie
11. Europa

ISBN 92 890 3376 2

(NLM Klassifikation : WA.900)

ISBN 92-890-3376-2

Anfragen zu Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros richten Sie bitte:

- per E-Mail an: publicationrequests@euro.who.int (für Bestellungen)
permissions@euro.who.int (für Erlaubnis zum Nachdruck)
permissions@euro.who.int (für Erlaubnis zur Übersetzung)
- auf dem Postwege an: Veröffentlichungen
WHO-Regionalbüro für Europa
Scherfigsvej 8
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

© **Weltgesundheitsorganisation 2005**

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation heißt Anträge auf Genehmigung zur teilweisen oder vollständigen Reproduktion oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen willkommen.

Die in dieser Veröffentlichung benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs-/Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- oder Gebietsgrenzen. Wo in den Überschriften von Tabellen die Bezeichnung Land oder Gebiet auftritt, sind Länder, Territorien, Städte oder Gebiete gemeint. Gestrichelte Linien auf Karten bezeichnen einen ungefähren Grenzverlauf, über den möglicherweise noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse bedeutet nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation unterstützt, empfohlen oder gegenüber ähnlichen nicht erwähnten bevorzugt werden. Soweit nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die Namen von Markenartikeln als solche kenntlich gemacht.

Die Weltgesundheitsorganisation übernimmt keine Gewähr für die Vollständigkeit und Richtigkeit der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen und haftet nicht für Schäden, die aus ihrer Anwendung entstehen sollten. Die von den Autoren und Redakteuren zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht unbedingt Ausdruck der Entscheidungen oder erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.

Druck & Design: Sven Lund
Printed in Denmark

INHALT

Abkürzungen	vi
<i>Vorwort: Wissen im Dienst einer gesünderen Zukunft</i>	vii
Zusammenfassung	viii
Teil 1 Einleitung	1
Einleitung	2
Der konzeptionelle Rahmen des Berichts	4
Literatur	8
Teil 2 Die allgemeine Perspektive der öffentlichen Gesundheit	9
Überblick	10
Die wichtigsten Ursachen der Krankheitslast	22
Die wichtigsten vermeidbaren Risikofaktoren	32
Literatur	42
Teil 3 Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen	47
Begründung für die Schwerpunktlegung auf Kinder	48
Die wichtigsten Ursachen der Krankheitslast	54
Determinanten von und Maßnahmen für Kindergesundheit	72
Hauptfaktoren für die erfolgreiche Umsetzung von Konzepten und Interventionen	86
Literatur	91
Anhang Statistische Tabellen	97
Anmerkungen zu der geschätzten Krankheitslast in den Ländern	98
Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung in der Europäischen Region der WHO (1990 bis 2015, z. T. geschätzt)	101
Tabelle 2: Grundlegende Indikatoren für die Bevölkerungsgesundheit in der Europäischen Region der WHO	102
Tabelle 3: Einkommenshöhe und -verteilung in der Europäischen Region der WHO	104
Tabelle 4: Sterbefälle und DALY in der Europäischen Region der WHO, die den 10 führenden Ursachen zuschreibbar sind (2002)	105
Tabelle 5: Zuschreibbarer Anteil der 10 führenden Risikofaktoren an Sterbefällen und DALY in der Europäischen Region der WHO (2002)	118
Tabelle 6: Basisindikatoren für den Zustand und die Determinanten der Gesundheit von Kindern in der Europäischen Region der WHO (2002 oder letztes verfügbares Jahr)	129
Tabelle 7: Krankheitslast aufgrund der sieben führenden Erkrankungen von Kindern im Alter von 0–14 Jahren in der Europäischen Region der WHO (2002)	124
Definitionen der in den Tabellen enthaltenen Indikatoren	133

Abkürzungen

Organisationen, Vereinigungen und Initiativen

CHILD	Projekt zu Indikatoren für Kindergesundheit
DOTS	Direkt überwachte Kurzzeittherapie zur Tb-Bekämpfung
EU	Europäische Union
Eur-A	27 Länder in der Europäischen Region der WHO mit sehr niedriger Kinder- und Erwachsenensterblichkeit
Eur-B	16 Länder in der Europäischen Region der WHO mit niedriger Kinder- und Erwachsenensterblichkeit
Eur-C	9 Länder in der Europäischen Region der WHO mit niedriger Kinder- und hoher Erwachsenensterblichkeit
FCTC	Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs
GUS	Gemeinschaft Unabhängiger Staaten
HBSC	Studie zum Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter
IMCI	Strategie für ein integriertes Management von Kinderkrankheiten
MONICA	Projekt zur multinationalen Überwachung von Trends und Determinanten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen
UNAIDS	Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen für HIV/Aids
UNICEF	Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen

Fachausdrücke

BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMI	Körper-Masse-Index
BNE	Bruttonationaleinkommen
CVD	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
DALY	Um Behinderungen bereinigte Lebensjahre
HAART	Hochaktive antiretrovirale Therapie
HALE	Gesunde Lebenserwartung
IDD	Jodmangelstörungen
MDR-Tb	Multiresistente Tb
NCD	Nichtübertragbare Krankheiten
SARS	Schweres akutes respiratorisches Syndrom
Tb	Tuberkulose
YLL	Lebensjahrverlust durch frühzeitige Sterblichkeit
YLD	Mit Behinderungen verbrachte Lebensjahre

Vorwort: Wissen im Dienst einer gesünderen Zukunft

Der Europäische Gesundheitsbericht 2005 ist von der Idee beseelt, dass Wissen sich für ein besseres Leben der Menschen nutzen lässt. Damit die richtigen Entscheidungen für die Zukunft der öffentlichen Gesundheit getroffen werden, müssen die richtigen Menschen über die richtigen Informationen verfügen. Mit diesem Bericht bietet das WHO-Regionalbüro für Europa der Gesundheitsfachwelt und allen an der öffentlichen Gesundheit Interessierten hierfür eine nützliche Wissensquelle.

Dieser Bericht enthält eine aktuelle Übersicht über die Gesundheit in 52 Ländern der Europäischen Region der WHO. Seine Analyse konzentriert sich insbesondere auf die wichtigsten Gesundheitsdeterminanten, vor allem Armut und soziale Ungleichheit. Der Bericht mahnt zur Aufmerksamkeit gegenüber der sich vertiefenden Kluft zwischen den Ländern der Region und zwischen den wohlhabenderen und ärmeren Gruppen in den Ländern. Der Großteil der heutigen Krankheitslast wird von einer begrenzten Anzahl von Risikofaktoren verursacht. Der Bericht beschreibt diese Last und wie eine breitere Anwendung der wirksamen Gesundheitsinterventionen sie verringern kann. Dabei werden die aus den Erfahrungen gezogenen Lehren klar benannt und Beispiele erfolgreichen Eingreifens angeführt.

Der Bericht hebt besonders die Gesundheit von Kindern und die gegenwärtige und künftige Arbeit zu ihrer Verbesserung hervor. Aus gesunden Kindern werden gesunde Erwachsene. Doch trotz einer allgemeinen Verbesserung der Kindergesundheit in der Region steigt die Inzidenz vieler Krankheiten und chronischer Erkrankungen in einigen Ländern an. Der Bericht enthält daher sowohl Erkenntnisse über die Gesundheitsrisiken der Kinder als auch Informationen über die Möglichkeiten zur Verbesserung der Kindergesundheit.

Unser Hauptziel ist die Unterstützung der Länder bei ihren Entscheidungen über die optimalen Gesundheitsinvestitionen auf der Grundlage von Wissen und Erkenntnis. Wir hoffen, dass diese Veröffentlichung ein weiterer Schritt auf diesem Weg im Sinne einer erfolgreichen Bewältigung der heutigen und künftigen Herausforderungen auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit ist.



Dr. Marc Danzon
WHO-Regionaldirektor für Europa

Zusammenfassung

Ost-West-Kluft bei der Gesunden Lebenserwartung (2002)

Höchstwerte

San Marino: 73,4 Jahre

Schweden: 73,3 Jahre

Schweiz: 73,2 Jahre

Tiefstwerte

Kirgisistan: 55,3 Jahre

Tadschikistan: 54,7 Jahre

Turkmenistan: 54,4 Jahre

Gute Gesundheit ist eine elementare Quelle der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklung. Die Weiterentwicklung der menschlichen Zivilisation führt dazu, dass die Menschen länger leben und sich länger einer guten Gesundheit erfreuen.

Obwohl sich der Gesundheitszustand der 879 Mio. Menschen in der Europäischen Region der WHO allgemein mit der Zeit verbessert hat, haben sich die Ungleichheiten zwischen den 52 Mitgliedstaaten der Region und zwischen den Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder ausgeweitet. Neben der gesundheitlichen Ost-West-Kluft haben sich auch die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den sozioökonomischen Gruppen in vielen Ländern ausgeweitet.

Die Überwindung dieser Ungleichheit wird immer dringlicher. Da die Geburtenraten in den meisten Ländern zurückgehen und die Bevölkerungen altern, muss besonders den Kindern geholfen werden Erkrankungen zu vermeiden und so widerstandsfähig zu werden, dass sie in guter Gesundheit ein hohes Alter erreichen.

Der Europäische Gesundheitsbericht 2005 trägt zu dieser Aufgabe bei, indem er die wichtigsten Gesundheitsthemen der Region besonders im Hinblick auf Kinder zusammenfasst und wirksame programmatische Reaktionen beschreibt. Damit ist er ein Beitrag zu den verlässlichen fundierten Informationen, die für eine vernünftige Entscheidungsfindung im Bereich der öffentlichen Gesundheit benötigt werden.

Inhalt und Methodik

Der Bericht fasst zunächst Fakten zur öffentlichen Gesundheit in der Region zusammen und geht dann näher auf die Gesundheit und Entwicklung von Kindern ein. Er schließt mit statistischen Datenübersichten, auf die sich seine Schlussfolgerungen zum Teil gründen, und mit Definitionen der verwendeten Fachbegriffe. Der Bericht bietet keine erschöpfende Durchsicht aller verfügbaren Informationen, sondern ist lediglich eine Sammlung von Erkenntnissen und Analysen der WHO und verschiedener anderer Quellen. In ihm werden Erkenntnisse über die Krankheitslast aufgrund bestimmter Erkrankungen, die Auswirkungen gewisser Risikofaktoren und eine Auswahl erfolgreicher Initiativen und Interventionen vorgestellt, die die Gesundheit der Bevölkerung in der ganzen Region verbessern könnten.

Der Bericht stellt die neuesten verfügbaren Zahlen für verschiedene Gesundheitsindikatoren vor. Wo dies möglich war, wurden die Ergebnisse für drei Ländergruppen aus der Europäischen Region angegeben. Die Zuordnung zu diesen Gruppen beruht auf der Sterblichkeit von Kindern und Erwachsenen und nicht auf geografischen oder politischen Faktoren. Der Bericht beschäftigt sich auch mit der Lebenserwartung und den Ursachen der Mortalität und verwendet dafür die Summenmaße Gesunde Lebenserwartung (HALE) und um Behinderungen bereinigte Lebensjahre (DALY). In Kombination mit konventionellen Indikatoren wie Mortalitätsraten, Krankheitsinzidenz und -prävalenz ermöglichen diese Summenmaße eine genauere Betrachtung aktueller Themen und eine bessere Lagebeschreibung der Region.

Risikofaktoren bewältigen, um die Krankheitslast zu vermindern

Die Ursachen der Krankheitslast in der Region sind in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit: nichtübertragbare Krankheiten (NCD, 77% der Gesamtlast), äußere Ursachen von Verletzungen und Vergiftungen (14%) und übertragbare Krankheiten (9%). Im Jahr 2002 verursachten nichtübertragbare Krankheiten 86% der 9,6 Mio. Sterbefälle und 77% der 150,3 Mio. DALY in der Region. Diese Krankheiten gehen auf ein komplexes Wechselspiel zwischen genetischen sowie verhaltens- und umweltbedingten Faktoren zurück und erfordern daher eine langfristige Planung und Behandlung. Verletzungen stellen insbesondere für junge Menschen ein besonderes Problem dar.

Nichtübertragbare und übertragbare Krankheiten werden durch Armut und unterfinanzierte Dienste zu einer doppelten Belastung für die Länder in der östlichen Hälfte der Region. Die Doppelbelastung ist zum Teil verantwortlich für die gesundheitliche Kluft unter und in den Ländern.

Die sieben wichtigsten Risikofaktoren – Tabak, Alkohol, Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, Übergewicht, zu geringer Verzehr von Obst und Gemüse und Bewegungsmangel – sind die Hauptverantwortlichen für die, wenn auch unterschiedliche, Belastung der Länder durch die sieben wichtigsten Erkrankungen – ischämische Herzkrankheiten, unipolare depressive Störungen, zerebrovaskuläre Krankheiten, Störungen durch Alkohol, chronische Lungenkrankheit, Lungenkrebs und Verletzungen im Straßenverkehr. Die Anwendung hinlänglich bekannter Interventionen zur Bewältigung der Risikofaktoren könnte diese Erkrankungen weitgehend verhüten. Somit entsteht ein überzeugendes Argument zum Handeln.

Der Bericht hebt Erfolgsgeschichten aus der ganzen Region hervor um zu zeigen, wie nichtübertragbare Krankheiten und Verletzungen durch konzertierte und dabei relativ einfache Maßnahmen in Angriff genommen werden können. Die Länder haben bei bestimmten Krankheiten die Wahl zwischen mehreren Maßnahmen. Daher und für die Anpassung und sinnvolle Anwendung der Maßnahmen in den Ländern ist der Austausch über die Möglichkeiten und Begrenzungen der Interventionen so wichtig. Die durch den Rückgang der Verkehrsverletzungen erfolgreiche schwedische Initiative Vision Null ist zum Beispiel in angepasster Form in mehreren anderen Ländern übernommen worden. Die Themen und die Ursprungsländer solcher Erfolgsgeschichten variieren, was ihnen jedoch gemein ist, ist die Einbeziehung aller Akteure – von den Patienten über die Leistungserbringer bis zur Regierung und anderen Gremien. Die Beispiele beweisen, dass einfache aber umfassende Maßnahmen wesentlichen gesundheitlichen Gewinn bringen können.

Schwerpunkt auf Kinder

Der Europäische Gesundheitsbericht 2005 beschäftigt sich besonders mit der Kindergesundheit, denn diese ist für die Gesundheit im späteren Leben und die Gesundheit der folgenden Generation mitbestimmend. Die Zeit von der Geburt bis zu einem Alter von 5–6 Jahren ist entscheidend. Schwache Gesundheit und die Annahme schädlicher Lebensweisen in der Kindheit können ein Leben lang die Gesundheit beeinträchtigen und damit gesundheitliche, finanzielle und gesellschaftliche Belastungen der Länder in Gegenwart und Zukunft bedeuten.

Gesundheitsmuster und -probleme von Kindern

Grundsätzlich besteht die für Erwachsene festzustellende Kluft zwischen Ost und West in der Europäischen Region auch beim Gesundheitszustand der Kinder. Trotz allgemeiner Verbesserungen gibt es noch immer je nach Alter, Geschlecht, geografischer und sozioökonomischer Position große Unterschiede und zwar in und unter den Ländern. Die gesellschaftlichen Ungleichheiten nehmen in allen Ländern zu, besonders jedoch in der östlichen Hälfte der Region.

Die gesundheitlichen Ungleichheiten für Kinder sind inakzeptabel groß und drohen gerade diejenigen Länder, Gesellschaften, Gemeinschaften, Familien und Kinder zu überfordern, die über die geringsten Mittel zur Bewältigung der Lage verfügen. Doch auch in den wohlhabenderen Ländern tragen die ärmsten Mitglieder der Gesellschaft einen unverhältnismäßig großen Anteil an der Krankheitslast.

Die Krankheits- und Todesursachen und -raten der Kinder variieren stark in der Region. Insbesondere östliche Länder weisen eine höhere Morbidität und Mortalität aufgrund von Atemwegserkrankungen, Infektionskrankheiten, Verletzungen und Vergiftungen auf und folgen damit bei Kindern einem anderen Muster als bei Erwachsenen. In den westlichen Ländern ist die Sterblichkeit aufgrund all dieser Ursachen sehr gering und das bedeutet auch eine insgesamt niedrigere Krankheitslast. Daher sind in den Krankheitsmustern der Kinder westlicher Länder nichtübertragbare Krankheiten wie Asthma, Allergien, Diabetes, Adipositas und neuropsychiatrische Störungen verhältnismäßig stärker vertreten. Durch Impfungen vermeidbare Krankheiten bleiben jedoch ein Sorgenfaden in der ganzen Region.

Armut stellt unabhängig vom Entwicklungsstand eines Landes die größte Bedrohung für die Gesundheit von Kindern dar. Die Häufigkeit des Auftretens von Krankheiten und schädlichen Verhaltensweisen ist eng mit sozioökonomischen Faktoren (Beispiele hierfür sind schlechte Gesundheit von Neugeborenen z. B. infolge von Mangelernährung, fehlender Zugang zur Gesundheitsversorgung und eine ungesunde oder unsichere Umgebung) sowie mit verhaltensbezogenen Faktoren (wie schlechter Ernährung, Bewegungsmangel und frühem Tabak-, Alkohol- oder Drogenkonsum) verbunden.

Die unterschiedlichen Muster der Kinder- und Erwachsenengesundheit unterstreichen die Notwendigkeit, dass die Mitgliedstaaten für beide Bereiche einander ergänzende Gesundheitsstrategien ausarbeiten. Da die Bemühungen um eine weitestmögliche Verbesserung der Gesundheit und Entwicklung von allen Kindern sich für die Mitgliedstaaten zu einer immer komplexeren Aufgabe entwickelt, arbeitet das WHO-Regionalbüro für Europa an einer neuen Strategie zu deren Unterstützung: einer Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Neben einer solchen Strategie benötigen alle Länder bessere Informationen über die Gesundheit von Kindern sowie entsprechende Überwachungssysteme, insbesondere im Hinblick auf soziale Ungleichheiten.

Erfolgreiche Politik: Das vorhandene Wissen in umfassenden Strategien nutzen

In die Gesundheit der Kinder zu investieren ist eine Zukunftsinvestition, die gesundheitlichen, finanziellen und gesellschaftlichen Ertrag mit sich bringt. *Der Europäische Gesundheitsbericht 2005* fordert zu erneuerten Anstrengungen zum Schutz und zur Förderung der Kindergesundheit auf. Der Bericht betont zwar einerseits, dass eine verantwortbare Ausgewogenheit zwischen den gegenwärtigen Lasten und den künftigen Gewinnen für

die gesamte Bevölkerung gefunden werden muss, verdeutlicht jedoch auch, dass eine Investition in die Gesundheit und Entwicklung der Kinder nicht nur über die künftige Bevölkerungsgesundheit entscheidet, sondern auch die heutigen Ungleichheiten vermindert. Viel von dem Wissen, das wir für eine bessere Gesundheit jedes Einzelnen in der Region benötigen, ist bereits verfügbar. Die Herausforderung besteht jetzt darin, das Wissen in die Tat umzusetzen.

Trotz der sehr unterschiedlichen Gesundheitsprobleme von Kindern in der Europäischen Region der WHO weisen erfolgreiche Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention einige gemeinsame Merkmale auf. Die erfolgreichsten Interventionen:

- werden als Teil einer umfassenden nationalen Planung unter Beteiligung aller Akteure einschließlich der Kinder geschaffen,
- beruhen auf soliden Erkenntnissen über die Zielpopulation, die Wirksamkeit der Interventionen und die Kapazitäten des Gesundheitssystems des Landes zu ihrer Umsetzung,
- nehmen sowohl die weiteren Determinanten von schwacher Gesundheit – Armut und soziale Ungleichheit – und konkrete Risikofaktoren in Angriff,
- bedeuten sektorübergreifende und vielfältige Maßnahmen auf vielen Ebenen durch die Regierung und andere Akteure, wobei alle verfügbaren Grundsatzinstrumente verwendet werden und zu breiter gesellschaftlicher Unterstützung für den Wechsel aufgefordert wird,
- zielen auf besonders bedürftige Bevölkerungsgruppen und
- sind an die lokalen Bedürfnisse, Mittel und Umstände angepasst, darunter die kulturellen, religiösen und geschlechtsbezogenen Faktoren.

Durch eine Konzentration auf die Gesundheit der Kinder kann auch die Gesundheit der künftigen Erwachsenen verbessert werden. Obwohl größere Anstrengungen und, natürlich, mehr Mittel für eine erfolgreiche Umsetzung der bekanntermaßen wirksamen Interventionen benötigt werden, ist für ein Handeln im Sinne der Gesundheit und Entwicklung der Kinder und für substantielle Verbesserungen in erster Linie eine große Zielstrebigkeit erforderlich. Es gibt viel zu tun, doch wie *Der Europäische Gesundheitsbericht 2005* zeigt, sind die Anstrengungen von heute der Erfolg von morgen.



EINLEITUNG

Einleitung

Der Auftrag

Gute Gesundheit ist eine elementare Quelle der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklung. Der unauflösbare Zusammenhang zwischen Gesundheit und nachhaltiger Entwicklung ist unzweifelhaft nachgewiesen. Gesundheit ist zudem ein grundlegendes Menschenrecht. Daher ist die Nachricht ermutigend, dass sich der allgemeine Gesundheitszustand in der Europäischen Region der WHO im Lauf der Zeit beträchtlich verbessert hat.

Die Region weist allerdings auch krasse Gegensätze auf. Einerseits leben in den wohlhabenderen und entwickelteren Ländern der Region die gesündesten Bevölkerungen der Erde, was die Lebenserwartung, das späte Auftreten von Erkrankung und Behinderung und auch das Bewusstsein für ein möglichst aktives Leben und die Lebensqualität betrifft. Andererseits zählen zu der Region auch arme Länder, die noch immer mit ernsthaften Gesundheitsproblemen innerhalb der jüngeren Bevölkerungsgruppen zu kämpfen haben. Diese Länder tragen doppelt an der Krankheitslast: Ihnen fehlen die hoch entwickelten Methoden zur Bekämpfung traditioneller Infektionskrankheiten und Verletzungen, gleichzeitig tragen sie bereits schwer an einer neuen Last nichtübertragbarer Krankheiten. Außerdem weisen alle Länder, auch die wohlhabendsten, große und wachsende Ungleichheiten im Gesundheitszustand der reicheren bzw. ärmeren Bevölkerungsschichten auf. Die Verminderung der Ungleichheiten auf das machbare Mindestmaß ist für jedes Land eine zentrale Herausforderung.

Der Weg

Die WHO ist davon überzeugt, dass der Wissens- und Informationsaustausch den Ländern hilft, Ungleichheiten im Bereich Gesundheit zu verringern. Darum werden im *Europäischen Gesundheitsbericht 2005* zunächst Erkenntnisse über den Gesundheitszustand der Menschen in der Region sowie über die wichtigsten Interventionen zu seiner Verbesserung überprüft und zusammengefasst. In einem weiteren Schritt werden dann Kinder als diejenige Bevölkerungsgruppe untersucht, durch deren verbesserte Gesundheit sich die größte kumulative Wirkung entfalten würde, und es werden gemeinsame Faktoren erfolgreicher Programme zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung für Kinder benannt. Aktives Eingreifen am Lebensanfang zahlt sich lebenslang aus. Die Akteure des Gesundheitswesens sollten jede Gelegenheit hierzu ergreifen. Der Bericht schließt mit statistischen Datenübersichten, auf denen sich seine Schlussfolgerungen zum Teil gründen, und mit Definitionen der verwendeten Fachbegriffe.

Dieser Bericht stützt sich in hohem Maße auf Erkenntnisse und Analysen aus den Weltgesundheitsberichten 2002 und 2004 (1,2) und auf das WHO-Projekt zur globalen Krankheitslast. Er beruht außerdem auf Datenbanken und Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros für Europa, insbesondere in Verbindung mit Tagungen des WHO-Regionalkomitees für Europa (dem leitenden WHO-Organ in der Region), mit ministeriellen Konferenzen und mit der vordringlichen fachlichen Arbeit. Jeder Teil schließt mit einer Quellenübersicht.

Der Erkenntnisfortschritt zeigt uns, welche Interventionen wirkungsvoll sind, auch

wenn wir dieses Wissen oft nicht optimal in Handlung umsetzen. Sektorübergreifende, vielfältige Strategien mit Schwerpunkt auf benachteiligte Gruppen sind erforderlich. Das im Entstehen begriffene weitere Verständnis von öffentlicher Gesundheit verlangt, dass das Gesundheitswesen zur Bewältigung der Aufgabe neue Partner gewinnt. Gesundheit ist in der modernen Welt für die gesamte öffentliche Hand und andere Akteure eine Aufgabe, die traditionelle Grenzen einzelner Sektoren überschreitet. Die neuen Herangehensweisen an Bevölkerungsgesundheit erfordern frischen Mut, werden aber durch wachsende Erkenntnisse unterstützt. *Der Europäische Gesundheitsbericht 2005* erkundet den Weg voran und zeigt vorhandene Hilfen für die Arbeit der Mitgliedstaaten zum Schutz und zur Verbesserung der Gesundheit auf.

Die Botschaft

Die wichtigste Botschaft des Berichts lautet, dass unbenommen der Wichtigkeit aktueller Gesundheitsdefizite und der Notwendigkeit des Handelns zum Schutz der Bevölkerung insgesamt die schlechte Gesundheit von Kindern und Jugendlichen von ganz besonderer Bedeutung ist und eine gezielte Reaktion erfordert. Schlechte Gesundheit von Kindern und Jugendlichen kann für ein ganzes Leben prägend sein und schädliche Verhaltensweisen und Gesundheitsprobleme hervorrufen, die auch den Boden für ein ungesundes und von Krankheit gekennzeichnetes Erwachsenenleben bereiten. Eine schlechte Gesundheit der Kinder hat auch für die Eltern, die Familie und die Gesellschaft weitere Auswirkungen. Damit nicht genug: Jede kindliche Entwicklungsphase bedeutet neue gesundheitliche Herausforderungen, die maßgeschneiderte Strategien erfordern.

Daher müssen besondere Anstrengungen gemacht werden, um die in jeder Phase erforderlichen Investitionen in die Gesundheit der Kinder zu gewährleisten. Länder, Gruppen, Familien und Einzelpersonen erleben derzeit dramatische gesellschaftliche und wirtschaftliche Umwälzungen, die die Komplexität der Aufgabe noch erhöhen. Zwischen den gegenwärtigen Belastungen und dem künftigen Nutzen für die Gesamtbevölkerung muss eine verantwortbare Ausgewogenheit gefunden werden. Investitionen in die Gesundheit und Entwicklung der Kinder sind jedoch nicht nur ein Schlüssel für die Gesundheit der Bevölkerung in der Zukunft, sie führen auch zu geringeren Gesundheitsunterschieden. Von diesen Überlegungen ist der Bericht geleitet.

Der konzeptionelle Rahmen des Berichts

Der Hintergrund: Implikationen einer von vielen Faktoren abhängigen Gesundheit für die Politikgestaltung

Die Gesundheit der Bevölkerung hängt von vielen Faktoren ab: genetischen und biologischen Einflüssen, individuellen Lebensweisen, Lebens- und Arbeitsbedingungen und der Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus liegen den wichtigsten Gesundheitsdeterminanten für Kinder und Erwachsene sozioökonomische Faktoren zugrunde. Sie haben von Empfängnis und Geburt über die äußerst wichtigen frühen Entwicklungsjahre bis zum Lebensende einen großen Einfluss auf Mortalität und Morbidität sowie auf das gesundheitsbezogene Verhalten. Eine derart vielfältig beeinflussbare Gesundheit ist Grund genug für die politischen Akteure, in einem weit gesteckten Rahmen alle Faktoren zu berücksichtigen, die die Determinanten und die Gesundheit selbst beeinflussen.

Zusätzlich beeinflussen diese vielfältigen Determinanten die Gesundheit der Menschen in einem dynamischen und kontinuierlichen Wechselspiel aus Biologie, Vorbelastung und gegenwärtiger Lebenssituation. Sie interagieren auch über längere Zeit hinweg, ihre gesundheitliche Wirkung akkumuliert sich also. Menschen, die stärker Risikofaktoren ausgesetzt waren, tendieren anschließend zu geringerer Belastbarkeit. Viele chronische Erkrankungen Erwachsener haben ihren Ursprung in deren Kindheit.

Daraus ergeben sich für die Gestaltung von Politik drei Folgerungen:

1. Gestaltung von Gesundheitspolitik erfordert eine breit angelegte Sichtweise, wobei der Fokus jedoch auf die Umwelt der Menschen im weitesten Sinne gerichtet sein sollte.
2. Gesundheits- und Sozialpolitik müssen bis zur Quelle vordringen, also bis zu den Vorboten ungesunden Verhaltens, chronischer Krankheiten und psychischer Störungen, und ein Leben lang Dienste und Programme anbieten, die frühe Belastungen durch Risikofaktoren ausgleichen.
3. Generell sind solche Interventionen für die Gesundheit der Bevölkerung am geeignetsten, die auf viele Faktoren gerichtet und umfassend sind, verschiedene Aspekte eines Gesundheitsproblems aufgreifen und jedes Individuum in seinem Lebens-, Arbeits- und Gesellschaftszusammenhang berücksichtigen.

Der Ansatz dieses Berichts

Dementsprechend liegt diesem Bericht ein breit angelegter Analyserahmen zugrunde, der auf die verschiedenen Entwicklungsphasen im Verlauf eines Menschenlebens abzielt. Das Ausgangsmaterial bilden dabei sowohl die Krankheitslast als auch die für die Bevölkerung insgesamt und besonders für Kinder relevanten Gesundheitsdeterminanten und -interventionen. Durch den Blickwinkel Krankheitslast kann sich der Bericht auf das Gesamtbild und die wichtigsten Probleme konzentrieren. Das WHO-Projekt zur globalen Krankheitslast (3) ermöglichte mit maßgeschneiderter Unterstützung aus seiner Datenbank die Durchführung dieses Ansatzes. Daneben unterstreicht der Bericht die Relevanz von Faktoren und Interventionen in frühen Entwicklungsstadien sowie die vitalen Chancen, die hierin für das Erreichen gesünderer Bevölkerungen in der Zukunft liegen.

Die Art der verfügbaren Daten und der Grad ihrer Vergleichbarkeit begrenzen die

Reichweite möglicher Analysen. Obwohl die vorliegenden Daten in der Mehrzahl aus negativen Indikatoren bestehen, so sind im Bereich Gesundheit von Kindern neben Gefahren auch positive Aspekte zu nennen. Einer davon ist das Ausmaß, in dem Kinder in der Lage sind, ihr Potenzial auf Erfolg im Leben zu verwirklichen. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse zeigen zwar die Bedeutung sozioökonomischer Gesundheitsdeterminanten, doch wurden einige Indikatoren nicht mit Informationen über das Einkommens- und Bildungsniveau sowie mit weiteren gesellschaftlichen Merkmalen der Länder gekoppelt.

Obwohl die Zugangsmöglichkeit zu einer angemessenen, erstklassigen Gesundheitsversorgung ein lebenswichtiges grundlegendes Menschenrecht ist, konzentriert der Bericht sich in erster Linie auf Gesundheitsdeterminanten und verwendet Beispiele wirksamer Gesundheitsinterventionen nur, wo dies erforderlich ist. Dies entspricht dem Grundsatz des WHO-Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“, wonach die Länder den Einfluss der direkten und indirekten Faktoren auf die Gesundheit insgesamt betrachten und ihre Mittel auf jeden Faktor gemäß seiner relativen Bedeutung und nachgewiesenen Wirkung ansetzen sollen.

Methoden

Innerhalb dieses konzeptionellen Rahmens greift *Der Europäische Gesundheitsbericht 2005* übergeordnete Themen der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region der WHO auf und präsentiert Erkenntnisse über:

- den Anteil bestimmter Erkrankungen an der Krankheitslast,
- die Einflussgröße bestimmter Risikofaktoren auf Erkrankung und Leiden und
- ausgewählte Interventionen, welche den Gesundheitszustand der Bevölkerung deutlich heben können, vorausgesetzt, die Kontextfaktoren für eine erfolgreiche Anwendung werden berücksichtigt.

Die Krankheitslast wird auf zwei Weisen ausgedrückt:

- durch konventionelle Indikatoren wie Mortalität, Inzidenz und Prävalenz, Nutzung des Gesundheits- und Sozialwesens und wirtschaftliche Kosten sowie
- durch summarische Maße für Bevölkerungsgesundheit und Gesundheitslücken wie Gesunde Lebenserwartung (HALE) und um Behinderungen bereinigte Lebensjahre (DALY).

Obwohl die Bedeutung sozioökonomischer Gesundheitsdeterminanten nie vergessen werden darf, beschränkt sich die quantitative Abschätzung des Einflusses von Determinanten hier generell auf direkte Auswirkungen. Die dabei verwendeten statistischen Methoden sondern die Wirkungen mehrerer Risikofaktoren künstlich voneinander ab. Wer diesen Bericht liest, sollte sich jedoch vor Augen halten, dass solche Faktoren oft zusammen und in einem gegenseitigen Wechselspiel wirken.

Die Interventionsbeispiele wurden nach systematischer Prüfung der Erkenntnislage ausgewählt. Der Bericht beleuchtet daneben aber auch weithin als exemplarisch akzeptierte Praktiken und illustriert sie durch Erfolgsgeschichten.

Es muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die Indikatoren und andere Befunde aus diesem Bericht mit einer gewissen Vorsicht zu verwenden sind. Die herkömmlichen Indikatoren und die Summenmaße sind eher komplementär denn alternativ zu verstehen. Indikatoren können aktuelle und sehr spezifische Informationen über Gesundheitszustand, Trends und Gegenmaßnahmen des Gesundheitswesens geben. Summenmaße verschmelzen dagegen Informationen miteinander, zu denen man aufgrund

verschiedener Annahmen und verallgemeinerter statistischer Modelle gelangt. Summenmaße bezwecken eine Vereinheitlichung von Informationen sehr unterschiedlicher Herkunft, einzelne Indikatoren sollen demgegenüber Ansatzpunkte für gezielte Maßnahmen aufzeigen. Das Streben nach Genauigkeit einerseits und Vergleichbarkeit unter den Ländern andererseits zwingt also zu Kompromissen. Daher sind sowohl die präzisen aber zahlreichen Einzelindikatoren als auch die standardisierten Summenmaße (die einen Überblick über die Gesamtlast geben und in gemeinsamen Maßeinheiten ausdrücken können) nützlich. Für das komplexe Unterfangen Veränderungen in Gesundheitsmustern aufzuspüren, bringen beide Ansätze sinnvolle und aussagekräftige Aspekte mit ein. In Gebieten, deren reguläre Meldesysteme keine soliden konventionellen Indikatoren liefern, können summarische Schätzungen außerdem ein robustes und vernünftiges Maß abgeben.

Das Projekt zur globalen Krankheitslast hat für jedes Land der Europäischen Region der WHO die DALY in Bezug auf bestimmte Leiden und bekannte Risikofaktoren abgeschätzt. Die von der WHO verwendeten Methoden wurden mit dem Ziel der größtmöglichen Vergleichbarkeit von Bevölkerungen entwickelt. Die Analysen berücksichtigen eine unvollständige Erfassung der Todesursachen in einigen Ländern und korrigieren Verzerrungen aus Untersuchungen mit selbst berichteten Morbiditätsdaten. Außerdem wurden Korrekturen an statistischen Datenmodellen für Komorbidität Drogenabhängiger und Insassenpopulationen vorgenommen, die anders nur schwer abzuschätzen oder statistisch zu erfassen sind. Dennoch müssen die DALY- und HALE-Schätzungen im Zusammenhang mit ihren expliziten Unsicherheiten gesehen und mit Bedacht verwendet werden. Die hier vorgelegten Schätzungen der WHO sollten also als die besten verfügbaren Annäherungen und nicht als das Ergebnis direkter Messungen verstanden werden.

Die erkennbaren Risikofaktoren tragen gewöhnlich zur Verursachung mehrerer Leiden bei. Ihre tatsächliche Gesamtwirkung kann somit größer als die geschätzte Wirkung in Bezug auf eine bestimmte Krankheit sein. Da die Wirkungen einzelner Risikofaktoren gleichzeitig nicht unabhängig voneinander, sondern miteinander verwoben sind, ist die Gesamtwirkung einer Gruppe von Faktoren in Bezug auf eine Krankheit gewöhnlich nicht gleich der Summe der ihnen einzeln zuschreibbaren DALY. Die Festlegung des Gesamteffekts erfordert zusätzliche statistische Korrekturen. Auch muss berücksichtigt werden, dass eine Person auch an mehreren Krankheiten erkranken kann, von denen jede mit den gleichen Risikofaktoren in Verbindung steht. Indem Summenmaße all diese Szenarien zusammenbringen, können sie zusätzliche Einsichten vermitteln, die sich durch den ausschließlichen Gebrauch von konventionellen Indikatoren nicht ergeben.

Die Lehren und Grundsatzüberlegungen leiten sich aus der Arbeit des WHO-Regionalbüros für Europa, aus internen Überprüfungen und übereinstimmenden Abschätzungen ab. Erkenntnisse über nachweisliche Wirkungen von Interventionen wurden systematisch gesucht, aber nicht unbedingt eingestuft. Die Suche wurde bewusst auf die Bereiche beschränkt, die aufgrund der Größenordnung der Krankheitslast und des zuschreibbaren Risikos Vorrang besitzen.

Ländergruppierungen

Für den Versuch Analysen und Vergleiche sowie das Erkennen von Trends und Prioritäten zu erleichtern ist eine Gruppierung der Länder sinnvoll. Dafür sind verschiedene Herangehensweisen möglich.

Für den *Europäischen Gesundheitsbericht 2002 (4)* wurden als Eingruppierungskriterien die herkömmliche Unterscheidung zwischen der Europäischen Union (EU), den Ländern Mittel-

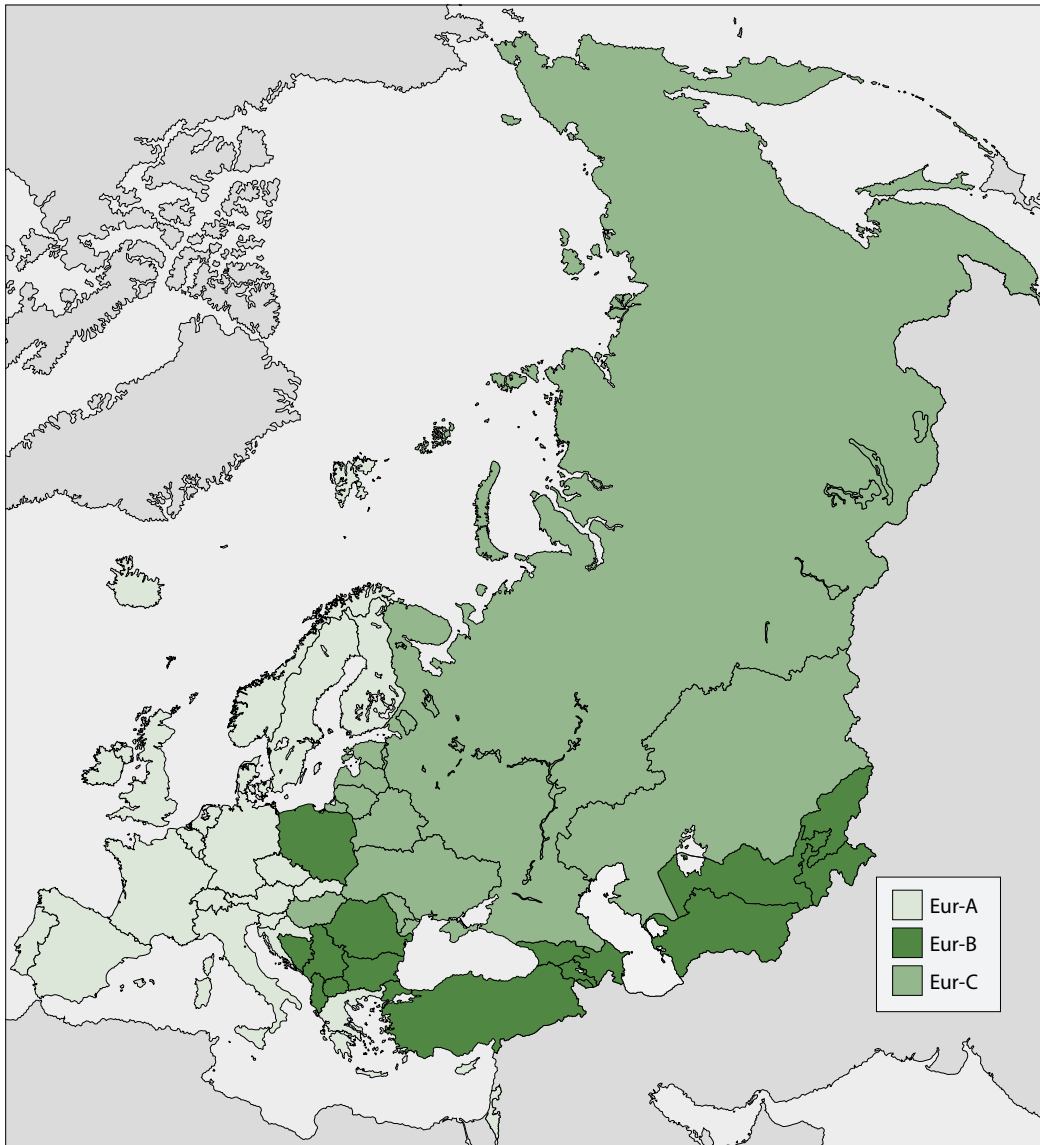


Abb. 1:
Epidemiologische
Untergruppen in
der Europäischen
Region der WHO:
Eur-A, Eur-B und
Eur-C

und Osteuropas und den neuen unabhängigen Staaten der ehemaligen UdSSR verwendet. Zu den letzteren zählten die 15 unabhängigen Staaten, die mit der Auflösung der UdSSR entstanden, darunter auch Estland, Lettland und Litauen. Mit den Ländern Mittel- und Osteuropas waren die zwölf ehemaligen Zentralverwaltungswirtschaften in der Einflussphäre der UdSSR gemeint. Bei der Gruppe Westeuropa waren die 15 Mitglieder der EU und die entwickelten Marktwirtschaften außerhalb derselben eingeschlossen. Schon damals hatte diese Herangehensweise Plausibilität eingebüßt und heute erscheint sie noch weniger angemessen, nachdem zehn Länder (Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, die Slowakei, Slowenien, die Tschechische Republik, Ungarn und Zypern) im Mai 2004 der EU beigetreten sind.

Neben allgemeinen geografischen Zuordnungen verwendet *Der Europäische Gesundheitsbericht 2005* daher aus Gründen der Übersichtlichkeit eine Gruppeneinteilung der Länder nach dem Ausmaß der Mortalität (Eur-A, Eur-B und Eur-C, vgl. Abb. 1, Fachnotiz und Weltgesundheitsbericht 2004 (2)). Diese Vorgehensweise wurde vom WHO-Hauptbüro

Epidemiologische Untergruppen in der Europäischen Region der WHO

Um die Analyse von Mortalität und Krankheitslast zu erleichtern, hat die WHO (1) die Unterteilung ihrer Mitgliedstaaten aufgrund der Mortalitätsraten von Kindern bis zum Alter von fünf Jahren und bei Männern zwischen 15 und 59 Jahren in fünf Mortalitätsgruppen eingeteilt. Die Kindersterblichkeit (Mädchen und Jungen) wurde auf fünf Quintile verteilt: sehr niedrig (1. Quintil), niedrig (2. und 3. Quintil) und hoch (4. und 5. Quintil). Die Gruppen mit einer niedrigen oder hohen Kindersterblichkeit wurden weiter unterteilt nach dem Ausmaß der Erwachsenensterblichkeit (unter Verwendung der Regressionslinie der Erwachsenenmortalität für die Kindermortalität). Auf diese Weise wurden fünf globale Mortalitätsgruppen definiert:

- A: sehr niedrige Kinder- und Erwachsenensterblichkeit
- B: niedrige Kinder- und Erwachsenensterblichkeit
- C: niedrige Kindersterblichkeit und hohe Erwachsenensterblichkeit.
- D: hohe Kinder- und Erwachsenensterblichkeit
- E: hohe Kindersterblichkeit und sehr hohe Erwachsenensterblichkeit

Die Mitgliedstaaten der sechs WHO-Regionen wurden 14 epidemiologischen Subregionen

zugeordnet. Die Europäische Region der WHO wurde in drei Subregionen unterteilt: Eur-A, B und C.

1. Eur-A (27 Länder mit sehr geringer Kinder- und Erwachsenensterblichkeit): Andorra, Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Israel, Italien, Kroatien, Luxemburg, Malta, Monaco, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, San Marino, Schweden, Schweiz, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Vereinigtes Königreich und Zypern.
2. Eur-B (16 Länder mit geringer Kinder- und Erwachsenensterblichkeit): Albanien, Armenien, Aserbaidschan, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien, Georgien, Kirgisistan, Polen, Rumänien, Serbien und Montenegro, Slowakei, Tadschikistan, Türkei, Turkmenistan und Usbekistan und
3. Eur-C (neun Länder mit geringer Kinder- und hoher Erwachsenensterblichkeit): Estland, Kasachstan, Lettland, Litauen, Republik Moldau, Russische Föderation, Ungarn, Ukraine, Weißrussland.

Die Mortalitätsgruppen wurden auf Grundlage von empirischen Daten und mit statistischen Rechenmodellen geschätzten Sterberaten definiert. Die WHO hat diese Unterteilung in ihren Weltgesundheitsberichten bis 2004 (2) verwendet.

eingeführt. Sie beruht auf Daten der Länder und auf Schätzungen nach statistischen Modellen der WHO.

Die neue Herangehensweise wird hoffentlich die traditionelle geografische bzw. geopolitische Einteilung der Länder der Europäischen Region ergänzen. Denn auch wenn der geopolitische Ansatz für manche Zwecke sinnvoll war, so sollte er heute durch eine neutralere Einteilung der Länder stärker ausgewogen werden. Das kann die Beurteilung der tatsächlichen gesundheitlichen Lage erleichtern.

Literatur

1. *The world health report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/en/>, eingesehen am 27. April 2005).
2. *The world health report 2004 – Changing history*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/whr/2004/en>, eingesehen am 27. April 2005).
3. Mathers C et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_gbd2000docs,burden_gbd2000docs_DP54&language=english, eingesehen am 27. April 2005).
4. *Der Europäische Gesundheitsbericht 2002*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2002 (<http://www.who.dk/document/e76907G.pdf>, eingesehen am 27. April 2005).

T

M

E

N

Z

DIE
ALLGEMEINE
PERSPEKTIVE
DER ÖFFENTLICHEN
GESUNDHEIT

Überblick

In diesem Teil wird das gesundheitliche Gefälle in der Region anhand von DALY dargestellt. Dabei handelt es sich um statistische Schätzungen der aktuellen durchschnittlich gesunden Lebensjahre einer Bevölkerung im Vergleich zu einer einigermaßen anwendbaren Norm (vgl. Fachnotiz, S. 17).

DALY-Werte dienen zwei Zwecken: Sie lassen sich zur Abschätzung der aktuellen Krankheits- und Verletzungslast nutzen und sie können zur Abschätzung der künftigen vermeidbaren Krankheitslast verhütbaren Risikofaktoren oder ätiologischen Ursachen zugeordnet werden. Diese summarischen Indikatoren für

Gesundheitsgefälle sorgen dafür, dass alle diagnostizierbaren Gesundheitsergebnisse (sowohl Todesfälle als auch andere Verläufe) einer bestimmten Kategorie zugeordnet werden und in der Berechnung der gesamten Krankheitslast einer Bevölkerung erscheinen. Diese Gesamtlast kann dann nach der Größe ihrer Bestandteile eingeordnet und die Bestandteile können weiter dahingehend beurteilt werden, ob und in welchem Umfang sie sich durch eine Verringerung verhaltens- oder umweltbedingter Risikofaktoren vermeiden lassen.

Auf dieser Grundlage können die führenden Ursachen und Risikofaktoren erkannt und als Projektionsfläche für die Darstellung der relevanten Erkenntnisse über die gesundheitliche Lage genutzt werden: der Erfolge, der Probleme, der Grundsatzüberlegungen und der Interventionen. Eine solche Projektion auf Grundlage der DALY verleiht dem Bericht eine einfache aber robuste Logik. Sie erlaubt keinen Zweifel an den wirklichen Proportionen der grundlegenden Gesundheitsgefälle, da die Liste der verwendeten Kategorien sowohl vollständig als auch frei von Überschneidungen ist. Dies hilft dem Leser, den Blick auf das Gesamtbild zu wahren und Verzerrungen in der epidemiologischen Beurteilung zu vermeiden.

Der Bericht ruht in seinem Kern außer auf DALY auf zwei weiteren Summenmaßen für Gesundheit: auf der Lebenserwartung und der mit ihr korrelierenden Sterblichkeit sowie auf HALE, einem Indikator für die Qualität der aktuellen durchschnittlichen Lebensspanne. Diese Kombination aus Summenmaßen für die Gesundheitsniveaus und das Gesundheitsgefälle bilden einen soliden Rahmen, wie die Bewertung der allgemeinen gesundheitlichen Lage in der Region von heute ihn erfordert.

Während sich die Europäische Region der WHO insgesamt auf niedrige Raten bei Fruchtbarkeit und Frühsterblichkeit zubewegt, haben sich die Unterschiede zwischen und in den Ländern ausgeweitet. Neben der Ost-West-Kluft hinsichtlich der Lebenserwartung gibt es in vielen Ländern ein wachsendes Sterblichkeitsgefälle zwischen den sozioökonomischen Gruppen.

Glücklicherweise gibt es gut bekannte machbare und Erfolg versprechende Gesundheitsmaßnahmen gegen den Verlust von Lebensjahren durch Krankheit und vorzeitigen Tod. Maßnahmen gegen die sieben führenden Risikofaktoren können die sieben führenden Erkrankungen weitgehend verhüten. Das schafft ein überzeugendes Argument für solche Maßnahmen zur Reduzierung der Risiken auf das mögliche Mindestmaß.

Bevölkerung der Europäischen Region der WHO

Die Gesamtbevölkerung der 52 Länder der Europäischen Region der WHO wurde 2003 mit 879,6 Mio. veranschlagt (vgl. Anhang Tabelle 1). (Die Bevölkerungsdaten in diesem

Abschnitt stammen hauptsächlich von der WHO (1), dem Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (2) und dem Europarat.) Generell bewegen sich die Länder weiter auf niedrige Fruchtbarkeits- und Sterblichkeitsraten zu. Das natürliche Bevölkerungswachstum (Überschuss von Geburten gegenüber Todesfällen) nimmt ab, in vielen Ländern ist es gar negativ bzw. nur sehr gering. Dies betrifft besonders Länder im Osten der Region, in denen der Abwärtstrend 1990 oder noch früher einsetzte.

Die Familienmuster weisen große Veränderungen auf. Die Zahl der Eheschließungen nimmt tendenziell ab, die Zahl der Scheidungen und die Zahl der Lebensgemeinschaften ohne Trauschein nimmt tendenziell zu. Gleichzeitig wächst die Zahl der unehelich geborenen Kinder. Der Rückgang der Eheschließungen geht einher mit einem Anstieg des Heiratsalters (Erst-Ehe). Veränderte Familienstrukturen können sich auf das Verhältnis der Eltern zu ihren Kindern und damit deren Wohlergehen und Entwicklung auswirken. Die Wirkungen dieser Veränderungen nachzuvollziehen und zu verstehen bleibt eine wesentliche Voraussetzung dafür, den Kindern einen guten Start ins Leben bieten zu können. Dazu könnten auch allgemeinere Konzepte und Gesetze einbezogen werden, die sich auf Familien auswirken, wie z. B. das Ehe-, Scheidungs- und Sorgerecht.

Die Fruchtbarkeitsrate (Anzahl der Lebendgeborenen bezogen auf die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter zwischen 15 und 44 Jahren) liegt mit 2,1 in der Region allgemein unter dem Erhaltungsniveau. Eine Ausnahme bilden hier die zentralasiatischen Republiken, Israel und die Türkei. Außerdem werden die Frauen tendenziell immer später schwanger. Dadurch steigt das Risiko für angeborene Anomalien und die Zahl der Familien mit drei oder mehr Kindern nimmt ab. Der Anteil der Erst- und Zweitgeburten an der Gesamtzahl aller Geburten steigt somit ebenfalls.

In den letzten Jahrzehnten ist die Sterblichkeit in den meisten Ländern der Region gefallen. In Eur-A leben die Menschen heute länger, die Sterblichkeit ist hier beträchtlich geringer als in den meisten Ländern in Eur-B und C.

Abnehmende Fruchtbarkeit und sinkende Sterblichkeit haben zusammen den Anteil älterer Menschen (65 Jahre oder darüber) an der Bevölkerung ansteigen lassen. In praktisch allen Mitgliedstaaten altert die Bevölkerung. Dieser demografische Wandel wird sich voraussichtlich fortsetzen und der Bevölkerungsanteil der älteren Menschen wird weiter zunehmen. Da weniger Kinder geboren werden und die Menschen länger leben, muss heute mehr Sorgfalt denn je darauf verwandt werden Erkrankungen der Kinder zu vermeiden und sie darüber hinaus so widerstandsfähig wie möglich gegenüber den Belastungen des Lebens zu machen, damit sie bis in ein sehr hohes Alter hinein eine gute Gesundheit bewahren können.

Langlebigkeit und Sterblichkeit

Die Lebenserwartung ist in der Region seit 1990 gestiegen, wobei Frauen generell länger leben als Männer. Allerdings muss gegen wachsende Unterschiede zwischen den Ländern und eine beunruhigende Zunahme vorzeitiger Todesfälle von Männern in östlichen Ländern, insbesondere von Männern mittleren Alters in Eur-C, vorgegangen werden.

Lebenserwartung

Die durchschnittliche Lebenserwartung ist das Standardmaß für die Lebensdauer. In der Region hat sie 74 Jahre erreicht und ist damit seit 1990 um 1 Jahr gestiegen. Die Schätzungen zur Lebenserwartung beruhen in diesem Abschnitt ausschließlich auf den offiziellen Statistiken der Mitgliedstaaten und können daher von denen in Tabelle 2 des Anhangs abweichen, die

Tabelle 1:
Lebenserwartung
bei Geburt in der
Europäischen
Region der WHO

Land	Lebenserwartung (in Jahren)		
	1990	1995	Letzte verfügbare Daten (Jahr)
Albanien	72,6	74,9	75,8 (2003)
Andorra	n. v. ^a	n. v.	n. v.
Armenien	72,1	73,0	73,1 (2003)
Aserbaidschan	71,4	69,5	72,4 (2002)
Belgien	76,3	77,1	77,6 (1997)
Bosnien-Herzegowina	72,9	n. v.	72,7 (1991)
Bulgarien	71,5	71,0	72,4 (2003)
Dänemark	75,1	75,5	77,2 (2000)
Deutschland	75,5	76,8	78,8 (2001)
EJR Mazedonien ^b	n. v.	72,2	73,5 (2003)
Estland	69,9	67,8	71,2 (2002)
Finnland	75,1	76,8	78,7 (2003)
Frankreich	77,6	78,7	79,4 (2000)
Georgien	73,0	70,4	76,1 (2001)
Griechenland	77,2	77,8	79,0 (2001)
Irland	74,8	75,5	77,2 (2001)
Island	78,2	78,0	80,9 (2001)
Israel	76,8	77,5	79,7 (2003)
Italien	77,2	78,4	80,3 (2001)
Kasachstan	68,8	64,7	65,9 (2003)
Kirgisistan	68,8	65,5	67,9 (2003)
Kroatien	72,6	73,3	74,7 (2003)
Lettland	69,5	66,3	71,0 (2003)
Litauen	71,6	69,2	72,2 (2003)
Luxemburg	75,5	77,4	78,9 (2003)
Malta	76,2	77,3	78,6 (2003)
Monaco	n. v.	n. v.	n. v.
Niederlande	77,2	77,7	78,8 (2003)
Norwegen	76,7	77,9	79,1 (2002)
Österreich	76,0	77,1	78,9 (2003)
Polen	71,0	72,0	74,7 (2002)
Portugal	74,1	75,3	77,3 (2002)
Republik Moldau	68,6	65,9	68,1 (2003)
Rumänien	69,8	69,4	71,0 (2002)
Russische Föderation	69,3	64,7	64,9 (2003)
San Marino	n. v.	79,9	82,3 (2000)
Schweden	77,8	79,1	80,0 (2001)
Schweiz	77,6	78,8	80,5 (2001)
Serbien und Montenegro	n. v.	72,7	72,7 (2002)
Slowakei	71,1	72,5	73,9 (2002)
Slowenien	74,1	74,9	76,5 (2003)
Spanien	77,0	78,1	79,8 (2001)
Tadschikistan	70,0	68,0	72,0 (2001)
Tschechische Republik	71,5	73,3	75,4 (2003)
Türkei	66,2	68,0	70,0 (2003)
Turkmenistan	66,6	65,2	66,1 (1998)
Ukraine	70,5	66,9	67,8 (2003)
Ungarn	69,5	70,1	72,6 (2003)
Usbekistan	69,7	67,9	70,0 (2002)
Vereinigtes Königreich	75,9	76,8	78,5 (2002)
Weißrussland	71,3	68,6	68,5 (2003)
Zypern	n. v.	n. v.	79,4 (2003)
Europäische Region	73,1	72,5	74,0
Eur-A	76,3	77,4	79,0 (2003)
Eur-B	69,5	69,7	71,6 (2002)
Eur-C	69,6	65,6	66,3 (2003)

^a n. v.= nicht verfügbar.

^b Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien.

Quelle: Europäische GFA-Datenbank (3).

von der WHO zum Zwecke der Vergleichbarkeit berechnet wurden. Bei der Lebenserwartung wurden Verluste aus der Mitte der 1990er Jahre wieder wettgemacht, doch haben mehrere Länder aus der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS) noch damit zu kämpfen, ihre Positionen von 1990 wieder einzuholen. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern sowie zwischen Eur-A, B und C haben sich allerdings ausgeweitet (Tabelle 1).

Länder wie die Tschechische Republik, Ungarn und Polen haben größere Fortschritte erzielt. Andere Länder erlebten dagegen nach den Turbulenzen Anfang der 1990er Jahre eine signifikante Verkürzung der Lebenserwartung. Der Abstand zwischen den Ländern mit der höchsten und der niedrigsten veranschlagten durchschnittlichen Lebenserwartung wuchs von ca. zwölf Jahren 1990 (Island und Schweden gegenüber der Türkei und Turkmenistan) auf über 15 Jahre im Jahr 2003 (Island und Schweiz gegenüber Kasachstan und Russische Föderation).

In vielen Ländern, besonders in Eur-A, liegt die durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen jetzt bei über 80 Jahren (Abb. 2). Am schlechtesten schneiden die Männer in Eur-C ab. Der durchschnittliche Abstand in der Lebenserwartung von Männern und Frauen beträgt in der Region ungefähr 8 Jahre. In Tadschikistan und Island sind es nur 4 Jahre, in der Russischen Föderation dagegen 13. Generell haben sich die Unterschiede zwischen den Ländern bei der Lebenserwartung der Geschlechter seit den 1990er Jahren verringert. Die Abstände sind in Eur-A am geringsten und haben dort noch

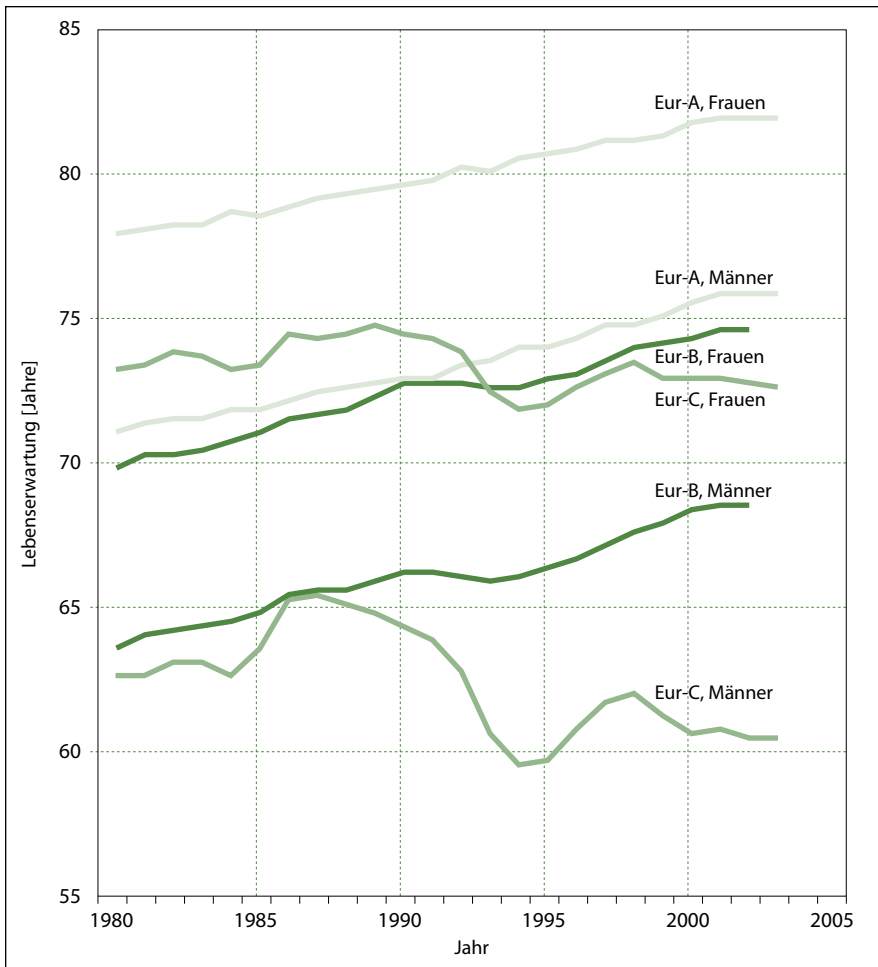


Abb. 2:
Lebenserwartung bei
Geburt nach Geschlecht
und Ländergruppe
(1980–2003)

Quelle: Europäische
GFA-Datenbank (3).

beträchtlich abgenommen, in Eur-B ist die Lebenserwartung der Männer stärker gestiegen als die der Frauen. In Eur-C dagegen sind die Abstände gewachsen und in mehreren GUS-Ländern hat die männliche Sterblichkeit zugenommen.

Mortalität und sozioökonomische Faktoren

Die Mortalitätskrise in mehreren GUS-Ländern wurde zumindest zeitweise von einer zunehmenden Ungleichheit bezüglich sozioökonomischer Faktoren begleitet (Tabelle 3 im Anhang). In den frühen 1990er Jahren zählten die Russische Föderation und die Ukraine zu den Ländern mit der größten Zunahme bei Einkommensunterschieden (4) und Sterblichkeit unter Männern mittleren Alters. Jüngere Untersuchungen zeigen allerdings Verbesserungen. Unter den östlichen Ländern der Region wurden in der Tschechischen Republik, Ungarn und Polen nur geringe Ausweitungen der Einkommensunterschiede verzeichnet und dort stieg die Lebenserwartung bei Geburt an.

Das sozioökonomische Mortalitätsgefälle zwischen sozioökonomischen Gruppen hat auch in vielen westeuropäischen Ländern zugenommen, so in Frankreich, den nordischen Ländern und dem Vereinigten Königreich (5).

Die grundlegenden gesellschaftlichen Veränderungen geben die gesundheitliche Entwicklung der Bevölkerungen über Ländergrenzen und sozioökonomische Untergruppen

hinweg vor. Häufig stehen wahrscheinlich hinter zunehmenden gesundheitlichen Unterschieden in den Ländern ungünstige Mortalitätstrends in bestimmten sozioökonomischen Untergruppen. Generell profitieren benachteiligte Gruppen später von verbesserten Gesundheitsdeterminanten. Sie sind auch unerwarteten gesellschaftlichen Veränderungen am schutzlosesten ausgesetzt. Es gibt indes zunehmend Erkenntnisse, wonach eine solche Schutzlosigkeit auch mit einer negativen Entwicklung der gesellschaftlichen Stellung und der dadurch verursachten langen Phasen ungesunden psychosozialen Stresses für die Betroffenen verbunden sein kann. Dies kann zu gesundheitsschädlichem Verhalten führen, insbesondere wenn es kein stützendes gesellschaftliches Umfeld und keine persönlichen Bewältigungsqualitäten gibt (6–9).

Vermeidbare Sterblichkeit

Die Analyse der vermeidbaren Sterblichkeit – also der unter Einsatz aller relevanten medizinischen Kenntnisse, Dienste und Mittel des Gesundheitswesens und der Gesellschaft verhütbaren Sterbefälle – kann die Frage beantworten, wie viel unsere Gesundheitssysteme konkret zur Gesundheit beitragen. Die Ergebnisse könnten den Nutzungsgrad des vorhandenen Wissens in der Praxis anzeigen. Die Frage lässt sich in zwei Teilfragen zerlegen: Welchen Beitrag leistet die Gesundheitsversorgung und welchen Beitrag leisten Gesundheitsprogramme zur Bevölkerungsgesundheit?

Dieser Bericht beschäftigt sich mit der zweiten Teilfrage, denn an der vermeidbaren Sterblichkeit lassen sich die Auswirkungen von Primär- und Sekundärprävention zeigen. Primärprävention – Interventionen zur Verminderung von Belastungen der Menschen durch ungesunde Lebensweisen und Risikofaktoren am Arbeitsplatz – soll die Inzidenz verringern und die Tödlichkeit vermeidbarer Erkrankungen hinauszögern. Sekundärprävention umfasst Reihenuntersuchung, Früherkennung, Diagnose und angemessene Behandlung.

Tabelle 2 zeigt ein zeitliches Querschnittsprofil typischer Erkrankungen (10) und die Mortalitätsraten in den Ländern der Region. Bei einigen Erkrankungen wie bösartigen Melanomen der Haut und Brustkrebs weisen die Länder nur geringe Unterschiede auf. Bei Schlaganfall, Erkrankungen der Leber, Gebärmutterkrebs und Verkehrsunfällen sind die Unterschiede jedoch groß, was auf ein großes Verbesserungspotenzial deutet.

Auf längere Sicht ist vermeidbare Sterblichkeit einer der grundlegenden Faktoren für die unterschiedlichen Mortalitätsraten in den Ländern. Eine jüngere Studie hat gezeigt, dass die vermeidbare Sterblichkeit von 1980 bis 1997 in allen damaligen EU-Mitgliedstaaten zurückging (11). Die größten Trendschwankungen zwischen den Ländern traten bei Erkrankungen auf, für die es Präventionsstrategien gibt. Mehrere Länder wiesen signifikant vom Durchschnitt abweichende Trends auf. Bei einigen wichtigen vermeidbaren Ursachen gab es relativ ungünstige Tendenzen.

In ähnlicher Weise kann die vermeidbare Sterblichkeit auch einen Großteil des Ost-West-Gefälles bezüglich der Lebenserwartung erklären. Andreev et al. (12) verglichen Lebenserwartungstrends in der Russischen Föderation und dem Vereinigten Königreich und ihre der vermeidbaren Sterblichkeit zuschreibbaren Elemente. In der Zeit von 1965 bis 1999 veränderte sich die Sterblichkeit aufgrund solcher Ursachen in Russland praktisch nicht (von natürlichen Schwankungen abgesehen). Im Vereinigten Königreich gingen die Raten dagegen stetig zurück. 1999 waren vermeidbare Ursachen verantwortlich für die Herabsetzung der Lebenserwartung der Männer um drei Jahre und der Frauen um zwei Jahre.

