

---

# Der Europäische Gesundheitsbericht 2012


---

Ein Wegweiser zu  
mehr Wohlbefinden



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa



---

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

Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs in allen Teilen der Welt angesiedelten Regionalbüros, die alle ihr eigenes, auf die besonderen gesundheitlichen Probleme ihrer Mitgliedsländer abgestimmtes Programm haben. In der Europäischen Region leben knapp 900 Millionen Menschen in einem Gebiet, das sich zwischen Nordpolarmeer und Mittelmeer und zwischen Atlantischem und Pazifischem Ozean erstreckt. Das europäische Programm der WHO unterstützt alle Länder der Region bei der Entwicklung und Erhaltung ihrer eigenen Gesundheitspolitik, -systeme und -programme; es hilft ihnen, gesundheitliche Gefährdungen zu verhüten und zu überwinden, sich auf künftige gesundheitliche Herausforderungen einzustellen, für Maßnahmen einzutreten, die der Gesundheit der Bevölkerung dienen, und diese umzusetzen.

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



---

Der Europäische  
Gesundheitsbericht

2012

---

Ein Wegweiser  
zu mehr Wohlbefinden

## CIP-Kurztitelaufnahme der WHO-Bibliothek

Der Europäische Gesundheitsbericht 2012: Ein Wegweiser zu mehr Wohlbefinden.

1. DELIVERY OF HEALTH CARE – EPIDEMIOLOGY AND STATISTICS. 2. HEALTH POLICY. 3. HEALTH STATUS INDICATORS.  
4. PUBLIC HEALTH – TRENDS. 5. MORTALITY – STATISTICS. 6. REGIONAL HEALTH PLANNING.

I. World Health Organization.

ISBN 978 92 890 3427 2

(NLM-Klassifikation: WA 900)

ISBN 978 92 890 3427 2

Anfragen zu Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros für Europa richten Sie bitte an:

Publications

WHO-Regionalbüro für Europa

UN City, Marmorvej 51

DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Oder füllen Sie auf der Website des Regionalbüros für Europa ein Online-Formular für Dokumentation/Information bzw. die Genehmigung zum Zitieren/  
Übersetzen aus (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=German>).

© Weltgesundheitsorganisation 2014

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

Die in dieser Publikation benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs-/Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- oder Gebietsgrenzen. Gestrichelte Linien auf Karten bezeichnen einen ungefähren Grenzverlauf, über den möglicherweise noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse bedeutet nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation unterstützt, empfohlen oder

gegenüber ähnlichen, nicht erwähnten bevorzugt werden. Soweit nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die Namen von Markenartikeln als solche kenntlich gemacht.

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle angemessenen Vorkehrungen getroffen, um die in dieser Publikation enthaltenen Informationen zu überprüfen. Dennoch wird die Veröffentlichung ohne irgendeine explizite oder implizite Gewähr herausgegeben. Die Verantwortung für die Deutung und den Gebrauch des Materials liegt bei der Leserschaft. Die Weltgesundheitsorganisation schließt jegliche Haftung für Schäden aus, die sich aus dem Gebrauch des Materials ergeben. Die von den Autoren, Redakteuren oder Expertengruppen geäußerten Ansichten sind nicht unbedingt Ausdruck der Beschlüsse oder der erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.

---

Der Europäische  
Gesundheitsbericht  
**2012**

---

Ein Wegweiser  
zu mehr Wohlbefinden

## Inhalt

Danksagung .....	vi
Abkürzungen .....	vii
<i>Vorwort</i> .....	x
Zusammenfassung .....	xii

# 01

<b>Der gegenwärtige Stand – Die gesundheitliche Situation in der Europäischen Region und die Argumente für Gesundheit 2020 .....</b>	<b>1</b>
Demografische Trends .....	2
Lebenserwartung .....	6
Mortalität .....	11
Todesursachen .....	15
Krankheitslast – Mortalität, Morbidität und Behinderung .....	40
Risikofaktoren .....	44
Soziale Determinanten und gesundheitliche Ungleichheiten .....	49

# 02

<b>Wonach wir streben: Ziele für mehr Gesundheit und Wohlbefinden in der Europäischen Region .....</b>	<b>65</b>
Bisherige Erfahrungen mit der Festlegung und Beobachtung von Zielen bzw. Zielvorgaben .....	67
Ziele von Gesundheit 2020 – Weiterführung und Aktualisierung von „Gesundheit für alle“ und GESUNDHEIT21 in einem zeitgemäßen Kontext .....	70
Überwachung der Ziele/Zielvorgaben und Indikatoren für Gesundheit 2020 .....	89

