
02





Fortschritte bei der Verwirklichung der Dachziele von „Gesundheit 2020“

Zentrale Aussagen

Innerhalb nur weniger Jahre nach der Ausarbeitung des Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ übernehmen immer mehr Länder die darin enthaltenen Prinzipien und Ansätze und nutzen sie zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens ihrer Bürger.

Die Europäische Region ist auf Kurs, um die Quantifizierung des Dachziels von „Gesundheit 2020“ in Bezug auf die Senkung der vorzeitigen Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes mellitus und chronischen Atemwegserkrankungen um 1,5% jährlich bis 2020 zu erreichen. Die bedeutendsten Fortschritte in der Region resultieren aus Verbesserungen in Ländern mit der höchsten vorzeitigen Mortalität.

Alkohol- und Tabakkonsum sowie Übergewicht und Adipositas bleiben in der Region wichtige Probleme im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Die Region weist die weltweit höchsten Raten von Alkohol- und Tabakkonsum auf, und Schätzungen der WHO zeigen Anstiege der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas zwischen 2010 und 2014 in nahezu allen Ländern.

Trotz der insgesamt hohen Durchimpfung gegen Masern in der Region bestehen Impflücken in der Bevölkerung fort, die in anhaltender endemischer Übertragung und einigen landesweiten Ausbrüchen resultieren.

Die Unterschiede zwischen den höchsten und den niedrigsten gemeldeten Werten für die Indikatoren von „Gesundheit 2020“, die mit den sozialen Determinanten von Gesundheit (Säuglingssterblichkeit, Lebenserwartung, Grundschulbesuch und Arbeitslosigkeit) verknüpft sind, haben sich verringert. Vorläufige Daten lassen darauf schließen, dass sich dieser Trend seit 2010 fortgesetzt hat, wenngleich die absoluten Unterschiede zwischen den Ländern groß bleiben.

Der Wert für Eigenleistungen von Patienten als Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit auf der regionalen Ebene (24%) hat sich seit 2010 nicht verändert. 2012 lag dieser Anteil in nur 12 der 53 Länder in der Region unterhalb der kritischen Schwelle für die Verhütung katastrophal hoher Gesundheitsausgaben von 15%.

Einführung

Dieses Kapitel enthält die Berichterstattung über Fortschritte bei der Verwirklichung der Dachziele von „Gesundheit 2020“ auf der regionalen Ebene im Vergleich zum Bezugsjahr 2010. Seine Struktur folgt dem für diesen Zweck entwickelten Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ (3), der Dachziele, Quantifizierungen für diese Dachziele und Kernindikatoren für jeden der drei Hauptbereiche von „Gesundheit 2020“ enthält: Krankheitslast und Risikofaktoren; Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen und ihre Determinanten; und Prozesse, Führungsfragen und Gesundheitssysteme (siehe [Tabelle 1.1](#)). Der Kontrollrahmen enthält darüber hinaus zusätzliche Indikatoren: Die Länder werden ermuntert, diese für weitere informative Kontrollmaßnahmen auf der nationalen Ebene zu nutzen; sie verfolgen jedoch nicht die Fortschritte auf der regionalen Ebene. Die Berichterstattung über regionale Fortschritte bei der Verwirklichung der Dachziele von „Gesundheit 2020“ in diesem Kapitel basiert folglich ausschließlich auf den Kernindikatoren. In einigen Fällen werden jedoch zusätzliche Indikatoren beschrieben, um ein vollständigeres Gesamtbild zu zeichnen.

Im Abschnitt über Fortschritte bei der Verwirklichung der Dachziele von „Gesundheit 2020“ in Kapitel 1 wurde bereits darauf hingewiesen, dass Zielvorgaben und Indikatoren, die bereits Teil bestehender Rahmenkonzepte der WHO oder anderer

Rahmenkonzepte sind, im Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ nicht berücksichtigt wurden (mit einer Ausnahme). Dieses Kapitel bietet deshalb keinen umfassenden Überblick über alle bedeutsamen Bereiche der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region, weil es sich ausschließlich auf die in dem Kontrollrahmen behandelten Bereiche und Themen konzentriert.

In diesem Kapitel werden vorzugsweise Indikatoren aus WHO-Quellen verwendet. Die Daten liefern eine Momentaufnahme der Situation zum Zeitpunkt der Abfassung des Berichts. Die Datenbanken der WHO werden regelmäßig aktualisiert, sodass sich manche der präsentierten regionalen Durchschnitts-, Maximal- und Minimalwerte abhängig von den Meldungen der Länder an die WHO im Lauf der Zeit verändern werden. Außerdem ist die Datenbasis auf der regionalen Ebene für mehrere der Kernindikatoren von „Gesundheit 2020“ für die ersten Jahre seit dem Bezugsjahr 2010 noch nicht vollständig, was es erschwert, Schlussfolgerungen über Fortschritte bei der Verwirklichung der Dachziele von „Gesundheit 2020“ zu ziehen. Weitere Details zu den verwendeten Indikatoren und Datenquellen sowie zur Datenverfügbarkeit enthält Anhang 1.

Dachziel 1: Senkung der vorzeitigen Mortalität in der Europäischen Region

Für dieses Dachziel von „Gesundheit 2020“ gibt es drei Quantifizierungen, die sich auf die vorzeitige Mortalität aufgrund der wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten, impfpräventable Krankheiten und äußere Todesursachen beziehen. Für jede Quantifizierung werden eine Zusammenfassung der Fortschritte und vollständige Beschreibungen der zugehörigen Indikatoren präsentiert.

Zusammenfassung der Fortschritte: vorzeitige Mortalität aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten

Die erste Quantifizierung ist eine durchschnittliche jährliche Senkung der kombinierten vorzeitigen Mortalität aufgrund der vier wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten um 1,5% bis 2020. Die hiermit verknüpften Kernindikatoren sind:

- Vorzeitige Mortalität insgesamt (von 30 bis unter 70 Jahren) für die vier wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes mellitus und chronische Atemwegserkrankungen);
- Prävalenz des aktuellen Tabakkonsums bei ab 18-Jährigen;
- Gesamtalkoholkonsum pro Kopf bei ab 15-Jährigen;
- Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei ab 18-Jährigen.

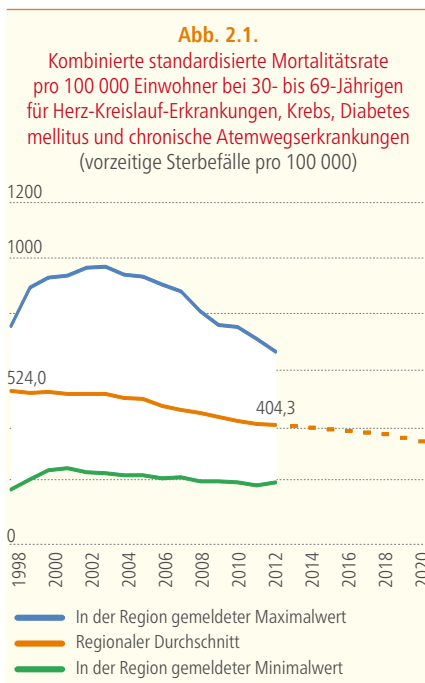
Die durchschnittliche jährliche Senkung der vorzeitigen Mortalität aufgrund der vier wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten über die ersten drei Beobachtungsjahre (2010 - 2012) beträgt 2,0%. Die Region ist deshalb derzeit auf Kurs, das Ziel zu erreichen. Die Zahl der Länder in der Region, für die Daten für 2011 und 2012 verfügbar sind, ist jedoch suboptimal (35 beziehungsweise 28 von 53). Dies bedeutet, dass die Senkungsrates seit 2010 nur als eine vorläufige Schätzung betrachtet werden sollte.

Alkohol- und Tabakkonsum sowie Übergewicht und Adipositas zählen in der Europäischen Region zu den größten Problemen im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Zum Zeitpunkt der Abfassung des Berichts waren von den Ländern gemeldete Daten, die eine Bewertung von Entwicklungen bei diesen Risikofaktoren auf der regionalen Ebene seit 2010 zulassen würden, nicht verfügbar. Unabhängig davon ging der Gesamtalkoholkonsum im Zeitraum von 2005 bis 2010 in der Region um 10% zurück, und dieser Trend dürfte mehrere Jahre anhalten. Schätzungen der WHO zufolge sank zwischen 2010 und 2012 die Prävalenz des Tabakkonsums in fast allen Ländern, für die Daten verfügbar sind. Die meisten sind jedoch nicht auf Kurs, was das Erreichen der globalen Zielvorgabe einer relativen Reduzierung des aktuellen Tabakkonsums um 30% bis 2025 betrifft (4). Besonders besorgniserregend ist, dass laut Schätzungen der WHO die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas zwischen 2010 und 2014 in allen 51 Ländern in der Region, für die Daten verfügbar sind, zugenommen hat.

Bei der Senkung der vorzeitigen Mortalität ist die Europäische Region auf Kurs

Die durchschnittlichen standardisierten Mortalitätsraten für vorzeitige Mortalität aufgrund der vier wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten in der gesamten Region sanken zwischen 1998 und 2012 von 524 auf 404 Todesfälle pro

100 000 Einwohner, was einer durchschnittlichen jährlichen Senkung um 1,8% entspricht (siehe Abb. 2.1). Die Senkungsrate stieg in diesem Zeitraum von 0,8% zwischen 1998 und 2008 auf 2,6% zwischen 2006 und 2012. Um die Zielvorgabe einer durchschnittlichen jährlichen Senkung um 1,5% im Vergleich zum regionalen Durchschnitt im Bezugsjahr 2010 zu erreichen, muss die standardisierte Mortalitätsrate von 420 Todesfälle pro 100 000 Einwohner auf 361 pro 100 000 Einwohner sinken (veranschaulicht durch die gestrichelte Linie in Abb. 2.1). Die durchschnittliche jährliche Senkungsrate für den Zeitraum von 2010 bis 2012 beträgt 2,0%, was signalisiert, dass die Region auf Kurs ist, um das Dachziel von „Gesundheit 2020“ zu erreichen. Da für 2011 und 2012 nur Daten aus 35 beziehungsweise 28 Ländern in der Region verfügbar waren, sollte dies als eine vorläufige Schätzung betrachtet werden. Nach Eingang der restlichen Daten muss diese Situation noch einmal bewertet werden.



Hinweise: Verwendete Codes laut der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision, (ICD 10): Herz-Kreislauf-Erkrankungen: I00 - I99, Krebs: C00 - C97, Diabetes mellitus: E10 - E14, chronische Atemwegserkrankungen: J40 - 47. Die gestrichelte Linie repräsentiert einen Trend einer jährlichen Senkung der vorzeitigen Mortalität um 1,5% bis 2020 im Einklang mit dem Dachziel von „Gesundheit 2020“, berechnet unter Verwendung der folgenden Formel für die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate: $\text{standardisierte Mortalitätsrate}_{\text{Zeit}2} = \text{standardisierte Mortalitätsrate}_{\text{Zeit}1} \times (1+i)^n$ mit i = Wachstumsrate von -1,5% und n = Anzahl der Jahre.

Quelle: Detaillierte Mortalitätsdatenbank der Europäischen Region (7).

Aus Abb. 2.1 geht hervor, dass die Senkungsrate der vorzeitigen Mortalität aufgrund der vier wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten seit Mitte der 2000er Jahre in den Ländern, die die höchsten standardisierten Mortalitätsraten melden, wesentlich steiler nach unten geht, als in denjenigen, die die niedrigsten melden, wo sie während der gesamten 2000er Jahre so gut wie unverändert blieb. Folglich beruhen die Fortschritte beim regionalen Durchschnitt fast vollständig auf Verbesserungen in Ländern, die mit den höchsten Werten für die vorzeitige Mortalität begannen. Die Trends bei den Maximal- und Minimalwerten der standardisierten Mortalitätsrate müssen jedoch umsichtig interpretiert werden, weil diese die höchsten und die niedrigsten in der Region in einem bestimmten Jahr gemeldeten Werte repräsentieren und sich nicht notwendigerweise jedes Jahr auf dasselbe Land beziehen. Sie können in manchen Fällen Ausdruck von Lücken oder Verzögerungen der nationalen Meldungen sein, insbesondere in den letzten Jahren.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs: Hauptursachen vorzeitiger Mortalität

Die Indikatoren von „Gesundheit 2020“ für vorzeitige Mortalität umfassen Tod infolge Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes mellitus und chronischer Atemwegserkrankungen; diese nichtübertragbaren Krankheiten sind maßgeblich für Todesfälle bei 30- bis 69-Jährigen verantwortlich und sind zu einem großen Teil vermeidbar. Die separate Analyse des relativen Beitrags jeder

Ursache hilft, den Gesamttrend bei der vorzeitigen Mortalität zu verstehen (siehe Abb. 2.2).

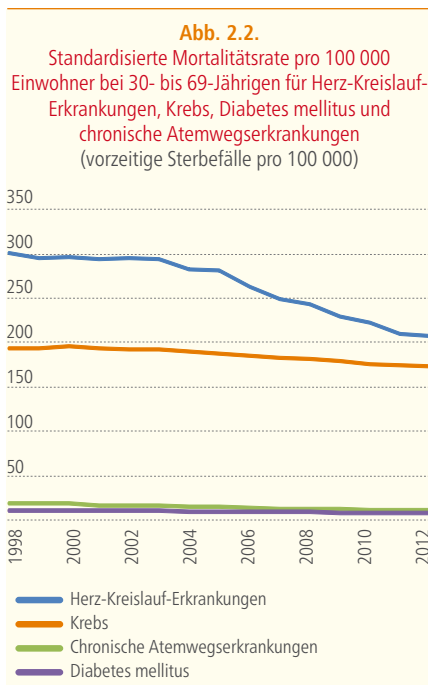
Herz-Kreislauf-Erkrankungen umfassen alle Erkrankungen des Herzens und der Kreislaufsysteme wie koronare Herzkrankheit, Angina, Herzinfarkt, kongenitale Herzkrankheit und Schlaganfall. Ischämische Herzkrankheit und Schlaganfall waren die führenden Todesursachen in der Region im Jahr 2010 (8). Die vorzeitige Mortalität aufgrund der vier wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten geht fast zur Hälfte auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurück. Folglich war die beschleunigte Senkung der durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachten Todesfälle ab Mitte der 2000er Jahre auch für den Abwärtstrend der vorzeitigen Mortalität insgesamt in der ganzen Region mitverantwortlich. Diese Senkung kann ein Ergebnis von besseren Präventivmaßnahmen sein, beispielsweise des Umstands, dass Menschen sich gesünder verhalten, oder von verbesserten lebensrettenden Maßnahmen für Personen, die einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall erlitten haben.

Obwohl die Sterberate für Krebs seit Mitte der 2000er Jahre nach und nach zurückgegangen ist, hat sich der Anteil der vorzeitigen Mortalität insgesamt aufgrund dieser Ursache erhöht, weil die Sterberate aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen rascher gesunken ist. Der Anteil von Krebs an der vorzeitigen Mortalität betrug 1998 etwas über ein Drittel (37%) und ist kontinuierlich auf 43% im Jahr 2012 gestiegen.

Auf chronische Atemwegserkrankungen und Diabetes mellitus entfällt mit zusammengenommen etwa 6% der kleinste Anteil der vorzeitigen Todesfälle. Ihr Beitrag zur vorzeitigen Mortalität hat sich im Zeitverlauf nicht geändert (siehe Abb. 2.2).

Bei der Erfüllung der Zielvorgabe in Bezug auf nichtübertragbare Krankheiten sind die Länder trotz rückläufigen Tabakkonsums nicht auf Kurs

Zwischen 2010 und 2012 sank die Prävalenz des Tabakkonsums bei Erwachsenen in 39 der 41 Länder, für die Schätzungen der WHO verfügbar sind; der durchschnittliche Rückgang¹ belief sich



Hinweis: Verwendete Codes laut ICD-10: Herz-Kreislauf-Erkrankungen: I00 - I99, Krebs: C00 - C97, Diabetes mellitus: E10 - E14, chronische Atemwegserkrankungen: J40 - 47.

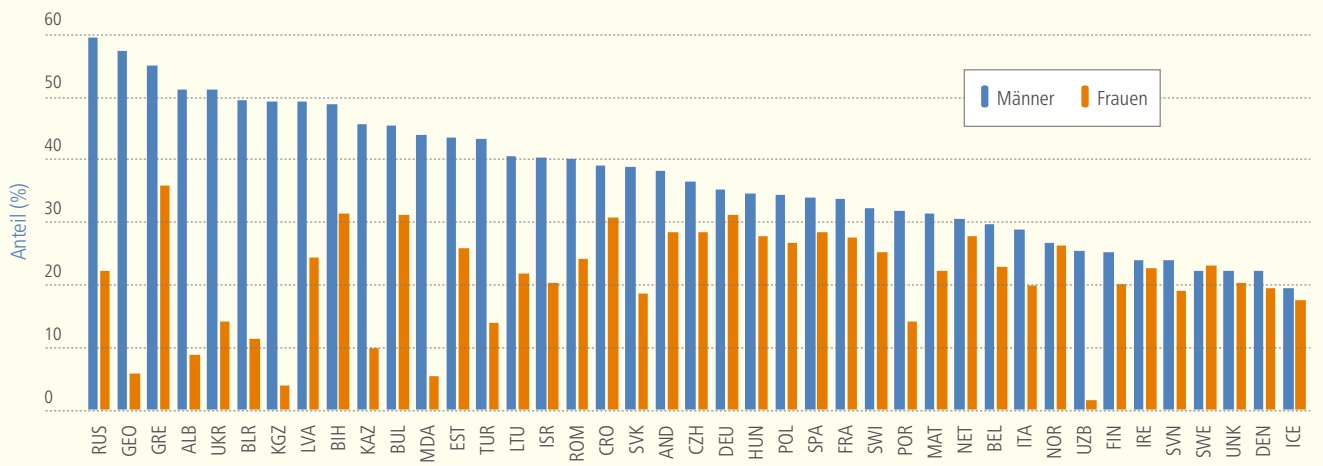
Quelle: Detaillierte Mortalitätsdatenbank der Europäischen Region (7).

¹ Durchschnittliche ungewichtete Verringerung, berechnet ohne Berücksichtigung der Größe der Bevölkerung der Länder.

auf 1,8% (9). Zusätzliche Analysen der WHO zeigen jedoch, dass nur bei 11 Ländern in der Region die Wahrscheinlichkeit besteht, dass sie die im globalen Kontrollrahmen für die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten enthaltene Zielvorgabe einer Reduzierung um 30% bis 2025 verwirklichen (4): In den meisten Ländern reicht die Geschwindigkeit, mit der der Trend nachlässt, nicht aus, um die Zielvorgabe zu erreichen (10).

2012 wies die Europäische Region mit 30% von allen WHO-Regionen die höchste regionale durchschnittliche Rate des Tabakkonsums auf – mit allerdings beträchtlichen Unterschieden zwischen den Ländern. Sie verzeichnete auch die höchste regionale durchschnittliche Rate des Tabakkonsums bei Frauen. Die höchsten und die niedrigsten nationalen Raten für das Rauchen von Tabakwaren waren 59% und 19% bei Männern sowie 36% und 1% bei Frauen (siehe Abb. 2.3). Es sollte darauf hingewiesen werden, dass es sich bei diesen Daten um Schätzungen handelt, die von der WHO für den globalen Sachstandsbericht 2014 zum Thema nichtübertragbare Krankheiten angestellt wurden (9). Zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Berichts waren keine von einem Land gemeldete neuere Daten verfügbar, um die Entwicklungen seit 2010, dem Bezugsjahr von „Gesundheit 2020“, zu bewerten; Trenddaten waren nur für

Abb. 2.3.
Altersstandardisierte Prävalenzschätzungen für derzeitiges Rauchen von Tabakwaren bei Erwachsenen, 2012



Hinweis: Die WHO verwendet Standardmethoden zur Berechnung von Schätzungen, um die länderübergreifende Vergleichbarkeit zu maximieren. Diese Daten können deshalb von den offiziellen Statistiken von Mitgliedstaaten abweichen.

Quelle: Globaler Sachstandsbericht 2014 zum Thema nichtübertragbare Krankheiten (9).

den Zeitraum von 2000 bis 2008 verfügbar (11). Diese zeigen jedoch einen deutlich abnehmenden Trend, und die Schätzungen für 2010 und 2012 lassen darauf schließen, dass dieser anhält. Dieser Abwärtstrend beim Tabakkonsum hat zu einer Senkung der vorzeitigen Mortalität und zu einem Anstieg der Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten beigetragen, insbesondere bei Männern (12).