Unterschiede zwischen den Ländern und den Bevölkerungsgruppen zeigen an, welch

Tabelle 2: Durch Primär-/Sekundärprävention vermeidbare Todesfälle je 100 000 Einwohner im Alter 0–64 Jahre (1998–2002 oder letztes verfügbares Jahr)

Land	Durch Primärprävention vermeidbare Sterblichkeit						Durch Sekundärprävention vermeidbare Sterblichkeit			
	Motorradunfälle ^a	Zerebrovaskuläre Krankheiten	Chronische Erkrankungen der Leber und Zirrhose	Krebs:			Melanom der Haut	Brust	Krebs: Cervix uteri	Andere Teile der Gebärmutter
				Leber	Obere Atemwege und Verdauungstrakt	Lunge				
Albanien	6,0	20,9	0,0	4,7	1,3	13,3	0,4	7,4	1,0	3,3
Andorra	n. v. ^b	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Armenien	5,7	26,0	7,7	n. v.	2,1	19,3	0,7	20,4	4,5	4,3
Aserbajdschan	5,7	33,9	22,3	n. v.	4,5	12,6	0,4	11,2	2,0	3,9
Belgien	15,2	9,1	8,2	1,6	6,2	25,6	n. v.	22,6	2,2	1,8
Bosnien-Herzegowina	n. v.	30,5	12,1	n. v.	3,4	27,4	n. v.	11,3	2,8	3,8
Bulgarien	10,0	45,7	12,0	4,3	4,1	22,8	0,7	14,2	6,1	4,3
Dänemark	9,1	10,9	12,7	1,6	5,4	23,7	n. v.	23,5	3,5	1,8
Deutschland	8,8	8,3	13,6	1,7	6,3	17,8	1,1	17,3	2,5	1,3
EJR Mazedonien ^c	6,8	38,7	5,4	3,6	2,4	22,8	1,7	17,8	3,8	5,2
Estland	16,8	35,3	16,9	2,4	6,9	22,6	1,7	19,5	5,8	2,6
Finnland	7,5	11,6	10,3	1,6	2,5	10,7	1,2	14,4	1,1	1,2
Frankreich	12,6	7,1	11,1	3,5	9,6	22,0	1,1	17,4	1,5	2,1
Georgien	4,8	49,5	14,4	n. v.	2,2	12,7	0,5	16,4	4,0	5,1
Griechenland	19,1	12,6	2,5	3,1	1,6	19,7	0,6	13,0	1,2	1,6
Irland	10,4	9,7	3,6	1,2	5,0	14,8	1,1	22,2	3,3	1,0
Island	8,4	6,2	1,4	1,1	2,1	18,1	0,7	12,3	2,4	1,7
Israel	9,6	8,2	2,7	1,2	1,4	11,2	1,5	20,0	1,6	1,7
Italien	12,0	7,7	7,4	4,2	3,6	17,1	1,2	15,8	0,7	2,4
Kasachstan	11,4	68,4	21,8	n. v.	9,7	24,7	1,3	15,8	5,9	4,0
Kirgisistan	11,5	88,6	34,7	n. v.	4,9	11,2	0,7	9,9	6,4	2,6
Kroatien	13,9	27,0	21,2	3,0	8,1	28,4	2,0	16,5	2,5	2,7
Lettland	25,3	43,3	11,5	2,1	6,1	23,6	1,4	17,5	5,1	3,8
Litauen	21,7	24,7	15,7	1,8	8,6	22,3	1,5	17,7	9,1	2,9
Luxemburg	14,8	11,4	12,6	1,7	7,7	18,7	1,5	15,4	2,2	1,9
Malta	4,0	7,3	3,3	1,1	2,9	13,5	0,8	20,5	1,5	2,0
Monaco	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Niederlande	6,6	8,4	3,4	1,0	4,7	20,6	1,8	21,7	1,7	1,3
Norwegen	7,2	7,1	3,9	0,6	2,7	15,2	2,5	15,2	3,0	1,3
Österreich	10,2	9,2	13,8	2,5	5,6	17,8	1,5	15,3	2,0	2,2
Polen	18,4	23,1	9,3	2,9	5,7	34,3	n. v.	15,4	7,5	2,8
Portugal	16,1	18,4	12,3	2,0	6,3	13,9	0,7	14,9	2,9	2,3
Republik Moldau	13,4	67,0	62,8	5,0	7,7	20,9	1,0	18,0	7,4	3,7
Rumänien	12,5	51,1	35,1	4,3	7,0	26,7	0,9	15,7	12,2	3,1
Russische Föderation	20,6	68,6	n. v.	n. v.	7,1	25,9	n. v.	17,5	5,0	3,6
San Marino	14,8	4,0	3,5	0,0	1,7	14,5	0,0	6,0	1,7	0,0
Schweden	5,5	7,7	3,4	1,5	2,3	11,0	1,7	14,4	1,7	1,4
Schweiz	6,7	4,7	5,8	2,1	5,0	15,1	1,5	15,8	1,2	1,1
Serbien und Montenegro	8,4	39,3	6,6	3,5	4,4	26,6	1,3	19,2	6,3	3,2
Slowakei	13,5	16,8	22,4	3,2	13,5	25,1	1,8	15,5	5,4	3,0
Slowenien	14,1	15,1	24,0	2,3	7,5	22,7	2,0	17,2	3,3	2,1
Spanien	13,9	8,0	7,5	2,8	5,9	20,0	0,9	13,8	1,8	1,6
Tadschikistan	7,3	32,1	19,4	n. v.	5,9	5,3	0,5	4,8	2,7	2,4
Tschechische Republik	11,2	16,3	13,5	3,4	6,4	27,1	1,6	14,9	4,6	3,0
Türkei	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	0,0	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Turkmenistan	9,5	39,9	28,2	n. v.	13,8	10,3	0,8	7,9	3,4	1,8
Ukraine	12,5	52,7	21,9	n. v.	7,7	24,0	1,8	19,1	6,0	4,0
Ungarn	13,1	33,7	53,6	3,3	18,4	44,9	1,6	19,5	6,0	2,6
Usbekistan	8,7	47,0	30,7	n. v.	6,7	7,4	0,4	8,5	3,9	2,3
Vereinigtes Königreich	5,7	10,7	6,7	0,8	5,0	17,2	1,4	20,6	2,7	1,2
Weißrussland	16,2	58,3	11,0	n. v.	7,1	25,5	1,5	15,2	4,4	3,4
Zypern	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.

^a Todesfälle je 100 000 Einwohner, alle Altersgruppen.

^b n. v.= nicht verfügbar.

^c Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien.

Quelle: Europäische GFA-Datenbank (3).

große Auswirkungen Grundsatzmaßnahmen zur Prävention und Bekämpfung der wichtigsten Risikofaktoren wie Bluthochdruck, hohe Cholesterinwerte, Rauchen usw. haben könnten. Sie zeigen auch, dass kein Land durchgängig für alle Indikatoren die besten Werte vorweisen kann. Stattdessen kann jedes Land aus Vergleichen mit den anderen lernen und aus ihrem Wissen Nutzen ziehen, wenn dieses in geeigneter Weise übertragen und an die lokalen Bedürfnisse und Möglichkeiten angepasst wird.

Gesund verlebte Jahre und verlorene gesunde Jahre

Die steigende Lebenserwartung macht Informationen über nicht lebensbedrohliche Gesundheitsprobleme und Gesundheitsraten für Gesundheitsfachleute immer wichtiger. HALE (Gesunde Lebenserwartung) und DALY (um Behinderungen bereinigte Lebensjahre) ermöglichen eine solche Analyse und fördern zutage, dass eine Verbesserung des Gesundheitsniveaus mehr gesunde Lebensjahre bedeutet und dass nichtübertragbare Krankheiten eine der größten Herausforderungen für die Region darstellen.

Summenmaße der Bevölkerungsgesundheit kombinieren Sterblichkeitsraten und Informationen über nicht tödliche Erkrankungen und Verletzungen, um den Gesundheitszustand der Bevölkerung in einer einzigen Zahl ausdrücken zu können (vgl. Fachnotiz).

HALE

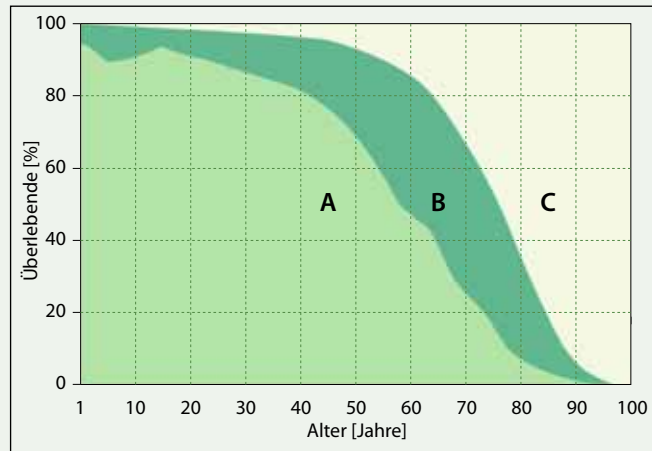
Die Methodik der HALE-Schätzungen ist in den vergangenen Jahren beträchtlich besser geworden, was in den Ländern eine Eigendynamik erzeugt hat: HALE wird auf nationaler und subnationaler Ebene zunehmend verwendet und, was nicht weniger bedeutsam ist, Public-Health-Experten und Behörden verlangen heute HALE-Schätzungen zur Unterstützung ihrer Politikgestaltung. Sie schätzen HALE als eine sinnvolle mögliche Ergänzung zu den traditionellen Gesundheitsindikatoren. So brachte eine HALE-Analyse in der Russischen Föderation (13) z. B. Einsichten über Gesundheitsmuster in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht, die von den Sterblichkeitsmustern abwichen. Public-Health-Experten aus dem Vereinigten Königreich (14) sehen in HALE die Möglichkeit, wertvolle Informationen über Erkrankungsrisiken und die Nutzung des Gesundheitswesens gewinnen und so die Bedarfsanalysen in Bezug auf öffentliche Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheiten ergänzen zu können, die die Grundlage für die Mittelzuweisung auf subnationaler Ebene bilden (15). HALE ist als Summenmaß der Bevölkerungsgesundheit praktisch, weil es einfach zu vermitteln ist und in vielen Ländern der Region geeignete Daten aus Registern und Bevölkerungsuntersuchungen zur Verfügung stehen.

HALE kann zur Beantwortung zweier wichtiger strategischer Fragen verwendet werden. Geht die verlängerte Lebenserwartung mit einer besseren Gesundheit einher? Wie lange leben die Menschen durchschnittlich bei guter Gesundheit und welchen Zeitanteil verbringen sie bei nicht guter Gesundheit?

Die Antworten hierauf lauten, dass der allgemeine Anstieg der Lebenserwartung mit einem allgemeinen Anstieg der gesunden Lebensjahre einhergegangen und der Anteil der nicht bei guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre gesunken ist. Das bedeutet eine wichtige Verbesserung der Gesundheitssituation. Dennoch sind die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Bevölkerungen nach HALE größer, als wenn man nur die geschätzte Lebenserwartung zugrunde legt. Da gesellschaftliche Faktoren die Wurzel vieler dieser Unterschiede sind, müssen die Auswirkungen gesellschaftlicher Gesundheitsdeterminanten weiter beobachtet und dabei sowohl die Mortalität als auch die Morbidität berücksichtigt werden. Dies ist eine Voraussetzung für eine

Summenmaße der Bevölkerungsgesundheit

Es gibt zwei Arten von Summenmaßen, die sich auf Gesundheitserwartungen bzw. auf Gesundheitsgefälle beziehen (16). Zu der ersten Art zählt z. B. die Gesunde Lebenserwartung (HALE), die gewissermaßen das Gesundheitsguthaben bzw. die Anzahl gesunder Lebensjahre ist, die man unter den jeweils vorherrschenden Bedingungen erwarten kann. Maße für das gesundheitliche Gefälle schätzen den Verlust gesunder Lebensjahre durch vorzeitigen Tod und Erkrankung z. B. als DALY ab. Das ist die Entsprechung der nicht eingetroffenen gesunden Lebensjahre oder gewissermaßen das überzogene Gesundheitskonto.



In der Abbildung:

Bereich A = bei voller Gesundheit verlebt

Bereich B = nicht bei voller Gesundheit verlebt (Schwere der Erkrankung gewichtet)

Bereich C = Lebensverkürzung durch Frühsterblichkeit

Lebenserwartung = A + B

Gesundheitserwartungen (z. B. HALE) = A + f(B)

Gesundheitsgefälle (z. B. DALY) = C + g(B)

f ist eine Funktion zur Gewichtung des Gesundheitszustandes, ausgedrückt in Lebensjahren, wobei 1 auf der Maßskala einem Jahr bei voller Gesundheit entspricht. g ist die Umkehrfunktion, bei der 1 auf der Maßskala dem kompletten Verlust eines Jahres durch Krankheit, Verletzung oder Tod entspricht.

Die Summenmaße sollen Informationen zur Mortalität und über verschiedene unvollkommene Gesundheitszustände in einer einzigen Maßeinheit zusammenfassen. Im Prinzip sind diese Zustände unzählbar und können jede Abweichung von vollkommener Gesundheit, funktionelle Einschränkung usw. einschließen. Ihre Bewertung schließt Vergleiche mit einer gewissen Idealvorstellung, Norm oder Zielsetzung ein. Die Maße sind also relativ. Sie beinhalten auch Werturteile und Entscheidungen zwischen Alternativen. Summenmaße lassen sich z. B. dazu nutzen:

- die Gesundheit zweier Bevölkerungen zu vergleichen,
- Veränderungen im Gesundheitszustand einer bestimmten Bevölkerung zu überwachen,
- die Gesundheitspolitik über vordringliche Maßnahmen zu informieren,
- den Nutzen von Gesundheitsmaßnahmen zu analysieren.

Ein entscheidendes Merkmal von Summenmaßen ist die Anwendung der zeitlichen Dimension. Maße für Gesundheitserwartungen erfassen summarisch die in verschiedenen Gesundheitszuständen verbrachten Zeiten. (Das traditionelle Maß Lebenserwartung misst lediglich die zwischen Geburt und Tod verbrachte durchschnittliche Lebenszeit.) Die Zeiten unterschiedlicher Gesundheitszustände addieren sich dann zur Gesamtlebenserwartung, eine Aufschlüsselung

von HALE nach durch bestimmte Krankheiten und Risikofaktoren bedingte Zeiten ist derzeit nicht verfügbar. Die Maße für gesundheitliche Gefälle erfassen summarisch Verluste an gesunden Lebensjahren im Verhältnis zu einer bevorzugten Norm und beinhalten auch die Bewertung von Gesundheitszuständen sowie u. a. das Gewichten von Alter und Chancengleichheit. Die Verluste lassen sich bestimmten Krankheiten oder Gesundheitsdeterminanten zuschreiben. Die WHO verwendet in ihrer Arbeit für die Mitgliedstaaten Summenmaße der Bevölkerungsgesundheit in der:

- Berichterstattung über gesundheitliche Niveaus und Ungleichheiten,
- Berichterstattung über die Ursachen von Gesundheitsverlust durch Krankheiten, Verletzungen und Risikofaktoren,
- Beratung über potenzielle Gesundheitsgewinne durch kostenwirksame Interventionen und
- Effizienzanalyse von Gesundheitssystemen.

Summenmaße für die Bevölkerungsgesundheit haben einen größeren Nutzwert dadurch gewonnen, dass die Mitgliedstaaten in diesem Bereich wachsende Beträge in Problemlösungen investieren. Die Summenmaße sind eine wichtige, wenn auch noch unvollständige Entwicklung zur Erforschung der Bevölkerungsgesundheit. Die WHO hat für Experten aller Public-Health-Disziplinen grundlegende Referenzmaterialien über die Konstruktion und die Verwendung von Summenmaßen der Bevölkerungsgesundheit erstellt (17, 18).

**Tabelle 3:
HALE bei der
Geburt in der
Europäischen
Region der WHO
(2002)**

Land	Frauen [Jahre]			Männer [Jahre]			Schätzung Gesamt- bevölkerung [Jahre]
	Schätzung	Unsicherheits- marge		Schätzung	Unsicherheits- marge		
Albanien	63,3	61,7	63,9	59,5	58,0	60,8	61,4
Andorra	74,6	73,7	75,5	69,8	68,5	70,7	72,2
Armenien	62,6	61,1	63,1	59,4	58,3	60,5	61,0
Aserbaidschan	58,7	57,0	59,4	55,8	54,5	57,2	57,2
Belgien	73,3	72,8	74,1	68,9	68,3	69,5	71,1
Bosnien-Herzegowina	66,4	64,7	67,2	62,3	60,8	63,9	64,3
Bulgarien	66,8	66,0	67,7	62,5	61,6	63,3	64,6
Dänemark	71,1	70,6	71,8	68,6	68,0	69,1	69,8
Deutschland	74,0	73,4	74,8	69,6	68,9	70,4	71,8
EJR Mazedonien ^a	65,0	63,7	65,6	61,9	61,0	62,8	63,4
Estland	69,0	67,5	70,5	59,2	58,6	59,8	64,1
Finnland	73,5	72,7	74,1	68,7	68,0	69,3	71,1
Frankreich	74,7	74,0	75,4	69,3	68,6	70,0	72,0
Georgien	66,6	64,8	67,7	62,2	61,1	63,3	64,4
Griechenland	72,9	72,3	73,8	69,1	68,4	69,7	71,0
Irland	71,5	70,8	72,3	68,1	67,3	68,9	69,8
Island	73,6	72,7	74,2	72,1	71,2	72,9	72,8
Israel	72,3	71,6	73,1	70,5	69,4	71,2	71,4
Italien	74,7	74,0	75,5	70,7	70,0	71,5	72,7
Kasachstan	59,3	58,0	60,0	52,6	51,6	53,7	55,9
Kirgisistan	58,4	56,9	59,1	52,2	51,2	53,3	55,3
Kroatien	69,3	68,4	70,0	63,8	63,2	64,6	66,6
Lettland	67,5	66,7	68,5	58,0	57,2	59,2	62,8
Litauen	67,7	67,0	68,6	58,9	58,1	60,1	63,3
Luxemburg	73,7	73,1	74,7	69,3	68,6	69,9	71,5
Malta	72,3	71,4	73,4	69,7	68,9	70,5	71,0
Monaco	75,2	74,4	76,0	70,7	70,0	71,4	72,9
Niederlande	72,6	72,0	73,4	69,7	69,1	70,4	71,2
Norwegen	73,6	72,8	74,4	70,4	69,5	71,3	72,0
Österreich	73,5	72,9	74,3	69,3	68,6	70,0	71,4
Polen	68,5	67,9	69,2	63,1	62,4	63,8	65,8
Portugal	71,7	71,1	72,5	66,7	66,0	67,4	69,2
Republik Moldau	62,4	61,2	62,9	57,2	56,2	58,2	59,8
Rumänien	65,2	64,3	66,3	61,0	59,9	62,1	63,1
Russische Föderation	64,3	63,6	65,4	52,8	51,9	54,0	58,6
San Marino	75,9	75,0	78,0	70,9	69,4	72,3	73,4
Serbien und Montenegro	64,9	63,7	65,3	62,7	62,0	63,5	63,8
Slowakei	69,4	68,7	70,2	63,0	62,3	63,8	66,2
Slowenien	72,3	71,6	73,1	66,6	65,8	67,4	69,5
Spanien	75,3	74,6	76,1	69,9	69,1	70,7	72,6
Schweden	74,8	74,0	75,5	71,9	71,2	72,5	73,3
Schweiz	75,3	74,5	76,0	71,1	70,3	71,8	73,2
Tadschikistan	56,4	54,5	57,6	53,1	51,7	55,0	54,7
Tschechische Republik	70,9	70,2	71,7	65,9	65,2	66,5	68,4
Türkei	62,8	61,7	64,0	61,2	60,3	62,2	62,0
Turkmenistan	57,2	55,9	57,8	51,6	50,8	52,5	54,4
Ukraine	63,6	62,8	64,7	54,9	54,1	55,9	59,2
Ungarn	68,2	67,6	69,0	61,5	60,9	62,2	64,9
Usbekistan	60,9	59,4	61,4	57,9	56,9	58,9	59,4
Vereinigtes Königreich	72,1	71,3	73,0	69,1	68,5	69,9	70,6
Weißrussland	64,9	63,6	65,5	56,6	55,7	57,5	60,7
Zypern	68,5	67,1	70,0	66,7	65,9	67,5	67,6

^a Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien.

Quelle: The world health report 2004 – Changing history (19).

zeitgemäße Bewertung und Reform eines Gesundheitssystems und einer Gesundheitspolitik, die den Menschen helfen soll, bis ins hohe Alter gesund zu bleiben.

2002 lagen die HALE-Werte zum Zeitpunkt der Geburt in der Region zwischen 73,4 Jahren in San Marino und 54,4 Jahren in Turkmenistan (Tabelle 3). Bei Männern reichte die Spanne

von 72,1 in Island bis 51,6 in Turkmenistan, bei Frauen von 75,9 in San Marino bis 56,5 in Tadschikistan.

Die nicht in guter Gesundheit verbrachten Jahre machten bei den Frauen zwischen 9,3% (Deutschland) und 15,3% (Kirgisistan) und bei den Männern zwischen 7,8% (Norwegen) und 13,5% (Kirgisistan) des gesamten Lebens aus. In Ländern mit höherer Lebenserwartung, höherem Bildungsstand und prozentuell höheren Gesundheitsausgaben (sowohl am Bruttoinlandsprodukt (BIP) als auch an den staatlichen Gesamtausgaben gemessen, vgl. Tabelle 2 im Anhang) fiel der Verlust an gesunden Lebensjahren absolut wie relativ gesehen geringer aus.

DALY

2002 verlor die Bevölkerung der Europäischen Region der WHO nach Schätzungen insgesamt 150,3 Mio. DALY aufgrund der drei Ursachengruppen:

- nichtübertragbare Krankheiten (NCD – Anteil am Gesamtverlust 77%)
- äußere Ursachen wie Verletzungen und Vergiftungen (14%)
- übertragbare Krankheiten (9%).

Der Löwenanteil der Gesamtlast entfällt somit auf chronische, degenerative Krankheiten. Dabei handelt es sich um eine sehr große und vielgestaltige Gruppe, die jedoch einige gemeinsame Merkmale aufweist. Verletzungen und übertragbare Krankheiten sind für einen viel kleineren Teil der Krankheitslast verantwortlich.

Aus diesen Gruppen werden in der Regel die zehn wichtigsten Erkrankungen ausgewählt, da sich für eine solche Anzahl leichter Prioritäten setzen lassen und damit zugleich ein großer und einigermaßen repräsentativer Teil der Gesamtlast erfasst wird. Die zehn führenden Erkrankungen der Region insgesamt stehen für 40,7% der gesamten DALY-Last. Es handelt sich dabei um neun NCD sowie Verletzungen im Straßenverkehr.

Glücklicherweise sind sieben der führenden Ursachen der DALY-Last weitgehend vermeidbar, da die Hauptrisikofaktoren verhaltensbezogen und durch den wirksamen Gebrauch gut bekannter und machbarer Gesundheitsinterventionen beeinflussbar sind. Diese sieben Erkrankungen (Tabelle 4) verursachen 33,8% der gesamten DALY-Last in der Region. Bei den übrigen handelt es sich um Hörverlust (im Erwachsenenalter), Selbstbeschädigung und Osteoarthritis, zu denen vielfältige und weniger gut erforschte Risikofaktoren gehören, die gegenwärtig noch schwer zu vermeiden sind. Die sieben wichtigsten Erkrankungen gehen auf eine Belastung durch bekannte und unbekannte Risikofaktoren zurück.

Die sieben führenden Risikofaktoren (vgl. Tabelle 5) sind für über die Hälfte der zuschreibbaren DALY-Last in der Region verantwortlich. Daneben wissen wir, dass jeder Risikofaktor mit zwei oder mehr der sieben wichtigsten Erkrankungen und umgekehrt jede Erkrankung mit zwei oder mehr Risikofaktoren verknüpft ist (vgl. Tabelle 6), auch wenn der Zusammenhang noch nicht vollkommen erforscht ist.

Durch diese Zusammenhänge eröffnen sich wichtige Gelegenheiten für eine Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit. Politische Maßnahmen und Interventionen gegen diese Risikofaktoren werden aufgrund der Multikausalität vieler Erkrankungen, der wahrscheinlichen Synergieeffekte und allgemeiner gesellschaftlicher Veränderungen weitere positive Folgen für die Bevölkerungsgesundheit haben, wie nachstehend aufgezeigt wird.

Dennoch ist die Analyse in diesem Bericht an der DALY-Struktur ausgerichtet, da diese für Prioritäten auf regionaler Ebene sehr aussagekräftig ist. Der Abschnitt über die wichtigsten Ursachen der Krankheitslast konzentriert sich auf die drei oben genannten führenden

Tabelle 4: Anteil der sieben wichtigsten Erkrankungen an der DALY-Last in der Europäischen Region der WHO (2002)

Erkrankung	DALY insgesamt
1. Ischämische Herzkrankheit	10,5
2. Unipolare depressive Störungen	6,2
3. Zerebrovaskuläre Krankheiten	7,2
4. Störungen durch Alkohol	3,1
5. Chronische Lungenkrankheit	2,3
6. Verletzung im Straßenverkehr	2,4
7. Lungenkrebs	2,2
Insgesamt	33,8

Quelle: The world health report 2004 – Changing history (19).

Tabelle 5: Anteil der sieben wichtigsten Risikofaktoren an der DALY-Last in der Europäischen Region der WHO (2000)

Risikofaktor	Anteil an allen DALY 2000 [%]
A. Bluthochdruck	12,8
B. Tabak	12,3
C. Alkohol	10,1
D. Hoher Cholesterinspiegel	8,7
E. Übergewicht	7,8
F. Geringer Verzehr an Obst und Gemüse	4,4
G. Bewegungsmangel	3,5
Insgesamt	59,6

Quelle: The world health report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life (20).

Aufschlüsselung der geschätzten Krankheitslast nach ihren Bestandteilen und eine vergleichende Abschätzung der zuschreibbaren Risiken auf Ebene der Länder. Sie wurden nach dem Anteil der Sterbefälle und der den einzelnen Ursachen und Risikofaktoren zuschreibbaren DALY-Last geordnet. Die wichtigsten zehn Ursachen und Risikofaktoren jedes Landes der Region sind im Anhang in den Tabellen 4 und 5 dargestellt. Dadurch sollen das Verständnis der Gesundheitssituation in den einzelnen Ländern und Ländergruppen und die Gestaltung künftiger Analysen, Strategien und Interventionen erleichtert werden.

Die Schätzungen bezüglich der Risikofaktoren in den Ländern beruhen auf vergleichenden Risikoanalysen aus dem Weltgesundheitsbericht 2002 (20), wobei allerdings die Daten über Krankheitslast und Belastung in den einzelnen Ländern i.d.R. durch vier Risikofaktoren aktualisiert wurden. Bei den meisten Risikofaktoren wurde auf Länderebene entweder die durchschnittliche Belastung oder der gesamte krankheitsspezifische, einer Bevölkerung zuschreibbare Anteil (PAF) einer Ländergruppe zugrunde gelegt. Insbesondere die länderspezifische Alkoholbelastung beruht auf einer vorläufigen Anpassung subregionaler Konsumverteilungen, wobei Schätzungen der Länder bezüglich Abstinenz und Pro-Kopf-Verbrauch verwendet wurden. Daher sind die zuschreibbare Mortalität und die geschätzten Belastungen trotz Verwendung der besten aktuell verfügbaren Daten auf Ebene des Landes gewöhnlich mit größerer Unsicherheit behaftet als auf Ebene der Region. Bessere länderspezifische Schätzungen

Krankheitsgruppen und innerhalb dieser auf die sieben führenden Erkrankungen. Der folgende Abschnitt stellt Erkenntnisse zu den sieben wichtigsten Risikofaktoren in der Reihenfolge des ihnen zuschreibbaren Anteils an der gesamten DALY-Last vor.

Zwei offene Fragen: das Ausmaß an Gewissheit und die Beziehungen der Risikofaktoren untereinander. Bevor wir diesem Schema folgen, müssen wir jedoch zwei weitere Fragen aufgreifen.

Während es auf Ebene von Region und Ländergruppen (Eur-A, B und C) recht zuverlässige Informationen gibt, sind die Schätzungen für die einzelnen Länder mit größerer Unsicherheit behaftet, weil die auf dieser Ebene gegenwärtig verfügbaren Daten und die Annahmen für das epidemiologische Modell zu begrenzt sind. Dennoch enthält der Bericht eine

Tabelle 6: Durchschnittlicher Beitrag der sieben wichtigsten Risikofaktoren zur Krankheitslast aus den sieben wichtigsten Erkrankungen in den Industrieländern weltweit

Erkrankung	Individueller PAF-Wert des Faktors [%]							
	A. Bluthochdruck	B. Tabak	C. Alkohol	D. Hoher Cholesterinspiegel	E. Übergewicht und Fettsucht	F. Zu wenig Obst und Gemüse	G. Bewegungsarmut	H. Sonstige Faktoren
1. Ischämische Herzkrankheit	58	22	0,2	63	33	28	22	
2. Unipolare depressive Störungen			3					4
3. Zerebrovaskuläre Krankheiten	72	22	0	27	23	12	9	
4. Störungen durch Alkohol			100					3
5. Chronische Lungenkrankheit		69						2
6. Verletzung im Straßenverkehr			38					8
7. Lungenkrebs		85				11		

Quelle: Tabelle angepasst nach Ezzati et al. (21).

wären hier hilfreich. Ausführliche Hinweise zur Methodik und zu Daten über diese Risikofaktoren finden sich bei Ezzati et al. (18).

Der Leser sollte sich auch vor Augen halten, dass die Risikofaktoren und Erkrankungen in einer Wechselbeziehung stehen. Einzelne Risikofaktoren sind mit unterschiedlichen Anteilen an der gesamten DALY-Last verknüpft. Rein arithmetisch macht die Summe der jedem Risikofaktor einzeln zuschreibbaren DALY drei Fünftel der Gesamtlast in der Region aus. Das heißt nicht, dass der Gesamteinfluss dieser Risikofaktoren auf die Bevölkerungsgesundheit drei Fünftel der DALY-Last ausmacht. Er ist geringer, denn mehrere Krankheiten werden durch mehr als einen Risikofaktor ausgelöst und ein Faktor kann zu mehr als einer Erkrankung beitragen.

In der Fachsprache wird der Einfluss jedes Risikofaktors auf die Gesundheit der Bevölkerung als PAF an den DALY oder Sterbefällen ausgedrückt. Das entspricht dem Anteil, um den die Krankheitslast vermindert würde, wenn die gegenwärtige Belastung der Bevölkerung durch den Risikofaktor auf das machbare Minimum begrenzt wäre. Tabelle 6 zeigt den geschätzten PAF-Wert der sieben führenden Risikofaktoren bezogen auf die weltweite durchschnittliche DALY-Last der Industrieländer aufgrund der sieben wichtigsten Erkrankungen. Rein rechnerisch kann die Summe einzelner PAF-Werte größer sein als ihr tatsächlicher Gesamtwert. Es müssen also die Gesamtwerte errechnet werden, um die gleichzeitige Wirkung verschiedener Risikofaktoren abschätzen zu können. Die WHO schätzt den gemeinsamen PAF-Wert für viele bekannte Risikofaktoren von NCD in der Europäischen Region auf 41–42% der DALY-Last und 54–57% der durch NCD verursachten Todesfälle (18). Abb. 3 stellt die 15 wichtigsten bekannten Risikofaktoren dar.

Maßnahmen gegen die sieben wichtigsten Risikofaktoren können die sieben wichtigsten Erkrankungen weitgehend verhüten. Dadurch entsteht ein überzeugendes Argument dafür, jede Anstrengung zu unternehmen um die vorhandenen Kenntnisse und Strategien zur Minimierung dieser Risiken einzusetzen. Neue, genauere Analysen der WHO (21) gelangen zu dem Schluss, dass der potenzielle Zugewinn an Gesundheit durch die Risikobekämpfung größer ist als früher angenommen.

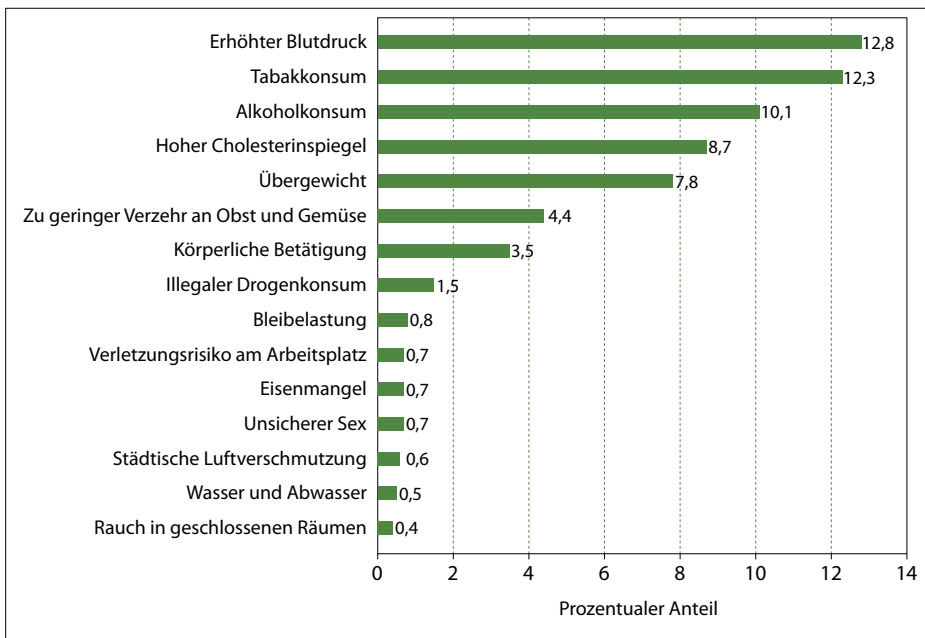


Abb. 3: Den 15 führenden Risikofaktoren zuschreibbarer Anteil an der DALY-Last der Europäischen Region der WHO (2000)

Quelle: Daten des Weltgesundheitsberichts 2002 (20).

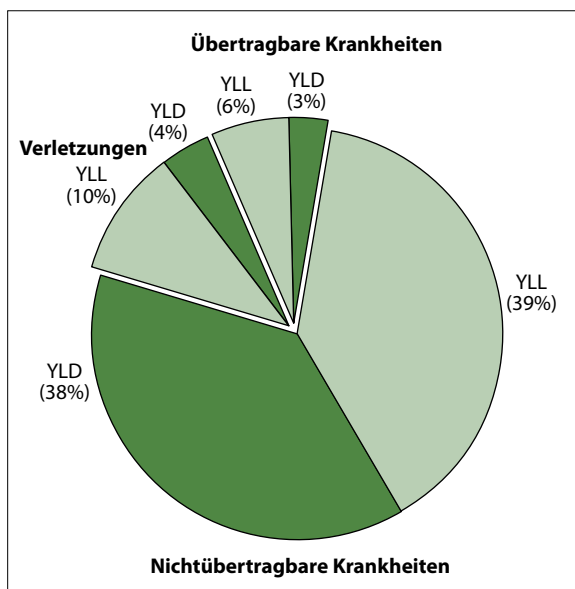
Die wichtigsten Ursachen der Krankheitslast

Nichtübertragbare Krankheiten machen 77% der Krankheitslast in der Region aus. Der große zeitliche Abstand zwischen Belastung und Erkrankung erfordern weitsichtige Planung und Behandlung. Verletzungen bilden zwar insgesamt einen weitaus kleineren Anteil an der Krankheitslast, sind aber vor allem für junge Menschen ein besonderes Problem. Übertragbare Krankheiten betreffen relativ die wenigsten Menschen, doch gilt es hier gegenüber einer weiteren Ausbreitung auf die Bevölkerung der Region wachsam zu bleiben. Durch Armut und unterfinanzierte Dienste werden manche Länder von übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten doppelt schwer belastet.

Nach der Übersicht über den Zusammenhang zwischen den wichtigsten Einzelursachen und Risikofaktoren und der Krankheitslast bietet sich eine nähere Betrachtung der drei Hauptkrankheitsgruppen in der Region an. Die Eingruppierung der Erkrankungen und die Reihenfolge ihrer Betrachtung hier beruhen auf folgenden Überlegungen:

1. NCD sind für 77% der DALY-Last verantwortlich, wobei 2002 die durch Frühsterblichkeit verlorenen Lebensjahre (YLL) 39% und die mit Behinderungen verbrachten Lebensjahre (YLD) 38% der Gesamtlast ausmachten. NCD sind deswegen für alle Länder eine vordringliche Aufgabe. Charakteristisch für NCD ist der große zeitliche Abstand zwischen der Belastung durch einen Risikofaktor und dem Ausbruch der Krankheit. In der Regel ist eine lebenslange Beobachtung und Behandlung erforderlich. Sowohl Inzidenz als auch Schwere lassen sich jedoch binnen relativ kurzer Zeit vermindern. Die Verbesserungen treten gewöhnlich zwei bis sieben Jahre nach Ausschaltung der Risikofaktorbelastung in Erscheinung.
2. Verletzungen machen 14% der DALY-Last aus (10% YLL und 4% YLD), belasten jedoch vor allem junge Menschen sehr stark und haben schwerwiegende gesellschaftliche Konsequenzen. Sie wären durch Veränderungen in der physischen Umgebung und den gesellschaftlichen Verhaltensnormen weitgehend vermeidbar (keine Duldung von Gewalt, Solidarität usw.).

Abb. 4: Anteile an der Krankheitslast in der Europäischen Region der WHO (2002)



3. Übertragbare Krankheiten sind für 9% der DALY-Last (6% YLL und 3% YLD) verantwortlich. Die Zeit zwischen dem Kontakt mit dem Erreger und dem Ausbruch der Krankheit ist allerdings relativ kurz. Schnell können Epidemien auftreten und die Gesundheit großer Bevölkerungsgruppen gefährden.

Abb. 4 zeigt die jeweiligen Anteile an der Krankheitslast in der Europäischen Region der WHO.

Nichtübertragbare Krankheiten

2002 verursachten NCD 8,1 Mio. Todesfälle (85,8% aller Todesfälle) und einen Verlust an 115,3 Mio. DALY (76,7% der gesamten Krankheitslast) in der Europäischen Region der WHO.

Tabelle 7 stellt die Todesfälle und die DALY-Last aufgrund der wichtigsten Gruppen von NCD in der Europäischen Region der WHO im Jahr 2002 dar und zeigt, dass ihre Rangfolge sich bei den einzelnen Maßen unterscheidet. Bei der Sterblichkeit aufgrund von NCD bilden Herz-Kreislauf-Erkrankungen (CVD) und Krebs in der Region die Spitze. Mit beträchtlichem Abstand folgen Atemwegserkrankungen, Erkrankungen des Verdauungssystems und neuropsychiatrische Störungen. Bezogen auf DALY lagen CVD auch an erster Stelle, doch rangierten neuropsychiatrische Störungen vor Krebs.

Ursachen	Eur-A		Eur-B		Eur-C		Region	
	Sterbefälle	DALY	Sterbefälle	DALY	Sterbefälle	DALY	Sterbefälle	DALY
CVD	1 612	8 838	1 052	8 175	2 263	17 405	4 927	34 418
Neuropsychiatrische Erkrankungen	185	13 732	24	7 055	47	8 562	256	29 349
Krebs	1 038	8 549	291	3 289	504	5 322	1 833	17 160
Krankheiten des Verdauungssystems	182	2 414	76	1 900	131	3 082	389	7 396
Atemwegserkrankungen	220	3 406	72	1 547	112	1 782	404	6 735
Sinnesorganerkrankungen	0	2 465	0	1 589	0	2 167	0	6 221
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	20	2 197	2	1 513	4	1 924	26	5 634
Diabetes mellitus	92	1 105	29	566	21	522	142	2 193
Sonstige NCD	140	3 489	44	1 590	49	3 131	233	8 210
Summe NCD	3 489	45 091	1 590	27 441	3 131	42 807	8 210	115 339
Summe aller Ursachen	3 920	51 725	1 865	37 697	3 779	60 900	9 564	150 322

Tabelle 7: Sterbefälle [1000] und Krankheitslast [1000 DALY] aufgrund von NCD in der Europäischen Region der WHO nach Ursache und Mortalitätsgruppe (2002)

Quelle: The world health report 2004 – Changing history (19).

Die wichtigsten NCD

Zu den sieben wichtigsten Erkrankungen (vgl. Tabelle 4) gehören sechs NCD: ischämische Herzkrankheiten, depressive Störungen, zerebrovaskuläre Krankheiten, Störungen durch Alkohol, chronische Atemwegserkrankungen und Lungenkrebs. Da DALY-Trends nicht verfügbar sind, wird eine Annäherung an die Trends der Belastung durch einige Krankheiten in der Region aus den Sterblichkeitstrends hergeleitet. Dies erscheint allerdings nicht angemessen für Depressionen und Störungen durch Alkohol, bei denen die Sterblichkeitskomponenten der DALY-Last viel kleiner und weniger deutlich in Bezug auf die Trends der gesamten Krankheitslast sind. Aus den letztgenannten Gründen wird hier nur eine allgemeine Lagebewertung gegeben.

Seit 1990 ist die Sterblichkeit aufgrund **ischämischer Herzkrankheiten** in Eur-A gefallen, in Eur-B und C jedoch gestiegen, auch wenn es beträchtliche Schwankungen und Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern gab (Tabelle 8).

Depressionen sind in allen Ländern eine der wichtigsten Ursachen für Tod und Behinderung. Sie sind das häufigste psychische Gesundheitsproblem, sind verantwortlich für die Mehrzahl aller Selbstmorde und haben einen beträchtlichen negativen Einfluss auf Lebensfähigkeit und -qualität und verursachen auch erhebliche finanzielle Belastungen. Die indirekten Kosten für die Gesamtgesellschaft werden als ein Siebenfaches der direkten Kosten veranschlagt. Im Westen der Region sind jederzeit 5–10% der Menschen von

Ländergruppe	Todesfälle pro 100 000 (2002)		Änderung von 1990–2002 [%]
	Durchschnittsniveau	Spannweite in den Ländern (min./max.)	
Eur-A			
Insgesamt	95,86	64–179	–27,9
Frauen	66,13	44–134	–26,4
Männer	135,39	88–210	–29,6
Eur-B			
Insgesamt	249,12	108–424	9,4
Frauen	200,92	75–351	15,3
Männer	310,88	142–515	3,9
Eur-C			
Insgesamt	418,15	222–592	29,6
Frauen	309,03	171–517	23,2
Männer	590,24	293–718	32,1

Tabelle 8: Sterblichkeit aufgrund ischämischer Herzkrankheiten: Niveaus, Spannweiten und Trends in der Europäischen Region der WHO

Quelle: Europäische GFA-Datenbank (3).

schweren Depressionen betroffen. Aufgrund der unspezifischen Beschwerden sind unzulängliche Diagnosen alltäglich. So werden Depressionen z. B. in ca. 50% der Fälle in der primären Gesundheitsversorgung nicht erkannt.

Die höchsten Raten aus den Ländern der Europäischen Region, die **Suizidzahlen** an die WHO melden, kommen aus östlichen Ländern wie Litauen (40 pro 100 000 Einwohner), der Russischen Föderation (34 pro 100 000) und Weißrussland (33 pro 100 000). Der Durchschnitt in Eur-A (31 pro 100 000 Einwohner) ist dennoch beinahe dreimal so hoch wie in Eur-B und C (ca. 11 pro 100 000 Einwohner).

Die Selbstmordraten steigen mit zunehmendem Alter. Durchschnittlich sind die Raten in der Region bei Menschen über 75 Jahren ca. doppelt so hoch wie in der Altersgruppe von 15–29 Jahren. Tendenziell gilt dies für beide Geschlechter, allerdings sind die Zahlen bei Männern drei- bis viermal so hoch wie bei Frauen.

Zwar verursachen Depressionen und neuropsychiatrische Störungen also eine enorme Belastung, doch finden auch wesentliche Verbesserungen in Konzepten und Angeboten statt (vgl. Erfolgsgeschichte).

Die Anzahl **zerebrovaskulärer Krankheiten** geht in den Ländern der Gruppe Eur-A stetig zurück (Tabelle 9). In Eur-B stieg sie in den frühen 1990er Jahren an, stabilisierte sich jedoch zuletzt und könnte jetzt wieder fallen. In Eur-C stiegen die Raten in den frühen 1990er Jahren, mit Schwankungen, beträchtlich an und es lässt sich noch keine Trendwende erkennen.

Störungen durch Alkohol sind neuropsychiatrische Erkrankungen. Zu ihnen gehören die direkten Folgelasten von Alkoholabhängigkeit und schädlichem Gebrauch in Form von Erkrankungen wie Alkoholpsychosen und Abhängigkeitssyndrom sowie akuten Alkoholvergiftungen durch exzessives Trinken. Nicht mit eingerechnet ist hierbei die Belastung durch andere Krankheiten oder Verletzungen, bei denen Alkohol ein ursächlicher Faktor ist.

Der Weltgesundheitsbericht 2004 (19) kam in seiner Analyse zu dem Schluss, dass 2002 die den Störungen durch Alkohol zuschreibbare Krankheitslast in der Europäischen Region 4,6 Mio. DALY betrug. Das sind 3,1% der Gesamtlast. Störungen durch Alkohol sind direkt für ca. 37% der gesamten auf Alkohol zurückzuführenden DALY-Last verantwortlich. Bei der Mortalität ist ihr Anteil niedriger: Die Störungen führen zu einem beträchtlichen nicht tödlichen Verlust an Gesundheit. In jeder Hinsicht ist die Belastung der Männer vier bis fünf Mal höher als die der Frauen. In Bezug auf die Behinderungskomponente der Last bleiben die Niveaus der Männer allerdings in allen drei Ländergruppen ungefähr gleich oder sinken, während die der Frauen anzusteigen scheinen.

Tabelle 9:
Mortalität aufgrund
zerebrovaskulärer
Krankheiten:
Niveaus,
Spannweiten
und Trends in der
Europäischen
Region der WHO

Ländergruppe	Todesfälle pro 100 000 (2002)		Änderung von 1990–2002 [%]
	Durchschnitts- niveau	Spannweite in den Ländern (min./max.)	
Eur-A			
Insgesamt	61,15	54–145	–32,3
Frauen	55,71	49–126	–32,4
Männer	68,05	60–173	–32,8
Eur-B			
Insgesamt	153,04	88–272	7,1
Frauen	139,62	73–247	6,7
Männer	168,85	109–298	6,3
Eur-C			
Insgesamt	258,11	122–307	16,6
Frauen	227,12	112–270	12,6
Männer	302,66	137–359	17,5

Quelle: Europäische
GFA-Datenbank (3).

Die Sterblichkeit aufgrund **chronischer Atemwegserkrankungen** ist in der Region insgesamt stetig und in den Ländern der Gruppen Eur-A und B seit 1990 gesunken. In Eur-C stiegen die Todesraten beträchtlich und erreichten ihren Höhepunkt in den frühen 1990er Jahren, fielen danach aber wieder auf ein Niveau von vor 1990 (Tabelle 10).

Krebs war 2003 für ca. 18% aller Todesfälle in der Region verantwortlich. Seit 1990 gibt es einen allgemeinen Rückgang in allen Teilen

der Region. Dieser Trend gilt auch für die führende Ursache **Lungenkrebs**, der für 22% aller Krebstoten in der Region verantwortlich ist. Der Gesamtrückgang des Lungenkrebstods geht allerdings ausschließlich auf den Rückgang unter Männern zurück. Die entsprechenden Zahlen für Frauen in Eur-A und B stiegen, hauptsächlich durch das Rauchen, sogar noch (Tabelle 11). Da die Prävalenz des Rauchens unter Frauen hoch bleibt und im Osten der Region anscheinend noch zunimmt, wird auch die Todesrate durch Lungenkrebs wohl ansteigen, wenn sich die Rauchverzichtszahlen nicht schnell verbessern.

Verletzungen

Vorsätzliche und unbeabsichtigte Verletzungen stellen weiterhin ein beträchtliches Problem für die Gesundheit der Bevölkerung dar. Einer der Hauptgründe hierfür ist die relative Unkenntnis sowohl über dessen Ausmaß als auch über die vorhandenen wirksamen Gegenmaßnahmen (wie sie in der nachfolgenden Erfolgsgeschichte beschrieben sind).

2002 haben Verletzungen in der Europäischen Region der WHO nach Schätzungen einen Verlust an 21 Mio. DALY verursacht (Tabelle 12). Ungewollte Verletzungen standen für 14,5 Mio. DALY (69%) und vorsätzliche Verletzungen für 6,5 Mio. (31%).

Die Reihenfolge der führenden Ursachen der DALY-Last durch Verletzungen schwankt zwischen den Ländergruppen. Die führenden Ursachen sind:

Ursachen	Eur-A		Eur-B		Eur-C		Region	
	Sterbefälle	DALY	Sterbefälle	DALY	Sterbefälle	DALY	Sterbefälle	DALY
Unfallverletzungen	137	3 042	76	3 123	321	8 317	534	14 482
Verletzungen im Straßenverkehr	46	1 233	22	641	59	1 732	127	3 606
Vergiftungen	6	126	6	126	99	1 885	110	2 137
Stürze	47	615	9	481	24	939	80	2 035
Feuer	3	57	3	153	18	425	24	635
Ertrinken	4	74	6	167	28	649	38	890
Sonstiges	32	937	31	1 556	94	2 686	156	5 179
Vorsätzliche Verletzungen	53	1 039	33	935	170	4 489	257	6 463
Selbstbeschädigung	48	890	23	532	92	1 969	164	3 391
Gewalt	4	134	8	255	61	1 912	73	2 301
Krieg	0	14	2	130	17	605	19	749
Summe aller Ursachen	190	4 081	110	4 058	492	12 806	791	20 945
Summe aller Ursachen [pro 1000 Einwohner]	0,5	9,8	0,5	18,2	2,1	53,4	0,9	23,9

Tabelle 10:
Mortalität durch chronische Atemwegserkrankungen: Niveaus, Spannweiten und Trends in der Europäischen Region der WHO

Ländergruppe	Todesfälle pro 100 000 (2002)		Änderung von 1990–2002 [%]
	Durchschnittsniveau	Spannweite in den Ländern (min./max.)	
Eur-A			
Insgesamt	20,2	14–29	–24,2
Frauen	13,0	5–45	–12,6
Männer	32,5	14–49	–31,4
Eur-B			
Insgesamt	26,4	7–95	–23,3
Frauen	17,7	6–82	–22,6
Männer	39,3	9–164	–23,9
Eur-C			
Insgesamt	34,8	11–53	–12,1
Frauen	16,6	5–40	–28,6
Männer	69,6	23–105	–6,7

Quelle: Europäische GFA-Datenbank (3).

Tabelle 11:
Mortalität durch Lungenkrebs – Niveaus, Spannweiten und Trends in der Europäischen Region der WHO

Ländergruppe	Todesfälle pro 100 000 (2002)		Änderung von 1990–2002 [%]
	Durchschnittsniveau	Spannweite in den Ländern (min./max.)	
Eur-A			
Insgesamt	37,06	23–47	–7,4
Frauen	16,39	6–30	21,0
Männer	63,88	42–88	–16,1
Eur-B			
Insgesamt	31,67	10–53	–3,8
Frauen	11,29	4–20	13,7
Männer	58,39	16–101	–6,7
Eur-C			
Insgesamt	36,23	24–63	–17,4
Frauen	9,28	5–32	–16,6
Männer	79,16	46–112	–19,8

Quelle: Europäische GFA-Datenbank (3).

Tabelle 12:
Sterbefälle [1000] und Krankheitslast [1000 DALY] aufgrund von Verletzungen in der Europäischen Region der WHO nach Ursachengruppe (2002)

Ursachen	Eur-A		Eur-B		Eur-C		Region	
	Sterbefälle	DALY	Sterbefälle	DALY	Sterbefälle	DALY	Sterbefälle	DALY
Unfallverletzungen	137	3 042	76	3 123	321	8 317	534	14 482
Verletzungen im Straßenverkehr	46	1 233	22	641	59	1 732	127	3 606
Vergiftungen	6	126	6	126	99	1 885	110	2 137
Stürze	47	615	9	481	24	939	80	2 035
Feuer	3	57	3	153	18	425	24	635
Ertrinken	4	74	6	167	28	649	38	890
Sonstiges	32	937	31	1 556	94	2 686	156	5 179
Vorsätzliche Verletzungen	53	1 039	33	935	170	4 489	257	6 463
Selbstbeschädigung	48	890	23	532	92	1 969	164	3 391
Gewalt	4	134	8	255	61	1 912	73	2 301
Krieg	0	14	2	130	17	605	19	749
Summe aller Ursachen	190	4 081	110	4 058	492	12 806	791	20 945
Summe aller Ursachen [pro 1000 Einwohner]	0,5	9,8	0,5	18,2	2,1	53,4	0,9	23,9

Quelle: The world health report 2004 – Changing history (19).

- in Eur-A und B: Straßenverkehrsunfälle, Selbstbeschädigung, Stürze, Gewalt und Vergiftung,
- in Eur-C: Selbstbeschädigung, Gewalt, Vergiftung, Straßenverkehrsunfälle und Stürze.

Die Eskalation von Gewalt und die hohe Zahl von Vergiftungen in Eur-C müssen in ihrem Zusammenhang gesehen werden: Insgesamt sind in Eur-C die Verletzungsraten in DALY gemessen fünfmal höher als in Eur-A. In Eur-B sind sie zweimal so hoch wie in Eur-A. Dieses steile Gefälle im destruktiven und selbstdestruktiven gesundheitsbezogenen Verhalten legt den Schluss nahe, dass im östlichen Teil der Region ein größerer Bedarf an Präventionsstrategien gegen Gewalt und Verletzungen besteht und dass alle derartigen Strategien in der Region auf die konkreten Charakteristika der physischen und sozialen Umwelt sowie auf das kulturell bedingte Risikoverhalten zugeschnitten werden sollten.

Im Einzelnen ist der Gesamtanteil an der DALY-Last durch Verletzungen bei Männern ungefähr zweimal so hoch wie bei Frauen, obwohl es hier Unterschiede je nach Verletzungsart gibt. Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern tritt schon in der frühen Kindheit in Erscheinung. Zielgerichtete Maßnahmen erfordern daher das Verständnis und die Berücksichtigung einer Reihe von Faktoren durch die Behörden: der spezifischen Merkmale der Geschlechterrollen, des darauf bezogenen risikoträchtigen Verhaltens sowie der Risikofaktoren und der zu jeder Art von Umfeld und Verletzung in dem Land beitragenden Faktoren (z. B. der Zeit des Auftretens, des familiären und beruflichen Hintergrunds der Betroffenen usw.). Die Todes- und die Behinderungsrate sind außerdem direkt mit Armut

Für eine bessere psychische Gesundheit in der Ehemaligen Jugoslawischen Republik Mazedonien: aus dem Krankenhaus in die Gemeinschaft

In der Ehemaligen Jugoslawischen Republik Mazedonien wurden Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen früher für unfähig zur Teilnahme am Gemeinschaftsleben gehalten. Ein unabhängiges Leben, Arbeit und gesellschaftliche Kontakte galten für sie als unerreichbar. Man war außerdem davon überzeugt, dass sie eine anhaltende Behandlung in psychiatrischen Krankenhäusern benötigten.

Die Psychiatriereform von 2000 stieß ein neues Fenster auf. Die Stimmung begann sich zugunsten der Behandlung in der Gemeinschaft anstatt einer reinen Verwahrungspflege zu wandeln. Das WHO-Projekt zur psychischen Gesundheit (22), an dem auch das WHO-Länderbüro beteiligt war, unterstützte die Reformen.

Die Veränderungen ermöglichten die Schaffung anderer Dienste, indem die großen psychiatrischen Krankenhäuser umgestaltet wurden. Gemeindefnahe psychosoziale Einrichtungen wurden in vier Städten eingerichtet: zwei in der Hauptstadt Skopje und je eine in Tetovo, Prilep und Gevgelija. Erstmals wurden in drei Städten des Landes geschützte Wohnungen geschaffen, um Menschen mit lang anhaltenden Erkrankungen ein Leben in der Gemeinschaft mit ihren Nachbarn zu ermöglichen. Die Eröffnung einer Genossenschaft (Reinigung und Haarschnitt) eröffnete Menschen mit psychischen Erkrankungen die Möglichkeit in

das Arbeitsleben einzutreten. Zur Unterstützung der Betroffenen wurde mit der Einrichtung von drei sozialen Klubs und von nichtstaatlichen Einrichtungen begonnen.

Durch die im Mai 2003 unter Federführung des Gesundheitsministeriums gegründete sektorübergreifende nationale Kommission zum Schutz der psychischen Gesundheit wird echtes politisches Engagement für die Psychiatriereform des Landes gefördert. Das nationale Konzept, der operative Aktionsplan und die Psychiatriegesetzgebung werden gerade fertig gestellt. Konzept und Gesetzesentwürfe werden der Regierung zur Billigung vorgelegt.

Die neuen psychosozialen Dienste lösten Änderungen in der Gesellschaft aus. Die Umwandlung des Behandlungssystems half, Ansichten über die gemeindefnahe Versorgung zu verändern. Die Schaffung alternativer Angebote initiierte einen Prozess, durch den dynamische Beziehungen zwischen den einzelnen Gruppen und Einrichtungen leichter werden. So entstehen Diskussionen, die zunächst Einigkeit bzw. Uneinigkeit an den Tag fördern, aber am Ende zu einem Konsens zwischen den unterschiedlichen Akteuren führen (staatliche und nichtstaatliche Organisationen, Dienstnutzer, Angehörige, Facheinrichtungen und internationale Organisationen). Dieser Prozess ist zeitaufwendig und noch im Entstehen begriffen.

und sozioökonomischem Verlust verknüpft. Weltweit ist bei den gegenwärtigen Trends in den Ländern mit höherem Volkseinkommen bis 2020 ein Rückgang der Verletzungsraten gegenüber 2000 um 30%, in den ärmeren Ländern dagegen ein Anstieg um 80% zu erwarten (23).

Straßenverkehrsunfälle zählen in allen Teilen der Region zu den zehn führenden Ursachen der Krankheitslast. 2002 standen solche Verletzungen für 3,0 DALY pro 1000 Einwohner in Eur-A und für 2,9 bzw. 7,2 pro 1000 in Eur-B und C. Wie erwähnt, ist dies ein Hinweis darauf, dass sich hinter den Zahlen in den Ländern unterschiedliche Phänomene und Risikofaktoren verbergen, die eine ausführliche Analyse erfordern.

Die Mortalitätstrends erreichten bei allen Arten von Verkehrsunfällen – welche wahrscheinlich in der Region besser vergleichbar sind – um 1990 in allen Ländergruppen ihren Höhepunkt, gingen danach aber in Eur-A und B stetig zurück. Eur-C erlebte bis 1997 einen Rückgang, danach stiegen die Todesraten sechs Jahre in Folge an, blieben aber noch unter dem Höchststand von 30 pro 100 000 aus dem Jahr 1991. Eine Ursache hierfür könnte sein, dass die wirtschaftliche Erholung nicht von Verbesserungen in Infrastruktur und Fahrverhalten begleitet wurde, da Präventionsprogramme nicht zur Gänze umgesetzt wurden. Fußgänger kommen in Eur-B und C häufiger als in Eur-A durch Verkehrsunfälle ums Leben. Die Mortalität aufgrund von

Prävention von Straßenverkehrsunfällen in Schweden

Das schwedische Projekt Vision Null ist ein Ende der 1990er Jahre entwickeltes Verkehrssicherheitskonzept, das auf vier Elemente baut: Ethik, Verantwortung, Sicherheitsdenken und Schaffung von Mechanismen für den Wandel. Das schwedische Parlament stimmte dieser Politik im Oktober 1997 zu. Seitdem sind mehrere Länder dem schwedischen Beispiel gefolgt.

Ethik

Menschenleben und Gesundheit sind von übertragender Bedeutung. Nach Vision Null dürfen Leben und Gesundheit auf lange Sicht nicht gegen Vorteile eines Straßenverkehrssystems wie Mobilität eingetauscht werden. Mobilität und Zugänglichkeit sollten also Funktionen des Systems sein und nicht umgekehrt das System eine Funktion von Mobilität und Zugänglichkeit, wie dies heute oft noch üblich ist.

Verantwortung

Bis vor kurzem wurde die Verantwortung für Auffahrunfälle und Verletzungen prinzipiell dem einzelnen Straßennutzer zugewiesen. Bei Vision Null teilen sich Nutzer und Anbieter des Systems die Verantwortung. Die Planer und Ausfühler des Systems – Straßennetzbetreiber, Automobilindustrie und Polizei – sind für sein Funktionieren verantwortlich. Gleichzeitig ist der Straßennutzer verantwortlich für die Befolgung grundlegender Regeln wie Geschwindigkeitsbegrenzungen und Fahrverbot unter Alkoholeinfluss. Wenn die Nutzer die Regeln nicht befolgen, sind die Systemgestalter dafür verantwortlich das System einschließlich der Regeln und Vorschriften zu ändern.

Sicherheitsdenken

Wie bei Unfällen und Verletzungen lag auch die Verantwortung für Sicherheit früher beim Straßennutzer.

Vision Null verfolgt einen auch schon in anderen Bereichen erfolgreich verwendeten Ansatz. Seine beiden Prämissen lauten:

- Menschen machen Fehler und
- jenseits einer kritischen Grenze sind Überleben und Genesung nach einer Verletzung nicht möglich.

Das Straßenverkehrssystem sollte menschliches Versagen berücksichtigen und Fehler auffangen können, damit Tote und Schwerverletzte vermieden werden. Kollisionen und selbst kleinere Verletzungen müssen dagegen hingenommen werden.

Schaffung von Mechanismen für den Wandel

Zur Veränderung des Systems müssen die ersten drei Elemente des Konzepts umgesetzt werden. In Schweden gehören zu den wichtigsten Maßnahmen:

- Sicherheitsziele für verschiedene Teile des Straßenverkehrssystems,
- Schwerpunkt Aufprallschutz von Fahrzeugen und Unterstützung der Verbraucherinformation durch das European New Car Assessment Programme,
- Sicherung hoher Anschnallraten und Einbau intelligenter akustischer Anschnallwarner in Neuwagen,
- Installation von Leitplanken an Landstraßen,
- Unterstützung der örtlichen Behörden bei der Schaffung von 30-km/h-Zonen,
- Ausweitung der Geschwindigkeitsüberwachung durch Kameras,
- Ausweitung der zufälligen Verkehrskontrollen mit Atemtests und
- Sicherheit als Wettbewerbskriterium bei der Auftragsvergabe im Bereich Straßenverkehr.

Quelle: World report on road traffic injury prevention (23).

Tabelle 13:
Mortalität durch
Verletzungen
im Kraftverkehr
- Niveaus,
Spannweiten
und Trends in der
Europäischen
Region der WHO

Ländergruppe	Todesfälle pro 100 000 (2002)		Änderung von 1990–2002 [%]
	Durchschnitts- niveau	Spannweite in den Ländern (min./max.)	
Eur-A			
Insgesamt	9,9	4–19	–29,6
Frauen	4,64	1–8	–32,8
Männer	15,38	7–22	–29,1
Eur-B			
Insgesamt	9,88	6–14	–47,8
Frauen	4,45	3–6	–42,2
Männer	15,78	10–23	–49,2
Eur-C			
Insgesamt	17,92	12–23	–26,6
Frauen	8,7	6–10	–12,5
Männer	28,45	20–38	–30,1

Quelle: Europäische
GFA-Datenbank (3).

Verletzungen im Kraftverkehr weist einen ähnlichen Trend auf. Sie fiel von 25 pro 100 000 im Jahr 1991 auf 16 pro 100 000 im Jahr 1997. Danach hielt sie sich auf einem niedrigen Niveau von ungefähr 18 pro 100 000 (Tabelle 13).

Auch der wirtschaftliche Schaden durch Verkehrsunfälle ist groß. In einigen westlichen Ländern der Region wird er mit ca. 2% des BIP veranschlagt. Dabei sind manche wirksame Gegenmaßnahmen wie die Durchsetzung von Gesetzen gegen

Alkohol am Steuer, Helmpflicht für Radfahrer und Anschnallpflicht für Fahrzeuginsassen nicht sehr kostspielig.

Die Erfolge einiger Mitgliedstaaten bei der Verminderung der Zahl der Straßenverkehrstopfer bestätigen erneut, dass für den Fortschritt politisches Engagement und umfassende Maßnahmen entscheidend sind (vgl. Erfolgsgeschichte). Der Gesundheitssektor sollte diese Erfahrungen dazu nutzen, seine Rolle und Verantwortung als Partner anderer beteiligter Sektoren wie Verkehr, Finanzen, Rechtsprechung und Umwelt (24) zu überprüfen und vielleicht auszuweiten.

Übertragbare Krankheiten

Übertragbare Krankheiten stehen für nur 9% der in DALY ausgedrückten Krankheitslast (davon geht etwas mehr als die Hälfte auf HIV und Tuberkulose (Tb)), doch sollte dies nicht das wichtigste Kriterium bei der Beurteilung der Bedeutung für die öffentliche Gesundheit sein. Übertragbare Krankheiten sind weiterhin wichtig, weil:

- die Infektionsraten für Tb hoch sind und für HIV ansteigen, insbesondere in der GUS,
- andere übertragbare Krankheiten in der Hauptsache durch eine Epidemiegefahr weiter bedrohlich sind und
- neue Krankheiten auftreten.

In der Europäischen Region der WHO meldeten zehn Länder insgesamt 34 Fälle des Schwere Akuten Respiratorischen Syndroms (SARS) und machten damit deutlich, dass die Globalisierung durch Handel und Verkehr die Region der Gefahr des Einschleppens sowohl neuer als auch wieder auftretender Krankheiten aussetzt. Neue Krankheitserreger können auch künftig auftreten und sich plötzlich zu einer Bedrohung der öffentlichen Gesundheit auf allen Kontinenten entwickeln. Die Gefahr eines terroristischen Angriffs mit biologischen Kampfstoffen kommt zu der des natürlichen Auftretens übertragbarer Krankheiten hinzu.

Zu den Faktoren, die epidemiologische Risiken erhöhen und in einigen Ländern die Krankheitslast verdoppeln, zählen Armut und unterfinanzierte öffentliche Dienste, die den Zugang der Menschen zu grundlegenden sanitären Einrichtungen und Hygiene, zu gesundem und sicherem Essen und Trinkwasser sowie zu präventiven und kurativen Gesundheitsdiensten erschweren.

Alle Mitgliedstaaten müssen Bedrohungen durch übertragbare Krankheiten erkennen, analysieren und eindämmen können. In den letzten Jahren sind die Überwachungssysteme gründlich überprüft worden. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen.

In Eur-A sind die Überwachungssysteme meist gut entwickelt und enthalten u. a. komplexe, bisweilen durch das Internet gestützte Meldesysteme. Auch die Frühwarnsysteme sind gewöhnlich gut entwickelt. Die aktuelle Politik der Dezentralisierung bedeutet jedoch, dass nicht alle epidemiologischen Informationen rechtzeitig auf nationaler und internationaler Ebene verfügbar sind. Die Überwachungssysteme sind in den meisten neuen EU-Mitgliedstaaten eine Mischung aus GUS-typischen oder westeuropäischen Modellen. Sie sind gut durchdacht und auf internationale Falldefinitionen aufgebaut. Viele Länder sollten allerdings ihre veraltete nationale Gesetzgebung für übertragbare Krankheiten überprüfen.

In den Gruppen Eur-B und C variiert der Entwicklungsstand der Überwachungssysteme beträchtlich. Einige Länder verfügten früher über gut entwickelte Systeme, die die Überwachung der menschlichen Gesundheit mit der Überwachung der umweltbezogenen Determinanten kombinierten. Der Übergang von der zentral gelenkten Planwirtschaft zur Marktwirtschaft und politische Unruhen haben allerdings bedeutet, dass viele dieser Systeme nicht weiter unterhalten werden und praktisch zusammengebrochen sind. Nur wenige, von der internationalen Staatengemeinschaft unterstützte Programme gegen übertragbare Krankheiten haben ihre Durchschlagskraft bewahrt. Die GUS-Länder haben wahrscheinlich am stärksten unter der Umstellung gelitten. Die Infrastruktur für ihre Überwachungssysteme fehlt fast vollständig. Wo die Surveillance-Systeme funktionieren, nutzen die örtlichen Gesundheitssysteme die gewonnenen Informationen nicht systematisch zur Entscheidungsfindung und geben nur wenig Rückmeldung über die erhobenen Daten und Berichte. Außerdem ist die Laborkapazität in mehreren GUS-Ländern viel zu begrenzt.

HIV/Aids

HIV/Aids wächst in vielen Teilen der Europäischen Region der WHO in hohem Tempo zu einer ernststen Bedrohung für Gesundheit, wirtschaftliche Stabilität und menschliche Entwicklung heran (25). Die WHO und das Gemeinsame HIV/Aids-Programm der Vereinten Nationen (UNAIDS) veranschlagen, dass Ende 2003 in der Europäischen Region der WHO 1,88 Mio. Menschen mit HIV/Aids lebten, davon 1,3 Mio. in der GUS (26). Die geschätzte Prävalenz von HIV bei Erwachsenen überstieg in drei Ländern 1% (Estland, Russische Föderation und Ukraine) (26). Diese drei Länder und Lettland haben mit die höchsten HIV-Raten in der Welt.