# 03

<b>Unser Weg und unsere Werte: Argumente für die Messung von Wohlbefinden</b> .....	<b>95</b>
Was verstehen wir unter Wohlbefinden? .....	97
Warum ist Wohlbefinden für die menschliche Gesundheit so wichtig? .....	98
Warum interessieren sich Regierungen und Gesellschaften in der gesamten Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden? .....	101
Wie können wir Wohlbefinden messen? .....	103
Worauf können wir aufbauen? .....	106
Worin bestehen die Schwierigkeiten bei der Messung von Gesundheit und Wohlbefinden? .....	118
Ein Wegweiser zu Fortschritten bei der Messung von Gesundheit und Wohlbefinden .....	119
Wo stehen wir heute? .....	121
Wie können diese Informationen genutzt werden, um Gesundheit und Wohlbefinden zu verbessern? .....	123

# 04

<b>Countdown bis 2020: Fortschritte abstecken</b> .....	<b>129</b>
---	------------

<b>Literatur</b> .....	<b>135</b>
------------------------	------------

<b>Anhang 1: Fachliche Hinweise für das demografische und epidemiologische Profil</b> .....	<b>149</b>
---	------------

Datenquellen und Methoden .....	150
Quellenangaben .....	151



---

## Danksagung

*Der Europäische Gesundheitsbericht 2012* wurde unter der Gesamtaufsicht von Claudia Stein (Direktorin, Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation, WHO-Regionalbüro für Europa) und Ritu Sadana (Leitende Expertein, Abteilung Altern und Lebensverlauf, WHO-Hauptbüro) mit Beratung durch den beim WHO-Regionalbüro für Europa eigens für diesen Bericht gebildeten Redaktionsausschuss ausgearbeitet. Die Hauptautoren waren Enrique Loyola (Statistiker, Informations- und Aufklärungssysteme im Rahmen von „Gesundheit für alle“, Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation, WHO-Regionalbüro für Europa), Ritu Sadana (Chefredakteurin) und Claudia Stein.

Zu der Publikation trugen ferner bei: Emma Byström, Michelle Cullinane, Emily Karlsson, Natela Nadareishvili, Kate O'Neill, Govin Permanand und Ivo Rakovac (WHO-Regionalbüro für Europa), Dora Gudmundsdottir (Gesundheitsdirektion, Reykjavik, Island), Nick Fahy (unabhängiger Berater und Wissenschaftler, Brighton und London, Vereinigtes Königreich), Matilde Leonardi (IRCCS Foundation), Carlo Besta (Neurologisches Institut, Mailand, Italien), Jovanka Karadzinska-Bislimovska (Institut für Arbeitsmedizin, Skopje, Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien) und Pamela Rendi-Wagner (Gesundheitsministerium, Wien, Österreich).

Für die in Kapitel 2 erläuterte Entwicklung von Zielbereichen wurden Beiträge der für Ziele und Indikatoren zuständigen Arbeitsgruppe des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees herangezogen, die unter dem Vorsitz von Lars-Erik Holm vom Staatlichen Amt für Gesundheit und Gemeinwohl in Stockholm stand. Die Expertengruppe für die Auswahl von Indikatoren für Fortschritte bei der Verwirklichung der Ziele von „Gesundheit 2020“, die unter dem Vorsitz von Hugh Markowe aus dem Vereinigten Königreich steht, arbeitete die Empfehlungen für einen Kontrollrahmen aus, die ebenfalls in Kapitel 2 erläutert werden.

Für das in Kapitel 3 beschriebene Konzept zur Bewältigung der Herausforderungen bei der Messung von Wohlbefinden im Kontext von Gesundheit wurden die wertvollen Beiträge der Expertengruppe für Messung und Zielfestlegung genutzt, in der Peter Achterberg vom Nationalen Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (RIVM) in Bilthoven (Niederlande) den Vorsitz führt. Auch der Europäische Beratungsausschuss der WHO für Gesundheitsforschung trug mit konstruktiven Stellungnahmen und Anregungen zu der Diskussion bei.