Der hohe Tabakkonsum in der Europäischen Region hat auch zur Folge, dass sie weltweit einen der höchsten auf Tabakkonsum zurückzuführenden Anteile von Todesfällen aufweist. Von der WHO 2012 durchgeführte Analysen (auf der Grundlage von Daten von 2004) zeigten, dass der Anteil der über 30-Jährigen in der Region 16% betrug. Im Gegensatz dazu lagen die Anteile in der Region Afrika und der Region Östlicher Mittelmeerraum bei 3% beziehungsweise 7%; der globale Durchschnitt beläuft sich auf 12%. In der Europäischen Region ist bei 30- bis 44-Jährigen nahezu einer von fünf vorzeitigen Todesfällen und bei 45- bis 49-Jährigen einer von drei vorzeitigen Todesfällen auf Tabakkonsum zurückzuführen. Was nichtübertragbare Krankheiten betrifft, sind 85% der durch Luftröhren-, Bronchien- und Lungenkrebs verursachten Todesfälle und 16% der durch ischämische Herzkrankheit verursachten Todesfälle auf Tabakkonsum zurückzuführen. Gleiches gilt für 26% der Tuberkulose-Todesfälle und 24% aller Todesfälle infolge Infektionen der unteren Atemwege bei den übertragbaren Krankheiten (13).

Das im Februar 2005 in Kraft getretene Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs ist der erste weltweite Vertrag im Bereich der öffentlichen Gesundheit und dient der Bekämpfung der negativen gesundheitlichen, sozialen, umweltbezogenen und wirtschaftlichen Folgen des Tabakkonsums und der Belastung durch Tabakrauch (14). Die Wirksamkeit von Maßnahmen in unterschiedlichen Politikbereichen ist umfassend belegt (15, 16). Beispielsweise lässt sich aus der wissenschaftlichen Literatur ablesen, dass nur wenige Monate nach dem Inkrafttreten gesetzlicher Rauchverbote die Zahl der Krankenhauseinweisungen nach Herzinfarkten um 20 bis 40% sinken kann (17).

Die Europäische Region steht in Bezug auf Alkoholkonsum und alkoholbedingte Schäden weltweit an erster Stelle

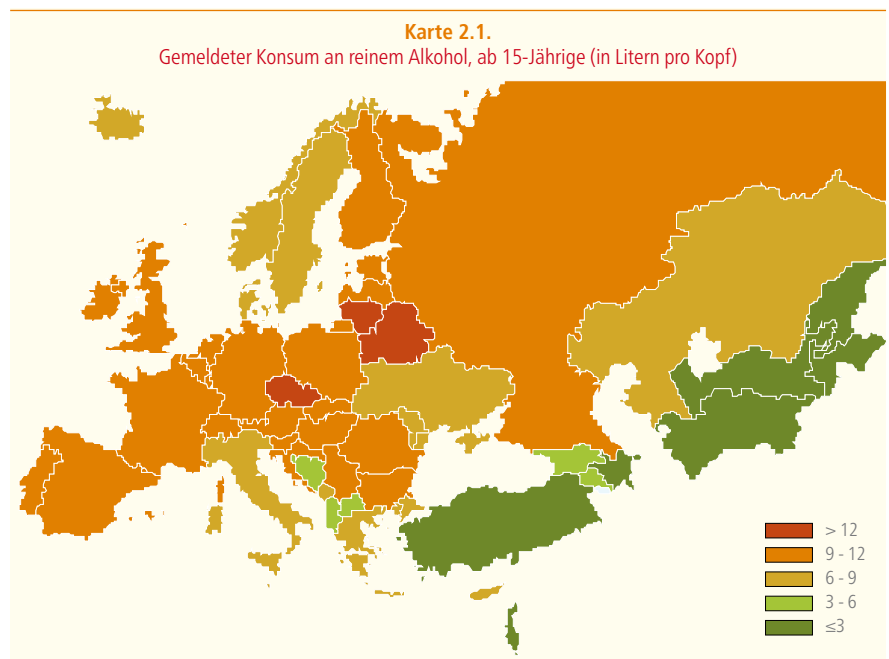
Der Alkoholkonsum in der Europäischen Union ist der höchste auf der Welt, was in einer höheren Prävalenz der Alkoholabhängigkeit

und von Störungen aufgrund von Alkoholkonsum als in anderen WHO-Regionen resultiert (siehe Tabelle 2.1). Das Ausmaß des Alkoholkonsums variiert jedoch stark zwischen den Ländern in der Europäischen Region und reicht von jährlich 0,32 bis 14,37 Liter pro Kopf (siehe Karte 2.1). In ähnlicher Weise unterscheidet sich das Ausmaß des schädlichen Alkoholkonsums bei den ab

Tabelle 2.1.
Gesamtalkoholkonsum pro Kopf, Prävalenz der Alkoholabhängigkeit und
Prävalenz von Störungen aufgrund von Alkoholkonsum in WHO-Regionen, 2010

WHO-Region	Gesamtkonsum pro Kopf (ab 15-Jährige) (in Litern reinen Alkohols)	Prävalenz der Alkoholabhängigkeit (%)	Prävalenz von Störungen aufgrund von Alkoholkonsum (%)
Afrika	6,0	1,4	3,3
Gesamtamerika	8,4	3,4	6,0
Östlicher Mittelmeerraum	0,7	0,2	0,3
Europäische Region	10,9	4,0	7,5
Südasien	3,5	1,7	2,2
Westpazifik	6,8	2,3	4,6
Global	6,2	2,9	4,1

Quelle: Globales Informationssystem der WHO für Alkohol und Gesundheit (18).



Hinweis: Daten aus dem letzten verfügbaren Jahr, 2009 - 2012.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

15-Jährigen stark zwischen den Ländern, wobei 0,4% und 8,3% der niedrigste beziehungsweise der höchste Wert in der Region im Jahr 2010 waren (18). Leider sind regionale Daten zu Trends beim Alkoholkonsum seit 2010 noch nicht verfügbar. Im Zeitraum von 2005 bis 2010 sank der Gesamtalkoholkonsum in der Europäischen Region um 10% und dieser Trend dürfte mehrere Jahre anhalten (19).

Europa stand an vorderster Front, was Maßnahmen zur Verringerung alkoholbedingter Schäden betraf: Die Europäische Region war die erste, die 1992 einen Aktionsplan gegen Alkohol annahm, und 2011 billigten die Mitgliedstaaten den Europäischen Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020). Dieser umfasst eine Reihe evidenzbasierter Politikoptionen zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (20) (siehe Kasten 2.1). Umfangreiche Belege zeigen die Wirksamkeit und die Kostenwirksamkeit von Maßnahmen wie Interventionen zur Regulierung von Alkoholpreisen, zur Beschränkung der Verfügbarkeit von Alkohol und zur Bekämpfung von Alkohol am Steuer (21, 22).

Kasten 2.1.

Alkohol und Gesundheit in der Europäischen Region der WHO

Hintergrund

Die Region verzeichnet seit 1990 einen allgemein abnehmenden Trend des Alkoholkonsums – eines wichtigen Risikofaktors für vorzeitige Mortalität –, weist aber immer noch die höchste Rate aller WHO-Regionen auf.

Ergriffene politische Maßnahmen

Als Reaktion hierauf billigten die Mitgliedstaaten 2011 den Europäischen Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020). Im Rahmen dieses Plans führten die Europäische Kommission und die WHO zur Erforschung der politischen Situation 2012 in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU), Beitritts- und Kandidatenländern, Norwegen und der Schweiz (35 Ländern insgesamt) gemeinsam eine Erhebung durch. Dabei wurde gefragt, ob in den zurückliegenden fünf Jahren verschiedene Politikbereiche gestärkt oder geschwächt worden oder unverändert geblieben waren. Die nachstehend beschriebenen Resultate geben die Antworten aller bei der Erhebung berücksichtigten Länder außer den fünf

Kandidatenländern für den Beitritt zur EU wieder.

Resultate

Die positivsten Entwicklungen wurden bei der Bewusstseinsbildung (23 von 30 Ländern), bei Konzepten in Bezug auf Alkohol am Steuer und Gegenmaßnahmen (22 Länder) sowie bei Überwachung und Alkoholforschung (21 Länder) gemeldet. Bedeutsamerweise berichteten zwei Drittel der Länder über die Stärkung von Maßnahmen zur Beschränkung der Verfügbarkeit von Alkohol – eine der wirksamsten Interventionen, die von der WHO zur Verringerung schädlichen Alkoholkonsums empfohlen werden. 2012 verfügten 23 Länder über eine nationale Alkoholpolitik und von den sieben Ländern ohne eine solche waren sechs dabei, eine auszuarbeiten. Die Länder mit einer nationalen Politik gaben an, dass sie politikbereichsübergreifend war, wobei die Bereiche Gesundheit, Soziales, Verkehr/Straßensicherheit, Bildung, Strafverfolgung und Strafjustiz sowie Finanzen/Steuern am häufigsten genannt wurden. Alle Länder bis

auf eines meldeten, in den zurückliegenden drei Jahren irgendeine Form von nationaler Aktivität zur Bewusstseinsbildung durchgeführt zu haben; diese zielten auf folgende Themen: Alkohol am Steuer (24 Länder), Alkohol und Jugendliche (21 Länder) sowie Alkohol und Gesundheit (19 Länder).

2011 verboten zwei Länder den Verkauf zu nicht kostendeckenden Preisen (Verkauf für einen Preis unter den Produktionskosten), zwei verboten Mengenrabatte wie 2-zum-Preis-von-1-Angebote und fünf meldeten die Verhängung einer zusätzlichen Abgabe auf bestimmte Produkte wie Alkopops und andere Fertiggetränkemischungen. 2012 wurde in einem Land ein Gesetz zur Festlegung eines Mindestpreises je alkoholisches Getränk verabschiedet, das einen Mindestpreis festlegt, unter dem eine bestimmte Menge an reinem Alkohol nicht verkauft werden darf. Der Trend des sinkenden Alkoholkonsums in der Region ist ermutigend: Diese Zunahme an nationalen Handelskonzepten wird den Trend weiter verstärken und letztlich die vorzeitige Mortalität aufgrund von Alkoholkonsum senken (23).

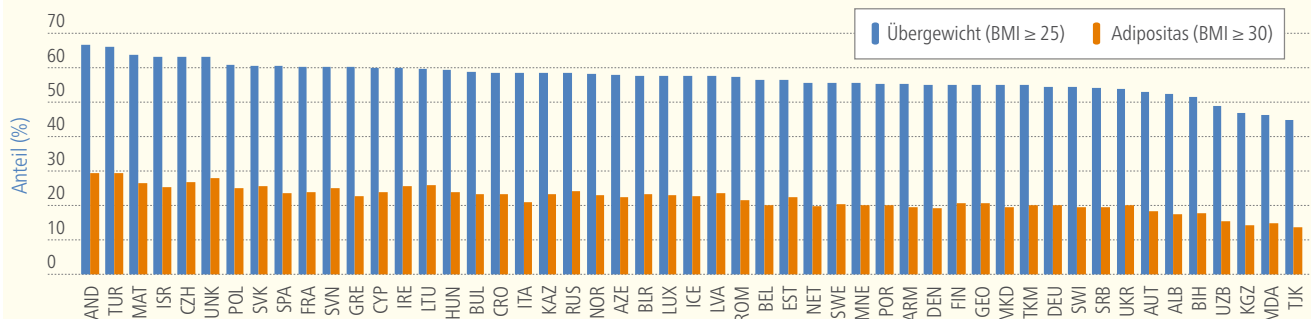
Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas ist alarmierend hoch und steigend

2014 reichte die Prävalenz von Übergewicht – gleichbedeutend mit einem Body-Mass-Index (BMI) von 25 oder darüber – in 51 Ländern in der Europäischen Region von 44,9% bis 66,9%, während die Prävalenz von Adipositas – gleichbedeutend mit einem BMI von 30 oder darüber – von 13,6% bis 29,5% reichte (siehe Abb. 2.4). Für den globalen Sachstandsbericht 2014 zum Thema nichtübertragbare Krankheiten wurden von der WHO auch Schätzungen für 2010 erstellt (9): In allen Fällen ist die Prävalenz für die 51 Länder, für die Schätzungen erstellt werden konnten, 2014 höher als 2010. Neuere, von den Ländern regelmäßig gemeldete Daten zu Übergewicht und Adipositas sind auf der regionalen Ebene nicht vorhanden.

Ein Blick auf die globale Lage zeigt, dass die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas am höchsten in der Region Gesamtamerika (61% übergewichtig und 27% adipös bei beiden Geschlechtern) und der Europäischen Region (58,5% übergewichtig, 23% adipös) und am niedrigsten in der Region Südostasien (22% übergewichtig, 5% adipös) ist. In der Europäischen Region, der Region Östlicher Mittelmeerraum und der Region Gesamtamerika sind mehr als 50% der Frauen übergewichtig und grob die Hälfte von diesen ist auch adipös (25%, 24% beziehungsweise 30%). Während bei Männern in der Europäischen Region die Wahrscheinlichkeit, dass

Abb. 2.4.

Alterstandardisierte Prävalenzschätzungen für Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen ab 18 Jahren, 2014



Hinweis: Die WHO verwendet Standardmethoden zur Berechnung von Schätzungen, um die länderübergreifende Vergleichbarkeit zu maximieren. Diese Daten können deshalb von den offiziellen Statistiken von Mitgliedstaaten abweichen.

Quelle: Globaler Sachstandsbericht 2014 zum Thema nichtübertragbare Krankheiten (9).

sie übergewichtig sind, größer als bei Frauen ist, ist bei Frauen die Wahrscheinlichkeit größer, dass sie adipös sind (9, 24).

Adipositas ist eine der größten Herausforderungen für die Gesundheitspolitik im 21. Jahrhundert. In vielen Ländern der Europäischen Region hat sich ihre Prävalenz seit den 1980er Jahren verdreifacht. Abgesehen davon, dass ein zu hohes Gewicht verschiedene körperliche Behinderungen und psychologische Probleme verursacht, erhöht es auch drastisch das Risiko der Betroffenen, sich mehrere nichtübertragbare Krankheiten einschließlich Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebs und Diabetes mellitus zuzuziehen (25). Mehrere Programme des WHO-Regionalbüros für Europa bemühen sich, die Adipositasepidemie in der Region zu bekämpfen. Dazu zählen auch diejenigen, die sich nicht nur auf körperliche Betätigung und Ernährung konzentrieren, sondern auch auf die sozioökonomischen Determinanten, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Krebs sowie die Gesundheit von Kindern und Erwachsenen.

Die Europäische Region war die erste, die eine spezielle Strategie zugunsten körperlicher Betätigung entwickelte. In der Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten (26) ebenso wie im Europäischen Aktionsplan Nahrung und Ernährung für die Zeit von 2015 bis 2020 (27) forderten die Mitgliedstaaten eine Strategie, um mit dem Ziel, unter Verwendung eines gesamtgesellschaftlichen Ansatzes Wohlbefinden zu fördern sowie der Belastung durch Adipositas und nichtübertragbare Krankheiten entgegenzuwirken, alle Bevölkerungsgruppen zu körperlicher Betätigung zu ermuntern. Kürzlich veröffentlichte Schätzungen der WHO für 2010 unterstreichen die Notwendigkeit einer solcher Politik: Sie zeigen, dass etwa 20% der Männer und 25% der Frauen in der Europäischen Region unzureichend körperlich aktiv sind (9). Die Strategie dürfte auf der 65. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa im September 2015 behandelt werden.

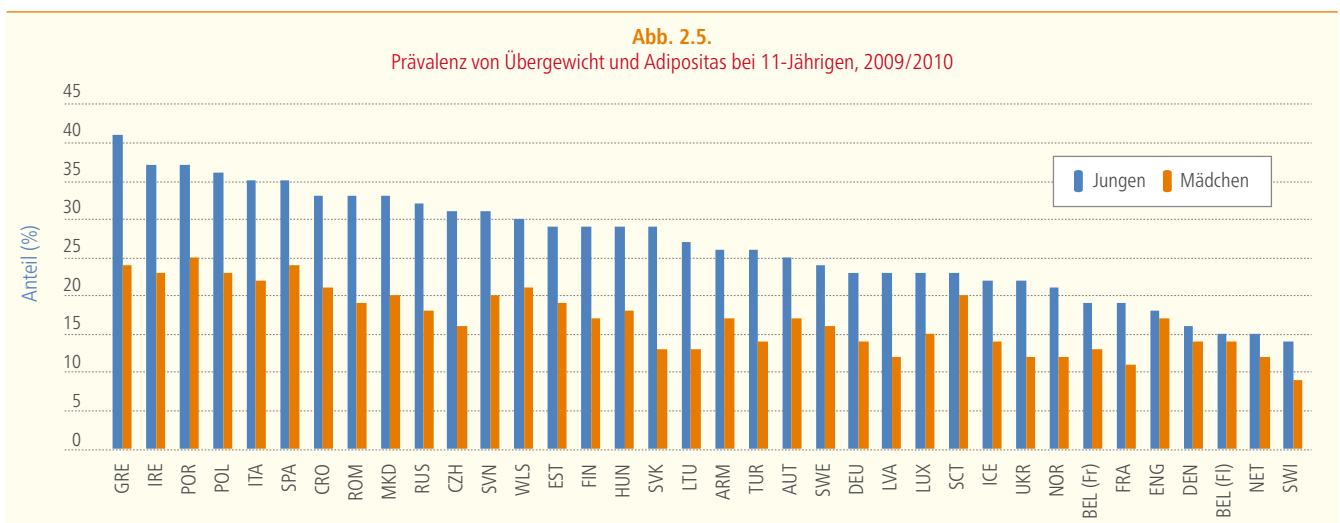
Die WHO unterstützt auch Maßnahmen der Politik, indem sie Informationen über die Wirksamkeit von Interventionen gegen Übergewicht und Adipositas zusammenstellt: beispielsweise in Veröffentlichungen des Health Evidence Network (HEN) (28). Die in diesem Abschnitt präsentierten Daten lassen darauf schließen, dass die potenziellen Gewinne der Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas in der Form von verbesserter Gesundheit und niedrigerer vorzeitiger Mortalität in der Region beträchtlich sind.

Laut einer internationalen Studie sind 23% der 11-Jährigen übergewichtig

Ein zusätzlicher Indikator für diese Quantifizierung des Dachziels von „Gesundheit 2020“ ist die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen. Die Studie zum Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (HSBC-Studie), an der 36 europäische Länder oder subnationale Regionen, die Vereinigten Staaten von Amerika und Kanada teilnehmen (29), berichtete 2012 auf der Grundlage von Daten aus Selbsteinschätzungen, dass 11 - 33% der 11-Jährigen übergewichtig oder adipös waren. Die durchschnittliche Prävalenz von Übergewicht und Adipositas betrug bei 11-Jährigen 23%, bei 13-Jährigen 19% und bei 15-Jährigen 16%. In allen teilnehmenden europäischen Ländern und Regionen wiesen Jungen höhere Adipositasraten auf als Mädchen, häufig deutlich höhere (29) (siehe Abb. 2.5).

Die HBSC-Studie konzentriert sich auf Jugendliche. Zur Beobachtung von Veränderungen des Übergewichts bei Kindern im Grundschulalter etablierte die WHO die Initiative zur Überwachung von Adipositas im Kindesalter (COSI) (siehe Kasten 2.2).

Wie bei Erwachsenen sind die Hauptrisikofaktoren für Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen eine ungesunde Ernährung und



Hinweis: Einstufung als übergewichtig und adipös auf der Grundlage der Wachstumstabelle der WHO für Kinder im schulpflichtigen Alter und Jugendliche von 5 - 19 Jahren zur Wachstumsbeachtung. Die Ergebnisse zeigen die Anteile mit einem BMI von mehr als einer Standardabweichung über dem durchschnittlichen Referenz-BMI der WHO für ihr Alter.

Quelle: Currie et al. (29).

Kasten 2.2. COSI

Die Initiative zur Überwachung von Adipositas im Kindesalter (COSI) wurde 2007 etabliert, um Veränderungen des Übergewichts bei Kindern im Grundschulalter zu beobachten. Mit Hilfe anthropometrischer Ergebnisse der zweiten Runde von COSI (2009/2010) wurden innerhalb von neun Ländern und zwischen ihnen Veränderungen des BMI und des Übergewichts bei Kindern aus den Schuljahren 2007/2008 bis 2009/2010 untersucht. Anhand von Querschnittsproben von 6- bis 9-Jährigen leitete die Studie BMI, anthropometrische Z-Werte und die Prävalenz von Übergewicht aus Messungen von Gewicht und Größe ab. Das System der Z-Werte drückt den anthropometrischen Wert als mehrere Standardabweichungen oder Z-Werte unter oder über dem Referenzmittel- oder -medianwert aus (30). Signifikante Veränderungen zwischen den Runden wurden bewertet. In der zweiten Runde reichte die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Jungen von 18% bis 57% und bei Mädchen von 18% bis 50%, während die Prävalenz von Adipositas bei Jungen von 6% bis 31% und bei Mädchen von 5% bis 21% reichte. Die südeuropäischen Länder verzeichneten die höchste Prävalenz von Übergewicht. Zwischen den Messungsrunden variierte die absolute Veränderung des mittleren BMI (Wertebereich: von -0,4 bis +0,3) und der Z-Werte für BMI-nach-Alter (Wertebereich: von -0,21 bis +0,14) statistisch signifikant zwischen Ländern. Die größte signifikante Verringerung der Z-Werte für BMI-nach-Alter wurde in Ländern mit höheren BMI-Werten festgestellt und der größte signifikante Anstieg in Ländern mit niedrigeren BMI-Werten (31, 32).

zu wenig körperliche Betätigung. Die HBSC-Studie zeigte, dass 2009/2010 der Anteil der Jugendlichen, die an jedem Schultag frühstückten und täglich Obst aßen, mit dem Alter abnahm, während der Konsum an Softdrinks mit dem Alter zunahm (33). Sie zeigte auch, dass der Anteil der 11-Jährigen, die angaben, sich mindestens eine Stunde täglich moderat bis intensiv körperlich zu betätigen, bei Jungen von 10% bis 43% und bei Mädchen von 7% bis 31% reichte. Die Anteile der 13- und 15-Jährigen waren noch niedriger (29).