Die HIV/Aids-Epidemie in der Region weist wichtige Unterschiede zwischen den Ländergruppen auf. In Westeuropa wurden die Höchststände der HIV-Inzidenz 1983 (bei Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten) und 1987/88 (unter injizierenden Drogenkonsumenten) von einer Periode des relativen Rückgangs und der Stabilität abgelöst. Leider steigt die Rate der neu diagnostizierten HIV-Infektionen jetzt wieder an (27). Infektionen aufgrund heterosexueller Kontakte nahmen 2002 und 2003 markant zu. Hauptsächlich war dies eine Folge von Infektionen durch diagnostizierte Fälle in Ländern mit einer allgemeinen Epidemie (vor allem in Afrika südlich der Sahara) (28). Zu den westlichen Ländern mit solchen Erfahrungen zählen Belgien, Dänemark, Deutschland, Irland, Schweden, die Schweiz und das Vereinigte Königreich (28). Die Ansteckungen nahmen 2002 und 2003 in den westlichen Ländern der Region auch bei Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten zu (28). Nach der Einführung und weit verbreiteten Anwendung der hoch aktiven antiretroviralen Therapie (HAART) in diesen Ländern fielen AIDS-Inzidenz und Sterberaten Mitte und Ende der 1990er Jahre stark (29). Sie fallen weiter, allerdings seit 1998 merklich langsamer. Der jüngste Anstieg bei HIV und Aids in einigen westlichen Ländern der Region sind Besorgnis erregend in Bezug auf die Vulnerabilität von Migranten,

ein zunehmendes Risikoverhalten bei Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten, ein Sich-Zufrieden-Geben mit der Behandelbarkeit (das zur Wiederaufnahme von Risikoverhalten führt), eine Schwächung des staatlichen Engagements und ein Nachlassen der Präventionsbemühungen.

Von der Mitte bis in den Osten der Region sind die Gesamtzahlen in den letzten Jahren sowohl für neu diagnostizierte HIV-Infektionen als auch Aids auf relativ niedrigem Stand verblieben. Ca. 21 000 neue HIV-Infektionen wurden aus diesem Teil der Region bis Ende 2003 gemeldet. Drei Viertel aller Fälle treten in Rumänien und Polen auf. In der gleichen Zeit wurden 12 791 Aids-Fälle und 5869 Aids-Sterbefälle gemeldet (27). Die Trends für neu gemeldete HIV-Infektionen und Aids-Sterbefälle haben sich im vergangenen Jahrzehnt stabilisiert. Gleichzeitig sind die Zahlen der gemeldeten Aids-Fälle in den letzten sechs Jahren langsam zurückgegangen. Das hohe Ausmaß an Risikoverhalten, der geringe Kenntnisstand und die schlecht entwickelten Präventions- und Behandlungsdienste schaffen in einigen Ländern die Voraussetzungen für eine potenziell vernichtende HIV/Aids-Epidemie (30).

In den baltischen Ländern und vielen GUS-Ländern entfallen mehr als 80% der gemeldeten HIV-Infektionen auf injizierende Drogenkonsumenten (31). Aus Estland, Lettland, Litauen, Kasachstan, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, der Ukraine und Weißrussland werden wohldokumentierte HIV-Epidemien gemeldet. In der Russischen Föderation verdoppelte sich zwischen 1995 und 2001 die Zahl der HIV-Infektionen alle sechs bis zwölf Monate (vgl. Erfolgsgeschichte der Gegenmaßnahmen einer Republik). Daneben weisen diese Länder die höchste Inzidenz der Region für Tb und multiresistente Tb auf. Eine Tb/HIV-Begleitinfektion ist mit höherer Morbidität und Mortalität sowie erhöhter Tb-Übertragung auf die Allgemeinbevölkerung verknüpft. In der Russischen Föderation hat Tb im Jahr 2000 nach Schätzungen 35% aller Todesfälle von Erwachsenen mit Aids verursacht (32).

Programme für HIV-Prävention und Schadensminderung in der Russischen Föderation: das Erneuerungsprojekt der Republik Tatarstan

Immer mehr Regionen der Russischen Föderation schließen HIV-Schadensminderung in ihre Präventionsstrategien ein, die auf für die öffentliche Gesundheit bedrohliche Krankheiten zielen. Daran zeigt sich, dass HIV-Prävention in bestehende Strukturen eingebaut werden kann, die nicht von Spendenfinanzierung abhängen.

Ein Beispiel hierfür ist das Erneuerungsprojekt, das 1999 in der Republik Tatarstan mit Hilfe von außen ganz klein begann und sich zu einem republikweiten Programm zur Schadensminderung entwickelte, welches in neun Städten mit regulären Haushaltsmitteln umgesetzt wird. Frühzeitig gewann das Projekt neben der Unterstützung des Gesundheitsministeriums auch die anderer Ministerien, insbesondere des Innenministeriums. Es konzentrierte sich auf injizierende Drogenkonsumenten, Prostituierte und Gefängnisinsassen. Zu seinen Maßnahmen zählen: Nadelaustauschprogramme; Abgabe von Kondomen, Desinfektionsmitteln und anderen Materi-

alien; Information, Aufklärung und aufsuchende Arbeit; freie und anonyme Tests sowie Behandlungen für HIV, sexuell übertragene Infektionen und weitere medizinische Beratungen. 2004 begann im Rahmen des Schadensminderungsprogramms die Tb-Diagnose und -Behandlung, zu der auch eine Unterstützung der Therapiebefolgung und die direkt überwachte Kurzzeittherapie gehören.

Das gute Verständnis der Bedürfnisse und Lebensumstände der Zielgruppen kam der Ausgestaltung und Umsetzung des Projekts zugute. Am wichtigsten ist allerdings, dass sich die Haltung der Vollzugsbehörden gegenüber diesen höchst vulnerablen Gruppen von einer repressiven in eine unterstützende gewandelt hat. 2002 wurde das Schadensminderungsprogramm von der Regierung der Republik Tatarstan per Gesetz beschlossen. Die jährliche Rate neu gemeldeter HIV-Fälle fiel 2002 um den Faktor 1,9 und 2003 um den Faktor 1,6.

Malaria

Insgesamt ist Malaria in der Region unter Kontrolle, doch ist politischer Wille gefragt, damit diese Position erhalten und ausgebaut werden kann. Zehn Länder der Region waren in den letzten zwei Jahrzehnten von Malaria betroffen (33–37). Die Zahl der Malariafälle stieg von 8884 im Jahr 1990 auf 90 506 im Jahr 1995 und fiel danach auf 37 170 im Jahr 1999. Die letzte verfügbare Zahl (15 983 Fälle im Jahr 2003) deutet auf einen weiteren Rückgang.

Malaria trat in den Ländern des Kaukasus und Zentralasiens wegen der beträchtlichen politischen und sozioökonomischen Veränderungen und der sich daraus ergebenden Bevölkerungsbewegungen, extensiven Entwicklungsprojekte und der praktischen Einstellung von Malariaprävention und -bekämpfung in den frühen 1990er Jahren erneut in Erscheinung. Der wirkliche Umfang des Problems ist unbekannt. Die betroffenen Länder der Region werden weiter dem Risiko wachsender malariabedingter Gesundheitsprobleme gegenüberstehen, wenn nicht sowohl die Länder als auch die internationale Gemeinschaft die Krankheit nachhaltig bekämpfen.

Tuberkulose

Tb ist für junge Erwachsene in der Europäischen Region die tödlichste aller übertragbaren Krankheiten (38–41). Die meisten Fälle treten bei Menschen im Alter von 15–54 Jahren auf und hier wiederum am häufigsten in der Altersgruppe 45–54. Unter Männern ist die Rate dreimal so hoch wie unter Frauen. Die Epidemietrends sind mit denen der am stärksten von HIV/Aids betroffenen afrikanischen Länder vergleichbar. Die Zahl der neu gemeldeten Fälle stieg in der Region von 231 608 im Jahr 1991 auf 360 741 im Jahr 2003 (42).

Die Lage ist in allen baltischen Staaten, in der GUS und in Rumänien kritisch. In diesen 16 Ländern treten vier Fünftel aller gemeldeten Fälle der Region auf. Tb ist allerdings auch in anderen Ländern mit mittlerer bis niedriger Tb-Melderate von Belang für die öffentliche Gesundheit, wenn nämlich der Rückgang der gemeldeten Raten nur eine Folge von Krieg, politischen Unruhen und Instabilität ist oder aber, wenn die Krankheit in stark gefährdeten Immigrantengruppen auftritt.

Die wichtigsten Faktoren der Tb-Epidemie sind Armut, multiresistente Tuberkulose (MDR-Tb), HIV-Koinfektion und die Ausbreitung unter Gefängnisinsassen.

Es gibt eindeutige Erkenntnisse über wirksame Gegenmaßnahmen. Unter Hinweis auf Resolution WHA53.1 (43) der Weltgesundheitsversammlung, in der anerkannt wurde, dass die weltweite Tuberkulosebelastung die sozioökonomische Entwicklung stark behindert und eine wesentliche Ursache für Frühsterbefälle und menschliches Leid darstellt, forderte das WHO-Regionalkomitee für Europa im September 2002 (40):

- die Umsetzung der DOTS (direkt überwachte Kurzzeittherapie)-Strategie rasch zu intensivieren, um die globalen Ziele bis 2005 (70%ige Aufdeckung infektiöser Tb-Fälle und 85%iger Behandlungserfolg) zu erreichen und weiteren MDR-Tb-Fällen vorzubeugen, und
- die Umsetzung der DOTS-Plus-Strategie gegen MDR-Tb in Ländern mit hohen Raten.

Die Haupthindernisse für eine erfolgreiche Umsetzung dieser bewährten Strategie sind in einigen Ländern fehlendes politisches Engagement, fehlende Finanzierung und Schwächen des öffentlichen Gesundheitswesens.

Die wichtigsten vermeidbaren Risikofaktoren

Wie erwähnt, sind lediglich sieben Risikofaktoren für den Großteil der Krankheitslast durch NCD in der Europäischen Region der WHO verantwortlich: Bluthochdruck, Tabakkonsum, schädlicher und gefährlicher Alkoholkonsum, hohe Cholesterinspiegel, Übergewicht, ein zu geringer Verzehr von Obst und Gemüse und Bewegungsmangel. Sie nehmen die Spitzenpositionen bei der zuschreibbaren DALY-Last in allen drei Ländergruppen ein (Tabelle 5 im Anhang).

Zugleich sind sie in den meisten Ländern auch die sieben führenden vermeidbaren Risikofaktoren. Es gibt jedoch zwei wichtige Ausnahmen: Erstens zählt der Gebrauch illegaler Drogen in einigen westlichen Ländern der Region zu den führenden Risikofaktoren, vor allem weil der schwache Verzehr von Obst und Gemüse hier eine geringere Rolle spielt. Zweitens befinden sich in den zentralasiatischen Republiken drei Umwelteinflüsse mit besonderer Bedeutung für die Gesundheit von Kindern unter den führenden sieben Risikofaktoren: unsicheres Wasser und Abwasser, Rauch in Innenräumen durch die Verfeuerung fester Brennstoffe, Untergewicht von Schwangeren und Kindern.

Lediglich sieben Risikofaktoren sind für die Mehrzahl der nichtübertragbaren Krankheiten in der Europäischen Region der WHO verantwortlich: Bluthochdruck, Tabak, Alkohol, hohe Cholesterinspiegel, Übergewicht, zu geringer Verzehr von Obst und Gemüse und Bewegungsmangel.

Zur koordinierten Verminderung dieser Risikofaktoren müssen vielfältige sektorübergreifende Maßnahmen ergriffen werden, um das Verhalten in der gesamten Region zu ändern.

Wirksame Herangehensweisen

Auch hier ist die kombinierte Wirkung einer Gruppe bekannter Risikofaktoren oft geringer als die Summe ihrer Einzelwirkungen. Dennoch erlaubt die Ursachenvielfalt der NCD den Ländern oft sowohl die Wahl zwischen verschiedenen Präventionsstrategien nach Kostenwirksamkeit als auch einen größtmöglichen Nutzen durch simultane Eingriffe. Die WHO veranschlagt z. B., dass eine moderate gleichzeitige Absenkung von Blutdruck, Cholesterinspiegel und Tabakkonsum in der ganzen Bevölkerung die CVD-Inzidenz um mehr als die Hälfte senken würde (vgl. Erfolgsgeschichte). Die Beseitigung der 20 führenden bekanntlich weitgehend vermeidbaren Risikofaktoren würde zu wichtigen Gewinnen in Bezug auf die Gesunde Lebenserwartung führen. Dieser Gewinn betrüge in Eur-A über fünf, in Eur-B über acht und in Eur-C über zehn Jahre. Dadurch würden die Ungleichheiten unter den Ländern beträchtlich vermindert.

Für die allgemeinen Risikofaktoren gibt es wirtschaftliche, soziale, geschlechter-spezifische, politische, verhaltensabhängige und umweltbedingte Determinanten. Die Verhaltensdeterminanten enthalten wichtige Elemente aus dem Bereich der psychischen Gesundheit. All diese Determinanten und Faktoren müssen bei der Gestaltung kostenwirksamer Interventionsstrategien zur Prävention und Therapie von NCD berücksichtigt werden.

Während Primärprävention eher eine längerfristige Aufgabe ist, lässt sich kurzfristig auch durch die Behandlung z. B. hochgradig gefährdeter Herzkranker ein messbarer Nutzen erzielen. Es muss mehr dafür getan werden, dass diejenigen, die aus einer Arzneimitteltherapie Nutzen

ziehen könnten, auch die benötigte Unterstützung erhalten. Arzneimittel wie Betablocker, Acetylsäure und Lipidsenker können bei der Risikominderung für CVD-Morbidität und -Mortalität äußerst wirkungsvoll sein.

Eine Kombination aus gleichzeitig auf hochgradig erkrankungsgefährdete Gruppen und Einzelpersonen abzielenden Maßnahmen ist ebenfalls sehr wichtig, wie nachstehend gezeigt wird. Beide Maßnahmen zur Reduzierung von CVD schnitten in der Auswertung positiv ab: auf die Bevölkerung abzielende Interventionen für eine reduzierte Salzaufnahme, einen geringeren Cholesterinspiegel und einen niedrigeren Körper-Masse-Index und der Ansatz des absoluten Risikos, bei dem Interventionen auf Einzelpersonen mit sehr hohem Risiko abgestellt werden.

Die folgenden Abschnitte stellen Daten zur Prävalenz der wichtigsten NCD-Faktoren in der Region vor. Der Beherrschung dieser Risikofaktoren sollte dort Vorrang eingeräumt werden, wo wirksame Präventionsstrategien verfügbar sind. Interventionen sollten sowohl auf Ebene des Individuums als auch der Bevölkerung ansetzen. Individuen sollten zu positiven, gesundheitsförderlichen Entscheidungen befähigt und ermutigt werden, z. B. in Bezug auf die Risiken durch Rauchen, Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung und unsichere Sexualpraktiken. Die Verminderung der NCD-Last in Form von Tod und Behinderung durch die Bekämpfung dieser Risikofaktoren erfordert einen sektorübergreifenden Ansatz und die kombinierten Bemühungen, Mittel und Sachkenntnisse aller Beteiligten. Zwischen staatlichen, kollektiven

Prävention nichtübertragbarer Krankheiten in Finnland

Das Nordkarelien-Projekt in Finnland zeigt, wie sich über einen Zeitraum von 25 Jahren wichtige Änderungen hinsichtlich gezielt angegangener Risikofaktoren erzielen ließen. In der männlichen Bevölkerung Nordkareliens wurden ein starker Rückgang beim Rauchen sowie markante Änderungen der Ernährungsgewohnheiten verzeichnet. Der Anteil der männlichen Raucher mittleren Alters fiel von 52% im Jahr 1972 auf 31% im Jahr 1997.

Anfang der 1970er Jahre wurden Gemüse und pflanzliche Öle nur sehr wenig benutzt, heute sind sie sehr gebräuchlich. 1970 benutzten 90% der Bevölkerung auf Brot hauptsächlich Butter. Heute sind es weniger als 7%. Solche Umstellungen in der Ernährungsweise führten zu einer Reduktion der durchschnittlichen Cholesterinspiegel in der Bevölkerung um 17%. Bluthochdruck ist heute gut unter Kontrolle. Die körperliche Freizeitbetätigung hat zugenommen.

Bei den Frauen gab es ähnliche Änderungen in Bezug auf die Ernährungsgewohnheiten, den Cholesterinspiegel und den Blutdruckpegel. Allerdings hat bei ihnen das Rauchen etwas zugenommen, wenn auch von niedrigerem Niveau ausgehend. Diese Änderungen bei den Risikofaktoren griffen von dem ursprünglichen Gebiet in ähnlicher Weise auf ganz Finnland über. In den 1980er Jahren flachten die Trends in Nordkarelien ab, doch folgten bemerkenswerte Änderungen insbesondere bei der Ernährung durch eine cholesterinarme Diät. Damit verbundene bedeutende Absenkungen des Cholesterinspiegels im Blut.

Bis 1995 fiel die jährliche Sterblichkeit aufgrund von Herzkrankheiten bei Männern mittleren Alters (Er-

wachsene unter 65 Jahren) in Nordkarelien um 73% gegenüber der Zeit vor dem Projekt (1967–1971). Der Rückgang war besonders stark in den 1970er Jahren und nach Mitte der 1980er Jahre. Die Männersterblichkeit durch koronare Herzkrankheiten fiel in Nordkarelien während der letzten zehn Jahre jährlich um ca. 8%. Der Rückgang der Frauensterblichkeit durch CVD erfolgte in der gleichen Größenordnung.

Seit den 1980er Jahren haben sich diese positiven Entwicklungen auf ganz Finnland übertragen. Bis 1995 fiel die Sterblichkeit finnischer Männer aufgrund von Herzkrankheiten um 65%. Die Sterblichkeit aufgrund von Lungenkrebs fiel gleichfalls in dieser Periode: um über 70% in Nordkarelien und um fast 60% in ganz Finnland.

Durch den starken Rückgang der Sterblichkeit aufgrund von CVD und Krebs fiel auch die Gesamtsterblichkeit um ca. 45% und die Lebenserwartung stieg dementsprechend: um sieben Jahre für Männer und um sechs Jahre für Frauen. Im Verein mit den positiven Veränderungen bei den Risikofaktoren und Lebensweisen verbesserte sich die allgemeine Gesundheit der Bevölkerung stark. Eine gesonderte Analyse zeigte, dass sich ein Großteil des Sterblichkeitsrückgangs bei Herzkrankheiten auf ein geändertes Ausmaß der gezielt angegangenen Risikofaktoren für die Bevölkerung zurückführen ließ und dass die Senkung des Cholesterinspiegels hierzu den wichtigsten Einzelbeitrag leistete.

Quelle: Successful prevention of noncommunicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland (44).

und individuellen Maßnahmen muss eine Ausgewogenheit hergestellt werden, die von nicht-staatlichen Organisationen, den Massenmedien und anderen gestützt wird.

Im Mai 2004 billigte die Weltgesundheitsversammlung durch Resolution WHA57.17 (45) die Globale Strategie für Ernährung, körperliche Bewegung und Gesundheit (46). Sie fordert die Regierungen auf, an bestehende Strukturen und vorhandene Prozessen anzuknüpfen, die bereits Aspekte von Nahrung, Ernährung und körperlicher Bewegung aufgreifen, und nationale Koordinierungsmechanismen einzurichten, die die Themen im Rahmen eines umfassenden Plans für NCD-Prävention und Gesundheitsförderung angehen. In Resolution WHA57.17 wird die Industrie als ein Teil der Lösung genannt und ein gemeinsames Handeln mit der Lebensmittelindustrie empfohlen (45). Die Verbraucher benötigen präzise und eindeutige Informationen, um gut informiert Entscheidungen treffen zu können. Viele Regierungen überprüfen ihre Vorschriften zu Lebensmittelkennzeichnung und gesundheitlichen Anforderungen, weil sie erkennen, dass wissenschaftlich begründete Forderungen gesunde Entscheidungen unterstützen können.

Das Gesundheitsministerium trägt die Verantwortung für die Koordination und die Ermöglichung von Beiträgen anderer Ministerien und Regierungseinrichtungen zu den Gesundheitsstrategien eines Landes. Beitragen können u. a. Ministerien und Regierungseinrichtungen mit Zuständigkeit für Lebensmittel, Landwirtschaft, junge Menschen, Erholung, Sport, Erziehung, Handel und Industrie, Finanzen, Verkehr, Massenmedien und Kommunikation, soziale Fragen und Stadtplanung (46).

Validierte und vergleichbare epidemiologische Daten zu diesen Themen sind selten. Die Regierungen sind ernsthaft dazu aufgefordert, die Datenerhebung zu Risikofaktoren für längere Zeiträume und größere Bevölkerungsgruppen zu unterstützen. Insgesamt scheint sich die NCD-Prävalenz langsam abzuschwächen, wie Daten des MONICA-Projekts belegen, das zwar nur eine begrenzte Reichweite hat, aber dennoch eine der einheitlichsten derartigen Informationsquellen ist (47,48). Um einige zusätzliche Daten ergänzt, lässt sich die Lage damit wie folgt beschreiben.

Bluthochdruck

Bluthochdruck ist eine der wichtigsten vermeidbaren Ursachen für einen vorzeitigen Tod. Menschen mit erhöhtem Blutdruck besitzen ein erheblich höheres Risiko einen Schlaganfall, eine ischämische oder andere Herzkrankheit und Niereninsuffizienz zu erleiden. Dieses Risiko eines überhöhten Blutdrucks ist aber selbst mit ungesunder Ernährung, insbesondere einer hohen Salzzufuhr, unzureichender körperlicher Betätigung, Übergewicht und gefährlichem Alkoholkonsum verknüpft. Bluthochdruck kommt in reichen wie armen Ländern vor. Es wird geschätzt, dass in den meisten Ländern 30% der Erwachsenen an Bluthochdruck leiden und weitere 50–60% gesünder wären, wenn sie ihren Blutdruck durch erhöhte körperliche Aktivität reduzierten, ihr Körpergewicht hielten und mehr Obst und Gemüse aßen (49).

Bluthochdruck ist in der Europäischen Region der führende Risikofaktor bezogen auf die zuschreibbare DALY-Last (12,8% aller DALY). Er wird weithin unterschätzt und oft als Problem ignoriert. Die Daten des MONICA-Projekts zeigen große Unterschiede in den Blutdruckwerten verschiedener Bevölkerungsgruppen auf. Glücklicherweise scheinen die Werte in beträchtlich mehr Bevölkerungsgruppen zu fallen als zu steigen. Die Länder sollten zusammen auf vergleichbare Datenbanken hinarbeiten, um diesen Risikofaktor und andere besser beobachten zu können.

Tabak

Tabak ist heute die größte vermeidbare Einzeltodesursache. Rauchen ist der zweitwichtigste Risikofaktor in der Region (mit 12,3% Anteil an der gesamten DALY-Last) und er nimmt in ärmeren Ländern und benachteiligten Bevölkerungsgruppen weiter an Bedeutung zu.

Obwohl die gegenwärtige Prävalenz nur annähernd Aufschluss über frühere Belastungen geben kann, so liefert sie doch einen allgemeinen Hinweis darauf, in welcher Phase der Tabakepidemie sich eine bestimmte Bevölkerung befindet. Während sich die Epidemie im Westen der Region verlangsamt, weitet sie sich in der östlichen Hälfte noch in hohem Tempo aus (50).

Die Hälfte aller Tabakkonsumenten wird an einer durch Tabak bedingten Krankheit sterben. Morbidität und Gesundheitsbeeinträchtigungen aufgrund von Tabak sind noch weiter verbreitet. Da die meisten dieser Sterbefälle im mittleren Alter auftreten, wirken sich der Einkommensverlust und die chronische Erkrankung schwerwiegend auf die Lebensqualität und das Wohlergehen der Familien der Tabakkonsumenten aus. Außerdem gibt es den größten Raucheranteil gerade unter den Ärmsten, die stärker als die Reichen an den Folgen des Tabakkonsums leiden und denen weniger Mittel zu deren Bewältigung zur Verfügung stehen.

Nach Berücksichtigung aller Faktoren bedeutet Tabakkonsum einen Nettoverlust für die Wirtschaft. Gleichzeitig sind Gesundheitsmaßnahmen zur Einschränkung des Rauchens sehr kostenwirksam (vgl. Erfolgsgeschichte und Wichtige Erkenntnisse für Entscheidungsträger). Vergleichbare Daten über die Prävalenz des Rauchens sind allerdings kaum verfügbar. Die Länder sind daher dazu aufgerufen verlässliche, gültige und vergleichbare Daten zum Rauchen – insbesondere nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischer Schicht – zu erheben, um gezieltere Interventionen für die öffentliche Gesundheit sowie deren beobachtende Begleitung besser zu ermöglichen.

Ein sehr wichtiges Instrument zur Bekämpfung der Tabakepidemie ist das Rahmenabkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC), welches das erste globale Übereinkommen für Bevölkerungsgesundheit ist (54). Als 40. Mitgliedstaat der WHO ratifizierte Peru das FCTC im November 2004 und löste damit sein In-Kraft-Treten aus. Unter den 40 Ländern befinden sich 8 aus der Europäischen Region der WHO: Armenien, Frankreich, Island, Malta, Norwegen, San Marino, die Slowakei und Ungarn. Die Region spielte insgesamt eine sehr aktive Rolle in den im Jahr 2000 aufgenommenen FCTC-Verhandlungen. Eine un-

Rauchverzicht in Coventry (Vereinigtes Königreich)

Das Programm für Rauchverzicht der Stadt Coventry ist eines der erfolgreichsten in England. Es hat in den letzten vier Jahren jeweils mühelos die staatlichen Ziele übertroffen und Tausenden beim Verzicht auf das Rauchen geholfen. Als die Regierung ihre Ziele im Jahr 2000 vorstellte, strebten die Gesundheitsmanager der Stadt an 150–200 Menschen jährlich zu helfen.

Der das Programm begleitende Coventry Teaching Primary Care Trust fand heraus, dass zwischen April 2003 und März 2004 über 1800 Menschen das Angebot genutzt und das Rauchen nach vier Wochen aufgegeben haben. Man schätzt, dass 700 davon langfristig durchhalten werden. Da die Hälfte aller Raucher an

den Folgen ihres Lasters stirbt, gehen Gesundheitsfachleute von 350 geretteten Menschenleben aus.

In den letzten Jahren sind die Ziele um fast das Zehnfache herausgesetzt worden und dennoch wurden sie jedes Jahr vom Rauchentwöhnungsteam übertroffen. Laut Gesundheitsverantwortlichen ziehen die ehemaligen Raucher aus ihrem Verzicht eine Reihe von Vorteilen, u. a. eine Ersparnis von 4,50 £ täglich (Kaufpreis der Zigaretten). Die 700 Ex-Raucher des vergangenen Jahres haben nach Schätzungen zusammen bereits 1 Mio. £ gespart und viel von diesem Geld lokal ausgegeben.

Quellen: Coventry Evening Telegraph (51) und Coventry Teaching Primary Care Trust (52).

Wichtige Erkenntnisse für Entscheidungsträger: Tabak

Die Zahl der durch Tabak verursachten Todesfälle steigt zwar global an, doch haben Gegenmaßnahmen mancherorts das Rauchen reduziert. Millionen von Menschen in der Europäischen Region der WHO könnten vor Krankheit und vorzeitigem Tod bewahrt bleiben, wenn wirksame Maßnahmen ergriffen würden.

Durch Preiserhöhungen für Tabakerzeugnisse lässt sich das Rauchen am wirksamsten zurückdrängen. Eine Verteuerung um 10% führt kurzfristig zu einer Abnahme des Rauchens um 2,5 – 5% und langfristig sogar um bis zu 10%, wenn die Preiserhöhungen mit der Inflation Schritt halten. Junge Menschen können das Rauchen zwei- bis dreimal so gut einschränken wie ältere Menschen. Mit einer solchen Ansprechrquote ließen sich im besser gestellten Westen der Region 0,5 – 2 Mio. und im weniger gut gestellten Osten 0,6 – 1,8 Mio. Sterbefälle verhindern. Manche

Länder haben die Zigarettensteuer auf 70–80% des Verkaufspreises erhöht und dadurch eine signifikante Abnahme des Rauchens erreicht. Weniger drastische Steuererhöhungen zeigen jedoch auch Wirkung.

Die häufigsten Einwände gegen eine Verteuerung des Tabaks lauten:

- dass durch dann nachlassenden Tabakkonsum die Steuereinnahmen sinken und Arbeitsplätze verloren gehen könnten,
- dass der Tabaksmuggel dramatisch zunehmen kann und
- dass Raucher mit geringem Einkommen unverhältnismäßig stark belastet werden.

Solche Befürchtungen sind entweder falsch oder übertrieben. Die wirtschaftlichen und gesundheitlichen Vorteile einer Tabakpreiserhöhung überwiegen alle Nachteile.

Die wichtigste Empfehlung für Entscheidungsträger: Um einen größtmöglichen Rückgang des Rauchens

zu bewirken, sollten Anti-Tabak-Maßnahmen umfassend sein und aus folgenden Elementen bestehen:

- nachhaltige, inflationsbereinigte Verteuerung,
- umfassende Werbeverbote für Tabakerzeugnisse,
- starke Einschränkung des Rauchens am Arbeitsplatz und in der Öffentlichkeit,
- Aufklärung und Gegenwerbung,
- bessere Warnhinweise auf den Produkten und
- besserer Zugang zu Raucherentwöhnungstherapien.

Verschiedene gleichzeitig ergriffene Maßnahmen bewirken wahrscheinlich Synergieeffekte. Es herrscht Einigkeit darüber, dass eine umfassende Vorgehensweise den Tabakkonsum am wirksamsten einschränkt.

Quelle: Health Evidence Network (53).

serer künftigen Aufgaben ist es, weitere Länder für eine aktive Beteiligung zu gewinnen und das FCTC umzusetzen.

Alkohol

Der Alkoholverbrauch der Europäischen Region ist von allen Regionen der höchste. Die in den 1980er Jahren einsetzende stetige Abnahme des Alkoholkonsums endete Mitte der 1990er. Seitdem blieb das Niveau stabil.

In den Ländern der Region zeigt sich eine klare Tendenz zur Harmonisierung des Konsums auf mittlerem Niveau. Alkoholkonsum enthält als Risikofaktor zwei Aspekte: den Durchschnittsverbrauch und das Trinkverhalten. Hinter dem Durchschnittsverbrauch verbergen sich Schwankungen im individuellen Alkoholkonsum und in den Trinkgewohnheiten. Allerdings sind die negativen Effekte des Alkoholkonsums nicht auf eine leicht zu erkennende Minderheit aus starken Trinkern, Problemtrinkern oder Alkoholikern beschränkt. Viele maßvolle Trinker oder Gelegenheitstrinker leiden auch an alkoholbedingten Problemen, insbesondere wenn sie alkoholische Getränke als Rauschmittel verwenden.

Alkoholkonsum löst oft als positiv wahrgenommene Wirkungen aus, doch verursacht er nach Schätzungen in der Region 5,5% aller Todesfälle und 10,1% der gesamten DALY-Last und liegt damit weit über den geschätzten globalen 3,2% aller Todesfälle und 4,0% der DALY-Last (55–57). Eur-C hat die höchste alkoholbedingte Krankheitslast der Welt zu tragen. Die Belastung der Männer hierdurch ist sehr viel höher als die der Frauen. Für die Mortalität und Morbidität junger Menschen ist Alkohol der wichtigste Risikofaktor.

Die Forschung zeigt einen Kausalzusammenhang zwischen Alkoholkonsum und über 60 Erkrankungen und Verletzungen auf. Es gibt zwar zunehmend Hinweise auf einen möglichen positiven Einfluss von Alkoholkonsum auf gewisse Krankheiten (davon am bemerkenswertesten die ischämischen Herzkrankheiten), doch haben aggregierte Studien dies bisher nicht bestätigen können. Im Gegensatz zu den meisten Risikofaktoren in industrialisierten Ländern – wie Tabak, Bluthochdruck oder erhöhter Cholesterinspiegel – schadet Alkohol der Gesundheit bereits in relativ jungem Alter, mögliche Schutzwirkungen gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen treten dagegen erst spät im Leben auf. Vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheit her kann eine Alkoholpolitik, die sich nicht auf Schadensminderung konzentriert, daher schwere Folgen nicht nur für das Ausmaß der Probleme, sondern auch für die Ausbreitung von Morbidität und Mortalität in allen Altersgruppen haben (58).

Alkohol verursacht Schädigungen an Gesundheit und Gesellschaft, die weit über die Alkoholkonsumenten hinausreichen. Strategien zur Verminderung der alkoholbedingten Schäden verbessern somit nicht nur die Gesundheit und retten Menschenleben, sondern können sich auch breiter auf Gesundheit und Wohlbefinden von Familien, Gemeinschaften und der Gesellschaft insgesamt auswirken (vgl. Wichtige Erkenntnisse für Entscheidungsträger).

Wichtige Erkenntnisse für Entscheidungsträger: Alkohol

Die wirksamste Methode zur Überwindung alkoholbedingter Probleme in der Bevölkerung ist die Umsetzung vielfältiger Grundsatzmaßnahmen, die zu höheren Alkoholpreisen und verminderter Verfügbarkeit von Alkohol führen sowie die Bekämpfung von Alkohol am Steuer und Alkohol für Minderjährige.

Preise

Es gibt gewichtige Belege dafür, dass ein Anheben der Alkoholpreise zu einem Rückgang des Konsums und des Ausmaßes der alkoholbedingten Probleme führt. In den meisten Ländern und besonders in denen mit niedrigen Alkoholsteuern führen steuerbedingte Preiserhöhungen alkoholischer Getränke zu höheren Steuereinnahmen und zu niedrigeren Ausgaben des Staates für alkoholbedingte Schäden. Die Wirkung erhöhter Alkoholpreise und anderer Gegenmaßnahmen variiert von Land

zu Land je nach der vorherrschenden Alkoholkultur und der Unterstützung verschärfter Alkoholbeschränkungen durch die Öffentlichkeit. Die Wirkung auf die alkoholbedingten Schäden ist jedoch eindeutig und die Kosten sind gering. Preiserhöhungen sind also eine kostenwirksame Maßnahme.

Verfügbarkeit

Wirksam sind strengere Zugangsbeschränkungen, insbesondere durch Mindestaltersgrenzen für den Kauf, ein staatliches Einzelhandelsmonopol für Alkohol und die Begrenzung von Verkaufszeiten und Verkaufsstellen.

Alkohol am Steuer

Die meisten Maßnahmen gegen Alkohol am Steuer wie Alkoholkontrollen, Atemtests, niedrigere Promillegrenzen, Führerscheinentzug, gestaffelte Fahrerlaubnis für Anfänger und Kurztherapien für notorische Trunkenheitsfahrer sind

ebenfalls sehr erfolgreich. Sie sind in den meisten Ländern anwendbar und können relativ kostengünstig umgesetzt und aufrechterhalten werden.

Alkoholkonsum Minderjähriger

Wo Jugendalkoholismus als ein besonderes Problem der Alkoholpolitik erkannt wird, kann die Anhebung der Altersgrenze für den Kauf und Verkauf alkoholischer Getränke die unmittelbar wirksamste Maßnahme sein. Zur Verminderung des Alkoholkonsums sind unterschiedliche pädagogische Ansätze entwickelt worden. Auch wenn sie an Popularität gewinnen, so ist ihre Wirksamkeit nur wenig belegt. In ähnlicher Weise zeigen aktuelle Forschungsergebnisse, dass sowohl Alkoholwerbung als auch Verbote solcher Werbung nur begrenzte Auswirkungen auf den Konsum haben.

Quelle: Health Evidence Network (59).

Hoher Cholesterinspiegel

Cholesterin erfüllt in einem gesunden Körper eine wichtige Rolle. Die Leber produziert es in ausreichenden Mengen und Lebensmittel erhalten ebenfalls Cholesterin. Es ist insbesondere in Eiern (Eigelb), Fleisch, Geflügel, Fisch, Meeresfrüchten und Vollmilcherzeugnissen zu finden. Obst, Gemüse und Getreide enthalten kein Cholesterin. Ein hoher Cholesterinblutspiegel ist ein Schlüsselement für die Entwicklung einer Arteriosklerose, also der Anhäufung von

Fettablagerungen an der Innenwand der Arterien. Hauptsächlich als Folge hiervon erhöht Cholesterin das CVD-Risiko.

Im Jahr 2000 verursachten hohe Cholesterinspiegel nach Schätzungen weltweit 18% aller zerebrovaskulären Krankheiten (meist nicht tödliche Erkrankungen) und 56% aller ischämischen Herzkrankheiten. Insgesamt führte dies zu über 4,4 Mio. Sterbefällen (7,9% aller Sterbefälle) und einem Verlust an 40,4 Mio. DALY (2,8% aller DALY) (20). Von dieser globalen Last traten 18% in Eur-C auf. In der Europäischen Region waren 8,7% aller DALY-Verluste auf hohe Cholesterinspiegel zurückzuführen. In den meisten Regionen liegt der weibliche Anteil an den Cholesterin zuschreibbaren Sterbefällen etwas über dem männlichen (60).

Sowohl auf die Bevölkerung als auch auf den Einzelnen gerichtete Ansätze zur Absenkung der Cholesterinwerte sind sinnvoll.

Der auf die ganze Bevölkerung zielende Ansatz sucht niedrigere durchschnittliche Cholesterinblutwerte zu erreichen, indem er die Menschen dazu anregt weniger gesättigte Fette und Cholesterin zu sich zu nehmen, körperlich aktiver zu werden und ihr Gewicht zu kontrollieren. Gesundheitsaufklärung durch elektronische und gedruckte Medien soll eine Absenkung des Cholesterinspiegels um insgesamt 2% erreichen. Auf die Bevölkerung ausgerichtete Strategien zur Senkung des Cholesterinspiegels sind sehr kostenwirksam. Ihre positive Auswirkung in Bezug auf die DALY-Last ist jedoch relativ gering. Ein Schluss, der allerdings auf den Erkenntnissen aus Studien von verhältnismäßig kurzer Dauer beruht. Die Langzeitwirkung über Generationen hinweg ist wahrscheinlich größer, weil generelle Änderungen der Esskultur sich selbst verstärken können (60).

Der individuelle Ansatz tritt für das Erkennen, die Behandlung und Aufklärung der Menschen ein, die aufgrund ihrer erhöhten Cholesterinwerte einem signifikant höheren CVD-Risiko unterliegen. Eine Kombination aus cholesterinsenkenden Mitteln sowie jährlich vier medizinischen Untersuchungen und ein bis zwei Hausbesuchen zur Gesundheitsaufklärung haben sich als kostenwirksam erwiesen (60). Eine weitere wirksame Intervention ist die Aufklärung der Patienten: Eine große systematische Untersuchung hat gezeigt, dass Patientenberatung Ernährungsgewohnheiten verbessern helfen und u. a. zu verminderter Zufuhr von Fett insgesamt sowie von ungesättigtem Fett, dagegen aber zu vermehrtem Verzehr von Obst und Gemüse, führen kann. Intensivere Beratungen und Angebote für Hochrisikopatienten haben allgemein größere Veränderungen bewirkt als weniger intensive Interventionen bei geringfügig gefährdeten Gruppen (60).

Wie bei anderen in diesem Bericht analysierten Risikogruppen so ist auch hier ein sektorübergreifender Ansatz erforderlich, damit in der Bevölkerung nachhaltige Änderungen erreicht werden können. Ein solcher Prozess sollte Arbeitsbeziehungen zwischen Bevölkerungsgruppen und staatlichen Einrichtungen herstellen, die Landwirtschaft und die Lebensmittelindustrie einbeziehen und Initiativen vor Ort mit Schwerpunkt auf Schulen und Arbeitsplätze fördern.

Übergewicht und Adipositas

Übergewicht ist in der Europäischen Region der WHO für ca. 7,8% der gesamten DALY-Last verantwortlich. Es ist ein Risikofaktor für eine Reihe von Erkrankungen, darunter Diabetes, CVD, Gelenkerkrankungen und Krebs. Insgesamt gehen 5% aller Krebserkrankungen in der EU auf Übergewicht zurück. Adipositas wirkt sich sehr negativ auf die Lebensqualität aus. In einigen Ländern verursacht Fettleibigkeit zudem bis zu 7% der gesamten staatlichen Gesundheitskosten.

Die globale Epidemie von Adipositas und Übergewicht bedeutet eine wichtige Herausforderung für eine erfolgreiche Prävention von NCD (vgl. Wichtige Erkenntnisse für

Wichtige Erkenntnisse für Entscheidungsträger: Adipositas

Die Entwicklung der Adipositas hängt stark von genetischen Faktoren ab. Eine erbliche Prädisposition zur Fettsucht ist weit verbreitet. Bei genetischer Veranlagung entscheiden Lebensweise (z. B. Ernährung und körperliche Betätigung) und zwischenmenschliche, verhaltensbezogene, kulturelle und gesellschaftliche Faktoren darüber, ob es zur Adipositas kommt oder nicht.

Das Wissen über die Kostenwirksamkeit verschiedener Maßnahmen gegen Fettsucht ist jedoch beschränkt. Aufgrund des sehr weiten Ergebnisspektrums präventiver Methoden lässt sich deren Kostenwirksamkeit nicht berechnen. Unter den verschiedenen Methoden zur Gewichtsreduzierung verursachen Ernährungsberatung,

Verhaltenstherapie, Umstellung auf fettarme Lebensmittel mit geringerem Energiegehalt und chirurgische Eingriffe im Gegensatz zu Arzneimittel relativ die geringeren Kosten.

Grundsatzüberlegungen

Die meisten wissenschaftlich ausgewerteten Präventionsprogramme für die Bevölkerung haben keine vorteilhafte Wirkung in Bezug auf die Prävalenz der Adipositas gezeigt. Einige Programme sowohl für Erwachsene als auch für Kinder waren allerdings zumindest kurzfristig erfolgreich. Neue Strategien für die Vermittlung des Wissens über Ursachen und Risiken der Adipositas und für den Wandel der Ernährungsgewohnheiten und die Motivation

der Menschen zu mehr körperlicher Betätigung müssen entwickelt und ausgewertet werden. Gleichzeitig sind Grundsatzmaßnahmen auf gesellschaftlicher Ebene erforderlich, um die Prävalenz der Adipositas abzubauen.

Die mit Fettsucht verbundenen Risiken lassen sich unabhängig von der angewandten Methode durch Gewichtsreduktion vermindern. Selbst wenn es nicht zur Gewichtsreduktion kommt, so lassen sich die mit Fettsucht verbundenen Risiken durch erhöhte körperliche Aktivität, Aufgabe des Rauchens und verbesserte Überwachung von Diabetes, Bluthochdruck und erhöhtem Blutfettspiegel vermindern.

Quelle: Health Evidence Network (61).

Entscheidungsträger). In vielen Ländern der Europäischen Region hat über die Hälfte der Erwachsenenbevölkerung die Schwelle zum Übergewicht überschritten und 20–30% aller Erwachsenen sind im klinischen Sinn adipös, zum Beispiel jeder fünfte Erwachsene in Finnland, Deutschland und dem Vereinigten Königreich. In der östlichen Hälfte der Region sind die Zahlen noch höher. Die Tendenz ist fast überall steigend, auch wenn die Zuwachsraten schwanken.

Informationen über aktuelle konzeptionelle Entwicklungen in der Region werden im Abschnitt zu Übergewicht und Adipositas von Kindern in Teil 3 gegeben (S. 69f.).

Geringer Verzehr an Obst und Gemüse

Ein geringer Verzehr an Obst und Gemüse ist ein wichtiger Risikofaktor, dem 4,4% der DALY-Last in der Region zugeschrieben werden können. Obst und Gemüse sind wichtige Bestandteile einer gesunden Ernährung, die wesentliche Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Magen-Darm-Krebs verhüten helfen. Der zu niedrige Verzehr verursacht nach Schätzungen 18% der Darmkrebserkrankungen, 28% der ischämischen Herzkrankheiten und 18% der Schlaganfälle in Europa.

Ein erhöhter Verzehr an Obst und Gemüse birgt das Potenzial wichtiger gesundheitlicher Verbesserungen. Für die 15 EU-Länder vor der Erweiterung im Mai 2005 und für drei der neu hinzu gekommenen Länder wird angenommen, dass eine Erhöhung der gegenwärtig unzureichenden Aufnahme an Obst und Gemüse auf das Niveau der am meisten verzehrenden Gruppe in der Bevölkerung unter 65 Jahren jährlich rund 23 000 Sterbefälle aufgrund koronarer Herzkrankheiten und wichtiger Krebsformen verhüten würde. Ernährung ist für die große, nicht rauchende Mehrzahl der Bevölkerung eine der wichtigsten veränderbaren Determinanten des Krebsrisikos.

Die WHO empfiehlt einen täglichen Verzehr an Obst und Gemüse von mindestens 400 g (49, 62, 63). Seit 1995 schwankt der durchschnittliche Tagesverzehr an Obst und Gemüse in der Region zwischen etwas über 200 g im Vereinigten Königreich und Österreich und unge-

fähr 500 g in Griechenland und Finnland. In Finnland hat sich der durchschnittliche Verzehr binnen relativ kurzer Zeit fast verdreifacht (vgl. Erfolgsgeschichte). Allgemein gibt es ein Süd-Nord-Gefälle, im Süden ist der Verzehr am höchsten.

Die Konsummuster für Lebensmittel sind mit dem Wohlstand der Länder verknüpft (62,63). Sie verändern sich im Lauf der Zeit und hängen auf der Ebene des einzelnen Haushalts gegebenenfalls auch von der Zugänglichkeit und Verfügbarkeit der Lebensmittel ab. Die rapiden Veränderungen in den Lebensweisen, die sich aus der Industrialisierung, der Urbanisierung, der wirtschaftlichen Entwicklung und der Globalisierung der Märkte ergeben, wirken sich signifikant auf den Ernährungszustand der Bevölkerung aus. Auf globaler Ebene deuten fundierte Erkenntnisse auf eine beunruhigende Ernährungsumstellung: Steigender nationaler Wohlstand wird begleitet von einer geänderten Ernährungsweise mit höherem Verbrauch tierischer Produkte, Fette und Öle und einem verminderten Verzehr von Getreideerzeugnissen und Gemüse. In der Europäischen Region gibt es in Ländern wie Griechenland, Portugal und Spanien einige Anzeichen für eine langsame Umstellung von der so genannten mediterranen Kost, die reich an Getreide, Obst und Gemüse ist, auf die an Fleisch- und Milchprodukten reiche nordeuropäische Kost. Aufgrund massiver sozialer und technologischer Umbrüche, die sich auf die Lebensmittelversorgung auswirken, verändern gleichzeitig die Bevölkerungen der GUS rapide ihre Ernährungsgewohnheiten.

Gesundheitspolitische Maßnahmen müssen daher darauf zielen, positive Veränderungen in den Übergangsmustern der Ernährung zu erreichen. Sie sollten den Wunsch nach und die Bezahlbarkeit von gesunder Kost fördern und von ungesunden Ernährungsgewohnheiten wegführen, um die ernährungsbedingten Gesundheitsprobleme wie CVD, Krebs, Adipositas und den nicht primär insulinabhängigen Diabetes mellitus besser in den Griff zu bekommen.

Bewegungsmangel

Bewegungsmangel ist in der Europäischen Region der WHO für ca. 3,5% der gesamten DALY-Last verantwortlich. Industrialisierung, Urbanisierung und motorisierter Verkehr haben die körperliche Aktivität reduziert. Gegenwärtig betätigen sich über 60% der Weltbevölkerung nicht ausreichend körperlich (61). Im Westen der Region sind mehr als 30% der Erwachsenen körperlich nicht aktiv genug und das Aktivitätsniveau fällt weiter (64).

Die Gültigkeit der Daten aus diesem Bereich ist allerdings fraglich. Es gibt nur sehr wenige über Bevölkerungen hinweg vergleichbare Erkenntnisse. Die meisten Informationen werden aus Selbstbefragungen mit uneinheitlichen Methoden und Fragen gewonnen. Außerdem gelten für die Befragten bezüglich Gesundheit unterschiedliche Normen und Erwartungen.

Körperliche Aktivität ist wahrscheinlich eines der kostenwirksamsten Instrumente zur

Wichtige Erkenntnisse für Entscheidungsträger: Bewegungsmangel

Hillsdon & Thorogood (65) haben Studien über Strategien zur Förderung von körperlicher Aktivität untersucht. Sie durchforschten dafür elektronische Datenbanken und Bibliografien, nahmen Kontakt zu Sachverständigen auf und befragten sie zur ihrer aktuellen Arbeit. Bei den untersuchten Studien handelte es sich um randomisierte

kontrollierte Versuche mit gesunden Erwachsenen, die in ihrer eigenen Wohnung lebten. Die unabhängige Variable war das Sportverhalten.

Den Autoren zufolge führten Interventionen, die Wandern und Zu-Fuß-Gehen förderten und nicht das Aufsuchen von Sport- und Gymnastikanlagen erforderten,

mit größerer Wahrscheinlichkeit zu einem nachhaltigen Anstieg der körperlichen Gesamtaktivität. Schnelles Gehen besitzt danach das größte Potenzial für eine Erhöhung des körperlichen Aktivitätsniveaus der sitzenden Bevölkerung und damit für die Erfüllung der Empfehlungen im Sinne der öffentlichen Gesundheit.

Geh- und Wanderaktivitäten für ältere Menschen in Israel

In Israel fördert ein nationales Programm das Wandern älterer Menschen. Konkrete Initiativen vor Ort sollen das Bewusstsein über die Bedeutung des Wanderns für die Gesundheit fördern und Wandergruppen einrichten. Ein Projektkoordinator wirbt in jeder Stadt oder Region Ehrenamtliche als Gruppenleiter an. Dabei handelt es sich um Menschen im Alter von über 60 Jahren, die selbst gerne wandern. Die Ehrenamtlichen nehmen an Schulungen teil und bilden und leiten dann Wandergruppen für ältere Menschen aus ihrer Nachbarschaft.

Daneben fördert das Programm die Sicherheit älterer Fußgänger, die im Straßenverkehr die gefährdetste Gruppe sind. Menschen im Alter von 60 Jahren und darüber machen 11% der Gesamtbevöl-

kerung, aber 40% der verletzten Fußgänger aus. Zur Förderung von sicherem Fußgängerverhalten und von Gesundheit gibt die Straßenverkehrsbehörde an Fußgänger Hüte, Reflektoren, Mitgliedskarten und Handzettel mit Sicherheitshinweisen aus.

Neben den Aktivitäten vor Ort organisiert ein Leitungskomitee zweimal jährlich besondere Sport- und Wanderereignisse: regionale Märsche am Weltgesundheitstag (7. April) und im Oktober einen nationalen Wandertag, der mit dem Internationalen Tag der älteren Menschen zusammenfällt. Tausende nehmen an diesen Veranstaltungen teil und die Teilnehmerzahl wächst von Jahr zu Jahr. 2001 nahmen ca. 6000 Menschen teil.

Quelle: Racioppi F et al. (64).

Förderung der öffentlichen Gesundheit (vgl. Wichtige Erkenntnisse für Entscheidungsträger).
Körperliche Aktivität:

- vermindert das Risiko von Erkrankungen wie CVD, nicht primär insulinabhängigem Diabetes mellitus und Adipositas,
- verringert durch die Verbesserung der körperlichen Koordinierung, des Gleichgewichtssinns und der Kraft das Verletzungsrisiko und kann Stürze älterer Menschen verhüten und
- trägt zum psychischen Wohlbefinden bei.

Gemeinsam mit anderen internationalen und nationalen Organisationen fordert die WHO die Menschen dazu auf, sich mindestens 30 Minuten täglich körperlich zu betätigen. Damit ist jede Körperaktivität gemeint, die zu höherem Energieverbrauch führt. Zu körperlicher Aktivität gehören also Sport aber auch z. B. Wandern (vgl. Erfolgsgeschichte), Radfahren, Spielen, Putzen oder Treppensteigen.

Literatur

1. *World development indicators 2005*. Washington, DC, World Bank, 2005 (<http://www.worldbank.org/data/wdi2005/>, eingesehen am 2. Mai 2005).
2. *Human development report 2004. Cultural liberty in today's diverse world*. New York, United Nations Development Programme, 2004 (<http://hdr.undp.org/reports/global/2004/>, eingesehen am 2. Mai 2005).
3. European health for all database [Online-Datenbank]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 2. Mai 2005).
4. Hertzman C, Siddiqi A. Health and rapid economic change in the late twentieth century. *Social Science and Medicine*, 2000, 51:809–819.
5. Valkonen T. Trends in differential mortality in European countries. In: Vallin J et al., eds. *Trends in mortality and differential mortality*. Strasbourg, Council of Europe Publishing, 2001:185–328 (Population Studies No. 36).
6. Wilkinson R, Marmot M, eds. *Social determinants of health: the solid facts*, 2nd ed. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (http://www.euro.who.int/eprise/main/who/InformationSources/Publications/Catalogue/20020808_2, eingesehen am 27. April 2005).
7. Wall S, Persson G, Weinehall L. Public health in Sweden: facts, vision and lessons. In: Beaglehole R, ed. *Global public health: a new era*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
8. Berkman LF. Seeing the forest and the trees: new visions in social epidemiology. *American Journal of Epidemiology*, 2004, 160:1–2.
9. Marmot M, Wilkinson RG. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ*, 2001, 322:1233–1236.
10. Simonato L et al. Avoidable mortality in Europe 1955–1994: a plea for prevention. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998, 52:624–630.
11. Treurniet HF et al. Avoidable mortality in Europe (1980–1997): a comparison of trends. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58:290–295.
12. Andreev EM et al. The evolving pattern of avoidable mortality in Russia. *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32:437–446.
13. Andreev EM et al. Health expectancy in the Russian Federation: a new perspective on the health divide in Europe. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81(11):778–787.
14. Bajekal M et al. Healthy life expectancy at health authority level. *Health Statistics Quarterly*, 2002, 16:25–37 (http://www.statistics.gov.uk/articles/HSQ/HealthLifeExpectancy_HSQ16.pdf, eingesehen am 27. April 2005).
15. *Healthy life expectancy in Scotland. Executive summary*. Edinburgh, Information and Statistics Division, NHS Scotland, 2004 (http://www.isdscotland.org/isd/files/HLE%20_exec_summary.pdf, eingesehen am 27. April 2005).

16. Murray CJL et al. A critical examination of summary measures of population health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(8):981–994. (<http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2000/issue8/99-0102.pdf>, eingesehen am 27. April 2005).
17. Murray CJL et al., eds. *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545518.pdf>, eingesehen am 27.2005).
18. Ezzati M et al. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004.
19. *The world health report 2004 – Changing history*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/whr/2004/en>, eingesehen am 27. April 2005).
20. *The world health report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002:248 (<http://www.who.int/whr/2002/en>, eingesehen am 27. April 2005).
21. Ezzati et al. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet*, 2003, 362(9380):271–280 .
22. *Humanitarian assistance: mental health in the Balkans*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/mentalhealth/CtryInfo/20030723_1, eingesehen am 27. April 2005).
23. *World report on road traffic injury prevention*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/world-health-day/2004/infomaterials/world_report/en/, eingesehen am 27. April 2005).
24. Racioppi F et al. *Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/E82659.pdf>, eingesehen am 27. April 2005).
25. *Averting AIDS crises in eastern Europe and central Asia*. Washington, DC, World Bank, 2003.
26. *Report on the global AIDS epidemic: 4th global report*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2004 (UNAIDS/04.16E).
27. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV). *HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year Report 2003, No. 70*. Saint Maurice, Institut de Veille Sanitaire, 2004 (<http://www.eurohiv.org>, eingesehen am 27. April 2005).
28. Hamers FF, Downs AM. The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet*, 2004, 364(9428):83–94.
29. Mocroft A et al. Changes in the cause of death among HIV positive subjects across Europe: results from the EuroSIDA study. *AIDS*, 2002, 16:1663–1671.
30. Hamers FF, Downs AM. HIV in central and eastern Europe. *Lancet*, 2003, 361(9362):1035–1046.
31. Dehne K et al. The HIV/AIDS epidemic in eastern Europe: recent patterns and trends and their implications for policy-making. *AIDS*, 1999, 13:741–749.

32. Corbett EL et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with HIV epidemic. *Archives of Internal Medicine*, 2003, 163:1009–1021.
33. *Progress with Roll Back Malaria in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000.
34. *Progress with Roll Back Malaria in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (<http://www.euro.who.int/document/E73499.pdf>, eingesehen am 27. April 2005).
35. *Strategy to Roll Back Malaria in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (<http://www.euro.who.int/document/e67133.pdf>, eingesehen am 27. April 2005).
36. *Intensivierung der Malariabekämpfung in der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2002 (WHO-Regionalkomitee für Europa Resolution EUR/RC52/R10; http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231_3?language=German, eingesehen am 27. April 2005).
37. *Malaria vectors and approaches to their control in malaria-affected countries of the WHO European Region. Report of the Regional Meeting on Vector Biology and Control*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001.
38. *Global tuberculosis control*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, eingesehen am 27. April 2005).
39. *DOTS expansion plan to stop TB in the WHO European Region 2002–2006*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (WHO/HTM/TB/2004.331; <http://www.euro.who.int/document/E77477.pdf>, eingesehen am 27. April 2005).
40. *Intensivierung der Tuberkulosebekämpfung in der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2002 (WHO-Regionalkomitee für Europa Resolution EUR/RC52/R8; http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231_5?language=German, eingesehen am 27. April 2005).
41. *European framework to decrease the burden of TB/HIV*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/E81794.pdf>, eingesehen am 27. April 2005).
42. *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, eingesehen am 12. Mai 2005).
43. *Stop Tuberculosis Initiative*. Geneva, World Health Organization, 2000 (World Health Assembly resolution WHA53.1, http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=WHA&softpage=Browse_Frame_Pg42, eingesehen am 27. April 2005).
44. *Successful prevention of noncommunicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/hpr/successful.prevention.1.shtml>, eingesehen am 27. April 2005).

45. *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva, World Health Organization, 2004 (World Health Assembly resolution WHA57.17, http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf, eingesehen am 2. Mai 2005).
46. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHA57.17, http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf, eingesehen am 27. April 2005).
47. The WHO MONICA project [Website]. Helsinki, National Public Health Institute (KTL), 2005 (<http://www.ktl.fi/monica>, eingesehen am 12. Mai 2005).
48. Tunstall-Pedoe H, ed. *MONICA monograph and multimedia sourcebook. World's largest study of heart disease, stroke, risk factors and population trends 1979–2002*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562234.pdf>, eingesehen am 9. Mai 2005).
49. Mackay J et al. *The atlas of heart disease and stroke*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562768.pdf>, eingesehen am 27. April 2005).
50. *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva, World Health Organization, 1998.
51. *Coventry Evening Telegraph*, 29 July 2004 (http://iccoventry.icnetwork.co.uk/0100news/0100localnews/tm_objectid=14474488%26method=full%26siteid=50003-name_page.html, eingesehen am 27. April 2005)
52. Coventry Teaching Primary Care Trust [Website]. Coventry, National Health Service (<http://www.coventrypct.nhs.uk/>, eingesehen am 27. April 2005).
53. Health Evidence Network. *Was sind die wirksamsten und kostenwirksamsten Maßnahmen zur Tabakbekämpfung?* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2003 (http://www.euro.who.int/HEN/Synthesen/tobcontrol/20030822_1?language=German, eingesehen am 2. Mai 2005).
54. *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/tobacco/framework/en/>, eingesehen am 2. Mai 2005).
55. Rehm J et al. Alcohol as a risk factor for global burden of disease. *European Addiction Research*, 2003, 9:157–164.
56. Rehm J et al., eds. *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004:959–1108.
57. *Global status report on alcohol 2004*. Geneva, World Health Organization, 2004:48–49 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562722_\(425KB\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562722_(425KB).pdf), eingesehen am 27. April 2005).
58. Ashley MJ et al. Beyond ischemic heart disease: are there other health benefits from drinking alcohol? *Contemporary Drug Problems*, 2000, 27:735–777.

59. Health Evidence Network. *Wie lässt sich der Alkoholkonsum am wirksamsten und kostenwirksamsten steuern?* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2004 (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/alcohol/20040219_3?language=German, eingesehen am 2. Mai 2005).
60. Ammerman A et al. *Counseling to promote a healthy diet*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2002.
61. Health Evidence Network. *Welche Ursachen und Folgen der Fettsucht sind bekannt und wie kann sie verhindert werden?* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2004 (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/short/20040908_1?language=German, eingesehen am 2. Mai 2005).
62. Robertson A et al., eds. *Food and health in Europe: a new basis for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (WHO Regional Publications, European Series, No. 96; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/InformationSources/Publications/Catalogue/20040130_8, eingesehen am 16. Dezember 2004).
63. *Ernährung und Gesundheit in Europa: eine neue Grundlage zum Handeln – Zusammenfassung*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2002 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20030224_1?language=German, eingesehen am 16. Dezember 2004).
64. Racioppi F et al. *A physically active life through everyday transport. With a special focus on children and older people and examples and approaches from Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (<http://www.who.dk/document/e75662.pdf>, eingesehen am 27. April 2005).
65. Hillsdon M, Thorogood M. A systematic review of physical activity promotion strategies. *British Journal of Sports Medicine*, 1996, 30(2):84–89.

+

+

+

+

+

GESUNDHEIT
UND
ENTWICKLUNG
VON KINDERN
UND JUGENDLICHEN

Begründung für die Schwerpunktlegung auf Kinder

In diesem Bericht wird die im Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes verwendete Definition von *Kind* zugrunde gelegt: „jeder Mensch, der das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat“ (1). Der allgemeine Begriff *Kindergesundheit* schließt auch Säuglinge, Kinder im Vorschulalter, ältere Kinder und Jugendliche ein. Diese Gruppen lassen sich weiter nach ihrem Entwicklungsstand, den für sie geltenden Gesundheitsrisiken und Gesundheitsdeterminanten und ihren Erfordernissen in Bezug auf gesundheitliche Leistungen und gesundheitspolitische Maßnahmen unterteilen.

Der dritte Teil dieses Berichts ist ähnlich gegliedert wie der allgemeine Überblick in Teil 2. Darin werden Mortalitätsindikatoren ebenso untersucht wie Summenmaße der Krankheitslast (ausgedrückt in DALY) und ausgewählte Morbiditätsindikatoren. Dabei werden Beispiele für angemessene Lösungskonzepte und konkrete Interventionen erläutert. Teil 3 endet mit einer Zusammenfassung der systematischen Bestandsaufnahme der vorliegenden Erkenntnisse über die Faktoren, die die effektive Umsetzung von Krankheitspräventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen für Kinder beeinflussen; diese wurde vom Health Evidence Network beim WHO-Regionalbüro für Europa zusammen mit der Vorbereitung dieses Berichts koordiniert.

Defizite auf dem Gebiet der Kindergesundheit

Wie in Teil 2 angedeutet, weisen die meisten Indikatoren darauf hin, dass es der Gesundheitspolitik in den letzten Jahrzehnten gelungen ist, die Gesundheit der Bevölkerung in der Europäischen Region sowie weltweit insgesamt zu verbessern, wobei jedoch die Ungleichheiten innerhalb der einzelnen Länder wie auch zwischen ihnen weiterhin unannehmbar groß sind und sogar noch zunehmen (2). Die vorliegenden Erkenntnisse belegen deutlich, dass soziale Faktoren für einen Großteil dieser Ungleichheiten verantwortlich sind (3–5) und dass Angehörige sozial benachteiligter Gruppen häufiger krank werden und früher sterben als Menschen in gehobeneren sozialen Positionen (6). Die gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Bekämpfung der wichtigsten Ursachen der Krankheitslast werden daher auch

Gesundheit im Kindesalter bestimmt den Gesundheitszustand während des gesamten Lebens und bis in die nächste Generation. Trotz Verbesserung der Situation insgesamt gibt es hinsichtlich der Gesundheit der Kinder in der Europäischen Region große Unterschiede je nach Alter, Geschlecht, geografischer Lage und sozioökonomischer Stellung, sowohl innerhalb der Länder als auch zwischen ihnen. Dabei verstärken sich die sozialen Ungleichheiten in allen Ländern, insbesondere in der östlichen Hälfte der Region.

Da sich das Bemühen um eine weitestmögliche Verbesserung der Gesundheit und Entwicklung von allen Kindern für die Mitgliedstaaten zu einer immer komplexeren Aufgabe entwickelt, arbeitet das WHO-Regionalbüro für Europa an einer neuen Strategie zu ihrer Unterstützung: einer Strategie zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Europäischen Region. Darüber hinaus benötigen alle Länder bessere Informationen über die Gesundheit von Kindern sowie entsprechende Überwachungssysteme, insbesondere im Hinblick auf soziale Ungleichheiten.

weiterhin hinter den Anforderungen und Möglichkeiten zurückbleiben, solange sie nicht an den zugrunde liegenden Ursachen der Morbidität und Mortalität ansetzen.

Dieses allgemeine Fazit gilt auch für den Bereich der Kindergesundheit. So nehmen beispielsweise die Raten für Sterblichkeit und Mangelernährung bei Kindern weltweit ab, doch bleiben große Ungleichheiten zwischen den Kindern armer und wohlhabenderer Familien sowohl grenzüberschreitend als auch innerhalb der einzelnen Länder bestehen. Und diese Ungleichheiten scheinen sich noch zu verstärken. Die WHO ist daher zu dem Schluss gelangt, dass die Gesundheit von Kindern und Müttern wieder zu einem wichtigen Thema auf der Tagesordnung der Gesundheits- und Bildungsministerien sowie der Vereinten Nationen und anderer Organisationen werden muss (7,8).

Breiter angelegte und gezieltere Interventionen

In vielen Bereichen ist der Handlungsbedarf bekannt, z. B. Senkung der Kindersterblichkeit oder Förderung gesundheitsdienlicher Verhaltensweisen, doch mit den verfügbaren wirksamen Interventionen lassen sich entweder nicht genügend oder nicht die bedürftigsten Menschen erreichen (9). Die Interventionen müssen mehr Kinder und Mütter erreichen, sie müssen in größerem Umfang bereitgestellt werden und es müssen hohe Erfassungsraten erreicht werden, insbesondere unter den anfälligen Gruppen. Längerfristig müssen sich alle Beteiligten an den Bemühungen zur Verbesserung der Kindergesundheit – einschließlich der Regierungen sowie der internationalen und nichtstaatlichen Organisationen – dazu verpflichten, die Kapazitäten für Gesundheitsprogramme auf lokaler Ebene zu steigern. Insbesondere müssen bei Maßnahmen zur Senkung der Krankheitslast und Rettung von Menschenleben die sozialen Determinanten von Gesundheit berücksichtigt werden, da es von ihnen abhängt, ob vorhandenes Wissen und vorhandene Mittel den Bedürftigen zugute kommen. Leider beeinträchtigt die Vernachlässigung dieser Faktoren immer noch die Anstrengungen zur Verbesserung der Gesundheit (10).

Durch eine Verbesserung der Gesundheit der jungen Menschen wird ein erheblicher Beitrag zur Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele geleistet (11).

1. Beseitigung der extremen Armut und des Hungers.
2. Verwirklichung der allgemeinen Primarschulerziehung.
3. Förderung der Gleichstellung der Geschlechter und Stärkung der Rolle der Frauen.
4. Senkung der Kindersterblichkeit.
5. Verbesserung der Gesundheit von Müttern.
6. Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen Krankheiten.
7. Sicherung der ökologischen Nachhaltigkeit.
8. Aufbau einer weltweiten Entwicklungspartnerschaft.

Führende Politiker aus aller Welt haben diese Ziele als Orientierungspunkte für den Handlungsbedarf und das Machbare angenommen und die Gesundheitspolitik dazu aufgefordert, eine Strategie für ihre Verwirklichung zu entwerfen. Darin werden die Armutsbekämpfung und die menschliche Entwicklung zu Eckpfeilern für nachhaltigen sozialen und wirtschaftlichen Fortschritt erklärt (siehe auch S. 83ff.).