## Abkürzungen

BIP	Bruttoinlandsprodukt
COPD	Chronische obstruktive Lungenerkrankungen
CSDH	Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit
DALY	Um Behinderungen bereinigte Lebensjahre
EU	Europäische Union
EU <sub>12</sub>	Die 12 Länder, die der Europäischen Union seit Mai 2004 beigetreten sind
EU <sub>15</sub>	Die 15 Länder, die schon vor 1. Mai 2004 Mitgliedstaaten der Europäischen Union waren
EUROSTAT	Statistisches Amt der Europäischen Union
GUS	Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (bis 2006)
HBSC	Studie zum Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter
IARC	Internationales Krebsforschungszentrum
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ISTAT	Nationales Institut für Statistik (Italien)
MZ	Millenniums-Entwicklungsziele
NUTS	Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik (Europäische Union)
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ONS	Nationale Statistikbehörde (Vereinigtes Königreich)
OOP	Zahlungen aus eigener Tasche
PM <sub>10</sub>	Partikelemissionen mit einem aerodynamischen Durchmesser von weniger als 10 Mikrometern
PSS	Skala des Stresserlebens
RIVM	Nationales Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (Niederlande)
SAGE	Erhebung (der WHO) über Altern und die Gesundheit von Erwachsenen
SCRC	Ständiger Ausschuss des Regionalkomitees
SMART	Konkret, messbar, erreichbar, relevant und aktuell
SWLS	Skala der Lebenszufriedenheit
Tb	Tuberkulose
UNICEF	Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen
WEMWBS	Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale
WHOQoL	WHO-Projekt Lebensqualität

---

## Abkürzungen der in manchen Abbildungen und Tabellen verwendeten Länderbezeichnungen

ALB	Albanien
AND	Andorra
ARM	Armenien
AUS	Australien
AUT	Österreich
AZE	Aserbaidschan
BEL	Belgien
BIH	Bosnien und Herzegowina
BLR	Belarus
BUL	Bulgarien
CAN	Kanada
CHL	Chile
CRO	Kroatien
CYP	Zypern
CZH	Tschechische Republik
DEN	Dänemark
DEU	Deutschland
ENG	England
EST	Estland
FIN	Finnland
FRA	Frankreich
GEO	Georgien
GRE	Griechenland
HUN	Ungarn
ICE	Island
IRE	Irland
ISR	Israel
ITA	Italien
JPN	Japan
KAZ	Kasachstan
KGZ	Kirgisistan
KOR	Republik Korea
LTU	Litauen
LUX	Luxemburg
LVA	Lettland
MAT	Malta
MDA	Republik Moldau
MEX	Mexiko
MKD	Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien

MNE	Montenegro
MON	Monaco
NET	Niederlande
NOR	Norwegen
NZL	Neuseeland
POL	Polen
POR	Portugal
ROM	Rumänien
RUS	Russische Föderation
SCT	Schottland
SMR	San Marino
SPA	Spanien
SRB	Serbien
SVK	Slowakei
SVN	Slowenien
SWE	Schweden
SWI	Schweiz
TJK	Tadschikistan
TKM	Turkmenistan
TUR	Türkei
UKR	Ukraine
UNK	Vereinigtes Königreich
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
UZB	Usbekistan
WLS	Wales



## Vorwort

*Im Rahmen seines Auftrages zur Überwachung und Berichterstattung in Bezug auf die Gesundheit der knapp 900 Mio. Menschen in der Europäischen Region der WHO veröffentlicht das WHO-Regionalbüro für Europa alle drei Jahre diesen Bericht als seine Flaggschiff-Publikation. Im Europäischen Gesundheitsbericht 2009 wurden die Rolle der Gesundheitssysteme bei der Förderung von Gesundheit und Lösungsansätze zur Stärkung der Funktionen der Gesundheitssysteme auf der Grundlage kosteneffektiver Interventionen und einer Leistungsbewertung hervorgehoben, und es wurde konkret auf die 2008 angenommene Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand Bezug genommen. Im Europäischen Gesundheitsbericht 2012 liegt der inhaltliche Schwerpunkt auf der Förderung und Bereitstellung der Evidenzgrundlage für die strategischen Ziele und Prioritäten von „Gesundheit 2020“, dem neuen Rahmenkonzept der Europäischen Region für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden, das 2012 von den Mitgliedstaaten aus der Europäischen Region angenommen wurde.*