Diese Zahlen machen deutlich, dass die Förderung körperlicher Betätigung bei Kindern und Jugendlichen ein wichtiges Feld ist, auf dem die Politik aktiv werden muss, um Übergewicht und Adipositas zu bekämpfen. Bei einer kürzlich vom WHO-Regionalbüro für Europa durchgeführten Befragung gaben mehr als 90% der Länder an, über eine Politik zu verfügen, die Vorgaben in Bezug auf eine Mindeststundenzahl an Leibeserziehung in Schulen sowie die notwendige Ausstattung von Kindergärten und Schulen mit Sporteinrichtungen enthält. Nur 20% der auskunftgebenden Länder bestätigten jedoch, über eine Politik zu verfügen, die zu Schulen führende Radwege vorschreibt, und gerade einmal 35% gaben an, Maßnahmen eingeführt zu haben, die es unterstützen, den Schulweg zu Fuß zurückzulegen. Diese Resultate machen deutlich, wie schwierig es ist, ressortübergreifende Konzepte zu entwickeln, bei denen die Bildungspolitik mit der Städteplanung und der Verkehrspolitik integriert werden muss, um in höherem Maß unterstützende und sicherere Umfelder zu schaffen, in denen Kinder in allen Alltagssettings körperlich aktiver sein können (34).

Zusammenfassung der Fortschritte: impfpräventable Krankheiten

Die zweite Quantifizierung für Dachziel 1 von „Gesundheit 2020“ ist die dauerhafte Eliminierung ausgewählter impfpräventabler Krankheiten. Der Kernindikator hierfür ist der Anteil der gegen Masern, Poliomyelitis (Polio) und Röteln geimpften Kinder. Weil Kinder heute gewöhnlich mit einem Kombi-Impfstoff gegen Masern, Mumps und Röteln geimpft werden, wird in diesem Kapitel nur auf die Impfung gegen Masern und Polio eingegangen.

Die durchschnittliche Durchimpfung gegen Masern stieg in der Europäischen Region von 93,4% im Jahr 2010 (Bezugsjahr von

„Gesundheit 2020“) auf 93,7% im Jahr 2011 und 94,6% im Jahr 2012. Obwohl die Durchimpfung insgesamt stetig zunimmt, verzeichnen mehrere Länder eine anhaltende endemische Übertagung und in manchen ist es zu landesweiten Ausbrüchen gekommen. Es muss deshalb mehr getan werden, um das Ziel der Maserneliminierung zu verwirklichen. Insbesondere müssen sich die Länder darauf konzentrieren, durch die Verbesserung der subnationalen Durchimpfung und der Durchimpfung mit der zweiten Dosis Impflücken in der Bevölkerung zu schließen und spezielle Bevölkerungsgruppen zu erreichen.

Die durchschnittliche Durchimpfung gegen Polio betrug in der Region 94,7% im Jahr 2010, 94,4% im Jahr 2011 und 95,4% im Jahr 2012. Es bedarf anhaltender Wachsamkeit, weil Polio-Ausbrüche in anderen WHO-Regionen und suboptimale Durchimpfung in manchen Teilen der Europäischen Region immer noch eine Bedrohung darstellen.

Die Zahl der Masernfälle nimmt trotz verbesserter Durchimpfung zu

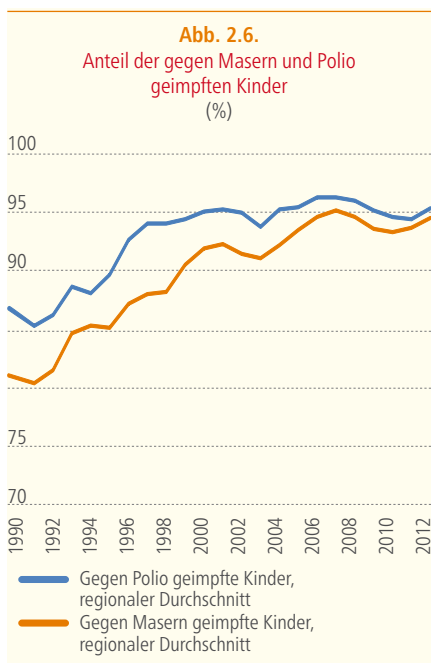
Die Durchimpfung gegen Masern ist in der Europäischen Region stetig von 81% im Jahr 1990 auf etwa 95% im Jahr 2012 gestiegen (siehe Abb. 2.6 und Karte 2.2). Von 93,4% im Jahr 2010 stieg sie auf 93,7% im Jahr 2011 und auf 94,6% im Jahr 2012. Dennoch sind Masern nach einer historisch niedrigen Inzidenzrate in der Zeit von 2007 bis 2009 wieder auf dem Vormarsch: Mehr als die Hälfte der Länder in der Region meldeten für 2013 insgesamt 31 685 Masernfälle. Neun Länder sowohl im westlichen als auch im östlichen Teil der Region meldeten jeweils mehr als 1000 Fälle.

Während auf der nationalen Ebene die Durchimpfung mit einer ersten Dosis eines Impfstoffs gegen Masern und Röteln in der Region allgemein hoch ist, sind die Werte für die subnationale Durchimpfung und die Durchimpfung mit der zweiten Dosis in vielen Ländern noch inakzeptabel niedrig. Die meisten Ausbrüche ereigneten sich in der allgemeinen Bevölkerung; manche betrafen jedoch besondere Gruppen wie Gemeinschaften, die Impfungen aus religiösen Gründen ablehnen. 2013 war mehr als ein Drittel der Fälle in der Region 20 Jahre alt oder älter. Dies zeigt, dass Erwachsene, die bei der Ersteinführung von Impfprogrammen gegen Masern nicht geimpft wurden, in

vielen Ländern zu einer anfälligen Gruppe geworden sind (35). Der Europäische Impfkaktionsplan 2015–2020 ist eine regionale Ausgestaltung des Globalen Impfkaktionsplans, die entwickelt wurde, um den speziellen Erfordernissen und Herausforderungen im Zusammenhang mit Impffragen in der Region Rechnung zu tragen (36).

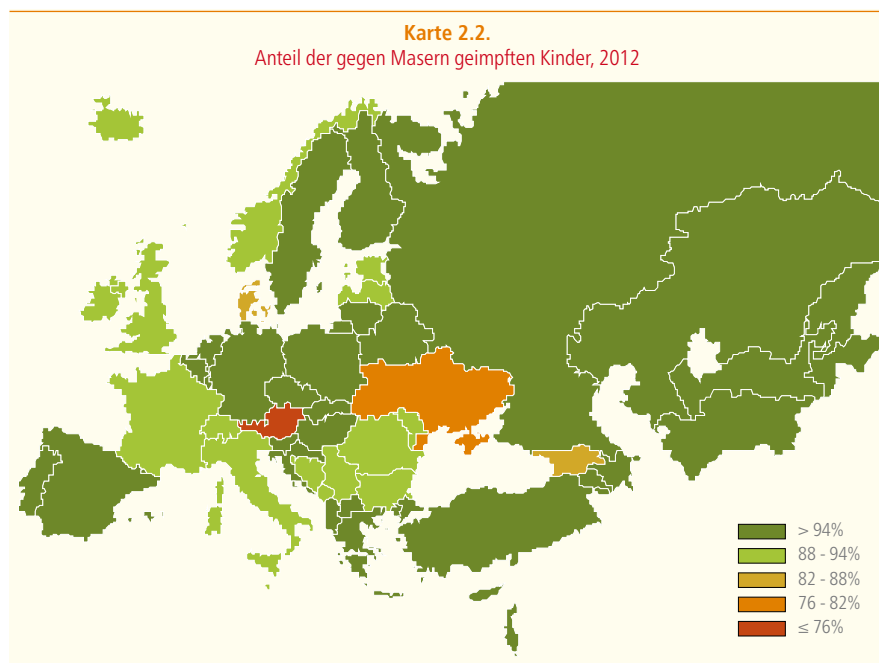
Die Polio-Übertragung außerhalb der Europäischen Region unterstreicht die Notwendigkeit ständiger Wachsamkeit

Die Gesamtdurchimpfung gegen Polio in der Region stieg von etwa 87% im Jahr 1990 auf 94,7% im Jahr 2010, 94,4% im Jahr 2011 und 95,4% im Jahr 2012 (siehe Abb. 2.6). Im Juni 2013 bewertete die Zertifizierungskommission für die Eradikation der Poliomyelitis in der Europäischen Region (RCC) das Risiko der fortdauernden Übertragung nach der Einschleppung des Poliovirus in jedem der 53 Länder in der Region: Sie stufte das Risiko in 18 Ländern als



Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der Kinder, die bis zu ihrem zweiten Geburtstag gegen Masern geimpft wurden (1 Dosis), und den Anteil der Säuglinge, die bis zu ihrem ersten Geburtstag vollständig gegen Polio geimpft wurden (3 Dosen) (im jeweiligen Kalenderjahr).

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).



Hinweis: Die Karte zeigt den Anteil der Kinder, die bis zu ihrem zweiten Geburtstag gegen Masern geimpft wurden (1 Dosis).

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

intermediär und in vier Ländern als hoch ein. Außerdem wurde in einem Land das Virus in Umweltproben und die Übertragung des Polio-Wildvirus festgestellt. Die Surveillance wurde intensiviert; 2014 kam die RCC nach einem Zeitraum von sechs Monaten ohne Übertragung zu dem Schluss, dass die Übertragung des Polio-Wildvirus in diesem Land zum Stillstand gekommen war. Diese Entwicklungen und die Polio-Ausbrüche in zuvor poliofreien Gebieten in anderen Regionen im Jahr 2013 sind eine deutliche Mahnung, dass die Wachsamkeit aufrechterhalten werden muss, um den poliofreien Status der Europäischen Region zu wahren (35). Ernstfallübungen für einen Polio-Ausbruch können ein guter Weg sein, um die Vorsorge für einen Polio-Ausbruch zu stärken (siehe [Kasten 2.3](#)).

Kasten 2.3.

Vorsorge für einen Polio-Ausbruch in der Europäischen Region

Hintergrund

Seitdem die Weltweite Initiative zur Ausrottung der Kinderlähmung ergriffen wurde, wurden beträchtliche Fortschritte erzielt (37). Unabhängig davon bleibt das Polio-Wildvirus in drei Ländern (Afghanistan, Nigeria und Pakistan) endemisch und durch Einschleppung ausgelöste Ausbrüche ereignen sich weiterhin in poliofreien Gebieten, zuletzt in der Syrischen Arabischen Republik. Deshalb müssen die poliofreien Gebiete auf der Welt wachsam bleiben. Die Europäische Region, die 2002 als poliofrei zertifiziert wurde, verzeichnete 2010 einen durch Einschleppung ausgelösten Ausbruch. Obwohl das Risiko der Übertragung des Poliovirus nach einer Einschleppung innerhalb der Region niedrig ist, machte die RCC darauf aufmerksam, dass in vielen Ländern nationale Aktionspläne für Gegenmaßnahmen gegen das Poliovirus unvollständig oder nicht vorhanden waren, und empfahl, diese Pläne Praxistests zu unterziehen, um für den Fall zukünftiger Ausbrüche ihre Bereitschaft sicherzustellen.

Ergriffene politische Maßnahmen

Um dieser Empfehlung nachzukommen, wurde eine Reihe von Ernstfallübungen durchgeführt. Damit sollten die

Koordinierungs- und Planungskapazitäten von Ländern zur Reaktion auf die Feststellung eines Polio-Ausbruchs überprüft werden. Die Ernstfallübungen wurden in der gesamten Region mit Teilnehmern aus Armenien, Aserbaidschan, Bosnien und Herzegowina, Georgien, Montenegro, Serbien, der Ukraine und dem Vereinigten Königreich durchgeführt. Um die Kapazität zur Erkennung einer Poliovirus-Einschleppung und die Vorsorge zu verbessern, wurden die Teilnehmer ermuntert, als Teil der Übung ihre nationalen Reaktionspläne zu analysieren und zu aktualisieren. Bei den Ernstfallübungen wurden Elemente der Reaktionspläne wie ihre Koordinierung, die Kommunikation und die Zusammenarbeit auf sowohl der nationalen als auch der internationalen Ebene überprüft. Sie erleichterten es den Teilnehmern, Stärken und Probleme mit dem Ziel zu erkennen, die Reaktionen ihres jeweiligen Landes zu verbessern.

Resultate

Die Ernstfallübungen zeigten, dass die teilnehmenden Länder im Allgemeinen auf die potenzielle Einschleppung des Poliovirus vorbereitet waren, dass der Bereitschaftsstand jedoch noch Verbesserungen bedurfte. Für jedes

Land wurden Stärken und Schwächen aufgedeckt und nützliche Informationen zur Beseitigung von Defiziten wurden präsentiert. Landesberichte an die RCC von 2013 und 2014 ließen erkennen, dass seit der Durchführung der ersten Ernstfallübung viel unternommen wurde. Beispielsweise haben Kinderärzte und Epidemiologen gemeinsame Strategien für die Impfung traditionell unterversorgter Bevölkerungsgruppen definiert. Diese umfassen auch die Ausbildung von Mediatoren innerhalb dieser Gruppen, die Kartierung ihrer Siedlungen und die Entwicklung von Werbematerialien in lokalen Dialekten und Sprachen. Fortbildungsmaßnahmen für alle Gesundheitskräfte wurden ebenfalls eingerichtet.

Ernstfallübungen trugen dazu bei, die teilnehmenden Ländern mit den Bereitschaftsplänen anderer Teilnehmer vertraut zu machen, und förderten das Verständnis und die Zusammenarbeit zwischen Ländern und internationalen Organisationen. Die Erfahrungen und die gewonnenen Erkenntnisse sind auf andere impfpräventable Krankheiten übertragbar und die RCC hat ihre Ausweitung auf andere Länder und subnationale Gebiete gebilligt (38).

Zusammenfassung der Fortschritte: äußere Todesursachen

Die dritte Quantifizierung des Dachziels 1 von „Gesundheit 2020“ ist die Senkung der Mortalität aufgrund äußerer Todesursachen. Kernindikator hierfür sind standardisierte Mortalitätsraten aufgrund von allen äußeren Todesursachen und Verletzungen (ICD-10-Kodes V01 - V99, W00 - W99, X00 - X99 und Y00 - Y98).

Die Mortalitätsrate aufgrund von allen äußeren Todesursachen und Verletzungen sinkt in der Region seit 2002. Im Jahr 2010 (dem Bezugsjahr von „Gesundheit 2020“) betrug die Rate 60,9 pro 100 000 Einwohner und 2011 60,2 pro 100 000 Einwohner. Der regionale Durchschnitt für 2011 basiert jedoch auf Daten aus einer beschränkten Zahl von Ländern und muss deshalb neu bewertet werden, wenn die Mehrzahl der Länder Mortalitätsdaten an die WHO gemeldet hat.

Die Mortalität aufgrund äußerer Todesursachen und Verletzungen sinkt seit 2002

Die Mortalitätsrate aufgrund von allen äußeren Todesursachen und Verletzungen sinkt in der Region stetig seit 2002. Im Jahr 2010 (dem Bezugsjahr von „Gesundheit 2020“) betrug die Rate 60,9 pro 100 000 Einwohner und 2011 60,2 pro 100 000 Einwohner. Es sollte jedoch darauf hingewiesen werden, dass der regionale Durchschnitt für 2011 auf Daten aus einer beschränkten Zahl von Ländern basiert (siehe Tabelle A.2 in Anhang 1). Er sollte deshalb als vorläufig betrachtet werden und muss neu bewertet werden, wenn die Mehrzahl der Länder Mortalitätsdaten an die WHO gemeldet hat.

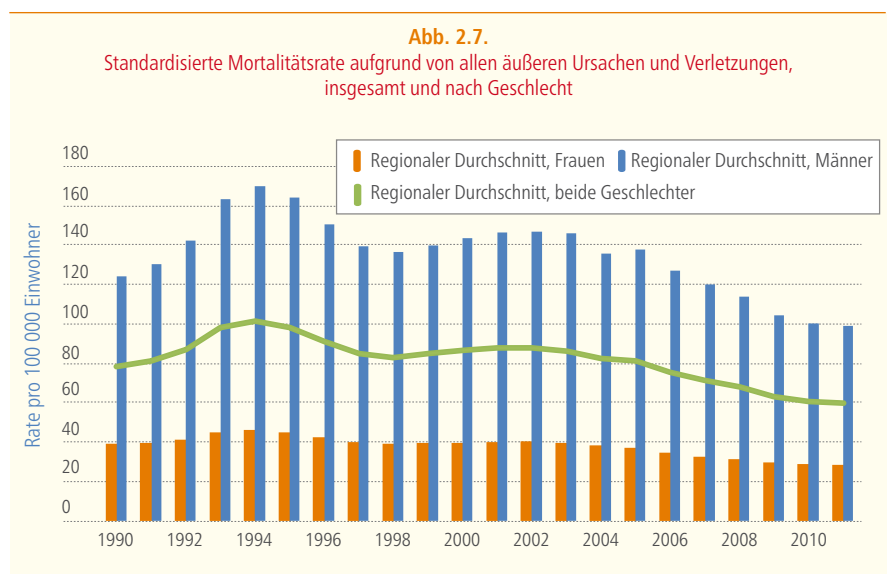
Insbesondere die Mortalitätsraten aufgrund von äußeren Todesursachen und Verletzungen von Männern sind in den letzten Jahren gesunken, wodurch sich der Unterschied zwischen Männern und Frauen auf 72,6 im Jahr 2010 und 71,9 im Jahr 2011 verringert hat. Wenngleich dies eine positive Entwicklung darstellt, ist die Differenz zwischen Männern und Frauen als absolute Zahl ausgedrückt immer noch beträchtlich (siehe Abb. 2.7).

Auf Männer entfallen 75% der Todesfälle bei Straßenverkehrsunfällen

Mithilfe eines zusätzlichen Indikators für diese Quantifizierung des Dachziels von „Gesundheit 2020“ wird die Gesamtmortalitätsrate

nach Ursachen aufgeschlüsselt, einschließlich von unter anderem Kfz-Unfällen und Suiziden. Die Daten zeigen, dass die Mortalitätsraten aufgrund konkreter äußerer Todesursachen bei Männern durchgehend höher sind als bei Frauen (siehe Tabelle 2.2). Von den Personen, die bei Kfz-Unfällen in der Region sterben, sind 75% Männer und mehr als die Hälfte sind zwischen 15 und 44 Jahre alt (54%) (39). Obwohl Straßenverkehrsunfälle relativ weniger Todesfälle bei älteren Menschen verursachen, ist diese Gruppe besonders anfällig: Die Fähigkeit von Menschen, schwierige Verkehrssituationen zu bewältigen, nimmt mit dem Alter fortschreitend ab, und sie werden gebrechlicher (40).

2010 starben 92 500 Menschen bei Straßenverkehrsunfällen, 25% weniger als 2007 gemeldet wurden. In diesem Zeitraum stieg die Zahl der angemeldeten Fahrzeuge um 6%, was den Schluss zulässt, dass Maßnahmen zur Förderung der Sicherheit im Straßenverkehr trotz dieser Zunahme zur Senkung der Mortalität beitrugen (39). Die Prävention von Verletzungen ist auf der Agenda vieler Regierungen: Eine gemeinsame Studie der WHO und des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik von 2013 kam zu dem Ergebnis, dass es in Europa zahlreiche evidenzbasierte Konzepte zur Förderung der Sicherheit im Straßenverkehr gibt, ihre Umsetzung jedoch beträchtlich variiert.