Die ersten sieben Ziele betreffen die Bekämpfung von Armut in all ihren Formen. Sie sollen den Teufelskreis von Armut und Krankheit durchbrechen helfen. Eine Verbesserung der Gesundheit steht in deutlichem Zusammenhang mit verbessertem Schulerfolg, der wiederum zu einer Verbesserung der Gesundheit führt. Sowohl Bildung als auch Gesundheit sind Quellen

für Einkommensverbesserungen, die wiederum das Tor zu besseren Bildungschancen, besserer Gesundheitsversorgung und einer gesundheitsförderlichen Umwelt öffnen. Alle Ziele sind für Gesundheit, Wohlergehen und Entwicklung von Kindern von Bedeutung.

Gründe für die Schwerpunktlegung auf Kinder

Der Schwerpunkt dieses Berichts liegt aus zwei Gründen auf Kindern. Erstens werden, wie in Teil 2 erwähnt, in der Europäischen Region der WHO weniger Kinder geboren, sie haben jedoch eine hohe Lebenserwartung. Daher ist es wesentlich, alle Anstrengungen zu unternehmen, damit diese Kinder gesund aufwachsen und bis ins hohe Alter gesund bleiben. Zweitens ist die Kindheit die beste Zeit zum Handeln. Denn in dieser Phase entfalten Maßnahmen zur Förderung einer guten Gesundheit und Prävention von Krankheit auch für das spätere Leben die größte Wirkung.

Eine gesunde Kindheit prägt die Gesundheit im gesamten Leben und hat sogar Auswirkungen auf die nächste Generation. In den ersten Lebensjahren wird die Grundlage dafür gelegt, ob ein Mensch sein gesundheitliches Potenzial ausschöpfen kann. Von der Entwicklung des Gehirns in dieser frühen Lebensphase hängt ab, ob ein Mensch im späteren Leben über die Fähigkeit verfügt, mit Gesundheitsrisiken umzugehen (12). Entwicklungsprobleme in früher Kindheit sind in erheblichem Maße für nichtübertragbare Krankheiten im späteren Leben verantwortlich. Gesundheitsfördernde Maßnahmen in den ersten Lebensjahren entfalten die größte Wirkung.

Darüber hinaus sollte durch Krankheitsbekämpfung und -prävention den negativen Einflüssen auf die Gesundheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt entgegengewirkt werden, damit sich etwaige Probleme nicht in die nächsten Entwicklungsphasen übertragen. Jede Phase in der Entwicklung eines Kindes bildet weitgehend den Grundstein für die nächste. Deshalb ist es wichtig, Risiken schon bei ihrer Entstehung zu erkennen. Somit bauen die sinnvollsten Konzepte zur Förderung der Gesundheit von Kindern auf frühzeitigen und gezielten Interventionen auf.

Abgesehen von den gesundheitspolitischen Argumenten und der moralischen Verpflichtung sind Investitionen in die Gesundheit von Kindern auch ökonomisch sinnvoll, da sie sich in der Tat für den Einzelnen wie auch für die Gesellschaft insgesamt auszahlen. So sind diese Investitionen Aufgabe der Gesellschaft und müssen über das Gesundheitswesen hinausgehen.

Unter den Kindern in der Region gibt es je nach Alter, Geschlecht, Herkunft und sozioökonomischer Stellung erhebliche gesundheitliche Unterschiede, sowohl zwischen den als auch innerhalb der einzelnen Mitgliedstaaten; deshalb müssen allgemeine Konzepte im Hinblick auf ihre nachhaltige Umsetzung an die sehr unterschiedlichen Lebensumstände der Kinder und Familien angepasst werden. Wie bereits erwähnt, verbergen sich hinter den insgesamt erzielten Verbesserungen bei den Durchschnittswerten für eine Reihe konventioneller Gesundheitsindikatoren die zunehmenden sozialen Ungleichheiten in allen Ländern, insbesondere im östlichen Teil der Region. Selbst in den 15 wohlhabenderen Ländern der EU vor ihrer Erweiterung im Mai 2004 standen nach Schätzungen ca. 30–50% aller Todesfälle und gesundheitlichen Probleme bei Kindern in Verbindung mit der niedrigen sozioökonomischen Stellung ihrer Eltern (13). Darüber hinaus ist das soziale Gefälle innerhalb von Ländern meist steiler als zwischen Ländern. Deshalb wird die Gewährleistung der geeigneten Rahmenbedingungen für eine optimale Gesundheit und Entwicklung aller Kinder für die Gesundheitssysteme zu einer immer komplexeren Aufgabe.

Neue Strategie

Weltweit wächst die Übereinstimmung darüber, dass für diese Aufgabe ein neuer Ansatz erforderlich ist. Nach einer Resolution des WHO-Regionalkomitees für Europa aus dem Jahr 2003 (14) arbeitet das Regionalbüro für Europa an einer Strategie für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Europäischen Region (15). Diese soll den Mitgliedstaaten keine Zwänge auferlegen, sondern ihnen vielmehr bei der Ausarbeitung ihrer eigenen Konzepte und Programme helfen. In der Strategie werden die wichtigsten Herausforderungen für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen benannt und vor allem Möglichkeiten entsprechend den Erkenntnissen und Erfahrungen der WHO in den letzten Jahren aufgezeigt. Die Strategie und das dazu gehörige Instrumentarium werden es den Mitgliedstaaten ermöglichen, etwaige Defizite in ihren Plänen zu identifizieren und ihre Prioritäten für künftige Investitionen festzulegen. Aufgrund der jeweils unterschiedlichen Bedingungen muss jedes Land in der Region seine Prioritäten selbst bestimmen. Alle Länder können ihre eigenen Ziele gemäß ihren Gegebenheiten und Möglichkeiten wählen. Zwar sind die Grundsätze und Lösungskonzepte, auf denen die Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen basieren, allgemein gültig, doch kann sich in einer so heterogenen Region die Art ihrer Anwendung von Land zu Land unterscheiden.

All diese Konzepte haben grundlegende Gemeinsamkeiten: Sie müssen sachgerecht, breit angelegt und stärker auf die benachteiligten Bevölkerungsgruppen ausgerichtet sein (vgl. S. 86ff.). Wenn auch stärkere Anstrengungen und natürlich ein verstärkter Mitteleinsatz nötig sind, um die verfügbaren bekanntermaßen wirksamen Interventionen erfolgreich durchzuführen, so ist doch eines klar: Verzögerungen bei Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern haben nicht in erster Linie mit fehlenden Erkenntnissen zu tun, sondern vielmehr mit der für das Erreichen wesentlicher Verbesserungen erforderlichen Zielstrebigkeit. Dabei bietet insbesondere das Wirtschaftswachstum in den meisten östlichen Ländern der Region in jüngster Zeit die Gelegenheit, die Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern Gewinn bringend auszubauen.

Das Ziel ist eine vollständige Erfassung der Kinder aus allen sozialen Schichten und ethnischen Gruppen durch das erreichbare Höchstmaß an öffentlicher Gesundheitsversorgung. Diese muss durch den Zugang zu hochwertigen Gesundheitsdiensten ergänzt werden, die unverzichtbare Leistungen erbringen können. Dieser kurze Bericht erfasst nicht die Gesundheitsleistungen, sondern zielt primär auf Indikatoren auf Bevölkerungsebene ab, die für die öffentliche Gesundheit von Belang sind. Bei der Ausarbeitung des Berichts wurde deutlich, dass es keine ausreichenden Informationen über die Gesundheit von Kindern gibt. Hierauf wird später näher eingegangen. Allgemein benötigen alle Länder bessere Informationen über die Kindergesundheit sowie entsprechende Kontrollsysteme für Kindergesundheit, insbesondere in Bezug auf soziale Ungleichheit.

Informationen über die Kindergesundheit

Allgemein sind zuverlässige Daten über die Gesundheit von Kindern immer noch überraschend schwer zu erhalten. Leider sind die vorhandenen Daten oft ungenau, unvollständig oder widersprüchlich. Die zum Abruf und zur Präsentation von Daten verwendeten Methoden unterscheiden sich von Land zu Land erheblich, was die Analyse zusätzlich erschwert. Ein besonderes Problem stellt das Fehlen von Daten über die gesamte Kinderbevölkerung (d. h. die Altersgruppe bis 17 Jahre) dar. Ein stärker standardisiertes Konzept könnte nicht nur dazu beitragen, die Wissensbasis über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auszubauen, son-

dern auch den Politikern zuverlässigere Informationen für ihre Entscheidungen an die Hand zu geben.

Insbesondere bestehen in einigen Ländern Meldelücken bei der Sterblichkeitsrate von Neugeborenen, Kleinkindern und Kindern, vor allem in der Kaukasusregion und in Zentralasien, wo die international übliche Definition von Lebendgeburt erst seit kurzem verwendet wird. Meldelücken sind auch in einigen Ländern des Balkans ein Problem. Haushaltserhebungen in einigen dieser Länder in den 1990er Jahren führten zu Mortalitätsschätzungen, die wesentlich über den auf Meldedaten beruhenden offiziellen Zahlen liegen. Auch die offiziell angegebenen Impfraten der Kinder weichen manchmal von den durch Haushaltserhebungen ermittelten Werten ab (16).

Aufgrund dieser Unterschiede vereinbarten die WHO, das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF), die Abteilung Bevölkerungsfragen der Vereinten Nationen und die Weltbank im Mai 2004, regelmäßig gemeinsame Maßnahmen durchzuführen, um die Mortalitätsschätzungen zu verbessern. Danach legten WHO und UNICEF für den Zeitraum 1990–2003 eine schlüssige, nach Ländern aufgeschlüsselte Reihe von Mortalitätsraten für Kinder unter 5 Jahren vor; diese ergeben sich allerdings teilweise nicht direkt aus den gemeldeten Daten und sollten daher als beste Schätzungen der WHO verstanden werden, nicht als offizielle Stellungnahmen der Mitgliedstaaten. Die WHO hat diese Daten mit Unsicherheitsspannen veröffentlicht und für jedes Land die plausible Spanne zwischen den hohen und den niedrigen Schätzungen angezeigt (8). Abb. 5 zeigt die Unsicherheitsspannen im Verhältnis zu den offiziell gemeldeten Daten. In einer Reihe von Ländern der Gruppen Eur-B und C, hauptsächlich in der Kaukasusregion und in Zentralasien, liegt selbst die niedrige Schätzung der WHO noch erheblich höher als die amtlichen Zahlen (zu den Schätzungen der WHO über die Mittelpunkte der Unsicherheitsspannen vgl. Tabelle 2 im Anhang). Während die Raten in der Gruppe Eur-A um 5 Todesfälle pro 1000 Lebendgeburten liegen, werden sie für einige Länder Zentralasiens auf über 100 pro 1000 geschätzt.

Leider stammen die Gesundheitsdaten für sozioökonomische Untergruppen hauptsächlich aus Forschungsstudien oder Bevölkerungserhebungen. Dabei verschleiern die Länderdurchschnitte meist die Unterschiede zwischen solchen Untergruppen, z. B. die gesundheitliche Realität von Menschen ohne festen Wohnsitz, einschließlich Obdachloser und Flüchtlinge, oder die Folgen von Behinderungen für den Zugang zu Dienstleistungen wie Bildung.

Ein weiteres schwerwiegendes Problem ist der Mangel an ausreichenden Informationen auf Bevölkerungsebene über die positiven Aspekte der Gesundheit und Entwicklung von Kindern.

Das WHO-Regionalbüro für Europa hat eine besondere Erhebung durchgeführt, um bei der Zusammenstellung und Präsentation von Daten über Kindergesundheit den Übergang zu einem stärker kinderzentrierten Ansatz zu fördern. Das Regionalbüro hat die Datenspezifikationen – die auf den Empfehlungen des CHILD-Projektes über Indikatoren für Kindergesundheit basierten (18,19) – an alle 52 Mitgliedstaaten in der Region verschickt und sie aufgefordert, Ansprechpartner zu benennen. Die Ansprechpartner haben bis September 2004 die verfügbaren Daten vorgelegt, die zu den beim Regionalbüro bereits vorhandenen Daten hinzugefügt wurden. Für die Analysen in diesem Bericht wurden alle Daten selektiv genutzt (vgl. Anhang Tabelle 6).

Die übergeordnete Schlussfolgerung lautet, dass die benötigten Daten in keinem Land in einer einzigen zentralen Datenbank vorliegen und dass ihre Zusammenstellung besondere Anstrengungen und Mittel erforderlich macht. Daher werden die vorliegenden Daten über die Gesundheit von Kindern mit hoher Wahrscheinlichkeit zu wenig genutzt.

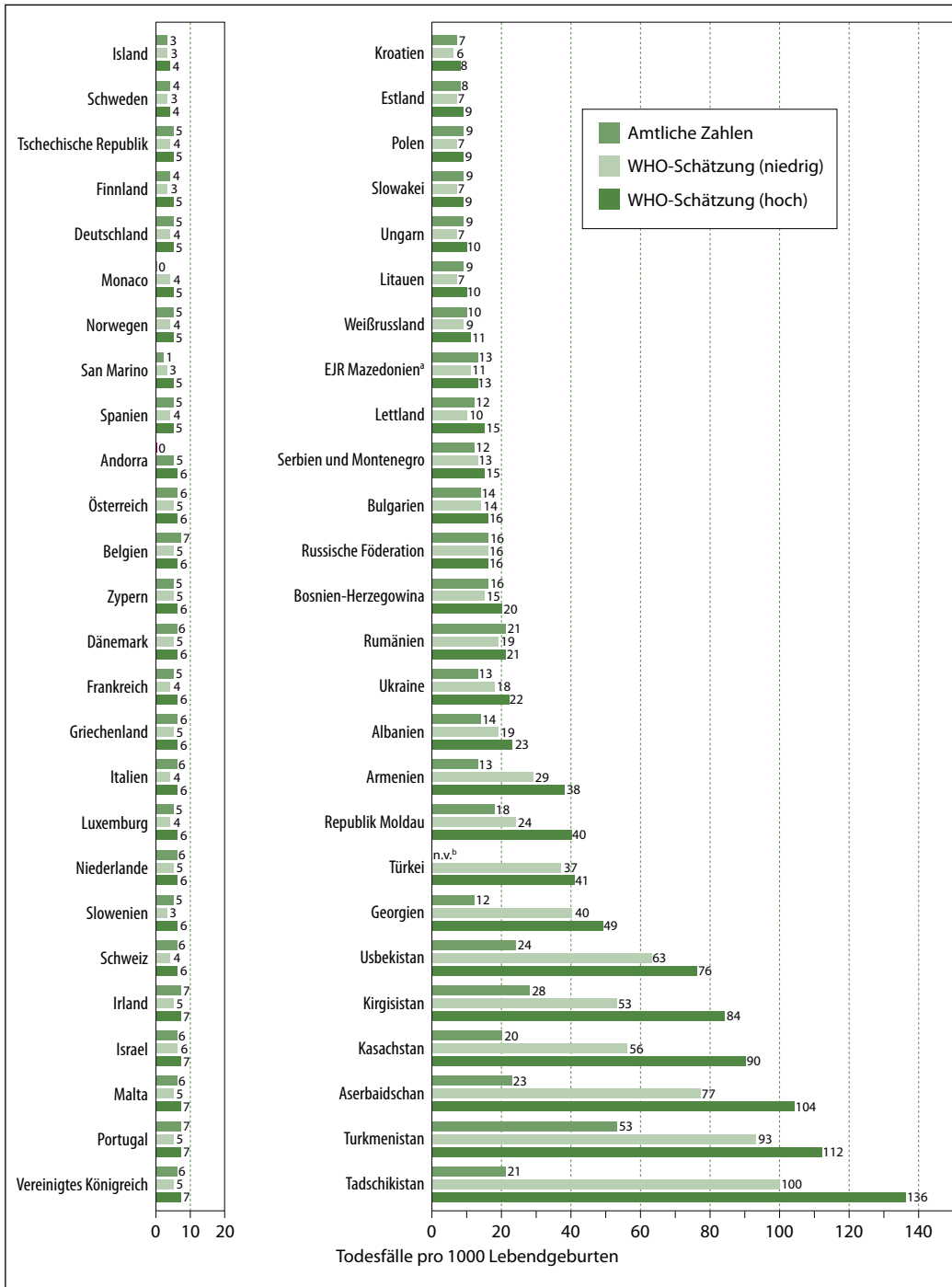


Abb. 5: Amtliche Zahlen und Schätzungen der WHO über Todesfälle bei Kindern unter 5 Jahren in der Europäischen Region der WHO (2003)

^a Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien.
^b n. v.= nicht verfügbar.
 Quelle: Amtliche Schätzungen aus der Europäischen GFA-Datenbank (17); Schätzungen der WHO aus dem Weltgesundheitsbericht 2005 (8).

Die Entwicklung dieses Berichts war ein interaktiver Vorgang, an dem verschiedene Abteilungen und Programme innerhalb des Regionalbüros und des Hauptbüros der WHO, bestimmte andere Organisationen und einzelne Sachverständige beteiligt waren. Vor allem die Datenbanken des WHO-Hauptbüros – die Datenbank zur globalen Krankheitslast (20) und die Global InfoBase der WHO (21) – haben für jeden Mitgliedstaat in der Europäischen Region der WHO Schätzungen zur Krankheitslast der Kinder beigesteuert.

Die wichtigsten Ursachen der Krankheitslast

Die Ursachen für Todesfälle und Gesundheitsverlust bei Kindern (und die entsprechenden Raten) sind innerhalb der Region sehr uneinheitlich. Allgemein haben die östlichen Mitgliedstaaten eine höhere Mortalitäts- und Morbiditätsrate bei Atemwegs- und Infektionserkrankungen, Unfällen und Vergiftungen. Dagegen verzeichnen die westlichen Länder einen dramatischen Anstieg der Asthma- und Adipositasraten, während ihre Mortalitätsraten geringer sind. Durch Impfung vermeidbare Krankheiten bleiben in der gesamten Region ein Problem. Die verschiedenen Muster für die Gesundheit von Kindern und Erwachsenen unterstreichen die Notwendigkeit, dass die Länder für die beiden Bereiche einander ergänzende Gesundheitsstrategien ausarbeiten.

Überblick

Allgemein spiegelt der Gesundheitszustand der Kinder in den 52 Ländern der Europäischen Region der WHO die sich öffnende Schere zwischen Ost und West bei Erwachsenen wider. Dabei verschlechtert sich der Gesundheitszustand von Eur-A nach B und C. Abweichend von diesem Muster jedoch ist infolge der starken Verbreitung von Atemwegserkrankungen und Infektionskrankheiten die Gesamtkindersterblichkeit in Eur-B höher als in Eur-C. In Eur-A ist die Sterblichkeitsrate aufgrund solcher Ursachen bereits sehr niedrig, was auch eine niedrigere Krankheitsbelastung insgesamt bedeutet. Doch zu den Krankheitsmustern gehören auch verhältnismäßig mehr nichtübertragbare Krankheiten, die

aus einem komplexen Wechselspiel zwischen Erbanlagen, Verhalten und Umwelt resultieren, z. B. Asthma und Allergien, Diabetes, Adipositas und neuropsychiatrische Störungen.

Insgesamt haben die Länder der Region erhebliche Fortschritte bei der Senkung von Mortalität und Morbidität aufgrund akuter Erkrankungen erzielt, wenn auch in vielen Ländern der Zone Eur-B und C, insbesondere in der Türkei und den Ländern des Kaukasus und Zentralasiens, weiterhin erhebliche Probleme bestehen.

Unbeabsichtigte und vorsätzliche Verletzungen ereignen sich in allen Ländern immer noch deutlich zu häufig. Darüber hinaus gibt es in zahlreichen Ländern vermehrt Hinweise auf zunehmende Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung.

Dieser Abschnitt von Teil 3 beginnt mit einer Analyse der Mortalität in der Altersgruppe bis 14 Jahre, die einen wertvollen Einblick in den Zustand der Kindergesundheit ermöglicht. Auch die sich anschließende Analyse der DALY-Schätzungen für diese Altersgruppe erlaubt nützliche Erkenntnisse. Der Abschnitt endet mit der Prüfung zweier zusätzlicher Indikatoren für Kindergesundheit: weitgehend vermeidbare Krankheiten und sehr komplexe Erkrankungen.

Kindersterblichkeit

Der Tod von Kindern ist von allen gesundheitlichen Folgen die inakzeptabelste. Die daraus entstehende Belastung für die Familie kann viele Jahre anhalten. Außerdem spielen dabei sowohl unmittelbare als auch weiter entfernte Gesundheitsdeterminanten (einschließlich Gesundheitspolitik) und die dabei entstehenden Ungleichheiten eine besondere Rolle. Dieser Abschnitt befasst sich mit den Todesfällen von Kindern in verschiedenen Altersgruppen.

Die Ergebnisse für die Gesamtsterblichkeit fallen in Eur-C etwas günstiger aus als in Eur-B, wo viele Länder eine erhöhte Kindersterblichkeit aufweisen. Für die Erwachsenen gilt im Allgemeinen das Gegenteil, wie aus Teil 2 hervorgeht. Im weltweiten Vergleich jedoch haben sowohl Eur-B als auch Eur-C eine niedrige Kindersterblichkeitsrate. Auch sind die Unterschiede zwischen den beiden Ländergruppen gering im Vergleich mit den Unterschieden

zu Eur-A, wo die Kindersterblichkeit sehr niedrig ist. Diese unterschiedliche Verteilung von Kinder- und Erwachsenengesundheit unterstreicht die Notwendigkeit, dass die Mitgliedstaaten für die beiden Bereiche einander ergänzende Gesundheitsstrategien ausarbeiten.

Kinder unter 5 Jahre

Allgemein ist die Zahl der Sterbefälle bei Säuglingen und bei Kindern im Alter von 1-4 Jahren in den meisten Staaten der Europäischen Region zurückgegangen, wenn auch mit unterschiedlicher Geschwindigkeit. Dabei wurden vor allem in den Ländern der Kaukasusregion und Zentralasiens, die in der Altersgruppe unter 5 Jahren eine sehr hohe Sterblichkeitsrate verzeichnen, im Zeitraum 1995–2003 (8) nur äußerst geringe Fortschritte erzielt. Dadurch hat sich die Kluft zwischen den Ländern der Region weiter ausgeweitet.

Säuglinge

Die Sterblichkeitsraten für Kinder unter einem Jahr sind in der Region insgesamt weiter rückläufig. Der Durchschnitt für Eur-A beträgt 4,6 Todesfälle pro 1000 Lebendgeburten. Der Wert für Eur-B ist weiterhin sehr hoch (25,8 pro 1000) und Fortschritte kamen im Zeitraum 1998–2002 zum Erliegen, während sich der Durchschnitt für Eur-C erheblich verbesserte und 2003 bei 11,7 pro 1000 Lebendgeburten lag.

Als Einzelursachen waren perinatale Erkrankungen in den Ländergruppen Eur-A, B und C für 50, 35 bzw. 44% der Todesfälle bei Säuglingen verantwortlich. Die durch Infektions- und Parasitenkrankheiten bedingte Sterblichkeit in Eur-A (8 pro 100 000 Kinder unter einem Jahr) beträgt nur ein Fünfteil des in Eur-B verzeichneten Wertes (126 pro 100 000). Der Wert für Eur-C liegt dazwischen (58 pro 100 000). Für die Sterblichkeitsrate infolge von Atemwegserkrankungen fallen die Unterschiede sogar noch größer aus. Sie beträgt ca. 6,6 pro 100 000 in der Ländergruppe Eur-A, dagegen 480 in Eur-B und 119 in Eur-C.

Wie bereits erläutert, sind Analysen der sozioökonomischen Unterschiede in Bezug auf Sterblichkeit und andere Indikatoren für Kindergesundheit noch nicht weit verbreitet, obwohl Wissenschaftler wie Regierungen soziale Ungleichheiten zur Priorität in der Gesundheitspolitik erklärt haben. Das in Abb. 6 gezeigte Beispiel unterstreicht die Bedeutung der sozialen Variablen und stellt die postneonatale Sterblichkeit in sechs GUS-Staaten im Verhältnis zum Bildungsniveau der Mütter dar. Die Werte wurden durch Bevölkerungserhebungen ermittelt und ergeben für einige Länder Unterschiede in der Größenordnung von 1:3 bis 1:5.

Kinder im Alter von 1–4 Jahren

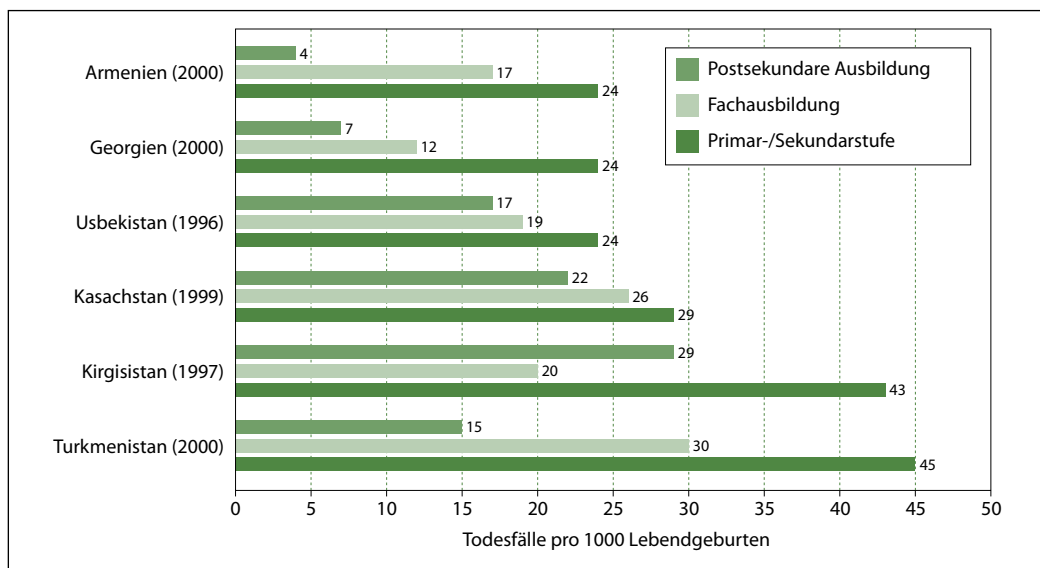
Die Berichterstattung über Kinder im Alter von 1–4 Jahren ist in Ländern der Region mit regulären Meldesystemen weitgehend vollständig, sodass Unterschiede hinsichtlich der Gesamtsterblichkeitsraten der Ländergruppen im Rahmen dieses Berichts nicht überprüft wurden. Wie Abb. 7 zeigt, gibt es insbesondere in Eur-B noch erheblichen Spielraum für Verbesserungen.

In dieser Altersgruppe sind die Sterblichkeitsraten in Eur-A am niedrigsten. Im Vergleich dazu sind die Gesamtsterblichkeitsraten in Eur-B und C sechs- bzw. dreimal, die Zahl der Todesfälle aufgrund äußerer Ursachen etwa viermal so hoch.

Atemwegserkrankungen sind mit 45% aller Sterbefälle die häufigste Todesursache in Eur-B. Tatsächlich ist die überhöhte Sterblichkeit aufgrund dieser Krankheiten die Hauptursache für die höhere Gesamtsterblichkeit in Eur-B gegenüber Eur-C. Die Sterblichkeit aufgrund einzelner Ursachen (z. B. akute Atemwegserkrankungen, Lungenentzündung und Influenza) innerhalb

Abb. 6:
Postneonatale
Sterblichkeit
in sechs GUS-
Staaten und
Bildungsniveau
der Mütter

Hinweis: Die Zahlen betreffen jeweils die postneonatale Sterblichkeit in den 10 Jahren vor den Erhebungen.
Quelle: Daten aus *Reproductive, maternal and child health in eastern Europe and Eurasia: a comparative report* (22).



dieser Gruppe weist Unterschiede zwischen den verschiedenen Ländern in bis zu dreistelliger Höhe auf.

Todesfälle aufgrund von Infektions- und Parasitenkrankheiten – die relativ leicht zu vermeiden sind – kommen in Eur-B häufiger vor, während in Eur-C angeborene Missbildungen als Todesursache entsprechend häufiger vorkommen. Die Krebssterblichkeit ist relativ gleichmäßig über die Region verteilt.

Interventionen bei Kindern unter 5 Jahren

In den Ländern mit hoher Sterblichkeit in der Altersgruppe unter 5 Jahren stehen einige evidenzbasierte Interventionen zur Verfügung und sind auch praktisch durchführbar. Analysen haben ergeben, dass bei konsequenter Durchführung bestimmter Interventionen mit einem hohen Erfassungsgrad etwa zwei Drittel der derartigen Todesfälle vermieden werden könnten. Die WHO hat im Hinblick auf die Schaffung integrierter Leitlinien einige dieser Interventionen kombiniert und Instrumente zur Erleichterung ihrer gleichzeitigen Erbringung entwickelt. Eine Reihe zentraler Instrumente zur Verbesserung der Kompetenz der Beschäftigten des Gesundheitswesens und der Kapazitäten des Gesundheitssystems sowie der hausärztlichen und gemeindenahen Versorgung stehen bereits zur Verfügung, andere werden derzeit entwickelt. Zu diesen Strategien gehören:

- integriertes Management von Schwangerschaft und Entbindung (23), einschließlich vorgeburtlicher Versorgung, qualifizierter Geburtshilfe, postnataler Versorgung und Unterstützung für geeignete Maßnahmen der häuslichen Pflege,
- integriertes Management von Kinderkrankheiten (IMCI) (24), einschließlich Fallmanagement bei Kindern bis zu 4 Jahren und Unterstützung für geeignete Maßnahmen der häuslichen Pflege (vgl. Kasten),
- erweitertes Immunisierungsprogramm (25) und
- die Globale Strategie für die Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern (26).

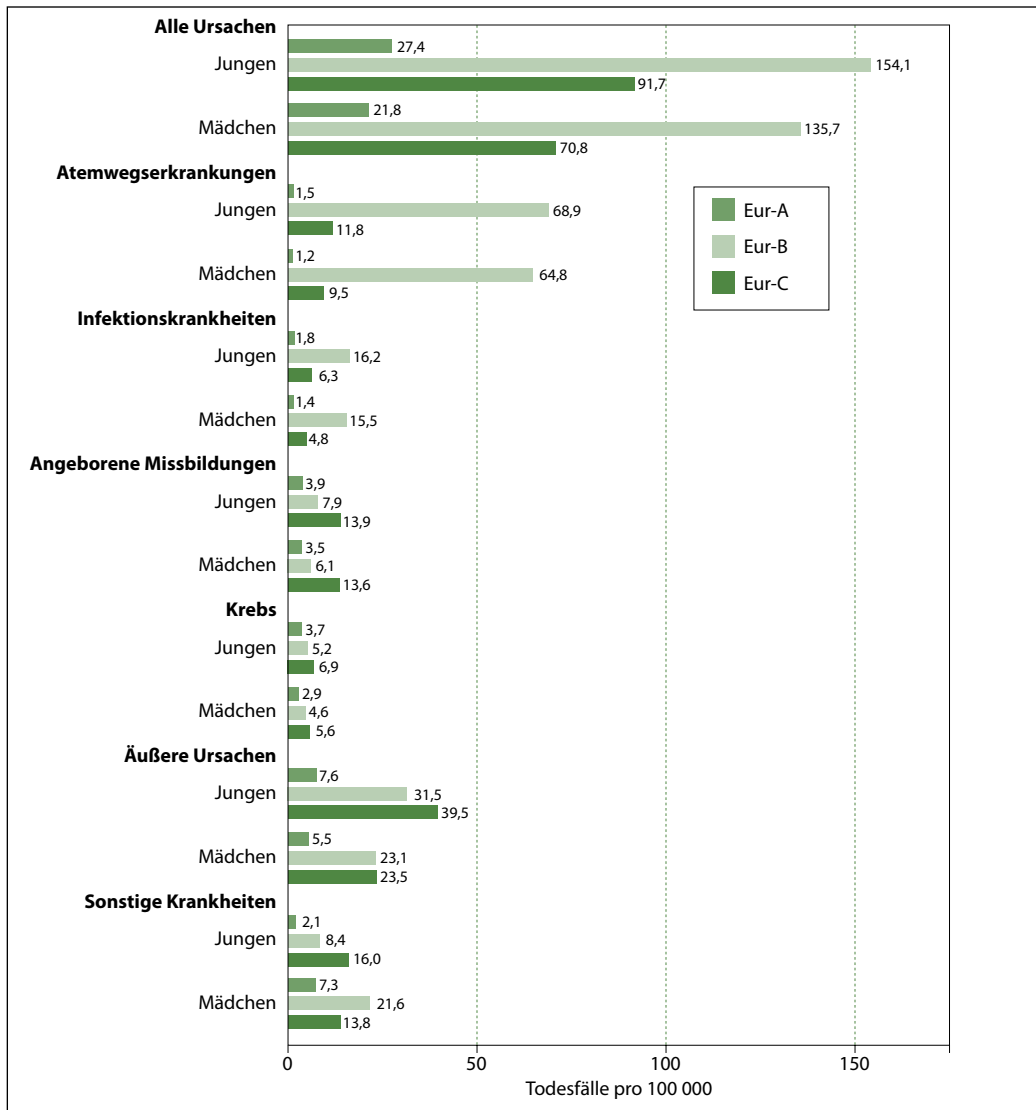


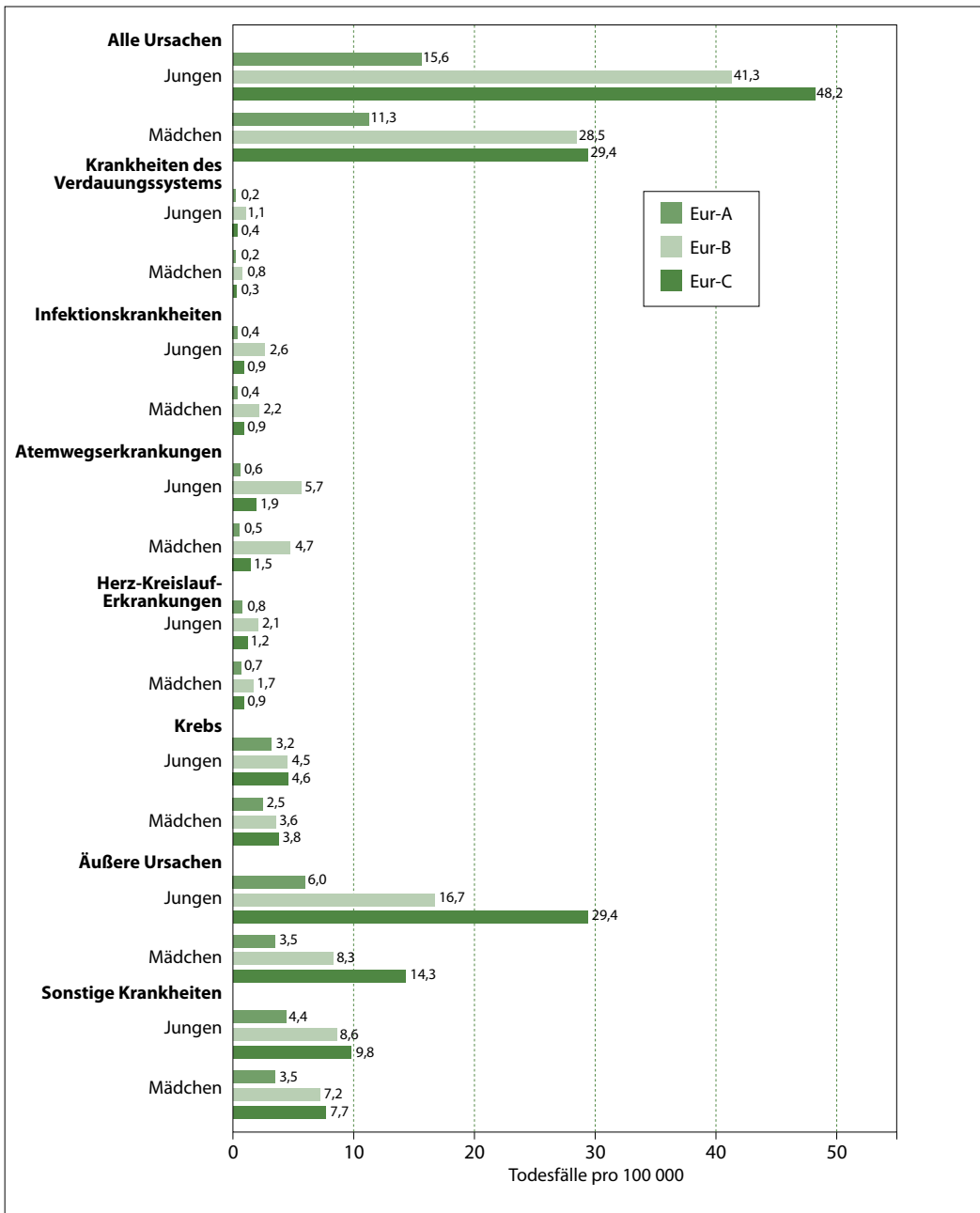
Abb. 7:
Sterblichkeit
bei Kindern
von 1–4 Jahren
in Eur-A, B
und C nach
Hauptursachen
und Geschlecht
(2003)

Quelle: Europäische
GFA-Datenbank (17).

Das WHO-Regionalbüro für Europa hat 1997 in Partnerschaft mit UNICEF die IMCI-Strategie für die Europäische Region auf den Weg gebracht. Diese Strategie verbindet ein verbessertes Management von Kinderkrankheiten mit Elementen aus den Bereichen Ernährung, Immunisierung und anderen Bereichen, die für die Kindergesundheit von Belang sind. IMCI zielt auf eine Senkung der Sterblichkeit, Verringerung der Häufigkeit und des Schweregrads von Krankheiten und Behinderungen sowie auf eine Förderung von Wachstum und Entwicklung ab. Die wichtigsten Interventionen bilden zusammen das integrierte Management der fünf wichtigsten Todesursachen im Kindesalter: akute Atemwegserkrankungen, Durchfallerkrankungen, Masern, Malaria und Unterernährung.

Zum integrierten Management gehört ein breites Spektrum von präventiven und kurativen Maßnahmen zur Verbesserung der Praxis in Einrichtungen des Gesundheitswesens wie auch zu Hause. Dabei richtet sich die Kombination von Maßnahmen in den einzelnen Ländern nach den vor Ort herrschenden Bedingungen sowie epidemiologischen und anderen Gegebenheiten.

Abb. 8:
Sterblichkeit bei
Kindern von 5–14
Jahren in Eur-A,
B und C nach
Hauptursachen
und Geschlecht
(2003)



Quelle: Europäische
GFA-Datenbank (17).

Kinder im Alter von 5–14 Jahren

Über die Sterblichkeit bei älteren Kindern wird weniger häufig diskutiert, doch ist die Analyse für ein besseres Verständnis der Gesundheit von Kindern in diesen Entwicklungsstadien und insgesamt von wesentlicher Bedeutung. Wie aus Abb. 8 hervorgeht, ist die Gesamtsterblichkeitsrate für diese Altersgruppe in den Ländergruppen Eur-B und C 2,6- bzw. 3-mal so hoch wie in Eur-A. Eur-B weist zusätzlich zu der stark erhöhten Rate für äußere Ursachen eine extrem hohe Sterblichkeit infolge von Infektions- und Atemwegserkrankungen auf, während Eur-C vor allem eine hohe Sterblichkeitsrate infolge äußerer Ursachen sowie hohe Werte in der Kategorie sonstige Krankheiten verzeichnet.

Äußere Todesursachen sind in der gesamten Region die wichtigste Ursachengruppe, besonders deutlich in Eur-C, wo sie für mehr als 50% aller Todesfälle verantwortlich sind. Die Raten in Eur-B und C sind 2,6- bzw. 4,6-mal so hoch wie in Eur-A. Die überhöhte Sterblichkeit infolge äußerer Ursachen wie Verletzungen und Vergiftungen ist die Hauptursache dafür, dass die Gesamtsterblichkeitsrate in Eur-C höher ausfällt als in Eur-B. Diese Situation ist weitgehend auf die extrem hohe Rate in der Russischen Föderation mit ihrer relativ großen Bevölkerung zurückzuführen (für Erkenntnisse über Interventionen zur Verringerung der Zahl von Verletzungen s. S. 77). Die Sterblichkeit aufgrund nahezu aller anderen Todesursachen ist in Eur-C niedriger als in Eur-B.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen entwickeln sich in dieser Altersgruppe zu einer signifikanten Todesursache, während die Bedeutung von angeborenen Missbildungen zurückgeht. Auch Infektions- und Parasitenkrankheiten sowie Atemwegserkrankungen spielen eine verhältnismäßig geringere Rolle. Dennoch ist die Sterblichkeitsrate infolge von Infektionskrankheiten in Eur-B und C 6- bzw. 2,4-mal so hoch wie in Eur-A, bei der Sterblichkeit infolge von Atemwegserkrankungen ist sie 10- bzw. 3-mal so hoch. Die Krebssterblichkeit ist zwischen den drei Ländergruppen nach wie vor relativ gleichmäßig verteilt.

Gesamtsterblichkeit in der Altersgruppe bis 14 Jahre

In Tabelle 14 werden die vorstehend im Einzelnen erläuterten altersspezifischen Abweichungen bezüglich der Kindersterblichkeit zusammengefasst. Die Sterblichkeit aufgrund aller Ursachen ist in Eur-B und C etwa 3,4- bzw. 2,8-mal so hoch wie in Eur-A. Erkrankungen des Atemtraktes sind in der Region die häufigste Todesursache bei Kindern unter 14 Jahren. Besonders deutlich ist dies in Eur-B, wo die Rate 47-mal höher liegt als in Eur-A. Zwar hat sich in den letzten beiden Jahrzehnten in allen drei Ländergruppen die Zahl der Todesfälle aufgrund von Atemwegserkrankungen halbiert, doch sind diese in Eur-B nach wie vor von größter Dringlichkeit. Die für Erkrankungen der Atemwege verantwortlichen Risikofaktoren sind eindeutig weiterhin ein sehr wichtiger Grund für die Unterschiede in der Kindersterblichkeit innerhalb der Region.

Neben den Atemwegserkrankungen sind auch angeborene Anomalien eine sehr wichtige Todesursache in den meisten Ländern, insbesondere in Eur-C. Sie treten überwiegend bei Kindern unter 5 Jahren in Erscheinung. Die Mortalität aufgrund dieser Ursache lässt sich nur schwer vergleichen und interpretieren. Dies ist auf Unterschiede in der Meldepraxis sowie auf die Auswirkungen der unterschiedlichen Untersuchungsverfahren, spezialisierten Behandlungen und jeweiligen staatlichen Maßnahmen für Kinder mit Missbildungen zurückzuführen.

Kurz dahinter folgen die äußeren Ursachen Verletzungen und Vergiftungen. Die Raten in Eur-C sind 5-mal so hoch wie in Eur-A. Die im Vergleich zu Eur-C geringfügig niedrigen Raten in Eur-B können auf eine geringere Anzahl von Kraftfahrzeugen pro Kopf zurückzuführen sein, doch spielt die Entwicklung des gesellschaftlichen Umfelds wahrscheinlich eine größere Rolle, wie im Abschnitt über Verletzungen und Gewalt in Teil 2 angedeutet wird (vgl. S. 25ff.). Leider liegen nur spärliche Informationen über das Auftreten der Faktoren vor, die zu der hohen Inzidenz und Tödlichkeit von Verletzungen beitragen.

Obwohl die Altersgruppe von 15–19 Jahren hier nicht näher untersucht wird, soll nicht unerwähnt bleiben, dass die Sterberaten infolge von Verletzungen und Vergiftungen bei den älteren Jugendlichen in den meisten Ländern drei- bis fünfmal so hoch wie für die Altersgruppe

Tabelle 14:
Sterblichkeit in
der Altersgruppe
bis 14 Jahre in
der Europäischen
Region der WHO
nach Haupttodes-
ursachen (2003)

Quelle: Europäische
GFA-Datenbank (17).

Ursachen	Todesfälle pro 100 000			
	Eur-A	Eur-B	Eur-C	Region
Alle Ursachen	49,4	169,7	136,1	102,4
Atemwegserkrankungen	1,2	56,1	12,6	17,9
Angeborene Missbildungen	10,8	17,6	27,2	17,0
Infektions- und Parasitenkrankheiten	1,3	14,8	6,4	5,9
Krebs	3,0	4,3	5,0	3,9
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	1,4	4,1	2,0	2,2
Äußere Ursachen	5,8	18,4	28,7	15,1
Sonstige Krankheiten	25,9	54,4	54,2	40,4

Jahre die durch Infektions- und Parasitenerkrankungen bedingte Mortalität – die vermutlich die allgemeinen Lebensbedingungen unmittelbarer widerspiegelt als jede andere Todesursache – in Eur-B und C nach wie vor hoch. Der Durchschnitt für Eur-B ist sogar zehnmal so hoch wie für Eur-A. Auch hier dürfte der überwiegende Teil dieser zusätzlichen Sterbefälle vermeidbar sein.

Bei Krebserkrankungen als Todesursache unter Kindern gibt es innerhalb der Region relativ geringe Unterschiede. Diese sind wegen der niedrigen Zahl der Sterbefälle und der zu erwartenden Unterschiede in Bezug auf Meldepraxis und Inzidenz schwierig zu interpretieren. Dennoch lassen sich aus einer detaillierten Analyse routinemäßig gemeldeter Mortalitätsdaten Rückschlüsse auf die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit ärztlicher Behandlung mit fortschrittlicher Technologie ziehen. Eine vor kurzem durchgeführte Studie mit qualitativ hochwertigen Daten aus 63 europäischen Krebsstatistiken kam zu dem Ergebnis, dass in den letzten drei Jahrzehnten die Gesamtinzidenz von Krebs bei Kindern zugenommen hat, gleichzeitig aber die Zahl der Überlebenden drastisch gestiegen ist, wenn auch im Westen stärker als im Osten (28). In den 1990er Jahren betrug die Fünfjahresüberlebensrate bei Kindern 64% in den östlichen und 75% in den westlichen Ländern der Region, wobei diese Unterschiede bei nahezu allen Tumorarten zu verzeichnen waren.

Insgesamt ist die im Vergleich zu Eur-C höhere durchschnittliche Mortalität in Eur-B vor allem auf Atemwegserkrankungen und Infektionskrankheiten zurückzuführen, welche die relativ geringen Raten von angeborenen Missbildungen und Verletzungen mehr als kompensieren. Wie bereits erwähnt, verlieren diese Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gemessen an der sehr niedrigen Sterblichkeit aufgrund nahezu aller Todesursachen in Eur-A an Bedeutung.

Verlust gesunder Lebensjahre bei Kindern (DALY)

Tabelle 7 des Anhangs zeigt die DALY-Schätzungen für die Altersgruppe bis 14 Jahre. Dabei hat die Datenbank zur globalen Krankheitslast (20) zum ersten Mal die Daten getrennt nach Ländern zur Verfügung gestellt. Diese Daten sind jedoch mit Vorsicht zu interpretieren¹, insbesondere in Bezug auf Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Ländern. In diesem Stadium sollten die vorliegenden DALY-Schätzungen hauptsächlich dazu verwendet werden, das Verständnis von Größe und Ausmaß der Gesamtkrankheitslast der Kinder zu vertiefen und möglicherweise auf der Grundlage der Indikatoren für Sterblichkeit und das Auftreten bestimmter Krankheiten bestimmte Schlussfolgerungen über vorrangige Bedürfnisse und Grad

von 10–14 Jahren sind (Abb. 9). Darüber hinaus gibt es hinsichtlich der Häufigkeit leichte Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern; so bewegten sich beispielsweise die Raten in den mittleren 80% der Länder im Jahr 2002 zwischen 18 und 65 pro 100 000.

Weiterhin ist bei Kindern bis 14

¹ Die summarischen DALY-Tabellen für die Länder in der Europäischen Region der WHO beziehen sich auf das Jahr 2002; im Dezember 2004 wurden einige Überarbeitungen vorgenommen, bei denen die aktualisierten HIV-Prognosen von UNAIDS für die Länder Osteuropas berücksichtigt wurden. Zwar beruhen diese Prognosen auf den besten Informationen, über die die WHO gegenwärtig verfügt, doch besteht bei DALY-Schätzungen allgemein auf Länderebene größere Unsicherheit als auf Ebene der Region; dies könnte teilweise durch zusätzliche Anstrengungen sowie durch Eingabe von Daten über die einzelnen Länder verbessert werden.

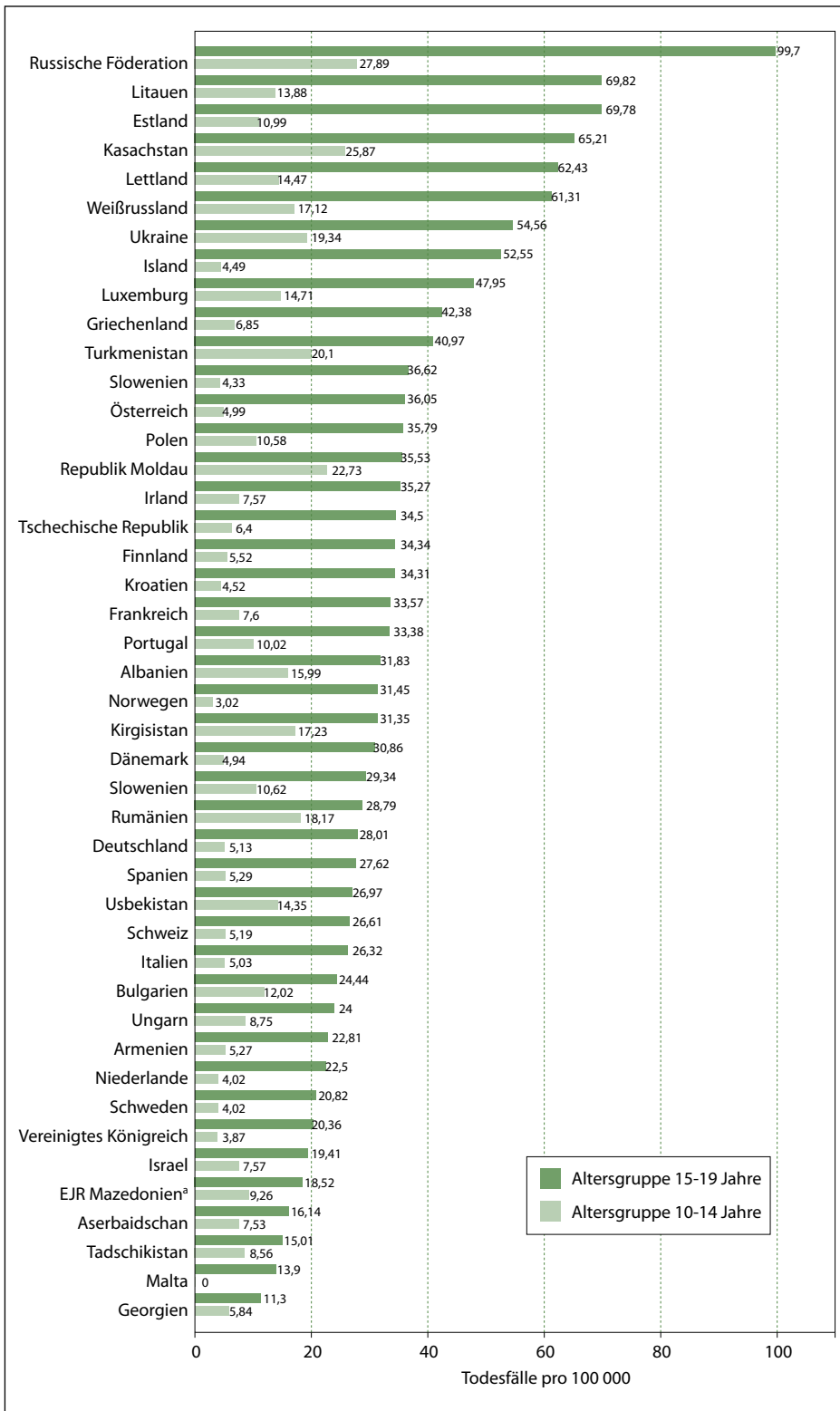


Abb. 9: Todesfälle infolge von Verletzungen und Vergiftungen in zwei Altersgruppen junger Menschen in 44 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO (2002 oder Jahr der letzten verfügbaren Daten)

^a Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien.
Quelle: WHO-Datenbank zur Sterblichkeit (27).

der Zielerreichung ins rechte Licht zu rücken. Unter diesem Gesichtspunkt ergibt sich aus der Analyse der Daten folgendes Bild:

Insgesamt ist die neonatale Morbidität für den größten Teil der Krankheitsbelastung der Kinder in der Europäischen Region verantwortlich. In diesem Bericht werden niedriges Geburtsgewicht, Asphyxie unter der Geburt und Geburtstrauma berücksichtigt, die alle weitgehend vermeidbar sind. Die DALY-Raten pro 1000 Kinder bis 14 Jahre liegen zwischen 1,5 in Schweden und 41,6 in Kirgisistan. Obwohl die Mitgliedstaaten bereits einen sehr starken Rückgang der Neugeborenensterblichkeit erreicht haben, ließen sich mit relativ geringem Aufwand noch erhebliche Verbesserungen erzielen. Die großen Abweichungen innerhalb der Region und der Ländergruppen verdeutlichen die Rolle effizienter Gesundheits- und Sozialsysteme.

Atemwegsinfektionen stellen insgesamt die zweitwichtigste Ursache für DALY-Verluste dar, doch gehören sie nur in 20 von 52 Ländern der Region zu den zehn wichtigsten Ursachen. In diesen 20 Ländern reichen die DALY-Werte von 1,5 pro 1000 Kinder in Bosnien-Herzegowina, der Slowakei und der Ukraine bis zu 59,1 pro 1000 in Turkmenistan.

Angeborene Anomalien gehören in jedem Mitgliedstaat der Region zu den zehn führenden Ursachen für die Krankheitslast und belegen in der Region insgesamt den dritten Platz. Die geschätzte Belastung auf Länderebene liegt dabei zwischen 1,7 und 14,1 DALY pro 1000 Kinder. Auf die Begrenzungen der Daten über angeborene Anomalien wurde bereits teilweise hingewiesen. Insgesamt jedoch deuten die vorliegenden Erkenntnisse auf vielfältige Gründe für die relativ hohe und anhaltende Belastung hin. Dazu gehören eine Zunahme des Durchschnittsalters der Mütter, ungleichmäßige Fortschritte in der Primärprävention (z. B. Rat an schwangere Frauen, Folsäurezusätze einzunehmen, und verstärkte Maßnahmen der Schwangerschaftsuntersuchung, jeweils unter gebührender Berücksichtigung kultureller Unterschiede), mangelnde Beratung und mangelnde Auswahl an präventiven Interventionen. Außerdem scheinen die sozioökonomischen Unterschiede sich verstärkt zu haben, da die schwächeren sozioökonomischen Bevölkerungsgruppen weniger über mögliche Präventionsmaßnahmen wissen oder nicht über die Mittel verfügen, um sie anwenden zu können. Selbst in den Ländern der Gruppe Eur-A werden die Vorteile von Folsäurezusätzen nicht ausreichend genutzt.

Neuropsychiatrische Störungen gehören in allen Ländern der Region zu den zehn führenden Ursachen für die Krankheitsbelastung von Kindern. Der Bericht befasst sich mit unipolaren depressiven Störungen, Schizophrenie und Migräne. Weitere wichtige Ursachen für die Krankheitsbelastung der Kinder in der Region sind Jodmangel, Unfallverletzungen und Asthma. Die erste und die dritte dieser Ursachen werden im Folgenden erörtert.

Bezüglich der DALY-Profile gibt es in den Ländergruppen erhebliche Unterschiede. Zusammenfassend ergeben die Daten in Tabelle 7 des Anhangs folgendes Bild:

1. Bei der Gesamtkrankheitslast in der Altersgruppe von 0–14 Jahren gibt es in den Mitgliedstaaten Abweichungen ungefähr um den Faktor 6. Auf der Länderebene ist der Verlust in Tadschikistan (224 DALY pro 1000 Kinder) am höchsten, in Schweden (36 DALY pro 1000 Kinder) am niedrigsten.
2. Neuropsychiatrische Störungen bilden die führende Ursache der Krankheitsbelastung in Eur-A, sind aber in Eur-B und C von geringerer Bedeutung. Die Unterschiede zwischen den Ländern hinsichtlich des DALY-Verlusts aufgrund dieser Krankheiten sind im Vergleich zu den Unterschieden bei dem durch Infektionskrankheiten und andere akute Erkrankungen

bedingten Teil der Krankheitslast relativ gering. In dem Maße, in dem akute Erkrankungen u. a. in den Ländern Zentralasiens beherrschbar werden, wird die relative Bedeutung neuropsychiatrischer Probleme dort wie in der Region insgesamt zunehmen.

3. Im Bereich der angeborenen Anomalien ist die Situation ähnlich. Diese gehören zwar in allen Mitgliedstaaten zu den zehn wichtigsten Ursachen, doch ist die Last im westlichen und zentralen Teil der Region geringer als im restlichen Teil.
4. Die neonatale Morbidität ist in allen Ländern ein ernstes Problem, wenn auch ihr Anteil an der Krankheitslast jeweils sehr unterschiedlich ist.
5. Asthma gehört in allen Ländern in Eur-A, jedoch nur etwa in der Hälfte der Länder der Gruppen Eur-B und C, zu den zehn wichtigsten Ursachen.
6. Unfallverletzungen gehören in fast allen Mitgliedstaaten der Region zu den wichtigsten Ursachen der Krankheitsbelastung der Kinder.

Andere Indikatoren für Kindergesundheit

In den Sterblichkeits- und DALY-Analysen der Gesamtkrankheitslast werden die auffälligen Merkmale der aktuellen Situation und sich abzeichnende Trends hinsichtlich der Kindergesundheit zusammengefasst, doch bei diesen Maßnahmen werden bestimmte Aspekte und Prozesse der gesundheitlichen Entwicklung in der Region nicht oder nur teilweise berücksichtigt. Bestimmte Erkrankungen machen aufgrund ihrer Art, ihrer klinischen Manifestation oder der Beschränkungen regelmäßiger Gesundheitsuntersuchungen eine besondere Schwerpunktlegung und die Verwendung bestimmter Indikatoren erforderlich; dazu gehören der Körper-Masse-Index (BMI = Verhältnis Körpergewicht zu Körpergröße) und die Prävalenz von Asthma-Symptomen und weniger die Auseinandersetzung mit Mortalität oder Inzidenz. In diesem Abschnitt werden zwei Arten solcher Erkrankungen genannt.

Zum ersten Typ gehören weitgehend vermeidbare Erkrankungen, die fest unter Kontrolle sind oder sein sollten, sofern die empfohlenen Präventionsprogramme funktionieren. Zu den hier genannten Beispielen gehören: durch Impfung verhütbare Krankheiten, Tuberkulose und Mikronährstoffmangel. Zum zweiten Typ gehören komplexe Erkrankungen, die weniger gut erforscht und tief in gesellschaftlichen und umweltbedingten Veränderungen begründet sind. Diese Erkrankungen treten teilweise in Form schleichender Epidemien auf, können aber dennoch weitgehend durch frühzeitige Präventionsmaßnahmen sowie entsprechende Diagnose und Behandlung bewältigt werden. Die hier angeführten Beispiele sind psychische Gesundheitsprobleme, Asthma und Adipositas.

Beide Typen von Erkrankungen werden anhand einiger Beispiele veranschaulicht und nicht aufgrund einer umfassenden Untersuchung ausgewählt. Zwar konnten einige der verfügbaren zuverlässigen Indikatoren für Kindergesundheit, z. B. Diabetes, nicht berücksichtigt werden, doch wäre eine umfassende grenzüberschreitende Auswertung aller einschlägigen Datenquellen sehr schwierig, da es gegenwärtig für internationale Vergleiche nur sehr wenige realistische Indikatoren gibt. Bei vielen Indikatoren ergeben sich erfahrungsgemäß erhebliche Lücken im verfügbaren Datenbestand, sodass eine verbesserte Datenerfassung in den meisten Ländern notwendig erscheint. Hier liegt eine der wesentlichen Voraussetzungen für verbesserte Gesundheitsleistungen für alle Kinder und Familien.

Weitgehend vermeidbare Erkrankungen

Durch Impfungen vermeidbare Krankheiten

Immunisierung rettet jedes Jahr Millionen Menschen vor Tod und Behinderung durch Infektionskrankheiten und dies zu einem Bruchteil von deren Behandlungskosten. Jedes Kind hat ein Anrecht darauf, durch ein starkes und effektives Impfwesen vor durch Impfung vermeidbaren Krankheiten geschützt zu werden. Impfungen sind nicht nur ein wirksames Instrument zur Verhinderung von Tod und Krankheit bei Kindern; ihre positive Wirkung setzt sich im Jugendlichen- und Erwachsenenalter fort.

Mit einer stabilen, hohen Impfquote geht die Krankheitslast zurück, wie die historische Zertifizierung der Europäischen Region als poliofrei im Jahr 2002 und der dramatische Rückgang der Zahl der gemeldeten Masernfälle zwischen 1994 und 2003 von 200 000 auf 30 000 bezeugen. Beim Aufbau starker Impfdienste gibt es aber viele Herausforderungen zu bewältigen, sowohl in den Ländern, die gerade ihr Gesundheitswesen reformieren, als auch in denjenigen, die über eine stabile und finanziell solide primäre Gesundheitsversorgung verfügen. Sobald keine Krankheiten mehr auftreten, sinkt der Stellenwert der Impfungen. Aufgrund unzureichender Impferfassung kommt es jedoch in der Region weiterhin zu Ausbrüchen ernster Krankheiten wie Masern, die unnötige Krankheitsbelastung und Todesfälle zur Folge haben. Außerdem erreichen immer mehr Frauen das gebärfähige Alter ohne Impfschutz gegen Röteln, wodurch sich das Risiko angeborener Anomalitäten erhöht. Dieser Zustand ist auf unzureichende Impfquoten während der Kindheit für Masern, Mumps und Röteln zurückzuführen.

Darüber hinaus tragen Impfungen insbesondere in stark gefährdeten und anfälligen Bevölkerungsgruppen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten bei. Doch in allen Ländern der Region sind manche Kinder nach wie vor durch vermeidbare Krankheiten bedroht, weil sie keinen Zugang zu guten Impfdiensten haben. Die Gründe hierfür sind sozioökonomischer oder geografischer Natur oder einfach auf mangelndes Wissen der sie Betreuenden über die Bedeutung zeitiger Impfmaßnahmen und die Risiken bei Nichtimpfung zurückzuführen.

Eine höhere Impfquote und eine Verringerung der Krankheitslast lassen sich durch Aufrechterhaltung der wichtigsten Elemente des Impfwesens erreichen, darunter:

- das politische Engagement zur Sicherung geeigneter und nachhaltiger Ressourcen für hochwertige Impfstoffe,
- ein effizientes System zur Aufrechterhaltung und Verteilung von Impfstoffen, einschließlich aufsuchender Dienste,
- Bereitstellung geeigneter Informationskampagnen und Ausbildungsmaßnahmen für Anbieter von Gesundheitsleistungen und die Allgemeinheit und
- ein wirksames System zur Überwachung und Datenanalyse als Grundlage für die Realisierung evidenzbasierter nationaler Impfprogramme.

Tuberkulose

Tuberkulose wird als Ursache für Morbidität und Mortalität bei Kindern bis 14 Jahre oft unterschätzt. Dabei gibt es in Bezug auf die Epidemiologie von Tb im Kindesalter erhebliche Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten. Weltweit wird der Anteil der Kinder an allen Tb-Fällen auf 2–7% in den westlichen Industrienationen und 15–40% in den Ländern mit niedrigerem Einkommen geschätzt. In der Europäischen Region der WHO schwankt die Zahl vermutlich zwischen 2 und 10%: z. B. sind es 4,2% in der Russischen Föderation und 8,4% in Lettland.

Steigende Raten von Tuberkulose im Kindesalter werden aus zahlreichen Ländern der Region gemeldet, darunter Dänemark, Israel, Lettland, Österreich, Russische Föderation, Schweden und Vereinigtes Königreich (29). Ein Anstieg ist in denjenigen Ländern wahrscheinlich, in denen die Tuberkulose auch bei Erwachsenen auf dem Vormarsch ist, da eine schlechtere Beherrschung der Krankheit sich schnell auf die jüngsten Gruppen auswirkt. Sozioökonomische Risikofaktoren wie Armut oder Überbevölkerung werden auch weiterhin mit einem erhöhten Tb-Risiko für Kinder in Verbindung gebracht. Zu den Risikofaktoren in der Region zählen auch Immigration, besonders in den westlichen Ländern, wo sich Tb zunehmend auf stark gefährdete Gruppen wie ethnische Minderheiten beschränkt. Studien aus Ländern mit mittlerem oder niedrigem Einkommen haben einen Zusammenhang mit Armut und Mangelernährung als Risikofaktoren belegt.

Infizierte Kinder bilden ein Reservoir für künftige Krankheitsausbrüche; deshalb können speziell auf Kinder gerichtete Interventionen erheblich zur Senkung der künftigen Belastung mit Tb beitragen. Leider wird in den Grundsatzdokumenten über Tuberkulose das Thema Tb im Kindesalter als öffentliches Gesundheitsproblem nur selten angesprochen (30). Dies kann auch daran liegen, dass die Bestätigung einer Tb-Diagnose bei einem Kind durch Sputumtest nur selten möglich ist. Zwar gibt es kostengünstige und wirksame Behandlungsmethoden für Tb bei Kindern, doch ist es unwahrscheinlich, dass diese viele der Bedürftigen erreichen, vor allem unter den sozial am stärksten Benachteiligten.

Solange sowohl Tb als auch die Migrationsrate weltweit auf einem hohen Niveau bleiben, dürfte die Europäische Region der WHO weiter eine ähnlich hohe oder sogar noch ansteigende Tb-Belastung bei Kindern verzeichnen. Allgemein würde eine schwache Gesundheitsinfrastruktur zu einem solchen Anstieg führen. In einigen GUS-Staaten jedoch kommen noch zwei weitere Faktoren erschwerend hinzu: die HIV/Aids-Epidemie, die die Tuberkulosebelastung überlagert, und die extrem hohe Zahl verlassener, obdachloser oder verwahrloster Kinder.

Eisenmangel

Eisenmangel ist für 0,7% des DALY-Verlusts in der Europäischen Region verantwortlich. Er kann bei Säuglingen zu Beeinträchtigungen der Gehirnentwicklung und bei Kindern wie Erwachsenen zu Konzentrationsstörungen und Beeinträchtigungen der kognitiven Funktionen führen. Schlechte Fütterpraktiken, einschließlich geringer Stillraten, sind eine Hauptursache für Eisenmangel bei Säuglingen und Kleinkindern in der Region. Das Problem kann durch Frühreife und Parasitenbefall oder Helminthose infolge schlechter Hygieneverhältnisse noch verschärft werden.

Eisenmangel ist eine der Hauptursachen für Anämie. Eine hohe Prävalenz leichter und mäßiger (jedoch nicht schwerer) Anämie wurde bei Kindern in Bosnien-Herzegowina, den Ländern Zentralasiens sowie in Teilen Westeuropas festgestellt. Auch Jugendliche sind häufig für Eisenmangel anfällig. Signifikante sozioökonomische Benachteiligungen können teilweise als Erklärung für diese hohen Raten dienen, wenngleich dies vermutlich nicht für alle Mitgliedstaaten gilt. UNICEF und WHO (31) haben eine Untersuchung über Eisenmangel in den Ländern Zentralasiens durchgeführt und ein integriertes Konzept u. a. mit folgenden Elementen vorgeschlagen:

- Verbesserung der Fütterpraktiken für Säuglinge und Kleinkinder (ausschließliches Stillen während der ersten sechs Lebensmonate und frühzeitige Einführung eisenreicher Nahrungsmittel wie Obstbrei und Gemüse und verflüssigte Leber),
- Förderung positiver Ernährungsveränderungen bei Frauen,
- Anreicherung von Getreideprodukten (z. B. Mehl) und Babynahrung mit Eisen und anderen Mikronährstoffen,
- orale Eisenzufuhr,
- bessere Überwachung von Infektionskrankheiten und
- Überwachung der Umsetzung der Programme.

Diese Interventionen sollten mit Gesundheitsprogrammen verknüpft werden, z. B. für Familienplanung, Förderung von Stillen, Verbesserung der Müttergesundheit, risikoärmere Schwangerschaft (32) und IMCI (24). Die Regierungen sollten sich fest zum Aufbau nachhaltiger Programme zur Verhütung von Eisenmangel verpflichten. In diese Maßnahmen sollten alle Beteiligten, einschließlich der Nahrungsmittelindustrie, des Bildungssektors, der gesellschaftlichen Gruppen und der Medien, eingebunden werden.