*Dieses neue Rahmenkonzept stellt den Beginn eines neuen vereinten Kampfes zur Rettung von Menschenleben nicht nur im heutigen Europa, sondern auch in künftigen Generationen von Bürgern dar. Es nimmt die wichtigsten gesundheitspolitischen Herausforderungen in den 53 Ländern der Region in Angriff, etwa die wachsenden gesundheitlichen Ungleichgewichte in und unter den Ländern, den Rückgang der Ausgaben für Leistungen der öffentlichen Hand aufgrund der Finanzkrise und die wachsende Krankheitslast aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten wie Adipositas, Krebs und Herzkrankheit. Die Umsetzung des Rahmenkonzeptes wird Entscheidungsträger in allen Politikbereichen, und nicht nur in Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen mobilisieren. Angesichts einer solchen Vielzahl von Einflussfaktoren für die Gesundheit sowie der Tatsache, dass umgekehrt Gesundheit so viele Bereiche des menschlichen Lebens beeinflusst, können Fortschritte im Bereich der öffentlichen Gesundheit nur durch gesamtgesellschaftliche und gesamtstaatliche Anstrengungen erzielt werden. Daher kann jeder – von Regierungschefs über die Zivilgesellschaft bis hin zu den einzelnen Bürgern – zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“ beitragen. Genau deshalb erfordert diese Arbeit – über das Gebot der Verringerung von Morbidität und Mortalität sowie der Verbesserung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen durch Errungenschaften wie die Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung hinaus – auch mehr Aufmerksamkeit und Verständnis für Gesundheit und Wohlbefinden.*

*Der Zeitpunkt der Veröffentlichung des Berichts ist also bestens geeignet, politischen Entscheidungsträgern wie auch Gesundheitsexperten die epidemiologische Evidenzgrundlage an die Hand zu geben, auf der „Gesundheit 2020“ basiert, und die Instrumente und Methoden zur Messung von Fortschritten zu erläutern. Der Bericht gibt auch einen Einblick in einen der entscheidenden Aspekte von „Gesundheit 2020“: die Bedeutung von Wohlbefinden als Gradmesser für Fortschritte im Gesundheitsbereich in der Europäischen Region. Wohlbefinden steht*

*im Mittelpunkt der von der WHO in ihrer Satzung verwendeten Definition von Gesundheit. Diese lautet: „ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen.“*

*In diesem Bericht wird nicht nur das gegenwärtige epidemiologische Profil der 53 Mitgliedstaaten, sondern auch der vereinbarte Ansatz für die Beobachtung von Fortschritten bei der Verwirklichung von „Gesundheit 2020“ präsentiert; dies geschieht speziell durch eine kleine Anzahl von vereinbarten übergeordneten Zielen und vorgeschlagenen Indikatoren für die Europäische Region, die es weiter zu verfeinern gilt. Ferner werden auch eine Reihe wichtiger Herausforderungen im Hinblick auf die Messung von Fortschritten bei der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ genannt, und es wird eine kooperative Agenda zu deren Bewältigung skizziert, bei der das WHO-Regionalbüro für Europa als Moderator und Organisator fungiert, der eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Institutionen in Europa und mit den Mitgliedstaaten betreibt.*

*Dieser Bericht ist für politische Entscheidungsträger in den Ländern der Europäischen Region sowie für alle Gesundheitsexperten bestimmt, die sich mit der Umsetzung des neuen Rahmenkonzeptes befassen. Doch er ist auch für wissenschaftliche Institutionen, nichtstaatliche Organisationen und andere Gruppen von Interesse, die zu „Gesundheit 2020“ beitragen, die Solidarität in der gesamten Europäischen Region stärken und Ungleichheiten innerhalb von wie auch zwischen Ländern der Region abbauen möchten.*

*In dem Bericht wird geschildert, wie die 53 Mitgliedstaaten sich auf die übergeordneten Ziele einigen konnten, die jeweils als Durchschnitte für die Europäische Region angegeben werden. Dies entspricht einer Tradition in der Europäischen Region, die mit dem Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ begann und zwei Jahrzehnte später durch GESUNDHEIT21 fortgesetzt wurde. In dem Bericht werden die Methoden und die Ausgangslage für die Festlegung der Ziele auf der Ebene der Europäischen Region ausführlich erläutert, zumal dort die Berichterstattung über die Fortschritte in Bezug auf die übergeordneten Ziele erfolgt. Dennoch werden die meisten Maßnahmen auf der Ebene der Länder stattfinden; deshalb können diese Details auch Einfluss auf Festlegung oder Anpassung eigener Gesundheitsziele durch die Länder nach Maßgabe ihrer jeweiligen Rahmenbedingungen und Ausgangspunkte haben.*