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

Wo diese Konzepte erfolgreich umgesetzt wurden, scheinen sie zu einer deutlichen Senkung der Mortalität aufgrund von Verletzungen im Straßenverkehr geführt zu haben (42) (siehe Kasten 2.4). Die länderübergreifenden Unterschiede der Mortalität aufgrund von Straßenverkehrsunfällen sind in der Tat beträchtlich (siehe Tabelle 2.2), was zeigt, dass in einer großen Zahl von Ländern noch viel Raum für Verbesserungen besteht.

Trotz rückläufiger Tendenzen bleibt Suizid ein wichtiges Gesundheitsproblem

Die Mortalität aufgrund von Suizid und selbst zugefügten Verletzungen weist in der Region einen Abwärtstrend auf: Die Mortalitätsraten sanken von 19,8 pro 100 000 Einwohner im Jahr

Kasten 2.4.

Verringerung der Zahl der Straßenverkehrsunfälle in der Russischen Föderation

Hintergrund

Entwicklungen der Mortalität aufgrund von Verkehrsunfällen im Zeitverlauf in der Russischen Föderation zeichnen ein uneinheitliches Bild mit Aufwärts- und Abwärtstrends zu unterschiedlichen Zeiten. Unabhängig davon ergaben Vergleiche mit anderen Teilen der Europäischen Region einen wachsenden Rückstand, der die Politik zum Handeln zwang.

Ergriffene politische Maßnahmen

Ein gezieltes Programm zur Verbesserung der Sicherheit im Straßenverkehr auf der Ebene der Föderation für den Zeitraum 2006 - 2012 wurde durchgeführt, um die verkehrsbedingte Mortalität zu senken. Zu den zentralen Komponenten zählten:

- Verbesserung der Ausbildungsstandards der Fahrzeugführer;
- Modernisierung der Straßeninfrastruktur;
- Einführung von Mechanismen zur Verbesserung der Einhaltung von Straßenverkehrsvorschriften;
- gestärkte Durchsetzung rechtlicher Schritte in Fällen von Fehlverhalten;
- Verkürzung der Zeitspanne zwischen dem Unfallzeitpunkt und dem

Eintreffen von Notfalldiensten am Unfallort;

- raschere und besser koordinierte medizinische Reaktion.

Resultate

Zwischen 2005, als das Programm eingeführt wurde, und 2013 sanken die Mortalitätsraten von Männern und Frauen um durchschnittlich 26,2% beziehungsweise 29,4%, was auf eine positive Wirkung schließen lässt. Rückläufige Trends wurden in allen Altersgruppen beobachtet. Bei Erwachsenen im Erwerbsalter von 20 bis 39 Jahren betrug die beobachtete Senkung der Mortalitätsraten 20,8% für Männer und 22,2% für Frauen. Bei ab 60-Jährigen fiel die Senkung stärker aus: 35,5% für Männer und 39,9% für Frauen.

Fußgänger sind häufig Opfer von Verkehrsunfällen; folglich hatte das Programm auch einen beträchtlichen Einfluss auf die Fußgängermortalität. Infolge eines Rückgangs der Mortalität von 45,7% bei Männern und 45,2% bei Frauen sank der Anteil der Fußgänger an allen verkehrsbedingten Todesfällen von 40,1% auf 29,5% bei Männern und von 49,2% auf 38,2% bei Frauen. Weil es

sich bei Fußgängern häufig um ältere Menschen handelt, kann vermutet werden, dass das Programm einen stärkeren Einfluss auf die Mortalität in dieser Altersgruppe hatte.

Die subnationalen Streuungen der Mortalität aufgrund von Unterschieden bei der Infrastrukturentwicklung und der Verkehrsintensität in verschiedenen Regionen (*Oblasts*) fielen bemerkenswert groß aus. 2013 gab es eine Streuung um den Faktor 14 bei den Sterberaten von Männern (Wertebereich von 5,8 bis 82,2 pro 100 000 Einwohner) und um den Faktor 30 für Frauen (Wertebereich von 0,9 bis 30,3 pro 100 000) unter den Regionen. Zwischen 2005 und 2013 sank die Mortalität aufgrund von Verkehrsunfällen in 69 von 82 Regionen.

Die beträchtlichen anfänglichen Senkungen begannen sich jedoch nach 2010 zu verlangsamen: Zwischen 2010 und 2013 sank die Mortalität bei Frauen nur um 1,1%, während sie bei Männern um 3,1% stieg. Um die Dauerhaftigkeit der in der Russischen Föderation erreichten positiven Veränderungen sicherzustellen, wurde ein Folgeprogramm für den Zeitraum von 2013 bis 2020 genehmigt.

Tabelle 2.2.
Standardisierte Mortalitätsraten aufgrund äußerer Todesursachen pro 100 000 Einwohner, nach Geschlecht

Ort	Kfz-Unfälle		Stürze		Vergiftungsfälle		Akzidentelle Intoxikation durch Alkohol		Suizid und absichtliche Selbstbeschädigung		Tötungsdelikte und Körperverletzung	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Regionaler Durchschnitt	4,3	14,4	3,1	7,5	3,0	11,0	0,9	3,9	4,8	21,3	1,8	5,6
Armenien	2,1	11,9	0,1	1,2	0,2	0,6	0,0	0,1	1,2	4,4	0,8	2,7
Belarus	–	–	3,8	19,1	2,7	16,1	–	–	8,5	46,9	3,7	8,0
Belgien	3,4	11,5	6,8	9,7	1,3	2,5	0,1	0,4	9,2	24,9	0,7	1,4
Bosnien und Herzegowina	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Bulgarien	2,7	7,7	1,2	4,5	0,6	1,7	0,2	0,5	3,1	14,6	0,7	1,7
Dänemark	1,5	5,1	4,4	6,6	1,9	6,1	0,2	0,2	4,7	14,6	0,4	1,1
Deutschland	1,8	5,7	4,7	7,4	0,3	1,0	0,1	0,2	4,8	14,8	0,5	0,5
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	3,1	9,5	3,3	4,1	0,5	1,4	0,0	0,2	3,1	8,3	1,2	3,0
Estland	3,0	11,9	2,4	8,8	6,7	33,6	3,8	15,5	4,5	26,7	1,6	7,9
Finnland	2,2	7,0	7,9	19,5	5,6	19,5	2,5	10,4	7,0	25,0	1,3	2,4
Frankreich	2,4	9,5	3,7	6,8	1,5	3,0	0,2	0,8	7,4	22,9	0,4	0,8
Georgien	0,6	2,5	0,1	0,3	0,3	0,7	0,0	0,3	0,6	4,5	0,2	0,5
Griechenland	4,2	17,1	1,4	4,2	0,7	3,7	0,0	0,0	1,3	6,2	0,5	2,5
Irland	2,1	6,0	3,9	5,5	3,5	8,7	1,6	2,7	4,5	17,3	0,2	1,4
Island	0,7	6,3	5,4	6,5	1,3	2,0	0,0	0,0	4,6	18,2	0,0	0,6
Israel	2,5	7,4	0,9	2,2	0,0	0,1	0,0	0,0	2,4	9,5	1,0	3,5
Italien	2,5	10,8	1,8	4,0	0,3	1,0	0,0	0,1	2,2	8,9	0,4	1,1
Kasachstan	–	–	1,7	5,7	7,3	26,1	–	–	7,6	40,8	3,6	16,2
Kirgisistan	9,1	27,8	0,8	4,4	4,4	22,6	2,6	15,5	4,0	17,2	3,0	12,7
Kroatien	2,3	15,5	11,7	17,8	1,5	3,8	0,2	0,7	6,1	25,3	0,6	1,7
Lettland	4,0	12,7	2,6	12,9	2,9	14,0	1,9	9,5	5,0	36,6	2,8	9,5
Litauen	3,7	15,7	3,1	14,2	5,9	26,9	3,4	15,5	9,1	51,4	2,7	7,5
Luxemburg	3,5	7,3	4,1	10,2	3,0	3,5	1,5	1,4	5,9	13,1	0,0	0,9
Malta	2,2	6,5	3,0	7,7	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	9,2	1,0	0,0
Montenegro	4,4	10,1	0,3	4,5	0,0	0,3	0,0	0,0	8,5	25,5	1,1	3,1
Niederlande	1,7	4,7	5,3	7,1	0,4	1,2	0,1	0,1	5,6	12,7	0,6	1,1
Norwegen	1,4	4,4	4,0	7,3	3,5	8,7	0,3	1,1	5,6	14,1	0,3	0,8
Österreich	2,7	7,9	3,9	8,9	0,1	0,3	0,0	0,0	6,0	20,6	0,4	0,6
Tschechische Republik	2,7	9,0	3,1	7,3	2,3	4,9	1,1	2,9	4,3	23,9	0,7	0,9
Polen	3,9	15,6	4,9	11,7	1,0	5,6	0,6	4,6	3,4	26,7	0,6	1,4
Portugal	3,5	12,9	1,2	3,0	0,1	0,3	0,0	0,1	3,3	13,0	0,5	1,3
Republik Moldau	5,9	18,3	2,0	7,8	4,4	14,3	2,2	8,2	5,4	26,9	3,5	7,8
Rumänien	4,8	16,4	2,1	10,0	2,4	7,2	0,8	3,8	3,7	20,8	1,3	3,1
Russische Föderation	–	–	2,8	10,6	9,3	38,7	–	–	6,6	39,5	5,6	20,5
Schweden	1,2	3,8	3,2	6,6	1,9	6,2	0,4	1,8	5,9	16,4	0,6	1,4
Schweiz	1,4	5,2	8,1	12,2	1,1	3,1	0,2	0,5	6,2	16,5	0,5	0,5
Serbien	2,7	10,1	1,5	4,2	0,3	0,9	0,1	0,2	6,1	22,3	0,9	2,2
Slowakei	3,3	11,1	3,4	12,5	1,0	3,5	0,7	2,7	3,0	19,4	0,9	1,3
Slowenien	2,4	10,7	11,5	22,8	1,3	4,5	0,4	1,8	6,1	29,3	0,4	0,4
Spanien	1,7	7,0	1,9	3,6	0,6	2,0	0,1	0,1	2,6	9,1	0,4	1,0
Türkei	3,0	10,4	4,6	6,6	0,3	0,5	0,0	0,1	0,8	2,5	0,5	2,0
Ukraine	–	–	1,8	8,5	5,0	23,6	–	–	5,7	32,5	2,4	7,3
Ungarn	3,2	10,1	8,2	15,6	0,6	1,7	0,1	0,3	8,2	34,5	1,0	1,7
Vereinigtes Königreich	1,5	4,8	3,4	5,4	1,8	4,3	0,5	0,9	2,9	10,1	0,2	0,4
Zypern	2,8	15,3	1,9	3,7	0,4	2,9	0,0	0,0	1,0	6,0	1,4	1,0

Hinweis: Daten aus dem letzten verfügbaren Jahr, 2009 - 2012; regionale Durchschnitte für 2011. Länder, für die für diesen Zeitraum keine Daten verfügbar sind, wurden nicht berücksichtigt.

Quelle: Europäische Mortalitäts-Datenbank (41).

1994 auf 12,6 in den Jahren 2010 und 2011 (11). Suizid ist dennoch weiterhin ein wichtiges Gesundheitsproblem: Sechs der 20 Länder mit den weltweit höchsten Selbstmordraten liegen in der Europäischen Region. Junge Erwachsene sind besonders gefährdet: In Ländern mit hohem Einkommen sind Suizide für 17,6% aller Todesfälle in der Altersgruppe von 15 bis 29 Jahren verantwortlich. In dieser Altersgruppe gilt Suizid sowohl weltweit als auch in der Europäischen Region als zweithäufigste Todesursache nach Straßenverkehrsunfällen (43). Ältere Menschen haben ebenfalls ein hohes Suizidrisiko und die Gesamtsuizidrate in der Europäischen Region ist höher als in anderen Regionen, was deutlich macht, dass die Suizidprävention in dieser Altersgruppe aktiv betrieben werden muss (44, 45). Bei den Mortalitätsraten aufgrund von Suizid und absichtlicher Selbstbeschädigung bestehen zwischen den Ländern für alle Altersgruppen große Unterschiede, wobei der alarmierende Höchstwert in der Region für Männer 51,4 pro 100 000 Einwohner ist (siehe Tabelle 2.2). Ein WHO-Bericht von 2014 schlägt auf die Praxis ausgerichtete Orientierungshilfe zu strategischen Maßnahmen vor, die Regierungen auf der Grundlage ihrer Ressourcen und bestehenden Aktivitäten zur Suizidprävention ergreifen können. Insbesondere werden darin wirksame evidenzbasierte und kostengünstige Interventionen selbst in ressourcenarmen Settings empfohlen (46).

Dachziel 2: Erhöhung der Lebenserwartung in der Europäischen Region

Zusammenfassung der Fortschritte

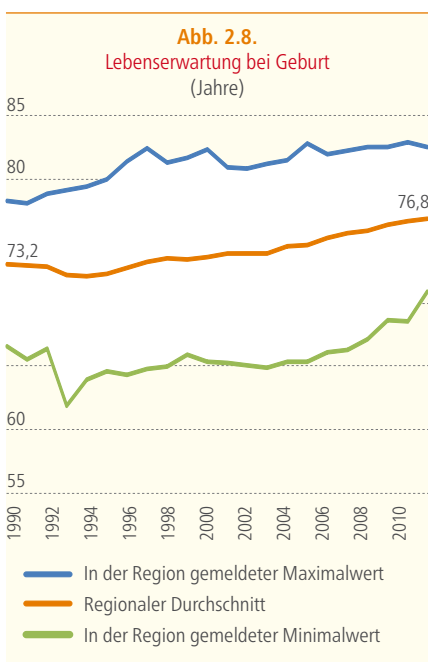
Die Quantifizierung für dieses Dachziel von „Gesundheit 2020“ ist ein weiterer Anstieg der Lebenserwartung mit der derzeitigen Geschwindigkeit (der jährlichen Rate für den Zeitraum von 2006 bis 2010), verbunden mit einer Verringerung der Unterschiede bei der Lebenserwartung in der Region. Der Kernindikator ist die Lebenserwartung bei Geburt.

Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt in der Region steigt seit den 1990er Jahren. Zum Zeitpunkt der Abfassung des Berichts waren nicht genügend Informationen verfügbar, um eine Bewertung der Rate der Veränderung der Lebenserwartung auf der

regionalen Ebene seit 2010, dem Bezugsjahr von „Gesundheit 2020“, zu ermöglichen. Die Unterschiede zwischen den Ländern in der Region sowie zwischen Männern und Frauen sind im Lauf der Zeit kleiner geworden. Dieser positive Trend scheint sich im Zeitraum von 2010 bis 2011 fortgesetzt zu haben, wenngleich die beschränkte Datenverfügbarkeit keine soliden Schlussfolgerungen zulässt. Unabhängig davon bleiben die Unterschiede beträchtlich.

Die länderübergreifenden Unterschiede bei der Lebenserwartung bei Geburt betragen immer noch mehr als ein Jahrzehnt

Das Dachziel von „Gesundheit 2020“ fordert einen weiteren Anstieg der Lebenserwartung mit der jährlichen Rate für 2006 - 2010. Der durchschnittliche jährliche Anstieg in diesem Zeitraum betrug 0,26 Jahre, was einer Beschleunigung im Vergleich zum vorhergehenden Zeitraum (1990 - 2005) entspricht, als er nur 0,09 Jahre ausmachte. Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt in der Europäischen Region betrug 2010 76,6 Jahre und 2011 76,8 Jahre (Abb. 2.8). Zum Zeitpunkt der Abfassung des Berichts konnte der regionale Durchschnitt noch nicht zuverlässig berechnet werden, weil Daten für dieses Jahr erst aus einer Minderheit der Länder verfügbar waren. Er wird deshalb in der Ausgabe der zentralen Gesundheitsindikatoren des Regionalbüros von 2015 angegeben werden. Die Bewertung der längerfristigen Zeittrends zeigt, dass die durchschnittliche Lebenserwartung 1993 drastisch sank, was auf die soziale und wirtschaftliche Krise nach dem Zusammenbruch der UdSSR zurückzuführen war (47).



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

Die Differenz zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Wert der Lebenserwartung beläuft sich für die meisten Jahre nach den frühen 1990er Jahren auf durchschnittlich 16 Jahre. 2009 und 2010 wurde sie auf etwa 14 Jahre verringert und sank 2011 auf nur noch 11 Jahre. Dieser Unterschied ist beträchtlich kleiner als in früheren Jahren. Da zum Zeitpunkt der Abfassung des Berichts jedoch nur 25 Länder Lebenserwartungsdaten für 2011 gemeldet hatten, sollte dies mit Bedacht interpretiert werden: Minimal- und Maximalwerte werden aktualisiert werden, wenn die restlichen Länder ihre Daten an die WHO melden.

Die regionalen Durchschnittswerte für die Lebenserwartung von Männern und Frauen weisen seit 1990 ähnliche Anstiegsraten

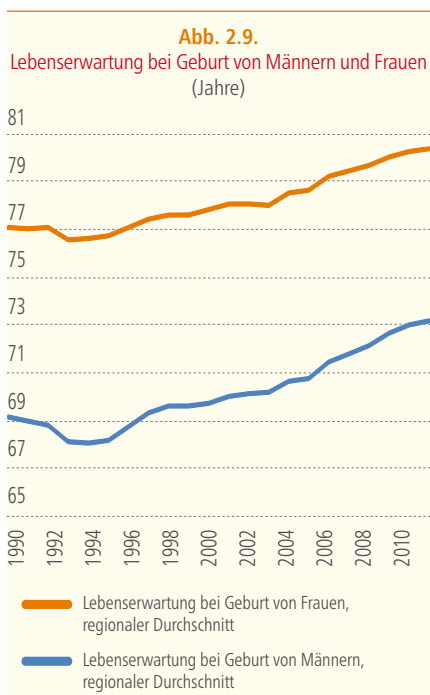
auf (siehe Abb. 2.9). Die Bewertung der Differenz der Lebenserwartung nach Geschlecht seit 1990 zeigt, dass Frauen durchgängig im Schnitt etwa 8 Jahre länger leben als Männer. Die größte Differenz von etwa 8,5 Jahren wurde 1994 und 1995 beobachtet, was wahrscheinlich durch die Folgen der Krise nach der Auflösung der UdSSR erklärt werden kann (48). Seit 2002 hat sich die Differenz auf 7 bis 8 Jahre verringert, hauptsächlich aufgrund stärkerer Zugewinne bei der Lebenserwartung von Männern in der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS).

Die Verringerung der Unterschiede bei der durchschnittlichen Lebenserwartung in der Region zwischen Ländern sowie zwischen Männern und Frauen ist ein positives Zeichen. Unabhängig davon sind die verbleibenden Unterschiede noch groß.

In manchen Ländern liegt die Lebenserwartung bei Geburt über dem Durchschnitt und die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren darunter

Ein zusätzlicher Indikator für die Quantifizierung des Dachziels von „Gesundheit 2020“ ist die Lebenserwartung im Alter von 1, 15, 45 und 65 Jahren. In diesem Unterabschnitt wird auf die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren eingegangen. In manchen Ländern liegt die Lebenserwartung bei Geburt für sowohl Männer als auch Frauen über dem regionalen Durchschnitt, im Alter von 65 Jahren jedoch darunter. In manchen Ländern sind die Lebenserwartung bei Geburt und die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren für sowohl Männer als auch Frauen niedriger als der regionale Durchschnitt, während in anderen die Lebenserwartung nur für ein Geschlecht niedriger ist (siehe Tabelle 2.3). Die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren auf der regionalen Ebene weist einen Aufwärtstrend auf und ist von 15,7 Jahren 1993 auf 18,0 im Jahr 2011 gestiegen (11).

Im Rahmen einer Studie wurden 2014 die Ursachen von Anstiegen der Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren, primär in Ländern mit hohem Einkommen, untersucht. Sie kam zu dem Ergebnis, dass Verbesserungen hauptsächlich auf weniger Tabakkonsum (für Männer) und verringerte Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (für sowohl Männer als auch Frauen)



zurückzuführen waren. Das unterschiedliche Zeitverhalten von Trends in Bezug auf das Rollenverhalten beim Rauchen von Männern und Frauen in Ländern mit hohem Einkommen (bekannt als die Tabakepidemie (49)) erklärt wahrscheinlich die Unterschiede der Muster, die in dieser Studie zwischen den Geschlechtern beobachtet wurden. Der Anstieg der Prävalenz von Adipositas und späterem Diabetes mellitus Typ II könnte zukünftige Verbesserungsraten der Mortalität im höheren Alter beschränken und Gleiches gilt für die steigende Prävalenz von Demenz aufgrund der Bevölkerungsalterung (12).