Jodmangel

Jodmangel bleibt in weiten Teilen der Europäischen Region der WHO ein Gesundheitsproblem. Er ist die Hauptursache für verhütbare mentale Retardierung und Hirnschäden, verringert die Überlebensrate von Kindern, verursacht Kropfbildung und beeinträchtigt Wachstum und Entwicklung. Bei schwangeren Frauen führt Jodmangel zu Fehlgeburten, Totgeburten und anderen Komplikationen. Bei Kindern führen Jodmangelstörungen (IDD) zu Kleinwuchs, Apathie und geistiger Zurückgebliebenheit sowie zu der Unfähigkeit, sich normal zu bewegen oder normal zu sprechen oder zu hören (33). In der Europäischen Region nehmen 60% der Kinder im Alter von 6–12 Jahren und 57% der Allgemeinbevölkerung nicht ausreichend Jod zu sich; die mittleren Jodwerte im Urin betragen unter 100 µg/Liter. Der Jodmangel in diesen Bevölkerungsgruppen gilt als öffentliches Gesundheitsproblem (34).

Die Verwendung von Salz mit Jodzusatz zur Beseitigung von Jodmangelstörungen hat sich durchgehend als äußerst kostenwirksame Intervention erwiesen. Der Anteil der Haushalte, die dieses Salz verwenden, steht in umgekehrtem Verhältnis zu der Prävalenz einer niedrigen Jodaufnahme. Unter den WHO-Regionen hat die Region Gesamtamerika den höchsten Anteil an Haushalten, die Jodsalz verwenden (90%), und den niedrigsten Bevölkerungsanteil mit unzureichender Jodaufnahme, die Europäische Region dagegen den niedrigsten Haushaltsverbrauch an Jodsalz (27%) und den höchsten Bevölkerungsanteil mit unzureichender Jodaufnahme.

Weltweit sind im vergangenen Jahrzehnt erhebliche Fortschritte bei der Beseitigung von Jodmangel erzielt worden. Die Verbesserung der Jodversorgung bestätigt die Richtigkeit der Strategie der WHO (Salzjodierung, ergänzt durch Jodzusätze in entlegenen Gebieten oder für besonders stark von Jodmangel betroffene Bevölkerungsgruppen) und die effektive Umsetzung von Programmen zur Bekämpfung von Jodmangelstörungen. So hat z. B. Turkmenistan im November 2004 die universelle Salzjodierung erreicht und dafür von UNICEF und WHO ein Zertifikat erhalten. Es gilt jetzt maximale Anstrengungen zu unternehmen, damit die Programme auch in Zukunft den gefährdeten Gruppen zugute kommen und Jodmangelstörungen beseitigt werden können.

Drei komplexe Erkrankungen

Psychische Gesundheitsprobleme, Selbstbeschädigung und Suizid

Untersuchungen aus dem Vereinigten Königreich haben ergeben, dass ca. 10% der Kinder im Alter von 5–15 Jahren unter psychischen Störungen leiden (35). Davon leiden ca. 5% unter Störungen des Sozialverhaltens, 4% unter emotionalen Störungen und 1% unter Hyperaktivität. Die Suizidraten in der Altersgruppe unter 20 Jahren sind in den letzten beiden Jahrzehnten in vielen Ländern gestiegen; der Anstieg fiel unter Jungen stärker aus als unter Mädchen und war insbesondere in einigen Ländern der Gruppe Eur-A stark ausgeprägt. Aufgrund von Meldelücken sind jedoch die tatsächlichen Suizidraten nur schwer festzustellen.

Es gibt Hinweise darauf, dass postnatale Depressionen durch Untersuchung von Müttern kurz nach der Entbindung festgestellt werden können und dass die Situation durch Nachsorgebesuche entschärft werden kann. Es gibt auch Anzeichen für die Effektivität von Programmen zur Schulung von Eltern im Umgang mit solchen Störungen bei ihren Kindern (36).

Viele weithin angewandte Programme zur Suizidprävention sind nie wissenschaftlich ausgewertet worden, sodass ihre Wirksamkeit nicht gesichert ist (37). In der gesamten Schülerschaft werden schulische Programme zur Suizidprävention, die auf Verhaltensänderungen und Bewältigungsstrategien aufbauen, mit einer niedrigeren Rate an Selbstmordversuchen und mit Verbesserungen in der Persönlichkeitsentwicklung und beim Erwerb von Bewältigungsstrategien in Verbindung gebracht. Bei stark gefährdeten Schülern können durch Suizidpräventionsprogramme in der Schule, die auf dem Erlernen von Fähigkeiten und sozialer Unterstützung beruhen, die Risikofaktoren wirksam vermindert und die schützenden Faktoren gefördert werden. Allerdings scheint keine Intervention für sich allein eine Senkung der Selbstmordrate zu bewirken. Vielmehr müssen wirksame Präventionsstrategien eine große Bandbreite an Interventionen beinhalten, mit denen verschiedene Risikofaktoren auf verschiedenen Ebenen anvisiert werden können.

Angesichts der Anfälligkeit und der Bedürfnisse junger Menschen haben Maßnahmen zur Förderung ihrer psychischen Gesundheit und zur Prävention und Versorgung psychischer Gesundheitsprobleme hohe Priorität. Allerdings verfügen viele Länder in diesem Bereich nur über unzureichende Kapazitäten und die Dienste und ihre Mitarbeitenden sind oft nur mangelhaft auf den Umgang mit entwicklungs- und altersbedingten Problemen vorbereitet.

Da psychische Störungen in der Kindheit wichtige Vorläufer für entsprechende Störungen im Erwachsenenalter sein können, sollte die Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern als strategische Investition mit zahlreichen langfristigen Vorteilen für Einzelpersonen, Gesundheitssysteme und Gesellschaft angesehen werden. Im Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit von 2005 (35) werden die Mitgliedstaaten zu folgenden Maßnahmen aufgerufen:

- Gewährleistung, dass in Konzepten zur Förderung der psychischen Gesundheit die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern als eine Priorität vorgesehen wird,
- Einbeziehung der in internationalen Verträgen und Übereinkommen verbrieften Rechte der Kinder (1) in die Psychiatriegesetzgebung,
- weitestmögliche Einbeziehung junger Menschen bei der Festlegung von Prioritäten für Maßnahmen zur Förderung von psychischer Gesundheit und Maßnahmen zur Prävention und Versorgung psychischer Gesundheitsprobleme und

- besondere Aufmerksamkeit für marginalisierte Gruppen, u. a. Kinder aus Migrantenfamilien.

Psychische Gesundheitsprobleme bei Jugendlichen sind eng mit anderen Gesundheitsproblemen verbunden, darunter Drogen- und Alkoholkonsum. Ein Verständnis der Prävalenz psychischer Gesundheitsprobleme in verschiedenen Bevölkerungsgruppen ermöglicht zielführendere Interventionen: z. B. gezielte Präventionsmaßnahmen zugunsten von Gruppen mit hohem Selbstmordrisiko, insbesondere Personen mit Störungen des Sozialverhaltens, Schizophrenie, schweren affektiven Störungen, Drogen- und Alkoholkonsum und Anorexia nervosa (39). Aktuelle Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass bei früher Erkennung und Behandlung selbst der ernsteren und anhaltenderen psychischen Störungen die Belastung durch bestimmte Erkrankungen im späteren Leben gesenkt werden kann (40).

Asthma

In den letzten drei Jahrzehnten ist die Prävalenz von Allergierkrankungen und Asthma in der gesamten Europäischen Region gestiegen. Sie bilden einen bedeutenden Teil der Krankheitslast. Allerdings gibt es hinsichtlich der Prävalenz erhebliche Unterschiede und die Raten der Asthmasymptome sind in den westlichen Ländern zehnmal so hoch wie in den östlichen. Der Anteil der Umweltfaktoren an dieser Differenz ist noch zu bestimmen (41). In einem jüngst veröffentlichten globalen Überblick (42) betragen die Prävalenzschätzungen für Kinder von 13–14 Jahren in 30 Ländern der Region zwischen 5% in Ländern wie Albanien, Georgien, Griechenland, Rumänien und der Russischen Föderation und bis zu über 30% im Vereinigten Königreich.

Allergien und Asthma sind multifaktorielle Erkrankungen, die durch das komplizierte Zusammenwirken von Genen und Umwelt hervorgerufen werden (40). Die Exposition gegenüber Innenluftschadstoffen (wie Rauch aus der Verbrennung fester Brennstoffe) kann zu einer Erhöhung der Schwere oder Häufigkeit von Asthmasymptomen und des Risikos von Atemwegserkrankungen führen und wird mit einer Verschlechterung der Lungenfunktion in Verbindung gebracht. Passivrauchen erhöht bekanntermaßen das Risiko von Asthma und Atemwegsinfektionen sowie von Beeinträchtigungen der Lungenfunktion. Darüber hinaus erhöhen sich nachweislich durch Verschmutzung der Außenluft (z. B. durch Ozon und Schwebstaub) die Gefahr von Asthmaanfällen und die negativen Auswirkungen auf die Atemwege.

Durch den westlich orientierten Lebensstil bedingte Faktoren (wie geringere Exposition gegenüber Infektionen und bestimmten Nährstoffen oder niedrigere Geschwisterzahl) können einen Mangel an bestimmten Einflüssen auf das sich entwickelnde Immunsystem hervorrufen, der zu einer Schwächung der Immunreaktionen und damit zu einer Zunahme der Gefährdung von Kindern durch atopische Krankheiten führen. Der Einfluss zahlreicher Umweltfaktoren auf den natürlichen Krankheitsverlauf von Asthma und Allergien ist jedoch nicht ausreichend bekannt, was die Bestimmung von Präventivmaßnahmen erschwert.

Zur Reduzierung der Prävalenz und Schwere von Asthma und Allergierkrankungen im Kindesalter werden gegenwärtig folgende Maßnahmen propagiert, um die Sensibilisierung insbesondere von allergiegefährdeten Säuglingen (d. h. Kindern mit einer starken familiären Vorbelastung für atopische Erkrankungen) (41) zu verhindern:

- Vermeidung von Passivrauchen vor und nach der Geburt,
- ausschließliches Stillen während der ersten 4–6 Monate (vgl. S. 73f.), zusammen mit dem Vermeiden fester Nahrung (43),

- Förderung gesunder Innenräume, einschließlich Planung und Bau gut belüfteter, allergenarmer Wohnungen,
- Maßnahmen gegen die Belastung der Innenluft,
- Vermeidung von Allergenen wie Tierschuppen, Hausstaubmilben und Schimmelpilzsporen (44), von Substanzen, die bei Kontakt mit der Haut Irritationen hervorrufen, oder von für Ohr-Piercing verwendeten Metallgegenständen usw. und
- Maßnahmen zur Bekämpfung bzw. Prävention von Verschmutzung der Außenluft.

In der Sekundärprävention bei Kindern mit Asthma sollte darüber aufgeklärt werden, wie Asthmaanfälle und -symptome auslösende Umwelteinflüsse vermieden werden können. Weltweit könnten nach Expertenschätzungen durch bessere Aufklärung über die potenziell tödlichen Gefahren von Allergien (Anaphylaxie) und Asthma, insbesondere bei Kindern, und verstärkten Dialog zwischen Familien und Ärzten jährlich etwa 25 000 Todesfälle im Kindesalter vermieden werden (45).

Eine erhebliche Verringerung der Luftbelastung durch Verkehr (46,47) und andere Quellen der Innen- und Außenluftverschmutzung würde sich langfristig positiv auf die Entwicklung der Atemwegsfunktionen der Kinder auswirken. Dies könnte etwa durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

- technische Verbesserungen an Fahrzeugen und Kraftstoffen,
- Regulierung des Verkehrs auf lokaler Ebene,
- Vermeidung von Innenluftverschmutzung, z. B. aus der Verbrennung fester Brennstoffe und
- Vermeidung der Belastung von Kindern durch Passivrauchen.

Wenn auch einige dieser Empfehlungen durch umfassende epidemiologische und klinische Erkenntnisse abgesichert sind, so ist doch der Nutzen aus ihrer Umsetzung meist noch nicht vollständig geklärt. Zur Untersuchung der Auswirkungen von Maßnahmen zur Verringerung der Luftverschmutzung auf die Entwicklung der Atemwegsfunktionen von Kindern wird operative Forschung benötigt, u. a. ein systematisches Vorgehen gegen soziale Benachteiligung und das Risiko von Mehrfachbelastung durch z. B. Verkehr und Passivrauchen (48).

Übergewicht und Adipositas

Überhöhtes Körpergewicht (Übergewicht, einschließlich Adipositas, gemäß Bestimmung nach dem für Kinder statt BMI geltenden Maßstab) ist in der Europäischen Region die verbreitetste Störung im Kindesalter und sie entwickelt sich rapide zu einem weltweiten Problem (49). In einigen Ländern Westeuropas ist die Prävalenz von ca. 10% Anfang der 1980er Jahre auf ca. 20% Ende der 1990er Jahre angewachsen. In manchen Gebieten Südeuropas ist jedes dritte Kind übergewichtig. Insgesamt verzeichnen die Länder Mittel- und Osteuropas geringere Raten, was zum Teil auf deren wirtschaftliche Probleme in den 1990er Jahren zurückzuführen ist. In den weniger industrialisierten Ländern ist Übergewicht häufiger unter Kindern aus wohlhabenderen Familien zu finden, insbesondere in städtischen Gebieten, in den stärker industrialisierten Gesellschaften dagegen mehr unter den einkommensschwächeren Familien.

Übergewicht bei Kindern erhöht das Risiko nichtübertragbarer Krankheiten und führt häufig zu einem Mangel an Selbstachtung, zu Depressionen und zu sozialer Ausgrenzung. Adipositas im Kindesalter kann eine Reihe von Erkrankungen nach sich ziehen, z. B. gestörte Glukosetoleranz und erhöhtes Risiko eines nicht primär insulinabhängigen Diabetes mellitus, Bluthochdruck und Schlaf-Apnoe, doch die größte Gefahr besteht in erhöhten Raten von nichtübertragbaren Krankheiten im Erwachsenenalter: Herz-Kreislauf-Erkrankungen,

Diabetes, bestimmte Krebsarten, Osteoarthritis und Erkrankungen der Gallenblase sowie endokrine Störungen.

Adipositas bedeutet eine erhebliche finanzielle Belastung für die Gesundheitssysteme. Durch Adipositas bedingte Störungen sind in der westlichen Hälfte der Region für bis zu 7%, in der östlichen Hälfte für 5% der direkten Gesundheitsausgaben verantwortlich (50,51).

Die einzige Lösung für alle Länder lautet Prävention und sie ist für alle Länder wichtig. Die WHO (49,52) empfiehlt die Entwicklung multisektoraler Unterstützungsstrategien zur Erhöhung der Verfügbarkeit geeigneter Nahrungsmittel, eine Verringerung der Abhängigkeit vom Kraftfahrzeugverkehr, die Verbesserung des Zugangs zu Freizeiteinrichtungen und die Gewährleistung der Verständlichkeit, Relevanz, Folgerichtigkeit und Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen (vgl. neueste Entwicklungen sowie S. 79f.). Bei Interventionen in Schulen müssen Veränderungen im sozialen und kulturellen Kontext berücksichtigt werden. Hierzu müssen die Bemühungen von Gesundheits- und Bildungssystemen, Eltern, der Nahrungsmittelindustrie und der Medien sowie von Städteplanern und Politikern auf allen Ebenen aufeinander abgestimmt werden.

In einer systematischen Untersuchung von zehn Versuchsprojekten (57) zur Verhütung von Adipositas im Kindesalter wurde die Effektivität von Interventionen in den Bereichen Bildung, Gesundheitsförderung bzw. Psychologie, Familie, Verhaltenstherapie, Beratung und Management unter Schwerpunktlegung auf die Aspekte Ernährung, körperliche Betätigung bzw. Lebensweise und soziale Unterstützung bewertet. Dabei lagen nur begrenzt hoch qualitative Daten vor, sodass keine verallgemeinerbaren Schlüsse möglich waren, wenn auch die Konzentration auf Strategien zur Förderung von weniger Sitzen und mehr Bewegung

Neueste politische Entwicklungen in den einzelnen Ländern

Eine angemessene Nahrungs- und Ernährungspolitik kann zur Förderung der Gesundheit und zur Senkung der durch schlechte Ernährung bedingten Krankheitslast führen und gleichzeitig die sozioökonomische Entwicklung und eine nachhaltige Umwelt fördern (46). Bei der Gestaltung und Umsetzung solcher Konzepte ergänzen sich verschiedene Sektoren gegenseitig. Meist handelt es sich um Strategien in den Bereichen Nahrungsmittel, Ernährung und nachhaltige Lebensmittelversorgung (Ernährungssicherheit). In der Europäischen Region gab es in jüngster Zeit einige gute Beispiele für eine gelungene Nahrungs- und Ernährungspolitik.

Niederlande

Obwohl die Lebenserwartung in den Niederlanden steigt, wirken sich ungesunde Lebensweisen doch negativ aus. Adipositas und die dadurch bedingten Krankheiten gehören zu den Schwerpunktthemen der nationalen Gesundheitspolitik (53).

Slowenien

Zur Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten und Verringerung des durch Krankheiten infolge ungesunder Ernährung und Lebensweise bedingten Schadens hat Slowenien im März 2005 ein nationales Ernährungsprogramm gestartet (54).

Spanien

In Spanien liegen die Hauptursachen für die Ausbreitung von Adipositas in veränderten Essgewohnheiten und Lebensweisen. Das Land hat deshalb eine Strategie zur Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Betätigung und zur Prävention von Adipositas (55) angenommen, in der die multifaktorielle Natur von Adipositas anerkannt, die Verbesserung der Ernährung und die Förderung regelmäßiger Bewegung bei allen Bürgern angestrebt und ein besonderes Augenmerk auf die Prävention im Kindesalter gerichtet wird.

Vereinigtes Königreich

Im neuen Weißbuch der Regierung für das Gesundheitswesen (56) werden u. a. folgende Maßnahmen genannt:

- Einschränkung der Förderung ungesunder Lebensmittel für Kinder,
- klare, unmissverständliche Kennzeichnung der Bestandteile von Lebensmitteln,
- Beratung von Einzelpersonen über eine geeignetere Lebensweise durch Gesundheitsberater des National Health Service und
- ein breites Spektrum von Maßnahmen zur Beseitigung sozialer und geografisch bedingter Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung.

Nutzen versprach. Die Forschungsergebnisse deuteten außerdem darauf hin, dass die meisten Kinder dem Risiko der Gewichtszunahme ausgesetzt sind und dass Präventionsstrategien auf Bevölkerungsebene der Gesundheit aller Kinder zugute kommen.

In der Erkenntnis, dass Adipositas eine wesentliche Bedrohung der öffentlichen Gesundheit darstellt, hat das WHO-Regionalbüro für Europa sie zu einem Arbeitsschwerpunkt für die kommenden Jahre erklärt. Auf der für Ende 2006 geplanten Ministerkonferenz soll das Bewusstsein für die Problematik in der Region geschärft und der politische Wille zur Durchführung von Bekämpfungsmaßnahmen mobilisiert werden.

Determinanten von und Maßnahmen für Kindergesundheit

Armut stellt unabhängig vom Entwicklungsstand eines Landes die größte Bedrohung für die Gesundheit von Kindern dar. Die Raten von Krankheiten und gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen sind eng mit sozioökonomischen Faktoren wie schlechter Gesundheit von Neugeborenen (z. B. infolge von Mangelernährung), fehlendem Zugang zur Gesundheitsversorgung und einer ungesunden oder unsicheren Umgebung sowie mit verhaltensbezogenen Faktoren wie frühem Tabak-, Alkohol- oder Drogenkonsum verbunden.

Armut stellt unabhängig vom Entwicklungsstand eines Landes die größte Bedrohung für die Gesundheit von Kindern dar (58). In diesem Abschnitt werden die verschiedenen Gesundheitsdeterminanten näher beleuchtet, einschließlich einiger bewährter Interventionen (vgl. Tabelle 6 im Anhang). Im nächsten Abschnitt (S. 86ff.) werden die Ergebnisse zusammengefasst und die gemeinsamen Faktoren der erfolgreichen Interventionen bestimmt.

Determinanten während der frühen Entwicklungsphasen

Zusammenhänge mit der Müttergesundheit

Der Bereich der Kindergesundheit steht in engem Zusammenhang mit der Politik zur Förderung der Müttergesundheit. Die Lebensumstände der Mutter haben grundlegende Auswirkungen auf die Gesundheit des Kindes. Darüber hinaus können die ersten Bemühungen zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit von

Kindern, z. B. durch angemessene Neugeborenenversorgung und ausschließliches Stillen, nur im Rahmen der Gesundheitsversorgung von Müttern erfolgen.

Wie bereits erwähnt, wird der Grundstein für gute Gesundheit schon vor der Geburt gelegt, und die entscheidende Phase liegt in den ersten, prägenden Jahren. So können beispielsweise angeborene Anomalien durch verschiedene Interventionen verhindert werden:

1. Einnahme von Folsäurepräparaten ab Beginn der Schwangerschaft bietet starken Schutz gegen die Entstehung von Neuralrohrdefekten bei Föten (59),
2. Ausdehnung von Programmen zur Impfung von Säuglingen bzw. jungen Mädchen gegen Röteln,
3. Sicherstellung einer optimalen klinischen Versorgung schwangerer Frauen mit Epilepsie oder Diabetes und Umsetzung einer Strategie zur Bekämpfung des durch Adipositas der Mütter bedingten Risikos,
4. verstärkte Untersuchung von Arzneimitteln vor ihrer Freigabe und anschließende Überwachung,
5. Senkung des Missbrauchs von Freizeitdrogen wie Kokain oder Alkohol durch Eltern,
6. genetische Beratung und
7. Anwendung des Vorsorgeprinzips in Bezug auf die Belastung durch Umwelteinflüsse: Verringerung der hohen Belastung mit Nebenprodukten der Trinkwasserchlorierung, endokrinwirksamen chemischen Substanzen, Freisetzung aus Abfalldeponien und Pestiziden.

Gesunde Ernährung und sauberes Trinkwasser sind in jeder Phase der Entwicklung von vor der Geburt bis in die späten Lebensabschnitte von entscheidender Bedeutung. Ein schlechter Ernährungszustand geht einher mit erhöhter Krankheitsanfälligkeit, mit körperlichen und

psychischen Entwicklungshemmungen und mit erhöhter Säuglingsmorbidity und -mortality.

Die neonatale Phase ist entscheidend: Erfahrungsgemäß sind hoch entwickelte Technologien dabei nicht ausschlaggebend. Die Gesundheit von Neugeborenen ist vor allem von den sozioökonomischen Umständen, vom Zugang zu angemessener Schwangerschaftsvorsorge und entsprechenden Entbindungsdiensten sowie vom Bildungsniveau der Eltern abhängig. Verbesserungen der sozioökonomischen Situation der am stärksten Gefährdeten sind wirksam, wenn sie mit Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention kombiniert werden. Zwar ist das Überleben des Neugeborenen nicht in erster Linie von aufwendigen medizinischen Einrichtungen abhängig, doch ist der Zugang zu einer grundlegenden Gesundheitsversorgung unverzichtbar.

Ein niedriges Geburtsgewicht (unter 2500 g) erhöht das Krankheitsrisiko im Säuglingsalter sowie in späteren Lebensphasen. Es wird für erhöhte Raten von Herzerkrankungen, Schlaganfall, Bluthochdruck und nicht insulinabhängigem Diabetes verantwortlich gemacht. Seine Prävalenz innerhalb der Region bewegt sich zwischen 4 und 16%. Junge Frauen gebären eher Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht. Gleiches gilt für Raucherinnen – Rauchen ist offenbar der wichtigste Faktor in der Region. Ein niedriges Geburtsgewicht kann auch ein Anzeichen für schlechte Ernährung der Mutter sein.

Stillen

Stillen ist ein wirksames und kostengünstiges Mittel zur Verbesserung des Wohlbefindens von Säuglingen. Niedrige Stillraten und frühzeitiges Abstillen:

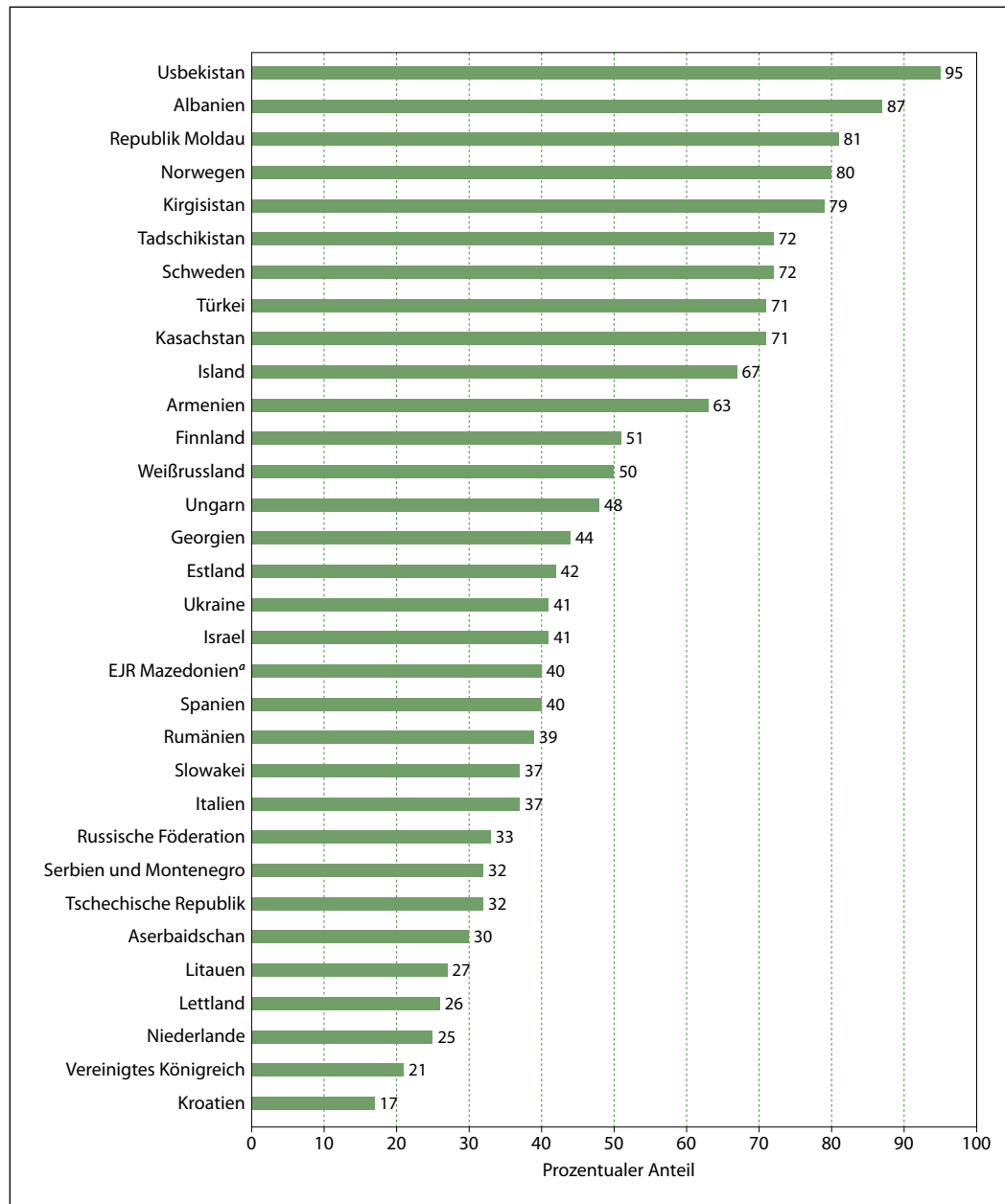
- haben erhebliche negative gesundheitliche Auswirkungen und soziale Folgen für Frauen, Kinder und die Gemeinschaft insgesamt,
- führen zu höheren staatlichen Gesundheitsausgaben und
- verstärken gesundheitliche Ungleichheiten (60).

In allen Mitgliedstaaten werden zu wenige Kinder bis zum Alter von sechs Monaten gestillt (Abb. 10). Die WHO empfiehlt während dieser Phase ausschließliches Stillen.

Stillen kann durch eine Vielzahl von Maßnahmen wie Beratung, fortschrittliche Beschäftigungskonzepte und bezahlten Mutterschaftsurlaub gefördert werden. Hierzu können die Medien und die Bildungsbehörden durch Förderung von entsprechenden sozialen Normen beitragen. Eine Untersuchung der vorliegenden Erkenntnisse deutet darauf hin, dass alle Formen von zusätzlicher Unterstützung für die Mütter sich positiv auf die Dauer des ausschließlichen wie auch des partiellen Stillens auswirken. Zusätzliche professionelle Unterstützung ist für jedes Stillen zuträglich und auch Unterstützung durch Laien kann eine spätere Einstellung des ausschließlichen Stillens begünstigen. Durch professionelle Unterstützung von ordnungsgemäß geschultem Personal wurde ein gesundheitlicher Nutzen erzielt, u. a. durch eine signifikante Verringerung des Risikos von Magen-Darm-Erkrankungen und atopischen Ekzemen. Wissenschaftliche Studien belegen, dass eine allgemeine Unterstützung des Stillens sowohl die Zahl der stillenden Mütter als auch die Stilldauer erhöht (61).

Darüber, wie das Stillen am besten gefördert werden kann, herrscht allgemein Einigkeit. Der von der EU-Kommission finanzierte Aktionsplan Stillen (60) baut auf der Globalen Strategie der WHO für die Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern auf (26). Er fordert nationale Strategien mit Schwerpunkt auf der Umsetzung von Konzepten in die Praxis. Hierbei ist Vorsicht geboten, etwa um sicherzustellen, dass der Internationale Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten (62) weiterhin befolgt wird.

Abb. 10: Anteil der zumindest teilweise gestillten 6-monatigen Kinder in 32 Mitgliedstaaten der Europäischen Region (2000)



* Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien.
Quelle: Europäische GFA-Datenbank (17).

Füttern

Unzureichendes Füttern kann eine Hauptursache für Mangelernährung bei Kleinkindern sein. Das wichtigste Anzeichen hierfür in der Region ist eine gemessen am Lebensalter zu geringe Körpergröße (Minderwuchs). Im Zeitraum 1997–2003 (vgl. Anhang Tabelle 2) verzeichneten Albanien und Tadschikistan mit über 35% den höchsten Anteil der an Minderwuchs leidenden Kinder unter 5 Jahren. Er war aber auch in anderen Ländern mit hohem Kinderanteil beträchtlich. Suboptimales Körperwachstum findet sich auch in den ärmeren Bevölkerungsschichten der wohlhabenderen Länder, z. B. im Vereinigten Königreich.

Minderwuchs geht mit einem erhöhten Krankheitsrisiko einher und wird für Beeinträchtigungen der kognitiven Entwicklung sowie geringere berufliche Belastbarkeit im

späteren Leben verantwortlich gemacht. Minderwuchs ist auch ein zuverlässiger Gradmesser für Armut. Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht tragen ein höheres Risiko für Minderwuchs (63). Eine schlechte Ernährung in den ersten Lebensjahren wird für eine erhöhte Anfälligkeit für Bluthochdruck, Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen verantwortlich gemacht. Mädchen mit niedrigem Geburtsgewicht tragen ein erhöhtes Risiko, zu minderwüchsigen Müttern zu werden, die wiederum eher Kinder mit niedrigem Gewicht gebären (49).

Ernährungsgewohnheiten werden durch ökonomische Gegebenheiten und gesellschaftliche Normen geprägt. Gesellschaftliche Normen lassen sich durch Aufklärung ebenso beeinflussen wie durch Überzeugungsarbeit, die durch gesellschaftliches Engagement und fachkundige Beratung verstärkt wird. Veränderungen in der Lebensmittelversorgung können eine Regierung dazu veranlassen, Maßnahmen auf nationaler Ebene zu ergreifen und die Nahrungsmittelindustrie, das Bildungswesen, gesellschaftliche Gruppen und die Medien darin einzubeziehen.

HIV-Infektion

Mit der ständig steigenden Zahl von HIV-Infektionen bei Frauen in der Europäischen Region steigt auch die Zahl der Übertragungen des Virus auf die Neugeborenen. Doch bietet das strategische Rahmenkonzept für die Prävention von HIV-Infektionen bei Säuglingen (64) eine Chance, dieses Problem in der Region zu beseitigen. Prävention bedeutet mehr als klinische Versorgung und muss ein Spektrum von Pflege- und Schutzangeboten umfassen, insbesondere in den Gesundheitsinstitutionen und in der örtlichen Gemeinschaft. Das Rahmenkonzept basiert auf den Erfahrungen der Mitgliedstaaten der Region. Es enthält Strategien zur Umsetzung auf der Länderebene, mit denen die Ziele der Erklärung von Dublin zur Partnerschaft im Kampf gegen HIV/Aids in Europa und Zentralasien (65) erreicht werden sollen. Zentrale Forderungen des Rahmenkonzepts:

- Eingliederung von Angeboten für die Prävention von HIV-Infektionen bei Säuglingen in die Angebote für Mütter- und Kindergesundheit sowie andere Bereiche der reproduktiven Gesundheit,
- Überzeugung von Frauen, die nur begrenzten oder verspäteten Zugang zu solchen Leistungen haben und
- Ausweitung qualifizierter Beratungs- und Testangebote und deren Anbindung an andere Angebote der HIV-Prävention und Behandlung.

Umweltbezogene Determinanten

Die Belastung durch schädliche Umwelteinflüsse trägt in erheblichem Maße zur Krankheitslast von Kindern bei, doch bestehen in Bezug auf Ausmaß und Verteilung der umweltbedingten Krankheitslast von Kindern nach wie vor beträchtliche Wissenslücken. Überdies geben die Belastung künftiger Eltern vor der Zeugung und die Belastung des sich entwickelnden Fötus Anlass zur Sorge.

Umweltbedingungen haben einen deutlichen Einfluss auf die Gesundheit und Entwicklung von Kleinkindern. Am gefährdetsten sind jeweils die am stärksten benachteiligten Gruppen. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Armut und Umweltzerstörung. Bleiexposition, unangemessen schlechte Wohnverhältnisse, schlechte Luft und Unterernährung sind allesamt typische Kennzeichen benachteiligter Gruppen. Aus armen Familien stammende Kinder sind außerdem stärker als andere durch Unfälle im Straßenverkehr oder zu Hause gefährdet. Unter

den kleineren, noch an das Haus gebundenen Kindern sind Ertrinken und Feuer die häufigsten Todesursachen.

Umweltbedingte Krankheitslast

Das Regionalbüro für Europa hat 2004 eine Untersuchung über die umweltbedingte Krankheitslast durchgeführt. Dies war der erste Versuch, die Einwirkungen der Umwelt auf die Gesundheit von Kindern in der Europäischen Region zu prüfen (66). Der Schwerpunkt der Untersuchung lag auf den Risiken in Verbindung mit den sorgfältig dokumentierten Gesundheitsauswirkungen von vier wesentlichen umweltbedingten Risikofaktoren (Verschmutzung der Innen- und Außenluft, unsichere Wasserversorgung, Abwasserentsorgung und Blei) sowie auf Verletzungen. Ausgespart blieben Bereiche wie endokrinwirksame Substanzen, deren Wirkungsweise noch sehr ungewiss ist, deren Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern aber erheblichen Anlass zur Sorge geben. Ziel der Studie war die Abschätzung des gesundheitlichen Nutzens aus einer verringerten Belastung der Kinder in der Region durch diese Risiken.

Die Studie mit Basisjahr 2001 ergab, dass in der Altersgruppe von 0–19 Jahren ein Drittel der gesamten Krankheitslast durch umweltbedingte Risikofaktoren und Verletzungen bedingt ist (66). Sie enthält auch eine Schätzung, wie viele Menschenleben und DALY-Einbußen in der Region bei geringerer Belastung der Kinder mit diesen Risiken gerettet bzw. vermieden werden könnten. So ist bei Kindern bis 4 Jahre die Außenluftverschmutzung für 1,8–6,4% aller Sterbefälle, akute Infektionen der unteren Atemwege infolge von Verschmutzung der Innenluft für 4,6% aller Sterbefälle und 3,1% aller DALY und leichte geistige Behinderungen infolge von Bleibelastung für 4,4% aller DALY verantwortlich. In der Altersgruppe von 0–14 Jahren waren Durchfallerkrankungen wegen unzureichender Wasser- und Abwasserhältnisse für 5,3% der Todesfälle und 3,5% der DALY-Last verantwortlich. In der Altersgruppe bis 19 Jahre waren Verletzungen für 22,6% der Todesfälle und 19,0% der DALY-Last verantwortlich.

In absoluten Zahlen starben 2001 bis zu 13 000 Kinder unter 5 Jahren an den Folgen der Außenluftbelastung durch Schwebstaub und 10 000 infolge der Verwendung fester Brennstoffe zu Hause; über 150 000 DALY waren durch Bleivergiftung bedingt. Schlechte Wasserversorgung und Abwasserentsorgung waren für den Tod von 13 000 Kindern unter 15 Jahren verantwortlich.

Aufgrund des Zusammenwirkens verschiedener Kombinationen von Faktoren wie ungünstigen Wohnverhältnissen, einer belasteten Umwelt und beschränktem Zugang zu Programmen zur Krankheits- und Unfallprävention sowie zur Gesundheitsversorgung in den Ländergruppen Eur-B und C liegt die Krankheitslast dort deutlich höher als in Eur-A.

Notwendigkeit sektorübergreifenden Handelns

Kinder, die unter besonders ungünstigen Bedingungen leben, weil sie arm, verlassen oder obdachlos oder Opfer von Ausbeutung oder Menschenhandel oder von bewaffneten Konflikten sind, tragen das höchste Unfallrisiko und sind Umweltbelastungen, psychologischen Traumata, akuten und chronischen Infektionen und nichtübertragbaren Krankheiten, Wachstums- und Entwicklungsstörungen sowie Behinderung und Tod am stärksten ausgesetzt. Auch wenn das Verständnis von Art und Ausmaß der Gesundheitseffekte für Kinder noch unvollständig ist, so gibt es bereits Belege dafür, dass Maßnahmen zur Verringerung der Belastung durch Umweltrisikofaktoren und zur Prävention von Verletzungen (vgl. Wichtige Erkenntnisse für Entscheidungsträger) zu wesentlichen Zugewinnen für die öffentliche Gesundheit führen können.

Wichtige Erkenntnisse für Entscheidungsträger: Unfallprävention bei Kindern

Verletzungen stellen ein ernstes, aber noch weitgehend vernachlässigtes Problem für die öffentliche Gesundheit in der Europäischen Region dar; dabei entfällt die schwerste Last auf junge und auf ältere Menschen sowie auf die am stärksten benachteiligten Gruppen. Für Verletzungen gibt es vielfältige, miteinander verwobene Ursachen, die umfassende Lösungsansätze erfordern. Aufklärungsmaßnahmen entfalten eine wesentlich stärkere Wirkung, wenn sie zusammen mit gesetzlichen Maßnahmen und Veränderungen der Umwelt zum Einsatz kommen, da ihre Wirkungen sich gegenseitig beeinflussen. Die folgenden Strategien sollten speziell für Kinder geprüft werden.

Aufklärung und Ausbildung von Fähigkeiten

Schulungsprogramme für Fußgänger mit Praxis-Training im Straßenverkehr haben sich als positiv für die Fähigkeiten der Kinder erwiesen. Nach Aufklärungsmaßnahmen für Eltern wie Kinder ergeben sich deutliche Anzeichen für Verhaltensänderungen und gewisse Anzeichen für einen

Rückgang der Opferzahlen. Es deutet einiges darauf hin, dass Fahrradkurse für Kinder zur Verbesserung ihres Radfahrverhaltens führen. Aufklärungsmaßnahmen für Eltern über Unfallgefahren im Haus können zu einem gewissen Rückgang der Zahl behandlungsbedürftiger Verletzungen bei Kleinkindern oder zu Veränderungen von Verhalten und Umgebung führen.

Förderung des Gebrauchs von Sicherheitsausrüstung

Es gibt Hinweise auf einen Rückgang der Unfallzahlen nach Kampagnen für den Gebrauch von Rauchmeldern. Die Argumente für die Effektivität von Maßnahmen zur Förderung von Fahrradhelmen sind überwältigend. Werbekampagnen können, vor allem bei Nutzung vielfältiger Interventionsstrategien, wirksam zur Verbreitung von Fahrradhelmen beitragen.

Aufklärungskampagnen über Sicherheitsvorrichtungen für Kinder (z. B. Sicherheitsgurte) führen zu deren verstärkter Verwendung. Allerdings gibt es bisher keine Erkenntnisse darüber, welche Auswirkungen dies auf die

Verletzungsraten hat. In Gebäuden kann durch Gitter die Zahl von Fensterstürzen wirksam gesenkt werden.

Unterstützende Hausbesuche

Es gibt Anzeichen dafür, dass durch Beratung und Betreuung im Rahmen von Hausbesuchen von Gesundheitsfachkräften oder Freiwilligen aus dem Wohnumfeld risikomindernde Veränderungen an Verhaltensweisen bzw. Umgebung herbeigeführt werden können.

Veränderungen im Umfeld

Sicherheitsprogramme im gesamten nachbarschaftlichen Umfeld (u. a. durch örtliche Verkehrsberuhigung und eine Reihe anderer Maßnahmen wie Straßenschwellen und Kreisverkehre) können wirksam zur Senkung der Unfallzahlen beitragen, vor allem unter Kindern, die als Fußgänger oder Radfahrer unterwegs sind. Zonen mit Geschwindigkeitsbeschränkungen führen zu einer wirksamen Absenkung der Geschwindigkeit und der Unfallzahlen.

Quelle: Health Evidence Network (67).

Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse vereinbarten die Gesundheits- und Umweltminister der Europäischen Region auf der Vierten Ministeriellen Konferenz Umwelt und Gesundheit im Juni 2004 eine Verstärkung der Maßnahmen zum Schutz der Kindergesundheit vor schädlichen Umweltbelastungen. Sie verabschiedeten den Aktionsplan zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder in der Europäischen Region (CEHAPE) (68), der vier regionale Schwerpunktziele für Maßnahmen zur Bekämpfung von Krankheit und Behinderung infolge der Belastung durch chemische, physikalische und biologische Einflüsse enthält. Der Aktionsplan bildet einen Rahmen, innerhalb dessen die Mitgliedstaaten auf ihre eigenen Gegebenheiten und Bedürfnisse zugeschnittene nationale Aktionspläne erstellen können (69).

Verhaltensbezogene Determinanten

Ein vor kurzem veröffentlichter WHO-Bericht liefert wertvolle Einblicke in das Leben junger Menschen (70). Er enthält die Ergebnisse einer neuen Untersuchung über das Gesundheitsverhalten von Schulkindern (HBSC-Studie) mit den Daten von fast 162 000 jungen Menschen in den Altersgruppen von 11, 13 und 15 Jahren in 35 Ländern in der Europäischen Region und in Nordamerika. Zusätzlich zu den sozialen und ökonomischen Einflussfaktoren befasst sich der Bericht mit den Themen Alkohol, Tabak und Cannabis, mit Unfällen, körperlicher Betätigung, Mobbing und Sexualverhalten.

Rauchen

Gewohnheitsmäßiges Rauchen beginnt oder verstärkt sich normalerweise im Jugendalter; ca. 80% der erwachsenen Raucher begannen damit vor Vollendung des 18. Lebensjahrs. Im Alter von 15 Jahren rauchen 11–57% der Jungen und 12–67% der Mädchen mindestens einmal pro Woche (70), die meisten von ihnen täglich. Zwar fangen Jungen tendenziell früher an zu rauchen, doch wächst in einer Reihe von Ländern der Anteil der Mädchen an den Rauchern. So rauchen in Osteuropa mehr 15-jährige Jungen als Mädchen, während im nördlichen und westlichen Teil der Region das Gegenteil der Fall ist. In den Ländern Süd- und Mitteleuropas sind die Raten für beide Geschlechter etwa gleich.

Als wirksamste gesundheitspolitische Maßnahmen bieten sich die Erhöhung der Zigarettenpreise und das Verbot von Zigarettenwerbung an, wie in Teil 2 (S. 36f.) beschrieben. Es gibt nur wenig Anzeichen dafür, dass sich Jugendliche durch schulische Programme vom Rauchen abhalten lassen; dagegen lassen sich gewisse Anhaltspunkte für die Effektivität von Maßnahmen aus dem nachbarschaftlichen Umfeld finden (60). Es muss eindeutig mehr geschehen, um den Tabakkonsum unter Jugendlichen zu bekämpfen. Der Erfolg dieser Bemühungen hängt davon ab, ob die Politik die gesamte Bandbreite der ihr zur Verfügung stehenden Instrumente ausnutzt: Besteuerung, Rauchverbote an öffentlichen Orten, geschlechtsspezifische Programme für Jugendliche, Medienkampagnen und Raucherentwöhnungshilfen spielen allesamt bei der Bekämpfung der Tabakepidemie eine Rolle.

Alkohol

Alkohol ist ein regelmäßiger Bestandteil des Lebens vieler europäischer Jugendlicher. Knapp 30% der 15-Jährigen geben an, regelmäßig Alkohol zu trinken (70), wenn es hier auch erhebliche Unterschiede innerhalb der Region gibt. In vielen Ländern beginnen Jugendliche heute offenbar früher mit dem Alkoholkonsum als zuvor. Einschlägige Studien ergaben, dass dies zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Alkoholabhängigkeit und alkoholbedingten Unfällen im späteren Leben führt. Mehr als 50% der 15-Jährigen in England, Wales und den Niederlanden geben an, jede Woche mindestens einmal zu trinken, während die Raten in Frankreich, Finnland, Lettland und Portugal unter 17% liegen. Dabei ist der Anteil der Jungen an den wöchentlichen Konsumenten in allen Ländern höher als der der Mädchen.

Gefährlicher und schädlicher Alkoholkonsum kann sowohl ein Symptom und als auch eine Ursache psychischer Gesundheitsprobleme sein. Häufig geht er mit Gewalt unter Jugendlichen einher und trägt zur Belastung von Familie und Gesellschaft bei. Alkohol wird jährlich für 55 000 Todesfälle unter Jugendlichen in der Europäischen Region verantwortlich gemacht und viele Interventionsprojekte sind auf die Förderung verantwortungsbewussten Trinkverhaltens in dieser Altersgruppe ausgerichtet. Zahlreiche Programme finden in Form von Aufklärung und zwar häufig an Schulen statt. Doch obwohl sich durch Aufklärung Einstellungen und Überzeugungen verändern lassen, hat sie allein meist nur geringen Einfluss auf das Trinkverhalten.

Das Erfolgsrezept besteht hier wie auch in anderen Bereichen darin, mit einer Mischung verschiedener politischer Konzepte echte Veränderungen zu bewirken. Zu den verfügbaren Instrumenten gehören: steuerliche Maßnahmen, Einführung eines gesetzlichen Mindestalters für Kauf bzw. Konsum von Alkohol, Beschränkung von Alkoholwerbung und Trinken an öffentlichen Orten sowie Medienunterstützung und Aufklärungskampagnen.

Illegaler Drogenkonsum

Der Konsum von Cannabis ist in einigen Ländern der Region wie England und der Schweiz weit verbreitet (70). Mädchen konsumieren seltener Cannabis als Jungen, doch wird sich der Abstand in Zukunft möglicherweise verringern. Ein wachsender Anteil der Jugendlichen empfindet den Gebrauch der Freizeitdroge Cannabis als normal.

Starker Cannabis-Konsum (mehr als 40 Male im Jahr) kann zu Depressionen sowie zu riskanten Verhaltensweisen führen. Mit zielgerichteten Interventionen sollte vor allem die relativ kleine Gruppe der starken Konsumenten unter den Jugendlichen erreicht werden, da sie als besonders gefährdet erscheinen.

Erkenntnisse aus mehreren Ländern deuten außerdem darauf hin, dass der intravenöse Drogengebrauch heute früher beginnt. In den Ländern Osteuropas und Zentralasiens beträgt das durchschnittliche Einstiegsalter 16–19 Jahre, wenn auch manche Jugendliche schon vor dem 16. Lebensjahr beginnen. Intravenöse Drogenkonsumenten, von denen viele jung sind, machen nach Schätzungen in manchen Mitgliedstaaten der Region bis zu 1% der Bevölkerung aus, in einigen osteuropäischen Städten sogar bis zu 5%.

Bewegung und Ernährung

Investitionen in die nächste Generation heißt Förderung positiver, gesundheitsdienlicher Lebensweisen und Bekämpfung von Krankheiten. Bewegung und gesunde Ernährung gehören zur Grundlage psychischen und körperlichen Wohlbefindens. Bewegung spielt eine wichtige Rolle bei der Förderung von Herz-Kreislauf-Fitness, der Erhaltung eines normalen Körpergewichts und der Unterstützung eines optimalen Wachstums und einer optimalen Entwicklung des Skeletts. Leider bleibt in allen in der HBSC-Studie untersuchten Ländern eine große Zahl von Jugendlichen weit unter den nach derzeitigen Erkenntnissen empfohlenen 60 Minuten Bewegung am Tag. Auch nimmt – vor allem unter Mädchen – das Maß an Bewegung mit wachsendem Alter ab (70).

Es herrscht allgemein Einigkeit darüber, dass gesunde Ernährungsgewohnheiten und körperliche Betätigung so früh wie möglich im Leben gefördert werden sollten und dass Wissen, Einstellung und Verhaltensweisen der Eltern aufgrund ihres Vorbildcharakters eine wichtige Rolle spielen (51). Bisher lag der Schwerpunkt der Bemühungen zur Förderung von besserer Ernährung und mehr Bewegung in der gesamten Region meist auf Interventionen in Schulen, z. B. bei dem Programm des Europäischen Netzwerks gesundheitsfördernder Schulen (71). Es gibt Anzeichen dafür, dass vielseitige schulische Programme, in denen die Förderung körperlicher Betätigung mit Veränderungen in der Ernährung und der Reduzierung sitzender Tätigkeiten verbunden wird, zur Senkung der Adipositas-Rate bei Schulkindern, insbesondere bei Mädchen, beitragen können (72). Die Botschaft von einer gesunden Ernährung erreicht zwar die Jugendlichen, doch sind zu ihrer Umsetzung in Verhalten doch konkrete Interventionen erforderlich.

Bei jeder Strategie zur Förderung der körperlichen Bewegung von Jugendlichen muss eine Reihe von Aspekten berücksichtigt werden. Entscheidend ist die Sichtweise der Jugendlichen selbst. Sie können die Barrieren für die Aufnahme körperlicher Betätigung auf eine der jeweiligen Kultur und Altersgruppe angemessene Weise beschreiben. Auch gilt es hier, die Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu berücksichtigen. Die sozialen Aspekte der Teilnahme sind ebenso von besonderer Bedeutung wie der Zugang zu den Sporteinrichtungen und deren Kosten.

Die während der Kindheit und Jugend entwickelten Essgewohnheiten bestehen meist im Erwachsenenalter fort. Durch gesunde Ernährung lässt sich die Inzidenz von Übergewicht und Adipositas, Karies und Anämie reduzieren. Eine hochwertige Ernährung ist einem normalen Wachstum und einer normalen Entwicklung ebenso zuträglich wie der Lernfähigkeit der jungen Menschen. Ernährung unterliegt zahlreichen sozialen, kulturellen und kommerziellen Einflüssen. Dabei haben Gleichaltrige oft einen größeren Einfluss als Eltern und auch die Werbung richtet sich oft gezielt an Kinder.

Der Konsum von Obst und Gemüse ist bei den Kindern in der gesamten Region Besorgnis erregend niedrig. Die HBSC-Studie (70) ergab, dass nur 30% der Jungen und 37% der Mädchen im Alter von 13–15 Jahren jeden Tag Obst essen. Ähnliches gilt auch für den Verzehr von Gemüse. Junge Menschen aus weniger einkommensstarken Familien verzichten häufiger auf das Frühstück, essen weniger Obst und Gemüse, dafür aber häufiger Süßigkeiten und Knabbersachen.

Teenager-Schwangerschaft

Teenager-Schwangerschaft und frühe Elternschaft können zu schwachem Schulerfolg, schlechter körperlicher und psychischer Gesundheit, Armut und sozialer Ausgrenzung der Mütter und Kinder führen. Die Schwangerschaftsrate unter Teenagern ist in der Europäischen Region unterschiedlich verteilt, wobei die östlichen Länder meist höhere Raten verzeichnen als die westlichen, obwohl es hier sehr uneinheitliche Muster gibt. Die Raten in den meisten westeuropäischen Mitgliedstaaten liegen zwischen 13 und 25 Schwangerschaften pro 1000 Mädchen im Alter von 15–19 Jahren, die Höchstwerte liegen um 50. Einige Länder Mittel-

Wichtige Erkenntnisse für Entscheidungsträger: Schwangerschaften

Die Erkenntnisse aus der Europäischen Region zeigen, dass die Konzentration auf folgende Punkte die Raten für frühe Schwangerschaft und ihre negativen Folgen wirksam reduzieren kann:

- Verhütung ungewollter Schwangerschaften (statt Schwangerschaftsabbruch als Weg der Verhütung),
- Stärkung der sekundären Prävention – Erziehung, Beschäftigung und Unterstützung – als Hilfe für Mutter und Kind, insbesondere für allein erziehende Mütter,
- Einbeziehung von Präventionsansätzen in einschlägige Angebote und
- Sexuaufklärung vor dem Eintritt ins sexuell aktive Alter, die durch Offenheit und einen positiven Zugang zu gesunder Sexualität und Sexualbeziehungen geprägt ist.

Die Konzepte sollten Folgendes beinhalten:

1. Konzentration auf wirksamere Verhütung und mindestens eine andere Maßnahme, die präventiv gegen Schwangerschaft und sexuell übertragene Krankheiten wirkt,
2. langfristige Angebote und auf die Bedürfnisse junger Menschen, insbesondere Hochrisikogruppen, zugeschnittene Maßnahmen,
3. klare und unmissverständliche Informationen,
4. Förderung zwischenmenschlicher Fähigkeiten, z. B. Verhandlungsgeschick und die Fähigkeit, nein zu sagen,
5. frühzeitiges Eingreifen, z. B. auch wenn ein Mädchen im Krankenhaus einen negativen Schwangerschaftsbefund erhält,
6. Aufbau von Programmen auf theoretisch geleiteten Ansätzen mit klaren Verhaltenszielen und Ergebnissen, die eine partizipatorische Methodik verwenden,
7. Sicherung der Zugänglichkeit von Maßnahmen und Angeboten für junge Menschen,
8. Auswahl und Schulung von Mitarbeitern, die den Programmzielen verpflichtet sind und die Vertraulichkeit wahren,
9. Zusammenarbeit mit Meinungsführern unter den Jugendlichen, einschließlich in der Gruppe der Gleichaltrigen,
10. Gewährleistung der Angemessenheit der Maßnahmen für die fragliche Altersgruppe,
11. Pflege einer Kultur vor Ort, die die Thematisierung von Geschlechtsverkehr, Sexualität und Verhütung zulässt und
12. Abstimmung von Verhütungsangeboten mit anderen Angeboten für junge Menschen und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit der Gemeinschaft.

Quelle: Health Evidence Network (73).

und Osteuropas verzeichnen ähnliche Zahlen. Andere Länder haben zwei- bis viermal höhere Raten, die höchste liegt bei über 100 pro 1000 Mädchen in der Ukraine.

Als relativ starke Einflussfaktoren für die Schwangerschaftsraten bei jungen Mädchen in den Ländern der Region gelten: Zahl der Frühehen, allgemeine Wohlstands- und Einkommensverteilung, durchschnittliche Ausbildungsdauer und der Einfluss der Religion. Sozioökonomische Nachteile können sowohl die Ursache für die frühe Elternschaft Jugendlicher als auch deren Folge sein. Wie bei anderen Gefährdungen der Kindergesundheit sind auch für Teenager-Schwangerschaften umfassende Gegenmaßnahmen erforderlich (vgl. Wichtige Erkenntnisse für Entscheidungsträger).

Determinanten im familiären und nachbarschaftlichen Umfeld

Im Zentrum der Anstrengungen zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern liegt die Stärkung der Familien und ihres nachbarschaftlichen Umfelds. Wie bereits in Teil 2 erläutert, hat sich die Familienstruktur in den letzten Jahrzehnten in vielen Gesellschaften spürbar verändert. Die Zahl der allein erziehenden Eltern oder der Familien, in denen einer der beiden Elternteile nicht leibliche/r Mutter/Vater ist, hat zugenommen. Die Scheidungsrate hat sich ebenso dramatisch erhöht wie die Zahl der unehelich geborenen Kinder. Die Migration aus ländlichen in städtische Gebiete setzt sich fort, wobei häufig das traditionelle Unterstützungsnetz der Großfamilie wegfällt. In vielen Mitgliedstaaten sind heute mehr Mütter berufstätig als in früheren Generationen. Aufgrund all dieser Einflüsse steht das in der Gesellschaft ehemals vorhandene System, das junge Familien unterstützte, in vielen Teilen der Europäischen Region heute nicht mehr in demselben Maße zur Verfügung.

Notwendigkeit eines gesundheitsförderlichen heimischen Umfelds

Ob und wie eine Familie funktioniert, ist lebenswichtig für die gesunde Entwicklung junger Menschen. Dabei hat sich die Definition des Begriffs „Familie“ verändert; es gibt kein Modell für eine/n ideale/n Mutter/Vater. Wichtiger als die Struktur der Familie ist die Qualität der darin gelebten Beziehungen. Durch ein gutes Verhältnis mit den Eltern wird Wohlbefinden gefördert und verringert sich die Wahrscheinlichkeit gesundheitsschädigenden Verhaltens (z. B. Rauchen).

Vor allem Säuglinge und Kleinkinder benötigen ein sicheres, stabiles und unterstützendes heimisches Umfeld. Die Schaffung eines geeigneten Klimas für ihre Entwicklung ist eine Investition, die lebenslang Früchte trägt: Sie sollte nicht nur den Schutz der Kinder vor physischen Gefährdungen der Gesundheit gewährleisten, sondern auch ihre körperliche, soziale und emotionale Entwicklung in geeigneter Weise unterstützen.

Das Familienleben spielt sich innerhalb der Nachbarschaft und im weiteren Umfeld ab. Der Zugang jeder Familie zu Produkten und Leistungen des Gesundheitssystems wird durch eine Reihe von Faktoren bestimmt, u. a. die zeitlichen und finanziellen Möglichkeiten der Familie, ihre Mobilität, Kenntnisse und Fähigkeiten sowie die generelle Verfügbarkeit der Produkte und Leistungen. Der Handlungsspielraum der Familie wird durch die jeweils verfügbaren Mittel begrenzt. Aspekte wie Bildung, Beschäftigung und materielle Lebensverhältnisse sind entscheidend für die Fähigkeit einer Familie, ihren Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern. Wo das Leben zum Überlebenskampf gerät, wird Gesundheit oft als Luxusgut angesehen.

Wie bereits erläutert, benötigen die am stärksten benachteiligten Familien am meisten Unterstützung. Jede Investition in bessere Wohnverhältnisse, Bildungschancen oder Ernährung bedeutet für Kinder aus armen Familien eine Verbesserung ihrer Chancen auf ein gesundes

Leben. Durch gezielte Sozialleistungen können die schlimmsten Auswüchse der Armut gelindert werden, wenn sie den Kindern unmittelbar zugute kommen.

Prävention von Kindesmissbrauch (74–80)

Die Investitionen in die Gesundheit der Kinder müssen auch Maßnahmen zur Prävention von Kindesmissbrauch einschließen. Dieser lässt sich grob in vier Kategorien unterteilen:

1. Vernachlässigung: die ständige oder schwere Vernachlässigung eines Kindes oder das Versäumnis, ein Kind vor jeglicher Art von Gefahr zu schützen,
2. einem Kind tatsächlich zugefügte oder potenzielle körperliche Verletzungen oder das Versäumnis, das Kind vor Verletzungen oder Leiden zu bewahren,
3. sexueller Missbrauch: tatsächliche oder potenzielle sexuelle Ausbeutung eines Kindes und
4. emotionale Misshandlung: tatsächlich oder potenziell negative Auswirkung ständiger oder schwerer emotionaler Misshandlung oder Zurückweisung eines Kindes auf dessen emotionale und verhaltensmäßige Entwicklung.

Für die Bestimmung von Trends bezüglich der Inzidenz von Kindesmissbrauch gibt es keine zuverlässigen Informationen. Festgestellte Veränderungen sind möglicherweise auf veränderte Datenerhebungsmethoden zurückzuführen. Dennoch geht aus den Sterberegistern vieler Länder in der östlichen Hälfte der Europäischen Region, insbesondere in den GUS-Staaten, eine in den 1990er Jahren dramatische Zunahme der Mord- und Totschlagsdelikte an Kindern hervor. Dies kann durch die Zerrüttung von Gemeinschafts-, Gesundheits- und Sozialleistungen infolge der politischen, sozialen und ökonomischen Veränderungen bedingt sein, denn die Zahl der Todesfälle bei Kindern in der westlichen Hälfte der Region blieb während dieses Zeitraums relativ konstant auf einem niedrigeren Niveau. Seit dem Jahr 2000 ist die Mortalitätsrate in den Ländern Mittel- und Osteuropas wieder zurückgegangen, möglicherweise infolge eines Wiederaufbaus der Gesundheits- und Sozialsysteme.

Die Prävention von Kindesmissbrauch sollte im weiteren Kontext des Wohlergehens von Familie und nachbarschaftlichem Umfeld gesehen werden. Aus der Perspektive des Gesundheitswesens macht dies die Integration guter Praktiken (wie Programme für Hausbesuche und andere Formen der Familienbetreuung) in Angebote für Familien und Kinder erforderlich; dazu gehört auch die Ausrichtung von Leistungen auf Familien mit einer hohen Zahl von Risikofaktoren für Kindesmissbrauch. Die Risikofaktoren sind individueller und gesellschaftlicher Art. So sind Kleinkinder am stärksten durch körperliche Misshandlung gefährdet, während Jugendliche häufiger Opfer sexuellen Missbrauchs werden. Jungen werden häufiger verprügelt, Mädchen eher sexuell missbraucht oder schulisch vernachlässigt. Auf der Täterseite spielen oft eigene Missbrauchserfahrungen und Substanzmissbrauch eine Rolle. Zu den auf Gesellschaftsebene gelagerten Risikofaktoren gehören beengte Wohnverhältnisse, unzureichende Familieneinkommen, andere durch Gewalt geprägte Beziehungen im Haushalt sowie verbreitete Armut und schwache soziale Vernetzung im nachbarschaftlichen Umfeld.

Bei der Anwendung eines risikobasierten Konzepts ist jedoch Vorsicht geboten. Eine Schwerpunktlegung auf einen Risikofaktor oder eine bestimmte Kombination von Risikofaktoren für Kindesmissbrauch kann zur Stigmatisierung der diesem Profil entsprechenden Familien führen und die Marginalisierung der Familie und ihrer Kinder zur Folge haben, während gleichzeitig Missbrauch in anderen Familien unbemerkt bleibt. Weil zudem kein einzelner Risikofaktor für eine zuverlässige Prognose von Kindesmissbrauch ausreicht, ist Prävention dann am Erfolg versprechendsten, wenn sie gleichzeitig auf individuelle und gesellschaftlich bedingte Risiken abzielt.

Zugrunde liegende soziale Determinanten

Die Größenordnung der Belastung durch unnötige Krankheiten und Todesfälle aufgrund sozialer Einflüsse und wachsender Ungleichheiten machen eine Schwerpunktlegung auf die Bekämpfung der Armut und die Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele (11) erforderlich (vgl. S. 49). In diesem Zusammenhang hat die WHO nochmals unterstrichen, dass Interventionen zur Bekämpfung von Krankheiten und Rettung von Menschenleben nur erfolgreich sein können, wenn dabei die sozialen Determinanten von Gesundheit (10) gebührend berücksichtigt werden. Zwar ist über die Ursachen von Krankheit viel bekannt, doch muss dieses Wissen noch vertieft, gefestigt und verbreitet werden, um effektive Maßnahmen zu ermöglichen. Angesichts dieser Notwendigkeit setzte die WHO im März 2005 die Kommission für soziale Determinanten und Gesundheit ein; ihre Aufgabe besteht darin, bis 2008 praktische Empfehlungen zur Verbesserung der Gesundheit durch Einflussnahme auf deren soziale Determinanten vorzulegen (81).

Bekämpfung von Armut und Ungleichheit

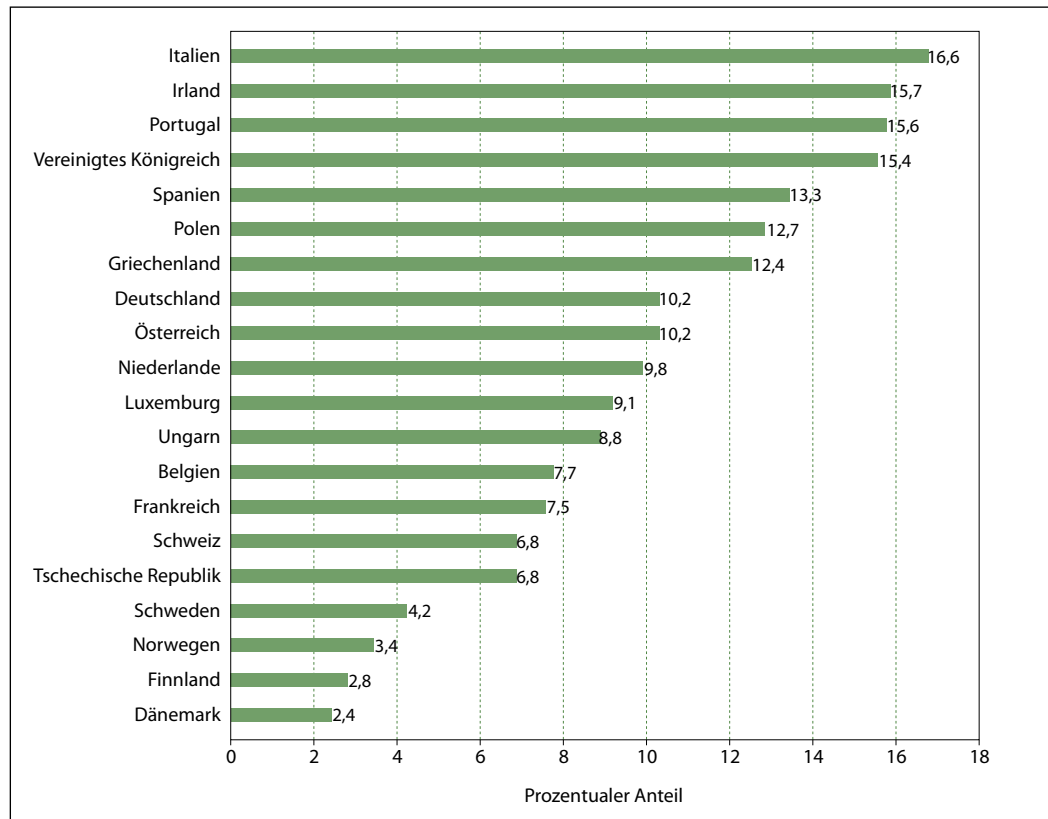
Die wirksamste Möglichkeit zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit von Kindern in allen Ländern ist die Beseitigung der Armut, der sozioökonomischen Ungleichheiten und ihrer Folgen (58). Die Auswirkungen materieller Benachteiligungen (z. B. schlechte Ernährung, ungesunde Umwelt und fehlender Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung) auf die Gesundheit wurden bereits erläutert. Wenn auch die absolute Armut, die das Leben der Menschen unmittelbar bedroht, aus den wohlhabenderen Ländern der Region nahezu verschwunden ist, bleibt doch eine relative Armut bestehen, bei der bestimmte Mitglieder der Gesellschaft nicht einen Lebensstandard wie ihre Mitbürger erreichen. Bei jedem Versuch einer Definition von Armut insgesamt müssen daher sowohl die absolute als auch die relative Armut berücksichtigt werden.