*Meine Mitarbeiter beim Regionalbüro und ich sind entschlossen, über die Fortschritte bei der Verwirklichung der Ziele der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden sowie über unsere Anstrengungen zur Überwindung der messtechnischen Schwierigkeiten regelmäßig Bericht zu erstatten. Wir werden jährlich Analysen durchführen und 2015 anhand einer Gruppe von Meilensteinen erstmals eine Bilanz der Fortschritte ziehen. Ich bin sicher, dass die Entschlossenheit aller 53 Mitgliedstaaten zur Umsetzung von „Gesundheit 2020“ in den kommenden Jahren als starker Katalysator für Erfolge in der Europäischen Region wirken wird.*

**Zsuzsanna Jakab**  
WHO-Regionaldirektorin für Europa

---

## Zusammenfassung

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Europäischen Region der WHO spürbar verbessert. Dies hat dazu geführt, dass die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern und Frauen inzwischen über 76 Jahren liegt. Verantwortlich hierfür sind vor allem ein Rückgang bestimmter Todesursachen sowie Fortschritte in Bezug auf die Prävalenz von Risikofaktoren wie auch die sozioökonomischen und sonstigen Lebensbedingungen. Doch diese Verbesserungen und die sie begünstigenden Umstände sind weder zwischen noch innerhalb von Ländern gleich verteilt; vielmehr bestehen weiter erhebliche Unterschiede, die sich in vielen Fällen sogar noch verschärfen. Gesundheitliche Ungleichheiten und ihre Determinanten treten in vielen Teilen der Europäischen Region auf und breiten sich teilweise weiter aus. Vermeidbare Ungleichheiten, die sich durch vorhandenes Wissen überwinden lassen, sind ungerecht und führen zu gesundheitlichen Benachteiligungen.

Aufgrund der rapiden Alterung der Bevölkerung in der Europäischen Region verändern sich die Krankheitsmuster – und mit ihnen die Anforderungen an die Gesundheits- und Sozialpolitik. Innerhalb der Europäischen Region vollziehen sich bedeutende demografische und epidemiologische Veränderungen in unterschiedlichem Tempo und mit unterschiedlicher Intensität. Erneuerte Anstrengungen zur Einführung kosteneffektiver, evidenzbasierter Interventionen und zur Ausrichtung von Konzepten im Sinne der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden finden sich in der Strategie „Gesundheit 2020“ (1). Damit wird an die Zielrichtung des *Europäischen Gesundheitsberichts 2009* (2) angeknüpft und darauf aufgebaut, die Konzepte zur Stärkung der Funktionen der Gesundheitssysteme auf der Grundlage kosteneffektiver Interventionen und einer Leistungsbewertung beinhaltet.

Die Zielsetzung des Europäischen Rahmenkonzeptes „Gesundheit 2020“ lautet, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung zu verbessern, Benachteiligungen im Gesundheitsbereich abzubauen und nachhaltige, bürgernahe Gesundheitssysteme zu gewährleisten (1). Im Zuge eines intensiven Konsultationsprozesses und der Arbeit mehrerer Expertengruppen haben sich für „Gesundheit 2020“ insgesamt sechs übergeordnete Ziele für die Europäische Region herauskristallisiert, die bis 2020 verwirklicht werden sollen. Dabei sollen die Fortschritte in jedem Bereich durch geeignete Indikatoren überprüft werden. Die Verwendung solcher Ziele knüpft an die Tradition früherer Handlungskonzepte der Europäischen Region wie „Gesundheit für alle“ und GESUNDHEIT21 (3,4) an. Bei der Gestaltung der

Gesundheitspolitik und der Festlegung von Zielen konnten aus einer fast 30-jährigen Erfahrung wertvolle Lehren gezogen werden. Der Prozess der Festlegung von Zielen und Indikatoren ist komplex. In diesem Bericht werden die bisher im Rahmen von „Gesundheit 2020“ verwendeten Verfahren klar erläutert und die nächsten Schritte skizziert.