Tabelle 2.3.
Lebenserwartung von Männern und Frauen bei Geburt und im Alter von 65 Jahren

Land	Lebenserwartung bei Geburt		Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren		Land	Lebenserwartung bei Geburt		Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich		männlich	weiblich	männlich	weiblich
Regionaler Durchschnitt	73,1	80,3	15,9	19,6	Luxemburg	79,2	83,9	18,2	21,7
Albanien	73,7	78,9	14,9	17,8	Malta	78,8	83,1	17,8	21,1
Andorra	77,4	84,2	—	—	Montenegro	73,3	78,0	15,2	17,3
Armenien	71,3	77,8	14,3	17,0	Niederlande	79,5	83,2	18,2	21,3
Aserbaidshan	71,3	76,3	14,5	16,3	Norwegen	79,7	83,6	18,5	21,2
Belarus	64,8	76,6	11,8	16,9	Österreich	78,4	84,0	18,2	21,8
Belgien	77,5	83,0	17,6	21,3	Polen	72,7	81,2	15,5	20,0
Bosnien und Herzegowina	74,2	79,0	15,6	17,4	Portugal	77,4	83,9	17,9	21,7
Bulgarien	70,8	77,9	14,0	17,4	Republik Moldau	67,2	75,1	12,8	15,8
Dänemark	78,0	82,1	17,5	20,3	Rumänien	70,2	77,6	14,1	17,3
Deutschland	78,7	83,4	18,3	21,3	Russische Föderation	63,1	75,0	12,0	16,6
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	73,0	77,3	14,0	16,1	San Marino	77,6	84,4	18,3	24,2
Estland	71,3	81,4	14,8	20,1	Schweden	79,7	83,7	18,4	21,3
Finnland	77,5	84,0	17,9	21,9	Schweiz	80,4	85,0	19,2	22,7
Frankreich	78,4	85,4	19,0	23,5	Serbien	72,4	77,5	14,1	16,5
Georgien	70,2	79,0	14,5	18,4	Slowakei	71,8	79,4	14,1	18,1
Griechenland	78,6	83,2	18,6	20,7	Slowenien	76,6	83,2	16,9	21,1
Irland	78,5	83,0	17,8	21,0	Spanien	79,4	85,5	18,8	22,9
Island	79,9	83,9	18,7	21,1	Tadschikistan	71,2	76,3	14,5	17,8
Israel	80,4	84,1	19,4	21,7	Tschechische Republik	75,1	81,3	15,8	19,4
Italien	79,8	85,0	18,7	22,5	Türkei	74,5	80,0	15,7	19,1
Kasachstan	63,7	73,5	11,9	15,6	Turkmenistan	62,5	69,8	12,4	14,9
Kirgisistan	65,5	73,7	12,8	15,7	Ungarn	71,7	78,8	14,4	18,2
Kroatien	74,0	80,7	15,0	18,8	Ukraine	66,2	76,2	12,8	16,8
Lettland	68,9	79,0	13,7	18,6	Usbekistan	68,2	73,0	13,0	15,0
Litauen	68,0	79,0	13,6	18,5	Vereinigtes Königreich	78,8	82,7	18,4	21,0
					Zypern	80,1	83,9	19,0	21,1

Hinweis: Daten aus dem letzten verfügbaren Jahr, 2004 - 2012 (mit einer Ausnahme von 1998); regionale Durchschnitte für 2011.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

Dachziel 3: Abbau von Ungleichgewichten in der Europäischen Region

Zusammenfassung der Fortschritte

Dieses Dachziel von „Gesundheit 2020“ wird als Abbau der durch soziale Determinanten bedingten gesundheitlichen Kluft in der Bevölkerung der Europäischen Region quantifiziert. Zu den Kernindikatoren zählen:

- Säuglingssterblichkeit pro 1000 Lebendgeburten;
- Anteil der Kinder im offiziellen Grundschulalter, die nicht die Schule besuchen;
- Arbeitslosenquote;
- Lebenserwartung (beschrieben im Abschnitt zu Dachziel 2);
- eine nationale und/oder subnationale Politik zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte ist vorhanden und dokumentiert.

Seit 1990 ist die Säuglingssterblichkeit in Ländern mit den höchsten Raten zurückgegangen, wodurch sich das Gefälle zwischen den Ländern verringert hat. Die für die letzten Jahre gemeldeten Daten bieten keine ausreichende Grundlage, um festzustellen, ob dieser positive Trend seit 2010 angehalten hat.

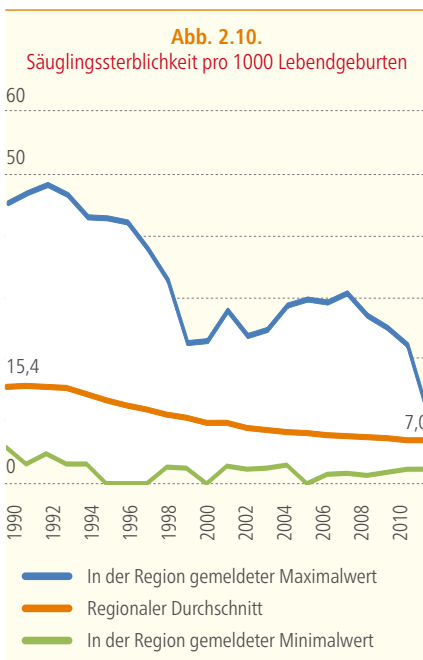
Die Differenz zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Anteil von Kindern im offiziellen Grundschulalter, die nicht die Schule besuchen, wird in der Region kleiner: Sie betrug 15,2% im Jahr 2010, 12,7% im Jahr 2011 und 10,6% im Jahr 2012 (der niedrigste Wert im Jahr 2012 war 0,2%, der höchste 10,7%).

Die Arbeitslosenquoten variieren in der Region beträchtlich: Der höchste und der niedrigste Wert beliefen sich 2012 auf 31% beziehungsweise 0,5%. Wenngleich die Differenz zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Wert in der Region seit 2005 abgenommen hat, hat sich der Rückgang in den letzten Jahren verlangsamt, wobei die Differenz 2010 31,3%, 2011 30,8% und 2012 30,5% betrug.

Der Anteil der Länder in der Region mit einer spezifischen Politik zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichgewichte stieg von 58% im Jahr 2010 auf 67% im Jahr 2013.

Der Unterschied zwischen der höchsten und der niedrigsten Säuglingssterblichkeitsrate ist kleiner geworden

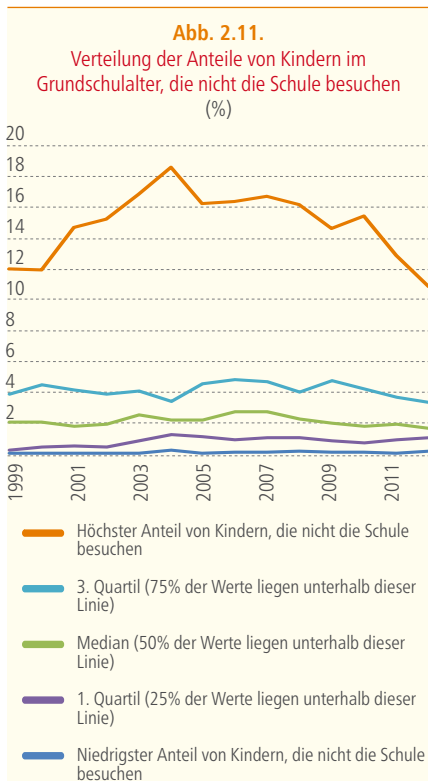
Die Säuglingssterblichkeitsrate ist definiert als die Zahl der Sterbefälle von Säuglingen unter 1 Jahr pro 1000 Lebendgeburten. Die gemeldeten Höchstwerte in der Region zeichnen ein uneinheitliches Bild, während die niedrigsten Werte mehr oder weniger konstant sind (Abb. 2.10). Dies wird weitgehend durch den Umstand erklärt, dass die Datenbasis für die Länder nicht vollständig ist, insbesondere für diejenigen mit den höchsten Säuglingssterblichkeitsraten. Die regionalen Durchschnittswerte für frühere Jahre basieren auf Daten aus den meisten Ländern; dem Durchschnittswert für 2011 liegen allerdings Daten für lediglich 27 Länder zugrunde. Diejenigen Länder, die für 2011 noch nicht gemeldet haben, zählen auch zu denjenigen mit höheren Säuglingssterblichkeitsraten; dies könnte den starken Rückgang beim höchsten gemeldeten Wert in der Region im Jahr 2011 erklären. Allgemein kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die höchsten Raten im Lauf der Zeit beträchtlich zurückgegangen sind, wodurch sich das Gefälle zwischen den Ländern verringert hat. Die Differenz zwischen der niedrigsten und der höchsten Säuglingssterblichkeitsrate betrug 1990 40 Sterbefälle von Säuglingen pro 1000 Lebendgeburten; in den 2000er Jahren war sie auf einen zwischen 20 und 30 fluktuierenden Wertebereich gesunken.



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

Die regionale durchschnittliche Säuglingssterblichkeitsrate hat sich über einen Zeitraum von 22 Jahren halbiert: von 15,4 Sterbefällen pro 1000 Lebendgeburten im Jahr 1990 auf 7,0 im Jahr 2011 (siehe Abb. 2.10), was einem durchschnittlichen jährlichen Rückgang von 3,7% gleichkommt. Im Vergleich dazu forderte das Millenniums-Entwicklungsziel 4 eine Senkung der Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren um zwei Drittel über einen Zeitraum von 25 Jahren, entsprechend einem durchschnittlichen jährlichen Rückgang um 4,4%. Außerdem verringerte sich in der zweiten Hälfte des Berichtszeitraums die Geschwindigkeit, mit der der Rückgang vonstattenging: Der durchschnittliche jährliche Rückgang im Zeitraum von 2001 bis 2011 betrug bestenfalls 3,3%, verglichen mit 4,5% von 1998 bis 2000. Wegen Meldungsverzögerungen durch Länder kann die Geschwindigkeit ab 2010 nicht zuverlässig gemessen werden; der Trend signalisiert jedoch, dass die Säuglingssterblichkeit in der Region weiter zurückgehen wird.

Die regionalen – und de facto auch weltweiten – Erfahrungen zeigen, dass niedrige Säuglingssterblichkeit eng mit einem höheren Anteil neonataler Sterbefälle (Eintreten des Sterbefalls zwischen 0 und 27 Lebenstagen) zusammenhängt und dass die Zahl neonataler Sterbefälle langsamer zurückgeht als die postneonataler Sterbefälle (Eintreten des Sterbefalls zwischen 28 Lebenstagen und 11 Monaten) (50). Zur Überwachung des Übergangs zu niedriger Säuglingssterblichkeit in der gesamten Region bedarf es gut funktionierender Personenstandsregister, die Säuglingssterbefälle sorgfältig erfassen, insbesondere in den ersten Tagen nach der Geburt. Wahrscheinlich wird die Säuglingssterblichkeit zu niedrig geschätzt, weil entweder frühe neonatale Sterbefälle als Totgeburten eingestuft werden oder Personenstandsregister sich in den ersten Stunden oder Tagen nach der Geburt ereignende Sterbefälle nicht erfassen (51); es wird jedoch angenommen, dass die Verzerrung weitgehend konstant ist. Die Richtung und das Ausmaß der Veränderung, die oben beschrieben wurden, geben deshalb wahrscheinlich die Realität wider. Anhang 1 bietet weitere Informationen zu Qualitätsfragen und Problemen im Zusammenhang mit Säuglingssterblichkeitsdaten.



Quelle: Statistisches Institut der Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO) (52).

Beim Anteil der Kinder, die nicht die Schule besuchen, bestehen große Unterschiede

Die Differenz zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Anteil von Kindern im offiziellen Grundschulalter, die nicht die Schule besuchen, wird in der Region kleiner: Sie betrug 15,2% im Jahr 2010, 12,7% im Jahr 2011 und 10,5% im Jahr 2012. Die Unterschiede zwischen den Ländern bleiben jedoch groß: 2012 reichten die Anteile von 10,7% bis 0,2%. Bezüglich der Verteilung über die Region ergibt sich ein uneinheitliches Bild: In 75% der Länder lag der Anteil unter 3,3% und in 25% der Länder zwischen 3,3% und 10,7% (Abb. 2.11).

Die positive Beziehung zwischen Bildung und Gesundheit wird allgemein anerkannt. Sie scheint wechselseitig zu sein: Bessere Bildung resultiert in besserer Gesundheit (durch bessere Arbeitsplätze, höheres Einkommen und höhere Gesundheitskompetenz), und bessere Gesundheit ermöglicht Menschen, mehr Zeit, Geld und Energie in Bildung zu investieren (53). Die Bekämpfung von Ungleichgewichten im Bildungsbereich ist deshalb von großer Bedeutung, um gesundheitlichen Ungleichgewichten entgegenzuwirken. Laut der vom Kinderhilfswerk der Vereinten

Nationen (UNICEF) und dem Statistischen Institut der UNESCO ergriffenen globalen Initiative zugunsten von Kindern, die nicht die Schule besuchen, fehlen systematische Analysen, um die Hindernisse für die Verwirklichung der allgemeinen Grundschulbildung zu ermitteln, was zum Teil auf fehlende geeignete Instrumente und Methoden für die Erfassung von Kindern, die nicht die Schule besuchen, und die Überwachung von Fortschritten zurückzuführen ist. Die Initiative hat sich gemeinsam mit mehreren Ländern in der Europäischen Region um die Verbesserung der Bildungsbeteiligung bemüht (54) (siehe Kasten 2.5).

Die Unterschiede bei den Arbeitslosenquoten werden kleiner; die Veränderungen in der jüngsten Vergangenheit fallen jedoch nur gering aus

Die Arbeitslosenquoten in der Region variieren beträchtlich: 2012 war der niedrigste Wert 0,5% und der höchste 31%. Wenngleich die Differenz zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Wert in der Region seit 2005 abgenommen hat, hat sich der Rückgang in den letzten Jahren verlangsamt, wobei die Differenz 2010 31,3%,

Kasten 2.5.

Umfassende politische Maßnahmen zur Steigerung der Grundschulbesuchsquote in der Türkei

Hintergrund

Laut der demografischen und Gesundheits-erhebung in der Türkei von 2008 besuchten 7,5% der 6- bis 10-Jährigen und 4,63% der 11- bis 13-Jährigen nicht die Schule. Die Türkei war eines von 25 Ländern, in denen UNICEF und das UNESCO-Institut für Statistik 2010 die globale Initiative mit dem Ziel starteten, die Zahl der Kinder, die nicht die Schule besuchen, beschleunigt zu verringern und die Systeme zur Überwachung dieser Zahlen zu stärken.

Ergriffene politische Maßnahmen

Um zum Ausschluss von Bildung führende Hindernisse und Engpässe zu überwinden, führte die türkische Regierung mehrere Maßnahmen und Programme wie die Verteilung kostenloser Schulbücher und die Bereitstellung kostenloser Mahlzeiten für Kinder in ländlichen Gebieten mit einem langen Schulweg durch. Sie begann auch mit der Bereitstellung von Unterstützung

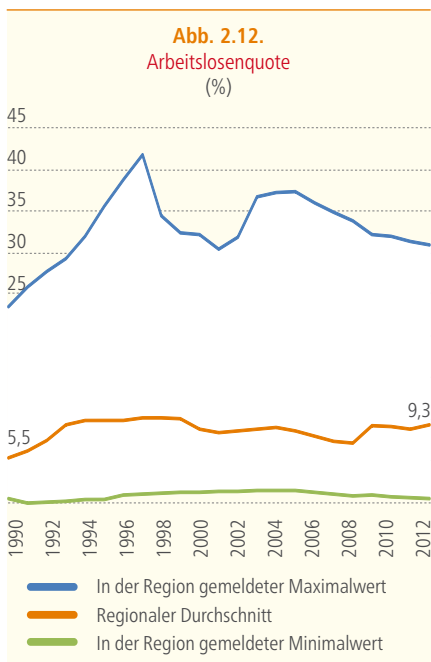
für Schülerwohnheime, Schülerbeförderung und Internate; Stipendien für Kinder aus Haushalten mit niedrigem Einkommen und/oder aus ländlichen Gebieten; der kostenlosen Beförderung von Kindern mit Behinderungen; und monatlichen Zahlungen für die Betreuung behinderter Kinder. Die Vorschulbildung wurde ausgeweitet, um mehr Kinder zu erreichen, und der Bildungssektor begann mit der Nutzung eines elektronischen Schulleitungs-Informationssystems, was mit einem Übergang zu einem ergebnisorientierten Haushaltsplanungs- und Managementsystem verbunden war. Um die Schulbesuchsquote zu steigern, wurden auch andere Strategien in Kraft gesetzt. Dazu zählten ein Projekt zur Verbesserung des Berufslebens und des sozialen Lebens von saisonalen Arbeitskräften in der Landwirtschaft und Aktivitäten zugunsten schutzbedürftiger Kinder.

Resultate

Mehrere 100 000 Kinder haben kostenlose Mahlzeiten, Stipendien zur Deckung von Unterbringungskosten, kostenlose Beförderung per Bus und viele andere Leistungen erhalten, die zur Erhöhung der Schulbesuchsquote beitragen sollten. Nationalen Bildungsstatistiken zufolge betrug für das Schuljahr 2013/14 die Nettoschulbesuchsquote in der Grundstufe 99,5%. Für 10- bis 13-jährige Kinder belief sich die Nettoschulbesuchsquote in der Sekundarstufe I – nach Anpassung, beispielsweise um Grundschüler, die in diese Altersgruppe fielen, weil sie eine oder mehr Klassen wiederholen mussten – auf 99,9%. Der Anteil der Kinder in der Türkei, denen Vorschulbildung zugutegekommen ist und die erfolgreich die Grundschule abschließen, ist stark gestiegen, was möglicherweise auf die umfassenden Reformen und Maßnahmen zurückgeführt werden kann, die durchgeführt wurden, um Bildungsproblemen entgegenzuwirken (55, 56).

2011 30,8% und 2012 30,5% betrug (Abb. 2.12). Laut der Hauptabteilung Statistik der Internationalen Arbeitsorganisation (ILOSTAT) waren die Unterschiede zwischen Männern und Frauen in den entwickelten Volkswirtschaften und den Ländern der EU klein (Arbeitslosenquote von 8,6% bei Männern und von 8,5% bei Frauen). In mittel- und südosteuropäischen (Nicht-EU-)Ländern und der GUS waren die Quoten bei Männern höher als bei Frauen (8,2% gegenüber 7,7%) (57).

Von den Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf den Arbeitsmarkt sind junge Menschen unverhältnismäßig stark betroffen. ILOSTAT schätzt für 2012 die Jugendarbeitslosenquote in den entwickelten Volkswirtschaften und den EU-Ländern auf 18% und in den mittel- und südosteuropäischen (Nicht-EU-)Ländern und den GUS-Ländern auf 17,5%. Diesen Prognosen zufolge werden sich die Werte 2018 auf 16% beziehungsweise 18% belaufen, was impliziert, dass in den nächsten Jahren keine größeren Verbesserungen der Situation zu erwarten sind. Insbesondere hat in den Ländern, für die Daten vorliegen, der Anteil junger Menschen, die weder in Beschäftigung noch in Bildung oder Ausbildung sind, den seit dem Ausbruch der Krise beobachteten steilen Aufwärtstrend fortgesetzt (57). Diese hohen und/oder steigenden Quoten bereiten der Politik große Sorge, weil diese Gruppe weder erwerbstätig ist noch in Qualifizierung investiert.



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

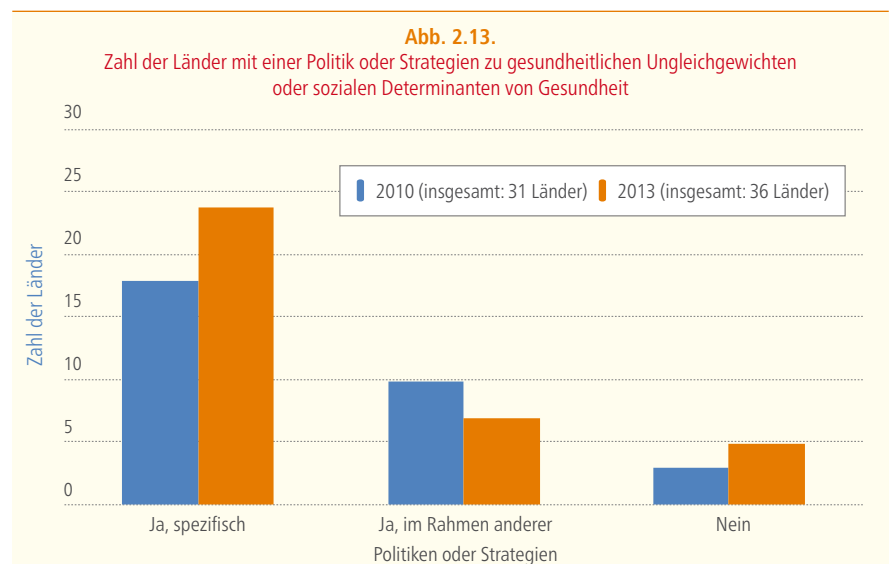
Arbeitslosigkeit hat unmittelbare negative Auswirkungen auf die Gesundheit (sie wird mit einem erhöhten Sterberisiko und mit Risikoverhalten einschließlich hohem Alkoholkonsum in Verbindung gebracht) und indirekte negative Auswirkungen durch die finanziellen Folgen der Arbeitslosigkeit, die zu psychischen Belastungen und einer Zunahme psychischer Störungen führen (58). Die Erkenntnisse lassen darauf schließen, dass Beschäftigung gesundheitsfördernde Auswirkungen hat, wenngleich die Beziehung zwischen beiden komplex ist. Vor allem schützt Beschäftigung vor Depression und hat einen schützenden Einfluss auf die allgemeine psychische Gesundheit (59). Beschäftigung ist ein wichtiges Element von Strategien für gesundes Altern; folglich ist es ein wichtiges Ziel vieler Regierungen in der Europäischen Region, eine höhere Erwerbsbeteiligung der ab 50-Jährigen sicherzustellen. Die derzeitigen Beschäftigungsquoten in der EU reichen von 47,5% bis 82,0% bei 55- bis 59-Jährigen, von 13,9% bis 64,2% bei 60- bis 64-Jährigen und von 3,8% bis 2,7% bei 65- bis 69-Jährigen (60). Diese

Zahlen machen deutlich, dass die Politik wirksame Maßnahmen ergreifen muss, um angemessene Beschäftigungsquoten älterer Menschen herbeizuführen und auf diese Weise zu aktivem und gesundem Altern beizutragen.