In den Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen in der östlichen Hälfte der Region ist absolute Armut unter Kindern häufig zu beobachten, doch sind geeignete Statistiken auf Individualebene schwer zu erhalten. Alternativ hierzu hat UNICEF (82) das Armutsrisiko der Kinder auf Makroebene eingeschätzt und als ein Pro-Kopf-Bruttonationaleinkommen (BNE) im Jahr 2003 von 765 US-\$ oder darunter bzw. als ein stagnierendes oder negatives Pro-Kopf-Wachstum des BIP von 1990–2003 definiert. Sechs GUS-Staaten erfüllten im Jahr 2003 nach dieser Bewertung die Kriterien für eine Armutsgefahr der Kinder: Georgien, die Russische Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, die Ukraine und Usbekistan. Der UNICEF-Bericht (82) betont jedoch, dass Armut mehr ist als materielle Not und dass sie für Kinder andere Dimensionen und Auswirkungen hat als für Erwachsene.

Je weiter man sich nach Westen auf die Länder in der Region mit hohem Einkommen zubewegt, desto mehr ändern sich die Formen und statistischen Indikatoren der Armut. Eine von UNICEF 2005 durchgeführte Untersuchung über Kinderarmut in den reichen Ländern (83) kam zu dem Ergebnis, dass in den Industrienationen der Anteil der in relativer Armut lebenden Kinder unter 18 Jahren im vergangenen Jahrzehnt gestiegen ist – unabhängig davon, welcher der üblichen Maßstäbe für Armut verwendet wird. Abb. 11 zeigt den Anteil der in relativer Armut lebenden Kinder (Haushalte mit Einkommen unter 50% des nationalen Medianeinkommens) in 20 Mitgliedstaaten der Region, die von UNICEF als wohlhabend eingestuft werden.

Aus Abb. 11 geht hervor, dass die Kinderarmutsrate in den skandinavischen Ländern unter 5%, in Irland, Italien und dem Vereinigten Königreich dagegen bei über 15% liegt.

Abb. 11: In relativer Armut lebende Kinder in ausgewählten wohlhabenden Ländern der Europäischen Region der WHO (2005)



Quelle: Daten des UNICEF-Forschungszentrums Innocenti (83).

Diese Unterschiede belegen, dass die einzelnen Länder auf die sozialen Veränderungen mit unterschiedlichen Maßnahmen reagieren. Höhere staatliche Ausgaben für Familien und Soziales führen eindeutig zu niedrigeren Kinderarmutsraten. In den Ländern mit den niedrigsten Raten kann der Staat die Kinderarmutsrate verglichen mit der Rate, die bei ungehinderter Entfaltung der Kräfte des Marktes entstände, um 80% oder mehr senken (83).

Überdies gibt es in Bezug auf Gesundheit ein soziales Gefälle zwischen den Reichsten und den Ärmsten. Bei schwerer materieller Benachteiligung könnte ein soziales Gefälle zwischen verschiedenen Stufen absoluter Benachteiligung entstehen, während es in den wohlhabenderen Ländern relative Benachteiligung ausdrückt, die das Recht der Menschen auf Nutzung ihres Gesundheitspotenzials in Bezug auf Fähigkeiten und Funktionen beeinträchtigt. Deshalb können für dieses gesundheitliche Gefälle sowohl körperliche als auch psychosoziale Bedürfnisse wichtig sein (84).

Insbesondere gibt es deutliche Anzeichen dafür, dass Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum und körperliche Bewegung durch soziale und ökonomische Umstände beeinflusst werden, die damit letztendlich auch Auswirkungen auf die Gesundheit von Erwachsenen haben. Was die Gesundheit von Kindern betrifft, so gibt es gesicherte Erkenntnisse über die Bedeutung der unmittelbaren Determinanten der Kindergesundheit (9), insbesondere in Bezug auf Mortalität, Unterernährung und andere Probleme in der frühen Kindheit. Die Ursachen für die Ungleichheiten bei diesen unmittelbaren Determinanten liegen auf der Hand: soziale Ungleichheiten und ihre Wechselwirkungen mit anderen Determinanten. Darüber hinaus gibt es Anzeichen dafür, dass bestimmte psychische Gesundheitsprobleme, wie aggressives Verhalten, niedriges Selbstwertgefühl und die Unfähigkeit, mit den Herausforderungen

des Lebens fertig zu werden, in indirektem Zusammenhang mit einem niedrigen sozioökonomischen Status stehen. Somit können also sozioökonomische Bedingungen aufgrund der psychosozialen Auswirkungen der relativen Armut die Gesundheit beeinflussen.

In allen Ländern herrscht Handlungsbedarf in Bezug auf die sozialen Determinanten von Gesundheit. Derartige Maßnahmen sollten die Linderung von Armut mit sich bringen, aber auch dem übergeordneten Ziel der Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen dienen. Diese Aufgabe erfordert auch Kenntnisse über die gesundheitlichen Auswirkungen der sozialen und ökonomischen Konzepte aller Sektoren, die in Aktionen umgesetzt werden können; die Kommission der WHO für soziale Determinanten und Gesundheit soll hier mit ihrer Arbeit zur Erweiterung des Wissensstandes beitragen. Obwohl der Gesundheitssektor auch weiterhin eine Schlüsselrolle spielen wird, besteht doch auch in vielen Bereichen von Politik und Gesellschaft Handlungsbedarf.

Der Schutz der Gesundheit ist eine sektorübergreifende Aufgabe, die sich auch für andere Sektoren nutzbringend auswirkt. Das Ziel besteht darin, die gesündere Wahl zur einfacheren Wahl für die Menschen zu machen.

Hauptfaktoren für die erfolgreiche Umsetzung von Konzepten und Interventionen

Eine effektive Politik hängt von einer Reihe von Faktoren ab, die die Nützlichkeit, Effektivität und Effizienz aller nachfolgenden Pläne zur Umsetzung beeinflussen. Die Erstellung sachgerechter Konzepte ist heute leichter als je zuvor. Eine Reihe von wiederkehrenden Themen ergibt sich aus dem Wissen darüber, wie die Chancen für die Gesundheit und Entwicklung von Kindern am besten gefördert werden können.

- Als Grundlage für die Planung, Überwachung und Bewertung von Konzepten und Programmen werden präzise und zuverlässige Informationen benötigt.
- Eine Politik, die nicht umgesetzt wird, ist bedeutungslos. Bei der Gestaltung der Politik muss deren Umsetzbarkeit geprüft werden.
- Die Kinder selbst sollten in die Gestaltung von politischen Konzepten und Programmen einbezogen werden.
- Die Grundsatz- und Programmziele müssen klar und unmissverständlich sein.
- Mit Aufklärungsarbeit allein lässt sich wahrscheinlich nur eine begrenzte Wirkung erzielen. Vielmehr muss sie Bestandteil einer Vielzahl verschiedenartiger Initiativen sein, die das gesamte Instrumentarium der Politik nutzen.
- Trotz ihrer großen Bedeutung ist die Gesundheitspolitik nur ein Akteur in der Gesundheitsförderung. Sektorübergreifende Maßnahmen sind unverzichtbar und zur Abstimmung der Arbeit unter den beteiligten Ministerien wird ein fester Mechanismus benötigt.
- Bei Einrichtungen und Programmen für Kinder müssen deren kultureller Hintergrund sowie ihre Einstellungen und Überzeugungen berücksichtigt werden. Kindgerechte Angebote sind effektive Angebote.

Trotz erheblicher Unterschiede in den Gesundheitsproblemen der Kinder innerhalb der Europäischen Region haben erfolgreiche Gesundheitsförderungs- und Krankheitspräventionsprogramme einige Aspekte gemeinsam. Die erfolgreichsten Interventionen:

- entstehen im Rahmen einer umfassenden Planung auf nationaler Ebene und basieren auf gesicherten Erkenntnissen,
- berücksichtigen sowohl die allgemeinen Determinanten von Krankheit als auch spezifische Risikofaktoren,
- sind mit vielfältig ausgerichteten, vielschichtigen und sektorübergreifenden Maßnahmen der Regierung und anderer Interessengruppen verbunden und nutzen das gesamte verfügbare Instrumentarium und
- zielen auf die bedürftigsten Bevölkerungsgruppen ab und sind auf die Anforderungen, Ressourcen und Gegebenheiten vor Ort ausgerichtet.

Im vorliegenden Bericht wird ein Rahmen mit den wichtigsten Gesundheitsindikatoren für die Krankheitslast und die Gesundheitsdeterminanten vorgelegt und es werden – hauptsächlich durch Anführung von Beispielen – Konzepte und Programme zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung hervorgehoben. An dieser Stelle muss die Frage beantwortet werden, welches nach den vorliegenden Erkenntnissen in der Praxis die gemeinsamen Faktoren für den Erfolg verschiedener Interventionen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen sind. Die Faktoren sind sowohl durch die Art der Intervention bedingt, als auch durch den Kontext, in dem sie ausgeführt wird.

Eine Analyse durch das Health Evidence Network (85) deutet auf die folgenden Voraussetzungen für Erfolg hin.

Strategie und Umfang

Zwei grundlegende Herangehensweisen an Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention setzen an folgenden Stellen an:

1. den zugrunde liegenden Determinanten von Gesundheit wie Armut und sozioökonomische Ungleichheit oder
2. den spezifischen Risikofaktoren für ein bestimmtes gesundheitliches Resultat, z. B. Bewegungsmangel, bestimmte Formen von Adipositas oder schlechte Steuerung des Blutdrucks (mit Bluthochdruck zur Folge), die das Risiko von Arteriosklerose und somit Herzkrankheit erhöhen.

Die Herangehensweisen sind wechselseitig miteinander verbunden, da Armut und sozioökonomische Ungleichheit entscheidende grundlegende Determinanten vieler Risikofaktoren sind. Dennoch verlangen sie nach unterschiedlichen Maßnahmen. Die zweite Herangehensweise unterstützt Gesundheitsaufklärung mit Schwerpunkt auf Einzelpersonen und auf die Schärfung von Bewusstsein und die verstärkte Eigenverantwortung für ihre Gesundheit. Handlung nach der ersten Herangehensweise erfordert ein umfassenderes gesellschaftliches Vorgehen und den demokratischen Prozess zur Schaffung von politischen Veränderungen mit dem Ergebnis einer gerechteren Verteilung der Ressourcen.

Im Allgemeinen deuten die verfügbaren Erkenntnisse darauf hin, dass die wirksamsten gesundheitspolitischen Programme für Kinder wie Erwachsene die vom Staat durchgeführten – und von der Gesellschaft durch Förderung politischer Veränderungen unterstützten – Maßnahmen zur Verringerung der durch Armut verursachten Gesundheitsschäden und zur Förderung sozialer Gerechtigkeit sind.

Interventionen zu vielfältigen, breiter angelegten Themen haben größere Aussicht auf Erfolg. Die geringsten Erfolgsaussichten haben dagegen Interventionen zur Gesundheitsförderung, die:

- nur Einzelthemen betreffen,
- eine negative Botschaft aussenden und
- auf nur einen einzelnen Rahmen beschränkt sind.

Ein solches Beispiel wären Schulkampagnen gegen das Rauchen.

Außerdem nutzen wirksame Interventionen die gesamte Bandbreite verfügbarer Instrumente, entweder hauptsächlich unter der Verantwortung einer nationalen Regierung oder mit deren Beteiligung. Als Beispiele werden im Bericht u. a. Tabak- und Alkoholkonsum, Ernährung, Bewegung und Adipositas angeführt.

Vieles spricht auch dafür, dass allgemeine Gesundheitsförderungskampagnen dann wirkungsvoller sind, wenn sie vielfältig und vielschichtig sind: d. h. wenn gleichzeitige und mehrdimensionale Bemühungen auf nationaler, lokaler und individueller Ebene unternommen werden.

Benötigte Erkenntnisse

Gesicherte und glaubwürdige wissenschaftliche Erkenntnisse über die Wirksamkeit einer gesundheitspolitischen Intervention sind eine Voraussetzung für den Erfolg. Dafür werden mindestens zwei Arten von Erkenntnissen benötigt:

1. Anhaltspunkte dafür, dass die Intervention an sich funktioniert, und
2. Anhaltspunkte dafür, dass das Interventionsprogramm langfristig und in verschiedenen epidemiologischen Situationen, Gesundheitssystemen und kulturellen Kontexten positive Ergebnisse liefert.

Über die Anpassbarkeit der Interventionen liegen noch wenige tiefergehende Forschungsarbeiten vor. Systematische Forschung wird aber dringend benötigt, da die Reichweite wirksamer Interventionen in den ärmsten Ländern und Bevölkerungsschichten i.d.R. am niedrigsten ist.

Da die Interventionen an die Umstände vor Ort angepasst werden müssen, sollte auch die Kapazität des Gesundheitssystems in dem betreffenden Land auf verschiedenen Ebenen bewertet werden. Inwiefern fließen regionale Bedürfnisse auf dem Gebiet der Kindergesundheit in die nationale Politik ein? Wie werden Mittel auf Programme mit einem hohen politischen Profil (wie z. B. zur Verhütung von Aids) umgeleitet? Weitere zu berücksichtigende Faktoren sind:

- Entwicklungsgrad und Aufbau des Gesundheitssystems (z. B. nationale oder lokale, private Systeme),
- Stärken und Schwächen des Gesundheitssystems, Infrastruktur, gegenwärtiger Erfassungsgrad und Inanspruchnahme,
- die Verhaltensweisen der Bevölkerung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, die durch sozioökonomische und kulturelle Gegebenheiten beeinflusst werden,
- die verschiedenen Finanzierungsmöglichkeiten und
- die verfügbaren personellen und finanziellen Mittel.

Die Verfügbarkeit einschlägiger und zuverlässiger Daten über die Zielgruppe für die betreffende Intervention ist auch eine Voraussetzung für die Feststellung, ob die Intervention erfolgen soll und wie erfolgreich sie war. Diese Daten müssen auf nationaler, regionaler bzw. lokaler Ebene gesammelt werden, um die epidemiologische Situation, den politischen Handlungswillen, die Teilnahmefähigkeit des Gesundheitssystems und die Wünsche der betroffenen Gemeinschaft zu bewerten. Nur wenn solche Daten vorliegen, lassen sich gesundheitspolitische Interventionen rechtfertigen.

Taktische Überlegungen

Entscheidend ist die Bestimmung von Zielgruppen innerhalb der Bevölkerung. Bestimmte Gruppen von Kindern und Erwachsenen sind anfälliger als andere für bestimmte gefährliche Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkoholkonsum, schlechte Ernährung und Bewegungsmangel. Zu diesen Gruppen gehören Menschen, die in Armut leben, kulturelle Minderheiten, sozial Benachteiligte und Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen.

Die Menschen, die die Programme planen und umsetzen, sollten dabei Alter und Entwicklungsstufe der Zielpopulation berücksichtigen. So können beispielsweise Programme zur Bekämpfung des Drogengebrauchs ihren Schwerpunkt auf die Prävention in der Altersgruppe von 9–10 Jahren und auf die Minimierung der Schäden unter den älteren Jugendlichen legen, die u. U. bereits illegale Drogen konsumieren.

Darüber hinaus berücksichtigen wirksame Interventionen auch kulturelle, religiöse und geschlechtsspezifische Aspekte. So müssen bei manchen Themen, z. B. bei der Schwangerschaftsverhütung, u. U. für die männliche und weibliche Bevölkerung

unterschiedliche Strategien verfolgt werden. Andere Maßnahmen, z. B. die Bekämpfung des Rauchens durch Verbot der Zigarettenwerbung und Preiserhöhungen für Tabakprodukte, können für beide Geschlechter gleich sein, obwohl deren Verhalten sich hier durchaus unterscheiden mag.

Die weitere erfolgreiche Umsetzung ist von der Erkenntnis der Öffentlichkeit abhängig, dass das fragliche Gesundheitsproblem eine erhebliche Belastung für Gesellschaft, Familien und Einzelpersonen darstellt, wie es aus seiner Prävalenz, seinen ökonomischen Folgen und seinem hohen politischen Stellenwert ersichtlich ist. Außerdem sollten die Programme die unterschiedlichen Sichtweisen der verschiedenen Gruppen bezüglich der Risiken berücksichtigen. So sehen in vielen Gesellschaften Erwachsene z. B. Rauchen als gesundheitsgefährdend an, während für Jugendliche der unmittelbare Reiz gegenüber den langfristigen Risiken im Vordergrund steht (70).

Es gibt Anhaltspunkte für die Effektivität einer Beteiligung der Medien. Als wichtige Einflussfaktoren erscheinen das Bildungsniveau der Bevölkerung, die Dauer der Umsetzung und die Intensität der Medienprogramme sowie die Glaubwürdigkeit der fraglichen Informationsquelle.

Schlussfolgerung

Um maximalen Erfolg zu erzielen, müssen gesundheitspolitische Interventionen all die direkten und indirekten Einflüsse auf die Kindergesundheit einbeziehen und auf viele Bereiche ausgedehnt werden. Umsetzungsstrategien sind dann am erfolgreichsten, wenn sie auf umfassender nationaler Planung beruhen, die:

- die Kinder selbst einbezieht,
- die Beiträge der Familien und Gemeinschaften, Schulen und Medien sowie des Gesundheitssystems und der Politik sinnvoll nutzt und
- Instrumente wie Konzepte, Gesetze und andere Rechtsvorschriften einsetzt.

Diese Arbeit kann in Form eines nationalen Plans oder Programms erfolgen (vgl. Erfolgsgeschichte).

All diese Voraussetzungen für Erfolg fallen unter die vier Leitprinzipien der Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (15) (vgl. S. 51):

- Chancengleichheit: Beseitigung von Ungleichheiten und Erleichterung der Verwirklichung von Menschenrechten, einschließlich Zugang zu geeigneten Diensten für die am stärksten Benachteiligten,
- Sektorübergreifende Maßnahmen: Annahme einer sektorübergreifenden Gesundheitspolitik, die an den grundlegenden Determinanten von Gesundheit ansetzt,
- Einbeziehung der Öffentlichkeit und der jungen Menschen: Einbeziehung in die Planung, Umsetzung und Überwachung von Konzepten und Angeboten und
- Life-Course-Approach (Lebensverlaufansatz): Erarbeitung von Konzepten und Durchführung von Programmen, die den gesundheitlichen Herausforderungen in jeder Wachstums- und Entwicklungsphase gerecht werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass eine erfolgreiche Planung, Umsetzung und Bewertung in verschiedenen Kontexten ein Verständnis der einzelnen Gesundheitsprobleme und Interventionen im Sinne des in Teil 1 des Berichts beschriebenen

Irlands Aktionsprogramm für Kinder

Irlands Aktionsprogramm für Kinder (86) wurde unter dem Namen „Best Health for Children“ [dt.: Optimale Gesundheit für unsere Kinder] ins Leben gerufen; diese sektorübergreifende Initiative wurde von allen Gesundheitsämtern Irlands getragen und von allen ihren Leitern sowie von den wichtigsten nichtstaatlichen Organisationen für Kinder und Jugendliche und der irischen Regierung durch das Ministerium für Gesundheit und Kinder unterstützt.

Nach Bestimmung der Themenbereiche mit Handlungsbedarf strebt die Initiative nun eine

routinemäßige Bewertung möglicher Interventionsprogramme im Hinblick auf deren mögliche Empfehlung an die Politik an. So ist eine Reihe von Faktenblättern über vorbildliche Praxis entstanden, die jeweils auf den Ergebnissen einer Effektivitätsbewertung beruhen (87). Best Health for Children ist nun eines der gemeinsamen nationalen Programme des Dachverbands irischer Gesundheitsämter. Als Aktionsprogramm für Kinder steuert es kinderbezogene Projekte und stellt deren methodische Ausgewogenheit und Passgenauigkeit auf lokale Bedürfnisse sicher.

konzeptionellen Rahmens erforderlich macht, in dem die komplexen Beziehungen zwischen den vielfältigen allgemeinen Determinanten von Gesundheit und spezifischen Risikofaktoren hervorgehoben werden. Dieses breitere Verständnis von Gesundheit bringt es mit sich, dass die Gesundheitsbehörden nicht nur die bekannten Risikofaktoren und Interventionen berücksichtigen müssen, sondern darüber hinaus auch die zugrunde liegenden verhaltensbedingten und sozialen Aspekte, die die Gesundheit unter verschiedenen Umständen auf unterschiedliche Weise beeinflussen. Verständnis und Anwendung dieses Wissens bilden einen Teil der Public-Health-Disziplin.

Literatur

1. *Convention on the Rights of the Child*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1989 (<http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>, eingesehen am 25. Mai 2005), deutsche Übersetzung zitiert nach: Übereinkommen über die Rechte des Kindes 1989 (<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-6559-Broschure-UN-Kinderkonvention-,property=pdf.pdf>, eingesehen am 25. August 2005).
2. *The world health report 2003 – Shaping the future*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/whr/2003/en>, eingesehen am 25. Mai 2005).
3. Braveman P, Gruskin S. Poverty, equity, human rights and health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81(7): 539–545.
4. Marmot M, Wilkinson R. *Social determinants of health*. New York, Oxford University Press, 1999.
5. Momas I et al. *Rapport de la Commission d'orientation du plan national santé-environnement*. Paris, Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale, 2004.
6. Labonte R. Globalization, trade and health: unpacking the links and defining health policy options. In: Hofrichter R, ed. *Health and social justice: politics, ideology and inequity in the distribution of disease*. San Francisco, Jossey Bass, 2003.
7. Lee J-W. Child survival: a global health challenge. *Lancet*, 2003, 362(9389):262.
8. *The world health report 2005 – Make every mother and child count*. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/whr/2005/en>, eingesehen am 25. Mai 2005).
9. Wagstaff A et al. Child health: reaching the poor. *American Journal of Public Health*, 2004, 94(5):726–736 (<http://www.ajph.org/cgi/content/full/94/5/726>, eingesehen am 25. Mai 2005).
10. Lee J-W. Public health is a social issue. *Lancet*, 2005, 365(9464):1005–1006.
11. United Nations. *UN Millennium Development Goals*. New York, United Nations, 2000 (<http://www.un.org/millenniumgoals>, eingesehen am 15. Februar 2005).
12. *Determinants of Health Working Group synthesis report*. Ottawa, Health Canada, 2003 (http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/health_forum/publications/finvol2/determinants, eingesehen am 25. Mai 2005).
13. Coleman RJ. *Reducing social inequalities in health among children and young people*. Brussels, European Commission, 2002 (http://europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer/library/speeches/speech156_en.pdf, eingesehen am 25. Mai 2005).
14. *Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2003 (WHO-Regionalkomitee für Europa Resolution EUR/RC53/R7; http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2003/20030925_3?language=German, eingesehen am 25. Mai 2005).
15. *Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (<http://www.euro.who.int/Document/RC55/gdoc06.pdf>, eingesehen am 28. Juni 2005).

16. *A decade of transition: the MONEE Project CEE/CIS/Baltics*. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, 2001 (Regional Monitoring Report No. 8; <http://www.unicef-icdc.org/publications/pdf/monee8/eng/3.pdf>, eingesehen am 25. Mai 2005).
17. European health for all database [Online-Datenbank]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 25. Mai 2005).
18. Rigby M, Köhler L. *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD): report to the European Commission*. Keele, Centre for Health Planning and Management, 2000 (http://www.europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/monitor/fp_monitoring_2000_frep_08_en.pdf, eingesehen am 25. Mai 2005).
19. Rigby MJ et al. Child health indicators for Europe – A priority for a caring society. *European Journal of Public Health*, 2003, 13(Suppl. 3):38–46 (http://www3.oup.co.uk/eurpub/hdb/Volume_13/Supplement_01/13s10038.sgm.abs.html, eingesehen am 25. Mai 2005).
20. Mathers C et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_gbd2000docs,burden_gbd2000docs_DP54&language=english, eingesehen am 27. April 2005).
21. WHO Global InfoBase [Online-Datenbank]. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/en/, eingesehen am 25. Mai 2005).
22. *Reproductive, maternal and child health in eastern Europe and Eurasia: a comparative report*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, and Calverton, MD, ORC Macro, 2003 (<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/OD28/00FrontMatter.pdf>, eingesehen am 25. Mai 2005).
23. *Integrated management of pregnancy and childbirth*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/pregnancy/manuals/20030129_7, eingesehen am 25. Mai 2005).
24. *Integrated Management of Childhood Illness*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/childhealthdev/imci/20020319_2, eingesehen am 25. Mai 2005).
25. *Core information for the development of immunization policies. 2002 update*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF02/www557.pdf>, eingesehen am 25. Mai 2005).
26. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gsiyycf.pdf, eingesehen am 25. Mai 2005).
27. WHO mortality database [Online-Datenbank]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,mort&language=english>, eingesehen am 25. Mai 2005).
28. Steliarova-Foucher E et al. Geographical patterns and time trends of cancer incidence and survival among children and adolescents in Europe since the 1970s (the ACCIS project): an epidemiological study. *Lancet*, 2004, 364(9451):2097–2105.
29. Nelson LJ, Wells CD. Global epidemiology of childhood tuberculosis. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2004, 8(5):636–647 (<http://thesis.ingentaselect>.

- com/vl=1406159/cl=55/nw=1/rpsv/ij/iatld/10273719/v8n5/s23/p636, eingesehen am 25. Mai 2005).
30. Donald PR. Childhood tuberculosis: the hidden epidemic. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2004, 8(5):627–629 (<http://thesius.ingentaselect.com/vl=1406159/cl=55/nw=1/rpsv/ij/iatld/10273719/v8n5/s21/p627>, eingesehen am 25. Mai 2005).
 31. *Complementary feeding of young children in developing countries. A review of the current scientific knowledge*. Geneva, World Health Organization, 1998 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_98.1.pdf, eingesehen am 25. Mai 2005)
 32. *Making Pregnancy Safer in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/pregnancy>, eingesehen am 25. Mai 2005).
 33. International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorder. *IDD problem statement*. Charlottesville, University of Virginia, 2004 (<http://www.people.virginia.edu/%7Ejtd/iccidd/aboutidd.htm#problem>, eingesehen am 25. Mai 2005).
 34. de Benoist B et al. *Iodine status worldwide: WHO Global Database on Iodine Deficiency*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://nutrition.tufts.edu/conferences/childhood/iodine/iodinewho.pdf>, eingesehen am 25. Mai 2005).
 35. Meltzer H et al. *Mental health of children and adolescents in Great Britain*. London, Office of National Statistics, 2000.
 36. Barlow J. *Systematic review of effectiveness of training programmes in improving behavioural problems in children aged 3–10 years*. Oxford, Department of Public Health. Health Services Research Unit, 1999.
 37. Health Evidence Network. *Welche Strategien haben sich in der Suizidprävention als erfolgreich erwiesen?* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2004 http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/suicideprev/20040712_2?language=German, eingesehen am 25. Mai 2005).
 38. *Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/mnh/gdoc07.pdf>, eingesehen am 25. Mai 2005).
 39. Royal College of Psychiatrists. *Prevention in psychiatry: report of the Public Policy Committee Working Party*. London, Royal College of Physicians, 2002.
 40. Birchwood M et al. Early intervention in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170:2–5.
 41. Tamburlini G, von Ehrenstein O, Bertollini R, eds. *Children's health and environment: a review of evidence*. Copenhagen, European Environment Agency, 2002 (Environmental Issue Report No. 29; <http://www.euro.who.int/document/e75518.pdf>, eingesehen am 25. Mai 2005).
 42. Masoli M et al. *Global burden of asthma – Summary*. Bethesda, MD, Global Initiative for Asthma, 2004 (http://207.159.65.33/wadsetup/boa_sum.pdf, eingesehen am 25. Mai 2005).
 43. Businco L et al. An ESPACI position paper. Hydrolysed cow's milk formulae. Allergenicity and use in treatment and prevention. *Pediatric Allergy and Immunology*, 1993, 4:101–111.

44. Hide DW et al. Allergen avoidance in infancy and allergy at 4 years of age. *Allergy*, 1996, 51:89–93.
45. *Bronchial asthma. The scale of the problem*. Geneva, World Health Organization, 2000 (Fact Sheet No. 206; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs206/en/>, eingesehen am 25. Mai 2005).
46. Künzli N et al. Public-health impact of outdoor and traffic-related air pollution: a European assessment. *Lancet*, 2000, 356(9232):795–801.
47. Krzyzanowski M, Kuna-Dibbert B, Schneider J, eds. *Health effects of transport-related air pollution*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050601_1, eingesehen am 25. Mai 2005).
48. Bruce N, Perez-Padilla R, Albalak R. Indoor air pollution in developing countries: a major environmental and public health challenge. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78:1078–1092.
49. Robertson A et al., eds. *Food and health in Europe: a new basis for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (WHO Regional Publications, European Series, No. 96; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/InformationSources/Publications/Catalogue/20040130_8, eingesehen am 25. Mai 2005).
50. Kurscheid T, Lauterbach K. The cost implications of obesity for health care and society. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1998, 22(Suppl. 1):S3–S5.
51. Lobstein T. How much does obesity cost? *The Food Magazine*, 2004, 65.
52. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Series, No. 916; http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf, eingesehen am 25. Mai 2005).
53. *Living longer in good health also a question of healthy lifestyle. Netherlands health-care prevention policy*. The Hague, Ministry of Health, Welfare and Sport, 2004 (International Publication Series Health, Welfare and Sport, No. 19; http://www.minvws.nl/images/Living%20longer%20in%20good%20health_tcm11-53021.pdf, eingesehen am 25. Mai 2005).
54. *National nutrition policy programme for Slovenia 2005–2010. Resolution approved by the National Assembly of the Republic of Slovenia*. Ljubljana, Ministry of Health of the Republic of Slovenia, 2005.
55. *Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad* [Strategy for nutrition, physical activity and the prevention of obesity]. Madrid, Ministry of Health and Consumer Affairs, 2005. (<http://www.calidadalimentaria.com/uploads/noticias/maqueta%20NAOS.pdf>, eingesehen am 25. Mai 2005).
56. *Choosing health: making healthier choices easier*. London, H.M. Government, 2004 (http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4094550&chk=aN5Cor, eingesehen am 25. Mai 2005).
57. Campbell K et al. Interventions for preventing obesity in children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, 2:CD001871.
58. Spencer N. *Poverty and child health*, 2nd ed. Abingdon, Radcliffe Medical Press, 2000.

59. Lumley J et al. Peri-conceptual supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2004, 1.
60. *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action*. Brussels, European Commission, 2004 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a3_18_en.pdf, eingesehen am 25. Mai 2005).
61. Sikorski J et al. Support for breastfeeding mothers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, 1:CD001141.
62. *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. Geneva, World Health organization, 1981 (http://www.who.int/nut/documents/code_english.PDF, eingesehen am 25. Mai 2005).
63. Jepson R. *The effectiveness of interventions to change health related behaviours: a review of reviews*. Glasgow, MRC Social and Public Health Sciences Unit, 2000 (Occasional Paper No. 3).
64. *Strategic Framework for the Prevention of HIV Infection in Infants*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/E84804.pdf>, eingesehen am 25. Mai 2005).
65. *Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. Dublin, Government of Ireland, 2004 (http://www.eu2004.ie/templates/meeting.asp?sNavlocator=5,13&list_id=25, eingesehen am 25. Mai 2005).
66. Valent F et al. Burden of disease attributable to selected environmental factors and injury among children and adolescents in Europe. *Lancet*, 2004, 363(9426):2032–2039.
67. Health Evidence Network. *Wie lassen sich Verletzungen bei Kindern und alten Menschen verhüten?* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2004 (http://www.euro.who.int/HEN/Synthesen/injuries/20041016_1?language=German, eingesehen am 25. Mai 2005).
68. *Aktionsplan zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder in der Europäischen Region*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/e83338G.pdf>, eingesehen am 25. Mai 2005).
69. Licari L, Nemer L, Tamburlini G. *Children's health and environment. Developing action plans*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/E86888.pdf>, eingesehen am 12. Oktober 2005).
70. Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationssources/publications/catalogue/20040518_1, eingesehen am 25. Mai 2005).
71. European Network of Health Promoting Schools [Website]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/ENHPS/Home>, eingesehen am 25. Mai 2005).
72. Gortmaker SL et al. Impact of school-based interdisciplinary interventions on diet and physical activity among urban primary school children: eat well and keep moving. *Archives of Paediatrics and Adolescent Medicine*, 1999, 153:975–983.

73. Health Evidence Network. *Durch welche Strategien lässt sich die Zahl der Frühschwangerschaften am wirksamsten verhindern?* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2004 (http://www.euro.who.int/HEN/Synthesen/short/20040423_6?language=German, eingesehen am 25. Mai 2005).
74. Bannon M, Carter Y, eds. *Protecting children from abuse and neglect in primary care*. Oxford, Oxford University Press, 2002.
75. Browne KD. Child protection. In: Rutter M, Taylor E, eds. *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*, 4th ed. London, Blackwell, 2002.
76. Browne KD et al. *Early prediction and prevention of child abuse: a handbook*. Chichester, Wiley, 2002.
77. *Report of the consultation on child abuse prevention*. WHO, Geneva, 29–31 March 1999. Geneva, World Health Organization, 1999 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_PVI_99.1.pdf, eingesehen am 25. Mai 2005).
78. *First Meeting on Strategies for Child Protection, Padua, Italy, 29–31 October 1998*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (<http://www.euro.who.int/Document/E63395.pdf>, eingesehen am 25. Mai 2005).
79. Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>, eingesehen am 25. Mai 2005). [Eine deutsche Zusammenfassung ist am Regionalbüro erhältlich].
80. *Improving maternal, infant and child health in the Russian Federation*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003.
81. *New commission joins forces with WHO's Venice office to support Member States in tackling health's social and economic determinants*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/socialdeterminants/commission/20050705_1, eingesehen am 25. Mai 2005).
82. Bellamy C. *The state of the world's children 2005*. New York, UNICEF, 2005 (<http://www.unicef.org/sowc05/english/sowc05.pdf>, eingesehen am 30. Mai 2005).
83. UNICEF Innocenti Research Centre. *Child poverty in rich countries 2005*. Florence, United Nations Children's Fund (Report Card No. 6; <http://www.unicef-icdc.org/publications/pdf/repcard6e.pdf>, eingesehen am 25. Mai 2005).
84. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 2005, 365(9464):1099–1104.
85. Health Evidence Network. *What are the main factors that influence the implementation of disease prevention and health promotion programmes in children and adolescents?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HEN/Synthesen/KeyElementsHP/20050615_10, eingesehen am 22. Juni 2005).
86. Programme of Action for Children [Website]. Tullamore, The Health Boards Executive, 2004 (<http://www.hebe.ie/ProgrammesProjects/ProgrammeofActionforChildren>, eingesehen am 25. Mai 2005).
87. Rigby M et al. The span in information from researching new tools to accessible presentation – Experience from child and adolescent health. In: Kirch W, ed. *Public health in Europe – 10 Years of EUPHA*. Berlin, Springer, 2003:275–292.

ANHANG

STATISTISCHE
TABELLEN

Anmerkungen zu der geschätzten Krankheitslast in den Ländern

Tabelle 4 und 5 aus dem Anhang enthalten die ersten länderspezifischen Schätzungen zu den Ursachen der Krankheitslast und des zuschreibbaren Risikos sowohl in Bezug auf Sterbefälle als auch DALY für die Europäische Region der WHO. Tabelle 7 aus dem Anhang enthält Schätzungen zur Krankheitslast in DALY für Kinder im Alter von 0-14 Jahren. Diese Schätzungen wurden im Jahr 2004 durch das Projekt zur globalen Krankheitslast des globalen Programms für evidenzbasierte Gesundheitsmaßnahmen der WHO ausdrücklich für diesen Bericht erstellt.

Die Schätzungen der Krankheitslast basieren auf früheren Ergebnissen der Studie zur globalen Krankheitslast 2000 (1), die in den Weltgesundheitsberichten 2003 und 2004 (2,3) veröffentlicht wurden, sowie auf den neuesten zusätzlichen Informationen der WHO aus dem Jahr 2004.

Die Schätzungen bezüglich der zuschreibbaren Risikofaktoren beruhen auf vergleichenden Risikoanalysen aus dem Weltgesundheitsbericht 2002 (4), wobei allerdings die Daten über Krankheitslast und Belastung in den einzelnen Ländern i.d.R. durch vier Risikofaktoren aktualisiert wurden. Im Vergleich zum Bericht aus dem Jahr 2002 nahmen Ezzati et al. einige meist kleine Veränderungen an Methoden und Ergebnissen vor und veröffentlichten diese (5).

Diese früheren Schätzungen sollten als die besten Annäherungen der WHO und nicht als die amtlichen Zahlen der Mitgliedstaaten verstanden werden. Sie wurden unter Verwendung standardisierter Kategorien und Methoden errechnet, um Länder übergreifende Vergleiche zu ermöglichen. Sie können aber von den amtlichen nationalen Werten abweichen, die mit anderen, doch prinzipiell ebenso rigorosen Methoden gewonnen sein können. Dokumentation und summarische Tabellen zur Studie über die globale Krankheitslast (6) sind erhältlich, ebenso die Software und ein Handbuch mit Leitlinien zur Durchführung einer Untersuchung der nationalen Krankheitslast (7).

Literatur

1. Mathers C et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_gbd2000docs,burden_gbd2000docs_DP54&language=english, eingesehen am 27. April 2005).
2. *The world health report 2003 – Shaping the future*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/whr/2003/en>, eingesehen am 25. Mai 2005).
3. *The world health report 2004 – Changing history*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/whr/2004/en>, eingesehen am 27. April 2005).
4. *The world health report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/en/>, eingesehen am 27. April 2005).
5. Ezzati M et al. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004.
6. The Global Burden of Disease project: results for 2002 and earlier years, methods, documentation and publications. Manuals, resources and software for carrying out national burden of disease studies [Website]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/evidence/bod>, eingesehen am 25. Mai 2005).
7. Mathers CD et al., eds. *National burden of disease studies. A practical guide. Edition 2.0*. Geneva, World Health Organization, 2001 (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_manual&language=english, eingesehen am 25. Mai 2005).

Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung in der Europäischen Region der WHO (1990 bis 2015, z. T. geschätzt)

Mitgliedstaat	Gesamtbevölkerung [Mio.]			Durchschnittliches jährliches Bevölkerungswachstum		Stadtbevölkerung [% der Gesamtbevölkerung]		Bevölkerung unter 15 Jahren [% der Gesamtbevölkerung]		Bevölkerung über 65 Jahren [% der Gesamtbevölkerung]		Fruchtbarkeitsrate (2000–2005)
	1990	2003	2015	1990–2003	2003–2015	2002	2015	2003	2015	2003	2015	
	Albanien	3,3	3,2	3,5	-0,3	0,8	43,2	51,2	27,3	2,9	7,3	
Andorra	-	-	-	-	-	91,9	91,1	-	-	-	-	-
Armenien	3,5	3,1	3,0	-1,1	-0,1	64,6	64,2	20,5	14,4	10,2	9,9	1,2
Aserbaidschan	7,2	8,2	9,0	1,1	0,7	50,2	51,3	27,0	23,5	7,5	5,9	2,1
Belgien	10,0	10,4	10,5	0,3	0,1	97,2	97,5	17	15,5	16,8	19,5	1,7
Bosnien-Herzegowina	4,5	4,1	4,2	-0,6	0,2	43,9	51,1	17,2	14,1	10,9	13,6	1,3
Bulgarien	8,7	7,8	7,2	-0,8	-0,7	69,4	74,0	14,4	12,6	16,4	18,0	1,1
Dänemark	5,1	5,4	5,4	0,4	0,1	85,2	86,8	18,6	16,3	14,9	19,2	1,8
Deutschland	79,4	82,5	80,6	0,3	-0,2	87,9	90,0	14,9	13,2	17,3	20,8	1,4
EJR Mazedonien ^c	1,9	2,0	2,2	0,6	0,5	59,4	62,0	21,5	20,0	10,7	12,2	1,9
Estland	1,6	1,4	1,3	-1,1	-0,5	69,4	71,4	16,1	14,2	15,2	18,2	1,2
Finnland	5,0	5,2	5,3	0,3	0,1	61,0	62,1	17,6	15,8	15,3	20,3	1,7
Frankreich	56,7	59,8	61,8	0,4	0,3	76,1	79,0	18,6	17,8	16,1	18,5	1,9
Georgien	5,5	5,1	4,7	-0,5	-0,7	52,2	51,6	18,4	15,2	14,3	14,9	1,4
Griechenland	10,2	11,0	11,0	0,6	0,0	60,6	65,2	14,7	13,2	18,7	20,9	1,3
Irland	3,5	4	4,4	1,0	0,8	59,6	63,6	21,3	20,3	11,2	13,4	1,9
Island	-	-	-	-	-	92,7	94,1	-	18,7	-	13,5	2,0
Israel	4,7	6,7	7,9	2,8	1,4	91,6	92,4	27,4	24,8	9,7	11,4	2,7
Italien	56,7	57,6	55,1	0,1	-0,4	67,3	69,2	14,0	12,3	19,0	22,3	1,2
Kasachstan	16,3	14,9	15,5	-0,7	0,3	55,8	58,2	24,5	21,4	8,1	8,4	2,0
Kirgisistan	4,4	5,1	5,8	1	1,1	34,0	35,4	31,7	26,4	6,1	5,9	2,6
Kroatien	4,8	4,4	4,3	-0,6	-0,3	58,6	64,6	16,2	16,5	15,8	17,8	1,7
Lettland	2,7	2,3	2,1	-1,1	-0,7	66,3	66,3	15,1	13,0	15,5	18,3	1,1
Litauen	3,7	3,5	3,3	-0,5	-0,4	66,8	67,5	17,7	16,0	14,2	16,4	1,3
Luxemburg	-	-	-	-	-	91,6	94,1	-	17,6	-	14,4	1,7
Malta	-	-	-	-	-	91,4	93,7	-	17,0	-	18,0	1,8
Monaco	-	-	-	-	-	100,0	100,0	-	-	-	-	-
Niederlande	15,0	16,2	16,6	0,6	0,2	65,4	71,4	18,3	16,4	14,0	17,4	1,7
Norwegen	4,2	4,6	4,7	0,6	0,3	77,6	86,4	19,7	16,6	14,9	18,0	1,8
Österreich	7,7	8,1	8,1	0,4	0,0	65,8	67,2	16,2	12,4	16,0	19,5	1,3
Polen	38,1	38,2	37,9	0,0	-0,1	61,8	64,0	17,6	14,6	12,5	14,8	1,3
Portugal	9,9	10,4	10,5	0,4	0,0	54,1	60,9	17,3	15,3	15,2	18,0	1,5
Republik Moldau	4,4	4,2	4,1	-0,2	-0,2	45,9	50,0	20,4	16,5	11,1	10,9	1,4
Rumänien	23,2	21,7	21,1	-0,5	-0,3	54,5	56,4	16,6	15,4	13,9	14,8	1,3
Russische Föderation	148,3	143,4	134,5	-0,3	-0,5	73,3	74,3	16,3	13,7	13,2	14,3	1,1
San Marino	-	-	-	-	-	88,8	89,1	-	-	-	-	-
Schweden	8,6	9,0	9,0	0,3	0,1	83,3	84,3	17,5	15,7	17,5	21,4	1,6
Schweiz	6,7	7,4	7,6	0,7	0,2	67,6	68,7	16,6	12,6	15,6	22,0	1,4
Serbien und Montenegro	10,5 ^a	8,1	10,7	0,1 ^b	2,3	51,8	55,5	19,6	16,9	14	14,9	1,7
Slowakei	5,3	5,4	5,3	0,2	-0,1	57,2	60,8	18,2	15,4	11,4	13,6	1,3
Slowenien	2,0	2,0	2,0	0,0	-0,1	50,8	52,6	15,0	12,1	14,6	18,5	1,1
Spanien	38,8	41,1	41,5	0,4	0,1	76,4	78,1	15,0	13,2	17,1	19,2	1,2
Tadschikistan	5,3	6,3	7,2	1,3	1,1	25,0	24,4	36,5	28,5	4,6	4,6	3,1
Tschechische Republik	10,4	10,2	9,9	-0,1	-0,2	74,2	75,7	15,5	13,2	13,9	18,6	1,2
Türkei	56,2	70,7	81,2	1,8	1,2	65,8	71,9	28,3	25,0	5,9	6,7	2,4
Turkmenistan	3,7	4,9	5,7	2,2	1,3	45,1	50,0	33,8	27,4	4,5	4,6	2,7
Ukraine	51,9	48,4	44,7	-0,5	-0,7	67,2	68,9	16	13,2	15,1	16,1	1,2
Ungarn	10,4	10,1	9,6	-0,2	-0,5	64,7	70,0	16,3	13,3	14,7	17,4	1,2
Usbekistan	20,5	25,6	30,1	1,7	1,3	36,8	37,0	33,3	26,2	4,9	5,0	2,4
Vereinigtes Königreich	57,6	59,3	60	0,2	0,1	89,0	90,2	18,2	15,9	16	17,8	1,6
Weißrussland	10,2	9,9	9,3	-0,2	-0,5	70,5	75,2	16,8	14,1	14	14,3	1,2
Zypern	-	-	-	-	-	69,0	71,6	-	18,9	-	14,9	1,9

^a Bis 2001 einschließlich Kosovo.^b Daten für 1990–2001.^c Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien.Quellen: World development indicators 2005. Washington, DC, World Bank, 2005 (<http://www.worldbank.org/data/wdi2005/>, eingesehen am 25. Mai 2005), und Human development report 2004. Cultural liberty in today's diverse world. New York, United Nations Development Programme (<http://hdr.undp.org/reports/global/2004/>, eingesehen am 25. Mai 2005).

Tabelle 2: Grundlegende Indikatoren für die Bevölkerungsgesundheit in der Europäischen Region der WHO
Gesundheitsausgaben, Immunisierung und Erkrankungen

Mitgliedstaat	Gesamtausgaben für Gesundheit (2002)		Staatliche Gesundheitsausgaben (2002)		Immunisierung der Einjährigen [%] (2003)		Tb unter DOTS	
	[% des BIP]	Pro Kopf [internationale Dollarrate]	Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit [%]	Anteil an den staatlichen Gesamtausgaben [%]	DTP3-geimpft	Masernimpfung	Entdeckte Fälle [%] (2003)	Behandlungserfolg [%] (2002)
Albanien	6,1	302	39	8	97	93	28	90
Andorra	6,5	1908	71	27	99	96	75	100
Armenien	5,8	232	23	6	94	94	58	79
Aserbaidschan	3,7	120	22	3	97	98	25	84
Belgien	9,1	2515	71	13	90	75	73	69
Bosnien-Herzegowina	9,2	322	50	9	87	84	76	95
Bulgarien	7,4	499	53	10	96	96	90	86
Dänemark	8,8	2583	83	13	96	96	88	77
Deutschland	10,9	2817	79	18	89	92	97	69
EJR Mazedonien ^a	6,8	341	85	14	96	96	75	79
Estland	5,1	604	76	11	94	95	85	67
Finnland	7,3	1943	76	11	98	97	0	–
Frankreich	9,7	2736	76	14	97	86	0	–
Georgien	3,8	123	27	6	76	73	99	65
Griechenland	9,5	1814	53	11	88	88	0	–
Irland	7,3	2367	75	16	85	78	0	–
Island	9,9	2802	84	18	97	93	63	100
Israel	9,1	1890	66	11	97	95	83	80
Italien	8,5	2166	76	13	96	83	101	79
Kasachstan	3,5	261	53	9	99	99	120	78
Kirgisistan	4,3	117	51	10	98	99	97	82
Kroatien	7,3	630	81	12	94	95	0	–
Lettland	5,1	477	64	9	98	99	97	76
Litauen	5,9	549	73	14	94	98	108	72
Luxemburg	6,2	3066	85	12	98	91	98	–
Malta	9,7	965	72	14	94	90	26	60
Monaco	11,0	4258	80	15	99	99	–	–
Niederlande	8,8	2564	66	12	98	96	102	68
Norwegen	9,6	3409	84	18	90	84	128	80
Österreich	7,7	2220	70	11	84	79	87 ^b	64 ^c
Polen	6,1	657	72	10	99	97	81	86
Portugal	9,3	1702	71	14	99	96	86	82
Republik Moldau	7,0	151	58	13	98	96	55	61
Rumänien	6,3	469	66	13	97	97	45	76
Russische Föderation	6,2	535	56	10	98	96	13	67
San Marino	7,7	3094	79	20	96	91	58	0
Schweden	9,2	2512	85	14	98	94	98	73
Schweiz	11,2	3446	58	19	95	82	0	–
Serbien und Montenegro	8,1	305	63	11	89	87	51	91
Slowakei	5,9	723	89	10	99	99	69	84
Slowenien	8,3	1547	75	15	92	94	75	85
Spanien	7,6	1640	71	14	98	97	0	–
Tadschikistan	3,3	47	28	6	82	89	8	78
Tschechische Republik	7,0	1118	91	15	97	99	92	73
Türkei	6,5	420	66	10	68	75	–	–
Turkmenistan	4,3	182	71	12	98	97	56	77
Ukraine	4,7	210	71	9	97	99	0	–
Ungarn	7,8	1078	70	10	99	99	88	55
Usbekistan	7,7	2160	83	16	91	80	0	–
Vereinigtes Königreich	6,4	583	74	11	86	99	98	–
Weißrussland	5,5	143	46	7	98	99	34	80
Zypern	7,0	883	41	7	98	86	102	75

^a Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien.

^b 2002.

^c 2001.

Lebenserwartung und Sterblichkeit

Minderwuchs bei Kindern unter 5 Jahren [%] (1997-2003)	Niedriges Geburtsge- wicht [%] (2000-2002)	Lebenserwartung bei Geburt [Jahre] (2003)		Erwachsenensterblichkeit [pro 1000 Einwohner im Alter von 15-60 Jahren] (2003)		Kindersterblichkeit bis zum 5. Lebensjahr [pro 1000 Lebendgeburten]		Müttersterblichkeit [pro 100 000 Lebendgeburten]		Registrierung der Sterbefälle [%] (2003 oder letztes verfüg- bare Jahr)
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	vor dem 5. Lebensjahr (2003)	vor der 5. Lebenswoche (2000)	WHO-Schät- zung (2000)	Gemeldet (1995-2003)	
35,1	3	69	75	167	92	21	12	55	20	94
-	-	78	84	107	41	5	4	-	-	46
12,9	7	65	72	240	108	33	17	55	34	78
13,3	11	62	68	220	120	91	36	94	29	72
-	8	75	82	125	66	5	3	10	7	100
9,7	4	69	76	190	89	17	11	31	-	88
-	10	69	76	216	91	15	8	32	16	100
-	5	75	80	121	73	5	4	7	12	100
-	7	76	82	115	59	5	3	9	5	100
6,9	5	69	75	202	86	12	9	13	10	90
-	4	65	77	319	114	8	6	38	19	100
-	4	75	82	134	57	4	2	5	5	100
-	7	76	84	132	59	5	3	17	9	100
11,7	6	67	75	195	76	45	25	32	51	64
-	8	76	81	118	48	6	4	10	4	90
-	6	76	81	100	60	6	4	4	4	98
-	4	78	82	81	53	3	2	0	15	91
-	8	78	82	92	51	6	4	13	5	100
-	6	78	84	93	47	5	3	5	3	98
9,7	8	56	67	419	187	73	32	210	54	79
24,8	7	59	68	339	160	68	31	110	51	71
-	6	71	78	173	70	7	5	10	13	99
-	5	66	76	306	120	13	7	61	22	100
-	4	66	78	302	106	9	5	19	13	100
-	8	76	82	115	63	4	4	28	11	100
-	6	76	81	84	49	6	5	-	15	100
-	-	78	85	110	47	4	3	-	-	-
-	-	76	81	93	66	6	4	16	8	100
-	5	77	82	96	58	4	3	10	6	98
-	7	76	82	115	59	6	3	5	3	100
-	6	71	79	202	81	8	6	10	5	100
-	8	74	81	150	63	6	3	8	6	100
-	5	63	71	303	152	32	16	36	30	83
10,1	9	68	75	239	107	20	9	58	32	100
-	6	58	72	480	182	16	9	65	37	97
-	-	78	84	73	32	4	2	-	-	>75
-	4	78	83	79	50	4	2	8	4	100
-	6	78	83	90	50	5	3	7	5	100
5,1	4	70	75	186	99	14	9	9	7	90
-	7	70	78	204	77	8	5	10	8	100
-	6	73	81	165	69	5	4	17	14	100
-	6	76	83	116	46	5	3	5	4	100
36,2	15	59	63	225	169	118	38	100	42	50
-	7	72	79	166	74	5	2	9	7	100
16	16	68	73	176	111	39	22	70	-	43
22,3	6	56	65	352	171	102	35	31	-	76
15,9	5	62	73	384	142	20	9	38	23	99
-	9	68	77	257	111	9	6	11	7	100
-	8	63	69	226	142	69	27	24	33	80
-	5	76	81	103	64	6	4	11	5	100
21,1	7	63	75	370	130	10	5	36	20	98
-	-	76	81	99	47	6	4	47	7	83

Hinweis: Die WHO hat diese Zahlen zum Zweck der Vergleichbarkeit berechnet. Sie entsprechen nicht unbedingt den amtlichen Statistiken der Mitgliedstaaten, die andere Kriterien verwenden können.
 Quellen: *The world health report 2005. Make every mother and child count*. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/whr/2005/en>, eingesehen am 25. Mai 2005) und *World health statistics 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/>, eingesehen am 30. Mai 2005).

Tabelle 3: Einkommenshöhe und -verteilung in der Europäischen Region der WHO

Mitgliedstaat	Pro-Kopf-BIP [US-\$ pro Person und Tag] (2002)	Durchschnittlicher BIP- Jahreszuwachs [%]		Anteil an Einkommen oder Verbrauch [%]				Ungleichheitsmaße	
		1980–1990	1990–2003	Ärmsten 10%	Ärmsten 20%	Reichsten 20%	Reichsten 10%	Verhältnis Einkom- mens- oder Verbrauchs- anteil der reichsten zu den ärmsten 10%	Gini- Index
Albanien	4 830	1,5	4,6	3,8	9,1	37,4	22,4	5,9	28,2
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Armenien	3 120	–	1,5	2,6	6,7	45,1	29,7	11,5	37,9
Aserbaidschan	3 210	–	–1,5	3,1	7,4	44,5	29,5	9,7	36,5
Belgien	27 570	2,1	2,1	2,9	8,3	37,3	22,6	7,8	25,0
Bosnien-Herzegowina	–	–	–	3,9	9,5	35,8	21,4	5,4	26,2
Bulgarien	7 130	3,4	–0,2	2,4	6,7	38,9	23,7	9,9	31,9
Dänemark	30 940	2,0	2,3	2,6	8,3	35,8	21,3	8,1	24,7
Deutschland	27 100	2,3	1,5	3,2	8,5	36,9	22,1	6,9	28,3
EJR Mazedonien ^a	6 470	–	–0,1	3,3	8,4	36,7	22,1	6,8	28,2
Estland	12 260	2,2	2,1	1,9	6,1	44,0	28,5	14,9	37,2
Finnland	26 190	3,3	2,8	4,0	9,6	36,7	22,6	5,6	26,9
Frankreich	26 920	2,4	1,9	2,8	7,2	40,2	25,1	9,1	32,7
Georgien	2 260	0,4	–3,1	2,3	6,4	43,6	27,9	12,0	36,9
Griechenland	18 720	0,9	2,7	2,9	7,1	43,6	28,5	10,0	35,4
Irland	36 360	3,2	7,7	2,8	7,1	43,3	27,6	9,7	35,9
Island	29 750	–	–	–	–	–	–	–	–
Israel	19 530	3,5	4,3	2,4	6,9	44,3	28,2	11,7	35,5
Italien	26 430	2,5	1,6	2,3	6,5	42,0	26,8	11,6	36,0
Kasachstan	5 870	–	–0,6	3,2	7,8	40,0	24,4	7,6	32,3
Kirgisistan	1 620	–	–1,4	3,2	7,7	43,0	27,9	8,7	34,8
Kroatien	10 240	–	1,7	3,4	8,3	39,6	24,5	7,3	29,0
Lettland	9 210	3,2	1,0	2,8	7,3	41,1	26,1	9,3	33,6
Litauen	10 320	–	–0,1	3,2	7,9	40,0	24,9	7,9	31,9
Luxemburg	61 190	–	–	3,5	8,4	38,9	23,8	6,8	30,8
Malta	17 640	–	–	–	–	–	–	–	–
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Niederlande	29 100	2,4	2,7	2,5	7,6	38,7	22,9	9,2	30,9
Norwegen	36 600	3,0	3,5	3,9	9,6	37,2	23,4	6,1	25,8
Österreich	29 220	2,3	2,1	3,1	8,1	38,5	23,5	7,6	30,0
Polen	10 560	–	4,2	3,1	7,6	41,9	26,7	8,6	34,1
Portugal	18 280	3,2	2,6	2,0	5,8	45,9	29,8	15,0	38,5
Republik Moldau	1 470	2,8	–5,9	2,7	6,8	44,1	28,4	10,5	36,9
Rumänien	6 560	1,3	0,1	3,2	7,9	41,0	26,1	8,2	30,3
Russische Föderation	8 230	–	–1,8	3,3	8,2	39,3	23,8	7,2	31,0
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Schweden	26 050	2,5	2,3	3,6	9,1	36,6	22,2	6,2	25,0
Schweiz	30 010	2,0	1,2	2,6	6,9	40,3	25,2	9,9	33,1
Serbien und Montenegro	–	–	1,4	–	–	–	–	–	–
Slowakei	12 840	2,0	2,5	3,1	8,8	34,8	20,9	6,7	25,8
Slowenien	18 540	–	3,1	3,6	9,1	35,7	21,4	5,9	28,4
Spanien	21 460	3,1	2,8	2,8	7,5	40,3	25,2	9,0	32,5
Tadschikistan	980	2,0	–5,3	3,3	7,9	40,8	25,6	7,8	32,6
Tschechische Republik	15 780	–	1,4	4,3	10,3	35,9	22,4	5,2	25,4
Türkei	6 390	5,3	3,1	2,3	6,1	46,7	30,7	13,3	40,0
Turkmenistan	4 250	–	0,9	2,6	6,1	47,5	31,7	12,3	40,8
Ukraine	4 870	–	–5,3	3,7	8,8	37,8	23,2	6,4	29,0
Ungarn	13 400	1,3	2,4	4,0	9,5	36,5	22,2	5,6	26,9
Usbekistan	1 670	–	1,2	3,6	9,2	36,3	22,0	6,1	26,8
Vereinigtes Königreich	26 150	3,2	2,7	2,1	6,1	44,0	28,5	13,8	36,0
Weißrussland	5 520	–	0,6	3,5	8,4	39,1	24,1	6,9	30,4
Zypern	18 150	–	–	–	–	–	–	–	–

^a Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien.

Hinweis: Die WHO hat diese Zahlen zum Zweck der Vergleichbarkeit berechnet. Sie entsprechen nicht unbedingt den amtlichen Statistiken der Mitgliedstaaten, die andere Kriterien verwenden können.

Quellen: World development indicators 2005. Washington, DC, World Bank, 2005 (<http://www.worldbank.org/data/wdi2005/>, eingesehen am 2. Mai 2005), und Human development report 2004. Cultural liberty in today's diverse world. New York, United Nations Development Programme (<http://hdr.undp.org/reports/global/2004/>, eingesehen am 2. Mai 2005).

Tabelle 4: Sterbefälle und DALY in der Europäischen Region der WHO, die den 10 führenden Ursachen zuschreibbar sind (2002)

Mitglied- staat	Sterblichkeit		DALY			
	Ursachen	Sterbefälle insgesamt	% der Gesamt- zahl	Ursachen	DALY insgesamt	% der Gesamt- zahl
ALBANIEN	Alle Ursachen	22 096	100,0	Alle Ursachen	502 753	100,0
	1. Zerebrovaskuläre Krankheiten	4 169	18,9	1. Unipolare depressive Störungen	36 939	7,3
	2. Ischämische Herzkrankheit	3 989	18,1	2. Ischämische Herzkrankheit	35 959	7,2
	3. Infektionen der unteren Atemwege	973	4,4	3. Zerebrovaskuläre Krankheiten	33 238	6,6
	4. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	933	4,2	4. Perinatale Erkrankungen	21 520	4,3
	5. Magenkrebs	572	2,6	5. Infektionen der unteren Atemwege	18 911	3,8
	6. Leberkrebs	552	2,5	6. Osteoarthritis	12 258	2,4
	7. Perinatale Erkrankungen	540	2,4	7. Stürze	10 198	2,0
	8. Hypertensive Herzkrankheit	444	2,0	8. Jodmangel	9 376	1,9
	9. Nephritis und Nephrose	369	1,7	9. Hörverlust im Erwachsenenalter	9 087	1,8
10. Chronische obstruktive Lungenerkrankung	275	1,2	10. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	8 828	1,8	
ANDORRA	Alle Ursachen	562	100,0	Alle Ursachen	8 546	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	67	12,0	1. Unipolare depressive Störungen	715	8,4
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	52	9,3	2. Störungen durch Alkohol	449	5,3
	3. Alzheimer-Krankheit und Demenz	35	6,2	3. Alzheimer-Krankheit und Demenz	378	4,4
	4. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	30	5,3	4. Ischämische Herzkrankheit	369	4,3
	5. Chronische obstruktive Lungenerkrankung	25	4,5	5. Zerebrovaskuläre Krankheiten	342	4,0
	6. Kolon- und Rektumkrebs	22	3,9	6. Hörverlust im Erwachsenenalter	303	3,6
	7. Diabetes mellitus	14	2,5	7. Chronische obstruktive Lungenerkrankung	286	3,3
	8. Infektionen der unteren Atemwege	13	2,3	8. Straßenverkehrsunfälle	276	3,2
	9. Brustkrebs	11	2,0	9. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	250	2,9
10. Straßenverkehrsunfälle	10	1,9	10. Diabetes mellitus	224	2,6	
ARMENIEN	Alle Ursachen	26 148	100,0	Alle Ursachen	516 208	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	8 515	32,6	1. Ischämische Herzkrankheit	65 285	12,6
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	4 212	16,1	2. Unipolare depressive Störungen	38 243	7,4
	3. Diabetes mellitus	1 559	6,0	3. Zerebrovaskuläre Krankheiten	34 430	6,7
	4. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	998	3,8	4. Perinatale Erkrankungen	20 268	3,9
	5. Chronische obstruktive Lungenerkrankung	782	3,0	5. Diabetes mellitus	18 936	3,7
	6. Entzündliche Herzkrankheiten	580	2,2	6. Hörverlust im Erwachsenenalter	15 853	3,1
	7. Hypertensive Herzkrankheit	511	2,0	7. Angeborene Fehlbildungen	14 392	2,8
	8. Brustkrebs	504	1,9	8. Sehstörungen, altersabhängig	11 688	2,3
	9. Magenkrebs	502	1,9	9. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	10 070	2,0
10. Leberzirrhose	496	1,9	10. Chronische obstruktive Lungenerkrankung	8 920	1,7	
ASERBAIDSCHAN	Alle Ursachen	64 213	100,0	Alle Ursachen	1 545 013	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	22 302	34,7	1. Ischämische Herzkrankheit	180 052	11,7
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	6 540	10,2	2. Infektionen der unteren Atemwege	156 395	10,1
	3. Infektionen der unteren Atemwege	5 260	8,2	3. Unipolare depressive Störungen	99 044	6,4
	4. Hypertensive Herzkrankheit	2 212	3,4	4. Perinatale Erkrankungen	68 795	4,5
	5. Diabetes mellitus	1 666	2,6	5. Zerebrovaskuläre Krankheiten	60 065	3,9
	6. Perinatale Erkrankungen	1 648	2,6	6. Durchfallerkrankungen	36 545	2,4
	7. Leberzirrhose	1 532	2,4	7. Tuberkulose	36 406	2,4
	8. Tuberkulose	1 485	2,3	8. Hörverlust im Erwachsenenalter	35 630	2,3
	9. Entzündliche Herzkrankheiten	1 464	2,3	9. Anämie	35 164	2,3
10. Magenkrebs	1 343	2,1	10. Diabetes mellitus	34 711	2,2	

Quelle: Mathers C et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_gbd2000docs,burden_gbd2000docs_DP54&language=english, eingesehen am 25 Mai 2005).