2013 ergreifen 31 Länder Maßnahmen zum Abbau von Ungleichgewichten

Der Trend, dass Länder eine spezifische Politik zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte verfolgen, verstärkt sich (siehe Abb. 2.13). 2013 verfügten von 36 auskunftgebenden Ländern 31 (86%) über eine Politik oder Strategie zum Thema Ungleichgewichte und/oder soziale Determinanten, bei denen es sich in 77% der Fälle um eine gesundheitspezifische Politik handelte.

Insgesamt konzentrierten sich im Jahr 2010 die am häufigsten gemeldeten Elemente zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte auf die Integration und die Verbesserung der Gesundheit benachteiligter Gruppen und darauf, einen gesunden Start ins Leben zu haben (87% beziehungsweise 77% der Antworten). 2013 wurde die Fokussierung auf benachteiligte Gruppen und einen gesunden Start ins Leben aufrechterhalten (86% beziehungsweise 75%). Die Aufmerksamkeit wurde Meldungen zufolge



Quelle: Qualitative indicators for monitoring Health 2020 policy targets (61).

Kasten 2.6.**Fragebogen der WHO zu qualitativen Indikatoren****Hintergrund**

Auf der 63. Tagung des Regionalkomitees verständigten sich die Mitgliedstaaten auf Dachziele und Indikatoren sowie einen Kontrollprozess für das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ und legten 2010 als Bezugsjahr fest. Einige der Indikatoren im Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ betreffen die Ausarbeitung und Umsetzung einer nationalen Politik, einen Bereich, für den kein routinemäßiger Datenerhebungsprozess besteht. Um Informationen zu diesen qualitativen Indikatoren zu erhalten, führte die WHO deshalb im April eine Länderbefragung durch.

Ergriffene Maßnahmen

Das WHO-Regionalbüro für Europa entwickelte ein internetgestütztes System in sowohl englischer als auch russischer Sprache, in dem Länder zu den folgenden drei Indikatoren Angaben machten:

- Eine nationale und/oder subnationale Politik zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte ist vorhanden und dokumentiert;
- die Schaffung eines Verfahrens zur Aufstellung von Zielvorgaben wurde dokumentiert;
- Dokumentationsnachweis:
 - a) Etablierung einer nationalen Gesundheitspolitik im Einklang mit „Gesundheit 2020“; b) Umsetzungsplan;
 - c) Mechanismus zur Rechenschaftslegung.

Bei der Erhebung wurde die Einreichung von Dokumentation als Beleg zur Unterstützung der gemachten Angaben gefordert, beispielsweise eines Grundsatzdokuments, eines Strategiedokuments oder eines Parlamentsbeschlusses.

Resultate

Angaben machten 37 Länder (70% der Länder in der Region), die unterschiedliche geografische Regionen, Sprachen und Bevölkerungsgrößen repräsentierten. Ein Land reichte Daten für 2010, nicht jedoch für 2013 ein. Sechs Länder reichten Daten für 2013, nicht jedoch für 2010 ein. 30 Länder reichten Daten für beide Jahre ein. Vier Länder reichten nur den ausgefüllten Fragebogen ein; 33 Länder reichten auch Dokumentation als Nachweis ihrer Politik ein. Alle auskunftgebenden Länder füllten den Fragebogen vollständig aus (61).

jedoch breiter gefächert und richtete sich zunehmend auf die Armutsbekämpfung (81%), die Verbesserung des physischen Umfelds (81%) und die Stärkung der Menschenrechte (75%). Die Erweiterung des Maßnahmenspektrums gegenüber den 2010 angewendeten traditionelleren Ansätzen ist ermutigend. Dies lässt darauf schließen, dass die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ an Dynamik gewinnt und neue Aktivitäten auf der nationalen und subnationalen Ebene hervorbringt (61). Daten für diesen Indikator wurden mit Hilfe einer vom WHO-Regionalbüro für Europa durchgeführten Umfrage unter den Ländern erhoben (siehe Kasten 2.6).

Andere mit diesem Dachziel verbundene Kernindikatoren

Die Kernindikatoren der Lebenserwartung bei Geburt und des Gini-Koeffizienten (Einkommensverteilung) sind ebenfalls mit diesem Dachziel verbunden. Der Indikator zur Lebenserwartung wird im Abschnitt zu Dachziel 2 beschrieben; aufgrund unzureichender Datenverfügbarkeit wird der Gini-Koeffizient in diesem Bericht nicht beschrieben (mehr Details enthält Anhang 1).

Dachziel 4: Förderung des Wohlergehens der Bevölkerung in der Europäischen Region

Zusammenfassung der Fortschritte

Die mit diesem Dachziel verbundenen Kernindikatoren von „Gesundheit 2020“ beziehen sich auf subjektives und objektives Wohlbefinden. Der Indikator für subjektives Wohlbefinden ist die Lebenszufriedenheit und zu denjenigen für objektives Wohlbefinden zählen:

- Verfügbarkeit sozialer Unterstützung;
- Anteil der Bevölkerung mit so genannten „verbesserten“ sanitären Einrichtungen;
- Arbeitslosenquote (beschrieben im Abschnitt zu Dachziel 3);
- Anteil der Kinder im schulpflichtigen Alter, die keine Schule besuchen, (beschrieben im Abschnitt zu Dachziel 3);

In den Ländern der Europäischen Region reicht die durchschnittliche Selbsteinschätzung der Lebenszufriedenheit – gemessen auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 10 dem potenziell besten Leben entspricht – von 7,8 bis 4,2. Solche Daten für subjektives Wohlbefinden zu verstehen und zu interpretieren, erfordert jedoch zusätzliche Forschung und Entwicklungsarbeit.

Der Anteil der ab 50-Jährigen in der Region, die das Gefühl haben, soziale Unterstützung zu erhalten, reicht von 43% bis 95%.

Beträchtliche Anteile der Bevölkerung in ländlichen Gebieten in der Region haben weiterhin keinen Zugang zu so genannten „verbesserten“ sanitären Einrichtungen und kein Leitungswasser in ihrem Haushalt. In neun Ländern hatten 2012 weniger als 50% der Bevölkerung in ländlichen Gebieten Zugang zu Leitungswasser.

Die Werte bei der Lebenszufriedenheit variieren: Es sind weitere Anstrengungen erforderlich, um die Unterschiede zu verstehen

In den Ländern der Europäischen Region reicht die durchschnittliche Selbsteinschätzung der Lebenszufriedenheit von 7,8 bis 4,2. Von 50 Ländern, für die Daten verfügbar sind, weisen 23 einen Durchschnittswert über 5,9 auf, während der Wert in den restlichen 27 Ländern bei 5,9 oder darunter liegt (siehe Abb. 2.14). Die Lebenszufriedenheit wurde auf der Cantril Self-Anchoring Striving Scale, einer Skala von 0 bis 10, eingeschätzt, wobei 10 dem potenziell besten und 0 dem potenziell schlechtesten Leben für Auskunftspersonen entspricht.

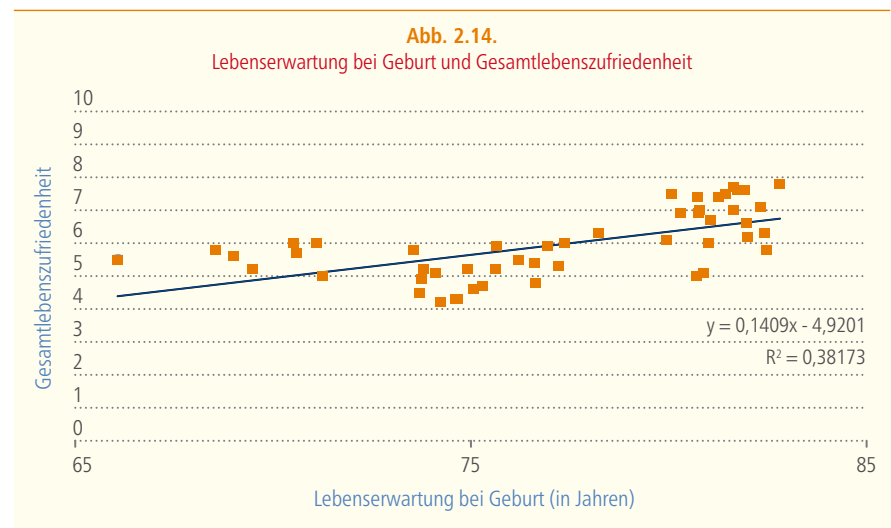
Die Lebenszufriedenheit ist als ein Maß für subjektives Wohlbefinden akzeptiert, das zum Ausdruck bringt, was Menschen selbst fühlen und angeben. Andere Elemente, die gemeinhin mit subjektivem Wohlbefinden beschrieben werden, sind emotionales Wohlbefinden (wie positiver und negativer Affekt) und Funktionstüchtigkeit (wie Zweck- und Sinnhaftigkeit). Der Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“ umfasst derzeit keine Indikatoren in Bezug auf diese Aspekte. Die Expertengruppen der WHO für die Entwicklung von Indikatoren und für die Messung von Wohlbefinden für „Gesundheit 2020“ empfahlen jedoch die Prüfung zusätzlicher Indikatoren, um sie zu erfassen (62). Solche Maße für subjektives Wohlbefinden zu verstehen und zu interpretieren, ist herausfordernd: Auf die damit verbundenen Chancen und

Fallstricke wird in Kapitel 3 im Detail eingegangen. Eine Beziehung zwischen der Lebenszufriedenheit und Gesundheitsindikatoren wie der Mortalität und der Lebenserwartung wurde jedoch wiederholt beschrieben (63, 64) (siehe Abb. 2.14).

Die Lebenszufriedenheitsdaten in diesem Bericht wurden durch den Gallup World Poll gesammelt und von UNDP als Teil seines *Berichts über die menschliche Entwicklung 2014* (65, 66) veröffentlicht. Die Daten sind nicht altersstandardisiert; wegen Unterschieden in der Altersstruktur der Bevölkerungen von Ländern beschränkt dies die Vergleichbarkeit.

Der höchste Anteil älterer Menschen mit sozialer Unterstützung ist mehr als doppelt so hoch wie der niedrigste

Der Anteil der über 50-Jährigen in Ländern der Europäischen Region, die angeben, Verwandte oder Freunde zu haben, auf die sie



Hinweise: Jeder Punkt entspricht einem Land in der Europäischen Region. Im Gallup World Poll wird die Frage zur Cantril-Skala wie folgt gestellt (65): „Bitte stellen Sie sich eine Leiter mit Sprossen vor, die von null ganz unten bis zehn ganz oben nummeriert sind. Angenommen, wir sagen, dass das obere Ende der Leiter das bestmögliche Leben und das untere Ende der Leiter das denkbar schlechteste Leben für Sie repräsentiert. Auf welcher Stufe der Leiter sehen Sie sich zurzeit nach Ihrer persönlichen Einschätzung? Dabei soll gelten: Je höher die Stufe, desto besser fühlen Sie sich in Ihrem Leben, und je niedriger die Stufe, desto schlechter fühlen Sie sich in Ihrem Leben. Welche Stufe passt am besten zu dem, wie Sie sich fühlen? Ein einfaches lineares Regressionsmodell wurde auf die Daten angewendet: Die Gleichung in dem Schaubild beschreibt die resultierende Regressionslinie. Je höher die Anpassungsgüte des linearen Regressionsmodell ist, desto näher liegt R^2 an 1. Daten zur Lebenszufriedenheit aus dem letzten verfügbaren Jahr, 2007 - 2012; Daten zur Lebenserwartung aus dem letzten verfügbaren Jahr, 2004 - 2012 (mit einer Ausnahme aus dem Jahr 1998).

Quellen: Lebenszufriedenheit: Gallup World Poll (über das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP)) (65, 66); Lebenserwartung: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

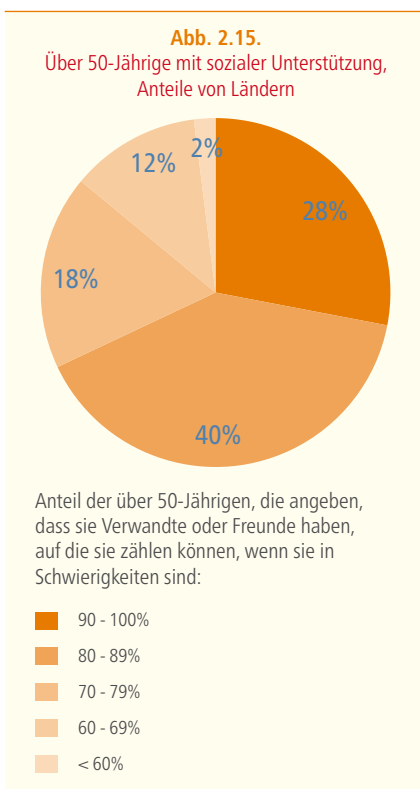
zählen können, wenn sie in Schwierigkeiten sind, reicht von 43% bis 95%. Dieser Anteil beträgt für 68% der Länder 80% oder mehr und für 14% der Länder weniger als 70% (Abb. 2.15).

Soziale Verbundenheit ist ein Maß für objektives Wohlbefinden. Ihre Bedeutung für Gesundheit und Wohlbefinden ist gut nachgewiesen: Sie ist deshalb ein gängiges Element in Rahmenkonzepten für Wohlbefinden (62). Die Ergebnisse von Arbeiten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zeigen einen Einfluss von Bildung und wirtschaftlichem Status auf die Unterstützung durch soziale Netze: Personen mit abgeschlossener Sekundarstufe II oder Hochschulabschluss können häufiger als Personen mit lediglich Grundschulbildung darauf zählen, dass ihnen jemand in einem Notfall hilft. Ähnliche Unterschiede bestehen zwischen höheren und niedrigeren Einkommensquintilen (68). Die Daten zur sozialen Verbundenheit in diesem Bericht wurden durch den Gallup World Poll gesammelt und von HelpAge International als Teil des Global AgeWatch Index 2014 der Organisation (65, 67) veröffentlicht.

Viele Haushalte in ländlichen Gebieten verfügen weiterhin nicht über Leitungswasser und so genannte „verbesserte“ sanitäre Einrichtungen

In der Europäischen Region bestehen große Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Gebieten beim Zugang zu Leitungswasser und so genannten „verbesserten“ sanitären Einrichtungen. 2012 lag der Anteil der Bevölkerung in ländlichen Gebieten ohne Leitungswasser im Haushalt in 14 Ländern unter 75% und in neun Ländern unter 50%. In städtischen Gebieten betrug der Anteil in sieben Ländern weniger als 90% und in zwei Ländern weniger als 80% (Abb. 2.16 und 2.17). Der regionale Gesamtanteil der Bevölkerung mit Leitungswasser im Haushalt blieb gegenüber 2010 – dem Bezugsjahr für „Gesundheit 2020“ – so gut wie unverändert. In ländlichen Gebieten belief sich der Wert 2010, 2011 und 2012 auf 71%; in städtischen Gebieten 2010 auf 96% und 2011 sowie 2012 auf 97% (69).

Der Anteil der ländlichen Bevölkerung mit so genannten „verbesserten“ sanitären Einrichtungen (Spülklosetts mit oder ohne Anschluss an die Wasserleitung und Anschluss an eine Abwasserleitung, Klärgruben oder Grubenlatrinen, Grubenlatrinen mit Entlüftung, Grubenlatrinen mit Abdeckung und

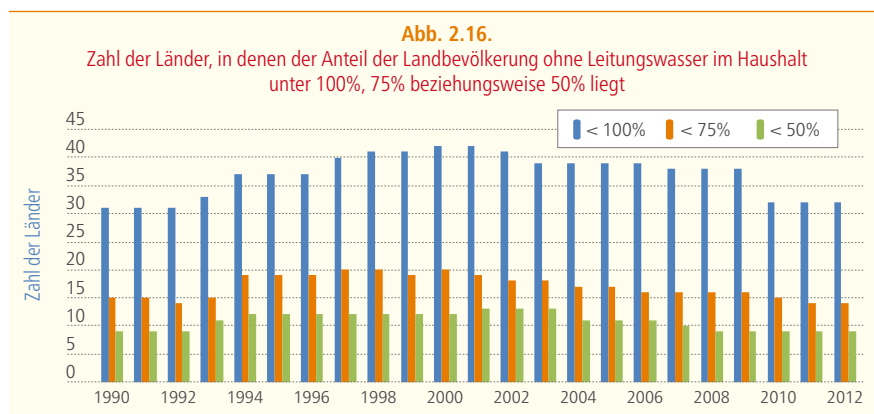


Hinweis: Daten von 2013 bzw. aus dem letzten verfügbaren Jahr.

Quelle: Gallup World Poll (über HelpAge International) (65, 67).

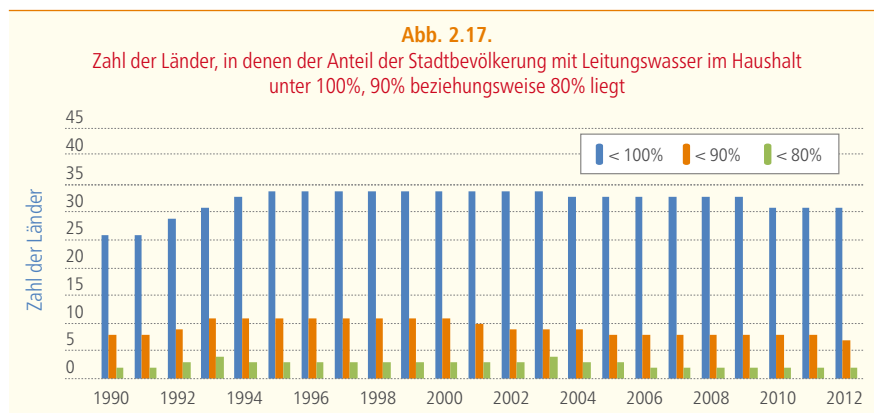
Komposttoiletten) betrug in sechs Ländern weniger als 85% und in einem Land weniger als 70%. In städtischen Gebieten lag er in drei Ländern unter 90% und in einem unter 80% (Abb. 2.18 und 2.19). In ähnlicher Weise wie beim Leitungswasser hat sich der Gesamtanteil der Bevölkerung in der Region mit so genannten „verbesserten“ sanitären Einrichtungen gegenüber 2010 – dem Bezugsjahr für „Gesundheit 2020“ – kaum verändert. In städtischen Gebieten belief sich der Wert 2010, 2011 und 2012 auf 94%; in ländlichen Gebieten 2010 auf 88% und 2011 sowie 2012 auf 89% (69).

Insgesamt verfügen mehr als 90% der Bevölkerung der Europäischen Region über so genannte „verbesserte“ Trinkwasserquellen und sanitäre Einrichtungen gemäß den Definitionen des



Hinweis: Die Gesamtzahl der Länder, für die Daten verfügbar sind, kann zwischen Jahren variieren.