Tabelle 4 fortgesetzt

Mitglied- staat	Sterblichkeit			DALY		
	Ursachen	Sterbefälle insgesamt	% der Gesamt- zahl	Ursachen	DALY insgesamt	% der Gesamt- zahl
BELGIEN	Alle Ursachen	102 947	100,0	Alle Ursachen	1 357 930	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	14 985	14,6	1. Unipolare depressive Störungen	131 685	9,7
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	9 234	9,0	2. Ischämische Herzkrankheit	88 271	6,5
	3. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	7 191	7,0	3. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	66 096	4,9
	4. Infektionen der unteren Atemwege	5 043	4,9	4. Zerebrovaskuläre Krankheiten	62 978	4,6
	5. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	4 989	4,8	5. Alzheimer-Krankheit und Demenz	56 459	4,2
	6. Alzheimer-Krankheit und Demenz	4 193	4,1	6. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	55 114	4,1
	7. Kolon- und Rektumkrebs	3 471	3,4	7. Störungen durch Alkohol	47 778	3,5
	8. Brustkrebs	2 586	2,5	8. Hörverlust im Erwachsenenalter	46 041	3,4
	9. Selbstverstümmelung	2 148	2,1	9. Selbstverstümmelung	42 090	3,1
	10. Prostatakrebs	2 104	2,0	10. Straßenverkehrsunfälle	36 582	2,7
BOSNIEN-HERZEGOWINA	Alle Ursachen	34 894	100,0	Alle Ursachen	649 408	100,0
	1. Zerebrovaskuläre Krankheiten	6 508	18,7	1. Zerebrovaskuläre Krankheiten	63 065	9,7
	2. Ischämische Herzkrankheit	5 590	16,0	2. Unipolare depressive Störungen	51 184	7,9
	3. Entzündliche Herzkrankheiten	3 404	9,8	3. Ischämische Herzkrankheit	50 385	7,8
	4. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	1 618	4,6	4. Entzündliche Herzkrankheiten	26 265	4,0
	5. Diabetes mellitus	646	1,9	5. Osteoarthritis	20 224	3,1
	6. Kolon- und Rektumkrebs	587	1,7	6. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	17 241	2,7
	7. Selbstverstümmelung	572	1,6	7. Perinatalerkrankungen	16 876	2,6
	8. Leberkrebs	545	1,6	8. Hörverlust im Erwachsenenalter	15 671	2,4
	9. Nephritis und Nephrose	519	1,5	9. Selbstverstümmelung	12 971	2,0
	10. Leberzirrhose	517	1,5	10. Sehstörungen, altersabhängig	12 927	2,0
BULGARIEN	Alle Ursachen	106 748	100,0	Alle Ursachen	1 464 368	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	26 638	25,0	1. Ischämische Herzkrankheit	179 532	12,3
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	21 508	20,1	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	164 980	11,3
	3. Hypertensive Herzkrankheit	4 709	4,4	3. Unipolare depressive Störungen	94 865	6,5
	4. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	3 052	2,9	4. Osteoarthritis	40 511	2,8
	5. Kolon- und Rektumkrebs	2 323	2,2	5. Diabetes mellitus	36 538	2,5
	6. Diabetes mellitus	1 972	1,8	6. Hörverlust im Erwachsenenalter	33 172	2,3
	7. Magenkrebs	1 783	1,7	7. Störungen durch Alkohol	32 527	2,2
	8. Infektionen der unteren Atemwege	1 566	1,5	8. Hypertensive Herzkrankheit	32 470	2,2
	9. Leberzirrhose	1 494	1,4	9. Sehstörungen, altersabhängig	32 027	2,2
	10. Selbstverstümmelung	1 347	1,3	10. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	31 686	2,2
DÄNEMARK	Alle Ursachen	57 418	100,0	Alle Ursachen	750 197	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	10 013	17,4	1. Unipolare depressive Störungen	61 059	8,1
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	4 871	8,5	2. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	57 489	7,7
	3. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	4 039	7,0	3. Ischämische Herzkrankheit	46 019	6,1
	4. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	3 380	5,9	4. Zerebrovaskuläre Krankheiten	35 294	4,7
	5. Kolon- und Rektumkrebs	2 480	4,3	5. Störungen durch Alkohol	35 276	4,7
	6. Stürze	1 637	2,9	6. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	25 904	3,5
	7. Alzheimer-Krankheit und Demenz	1 591	2,8	7. Alzheimer-Krankheit und Demenz	25 119	3,3
	8. Brustkrebs	1 496	2,6	8. Hörverlust im Erwachsenenalter	23 447	3,1
	9. Diabetes mellitus	1 493	2,6	9. Kolon- und Rektumkrebs	17 723	2,4
	10. Infektionen der unteren Atemwege	1 476	2,6	10. Diabetes mellitus	15 452	2,1

Mitglied- staat	Sterblichkeit				DALY			
	Ursachen	Sterbefälle insgesamt	% der Gesamt- zahl	Ursachen	DALY insgesamt	% der Gesamt- zahl		
DEUTSCHLAND	Alle Ursachen	815 401	100,0	Alle Ursachen	10 414 377	100,0		
	1. Ischämische Herzkrankheit	172 717	21,2	1. Ischämische Herzkrankheit	871 228	8,4		
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	79 326	9,7	2. Unipolare depressive Störungen	818 642	7,9		
	3. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	42 079	5,2	3. Störungen durch Alkohol	521 875	5,0		
	4. Kolon- und Rektumkrebs	32 424	4,0	4. Zerebrovaskuläre Krankheiten	513 718	4,9		
	5. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	21 948	2,7	5. Hörverlust im Erwachsenenalter	393 423	3,8		
	6. Diabetes mellitus	20 873	2,6	6. Alzheimer-Krankheit und Demenz	377 824	3,6		
	7. Infektionen der unteren Atemwege	20 608	2,5	7. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	353 787	3,4		
	8. Brustkrebs	19 660	2,4	8. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	334 100	3,2		
	9. Hypertensive Herzkrankheit	18 302	2,2	9. Leberzirrhose	264 492	2,5		
	10. Leberzirrhose	17 979	2,2	10. Osteoarthritis	251 575	2,4		
EHEMALIGE JUGOSLAWISCHE REPUBLIK MAZEDONIEN	Alle Ursachen	18 972	100,0	Alle Ursachen	326 031	100,0		
	1. Zerebrovaskuläre Krankheiten	3 772	19,9	1. Zerebrovaskuläre Krankheiten	30 091	9,2		
	2. Entzündliche Herzkrankheiten	3 219	17,0	2. Krieg	26 142	8,0		
	3. Ischämische Herzkrankheit	2 544	13,4	3. Unipolare depressive Störungen	24 263	7,4		
	4. Krieg	803	4,2	4. Ischämische Herzkrankheit	22 280	6,8		
	5. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	674	3,6	5. Entzündliche Herzkrankheiten	17 853	5,5		
	6. Diabetes mellitus	615	3,2	6. Perinatale Erkrankungen	10 232	3,1		
	7. Hypertensive Herzkrankheit	475	2,5	7. Osteoarthritis	9 167	2,8		
	8. Magenkrebs	392	2,1	8. Hörverlust im Erwachsenenalter	7 171	2,2		
	9. Kolon- und Rektumkrebs	369	1,9	9. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	7 150	2,2		
	10. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	309	1,6	10. Diabetes mellitus	6 610	2,0		
ESTLAND	Alle Ursachen	18 246	100,0	Alle Ursachen	264 152	100,0		
	1. Ischämische Herzkrankheit	6 235	34,2	1. Ischämische Herzkrankheit	33 180	12,6		
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	2 964	16,2	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	18 850	7,1		
	3. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	664	3,6	3. Unipolare depressive Störungen	14 195	5,4		
	4. Vergiftungen	431	2,4	4. Vergiftungen	8 267	3,1		
	5. Selbstverstümmelung	384	2,1	5. Störungen durch Alkohol	7 918	3,0		
	6. Kolon- und Rektumkrebs	381	2,1	6. Selbstverstümmelung	7 639	2,9		
	7. Hypertensive Herzkrankheit	350	1,9	7. Hörverlust im Erwachsenenalter	7 338	2,8		
	8. Magenkrebs	340	1,9	8. Straßenverkehrsunfälle	6 612	2,5		
	9. Infektionen der unteren Atemwege	334	1,8	9. Gewalt	6 302	2,4		
	10. Entzündliche Herzkrankheiten	313	1,7	10. Osteoarthritis	6 175	2,3		
FINNLAND	Alle Ursachen	48 461	100,0	Alle Ursachen	667 725	100,0		
	1. Ischämische Herzkrankheit	12 488	25,7	1. Unipolare depressive Störungen	72 348	10,8		
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	4 875	10,0	2. Ischämische Herzkrankheit	62 918	9,4		
	3. Alzheimer-Krankheit und Demenz	3 682	7,6	3. Zerebrovaskuläre Krankheiten	35 795	5,4		
	4. Infektionen der unteren Atemwege	2 375	4,9	4. Alzheimer-Krankheit und Demenz	30 261	4,5		
	5. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	1 934	4,0	5. Störungen durch Alkohol	26 466	4,0		
	6. Selbstverstümmelung	1 215	2,5	6. Selbstverstümmelung	25 330	3,8		
	7. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	1 095	2,3	7. Hörverlust im Erwachsenenalter	22 888	3,4		
	8. Kolon- und Rektumkrebs	1 073	2,2	8. Osteoarthritis	14 899	2,2		
	9. Stürze	1 055	2,2	9. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	13 986	2,1		
	10. Brustkrebs	933	1,9	10. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	13 976	2,1		

Tabelle 4 fortgesetzt

Mitglied- staat	Sterblichkeit			DALY		
	Ursachen	Sterbefälle insgesamt	% der Gesamt- zahl	Ursachen	DALY insgesamt	% der Gesamt- zahl
FRANKREICH	Alle Ursachen	499 040	100,0	Alle Ursachen	7 406 472	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	45 501	9,1	1. Unipolare depressive Störungen	761 929	10,3
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	37 246	7,5	2. Störungen durch Alkohol	398 770	5,4
	3. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	26 069	5,2	3. Alzheimer-Krankheit und Demenz	288 825	3,9
	4. Infektionen der unteren Atemwege	19 404	3,9	4. Zerebrovaskuläre Krankheiten	259 266	3,5
	5. Kolon- und Rektumkrebs	17 499	3,5	5. Hörverlust im Erwachsenenalter	253 702	3,4
	6. Alzheimer-Krankheit und Demenz	16 739	3,4	6. Ischämische Herzkrankheit	248 323	3,4
	7. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	16 138	3,2	7. Straßenverkehrsunfälle	245 691	3,3
	8. Brustkrebs	12 535	2,5	8. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	243 306	3,3
	9. Diabetes mellitus	11 378	2,3	9. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	205 199	2,8
10. Stürze	10 055	2,0	10. Selbstverstümmelung	174 870	2,4	
GEORGIEN	Alle Ursachen	61 349	100,0	Alle Ursachen	892 192	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	26 035	42,4	1. Ischämische Herzkrankheit	163 411	18,3
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	15 680	25,6	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	122 449	13,7
	3. Leberzirrhose	1 641	2,7	3. Unipolare depressive Störungen	61 490	6,9
	4. Diabetes mellitus	1 202	2,0	4. Perinatalerkrankungen	37 345	4,2
	5. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	1 193	1,9	5. Osteoarthritis	24 362	2,7
	6. Perinatalerkrankungen	950	1,5	6. Substanzmissbrauchsstörung	21 844	2,4
	7. Brustkrebs	879	1,4	7. Leberzirrhose	21 203	2,4
	8. Infektionen der unteren Atemwege	872	1,4	8. Hörverlust im Erwachsenenalter	19 467	2,2
	9. Magenkrebs	828	1,3	9. Diabetes mellitus	17 864	2,0
10. Tuberkulose	729	1,2	10. Sehstörungen, altersabhängig	17 793	2,0	
GRIECHENLAND	Alle Ursachen	113 981	100,0	Alle Ursachen	1 393 137	100,0
	1. Zerebrovaskuläre Krankheiten	22 694	19,9	1. Zerebrovaskuläre Krankheiten	130 517	9,4
	2. Ischämische Herzkrankheit	16 825	14,8	2. Ischämische Herzkrankheit	111 885	8,0
	3. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	6 274	5,5	3. Unipolare depressive Störungen	72 775	5,2
	4. Kolon- und Rektumkrebs	2 948	2,6	4. Straßenverkehrsunfälle	51 404	3,7
	5. Infektionen der oberen Atemwege	2 375	2,1	5. Hörverlust im Erwachsenenalter	50 397	3,6
	6. Straßenverkehrsunfälle	2 152	1,9	6. Alzheimer-Krankheit und Demenz	50 146	3,6
	7. Leberkrebs	2 038	1,8	7. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	48 553	3,5
	8. Brustkrebs	1 999	1,8	8. Störungen durch Alkohol	48 424	3,5
	9. Magenkrebs	1 831	1,6	9. Diabetes mellitus	38 437	2,8
10. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	1 784	1,6	10. Osteoarthritis	32 509	2,3	
IRLAND	Alle Ursachen	31 236	100,0	Alle Ursachen	487 635	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	6 527	20,9	1. Unipolare depressive Störungen	40 534	8,3
	2. Infektionen der unteren Atemwege	2 667	8,5	2. Ischämische Herzkrankheit	37 464	7,7
	3. Zerebrovaskuläre Krankheiten	2 650	8,5	3. Störungen durch Alkohol	26 143	5,4
	4. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	1 596	5,1	4. Zerebrovaskuläre Krankheiten	19 947	4,1
	5. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	1 558	5,0	5. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	18 711	3,8
	6. Kolon- und Rektumkrebs	1 014	3,2	6. Hörverlust im Erwachsenenalter	14 363	2,9
	7. Brustkrebs	742	2,4	7. Alzheimer-Krankheit und Demenz	12 862	2,6
	8. Prostatakrebs	601	1,9	8. Straßenverkehrsunfälle	12 510	2,6
	9. Lymphom und Plasmozytom	491	1,6	9. Asthma	12 199	2,5
10. Selbstverstümmelung	458	1,5	10. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	11 995	2,5	

Mitglied- staat	Sterblichkeit				DALY			
	Ursachen	Sterbefälle insgesamt	% der Gesamt- zahl	Ursachen	DALY insgesamt	% der Gesamt- zahl		
ISLAND	Alle Ursachen	1 905	100,0	Alle Ursachen	28 340	100,0		
	1. Ischämische Herzkrankheit	416	21,8	1. Unipolare depressive Störungen	2 900	10,2		
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	189	9,9	2. Ischämische Herzkrankheit	1 940	6,8		
	3. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	115	6,0	3. Zerebrovaskuläre Krankheiten	1 192	4,2		
	4. Alzheimer-Krankheit und Demenz	101	5,3	4. Alzheimer-Krankheit und Demenz	1 117	3,9		
	5. Infektionen der unteren Atemwege	89	4,7	5. Hörverlust im Erwachsenenalter	1 069	3,8		
	6. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	71	3,7	6. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	1 054	3,7		
	7. Kolon- und Rektumkrebs	59	3,1	7. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	954	3,4		
	8. Brustkrebs	48	2,5	8. Selbstverstümmelung	830	2,9		
	9. Prostatakrebs	46	2,4	9. Störungen durch Alkohol	778	2,7		
	10. Pankreaskrebs	39	2,0	10. Straßenverkehrsunfälle	688	2,4		
ISRAEL	Alle Ursachen	35 355	100,0	Alle Ursachen	658 655	100,0		
	1. Ischämische Herzkrankheit	5 705	16,1	1. Unipolare depressive Störungen	82 393	12,5		
	2. Diabetes mellitus	2 813	8,0	2. Ischämische Herzkrankheit	29 866	4,5		
	3. Zerebrovaskuläre Krankheiten	2 233	6,3	3. Diabetes mellitus	22 344	3,4		
	4. Kolon- und Rektumkrebs	1 537	4,3	4. Hörverlust im Erwachsenenalter	20 415	3,1		
	5. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	1 239	3,5	5. Alzheimer-Krankheit und Demenz	18 480	2,8		
	6. Brustkrebs	1 172	3,3	6. Perinatalerkrankungen	17 569	2,7		
	7. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	968	2,7	7. Zerebrovaskuläre Krankheiten	17 345	2,6		
	8. Nephritis und Nephrose	956	2,7	8. Angeborene Fehlbildungen	16 640	2,5		
	9. Infektionen der unteren Atemwege	835	2,4	9. Endokrine Störungen	15 978	2,4		
	10. Lymphom und Plasmozytom	804	2,3	10. Substanzmissbrauchsstörung	15 071	2,3		
ITALIEN	Alle Ursachen	570 710	100,0	Alle Ursachen	6 789 291	100,0		
	1. Ischämische Herzkrankheit	92 928	16,3	1. Unipolare depressive Störungen	464 873	6,8		
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	69 075	12,1	2. Ischämische Herzkrankheit	450 953	6,6		
	3. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	32 114	5,6	3. Zerebrovaskuläre Krankheiten	385 564	5,7		
	4. Hypertensive Herzkrankheit	20 566	3,6	4. Alzheimer-Krankheit und Demenz	304 193	4,5		
	5. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	20 042	3,5	5. Hörverlust im Erwachsenenalter	272 459	4,0		
	6. Diabetes mellitus	19 335	3,4	6. Diabetes mellitus	253 447	3,7		
	7. Kolon- und Rektumkrebs	17 875	3,1	7. Luftröhren-, Bronchien-, Lungenkrebs	238 299	3,5		
	8. Infektionen der unteren Atemwege	14 604	2,6	8. Störungen durch Alkohol	227 530	3,4		
	9. Alzheimer-Krankheit und Demenz	13 627	2,4	9. Straßenverkehrsunfälle	182 555	2,7		
	10. Brustkrebs	11 625	2,0	10. Osteoarthritis	177 068	2,6		
KASACHSTAN	Alle Ursachen	184 078	100,0	Alle Ursachen	3 752 121	100,0		
	1. Ischämische Herzkrankheit	51 948	28,2	1. Ischämische Herzkrankheit	409 227	10,9		
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	26 874	14,6	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	248 561	6,6		
	3. Vergiftungen	9 023	4,9	3. Vergiftungen	186 699	5,0		
	4. Selbstverstümmelung	5 746	3,1	4. Unipolare depressive Störungen	163 543	4,4		
	5. Hypertensive Herzkrankheit	5 639	3,1	5. Selbstverstümmelung	137 970	3,7		
	6. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	5 218	2,8	6. Perinatalerkrankungen	119 481	3,2		
	7. Tuberkulose	4 828	2,6	7. Tuberkulose	118 961	3,2		
	8. Luftröhren-, Bronchien-, Lungenkrebs	4 420	2,4	8. Infektionen der unteren Atemwege	109 198	2,9		
	9. Infektionen der unteren Atemwege	4 379	2,4	9. Gewalt	104 789	2,8		
	10. Leberzirrhose	4 358	2,4	10. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	97 422	2,6		

Tabelle 4 fortgesetzt

Mitglied- staat	Sterblichkeit			DALY		
	Ursachen	Sterbefälle insgesamt	% der Gesamt- zahl	Ursachen	DALY insgesamt	% der Gesamt- zahl
KIRGISISTAN	Alle Ursachen	45 256	100,0	Alle Ursachen	1 141 177	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	10 850	24,0	1. Perinatalerkrankungen	92 799	8,1
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	8 366	18,5	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	84 183	7,4
	3. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	2 873	6,3	3. Ischämische Herzkrankheit	84 092	7,4
	4. Perinatalerkrankungen	2 158	4,8	4. Infektionen der unteren Atemwege	63 417	5,6
	5. Infektionen der unteren Atemwege	2 116	4,7	5. Unipolare depressive Störungen	57 911	5,1
	6. Leberzirrhose	1 788	3,9	6. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	47 784	4,2
	7. Tuberkulose	1 047	2,3	7. Angeborene Fehlbildungen	31 682	2,8
	8. Magenkrebs	781	1,7	8. Leberzirrhose	31 659	2,8
	9. Nephritis und Nephrose	768	1,7	9. Tuberkulose	26 126	2,3
10. Selbstverstümmelung	750	1,7	10. Durchfallerkrankungen	25 942	2,3	
KROATIEN	Alle Ursachen	50 446	100,0	Alle Ursachen	709 409	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	11 653	23,1	1. Zerebrovaskuläre Krankheiten	77 915	11,0
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	8 653	17,2	2. Ischämische Herzkrankheit	73 783	10,4
	3. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	2 729	5,4	3. Unipolare depressive Störungen	52 908	7,5
	4. Kolon- und Rektumkrebs	1 620	3,2	4. Störungen durch Alkohol	33 345	4,7
	5. Leberzirrhose	1 392	2,8	5. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	24 818	3,5
	6. Magenkrebs	1 045	2,1	6. Hörverlust im Erwachsenenalter	19 980	2,8
	7. Brustkrebs	957	1,9	7. Leberzirrhose	19 749	2,8
	8. Selbstverstümmelung	885	1,8	8. Alzheimer-Krankheit und Demenz	18 178	2,6
	9. Infektionen der unteren Atemwege	869	1,7	9. Straßenverkehrsunfälle	15 660	2,2
10. Hypertensive Herzkrankheit	865	1,7	10. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	15 405	2,2	
LETTLAND	Alle Ursachen	33 451	100,0	Alle Ursachen	482 223	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	9 928	29,7	1. Ischämische Herzkrankheit	60 445	12,5
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	7 278	21,8	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	45 102	9,4
	3. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	1 145	3,4	3. Unipolare depressive Störungen	24 848	5,2
	4. Selbstverstümmelung	709	2,1	4. Störungen durch Alkohol	20 747	4,3
	5. Kolon- und Rektumkrebs	678	2,0	5. Straßenverkehrsunfälle	15 991	3,3
	6. Entzündliche Herzkrankheiten	665	2,0	6. Entzündliche Herzkrankheiten	13 916	2,9
	7. Magenkrebs	652	1,9	7. Selbstverstümmelung	13 328	2,8
	8. Straßenverkehrsunfälle	583	1,7	8. Hörverlust im Erwachsenenalter	12 823	2,7
	9. Stürze	450	1,3	9. Osteoarthritis	10 804	2,2
10. Brustkrebs	437	1,3	10. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	10 139	2,1	
LITAUEN	Alle Ursachen	41 060	100,0	Alle Ursachen	625 222	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	14 662	35,7	1. Ischämische Herzkrankheit	77 874	12,5
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	5 089	12,4	2. Unipolare depressive Störungen	36 789	5,9
	3. Selbstverstümmelung	1 577	3,8	3. Zerebrovaskuläre Krankheiten	34 155	5,5
	4. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	1 467	3,6	4. Selbstverstümmelung	30 657	4,9
	5. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	963	2,3	5. Straßenverkehrsunfälle	19 637	3,1
	6. Kolon- und Rektumkrebs	953	2,3	6. Störungen durch Alkohol	18 200	2,9
	7. Magenkrebs	828	2,0	7. Hörverlust im Erwachsenenalter	18 067	2,9
	8. Straßenverkehrsunfälle	709	1,7	8. Osteoarthritis	15 323	2,5
	9. Vergiftungen	670	1,6	9. Gewalt	14 094	2,3
10. Leberzirrhose	666	1,6	10. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	12 675	2,0	

Mitglied- staat	Sterblichkeit			DALY		
	Ursachen	Sterbefälle insgesamt	% der Gesamt- zahl	Ursachen	DALY insgesamt	% der Gesamt- zahl
LUXEMBURG	Alle Ursachen	3 410	100,0	Alle Ursachen	55 069	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	455	13,3	1. Unipolare depressive Störungen	5 255	9,5
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	390	11,4	2. Störungen durch Alkohol	3 324	6,0
	3. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	183	5,4	3. Zerebrovaskuläre Krankheiten	2 971	5,4
	4. Kolon- und Rektumkrebs	128	3,7	4. Ischämische Herzkrankheit	2 778	5,0
	5. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	109	3,2	5. Hörverlust im Erwachsenenalter	1 915	3,5
	6. Infektionen der unteren Atemwege	104	3,0	6. Straßenverkehrsunfälle	1 800	3,3
	7. Brustkrebs	91	2,7	7. Alzheimer-Krankheit und Demenz	1 779	3,2
	8. Alzheimer-Krankheit und Demenz	89	2,6	8. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	1 765	3,2
	9. Leberzirrhose	75	2,2	9. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	1 563	2,8
	10. Selbstverstümmelung	72	2,1	10. Selbstverstümmelung	1 296	2,4
MALTA	Alle Ursachen	2 962	100,0	Alle Ursachen	43 508	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	773	26,1	1. Ischämische Herzkrankheit	4 502	10,3
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	316	10,7	2. Unipolare depressive Störungen	3 182	7,3
	3. Infektionen der unteren Atemwege	230	7,8	3. Zerebrovaskuläre Krankheiten	2 368	5,4
	4. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	133	4,5	4. Diabetes mellitus	1 875	4,3
	5. Kolon- und Rektumkrebs	98	3,3	5. Hörverlust im Erwachsenenalter	1 607	3,7
	6. Diabetes mellitus	92	3,1	6. Alzheimer-Krankheit und Demenz	1 362	3,1
	7. Brustkrebs	89	3,0	7. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	1 338	3,1
	8. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	73	2,5	8. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	1 106	2,5
	9. Hautkrankheiten	54	1,8	9. Störungen durch Alkohol	1 050	2,4
	10. Nephritis und Nephrose	50	1,7	10. Osteoarthritis	1 024	2,4
MONACO	Alle Ursachen	261	100,0	Alle Ursachen	3 876	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	27	10,4	1. Unipolare depressive Störungen	337	8,7
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	22	8,4	2. Störungen durch Alkohol	213	5,5
	3. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	14	5,2	3. Hörverlust im Erwachsenenalter	145	3,7
	4. Infektionen der unteren Atemwege	11	4,3	4. Zerebrovaskuläre Krankheiten	142	3,7
	5. Kolon- und Rektumkrebs	9	3,3	5. Ischämische Herzkrankheit	139	3,6
	6. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	8	3,1	6. Alzheimer-Krankheit und Demenz	138	3,6
	7. Endokrine Störungen	6	2,4	7. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	117	3,0
	8. Brustkrebs	6	2,3	8. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	115	3,0
	9. Stürze	5	2,0	9. Straßenverkehrsunfälle	107	2,8
	10. Diabetes mellitus	5	1,9	10. Endokrine Störungen	104	2,7
NIEDERLANDE	Alle Ursachen	139 374	100,0	Alle Ursachen	1 868 545	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	19 045	13,7	1. Unipolare depressive Störungen	145 864	7,8
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	12 459	8,9	2. Ischämische Herzkrankheit	116 880	6,3
	3. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	9 054	6,5	3. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	97 583	5,2
	4. Infektionen der unteren Atemwege	8 016	5,8	4. Zerebrovaskuläre Krankheiten	86 157	4,6
	5. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	7 226	5,2	5. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	72 975	3,9
	6. Alzheimer-Krankheit und Demenz	5 847	4,2	6. Alzheimer-Krankheit und Demenz	70 892	3,8
	7. Kolon- und Rektumkrebs	5 133	3,7	7. Hörverlust im Erwachsenenalter	69 337	3,7
	8. Brustkrebs	3 956	2,8	8. Störungen durch Alkohol	68 738	3,7
	9. Diabetes mellitus	3 582	2,6	9. Osteoarthritis	43 099	2,3
	10. Prostatakrebs	2 914	2,1	10. Brustkrebs	42 988	2,3

Tabelle 4 fortgesetzt

Mitglied- staat	Sterblichkeit			DALY		
	Ursachen	Sterbefälle insgesamt	% der Gesamt- zahl	Ursachen	DALY insgesamt	% der Gesamt- zahl
NORWEGEN	Alle Ursachen	45 207	100,0	Alle Ursachen	520 406	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	8 886	19,7	1. Unipolare depressive Störungen	46 167	8,9
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	4 817	10,7	2. Ischämische Herzkrankheit	39 668	7,6
	3. Infektionen der unteren Atemwege	2 749	6,1	3. Zerebrovaskuläre Krankheiten	25 324	4,9
	4. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	1 885	4,2	4. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	23 033	4,4
	5. Kolon- und Rektumkrebs	1 868	4,1	5. Alzheimer-Krankheit und Demenz	21 191	4,1
	6. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	1 684	3,7	6. Hörverlust im Erwachsenenalter	18 755	3,6
	7. Prostatakrebs	1 281	2,8	7. Störungen durch Alkohol	15 226	2,9
	8. Alzheimer-Krankheit und Demenz	1 087	2,4	8. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	14 948	2,9
	9. Stürze	943	2,1	9. Substanzmissbrauchsstörung	13 063	2,5
	10. Brustkrebs	892	2,0	10. Kolon- und Rektumkrebs	12 637	2,4
ÖSTERREICH	Alle Ursachen	70 450	100,0	Alle Ursachen	969 681	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	15 418	21,9	1. Unipolare depressive Störungen	95 118	9,8
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	7 559	10,7	2. Ischämische Herzkrankheit	79 989	8,2
	3. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	3 170	4,5	3. Zerebrovaskuläre Krankheiten	49 230	5,1
	4. Kolon- und Rektumkrebs	2 531	3,6	4. Störungen durch Alkohol	48 850	5,0
	5. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	2 122	3,0	5. Hörverlust im Erwachsenenalter	36 543	3,8
	6. Leberzirrhose	1 758	2,5	6. Alzheimer-Krankheit und Demenz	34 102	3,5
	7. Brustkrebs	1 633	2,3	7. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	30 652	3,2
	8. Selbstverstümmelung	1 476	2,1	8. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	26 882	2,8
	9. Diabetes mellitus	1 428	2,0	9. Selbstverstümmelung	26 204	2,7
	10. Hypertensive Herzkrankheit	1 247	1,8	10. Leberzirrhose	24 341	2,5
POLEN	Alle Ursachen	351 944	100,0	Alle Ursachen	5 832 411	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	77 151	21,9	1. Ischämische Herzkrankheit	533 090	9,1
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	43 032	12,2	2. Unipolare depressive Störungen	467 645	8,0
	3. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	22 831	6,5	3. Zerebrovaskuläre Krankheiten	337 626	5,8
	4. Kolon- und Rektumkrebs	11 186	3,2	4. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	214 605	3,7
	5. Magenkrebs	7 039	2,0	5. Osteoarthritis	182 809	3,1
	6. Infektionen der unteren Atemwege	6 818	1,9	6. Störungen durch Alkohol	178 498	3,1
	7. Selbstverstümmelung	6 692	1,9	7. Straßenverkehrsunfälle	152 199	2,6
	8. Straßenverkehrsunfälle	6 012	1,7	8. Hörverlust im Erwachsenenalter	142 890	2,4
	9. Brustkrebs	5 948	1,7	9. Selbstverstümmelung	137 566	2,4
	10. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	5 941	1,7	10. Sehstörungen, altersabhängig	127 710	2,2
PORTUGAL	Alle Ursachen	94 312	100,0	Alle Ursachen	1 415 476	100,0
	1. Zerebrovaskuläre Krankheiten	20 069	21,3	1. Zerebrovaskuläre Krankheiten	145 965	10,3
	2. Ischämische Herzkrankheit	10 927	11,6	2. Unipolare depressive Störungen	76 723	5,4
	3. Infektionen der unteren Atemwege	5 384	5,7	3. Ischämische Herzkrankheit	69 821	4,9
	4. Diabetes mellitus	3 402	3,6	4. Störungen durch Alkohol	60 323	4,3
	5. Kolon- und Rektumkrebs	3 241	3,4	5. Hörverlust im Erwachsenenalter	43 514	3,1
	6. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	3 154	3,3	6. Straßenverkehrsunfälle	43 328	3,1
	7. Magenkrebs	2 952	3,1	7. Alzheimer-Krankheit und Demenz	43 191	3,1
	8. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	2 569	2,7	8. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	42 410	3,0
	9. Prostatakrebs	1 911	2,0	9. Diabetes mellitus	41 896	3,0
	10. Leberzirrhose	1 896	2,0	10. HIV/Aids	36 983	2,6

Mitglied- staat	Sterblichkeit				DALY		
	Ursachen	Sterbefälle insgesamt	% der Gesamt- zahl	Ursachen	DALY insgesamt	% der Gesamt- zahl	
REPUBLIK MOLDAU	Alle Ursachen	48 206	100,0	Alle Ursachen	883 014	100,0	
	1. Ischämische Herzkrankheit	18 559	38,5	1. Ischämische Herzkrankheit	110 615	12,5	
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	7 848	16,3	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	72 774	8,2	
	3. Leberzirrhose	3 809	7,9	3. Störungen durch Alkohol	61 483	7,0	
	4. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	1 671	3,5	4. Leberzirrhose	53 605	6,1	
	5. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	950	2,0	5. Unipolare depressive Störungen	46 127	5,2	
	6. Infektionen der unteren Atemwege	845	1,8	6. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	22 884	2,6	
	7. Selbstverstümmelung	782	1,6	7. Angeborene Fehlbildungen	20 936	2,4	
	8. Tuberkulose	694	1,4	8. Straßenverkehrsunfälle	20 004	2,3	
	9. Kolon- und Rektumkrebs	686	1,4	9. Hörverlust im Erwachsenenalter	19 937	2,3	
	10. Straßenverkehrsunfälle	670	1,4	10. Infektionen der unteren Atemwege	17 593	2,0	
RUMÄNIEN	Alle Ursachen	258 675	100,0	Alle Ursachen	4 106 104	100,0	
	1. Ischämische Herzkrankheit	60 718	23,5	1. Zerebrovaskuläre Krankheiten	416 656	10,1	
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	52 272	20,2	2. Ischämische Herzkrankheit	403 640	9,8	
	3. Hypertensive Herzkrankheit	16 858	6,5	3. Unipolare depressive Störungen	268 936	6,5	
	4. Leberzirrhose	10 996	4,3	4. Leberzirrhose	159 426	3,9	
	5. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	8 904	3,4	5. Störungen durch Alkohol	125 986	3,1	
	6. Infektionen der unteren Atemwege	6 367	2,5	6. Osteoarthritis	107 647	2,6	
	7. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	5 743	2,2	7. Infektionen der unteren Atemwege	104 787	2,6	
	8. Kolon- und Rektumkrebs	4 612	1,8	8. Hypertensive Herzkrankheit	103 018	2,5	
	9. Magenkrebs	4 394	1,7	9. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	91 790	2,2	
	10. Brustkrebs	3 392	1,3	10. Hörverlust im Erwachsenenalter	86 627	2,1	
RUSSISCHE FÖDERATION	Alle Ursachen	2 405 721	100,0	Alle Ursachen	39 409 946	100,0	
	1. Ischämische Herzkrankheit	711 571	29,6	1. Ischämische Herzkrankheit	5 472 308	13,9	
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	533 675	22,2	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	3 930 367	10,0	
	3. Vergiftungen	66 930	2,8	3. Unipolare depressive Störungen	1 574 695	4,0	
	4. Selbstverstümmelung	59 015	2,5	4. Gewalt	1 459 927	3,7	
	5. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	58 899	2,4	5. Selbstverstümmelung	1 297 152	3,3	
	6. Gewalt	47 461	2,0	6. Straßenverkehrsunfälle	1 292 752	3,3	
	7. Straßenverkehrsunfälle	44 580	1,9	7. Vergiftungen	1 272 366	3,2	
	8. Magenkrebs	44 557	1,9	8. Störungen durch Alkohol	1 258 936	3,2	
	9. Kolon- und Rektumkrebs	38 141	1,6	9. Hörverlust im Erwachsenenalter	765 988	1,9	
	10. Leberzirrhose	37 426	1,6	10. Tuberkulose	700 997	1,8	
SAN MARINO	Alle Ursachen	260	100,0	Alle Ursachen	3 042	100,0	
	1. Ischämische Herzkrankheit	40	15,4	1. Unipolare depressive Störungen	245	8,1	
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	26	9,9	2. Ischämische Herzkrankheit	219	7,2	
	3. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	18	6,8	3. Zerebrovaskuläre Krankheiten	158	5,2	
	4. Magenkrebs	12	4,4	4. Hörverlust im Erwachsenenalter	130	4,3	
	5. Infektionen der unteren Atemwege	9	3,3	5. Alzheimer-Krankheit und Demenz	129	4,2	
	6. Lymphom und Plasmozytom	8	3,2	6. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	116	3,8	
	7. Kolon- und Rektumkrebs	6	2,4	7. Störungen durch Alkohol	107	3,5	
	8. Prostatakrebs	5	1,9	8. Osteoarthritis	84	2,8	
	9. Entzündliche Herzkrankheiten	5	1,9	9. Straßenverkehrsunfälle	81	2,7	
	10. Brustkrebs	4	1,6	10. Diabetes mellitus	78	2,6	

Tabelle 4 fortgesetzt

Mitglied- staat	Sterblichkeit			DALY		
	Ursachen	Sterbefälle insgesamt	% der Gesamt- zahl	Ursachen	DALY insgesamt	% der Gesamt- zahl
SCHWEDEN	Alle Ursachen	91 085	100,0	Alle Ursachen	977 415	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	20 122	22,1	1. Unipolare depressive Störungen	95 031	9,7
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	9 984	11,0	2. Ischämische Herzkrankheit	86 116	8,8
	3. Alzheimer-Krankheit und Demenz	5 024	5,5	3. Zerebrovaskuläre Krankheiten	52 520	5,4
	4. Infektionen der unteren Atemwege	3 114	3,4	4. Alzheimer-Krankheit und Demenz	52 277	5,3
	5. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	2 954	3,2	5. Hörverlust im Erwachsenenalter	39 099	4,0
	6. Prostatakrebs	2 742	3,0	6. Störungen durch Alkohol	35 028	3,6
	7. Kolon- und Rektumkrebs	2 702	3,0	7. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	28 598	2,9
	8. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	2 341	2,6	8. Osteoarthritis	25 508	2,6
	9. Diabetes mellitus	1 994	2,2	9. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	22 603	2,3
10. Brustkrebs	1 637	1,8	10. Selbstverstümmelung	20 218	2,1	
SCHWEIZ	Alle Ursachen	60 919	100,0	Alle Ursachen	798 617	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	10 746	17,6	1. Unipolare depressive Störungen	82 410	10,3
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	4 508	7,4	2. Ischämische Herzkrankheit	49 624	6,2
	3. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	2 893	4,7	3. Alzheimer-Krankheit und Demenz	37 445	4,7
	4. Alzheimer-Krankheit und Demenz	2 867	4,7	4. Störungen durch Alkohol	36 543	4,6
	5. Infektionen der unteren Atemwege	2 518	4,1	5. Hörverlust im Erwachsenenalter	33 189	4,2
	6. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	1 980	3,2	6. Zerebrovaskuläre Krankheiten	26 201	3,3
	7. Diabetes mellitus	1 855	3,0	7. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	24 504	3,1
	8. Kolon- und Rektumkrebs	1 801	3,0	8. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	22 679	2,8
	9. Prostatakrebs	1 514	2,5	9. Selbstverstümmelung	22 172	2,8
10. Hypertensive Herzkrankheit	1 374	2,3	10. Osteoarthritis	21 426	2,7	
SERBIEN UND MONTENEGRO	Alle Ursachen	120 948	100,0	Alle Ursachen	1 823 369	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	23 610	19,5	1. Zerebrovaskuläre Krankheiten	182 445	10,0
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	21 756	18,0	2. Ischämische Herzkrankheit	173 717	9,5
	3. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	4 986	4,1	3. Unipolare depressive Störungen	123 248	6,8
	4. Entzündliche Herzkrankheiten	4 903	4,1	4. Störungen durch Alkohol	64 796	3,6
	5. Diabetes mellitus	3 239	2,7	5. Sonstige Erkrankungen des Urogenitalsystems	63 507	3,5
	6. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	2 730	2,3	6. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	50 952	2,8
	7. Kolon- und Rektumkrebs	2 576	2,1	7. Osteoarthritis	49 912	2,7
	8. Brustkrebs	1 870	1,5	8. Perinatale Erkrankungen	41 560	2,3
	9. Leberzirrhose	1 818	1,5	9. Hörverlust im Erwachsenenalter	40 272	2,2
10. Sonstige Erkrankungen des Urogenitalsystems	1 810	1,5	10. Diabetes mellitus	38 588	2,1	
SLOWAKEI	Alle Ursachen	49 852	100,0	Alle Ursachen	834 289	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	14 609	29,3	1. Ischämische Herzkrankheit	83 412	10,0
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	4 445	8,9	2. Unipolare depressive Störungen	65 871	7,9
	3. Hypertensive Herzkrankheit	3 281	6,6	3. Störungen durch Alkohol	33 199	4,0
	4. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	2 112	4,2	4. Zerebrovaskuläre Krankheiten	31 508	3,8
	5. Kolon- und Rektumkrebs	1 801	3,6	5. Osteoarthritis	25 284	3,0
	6. Infektionen der unteren Atemwege	1 409	2,8	6. Hypertensive Herzkrankheit	22 720	2,7
	7. Leberzirrhose	1 313	2,6	7. Leberzirrhose	22 621	2,7
	8. Brustkrebs	852	1,7	8. Hörverlust im Erwachsenenalter	19 526	2,3
	9. Magenkrebs	810	1,6	9. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	19 263	2,3
10. Diabetes mellitus	783	1,6	10. Sehstörungen, altersabhängig	16 923	2,0	

Mitglied- staat	Sterblichkeit			DALY		
	Ursachen	Sterbefälle insgesamt	% der Gesamt- zahl	Ursachen	DALY insgesamt	% der Gesamt- zahl
SLOWENIEN	Alle Ursachen	18 192	100,0	Alle Ursachen	282 355	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	2 803	15,4	1. Unipolare depressive Störungen	26 947	9,5
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	2 003	11,0	2. Ischämische Herzkrankheit	17 813	6,3
	3. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	982	5,4	3. Zerebrovaskuläre Krankheiten	17 284	6,1
	4. Entzündliche Herzkrankheiten	793	4,4	4. Störungen durch Alkohol	12 595	4,5
	5. Leberzirrhose	786	4,3	5. Leberzirrhose	12 094	4,3
	6. Kolon- und Rektumkrebs	651	3,6	6. Selbstverstümmelung	10 458	3,7
	7. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	608	3,3	7. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	9 154	3,2
	8. Selbstverstümmelung	586	3,2	8. Hörverlust im Erwachsenenalter	8 854	3,1
	9. Infektionen der unteren Atemwege	575	3,2	9. Straßenverkehrsunfälle	8 247	2,9
	10. Diabetes mellitus	564	3,1	10. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	7 919	2,8
SPANIEN	Alle Ursachen	355 695	100,0	Alle Ursachen	4 951 588	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	45 018	12,7	1. Unipolare depressive Störungen	274 925	5,6
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	34 880	9,8	2. Ischämische Herzkrankheit	254 464	5,1
	3. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	18 298	5,1	3. Störungen durch Alkohol	227 749	4,6
	4. Alzheimer-Krankheit und Demenz	17 341	4,9	4. Zerebrovaskuläre Krankheiten	220 220	4,4
	5. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	17 148	4,8	5. Alzheimer-Krankheit und Demenz	216 950	4,4
	6. Kolon- und Rektumkrebs	13 127	3,7	6. Hörverlust im Erwachsenenalter	179 798	3,6
	7. Diabetes mellitus	9 965	2,8	7. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	165 829	3,3
	8. Infektionen der unteren Atemwege	9 805	2,8	8. Straßenverkehrsunfälle	165 584	3,3
	9. Magenkrebs	6 569	1,8	9. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	154 604	3,1
	10. Straßenverkehrsunfälle	6 489	1,8	10. Substanzmissbrauchsstörung	145 699	2,9
TADSCHIKISTAN	Alle Ursachen	54 286	100,0	Alle Ursachen	1 374 273	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	11 447	21,1	1. Perinatale Erkrankungen	132 906	9,7
	2. Hypertensive Herzkrankheit	6 276	11,6	2. Infektionen der unteren Atemwege	125 475	9,1
	3. Infektionen der unteren Atemwege	5 474	10,1	3. Ischämische Herzkrankheit	83 634	6,1
	4. Perinatale Erkrankungen	3 088	5,7	4. Unipolare depressive Störungen	68 596	5,0
	5. Zerebrovaskuläre Krankheiten	3 048	5,6	5. Durchfallerkrankungen	68 332	5,0
	6. Durchfallerkrankungen	2 032	3,7	6. Hypertensive Herzkrankheit	47 926	3,5
	7. Leberzirrhose	1 303	2,4	7. Meningitis	37 258	2,7
	8. Tuberkulose	1 155	2,1	8. Tuberkulose	28 984	2,1
	9. Meningitis	1 096	2,0	9. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	25 759	1,9
	10. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	1 028	1,9	10. Zerebrovaskuläre Krankheiten	25 174	1,8
TSCHECHISCHE REPUBLIK	Alle Ursachen	103 313	100,0	Alle Ursachen	1 474 275	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	25 899	25,1	1. Ischämische Herzkrankheit	163 488	11,1
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	15 663	15,2	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	115 113	7,8
	3. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	5 736	5,6	3. Unipolare depressive Störungen	104 052	7,1
	4. Kolon- und Rektumkrebs	4 607	4,5	4. Störungen durch Alkohol	63 520	4,3
	5. Infektionen der unteren Atemwege	2 291	2,2	5. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	51 746	3,5
	6. Brustkrebs	1 931	1,9	6. Hörverlust im Erwachsenenalter	44 139	3,0
	7. Leberzirrhose	1 812	1,8	7. Kolon- und Rektumkrebs	40 399	2,7
	8. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	1 774	1,7	8. Alzheimer-Krankheit und Demenz	38 864	2,6
	9. Stürze	1 758	1,7	9. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	36 750	2,5
	10. Selbstverstümmelung	1 665	1,6	10. Selbstverstümmelung	31 758	2,2

Tabelle 4 fortgesetzt

Mitglied- staat	Sterblichkeit			DALY		
	Ursachen	Sterbefälle insgesamt	% der Gesamt- zahl	Ursachen	DALY insgesamt	% der Gesamt- zahl
TÜRKEI	Alle Ursachen	436 920	100,0	Alle Ursachen	11 449 790	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	102 552	23,5	1. Ischämische Herzkrankheit	842 438	7,4
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	62 782	14,4	2. Unipolare depressive Störungen	818 907	7,2
	3. Perinatalerkrankungen	19 513	4,5	3. Perinatalerkrankungen	767 718	6,7
	4. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	18 221	4,2	4. Zerebrovaskuläre Krankheiten	730 232	6,4
	5. Infektionen der unteren Atemwege	12 891	3,0	5. Infektionen der unteren Atemwege	383 673	3,4
	6. Hypertensive Herzkrankheit	11 680	2,7	6. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	317 991	2,8
	7. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	10 121	2,3	7. Angeborene Fehlbildungen	310 417	2,7
	8. Meningitis	7 642	1,7	8. Osteoarthritis	252 122	2,2
	9. Durchfallerkrankungen	6 942	1,6	9. Meningitis	249 240	2,2
10. Angeborene Fehlbildungen	6 679	1,5	10. Durchfallerkrankungen	235 894	2,1	
TURKMENISTAN	Alle Ursachen	41 735	100,0	Alle Ursachen	1 070 033	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	11 671	28,0	1. Infektionen der unteren Atemwege	114 409	10,7
	2. Hypertensive Herzkrankheit	5 068	12,1	2. Ischämische Herzkrankheit	102 191	9,6
	3. Infektionen der unteren Atemwege	3 720	8,9	3. Unipolare depressive Störungen	55 051	5,1
	4. Zerebrovaskuläre Krankheiten	2 182	5,2	4. Hypertensive Herzkrankheit	51 101	4,8
	5. Tuberkulose	1 491	3,6	5. Perinatalerkrankungen	40 553	3,8
	6. Leberzirrhose	1 421	3,4	6. Durchfallerkrankungen	38 911	3,6
	7. Durchfallerkrankungen	1 097	2,6	7. Tuberkulose	36 958	3,5
	8. Perinatalerkrankungen	910	2,2	8. Leberzirrhose	28 496	2,7
	9. Selbstverstümmelung	599	1,4	9. Zerebrovaskuläre Krankheiten	22 071	2,1
10. Diabetes mellitus	552	1,3	10. Angeborene Fehlbildungen	17 493	1,6	
UKRAINE	Alle Ursachen	782 993	100,0	Alle Ursachen	11 340 794	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	335 610	42,9	1. Ischämische Herzkrankheit	2 067 811	18,2
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	126 117	16,1	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	958 442	8,5
	3. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	25 304	3,2	3. Unipolare depressive Störungen	525 321	4,6
	4. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	18 953	2,4	4. HIV/Aids	354 531	3,1
	5. Selbstverstümmelung	17 520	2,2	5. Selbstverstümmelung	339 304	3,0
	6. Vergiftungen	16 577	2,1	6. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	321 391	2,8
	7. Magenkrebs	12 629	1,6	7. Vergiftungen	312 298	2,8
	8. Leberzirrhose	12 459	1,6	8. Hörverlust im Erwachsenenalter	266 302	2,3
	9. Kolon- und Rektumkrebs	12 413	1,6	9. Gewalt	241 668	2,1
10. HIV/Aids	12 223	1,6	10. Leberzirrhose	224 442	2,0	
UNGARN	Alle Ursachen	122 161	100,0	Alle Ursachen	1 778 886	100,0
	1. Ischämische Herzkrankheit	29 420	24,1	1. Ischämische Herzkrankheit	186 226	10,5
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	16 757	13,7	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	121 473	6,8
	3. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	7 569	6,2	3. Unipolare depressive Störungen	104 867	5,9
	4. Leberzirrhose	5 652	4,6	4. Leberzirrhose	93 358	5,2
	5. Kolon- und Rektumkrebs	4 596	3,8	5. Störungen durch Alkohol	82 576	4,6
	6. Hypertensive Herzkrankheit	3 816	3,1	6. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	76 036	4,3
	7. Stürze	2 853	2,3	7. Hörverlust im Erwachsenenalter	54 648	3,1
	8. Selbstverstümmelung	2 795	2,3	8. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	48 778	2,7
	9. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	2 786	2,3	9. Selbstverstümmelung	48 137	2,7
10. Brustkrebs	2 202	1,8	10. Osteoarthritis	46 469	2,6	

Mitglied- staat	Sterblichkeit				DALY			
	Ursachen	Sterbefälle insgesamt	% der Gesamt- zahl	Ursachen	DALY insgesamt	% der Gesamt- zahl		
USBEKISTAN	Alle Ursachen	171 512	100,0	Alle Ursachen	4 300 427	100,0		
	1. Ischämische Herzkrankheit	55 693	32,5	1. Ischämische Herzkrankheit	379 347	8,8		
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	23 436	13,7	2. Infektionen der unteren Atemwege	339 614	7,9		
	3. Infektionen der unteren Atemwege	10 922	6,4	3. Unipolare depressive Störungen	294 066	6,8		
	4. Hypertensive Herzkrankheit	9 004	5,2	4. Perinatale Erkrankungen	207 600	4,8		
	5. Leberzirrhose	6 695	3,9	5. Zerebrovaskuläre Krankheiten	183 670	4,3		
	6. Perinatale Erkrankungen	4 854	2,8	6. Leberzirrhose	132 821	3,1		
	7. Entzündliche Herzkrankheiten	4 479	2,6	7. Tuberkulose	107 645	2,5		
	8. Tuberkulose	4 384	2,6	8. Angeborene Fehlbildungen	92 923	2,2		
	9. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	3 400	2,0	9. Hörverlust im Erwachsenenalter	92 032	2,1		
	10. Diabetes mellitus	2 955	1,7	10. Anämie	86 482	2,0		
VEREINIGTES KÖNIGREICH	Alle Ursachen	599 344	100,0	Alle Ursachen	7 555 040	100,0		
	1. Ischämische Herzkrankheit	120 530	20,1	1. Ischämische Herzkrankheit	653 004	8,6		
	2. Infektionen der unteren Atemwege	65 395	10,9	2. Unipolare depressive Störungen	586 613	7,8		
	3. Zerebrovaskuläre Krankheiten	59 322	9,9	3. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	366 584	4,9		
	4. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	33 314	5,6	4. Zerebrovaskuläre Krankheiten	365 846	4,8		
	5. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	28 421	4,7	5. Störungen durch Alkohol	277 584	3,7		
	6. Kolon- und Rektumkrebs	19 350	3,2	6. Alzheimer-Krankheit und Demenz	276 347	3,7		
	7. Brustkrebs	14 989	2,5	7. Hörverlust im Erwachsenenalter	252 668	3,3		
	8. Alzheimer-Krankheit und Demenz	13 162	2,2	8. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	229 789	3,0		
	9. Prostatakrebs	10 995	1,8	9. Infektionen der unteren Atemwege	226 081	3,0		
	10. Lymphom und Plasmozytom	8 431	1,4	10. Substanzmissbrauchsstörung	162 131	2,1		
WEISSRUSSLAND	Alle Ursachen	143 574	100,0	Alle Ursachen	2 192 251	100,0		
	1. Ischämische Herzkrankheit	59 423	41,4	1. Ischämische Herzkrankheit	382 458	17,4		
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	22 790	15,9	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	188 174	8,6		
	3. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	5 192	3,6	3. Unipolare depressive Störungen	107 552	4,9		
	4. Vergiftungen	3 956	2,8	4. Selbstverstümmelung	78 206	3,6		
	5. Selbstverstümmelung	3 796	2,6	5. Vergiftungen	75 063	3,4		
	6. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	3 707	2,6	6. Störungen durch Alkohol	63 271	2,9		
	7. Magenkrebs	3 146	1,8	7. Chronische obstruktive Lungenkrankheit	62 291	2,8		
	8. Kolon- und Rektumkrebs	2 550	1,8	8. HIV/Aids	55 818	2,5		
	9. HIV/Aids	2 201	1,5	9. Straßenverkehrsunfälle	52 635	2,4		
	10. Ertrinken	1 712	1,2	10. Hörverlust im Erwachsenenalter	52 491	2,4		
ZYPERN	Alle Ursachen	7 494	100,0	Alle Ursachen	108 491	100,0		
	1. Ischämische Herzkrankheit	1 358	18,1	1. Unipolare depressive Störungen	7 476	6,9		
	2. Zerebrovaskuläre Krankheiten	795	10,6	2. Ischämische Herzkrankheit	7 400	6,8		
	3. Infektionen der unteren Atemwege	497	6,6	3. Sehstörungen, altersabhängig	7 224	6,7		
	4. Straßenverkehrsunfälle	214	2,9	4. Straßenverkehrsunfälle	5 931	5,5		
	5. Luftröhren-, Bronchien- oder Lungenkrebs	182	2,4	5. Hörverlust im Erwachsenenalter	5 480	5,1		
	6. Brustkrebs	126	1,7	6. Katarakt	4 536	4,2		
	7. Kolon- und Rektumkrebs	107	1,4	7. Diabetes mellitus	4 283	3,9		
	8. Nephritis und Nephrose	99	1,3	8. Zerebrovaskuläre Krankheiten	3 609	3,3		
	9. Blasenkrebs	76	1,0	9. Infektionen der unteren Atemwege	2 936	2,7		
	10. Magenkrebs	74	1,0	10. Schizophrenie	2 017	1,9		

Tabelle 5: Zuschreibbarer Anteil der 10 führenden Risikofaktoren an Sterbefällen und DALY in der Europäischen Region der WHO (2002)

Mitglied- staat	Sterbefälle		DALY	
	Risikofaktor	% der Gesamt- zahl	Risikofaktor	% der Gesamt- zahl
ALBANIEN	1. Bluthochdruck	22,0	1. Tabak	9,2
	2. Tabak	21,6	2. Bluthochdruck	7,5
	3. Hoher Cholesterinspiegel	11,0	3. Alkohol	6,5
	4. Hoher BMI-Wert	10,0	4. Hoher BMI-Wert	5,2
	5. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	6,3	5. Hoher Cholesterinspiegel	4,4
	6. Alkohol	5,7	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	2,5
	7. Bewegungsmangel	5,3	7. Bewegungsmangel	2,2
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	1,7	8. Rauch in Innenräumen durch Festbrennstoffe	1,5
	9. Rauch in Innenräumen durch Festbrennstoffe	1,3	9. Untergewicht von Mutter und Kind	1,3
	10. Blei	1,1	10. Blei	1,3
ANDORRA	1. Tabak	16,6	1. Tabak	11,2
	2. Bluthochdruck	14,5	2. Alkohol	8,6
	3. Hoher BMI-Wert	7,5	3. Hoher BMI-Wert	5,8
	4. Bewegungsmangel	4,0	4. Bluthochdruck	5,5
	5. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	2,8	5. Bewegungsmangel	2,2
	6. Alkohol	1,2	6. Illegale Drogen	2,2
	7. Unsicherer Sex	0,9	7. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	1,5
	8. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,7	8. Unsicherer Sex	1,4
	9. Illegale Drogen	0,6	9. Eisenmangel	0,6
	10. Städtische Außenluftverschmutzung	0,5	10. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,5
ARMENIEN	1. Bluthochdruck	22,9	1. Tabak	12,3
	2. Tabak	19,6	2. Hoher BMI-Wert	9,9
	3. Hoher BMI-Wert	18,5	3. Bluthochdruck	8,5
	4. Hoher Cholesterinspiegel	17,5	4. Hoher Cholesterinspiegel	7,8
	5. Bewegungsmangel	9,2	5. Alkohol	4,6
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	9,0	6. Bewegungsmangel	4,2
	7. Alkohol	4,8	7. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	4,0
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	2,2	8. Unsicherer Sex	2,0
	9. Rauch in Innenräumen durch Festbrennstoffe	1,6	9. Eisenmangel	1,9
	10. Blei	1,3	10. Rauch in Innenräumen durch Festbrennstoffe	1,2
ASERBAIDSCHAN	1. Bluthochdruck	21,6	1. Hoher BMI-Wert	7,8
	2. Hoher Cholesterinspiegel	17,8	2. Tabak	6,9
	3. Hoher BMI-Wert	15,8	3. Hoher Cholesterinspiegel	6,8
	4. Tabak	9,9	4. Bluthochdruck	6,7
	5. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	9,0	5. Alkohol	3,8
	6. Bewegungsmangel	8,5	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	3,5
	7. Alkohol	5,1	7. Bewegungsmangel	3,4
	8. Rauch in Innenräumen durch Festbrennstoffe	2,5	8. Rauch in Innenräumen durch Festbrennstoffe	3,3
	9. Städtische Außenluftverschmutzung	2,0	9. Untergewicht von Mutter und Kind	2,7
	10. Untergewicht von Mutter und Kind	1,7	10. Eisenmangel	2,5
BELGIEN	1. Tabak	23,3	1. Tabak	15,8
	2. Bluthochdruck	13,4	2. Alkohol	6,6
	3. Hoher Cholesterinspiegel	11,2	3. Hoher Cholesterinspiegel	6,1
	4. Hoher BMI-Wert	7,3	4. Bluthochdruck	6,1
	5. Bewegungsmangel	4,5	5. Hoher BMI-Wert	5,9
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	3,3	6. Bewegungsmangel	2,6
	7. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,7	7. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	1,9
	8. Unsicherer Sex	0,7	8. Illegale Drogen	1,6
	9. Städtische Außenluftverschmutzung	0,5	9. Unsicherer Sex	0,8
	10. Kanzerogene Stoffe am Arbeitsplatz	0,5	10. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,7

Mitglied- staat	Sterbefälle		DALY	
	Risikofaktor	% der Gesamt- zahl	Risikofaktor	% der Gesamt- zahl
BOSNIEN-HERZEGOWINA	1. Bluthochdruck	28,5	1. Tabak	14,7
	2. Tabak	21,1	2. Bluthochdruck	13,3
	3. Hoher Cholesterinspiegel	10,6	3. Hoher BMI-Wert	7,4
	4. Hoher BMI-Wert	10,3	4. Hoher Cholesterinspiegel	6,0
	5. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	5,8	5. Alkohol	5,8
	6. Bewegungsmangel	5,3	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	3,2
	7. Alkohol	4,0	7. Bewegungsmangel	3,0
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	1,9	8. Blei	1,2
	9. Blei	1,1	9. Illegale Drogen	1,2
	10. Illegale Drogen	0,5	10. Städtische Außenluftverschmutzung	0,8
BULGARIEN	1. Bluthochdruck	40,0	1. Bluthochdruck	20,4
	2. Hoher Cholesterinspiegel	14,3	2. Tabak	12,4
	3. Hoher BMI-Wert	14,2	3. Hoher BMI-Wert	10,9
	4. Tabak	13,5	4. Hoher Cholesterinspiegel	8,4
	5. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	7,4	5. Alkohol	7,9
	6. Bewegungsmangel	7,1	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	4,3
	7. Alkohol	6,5	7. Bewegungsmangel	4,3
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	2,0	8. Illegale Drogen	1,8
	9. Blei	1,3	9. Blei	1,3
	10. Unsicherer Sex	0,8	10. Unsicherer Sex	1,2
DÄNEMARK	1. Tabak	25,7	1. Tabak	17,7
	2. Bluthochdruck	11,8	2. Alkohol	7,2
	3. Hoher Cholesterinspiegel	11,5	3. Hoher BMI-Wert	6,3
	4. Hoher BMI-Wert	8,4	4. Hoher Cholesterinspiegel	5,4
	5. Bewegungsmangel	5,1	5. Bluthochdruck	5,0
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	3,4	6. Bewegungsmangel	2,7
	7. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,8	7. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	1,8
	8. Unsicherer Sex	0,8	8. Illegale Drogen	1,6
	9. Städtische Außenluftverschmutzung	0,5	9. Unsicherer Sex	1,0
	10. Illegale Drogen	0,4	10. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,8
DEUTSCHLAND	1. Bluthochdruck	25,9	1. Tabak	13,7
	2. Tabak	18,3	2. Bluthochdruck	11,2
	3. Hoher Cholesterinspiegel	15,1	3. Alkohol	7,5
	4. Hoher BMI-Wert	9,9	4. Hoher Cholesterinspiegel	7,2
	5. Bewegungsmangel	5,9	5. Hoher BMI-Wert	7,1
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	4,1	6. Bewegungsmangel	3,2
	7. Unsicherer Sex	0,7	7. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	2,2
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	0,6	8. Illegale Drogen	1,7
	9. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,4	9. Unsicherer Sex	0,8
	10. Illegale Drogen	0,4	10. Eisenmangel	0,5
EHEMALIGE JUGOSLAWISCHE REPUBLIK MAZEDONIEN	1. Bluthochdruck	23,6	1. Tabak	11,1
	2. Tabak	15,9	2. Bluthochdruck	10,8
	3. Hoher BMI-Wert	11,8	3. Hoher BMI-Wert	7,6
	4. Hoher Cholesterinspiegel	9,4	4. Alkohol	5,4
	5. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	5,3	5. Hoher Cholesterinspiegel	5,4
	6. Bewegungsmangel	5,1	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	3,0
	7. Alkohol	3,9	7. Bewegungsmangel	2,9
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	2,1	8. Unsicherer Sex	1,2
	9. Blei	1,0	9. Blei	1,2
	10. Rauch in Innenräumen durch Festbrennstoffe	0,7	10. Illegale Drogen	1,0

Tabelle 5 fortgesetzt

Mitglied- staat	Sterbefälle		DALY	
	Risikofaktor	% der Gesamt- zahl	Risikofaktor	% der Gesamt- zahl
ESTLAND	1. Bluthochdruck	28,3	1. Alkohol	15,4
	2. Hoher Cholesterinspiegel	23,7	2. Bluthochdruck	12,5
	3. Tabak	17,4	3. Tabak	11,9
	4. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	12,6	4. Hoher Cholesterinspiegel	10,1
	5. Hoher BMI-Wert	11,4	5. Hoher BMI-Wert	7,5
	6. Alkohol	10,9	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	5,9
	7. Bewegungsmangel	9,1	7. Bewegungsmangel	4,1
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	1,2	8. Illegale Drogen	1,3
	9. Blei	0,8	9. Unsicherer Sex	1,2
	10. Unsicherer Sex	0,8	10. Blei	0,9
FINNLAND	1. Bluthochdruck	22,0	1. Bluthochdruck	9,3
	2. Hoher Cholesterinspiegel	17,3	2. Hoher Cholesterinspiegel	7,9
	3. Tabak	13,9	3. Tabak	7,7
	4. Hoher BMI-Wert	8,9	4. Alkohol	6,9
	5. Bewegungsmangel	6,3	5. Hoher BMI-Wert	6,7
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	4,5	6. Bewegungsmangel	3,2
	7. Städtische Außenluftverschmutzung	0,6	7. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	2,3
	8. Illegale Drogen	0,5	8. Illegale Drogen	1,4
	9. Unsicherer Sex	0,5	9. Unsicherer Sex	0,7
	10. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,4	10. Sexueller Missbrauch in der Kindheit	0,5
FRANKREICH	1. Tabak	16,2	1. Tabak	12,4
	2. Bluthochdruck	12,8	2. Alkohol	10,7
	3. Hoher BMI-Wert	6,5	3. Bluthochdruck	4,9
	4. Hoher Cholesterinspiegel	6,4	4. Hoher BMI-Wert	4,7
	5. Alkohol	4,6	5. Hoher Cholesterinspiegel	3,1
	6. Bewegungsmangel	3,3	6. Bewegungsmangel	1,8
	7. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	2,3	7. Illegale Drogen	1,5
	8. Unsicherer Sex	0,8	8. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	1,3
	9. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,5	9. Unsicherer Sex	1,0
	10. Illegale Drogen	0,4	10. Eisenmangel	0,5
GEORGIEN	1. Bluthochdruck	48,8	1. Bluthochdruck	23,5
	2. Hoher Cholesterinspiegel	22,9	2. Hoher Cholesterinspiegel	11,9
	3. Hoher BMI-Wert	17,3	3. Hoher BMI-Wert	11,9
	4. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	11,1	4. Tabak	9,2
	5. Bewegungsmangel	10,6	5. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	5,8
	6. Tabak	9,3	6. Alkohol	5,8
	7. Alkohol	4,6	7. Bewegungsmangel	5,6
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	2,6	8. Illegale Drogen	2,6
	9. Blei	1,5	9. Unsicherer Sex	1,6
	10. Unsicherer Sex	0,7	10. Blei	1,6
GRIECHENLAND	1. Bluthochdruck	25,0	1. Tabak	12,9
	2. Tabak	19,3	2. Bluthochdruck	11,8
	3. Hoher Cholesterinspiegel	11,6	3. Hoher BMI-Wert	8,5
	4. Hoher BMI-Wert	8,3	4. Hoher Cholesterinspiegel	7,6
	5. Bewegungsmangel	5,0	5. Alkohol	4,3
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	3,9	6. Bewegungsmangel	3,5
	7. Städtische Außenluftverschmutzung	0,6	7. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	2,6
	8. Unsicherer Sex	0,5	8. Illegale Drogen	1,7
	9. Kanzerogene Stoffe am Arbeitsplatz	0,4	9. Unsicherer Sex	0,8
	10. Illegale Drogen	0,3	10. Eisenmangel	0,5

Mitglied- staat	Sterbefälle		DALY	
	Risikofaktor	% der Gesamt- zahl	Risikofaktor	% der Gesamt- zahl
IRLAND	1. Tabak	23,2	1. Tabak	11,8
	2. Bluthochdruck	18,0	2. Alkohol	7,9
	3. Hoher Cholesterinspiegel	14,4	3. Bluthochdruck	7,2
	4. Hoher BMI-Wert	8,4	4. Hoher Cholesterinspiegel	6,4
	5. Bewegungsmangel	5,6	5. Hoher BMI-Wert	5,5
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	4,1	6. Bewegungsmangel	2,8
	7. Illegale Drogen	0,6	7. Illegale Drogen	2,6
	8. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,6	8. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	2,0
	9. Städtische Außenluftverschmutzung	0,6	9. Unsicherer Sex	0,7
	10. Unsicherer Sex	0,5	10. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,6
ISLAND	1. Tabak	20,8	1. Tabak	12,6
	2. Hoher Cholesterinspiegel	15,2	2. Hoher Cholesterinspiegel	5,9
	3. Bluthochdruck	15,0	3. Hoher BMI-Wert	5,4
	4. Hoher BMI-Wert	8,0	4. Bluthochdruck	5,2
	5. Bewegungsmangel	5,6	5. Alkohol	4,8
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	4,1	6. Bewegungsmangel	2,5
	7. Unsicherer Sex	0,8	7. Illegale Drogen	2,1
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	0,6	8. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	1,9
	9. Illegale Drogen	0,5	9. Unsicherer Sex	1,1
	10. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,4	10. Eisenmangel	0,7
ISRAEL	1. Hoher BMI-Wert	12,5	1. Tabak	6,1
	2. Bluthochdruck	11,8	2. Hoher BMI-Wert	6,0
	3. Tabak	11,8	3. Bluthochdruck	3,8
	4. Hoher Cholesterinspiegel	8,2	4. Alkohol	3,0
	5. Bewegungsmangel	5,5	5. Hoher Cholesterinspiegel	2,9
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	3,1	6. Illegale Drogen	2,7
	7. Unsicherer Sex	0,6	7. Bewegungsmangel	2,2
	8. Illegale Drogen	0,4	8. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	1,2
	9. Städtische Außenluftverschmutzung	0,4	9. Unsicherer Sex	0,8
	10. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,4	10. Eisenmangel	0,7
ITALIEN	1. Bluthochdruck	21,7	1. Tabak	12,0
	2. Tabak	18,8	2. Bluthochdruck	8,9
	3. Hoher Cholesterinspiegel	11,1	3. Hoher BMI-Wert	8,4
	4. Hoher BMI-Wert	10,0	4. Alkohol	5,9
	5. Bewegungsmangel	5,0	5. Hoher Cholesterinspiegel	5,7
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	3,5	6. Bewegungsmangel	3,1
	7. Unsicherer Sex	0,6	7. Illegale Drogen	2,2
	8. Alkohol	0,6	8. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	2,0
	9. Städtische Außenluftverschmutzung	0,6	9. Unsicherer Sex	1,1
	10. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,5	10. Eisenmangel	0,6
KASACHSTAN	1. Bluthochdruck	29,3	1. Tabak	13,4
	2. Hoher Cholesterinspiegel	21,5	2. Alkohol	12,8
	3. Tabak	19,1	3. Bluthochdruck	12,3
	4. Hoher BMI-Wert	12,5	4. Hoher Cholesterinspiegel	9,6
	5. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	11,8	5. Hoher BMI-Wert	7,4
	6. Alkohol	10,9	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	5,5
	7. Bewegungsmangel	8,0	7. Bewegungsmangel	3,5
	8. Rauch in Innenräumen durch Festbrennstoffe	1,5	8. Rauch in Innenräumen durch Festbrennstoffe	1,7
	9. Blei	1,2	9. Illegale Drogen	1,4
	10. Städtische Außenluftverschmutzung	1,1	10. Blei	1,2

Tabelle 5 fortgesetzt

Mitglied- staat	Sterbefälle		DALY	
	Risikofaktor	% der Gesamt- zahl	Risikofaktor	% der Gesamt- zahl
KIRGISISTAN	1. Bluthochdruck	19,5	1. Tabak	6,6
	2. Hoher Cholesterinspiegel	14,1	2. Alkohol	6,4
	3. Hoher BMI-Wert	11,4	3. Bluthochdruck	6,1
	4. Tabak	10,7	4. Hoher BMI-Wert	5,4
	5. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	7,0	5. Hoher Cholesterinspiegel	5,3
	6. Alkohol	6,9	6. Rauch in Innenräumen durch Festbrennstoffe	4,6
	7. Bewegungsmangel	6,4	7. Untergewicht von Mutter und Kind	3,2
	8. Rauch in Innenräumen durch Festbrennstoffe	5,2	8. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	2,6
	9. Untergewicht von Mutter und Kind	2,1	9. Bewegungsmangel	2,4
	10. Städtische Außenluftverschmutzung	1,9	10. Wasser, Abwasser und Hygiene	2,0
KROATIEN	1. Bluthochdruck	26,4	1. Tabak	15,8
	2. Tabak	21,3	2. Bluthochdruck	13,8
	3. Hoher Cholesterinspiegel	18,3	3. Hoher Cholesterinspiegel	10,7
	4. Hoher BMI-Wert	11,9	4. Alkohol	9,7
	5. Bewegungsmangel	6,9	5. Hoher BMI-Wert	9,2
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	5,2	6. Bewegungsmangel	4,1
	7. Alkohol	4,1	7. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	3,2
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	0,6	8. Illegale Drogen	1,6
	9. Unsicherer Sex	0,6	9. Unsicherer Sex	0,8
	10. Kanzerogene Stoffe am Arbeitsplatz	0,4	10. Sexueller Missbrauch in der Kindheit	0,4
LETTLAND	1. Bluthochdruck	31,7	1. Alkohol	15,4
	2. Hoher Cholesterinspiegel	23,0	2. Bluthochdruck	14,0
	3. Tabak	16,5	3. Tabak	12,0
	4. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	12,4	4. Hoher Cholesterinspiegel	11,0
	5. Hoher BMI-Wert	11,1	5. Hoher BMI-Wert	7,8
	6. Alkohol	10,8	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	6,4
	7. Bewegungsmangel	8,9	7. Bewegungsmangel	4,4
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	1,2	8. Illegale Drogen	1,9
	9. Unsicherer Sex	1,0	9. Unsicherer Sex	1,3
	10. Blei	0,9	10. Blei	0,9
LITAUEN	1. Bluthochdruck	33,0	1. Alkohol	14,9
	2. Hoher Cholesterinspiegel	23,2	2. Bluthochdruck	13,0
	3. Tabak	17,8	3. Tabak	11,5
	4. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	12,0	4. Hoher Cholesterinspiegel	9,2
	5. Alkohol	10,7	5. Hoher BMI-Wert	6,9
	6. Hoher BMI-Wert	10,5	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	5,4
	7. Bewegungsmangel	9,1	7. Bewegungsmangel	3,9
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	1,2	8. Unsicherer Sex	1,3
	9. Unsicherer Sex	1,1	9. Blei	0,9
	10. Blei	0,8	10. Illegale Drogen	0,9
LUXEMBURG	1. Tabak	17,7	1. Tabak	11,3
	2. Bluthochdruck	15,2	2. Alkohol	10,8
	3. Hoher Cholesterinspiegel	10,7	3. Bluthochdruck	6,0
	4. Hoher BMI-Wert	7,9	4. Hoher BMI-Wert	5,6
	5. Bewegungsmangel	4,5	5. Hoher Cholesterinspiegel	5,1
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	3,2	6. Bewegungsmangel	2,3
	7. Alkohol	3,1	7. Illegale Drogen	2,2
	8. Unsicherer Sex	0,6	8. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	1,6
	9. Illegale Drogen	0,5	9. Unsicherer Sex	0,8
	10. Städtische Außenluftverschmutzung	0,5	10. Eisenmangel	0,6