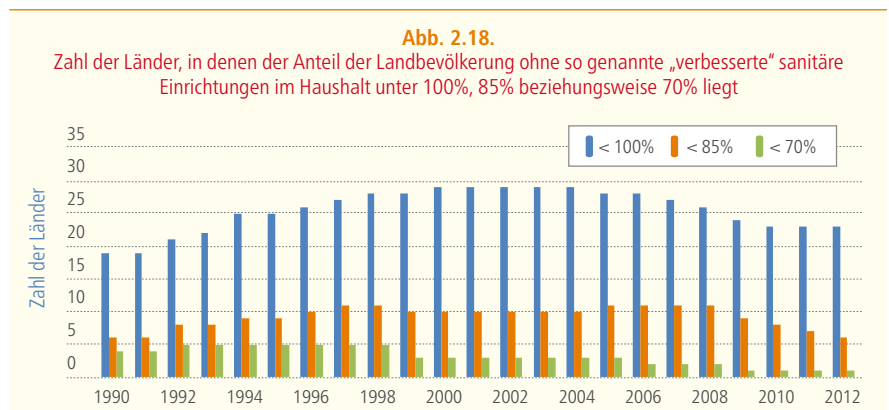
Quelle: Gemeinsames Beobachtungsprogramm für Wasserversorgung und Abwasserentsorgung von WHO und UNICEF (69).



Hinweis: Die Gesamtzahl der Länder, für die Daten verfügbar sind, kann zwischen Jahren variieren.

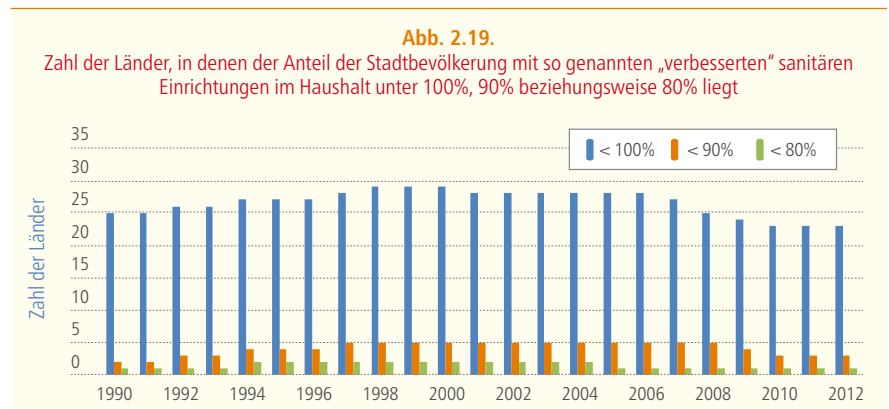
Quelle: Gemeinsames Beobachtungsprogramm für Wasserversorgung und Abwasserentsorgung von WHO und UNICEF (69).

Gemeinsamen Beobachtungsprogramms für Wasserversorgung und Abwasserentsorgung von WHO und UNICEF. 67 Mio. Menschen haben jedoch keinen Zugang zu grundlegender Hygiene in der Form funktionierender Toiletten und sicherer Entsorgung menschlicher Fäkalien. Außerdem haben etwa 100 Mio. Menschen kein Leitungswasser im Haushalt und mehr als 6 Mio. sind immer noch auf die Nutzung von Oberflächengewässern als primäre Quelle für die Wasserversorgung angewiesen, was mit großen gesundheitlichen Risiken verbunden ist. Wie aus den Abbildungen 2.16 bis 2.19 hervorgeht, sind die Bewohner ländlicher Gebiete am stärksten benachteiligt. Dies gilt auch für die am wenigsten Wohlhabenden. Die Daten zeigen, dass die Fortschritte ins Stocken geraten sind; in manchen Ländern sind die Anteile der Bevölkerung



Hinweis: Die Gesamtzahl der Länder, für die Daten verfügbar sind, kann zwischen Jahren variieren.

Quelle: Gemeinsames Beobachtungsprogramm für Wasserversorgung und Abwasserentsorgung von WHO und UNICEF (69).



Hinweis: Die Gesamtzahl der Länder, für die Daten verfügbar sind, kann zwischen Jahren variieren.

Quelle: Gemeinsames Beobachtungsprogramm für Wasserversorgung und Abwasserentsorgung von WHO und UNICEF (69).

mit Leitungswasser im Haushalt sogar zurückgegangen und die Region ist nicht auf Kurs, was die Verwirklichung des Millenniums-Entwicklungsziels 7c zu grundlegender Abwasserentsorgung betrifft (34).

Von Krankheiten im Zusammenhang mit unzureichender Wasserversorgung, Abwasserentsorgung und Hygiene geht eine beträchtliche gesundheitliche Belastung aus, insbesondere von Diarrhöe. In Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen in der Region verursachen unzureichende Wasserversorgung, Abwasserentsorgung und Hygiene 10 durchfallbedingte Todesfälle pro Tag. Kinder unter 5 Jahren sind besonders anfällig für Diarrhöe, einer führenden Ursache von Unterernährung und Tod. Unzureichende Wasserversorgung, Abwasserentsorgung und Hygiene sind auch Auslöser anderer Krankheiten wie Legionellose und durch den Boden übertragener Helminthosen. Außerdem können Chemikalien wie Arsen, Fluorid, Blei und Nitrate im Trinkwasser nichtübertragbare Krankheiten verursachen (34). Sichere und nachhaltige Wasserversorgung und Abwasserentsorgung sind unentbehrlich für gute Gesundheit und eine sichere und saubere Umwelt ist wichtig für Wohlbefinden. In Bezug auf diese Elemente der Grundversorgung muss in der Region offenkundig noch viel mehr getan werden, um eine gesunde Umwelt für alle sicherzustellen.

Andere mit diesem Dachziel verbundene Kernindikatoren

Die Kernindikatoren des Gini-Koeffizienten (Einkommensverteilung), der Arbeitslosenquote und des Anteils der Kinder im offiziellen Grundschulalter, die nicht die Schule besuchen, sind ebenfalls mit diesem Dachziel verbunden. Aufgrund unzureichender Datenverfügbarkeit wird der Gini-Koeffizient in diesem Bericht nicht beschrieben (mehr Details enthält Anhang 1). Die beiden anderen Indikatoren werden im Abschnitt zu Dachziel 3 beschrieben.

Erfahrungen mit der Beobachtung von Wohlbefinden auf der Landesebene

Island ist ein Land mit beträchtlicher Erfahrung bei der Messung von Wohlbefinden. Beispielsweise wurde ein spezielles Modul

zu Wohlbefinden, das den WHO-Five Well-being Index und die Lebenszufriedenheitsskala (70, 71) umfasste, entwickelt und in die regelmäßige Gesundheitserhebung des Landes integriert (siehe Kasten 2.7).

Dachziel 5: Allgemeine Gesundheitsversorgung und das Recht auf Gesundheit

Zusammenfassung der Fortschritte

Die Quantifizierung für dieses Dachziel von „Gesundheit 2020“ drückt sich in Fortschritten bei der Verwirklichung der allgemeinen Gesundheitsversorgung aus.² Zu den Kernindikatoren zählen:

Kasten 2.7.

Verknüpfung von Maßen für Gesundheit und Wohlbefinden mit Politikergebnissen in Island

Hintergrund

Nach dem Zusammenbruch des Bankensystems im Jahr 2008 war Island eines der OECD-Länder, das mit negativem Wachstum des Bruttoinlandsprodukts (BIP) in eine Rezession geriet. Zwischen 2007 und 2009 stieg Arbeitslosenquote von 2% auf 7% (11), der BIP-Index fiel beträchtlich, und die Landeswährung verlor mehr als die Hälfte ihres Werts. Der Kollaps resultierte in einer Überprüfung nationaler Werte und es bestand ein größeres Interesse an der Annahme von nicht nur wirtschaftlichen, sondern auch sozialen Indikatoren und Indikatoren für Wohlbefinden für politische Maßnahmen.

Ergriffene politische Maßnahmen

Um die negativen Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf Gesundheit und Wohlbefinden zu beschränken, wurde eine Reihe von Maßnahmen ergriffen. 2009 wurde unter der Bezeichnung „Island 2020“ eine proaktive Politik mit

dem Ziel formuliert, das Wohlbefinden bis zum Jahr 2020 zu steigern. Eine weitere Maßnahme war die Einrichtung einer Wohlfahrtsbeobachtungsstelle, die die sozialen und finanziellen Auswirkungen der Krise für Familien und Alleinstehende in Island systematisch überwacht und Lösungen vorschlägt. Soziale Indikatoren einschließlich solcher zu Faktoren für Gesundheit und Wohlbefinden wurden entwickelt. 2014 wurde ein neuer Ministerausschuss für öffentliche Gesundheit unter dem Vorsitz des Ministerpräsidenten gebildet, der sich aus den Ministern für Gesundheit, Bildung und Kultur, soziale Angelegenheiten und Wohnungswesen zusammensetzt. Andere Minister können bei Bedarf dazukommen.

Resultate

Mit der Ausarbeitung der Politik für öffentliche Gesundheit und des Aktionsplans werden wichtige Schwerpunkt auf die Einbeziehung von Gesundheit und

Wohlbefinden in alle Politikbereiche und auf die Entwicklung einer Analyse ihrer Wirkung auf Gesundheit und Wohlbefinden gelegt. Eine der Hauptaktivitäten ist die Bereitstellung von Unterstützung für Kommunalverwaltungen im ganzen Land bei deren Bemühungen, gesundheitsfördernde Kommunen zu werden: Sie werden ermuntert, Gesundheit und Wohlbefinden regelmäßig zu beobachten und diese Maßnahmen mit ihren Politikkonzepten zu verknüpfen. Neuere Evaluierungen der Folgen der Wirtschaftskrise haben gezeigt, dass die Messungen des Wohlbefindens von Erwachsenen nach einem geringfügigen Rückgang unmittelbar nach dem Zusammenbruch wieder einen Anstieg signalisieren. Für Jugendliche wurde für die Zeit zwischen 2000 und 2010 ein Anstieg des Wohlbefindens ermittelt, weil Jugendliche nach dem Zusammenbruch mehr Zeit mit ihren Eltern verbrachten und es als leichter empfanden, von diesen emotionale Unterstützung zu erhalten (72 - 75).

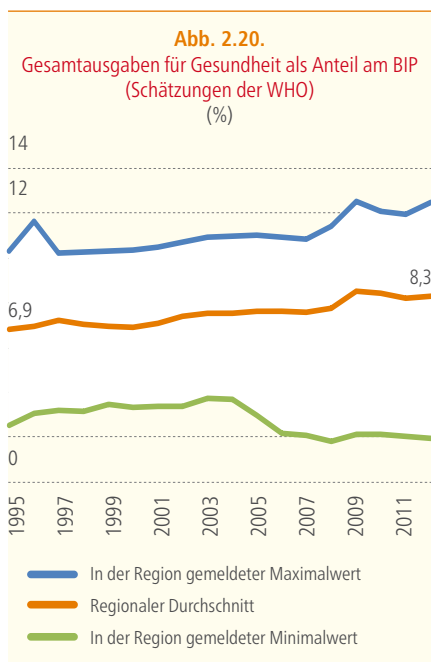
² Gemäß der Definition der WHO (76) bedeutet allgemeine Gesundheitsversorgung chancengleicher Zugang zu wirksamen und benötigten Angeboten ohne finanzielle Belastung.

- Gesamtausgaben für Gesundheit als prozentualer Anteil am BIP;
- Eigenleistungen der Privathaushalte als Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit;
- Anteil der gegen Masern, Polio und Röteln geimpften Kinder (beschrieben im Abschnitt zu Dachziel 1);

Während die durchschnittlichen Gesamtausgaben für Gesundheit als prozentualer Anteil am BIP auf der regionalen Ebene gegenüber 2010 – dem Bezugsjahr für „Gesundheit 2020“ – unverändert geblieben sind, sind die öffentlichen Ausgaben in vielen Ländern gesunken. Gesundheitssysteme brauchen öffentliche Mittel in ausreichendem Umfang, um finanziellen Schutz zu fördern, und stabile Einnahmenflüsse, um die Leistungsqualität und die Zugänglichkeit aufrechtzuerhalten.

Der Wert für die durchschnittlichen Eigenleistungen von Patienten als Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit (24%) hat sich auf der regionalen Ebene seit 2010 ebenfalls nicht verändert. 2012 lag er in nur 12 der 53 Länder in der Region unterhalb der kritischen Schwelle für die Verhütung katastrophal hoher Gesundheitsausgaben von 15%.

Die Verwirklichung der allgemeinen Gesundheitsversorgung erfordert noch beträchtliche Anstrengungen



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

Der Wert für die Gesamtausgaben für Gesundheit als prozentualer Anteil am BIP – einer der von den Mitgliedstaaten angenommenen Kernindikatoren von „Gesundheit 2020“ – reichte 2012 von 2,0% bis 12,4% und unterschied sich beträchtlich zwischen den Ländern in der Europäischen Region. Der regionale Durchschnitt ist dagegen im Vergleich zum Bezugsjahr 2010 mit etwa 8,3% mehr oder weniger stabil gewesen (Abb. 2.20).

Bei der Bewertung der Fortschritte bei der Verwirklichung der allgemeinen Gesundheitsversorgung spielen die öffentlichen Gesundheitsausgaben eine wichtige Rolle: Gesundheitssysteme brauchen öffentliche Mittel in ausreichendem Umfang, um finanziellen Schutz zu fördern, und stabile Einnahmenflüsse, um die Leistungsqualität und die Zugänglichkeit aufrechtzuerhalten. Die meisten Länder verzeichneten eine gewisse Fluktuation der öffentlichen Ausgaben in den Jahren nach der Finanz- und Wirtschaftskrise und insbesondere 2009, 2010 sowie 2012. Die

öffentlichen Gesundheitsausgaben sanken in vielen Ländern zwischen 2010 und 2013 sowohl ausgedrückt als Anteil am BIP als auch pro Person; in manchen Ländern war dies eine Fortsetzung eines seit langem bestehenden Trends. In der Gesamtbetrachtung fielen die meisten Rückgänge klein aus. Einige Länder verzeichneten jedoch große oder dauerhafte Rückgänge, sodass ihr Wert für die öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Person 2012 und 2013 niedriger war als 2007 (77).

Aus den allgemeinen Steuereinnahmen und/oder über für Gesundheit zweckgebundene Steuern öffentliche Mittel in ausreichendem Umfang für das Gesundheitssystem sicherzustellen, ist wesentlich für Fortschritte bei der Verwirklichung der allgemeinen Gesundheitsversorgung. Viele Länder, die traditionell für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung in erheblichem Maß die Lohnsteuer genutzt haben, erkennen nun, dass eine gemischte Grundlage aus öffentlichen Einnahmen besser dazu geeignet ist, einen hohen Versorgungsgrad zu erreichen, ohne den Arbeitsmarkt über Gebühr zu belasten (77, 78).

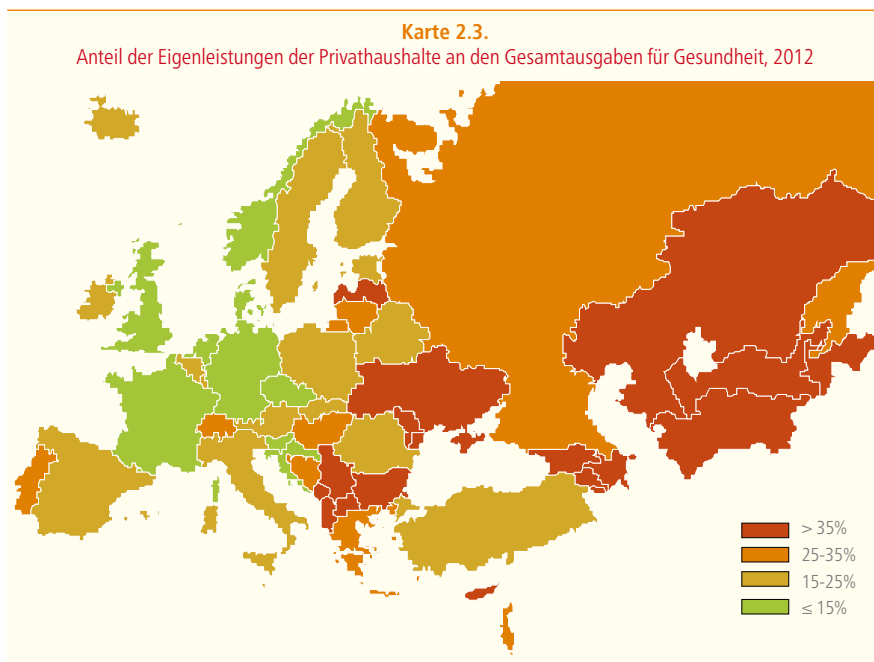
Niedrige öffentliche Gesundheitsausgaben resultieren gewöhnlich in hohen finanziellen Eigenleistungen von Patienten. Der Anteil der Eigenleistungen an den Gesamtausgaben für Gesundheit ist deshalb ein wichtiger indirekter Indikator des finanziellen Schutzes. Internationale Analysen lassen darauf schließen, dass nur noch sehr wenige Haushalte von katastrophalen oder ruinösen Gesundheitsausgaben betroffen werden, wenn der Anteil der Eigenleistungen unter 15% der Gesamtausgaben für Gesundheit sinkt (79). 2010 und 2011 wiesen nur 13 der 53 Länder in der Region einen Eigenleistungenanteil von unter 15% auf. 2012 lagen nur 12 Länder unter dieser Schwelle (Karte 2.3) und eines hatte einen Wert von knapp über 15%. Zwischen 2010 und 2012 wuchs der Eigenleistungenanteil in 22 Ländern, wenngleich die Größenordnung des Wachstums gewöhnlich klein war (11). Im Durchschnitt sind die Eigenleistungen von Patienten als Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit in der Region seit 2010 stabil geblieben, bei etwa 24% (siehe Abb. 2.21).

Diese Zahlen zeigen, dass in den meisten Ländern die Politik aktiv werden muss, um die finanziellen Eigenleistungen von Patienten zu verringern. Die Verringerung der Eigenleistungen von Patienten erfordert einen umfassenden Ansatz, der alle Dimensionen der

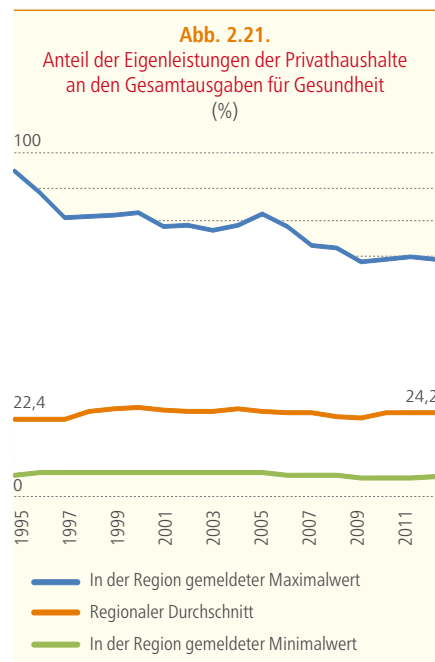
Gesundheitsfinanzierungspolitik – Einnahmenerhebung, Bündelung, Beschaffung, Leistungsgestaltung und Deckungsentscheidungen – zugunsten von besserem finanziellem Schutz, Chancengleichheit und Effizienz in Einklang bringt (siehe **Kasten 2.8** für ein Beispiel für politische Maßnahmen aus Georgien). Arzneimittel sind gewöhnlich der größte Kostentreiber in Bezug auf finanzielle Eigenleistungen von Patienten und ein Hauptgrund für katastrophal hohe und ruinöse Gesundheitsausgaben. Unzureichende Konzepte in der Arzneimittelpolitik und unsachgemäßer Arzneimittelgebrauch sind in vielen Gesundheitssystemen führende Ursachen für Ineffizienz. Eine solidere Arzneimittelpolitik kann folglich den rechtzeitigen und chancengleichen Zugang zu Arzneimitteln sichern und den finanziellen Schutz verbessern und gleichzeitig die effizientere Ressourcennutzung fördern (79).

Ein weiterer mit diesem Dachziel verbundener Kernindikator

Der Kernindikator des Anteils der Kinder, die gegen Masern, Polio und Röteln geimpft sind, ist ebenfalls mit diesem Dachziel



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

verbunden; er wird im Abschnitt zur zweiten Quantifizierung für Dachziel 1 beschrieben.

Trotz eines allgemeinen Rückgangs der Müttersterblichkeit bestehen noch große Unterschiede

Ein zusätzlicher Indikator für diese Quantifizierung des Dachziels von „Gesundheit 2020“ ist die Zahl der Müttersterbefälle pro 100 000 Lebendgeburten. Der kontinuierliche Rückgang der Müttersterblichkeit in der Region war beeindruckend: Zwischen 1990 und 2013 sank die Zahl der Müttersterbefälle pro 100 000 Lebendgeburten um 59%. Mehrere Länder in der Region haben beachtlichen Erfolg mit ihren Fortschritten bei der Verwirklichung des diesbezüglichen Millennium-Entwicklungsziels erreicht: Im selben Zeitraum konnte Belarus seine Müttersterblichkeitsrate um 96% verringern, Israel um

Kasten 2.8.