Mitglied- staat	Sterbefälle		DALY	
	Risikofaktor	% der Gesamt- zahl	Risikofaktor	% der Gesamt- zahl
MALTA	1. Bluthochdruck	25,0	1. Bluthochdruck	11,0
	2. Hoher Cholesterinspiegel	19,9	2. Hoher BMI-Wert	9,8
	3. Tabak	15,4	3. Tabak	9,7
	4. Hoher BMI-Wert	11,7	4. Hoher Cholesterinspiegel	9,4
	5. Bewegungsmangel	7,2	5. Bewegungsmangel	4,1
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	4,9	6. Alkohol	3,0
	7. Unsicherer Sex	0,6	7. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	2,5
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	0,6	8. Unsicherer Sex	0,9
	9. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,4	9. Illegale Drogen	0,9
	10. Kanzerogene Stoffe am Arbeitsplatz	0,3	10. Eisenmangel	0,6
MONACO	1. Tabak	15,8	1. Tabak	10,4
	2. Bluthochdruck	14,2	2. Alkohol	9,3
	3. Hoher Cholesterinspiegel	8,0	3. Hoher BMI-Wert	5,6
	4. Hoher BMI-Wert	6,4	4. Bluthochdruck	5,2
	5. Bewegungsmangel	3,5	5. Hoher Cholesterinspiegel	3,5
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	2,5	6. Bewegungsmangel	2,0
	7. Alkohol	2,3	7. Unsicherer Sex	1,3
	8. Unsicherer Sex	0,8	8. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	1,3
	9. Illegale Drogen	0,4	9. Illegale Drogen	1,1
	10. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,4	10. Eisenmangel	0,6
NIEDERLANDE	1. Tabak	23,7	1. Tabak	16,7
	2. Bluthochdruck	17,4	2. Bluthochdruck	7,8
	3. Hoher Cholesterinspiegel	8,1	3. Hoher BMI-Wert	6,1
	4. Hoher BMI-Wert	7,8	4. Alkohol	5,0
	5. Bewegungsmangel	4,5	5. Hoher Cholesterinspiegel	4,7
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	3,2	6. Bewegungsmangel	2,7
	7. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,7	7. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	1,9
	8. Unsicherer Sex	0,6	8. Illegale Drogen	1,8
	9. Städtische Außenluftverschmutzung	0,5	9. Unsicherer Sex	0,9
	10. Kanzerogene Stoffe am Arbeitsplatz	0,4	10. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,6
NORWEGEN	1. Bluthochdruck	18,8	1. Tabak	11,8
	2. Tabak	15,4	2. Bluthochdruck	7,8
	3. Hoher Cholesterinspiegel	14,9	3. Hoher Cholesterinspiegel	7,0
	4. Hoher BMI-Wert	7,7	4. Hoher BMI-Wert	6,1
	5. Bewegungsmangel	5,3	5. Alkohol	4,2
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	3,6	6. Illegale Drogen	3,1
	7. Illegale Drogen	1,0	7. Bewegungsmangel	2,9
	8. Unsicherer Sex	0,6	8. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	1,9
	9. Städtische Außenluftverschmutzung	0,5	9. Unsicherer Sex	0,8
	10. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,5	10. Eisenmangel	0,6
ÖSTERREICH	1. Bluthochdruck	22,8	1. Tabak	11,0
	2. Tabak	15,8	2. Alkohol	9,2
	3. Hoher Cholesterinspiegel	14,3	3. Bluthochdruck	8,9
	4. Hoher BMI-Wert	9,6	4. Hoher BMI-Wert	6,7
	5. Bewegungsmangel	6,0	5. Hoher Cholesterinspiegel	6,6
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	4,2	6. Bewegungsmangel	3,0
	7. Alkohol	2,2	7. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	2,2
	8. Unsicherer Sex	0,8	8. Illegale Drogen	1,8
	9. Städtische Außenluftverschmutzung	0,5	9. Unsicherer Sex	1,0
	10. Illegale Drogen	0,4	10. Sexueller Missbrauch in der Kindheit	0,5

Tabelle 5 fortgesetzt

Mitglied- staat	Sterbefälle		DALY	
	Risikofaktor	% der Gesamt- zahl	Risikofaktor	% der Gesamt- zahl
POLEN	1. Tabak	25,3	1. Tabak	16,6
	2. Bluthochdruck	25,0	2. Bluthochdruck	10,4
	3. Hoher Cholesterinspiegel	13,8	3. Alkohol	9,2
	4. Hoher BMI-Wert	10,6	4. Hoher BMI-Wert	7,1
	5. Alkohol	6,7	5. Hoher Cholesterinspiegel	6,9
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	6,6	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	3,3
	7. Bewegungsmangel	6,1	7. Bewegungsmangel	3,1
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	1,7	8. Unsicherer Sex	1,3
	9. Unsicherer Sex	1,1	9. Illegale Drogen	1,2
	10. Blei	0,9	10. Blei	1,0
PORTUGAL	1. Bluthochdruck	23,0	1. Bluthochdruck	10,5
	2. Tabak	12,1	2. Tabak	10,4
	3. Hoher Cholesterinspiegel	10,7	3. Alkohol	8,5
	4. Hoher BMI-Wert	10,2	4. Hoher BMI-Wert	7,9
	5. Bewegungsmangel	5,0	5. Hoher Cholesterinspiegel	6,1
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	3,6	6. Illegale Drogen	3,3
	7. Alkohol	3,1	7. Bewegungsmangel	2,9
	8. Unsicherer Sex	1,6	8. Unsicherer Sex	2,5
	9. Illegale Drogen	0,9	9. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	2,1
	10. Städtische Außenluftverschmutzung	0,5	10. Eisenmangel	0,5
REPUBLIK MOLDAU	1. Bluthochdruck	33,3	1. Alkohol	20,8
	2. Hoher Cholesterinspiegel	27,3	2. Bluthochdruck	13,1
	3. Alkohol	17,4	3. Hoher Cholesterinspiegel	10,6
	4. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	14,1	4. Tabak	9,7
	5. Hoher BMI-Wert	13,1	5. Hoher BMI-Wert	7,6
	6. Tabak	12,5	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	5,9
	7. Bewegungsmangel	10,3	7. Bewegungsmangel	4,2
	8. Rauch in Innenräumen durch Festbrennstoffe	1,8	8. Rauch in Innenräumen durch Festbrennstoffe	1,6
	9. Städtische Außenluftverschmutzung	1,3	9. Unsicherer Sex	1,2
	10. Unhygienische Injektionen in Gesundheitseinrichtungen	1,2	10. Blei	1,0
RUMÄNIEN	1. Bluthochdruck	31,8	1. Bluthochdruck	13,8
	2. Tabak	16,3	2. Tabak	13,1
	3. Hoher Cholesterinspiegel	14,4	3. Alkohol	12,4
	4. Hoher BMI-Wert	13,9	4. Hoher BMI-Wert	9,2
	5. Alkohol	12,4	5. Hoher Cholesterinspiegel	7,5
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	7,1	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	3,7
	7. Bewegungsmangel	6,6	7. Bewegungsmangel	3,5
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	2,1	8. Unsicherer Sex	1,6
	9. Blei	1,3	9. Blei	1,2
	10. Unsicherer Sex	1,2	10. Rauch in Innenräumen durch Festbrennstoffe	0,9
RUSSISCHE FÖDERATION	1. Bluthochdruck	35,5	1. Alkohol	16,5
	2. Hoher Cholesterinspiegel	23,0	2. Bluthochdruck	16,3
	3. Tabak	17,1	3. Tabak	13,4
	4. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	12,9	4. Hoher Cholesterinspiegel	12,3
	5. Hoher BMI-Wert	12,5	5. Hoher BMI-Wert	8,5
	6. Alkohol	11,9	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	7,0
	7. Bewegungsmangel	9,0	7. Bewegungsmangel	4,6
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	1,2	8. Illegale Drogen	2,2
	9. Blei	1,2	9. Blei	1,1
	10. Illegale Drogen	0,9	10. Unsicherer Sex	1,0

Mitglied- staat	Sterbefälle		DALY	
	Risikofaktor	% der Gesamt- zahl	Risikofaktor	% der Gesamt- zahl
SAN MARINO	1. Bluthochdruck	22,2	1. Tabak	11,0
	2. Tabak	22,0	2. Bluthochdruck	9,8
	3. Hoher Cholesterinspiegel	11,2	3. Hoher BMI-Wert	6,8
	4. Hoher BMI-Wert	5,8	4. Hoher Cholesterinspiegel	6,4
	5. Bewegungsmangel	4,2	5. Alkohol	4,7
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	3,6	6. Bewegungsmangel	2,9
	7. Unsicherer Sex	0,7	7. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	2,2
	8. Kanzerogene Stoffe am Arbeitsplatz	0,5	8. Unsicherer Sex	1,0
	9. Städtische Außenluftverschmutzung	0,5	9. Eisenmangel	0,6
	10. Blei	0,1	10. Illegale Drogen	0,4
SCHWEDEN	1. Bluthochdruck	25,2	1. Bluthochdruck	10,5
	2. Hoher Cholesterinspiegel	14,5	2. Tabak	8,0
	3. Tabak	10,8	3. Hoher Cholesterinspiegel	7,1
	4. Hoher BMI-Wert	8,4	4. Hoher BMI-Wert	6,8
	5. Bewegungsmangel	5,7	5. Alkohol	4,2
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	3,8	6. Bewegungsmangel	3,2
	7. Unsicherer Sex	0,6	7. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	2,1
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	0,5	8. Illegale Drogen	1,2
	9. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,3	9. Unsicherer Sex	0,8
	10. Illegale Drogen	0,3	10. Eisenmangel	0,6
SCHWEIZ	1. Bluthochdruck	25,2	1. Tabak	10,7
	2. Hoher Cholesterinspiegel	14,5	2. Alkohol	7,2
	3. Tabak	10,8	3. Bluthochdruck	6,3
	4. Hoher BMI-Wert	8,4	4. Hoher BMI-Wert	6,0
	5. Bewegungsmangel	5,7	5. Hoher Cholesterinspiegel	4,9
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	3,8	6. Illegale Drogen	2,7
	7. Unsicherer Sex	0,6	7. Bewegungsmangel	2,4
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	0,5	8. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	1,7
	9. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,3	9. Unsicherer Sex	1,0
	10. Illegale Drogen	0,3	10. Sexueller Missbrauch in der Kindheit	0,6
SERBIEN UND MONTENEGRO	1. Bluthochdruck	34,2	1. Bluthochdruck	16,8
	2. Tabak	19,7	2. Tabak	15,3
	3. Hoher BMI-Wert	12,1	3. Hoher BMI-Wert	8,6
	4. Hoher Cholesterinspiegel	11,7	4. Alkohol	7,2
	5. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	6,4	5. Hoher Cholesterinspiegel	6,8
	6. Bewegungsmangel	6,2	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	3,7
	7. Alkohol	4,1	7. Bewegungsmangel	3,6
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	1,9	8. Blei	1,2
	9. Blei	1,1	9. Unsicherer Sex	1,2
	10. Rauch in Innenräumen durch Festbrennstoffe	1,1	10. Illegale Drogen	1,1
SLOWAKEI	1. Bluthochdruck	29,7	1. Alkohol	13,2
	2. Tabak	19,2	2. Tabak	12,2
	3. Hoher Cholesterinspiegel	14,3	3. Bluthochdruck	11,4
	4. Hoher BMI-Wert	14,0	4. Hoher BMI-Wert	8,0
	5. Alkohol	11,5	5. Hoher Cholesterinspiegel	5,7
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	7,4	6. Bewegungsmangel	3,1
	7. Bewegungsmangel	7,2	7. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	3,1
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	1,9	8. Illegale Drogen	1,7
	9. Blei	1,0	9. Unsicherer Sex	1,1
	10. Unsicherer Sex	0,9	10. Blei	1,0

Tabelle 5 fortgesetzt

Mitglied- staat	Sterbefälle		DALY	
	Risikofaktor	% der Gesamt- zahl	Risikofaktor	% der Gesamt- zahl
SLOWENIEN	1. Tabak	19,7	1. Tabak	13,7
	2. Bluthochdruck	17,8	2. Alkohol	11,4
	3. Hoher Cholesterinspiegel	12,1	3. Bluthochdruck	8,2
	4. Hoher BMI-Wert	10,0	4. Hoher BMI-Wert	6,8
	5. Alkohol	6,5	5. Hoher Cholesterinspiegel	6,3
	6. Bewegungsmangel	5,1	6. Bewegungsmangel	2,8
	7. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	3,6	7. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	2,1
	8. Unsicherer Sex	0,8	8. Illegale Drogen	1,1
	9. Städtische Außenluftverschmutzung	0,5	9. Unsicherer Sex	0,8
	10. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,5	10. Sexueller Missbrauch in der Kindheit	0,5
SPANIEN	1. Tabak	16,8	1. Tabak	12,3
	2. Bluthochdruck	15,6	2. Alkohol	7,6
	3. Hoher Cholesterinspiegel	8,9	3. Hoher BMI-Wert	6,4
	4. Hoher BMI-Wert	7,9	4. Bluthochdruck	5,8
	5. Bewegungsmangel	4,2	5. Hoher Cholesterinspiegel	4,5
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	3,0	6. Illegale Drogen	3,9
	7. Unsicherer Sex	0,8	7. Bewegungsmangel	2,5
	8. Alkohol	0,8	8. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	1,7
	9. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,7	9. Unsicherer Sex	1,4
	10. Illegale Drogen	0,6	10. Eisenmangel	0,6
TADSCHIKISTAN	1. Bluthochdruck	21,4	1. Bluthochdruck	5,8
	2. Hoher BMI-Wert	13,7	2. Hoher BMI-Wert	5,4
	3. Hoher Cholesterinspiegel	10,5	3. Alkohol	4,8
	4. Alkohol	6,1	4. Wasser, Abwasser und Hygiene	4,3
	5. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	5,3	5. Rauch in Innenräumen durch Festbrennstoffe	4,2
	6. Bewegungsmangel	4,9	6. Untergewicht von Mutter und Kind	4,0
	7. Rauch in Innenräumen durch Festbrennstoffe	3,4	7. Hoher Cholesterinspiegel	3,5
	8. Wasser, Abwasser und Hygiene	3,2	8. Tabak	2,3
	9. Tabak	3,0	9. Eisenmangel	2,1
	10. Untergewicht von Mutter und Kind	2,5	10. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	1,8
TSCHECHISCHE REPUBLIK	1. Bluthochdruck	26,8	1. Tabak	15,5
	2. Tabak	21,8	2. Bluthochdruck	12,8
	3. Hoher Cholesterinspiegel	18,3	3. Hoher Cholesterinspiegel	9,8
	4. Hoher BMI-Wert	11,4	4. Hoher BMI-Wert	8,4
	5. Bewegungsmangel	7,3	5. Alkohol	6,2
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	5,2	6. Bewegungsmangel	4,1
	7. Unsicherer Sex	0,9	7. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	3,0
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	0,6	8. Unsicherer Sex	1,2
	9. Kanzerogene Stoffe am Arbeitsplatz	0,4	9. Illegale Drogen	0,9
	10. Illegale Drogen	0,3	10. Eisenmangel	0,5
TÜRKEI	1. Bluthochdruck	20,7	1. Tabak	7,0
	2. Tabak	11,8	2. Bluthochdruck	6,1
	3. Hoher BMI-Wert	11,6	3. Hoher BMI-Wert	5,8
	4. Hoher Cholesterinspiegel	10,5	4. Alkohol	4,3
	5. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	6,7	5. Hoher Cholesterinspiegel	4,2
	6. Bewegungsmangel	6,2	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	2,5
	7. Alkohol	4,3	7. Bewegungsmangel	2,4
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	1,8	8. Untergewicht von Mutter und Kind	2,1
	9. Untergewicht von Mutter und Kind	1,4	9. Wasser, Abwasser und Hygiene	1,8
	10. Wasser, Abwasser und Hygiene	1,4	10. Blei	1,3

Mitglied- staat	Sterbefälle		DALY	
	Risikofaktor	% der Gesamt- zahl	Risikofaktor	% der Gesamt- zahl
TURKMENISTAN	1. Bluthochdruck	22,8	1. Hoher BMI-Wert	7,4
	2. Hoher BMI-Wert	16,5	2. Bluthochdruck	7,1
	3. Hoher Cholesterinspiegel	14,1	3. Alkohol	6,0
	4. Alkohol	7,7	4. Hoher Cholesterinspiegel	5,5
	5. Tabak	6,9	5. Tabak	5,1
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	6,8	6. Untergewicht von Mutter und Kind	4,4
	7. Bewegungsmangel	6,4	7. Rauch in Innenräumen durch Festbrennstoffe	3,6
	8. Untergewicht von Mutter und Kind	3,1	8. Wasser, Abwasser und Hygiene	3,1
	9. Rauch in Innenräumen durch Festbrennstoffe	2,9	9. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	2,7
	10. Wasser, Abwasser und Hygiene	2,3	10. Bewegungsmangel	2,5
UKRAINE	1. Bluthochdruck	36,3	1. Bluthochdruck	16,6
	2. Hoher Cholesterinspiegel	29,9	2. Hoher Cholesterinspiegel	14,4
	3. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	15,5	3. Tabak	12,8
	4. Tabak	14,8	4. Alkohol	12,3
	5. Hoher BMI-Wert	13,2	5. Hoher BMI-Wert	9,0
	6. Bewegungsmangel	11,2	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	8,0
	7. Alkohol	9,2	7. Bewegungsmangel	5,6
	8. Illegale Drogen	1,4	8. Illegale Drogen	3,0
	9. Städtische Außenluftverschmutzung	1,4	9. Unsicherer Sex	1,6
	10. Rauch in Innenräumen durch Festbrennstoffe	1,3	10. Rauch in Innenräumen durch Festbrennstoffe	1,1
UNGARN	1. Tabak	26,3	1. Tabak	20,9
	2. Bluthochdruck	26,0	2. Alkohol	15,5
	3. Hoher Cholesterinspiegel	17,2	3. Bluthochdruck	12,2
	4. Alkohol	11,4	4. Hoher Cholesterinspiegel	8,9
	5. Hoher BMI-Wert	11,1	5. Hoher BMI-Wert	7,8
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	10,3	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	5,7
	7. Bewegungsmangel	7,5	7. Bewegungsmangel	3,9
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	1,1	8. Unsicherer Sex	1,0
	9. Kanzerogene Stoffe am Arbeitsplatz	0,9	9. Blei	0,9
	10. Blei	0,8	10. Unhygienische Injektionen in Gesundheitseinrichtungen	0,8
USBKISTAN	1. Bluthochdruck	20,0	1. Hoher BMI-Wert	6,4
	2. Hoher Cholesterinspiegel	16,7	2. Bluthochdruck	6,1
	3. Hoher BMI-Wert	15,0	3. Hoher Cholesterinspiegel	5,4
	4. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	8,1	4. Alkohol	4,7
	5. Bewegungsmangel	7,7	5. Rauch in Innenräumen durch Festbrennstoffe	3,9
	6. Alkohol	5,3	6. Untergewicht von Mutter und Kind	3,7
	7. Tabak	4,1	7. Tabak	3,1
	8. Rauch in Innenräumen durch Festbrennstoffe	3,3	8. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	2,6
	9. Untergewicht von Mutter und Kind	2,3	9. Bewegungsmangel	2,5
	10. Städtische Außenluftverschmutzung	2,1	10. Eisenmangel	2,3
VEREINIGTES KÖNIGREICH	1. Tabak	24,3	1. Tabak	14,2
	2. Bluthochdruck	19,4	2. Bluthochdruck	8,6
	3. Hoher Cholesterinspiegel	13,3	3. Hoher Cholesterinspiegel	6,9
	4. Hoher BMI-Wert	8,0	4. Hoher BMI-Wert	6,3
	5. Bewegungsmangel	5,5	5. Alkohol	5,2
	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	4,0	6. Bewegungsmangel	3,1
	7. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,6	7. Illegale Drogen	2,6
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	0,6	8. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	2,2
	9. Unsicherer Sex	0,6	9. Unsicherer Sex	0,8
	10. Illegale Drogen	0,4	10. Feinstaub in der Luft am Arbeitsplatz	0,6

Tabelle 5 fortgesetzt

Mitglied- staat	Sterbefälle		DALY	
	Risikofaktor	% der Gesamt- zahl	Risikofaktor	% der Gesamt- zahl
WEISSRUSSLAND	1. Bluthochdruck	35,3	1. Bluthochdruck	16,7
	2. Hoher Cholesterinspiegel	29,2	2. Alkohol	14,3
	3. Tabak	15,4	3. Hoher Cholesterinspiegel	14,1
	4. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	15,4	4. Tabak	11,6
	5. Hoher BMI-Wert	13,4	5. Hoher BMI-Wert	9,6
	6. Bewegungsmangel	10,9	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	7,9
	7. Alkohol	10,1	7. Bewegungsmangel	5,5
	8. Städtische Außenluftverschmutzung	1,4	8. Illegale Drogen	2,2
	9. Illegale Drogen	1,3	9. Unsicherer Sex	1,4
	10. Blei	1,1	10. Blei	1,1
ZYPERN	1. Bluthochdruck	23,6	1. Bluthochdruck	8,0
	2. Hoher Cholesterinspiegel	9,8	2. Tabak	5,6
	3. Tabak	9,7	3. Hoher BMI-Wert	5,2
	4. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	4,8	4. Hoher Cholesterinspiegel	3,9
	5. Bewegungsmangel	4,4	5. Bewegungsmangel	2,4
	6. Hoher BMI-Wert	4,3	6. Zu geringer Verzehr an Obst und Gemüse	2,1
	7. Städtische Außenluftverschmutzung	1,2	7. Eisenmangel	1,5
	8. Alkohol	0,9	8. Blei	1,2
	9. Eisenmangel	0,4	9. Alkohol	1,1
	10. Unsicherer Sex	0,4	10. Unsicherer Sex	1,0

Tabelle 6: Basisindikatoren für den Zustand und die Determinanten der Gesundheit von Kindern in der Europäischen Region der WHO (2002 oder letztes verfügbares Jahr)^a
Gesundheitszustand

Mitgliedstaat	Kindersterblichkeit aufgrund aller Ursachen in den Altersgruppen [Jahren]				Kindersterblichkeit aufgrund bestimmter Ursachen im Alter von 1–19 Jahren				Morbidität			
	0–1	1–4	5–14	1–19	Infektionskrankheiten	Angeborene Fehlbildungen	Krebs	Unfälle	Inzidenz von:			Prävalenz von Asthma im Alter von 13–14 [%]
									Masern, alle Altersgruppen (Jahresdurchschnitt 1998–2002)	Primär insulinabhängiger Diabetes, Kinder im Alter von 0–14 Jahren	Krebs bei Kindern im Alter von 0–14 Jahren	
Albanien	1157,7	114,3	39,5	62,5	1,9	1,4	4,3	16,3	20,5	3,6	–	2,6
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	3,8	12,8	–	–
Armenien	1285,2	52,6	16,3	31,8	1,8	3,1	5,7	8,0	1,2	–	–	–
Aserbaidschan	1286,3	248,0	45,3	94,6	7,4	1,5	7,0	11,6	22,6	1,2	–	–
Belgien	560,1	25,9	14,9	26,5	0,9	1,1	4,2	11,0	–	11,8	–	12,0
Bosnien-Herzegowina	1525,1	42,2	27,4	41,8	0,4	2,1	3,7	9,2	20,6	3,5	–	–
Bulgarien	1349,4	67,2	26,4	40,9	1,1	2,9	4,5	11,7	0,4	8,8	102,7	–
Dänemark	413,7	21,7	17,6	25,9	0,8	3,9	3,7	10,1	0,3	19,4	149,7	–
Deutschland	421,2	25,3	12,3	23,1	0,8	1,7	3,0	8,2	–	12,2	128,7	13,8
EJR Mazedonien ^b	1370,7	46,7	21,9	32,6	1,5	0,7	3,8	10,4	2,2	3,6	–	–
Estland	580,9	49,0	27,3	48,3	0,2	2,4	6,3	22,7	0,6	11,4	126,2	10,8
Finnland	296,5	16,1	12,1	21,9	0,4	0,7	3,3	9,2	0,0	37,4	154,7	16,0
Frankreich	441,8	24,7	14,3	26,0	0,5	1,2	3,0	11,5	41,3	8,3	135,6	13,5
Georgien	1187,7	38,5	20,7	35,7	1,6	0,0	2,4	3,8	3,0	8,1	–	3,6
Griechenland	618,2	27,0	15,3	29,1	0,7	3,1	4,4	15,4	0,4	9,1	–	3,7
Irland	600,9	35,8	14,2	29,1	0,8	2,2	3,0	10,9	12,8	16,3	133,2	29,1
Island	238,6	0,0	20,2	22,0	1,2	0,0	5,6	7,0	0,0	13,9	129,2	–
Israel	587,0	35,2	16,0	24,2	0,6	1,7	3,0	7,1	0,3	5,9	–	–
Italien	451,0	18,9	13,7	21,9	0,3	1,4	4,3	8,2	9,4	9,5	158,0	8,9
Kasachstan	1715,5	127,4	46,8	80,8	3,8	5,0	5,6	27,2	4,9	1,2	–	–
Kirgisistan	2175,8	197,5	43,3	86,4	8,5	4,0	3,2	21,0	12,4	1,2	–	–
Kroatien	698,0	29,1	12,4	25,8	0,6	2,6	4,6	10,1	3,1	6,6	–	–
Lettland	992,8	84,2	31,8	56,7	2,4	4,8	5,1	29,3	0,0	7,1	–	8,4
Litauen	778,6	52,8	27,0	48,1	0,9	3,6	5,3	21,2	1,0	7,8	127,7	–
Luxemburg	390,7	30,8	12,7	28,0	1,0	1,0	2,0	13,1	0,4	11,9	–	–
Malta	588,7	28,4	11,0	20,3	1,0	2,7	6,4	4,9	0,8	–	148,7	16,0
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Niederlande	518,0	28,1	13,4	23,4	0,9	1,4	3,6	7,2	4,3	13,0	137,5	–
Norwegen	396,9	21,2	9,4	22,8	0,8	2,0	2,2	7,7	0,1	22,5	139,5	–
Österreich	411,8	19,6	11,3	23,5	0,5	2,1	2,4	9,3	–	9,5	–	11,6
Polen	754,5	31,3	18,7	29,4	0,7	2,4	4,5	10,8	1,3	6,7	106,5	8,1
Portugal	565,0	42,6	22,8	38,4	2,1	2,1	4,3	8,3	0,5	11,5	139,4	9,5
Republik Moldau	1472,8	77,2	38,4	54,8	2,0	5,1	7,2	23,7	32,9	5,0	–	–
Rumänien	1747,4	82,6	44,6	54,8	5,7	3,9	6,7	19,9	8,8	5,0	101,8	3,0
Russische Föderation	1375,3	85,5	43,6	75,7	2,5	4,8	5,5	33,3	2,9	7,2	–	4,4
San Marino	0,0	0,0	0,0	38,0	0,0	0,0	19,0	19,0	0,9	9,5	–	–
Schweden	367,4	18,9	10,2	17,3	0,2	1,5	3,3	5,9	0,2	28,0	154,3	12,9
Schweiz	492,6	22,1	13,9	22,2	0,8	1,8	3,0	8,0	11,6	7,9	146,9	–
Serbien und Montenegro	1336,2	61,0	23,3	37,7	2,7	3,1	3,8	7,6	2,5	8,1	119,4	–
Slowakei	627,2	43,9	22,8	33,1	0,5	2,1	5,1	13,1	2,0	9,2	131,5	–
Slowenien	383,6	26,3	13,7	27,0	0,6	3,3	3,6	9,3	0,1	8,5	119,1	–
Spanien	450,7	26,1	16,3	26,1	1,3	2,0	3,7	11,5	0,5	12,8	137,9	10,3
Tadschikistan	1419,7	187,1	41,3	80,1	14,6	2,1	2,3	12,6	14,5	1,2	–	–
Tschechische Republik	419,8	28,0	15,1	26,4	0,5	1,5	3,2	11,2	0,1	9,8	124,9	–
Türkei	–	–	–	–	–	–	–	–	29,9	3,2	115,6	–
Turkmenistan	3085,0	533,0	64,2	183,6	24,5	2,6	5,1	34,2	7,0	1,2	–	–
Ukraine	1110,6	79,7	36,9	58,5	2,1	5,2	6,4	23,0	13,0	8,1	–	–
Ungarn	728,5	36,3	18,9	28,3	0,7	3,0	4,4	9,4	0,1	9,6	119,6	–
Usbekistan	1837,5	206,0	43,8	89,4	5,8	2,1	4,2	21,3	1,8	1,2	–	9,2
Vereinigtes Königreich	571,2	27,2	13,0	23,8	1,3	1,7	3,3	6,3	0,2	18,9	121,0	32,2
Weißrussland	911,5	62,2	28,3	49,8	1,8	3,9	4,3	24,0	1,5	5,7	154,4	–
Zypern	–	–	–	–	–	–	–	–	–	10,5	–	–

^a Zahlen aus Gründen der Vergleichbarkeit von der WHO zusammengestellt. Alle Raten pro 100 000 der jeweiligen Population, wenn nicht anders angegeben.

^b Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien.

Tabelle 6 fortgesetzt

Gesundheitsdeterminanten

Mitgliedstaat	Gesundheit und Wohlbefinden [%]				Sozioökonomische Determinanten			
	Hohe Lebenszufriedenheit der 15-Jährigen	Leben in relativer Armut in der Altersgruppe 0–17 Jahre	Geringer sozioökonomischer Status in der Altersgruppe 11–15 Jahre	Leben mit nur einem Elternteil in der Altersgruppe 11–15 Jahre	Erwartete Schuldauer	Zumindest teilweises Stillen 6 Monate alter Säuglinge [%]	Gute elterliche Unterstützung im Alter von 15 Jahren [%]	Passivrauchen zuhause der Kinder unter 5 Jahren [%]
Albanien	–	–	–	–	10,9	87,0	–	–
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–
Armenien	–	–	–	–	8,5	63,0	–	–
Aserbaidshan	–	–	–	–	10,5	30,4	–	–
Belgien	84,6	7,7	19,1	11,7	16,0	–	68,4	–
Bosnien-Herzegowina	–	–	–	–	–	–	–	68,6
Bulgarien	–	–	–	–	12,7	–	–	–
Dänemark	88,1	2,4	13,5	16,5	15,0	–	72,0	–
Deutschland	85,7	10,2	16,4	12,8	15,3	–	75,3	–
EJR Mazedonien ^b	86,9	–	42,7	6,7	–	40,3	90,4	–
Estland	69,6	–	40,1	17,7	14,4	42,1	71,2	59,2
Finnland	89,3	2,8	17,8	14,6	16,7	51,0	78,6	–
Frankreich	81,0	7,5	16,1	11,0	15,4	–	78,9	–
Georgien	–	–	–	–	6,4	44,2	–	73,0
Griechenland	88,6	12,4	28,7	7,5	14,9	–	72,6	–
Irland	83,2	15,7	20,7	10,3	14,9	–	73,5	–
Island	–	–	–	–	16,0	67,2	–	–
Israel	84,8	–	27,5	9,3	14,8	41,0	77,7	–
Italien	81,8	16,6	26,0	7,0	14,9	37,8	73,0	–
Kasachstan	–	–	–	–	11,7	71,5	–	–
Kirgisistan	–	–	–	–	–	79,1	–	–
Kroatien	72,4	–	43,5	7,4	11,9	17,1	82,4	–
Lettland	74,7	–	55,9	18,6	13,3	26,4	75,9	63,6
Litauen	71,4	–	53,1	13,5	14,2	26,6	69,9	62,9
Luxemburg	–	9,1	–	–	13,1	–	–	–
Malta	78,0	–	43,1	4,8	14,0	–	74,5	–
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–
Niederlande	92,5	9,8	9,0	10,7	16,0	25,0	87,1	–
Norwegen	78,8	3,4	5,8	16,2	16,9	80,0	75,0	–
Österreich	86,8	10,2	16,8	12,5	14,8	–	72,8	–
Polen	72,3	12,7	43,1	10,2	14,7	–	86,4	67,2
Portugal	73,8	15,6	28,9	9,8	–	–	79,1	–
Republik Moldau	–	–	–	–	9,7	81,0	–	–
Rumänien	–	–	–	–	11,7	38,9	–	–
Russische Föderation	72,1	–	58,3	16,9	–	32,6	79,7	62,9
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–
Schweden	80,3	4,2	9,2	16,8	15,9	72,4	81,9	–
Schweiz	88,7	6,8	13,1	12,5	15,1	–	77,5	–
Serbien und Montenegro	–	–	–	–	10,3	32,0	–	65,0
Slowakei	–	–	–	–	13,1	36,8	–	54,5
Slowenien	82,0	–	20,5	8,7	15,0	–	88,7	47,7
Spanien	84,8	13,3	22,4	9,1	15,5	40,0	79,0	–
Tadschikistan	–	–	–	–	9,9	72,3	–	–
Tschechische Republik	83,0	6,8	40,2	13,4	13,6	31,7	74,6	54,0
Türkei	–	–	–	–	9,5	71,4	–	–
Turkmenistan	–	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine	–	–	–	–	11,4	41,4	–	58,9
Ungarn	79,9	8,8	38,7	13,4	13,6	48,3	86,4	–
Usbekistan	–	–	–	–	–	95,5	–	–
Vereinigtes Königreich	81,4	15,4	15,7	16,8	16,3	21,0	79,4	–
Weißrussland	–	–	–	–	12,2	50,5	–	–
Zypern	–	–	–	–	13,0	–	–	–

^b Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien.^c Schätzungen hergeleitet durch Regression und ähnliche Verfahren.

Familiäre Determinanten				Determinanten der Lebensweise von 15-Jährigen [%]				Determinanten der Gesundheitsversorgung			
Tätlicher Angriff: Geschätzte Inzidenz von Knochenbrüchen in der Altersgruppe 0-14 Jahre pro Jahr	Gute bzw. schlechte Gesundheit im Alter von 15 Jahren [%]	Suizidraten in der Altersgruppe 0-14 Jahre	DALY pro 1000 Kinder im Alter von 0-14 Jahren	Rauchen	Alkoholkonsum	Cannabiskonsum	Übergewicht	Früher Neonataltod pro 1000 Lebendgeburten (2000)	Immunisierung von Einjährigen gegen Hepatitis B3 [%]	Kariesprävalenz (DMFT) im Alter von 12 Jahren	Überlebensrate [%] bei Leukämie im Alter von 0-14 Jahren
-	-	0,8	129,8	-	-	-	-	9 ^c	97	3,0	-
-	-	-	47,9	-	-	-	-	3 ^c	84	-	-
-	-	0,1	108,8	-	-	-	-	13	93	-	-
-	-	0,2	196,1	-	-	-	-	27 ^c	98	-	-
-	20,0	-	47,0	18,6	35,3	22,5	10,6	2	50	1,6	-
-	-	-	86,7	-	-	-	-	9	-	6,1	-
-	-	0,6	73,6	-	-	-	-	5	96	4,4	50,0
90,0	17,5	0,3	49,7	14,8	46,5	21,2	11,7	3	-	0,9	64,0
450,0	17,2	0,3	40,1	27,5	39,3	18,3	11,1	2	81	1,2	88,0
-	13,3	0,2	78,0	9,8	18,2	3,1	10,1	7	-	3,0	-
-	21,7	1,7	64,3	17,3	23,7	14,3	6,9	4	-	2,4	50,0
300,0	14,2	0,3	44,4	22,7	16,8	7,4	13,2	2	-	1,2	53,0
-	-	0,4	48,9	19,8	16,8	27,4	11,0	2	29	1,9	69,0
-	-	0,1	84,8	-	-	-	-	19 ^c	49	-	-
-	12,2	0,2	44,3	9,9	27,5	4,1	15,6	3	88	2,2	-
-	18,5	0,2	58,8	15,8	17,4	18,5	11,9	3	-	1,2	79,0
80,0	-	0,0	39,0	13,6	-	-	-	2	-	1,5	84,0
230,0	13,4	0,3	57,6	9,7	18,1	6,7	10,3	3	98	1,7	90,0
-	18,5	0,2	42,6	16,1	37,1	20,1	13,0	2	97	-	64,0
-	-	1,8	134,4	-	-	-	-	29	99	-	-
-	-	1,0	217,2	-	-	-	-	26	99	-	-
-	29,0	0,0	57,5	16,9	29,6	13,9	10,4	4	-	3,5	-
-	34,7	0,7	70,8	17,6	16,7	7,6	6,1	5	98	3,5	50,0
-	35,8	0,6	73,4	19,1	-	6,1	4,1	3	95	2,4	33,0
-	-	0,0	48,2	-	-	-	-	3	49	0,7	-
70,0	24,7	0,0	46,6	8,5	47,3	5,9	22,4	4	70	-	64,0
-	-	-	58,8	-	-	-	-	2 ^c	99	-	-
-	22,5	0,2	48,1	19,2	51,4	21,6	8,9	3	-	0,8	71,0
-	23,9	0,0	42,7	17,8	19,7	-	12,0	2	-	1,5	58,0
400,0	18,2	0,3	39,7	22,1	34,5	11,6	10,8	2	44	1,0	-
30,0	18,9	0,5	55,7	16,3	19,2	14,8	6,6	4	97	3,8	62,0
-	22,9	0,4	51,8	16,5	15,5	19,4	11,7	3	94	3,0	57,0
-	-	0,5	113,7	-	-	-	-	16	99	-	-
-	-	1,0	99,9	-	-	-	-	6	98	7,3	28,0
-	36,7	1,3	100,5	15,8	21,6	8,3	4,8	7	94	-	-
-	-	0,0	36,8	-	-	-	-	2 ^c	96	-	-
310,0	17,6	0,3	35,9	9,8	20,1	4,7	15,2	2	-	1,1	88,7
-	10,4	0,3	44,1	17,1	33,5	37,9	9,1	3	-	0,9	64,0
-	-	0,4	74,6	-	-	-	-	7	-	3,3	-
240,0	-	0,2	58,7	-	-	-	-	4	99	4,3	49,0
260,0	17,2	0,3	45,6	22,9	34,3	24,4	12,9	3	-	1,8	70,0
-	13,8	0,2	42,7	20,1	28,3	30,8	15,2	2	83	1,1	59,0
-	-	0,2	223,8	-	-	-	-	29 ^c	57	-	-
-	12,1	0,3	40,4	21,6	28,9	26,9	9,2	2	86	2,5	72,2
-	-	-	158,7	-	-	-	-	19	68	-	-
-	-	1,0	200,4	-	-	-	-	26	97	-	-
-	-	0,7	95,9	-	-	-	-	9	77	-	-
-	19,3	0,4	59,3	19,1	24,4	11,8	11,6	5	-	-	54,0
-	-	0,7	132,9	-	-	-	-	21	99	0,9	-
430,0	26,5	0,1	49,4	17,7	51,4	33,8	14,5	3	-	0,9	78,4
-	-	0,7	73,9	-	-	-	-	3	99	2,7	54,0
-	-	-	65,8	-	-	-	-	3 ^c	88	-	-

Quelle: Daten eines breiten Spektrums von Veröffentlichungen und Datenbanken der WHO und anderer Sonderorganisationen der Vereinten Nationen sowie aus dem *Diabetes atlas*, 2nd ed. Brussels, International Diabetes Federation, 2003 (<http://www.eatlas.idf.org>, eingesehen am 25. Mai 2005).

Tabelle 7: Krankheitslast aufgrund der sieben führenden Erkrankungen von Kindern im Alter von 0–14 Jahren in der Europäischen Region der WHO (2002) [DALY pro 1000]

Mitgliedstaat	1. Neu geborenen-sterblichkeit	2. Atemwegsinfektionen	3. Wichtige angeborene Anomalien	4. Neuropsychiatrische Störungen	5. Jodmangel	6. Unbeabsichtigte Verletzungen	7. Asthma	Gesamt, Säulen 1–7	Alle Ursachen
Albanien	12,5	15,9	4,4	6,0	10,2	4,4	1,8	55,1	129,8
Andorra	5,7	0,5	5,6	6,2	0,0	2,7	3,3	23,8	47,9
Armenien	23,4	8,0	13,4	6,2	0,6	3,7	2,5	57,7	108,8
Aserbaidschan	22,6	56,4	4,9	6,4	1,6	2,6	2,8	97,3	196,1
Belgien	3,7	0,3	4,6	7,9	0,0	1,5	3,0	21,0	47,0
Bosnien-Herzegowina	17,9	1,5	3,1	6,2	5,4	2,0	2,1	38,3	86,7
Bulgarien	5,6	5,1	4,4	6,1	6,1	3,7	2,0	33,1	73,6
Dänemark	5,2	0,2	5,5	7,4	0,1	2,8	3,7	24,9	49,7
Deutschland	4,8	0,2	3,3	6,8	0,1	1,8	3,1	20,1	40,1
EJR Mazedonien ^a	19,2	2,0	4,1	6,0	0,0	2,2	2,2	35,7	78,0
Estland	4,6	0,4	6,1	6,5	1,7	5,5	3,1	27,8	64,3
Finnland	1,8	0,4	4,1	8,3	0,0	2,9	4,4	21,9	44,4
Frankreich	4,2	0,3	4,3	7,6	0,0	3,3	3,3	23,0	48,9
Georgien	32,4	7,1	1,7	6,0	4,3	1,4	2,3	55,1	84,8
Griechenland	6,8	0,6	4,9	5,5	0,1	2,9	2,0	22,9	44,3
Irland	5,9	0,7	7,2	6,7	0,1	1,3	5,9	27,7	58,8
Island	4,6	0,4	3,8	6,8	0,0	1,8	2,4	19,8	39,0
Israel	7,7	0,4	6,2	7,8	0,0	1,2	3,5	26,8	57,6
Italien	6,3	0,3	4,1	6,1	0,1	1,1	2,7	20,7	42,6
Kasachstan	16,8	20,6	10,9	3,7	5,6	3,0	1,2	61,7	134,4
Kirgisistan	41,6	42,3	14,1	3,5	1,7	9,5	2,7	115,5	217,2
Kroatien	9,0	0,6	6,2	7,3	0,1	2,9	3,6	29,7	57,5
Lettland	6,7	0,8	7,8	6,6	1,6	8,5	2,1	34,1	70,8
Litauen	2,0	1,4	7,4	6,6	8,9	6,8	1,3	34,4	73,4
Luxemburg	7,4	0,1	2,5	7,5	0,0	3,1	3,7	24,3	48,2
Malta	6,3	0,2	4,1	6,0	0,0	1,9	4,2	22,7	46,6
Monaco	4,3	0,2	5,9	8,4	0,0	1,5	4,6	24,9	58,8
Niederlande	4,9	0,4	4,6	6,4	0,0	1,0	4,7	22,0	48,1
Norwegen	2,5	0,3	4,2	7,0	0,0	1,2	3,7	18,8	42,7
Österreich	4,3	0,2	2,8	7,5	0,0	1,1	2,7	18,6	39,7
Polen	5,3	0,6	3,9	6,0	1,0	4,7	2,7	24,2	55,7
Portugal	5,3	0,7	4,1	5,8	0,1	1,9	3,9	21,8	51,8
Republik Moldau	11,9	9,2	13,3	6,5	10,0	9,2	1,2	61,3	113,7
Rumänien	8,4	13,7	7,6	5,9	2,1	5,7	1,0	44,4	99,9
Russische Föderation	7,8	2,1	8,4	6,4	10,9	7,6	1,2	44,3	100,5
San Marino	2,1	0,0	2,7	5,8	0,0	0,9	3,3	14,8	36,8
Schweden	1,5	0,2	4,0	7,5	0,0	0,8	3,1	17,1	35,9
Schweiz	3,6	0,2	5,0	7,4	0,0	2,3	3,1	21,7	44,1
Serbien und Montenegro	14,9	3,9	4,3	6,0	0,9	1,8	2,1	33,9	74,6
Slowakei	5,1	1,5	3,3	6,1	1,5	2,8	2,1	22,4	58,7
Slowenien	3,0	0,4	3,8	7,7	0,1	2,7	3,4	21,1	45,6
Spanien	4,0	0,3	4,5	5,4	0,1	1,5	2,8	18,4	42,7
Tadschikistan	40,2	38,1	5,4	3,4	1,7	5,3	2,7	96,9	223,8
Tschechische Republik	3,8	0,9	2,2	6,8	0,0	2,8	3,5	20,0	40,4
Türkei	31,1	15,1	9,5	3,5	8,0	3,0	2,5	72,6	158,7
Turkmenistan	18,6	59,1	5,0	3,6	0,2	8,1	2,9	97,5	200,4
Ukraine	8,1	1,5	9,4	6,6	12,2	6,9	1,2	46,0	95,9
Ungarn	7,2	0,6	6,5	6,6	2,0	3,5	1,3	27,6	59,3
Usbekistan	19,4	32,8	5,2	6,2	1,2	6,6	2,7	74,1	132,9
Vereinigtes Königreich	7,2	0,6	3,9	6,8	0,0	1,7	5,8	26,1	49,4
Weißrussland	3,6	1,2	8,5	6,6	5,5	7,6	1,2	34,1	73,9
Zypern	6,8	4,7	2,5	5,1	0,0	3,9	2,5	25,5	65,8
Europäische Region	11,8	7,4	6,3	6,0	3,8	3,3	1,9	40,4	89,6

^a Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien.

Hinweis: 1 = niedriges Geburtsgewicht, Asphyxie unter der Geburt und Geburtstrauma; 2 = Infektionen der unteren und oberen Atemwege; 3 = angeborene Herzanomalien, Down-Syndrom und Spina bifida; 4 = unipolare depressive Störungen, Schizophrenie und Migräne; 6 = Stürze, Straßenverkehrsunfälle und Ertrinken.

Quelle: Mathers C et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_gbd2000docs,burden_gbd2000docs_DP54&language=english, eingesehen am 25 Mai 2005).

Definitionen der in den Tabellen enthaltenen Indikatoren

Alkoholkonsum

Prozentualer Anteil der 15-Jährigen, die nach eigenen Angaben jede Woche Alkohol (Bier, Wein oder Spirituosen) trinken.

Quelle: Currie C et al., eds. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518_1, eingesehen am 25. Mai 2005).

Cannabis-Konsum

Prozentualer Anteil der 15-Jährigen, die nach eigenen Angaben innerhalb der letzten 12 Monate Cannabis konsumiert haben.

Quelle: Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518_1, eingesehen am 25. Mai 2005).

Erwachsensterblichkeit

Sterbewahrscheinlichkeit im Alter zwischen 15 und 60 Jahren [pro 1000 Einwohner].

Quelle: World health statistics 2005. Indicators [Online-Datenbank]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#adultmortality>, eingesehen am 15. Juni 2005).

Erwartete Schuldauer

Die Anzahl aller Bildungsjahre, die ein Kind erwarten kann. Dabei wird davon ausgegangen, dass das künftige Einschulungsalter dem derzeitigen durchschnittlichen Einschulungsalter entspricht.

Quelle: UNESCO Institute for Statistics [Website]. Montreal, UNESCO Institute for Statistics, 2005 (http://www.uis.unesco.org/en/stats/statistics/indicators/i_pages/indspec/tecspe_sle.htm, eingesehen am 15. Juni 2005).

Fruchtbarkeitsrate

Anzahl der Kinder, die pro Frau unter Voraussetzung der altersspezifischen Fruchtbarkeitsraten eines bestimmten Landes in einem bestimmten Zeitraum geboren würden, wenn es im gebärfähigen Alter keine Frauensterblichkeit gäbe.

Quelle: United Nations Common Database [Online-Datenbank]. New York, United Nations Statistics Division, 2005 (http://first.sipri.org/www/first_un_life.html, eingesehen am 15. Juni 2005).

Frühsterblichkeit

Sterberate der Neugeborenen in der ersten Lebenswoche pro 1000 Lebendgeburten.

Quelle: Statistical annex. Explanatory notes. In: *The world health report 2005 – Make every mother and child count*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/whr/2005/10_annexes_notes_en.pdf, eingesehen am 15. Juni 2005).

Geringer sozioökonomischer Status

Prozentualer Anteil der Kinder im Alter von 11-15 Jahren, die von geringem Wohlstand der Familie berichten. Dafür wird eine Wohlstandsskala verwendet, die u. a. ein eigenes Auto, Mehrfachbelegung von Schlafzimmern, Familienferien und Computer berücksichtigt.

Quelle: Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518_1, eingesehen am 25. Mai 2005).

Gesundheitsausgaben

Das **BIP (Bruttoinlandsprodukt)** bezeichnet den Wert aller Güter und Dienstleistungen ohne Berücksichtigung inländischer oder ausländischer Forderungen, die in einem Land von Ansässigen und Nichtansässigen erzeugt werden. Das BIP entspricht der Summe aller Ausgaben (Konsum und Investitionen) von privater und öffentlicher Seite im Bezugsjahr.

Die **staatlichen Gesamtausgaben** umfassen die konsolidierten direkten und indirekten Kosten einschließlich Kapitalkosten aller staatlicher Ebenen, der Sozialversicherungseinrichtungen und der autonomen Körperschaften sowie sonstige Ausgaben außerhalb des Staatshaushalts.

Die **internationale Dollarrate** errechnet sich aus der lokalen Währungseinheit dividiert durch ihre geschätzte Kaufkraftparität (PPP) im Vergleich zum US-\$. Dieses Maß dient der rechnerischen Kompensation unterschiedlicher Preisniveaus in den Ländern.

Gesamtausgaben für Gesundheit ist die Summe aller öffentlichen und privaten Ausgaben für Gesundheit im Laufe eines Jahres (ausgedrückt in der internationalen Dollarrate).

Quelle: World health statistics 2005. Indicators [Online-Datenbank]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#totexponhealthaspercentofgdp>, eingesehen am 15. Juni 2005).

Gini-Index

Der Gini-Index misst die Abweichung der Einkommensverteilung (oder Konsumverteilung) auf Einzelpersonen oder Haushalte in einem Land von einer vollständigen Gleichverteilung. Der Wert 0 würde vollständige Gleichheit, der Wert 100 vollständige Ungleichheit bedeuten.

Quelle: World health statistics 2005. Indicators [Online-Datenbank]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#totexponhealthaspercentofgdp>, eingesehen am 15. Juni 2005).

Gute bzw. schlechte Gesundheit

Prozentualer Anteil der 15-Jährigen, die ihre Gesundheit als gut bzw. schlecht einstufen.

Quelle: Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationssources/publications/catalogue/20040518_1, eingesehen am 25. Mai 2005).

Gute elterliche Unterstützung

Prozentualer Anteil der 15-Jährigen, die es leicht finden mit ihrer Mutter zu reden.

Quelle: Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationssources/publications/catalogue/20040518_1, eingesehen am 25. Mai 2005).

Hohe Lebenszufriedenheit

Prozentualer Anteil der 15-Jährigen, die sich auf einer Skala der Lebenszufriedenheit in der oberen Hälfte einordnen (6 oder mehr von 10 möglichen Punkten auf einer Cantril-Leiter).

Quelle: Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationssources/publications/catalogue/20040518_1, eingesehen am 25. Mai 2005).

Immunisierung von Einjährigen mit DTP3

Prozentualer Anteil der Einjährigen, denen in einem bestimmten Jahr drei Dosen eines kombinierten Diphtherie-, Tetanus- und Pertussisimpfstoffs verabreicht wurden.

Quelle: World health statistics 2005. Indicators [Online-Datenbank]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#dtp3>, eingesehen am 15. Juni 2005).

Immunisierung von Einjährigen mit Hepatitis B3

Prozentualer Anteil der Einjährigen, denen in einem bestimmten Jahr mindestens drei Dosen eines Hepatitis-B3-Impfstoffes verabreicht wurden.

Quelle: World health statistics 2005. Indicators [Online-Datenbank]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#hepb>, eingesehen am 15. Juni 2005).

Immunisierung von Einjährigen mit Masernimpfstoff

Prozentualer Anteil der Einjährigen, denen in einem bestimmten Jahr mindestens eine Dosis eines Masernimpfstoffs verabreicht wurde. Bei Ländern, die die erste Masernimpfung im Alter von über 12 Monaten empfehlen, wurde dieser Indikator als prozentualer Anteil der Kinder berechnet, die in einem Alter von unter 24 Monaten mit einer Dosis geimpft wurden.

Quelle: World health statistics 2005. Indicators [Online-Datenbank]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#measles>, eingesehen am 15. Juni 2005).

Inzidenz der Masern (Jahresdurchschnitt)

Anzahl der der WHO gemeldeten neuen Masernfälle eines Jahres (alle Altersgruppen) dividiert durch die Einwohnerzahl des betreffenden Landes. Da die Fallzahlen von Jahr zu Jahr beträchtlich schwanken, werden hier die Durchschnittswerte für 1998–2002 angegeben.

Quelle: Vom WHO-Regionalbüro für Europa für diesen Bericht berechnet.

Inzidenz des primär insulinabhängigen Diabetes mellitus

Geschätzte jährliche Zahl neu diagnostizierter Fälle von Typ-1-Diabetes im Kindesalter (Insulingabe zum Überleben erforderlich) pro 100 000 Kinder im Alter von 0–14 Jahren.

Quelle: *Diabetes atlas*, 2nd ed. Brussels, International Diabetes Federation, 2003.

Kariesprävalenz (DMFT)

Zahl der von Karies befallenen, fehlenden oder plombierten Zähne bei 12-Jährigen (DMFT-12-Index).

Quelle: European health for all database [Online-Datenbank]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, eingesehen am 2. Mai 2005).

Kindersterblichkeit bis zum 5. Lebensjahr

Die Sterbewahrscheinlichkeit (pro 1000 Lebendgeburten) vor Vollendung des 5. Lebensjahrs in einem angegebenen Zeitraum, falls abhängig von altersspezifischen Mortalitätsraten in diesem Zeitraum.

Quelle: World health statistics 2005. Indicators [Online-Datenbank]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#under5mortality>, eingesehen am 15. Juni 2005).

Leben mit nur einem Elternteil

Prozentualer Anteil der Kinder im Alter von 11-15 Jahren, die angeben mit nur einem Elternteil zusammen zu leben.

Quelle: Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationssources/publications/catalogue/20040518_1, eingesehen am 25. Mai 2005).

Lebenserwartung bei Geburt

Durchschnittliche erwartete Lebensdauer eines Neugeborenen in Jahren bei Anwendung der aktuellen Sterblichkeitsraten.

Quelle: World health statistics 2005. Indicators [Online-Datenbank]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#lifeexpectancy>, eingesehen am 15. Juni 2005).

Minderwuchs bei Kindern unter 5 Jahren

Prozentualer Anteil der Kinder unter fünf Jahren, deren Körperwuchs um mehr als –2 von dem Standard des United States National Center for Health Statistics bzw. von dem WHO Bezugsmedian abweichen.

Quelle: World health statistics 2005. Indicators [Online-Datenbank]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#childrenstunted>, eingesehen am 15. Juni 2005).

Müttersterblichkeit

Anzahl der Mütter, die pro 100 000 Lebendgeburten im Geburtszeitraum sterben.

Quelle: World health statistics 2005. Indicators [Online-Datenbank]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#maternalmortality>, eingesehen am 15. Juni 2005).

Niedriges Geburtsgewicht

Prozentualer Anteil der Lebendgeborenen, die bei Geburt in einem gewissen Zeitraum weniger als 2500 g wiegen.

Quelle: World health statistics 2005. Indicators [Online-Datenbank]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#lowbirthweight>, eingesehen am 15. Juni 2005).

Passivrauchen zu Hause

Prozentualer Anteil der Kinder im Alter von 0-4 Jahren, die in Haushalten mit mindestens einem Raucher leben.

Quelle: Rigby M, Köhler L, eds. *Child health indicators of life and development (CHILD). Report to the European Commission*. Luxembourg, Directorate-General for Health and Consumer Protection, 2002 (http://www.ggd.nl/kennisnet/uploaddb/downl_object.asp?atoom=15443&VolgNr=1, eingesehen am 15. Juni 2005).

Prävalenz von Asthma

Prozentualer Anteil der Kinder im Alter von 13-14 Jahren, die Asthmasymptome in den vorangegangenen 12 Monaten angeben.

Quelle: Tamburlini G, von Ehrenstein O, Bertollini R, eds. *Children's health and environment: a review of evidence*. Copenhagen, European Environment Agency, 2002:44–47 (Environmental Issue Report No. 29; <http://www.euro.who.int/document/e75518.pdf>, eingesehen am 25. Mai 2005).

Rauchen

Prozentualer Anteil der 15-Jährigen, die angeben täglich zu rauchen.

Quelle: Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationssources/publications/catalogue/20040518_1, eingesehen am 25. Mai 2005).

Registrierung der Sterbefälle

Prozentualer Anteil der geschätzten Gesamtsterbeziffer, die durch ein Sterberegister (vital registration system) erfasst wird.

Quelle: World health statistics 2005. Indicators [Online-Datenbank]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#registereddeathcoverage>, eingesehen am 15. Juni 2005).

Tätlicher Angriff: geschätzte jährliche Inzidenz von Knochenbrüchen

Jährliche Zahl der Krankenhauseinweisungen pro 100 000 Kinder im Alter von 0-14 Jahren aufgrund der folgenden Knochenbrüche: Fraktur des Humerus; multiple Frakturen der Klavikula, der Skapula und des Humerus; Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes; Fraktur des Unterarmes (Radius und Ulna); Fraktur des Femurs (alle Teile); Fraktur des Unterschenkels (Tibia und Fibula) einschließlich des oberen Sprunggelenkes; Mehrfachverletzungen, die eine oder mehrere dieser Frakturen mit einschließen.

Quelle: Rigby M, Köhler L, eds. *Child health indicators of life and development (CHILD). Report to the European Commission*. Luxembourg, Directorate-General for Health and Consumer Protection, 2002 (http://www.ggd.nl/kennisset/uploaddb/downl_object.asp?atoom=15443&VolgNr=1, eingesehen am 15. Juni 2005).

Tb unter DOTS

Ein **entdeckter Fall** heißt, dass die Tb eines Patienten erkannt und gemeldet wurde.

Entdeckte Fälle unter DOTS bedeutet die den nationalen Behörden im Rahmen von DOTS gemeldeten (berechtigt oder unberechtigt) diagnostizierten Tb-Fälle mit positivem Abstrichbefund, ausgedrückt in Prozent an der geschätzten Gesamtfallzahl in einem bestimmten Jahr.

Entdeckung im Rahmen von DOTS heißt, dass am Fundort alle Elemente der international empfohlenen DOTS-Strategie zur Tb-Bekämpfung verwirklicht sind: politisches Engagement, ununterbrochene Arzneimittelversorgung, mikroskopische Untersuchung des Abstrichs für die Diagnose, standardisierte Kurzzeitbehandlung, direkte Beobachtung der Behandlung und des Behandlungsergebnisses bei 100% aller Tb-Patienten.

DOTS-Fallaufdeckungsrate ist das Verhältnis zwischen der Anzahl der im Rahmen von DOTS-Programmen neu gemeldeten Tb-positiven Abstrichbefunde und der für das Jahr und Land geschätzten Gesamtzahl neu gemeldeter Fälle. Die Fallaufdeckungsrate und die DOTS-Fallaufdeckungsrate sind gleich, wenn die DOTS-Erfassung 100% beträgt.

Die Zahl der gemeldeten Fälle ist in der Regel geringer als die der Schätzung, weil die Gesundheitsdienste nicht alle Fälle erfassen, weil nicht alle Fälle diagnostiziert werden oder

weil sie unzureichend verzeichnet und gemeldet werden. Die rechnerische Aufdeckungsrate kann allerdings 100% übersteigen, wenn versäumte chronische Fälle nachträglich gemeldet werden, wenn zu viele Fälle gemeldet (z. B. Doppelzählungen) oder diagnostiziert werden oder wenn die Inzidenzschätzung zu niedrig angesetzt ist. Wenn die pro Jahr erwarteten Fallzahlen sehr niedrig sind, kann die Aufdeckungsrate von einem Jahr zum nächsten zufallsbedingt stark schwanken. Wenn der Index nahe 100% liegt oder 100% übersteigt, bemüht sich die WHO herauszufinden, welche dieser Erklärungen zutrifft.

Behandlungserfolg bezeichnet den prozentualen Anteil der im Rahmen eines DOTS-Programms in einem bestimmten Zeitraum erfolgreich behandelten Tb-Fälle. Eine Behandlung gilt als erfolgreich, wenn der bakteriologische Nachweis vorliegt (Heilung) oder die Behandlung komplett durchgeführt wurde (Behandlung abgeschlossen). Das Erfolgsziel für die Behandlung neuer Tb-positiver Abstrichbefunde lautet 85%. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass die Basislinie für ungünstige Behandlungsergebnisse (Tod, Misserfolg und Versäumnis) ca. 15% beträgt.

Quellen: World health statistics 2005. Indicators [Online-Datenbank]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#dotsdetected> and <http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#dotstreated>, eingesehen am 15. Juni 2005) und Methods. Monitoring progress towards the Millennium Development Goals. In: *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/2005/methods/en/index.html, eingesehen am 15. Juni 2005).

Übergewicht

Anzahl der als übergewichtig eingestuften 15-Jährigen (Summe der präadipösen und der adipösen Jugendlichen) unter Verwendung ihrer Gewichts- und Größenangaben und internationaler Höchstwerte, die dem Körper-Masse-Index (Body-Mass-Index: BMI) für Erwachsene mit Werten von 25,0-29,0 für Übergewicht und $\geq 30,0$ für Adipositas entsprechen. $BMI = \text{Gewicht [kg]} / \text{Größe [m]}^2$.

Quelle: Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationssources/publications/catalogue/20040518_1, eingesehen am 25. Mai 2005).

Überlebensrate bei Leukämie

Nationale Schätzungen der kumulativen Überlebensrate in einem fünfjährigen Beobachtungszeitraum.

Quelle: Automated Childhood Cancer Information System (ACCIS) [Online-Datenbank]. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2003 (<http://www-dep.iarc.fr/accis/data.htm>, eingesehen am 15. Juni 2005).

Die Regierungen und Politiker in der Europäischen Region der WHO wissen, dass gute Gesundheit eine elementare Voraussetzung für die gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung ist. Zwar sind sie zu Recht stolz auf die gesundheitlichen Verbesserungen, die es insgesamt in der Region gibt. Und doch stehen sie noch vor einem sich weiter vertiefenden Graben zwischen den Ländern im Westen und im Osten und zwischen Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder. Die Überwindung dieses Grabens wird immer unerlässlicher. *Der Europäische Gesundheitsbericht 2005* zeigt, dass es möglich ist. Der Bericht fasst die wichtigsten Herausforderungen im Bereich Bevölkerungsgesundheit in der Region, besonders in Bezug auf Kinder, zusammen und schildert wirksame Grundsatzmaßnahmen. Damit ist er ein Beitrag zu den verlässlichen fundierten Informationen, die für eine vernünftige Entscheidungsfindung im Bereich der öffentlichen Gesundheit benötigt werden.

Der Bericht ist eine Zusammenfassung von Erkenntnissen und Analysen der WHO und anderer Quellen. Er nennt nichtübertragbare Krankheiten als die wichtigste Ursache der Krankheitslast in der Region und übertragbare Krankheiten als Zusatzbürde für die Länder im Osten der Region, welche durch Armut und unterfinanzierte Gesundheitsdienste verstärkt wird. Der Bericht zeigt, dass gut erforschte, umfassende Maßnahmen zur Bewältigung der wichtigsten Risikofaktoren – Tabak, Alkohol, Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, zu geringer Verzehr von Obst und Gemüse und Bewegungsmangel - die wichtigsten Erkrankungen - ischämische Herzkrankheiten, unipolare depressive Störungen, zerebrovaskuläre Krankheiten, Störungen durch Alkohol, chronische Lungenkrankheit und Verletzungen im Straßenverkehr - weitgehend verhüten könnten. Somit entsteht ein überzeugendes Argument für das Handeln.

Der Europäische Gesundheitsbericht 2005 beschäftigt sich auch besonders mit der Kindergesundheit, denn diese ist für die Gesundheit im späteren Leben und die Gesundheit der folgenden Generation mitbestimmend. Er offenbart unterschiedliche Erkrankungsmuster von Kindern und Erwachsenen und sehr unterschiedliche Erkrankungs- und Todesraten und -ursachen unter den Kindern der gesamten Region. Das unterstreicht die Notwendigkeit komplementärer Herangehensweisen für Erwachsene und Kinder und zeigt auch, welcher komplexen Aufgabe die Länder mit der Verbesserung der Kindergesundheit gegenüberstehen. Auch wenn anerkannt wird, dass jedes Land seinen eigenen Kurs bestimmen muss, so werden doch in dem Bericht Armut und sozioökonomische Ungleichheit als die größten Bedrohungen der Kindergesundheit genannt und erneuerte Schutz- und Förderanstrengungen gefordert. Außerdem listet der Bericht Merkmale der nachweislich erfolgreichsten Konzepte und Programme auf. Die Quintessenz des Berichts lautet: Eine Investition in die Gesundheit der Kinder ist eine Investition in die Zukunft.

**Weltgesundheitsorganisation
Regionalbüro für Europa**

Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark
Tel.: +45 39 17 17 17. Fax: +45 39 17 18 18
E-Mail: postmaster@euro.who.int
Website: www.euro.who.int

ISBN 92-890-3376-2



Das WHO-Regionalbüro für Europa

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist eine 1948 gegründete Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die sich in erster Linie mit internationalen Gesundheitsfragen und der öffentlichen Gesundheit befasst. Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs Regionalbüros, die überall in der Welt eigene, auf die Gesundheitsbedürfnisse ihrer Mitgliedsländer abgestimmte Programme durchführen.

- Mitgliedstaaten**
- Albanien
 - Andorra
 - Armenien
 - Aserbaidschan
 - Belgien
 - Bosnien-Herzegowina
 - Bulgarien
 - Dänemark
 - Deutschland
 - Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien
 - Estland
 - Finnland
 - Frankreich
 - Georgien
 - Griechenland
 - Irland
 - Island
 - Israel
 - Italien
 - Kasachstan
 - Kirgisistan
 - Kroatien
 - Lettland
 - Litauen
 - Luxemburg
 - Malta
 - Monaco
 - Niederlande
 - Norwegen
 - Österreich
 - Polen
 - Portugal
 - Republik Moldau
 - Rumänien
 - Russische Föderation
 - San Marino
 - Schweden
 - Schweiz
 - Serbien und Montenegro
 - Slowakei
 - Slowenien
 - Spanien
 - Tadschikistan
 - Tschechische Republik
 - Türkei
 - Turkmenistan
 - Ukraine
 - Ungarn
 - Usbekistan
 - Vereinigtes Königreich
 - Weißrussland
 - Zypern