Substanzielle Fortschritte bei der Verwirklichung der allgemeinen Gesundheitsversorgung in Georgien

Ergriffene Maßnahmen und bislang erzielte Errungenschaften

2013 weitete Georgien die öffentlich finanzierte Abdeckung der Primärversorgung, der Notfallversorgung und mancher stationärer Wahlleistungen auf zuvor versicherte Personen aus. Vor der Reform hatte nur die Hälfte der Bevölkerung Zugang zu öffentlich finanzierten Leistungen. Zur Finanzierung dieser beträchtlichen Ausweitung verdoppelte die Regierung in absoluten Zahlen von 2013 gegenüber 2012 die Höhe der öffentlichen Gesundheitsausgaben und erhöhte damit den Gesundheitsanteil am Haushalt von 5,2% im Jahr 2012 auf 6,7% im Jahr 2013 (80). Die Regierung übernahm auch wieder das Beschaffungswesen von privaten Versicherungsgesellschaften: Ihr Programm für die allgemeine Gesundheitsversorgung wird derzeit von der Behörde für soziale Leistungen des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales verwaltet. Das Programm deckt 89% der Bevölkerung ab; die restlichen 11% haben Deckung über freiwillige private Krankenversicherung. Eine jüngere Umfrage ergab hohe Zufriedenheitswerte

bei Nutznießern des Programms und Anbietern von Gesundheitsleistungen. Vorläufige Analysen lassen auch auf eine willkommene stärkere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und gesunkene finanzielle Eigenleistungen von Patienten schließen.

Künftige Herausforderungen

Die Regierung steht jetzt vor der Herausforderung, dieses höhere Niveau öffentlicher Gesundheitsausgaben aufrechtzuerhalten und sicherzustellen, dass öffentliche Ressourcen so effizient wie möglich genutzt werden, um Versorgungsdefizite zu beseitigen und den finanziellen Schutz zu stärken. Hierfür wird sie wahrscheinlich an mehreren Punkten ansetzen, wozu zählen werden:

- effizientere Methoden zur Bezahlung der Anbieter und bessere Überwachung ihrer Leistung, um den Umfang und die Qualität der Primärversorgung zu verbessern und Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.
- Maßnahmen zur Verbesserung des chancengleichen Zugangs zu kostenwirksamen Arzneimitteln zu niedrigeren

Kosten – insbesondere zu jenen unentbehrlichen Arzneimitteln bei chronischen Krankheiten, die noch nicht im Leistungsumfang der allgemeinen Gesundheitsversorgung enthalten sind;

- eine Strategie, um sicherzustellen, dass Nutzergebühren Personen nicht davon abhalten, die Programmleistungen in Anspruch zu nehmen, und um die Ansprüche innerhalb der Bevölkerung zu harmonisieren.

Eine wichtige Rolle für Gesundheitsinformationen

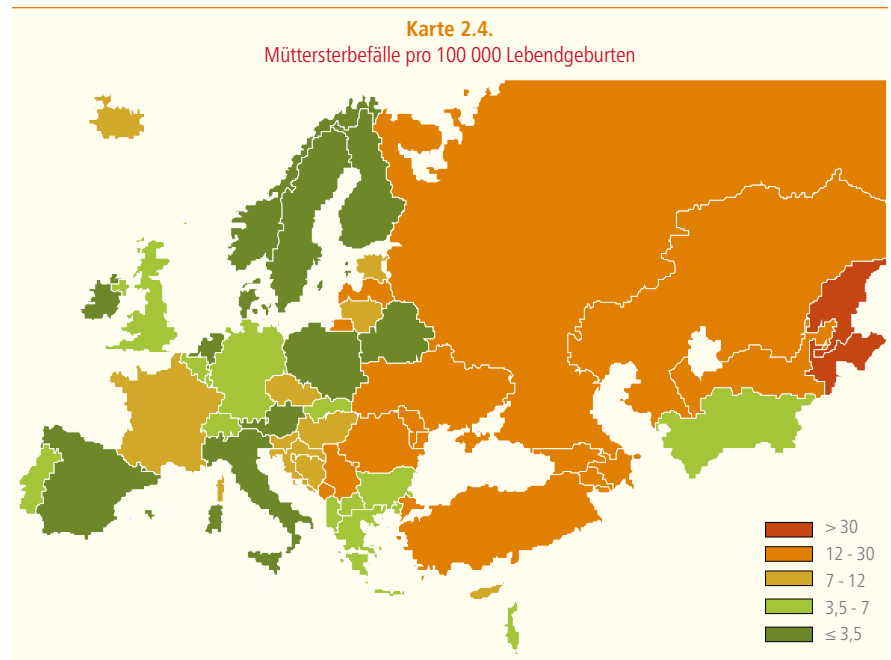
In den letzten fünf Jahren hat Georgien durch nationale Gesundheitskonten, die Überwachung des finanziellen Schutzes, zwei Erhebungen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und zu Gesundheitsausgaben sowie eine Leistungsbewertung des Gesundheitssystems die Gesundheitsinformationen gestärkt. Weiterhin Daten zu generieren und die routinemäßigen Gesundheitsinformationssysteme zu verbessern, wird eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Konzepten zur Sicherung der Nachhaltigkeit der bemerkenswerten jüngeren Errungenschaften Georgiens spielen.

84%, Polen um 81%, Rumänien um 80%, Estland um 78% und Lettland um 77% (81). Die Unterschiede zwischen den Ländern in der Region sind jedoch noch beträchtlich (Karte 2.4). Dies bedeutet, dass gehandelt werden muss, um die Leistung des Gesundheitssystems in Bezug auf die Gesundheit von Müttern zu verbessern und insbesondere bestehende Ungleichgewichte abzubauen.

Dachziel 6: Mitgliedstaaten legen nationale Zielvorgaben oder Ziele fest

Zusammenfassung der Fortschritte

Die Quantifizierung für dieses Dachziel von „Gesundheit 2020“ ist die Schaffung von Verfahren für die Festlegung nationaler Ziele (sofern nicht bereits vorhanden). Die mit dieser Dachzielquantifizierung verknüpften Kernindikatoren sind:



Hinweis: Die Karte zeigt den Durchschnittswert pro Land auf der Grundlage der letzten drei Jahre, für die Daten verfügbar waren. Siehe Tabelle A.4 in Anhang 1 für Informationen zu den Daten, die dieser Karte zugrunde liegen.

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (11).

- die Schaffung eines Verfahrens zur Aufstellung von Zielvorgaben wurde dokumentiert;
- Dokumentationsnachweis: a) Etablierung einer nationalen Politik im Einklang mit „Gesundheit 2020“; b) Umsetzungsplan; c) Mechanismus zur Rechenschaftslegung.

2010 hatten fast 40 Länder in der Region Zielvorgaben zur Überwachung der Fortschritte bei der Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden definiert; bis 2013 war dieser Anteil auf 56% gestiegen.

Der Anteil der Länder in der Region mit einer Politik im Einklang mit „Gesundheit 2020“ stieg von 58% im Jahr 2010 auf 75% im Jahr 2013. 2010 hatten 26% der Länder einen Plan zur Umsetzung dieser Politik angenommen; bis 2013 war dieser Anteil auf 50% gestiegen. Schlussendlich meldeten 2010 45% der Länder, über einen Mechanismus zur Rechenschaftslegung zu verfügen, und der Anteil stieg 2013 auf 72%. Diese Ergebnisse zeigen, dass die Umsetzung von „Gesundheit 2020“ in der Europäischen Region rasch an Dynamik gewonnen hat.

Ziele und Zielvorgaben für Gesundheit und Wohlbefinden wurden in mehr als 50% der Länder festgelegt

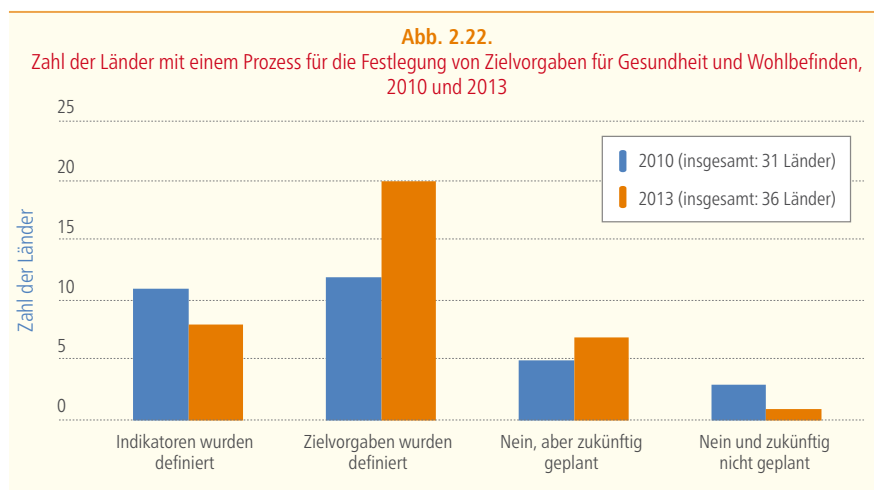
Die Länder legen zunehmend nationale Ziele, Zielvorgaben und konkrete Indikatoren fest, um ihren Fortschritt bei der Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden zu überwachen. 2010 hatten nahezu 40% der Länder Zielvorgaben definiert und zusätzliche 35% hatten Indikatoren ohne konkrete Zielvorgaben definiert; 2013 stieg der Anteil mit definierten Zielvorgaben auf 56%. Die Zahl der Länder, die planen, Zielvorgaben und Indikatoren zu etablieren, stieg zwischen 2010 und 2013 ebenfalls (Abb. 2.22) (61). Dieser zunehmende Trend bestätigt, dass die Region bei der Umsetzung der Vision von „Gesundheit 2020“ voranschreitet (siehe Kasten 2.9 für ein anregendes Beispiel der Festlegung nationaler Zielvorgaben in Österreich).

Umsetzung einer Gesundheitspolitik im Einklang mit „Gesundheit 2020“

Immer mehr Länder vollenden die drei wesentlichen Schritte im Prozess der Ausarbeitung einer nationaler Gesundheitspolitik im Einklang mit der Gesamtvision von „Gesundheit 2020“:

Politikentwicklung und -umsetzung sowie Etablierung von Mechanismen zur Rechenschaftslegung. Die Politikentwicklung kommt in der Region rasch voran: 2010 meldeten 58% der Länder, über eine Politik im Einklang mit „Gesundheit 2020“ zu verfügen, und bei 67% von diesen handelte es sich um eine umfassende gesundheitspezifische Politik. 2013, ein Jahr nach der Annahme von „Gesundheit 2020“, stieg der Anteil der Länder mit einer übereinstimmenden Politik auf 75%; davon waren 85% umfassend und gesundheitspezifisch (Abb. 2.23). Eine Politik gilt als im Einklang mit „Gesundheit 2020“, wenn sie eine umfassende nationale Gesundheitspolitik oder eine andere Strategie zur Verbesserung der allgemeinen Gesundheitsversorgung, zur Verringerung der wichtigsten Ursachen der Krankheitslast, zur Berücksichtigung wichtiger Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden und zur Stärkung von Gesundheitssystemen einschließt.

In dem Maß, in dem immer mehr Länder eine nationale Politik zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden entwickeln, steigt die Zahl der Pläne zur Umsetzung dieser Politik in der gesamten Region. 2010 verfügten 45% der Länder über einen Umsetzungsplan oder waren dabei, einen solchen zu entwickeln, und knapp über die Hälfte derjenigen waren angenommen worden. Bis 2013 hatten 50% der Länder Umsetzungspläne angenommen und weitere 22% hatten den Prozess dafür begonnen (Abb. 2.24).



Quelle: Qualitative indicators for monitoring Health 2020 policy targets (61).

2014 meldeten 45% der Länder, über einen Mechanismus zur Rechenschaftslegung für die Politik zu verfügen; in 19% der meldenden Länder war der Mechanismus angenommen worden und in 26% in Arbeit. 2013 stieg der Anteil der Länder mit einem Mechanismus auf 72% (Abb. 2.25). Rechenschaftsmechanismen umfassen die Festlegung von Zielvorgaben, die Unterbreitung von Fortschrittsberichten an das Parlament oder die Durchführung einer unabhängigen Evaluierung der Umsetzung der Politik (61). Diese Schritte bei der Politikgestaltung sind eine ermutigende Entwicklung auf dem Weg zur Verwirklichung der Vision von „Gesundheit 2020“ für mehr Gesundheit und Wohlbefinden in der Region. Die Daten für diese Indikatoren in Bezug auf eine nationale Politik wurden mit einer Befragung auf der Landesebene erhoben (siehe Kasten 2.6).

Kasten. 2.9.

Umsetzung nationaler Zielvorgaben in Bezug auf Gesundheit in Österreich

Hintergrund

Das Bundesministerium für Gesundheit war federführend bei einem umfangreichen Prozess zur Entwicklung von 10 Rahmen-Gesundheitszielen für Österreich. Ein Ausschuss mit Vertretern von fast 40 Behörden auf der Bundesebene, der regionalen Ebene und der lokalen Ebene; von Sozialversicherung und den Sozialpartnern; und Vertretern von Patienten, Kindern und Jugendlichen, älteren Menschen und sozioökonomisch benachteiligten Personen wurde gebildet, um die Rahmen-Gesundheitsziele zu entwickeln. Die 10 Rahmen-Gesundheitsziele decken ein breites Spektrum von Bereichen ab (gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen, gesundheitliche Chancengerechtigkeit, Gesundheitskompetenz, gesundes Aufwachsen für Kinder, gesunde Bewegung, Ernährung, psychosoziale Gesundheit, gesunde Umwelt und Gesundheitsversorgung). Sie wurden von der Bundesgesundheitskommission und dem österreichischen Ministerrat im Sommer 2012 offiziell beschlossen. Dies

leitete die zweite Phase des Prozesses ein, die dazu dient, konkretere Zielvorgaben und Umsetzungsmaßnahmen zu definieren.

Bislang erzielte Errungenschaften und Ausblick auf die Zukunft

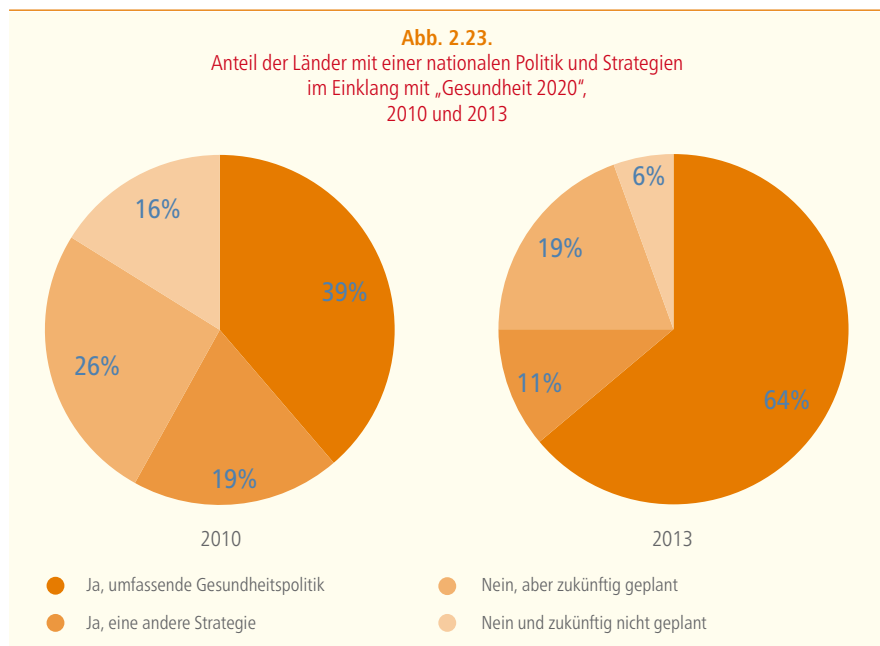
Für jedes Rahmen-Gesundheitsziel wird eine sektorübergreifende Arbeitsgruppe gebildet. Fünf Arbeitsgruppen sind etabliert; vier haben bereits einen Schlussbericht (entwurf) mit konkreten Zielvorgaben und verpflichtenden Umsetzungsplänen einschließlich der folgenden vorgelegt:

- gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen;
- für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen;
- die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken;

- gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten und unterstützen.

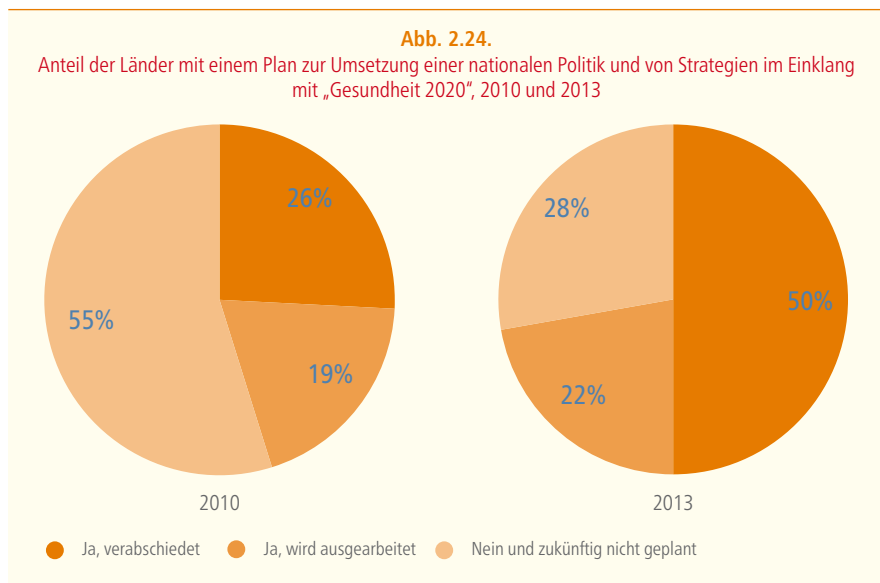
Die Arbeitsgruppe zum Rahmen-Gesundheitsziel zur Förderung gesunder und sicherer Mobilität und Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten setzt ihre Tätigkeit fort. Der Entwicklungsausschuss tritt regelmäßig zusammen, um Schlüsselemente für Fortschritte, wichtige Zwischenziele und Resultate zu erörtern.

Die Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele wird auf unterschiedlichen Ebenen überwacht. Da sie ein breites Spektrum an Gesundheitsdeterminanten betreffen, ist die Überwachung entsprechend konzipiert und schließt Prozess- und Ergebnisindikatoren ein. Die Fortschritte bei der Umsetzung werden überwacht, um ein hohes Maß an Transparenz sicherzustellen, die Zusammenarbeit zu erleichtern und notwendige Anpassungen bei der weiteren Umsetzung zu ermöglichen.



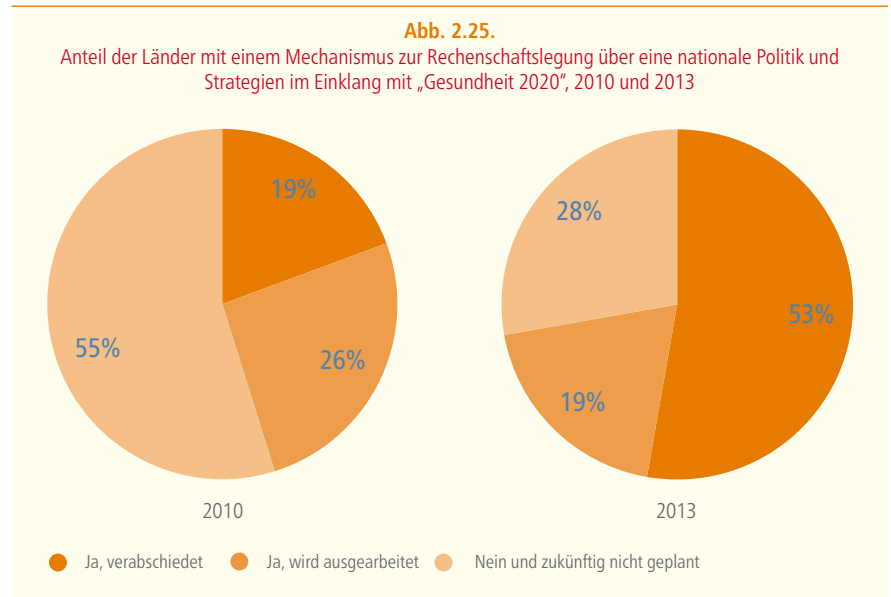
Hinweis: Zahl der auskunftgebenden Länder: 31 im Jahr 2010 und 36 im Jahr 2013.

Quelle: Qualitative indicators for monitoring Health 2020 policy targets (61).



Hinweis: Zahl der auskunftgebenden Länder: 31 im Jahr 2010 und 36 im Jahr 2013.

Quelle: Qualitative indicators for monitoring Health 2020 policy targets (61).



Hinweis: Zahl der auskunftgebenden Länder: 31 im Jahr 2010 und 36 im Jahr 2013.

Quelle: Qualitative indicators for monitoring Health 2020 policy targets (61).