Ein zentraler Aspekt von „Gesundheit 2020“ ist die Messung des Wohlbefindens der Bevölkerung speziell in Verbindung mit Gesundheit. In der Definition des Begriffs „Gesundheit“ als „ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen“ (5) wird die zentrale Rolle des Wohlbefindens anerkannt. Dennoch hat die WHO Wohlbefinden bisher weder gemessen noch dokumentiert. Um Wohlbefinden in „Gesundheit 2020“ einbeziehen und für die Europäische Region ein konkretes Ziel für Wohlbefinden sowie geeignete Indikatoren quantifizieren zu können, gilt es einen gemeinsamen konzeptionellen Ansatz für Wohlbefinden zu entwickeln, der aussagekräftige Messungen erlauben und Informationen liefern soll, die für die Politikgestaltung und die Programmbewertung herangezogen werden können.

Um im Detail zu beschreiben, welche Bereiche den Begriff Wohlbefinden im übergreifenden Sinne ausmachen, bedienen sich Wissenschaftler, Organisationen, Regierungen und andere Akteure eines breiten Spektrums von Ansätzen. Die WHO arbeitet zusammen mit ihren Partnern darauf hin, das Thema Wohlbefinden in Verbindung mit Gesundheit sowie mit einer Quantifizierung der Krankheitslast und einer Bewertung der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region in Angriff zu nehmen.

Weiterhin werden in dem Bericht die Herausforderungen geschildert, die bei der Messung von Fortschritten in der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ auftreten, und dann Handlungskonzepte skizziert, mit denen die WHO und ihre Partnerorganisationen diese überwinden können. Auch wenn es in der Europäischen Region Gesundheitsinformationen in Hülle und Fülle gibt, so liegen die für die Messung von Fortschritten dienlichen Daten nicht ohne Weiteres für alle Länder vor. Das WHO-Regionalbüro für Europa unterstützt die Länder bei ihren Bemühungen zur Verbesserung von Erfassung, Aufbereitung, Analyse und Meldung von Gesundheitsinformationen, und arbeitet zusammen mit der Europäischen Kommission und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) an der Schaffung eines einheitlichen, integrierten Gesundheitsinformationssystems für die Europäische Region mit allen 53 Mitgliedstaaten.





# 01

---

Der gegenwärtige Stand –  
Die gesundheitliche  
Situation in der  
Europäischen Region  
und die Argumente für  
Gesundheit 2020

Die Menschen in der Europäischen Region der WHO leben heute länger als je zuvor. Sie leben auch gesünder. Dennoch sind, wie in diesem Kapitel erläutert wird, die in den vergangenen Jahrzehnten erreichten Zugewinne innerhalb der Region nicht gleich verteilt und kommen nicht allen Teilen der Region oder allen Bevölkerungsgruppen zugute. In einigen Ländern haben sich Gesundheit und Lebenserwartung der Bevölkerung verschlechtert, sodass sich insgesamt die gesundheitliche Kluft innerhalb der Region verschärft hat. Dies ist in einer Region mit so großem Reichtum und solchen Traditionen im Bereich der öffentlichen Gesundheit unerträglich und macht die Umsetzung des neuen gesundheitspolitischen Rahmenkonzeptes „Gesundheit 2020“ (1) dringend erforderlich.

In der Europäischen Region finden bedeutende demografische und epidemiologische Veränderungen statt, die Einfluss auf den künftigen Bedarf an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Versorgung haben. Doch diese Veränderungen vollziehen sich je nach Land und Bevölkerungsgruppe in unterschiedlichem Tempo, was neue Herausforderungen und ein buntes Mosaik an gesundheitlichen Rahmenbedingungen entstehen lässt, die jeweils konkrete Lösungsansätze erfordern. Vor diesem Hintergrund werden einige der zentralen Herausforderungen für die Gesundheit der Bevölkerung in der Europäischen Region thematisiert, die mit „Gesundheit 2020“ ins Visier genommen werden (1). Die in diesem Kapitel bereitgestellten Informationen gehen überwiegend auf Daten zurück, die von den Ländern an das WHO-Regionalbüro für Europa gemeldet wurden (Kasten 1). Sie weisen auf Schlüsselbereiche hin, auf denen das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ basiert, heben auffällige Muster hervor und legen ein Ausgangsniveau für die Überprüfung von Fortschritten in Bezug auf vorher definierte Prioritäten und Handlungsbereiche fest.

---

## Demografische Trends

---

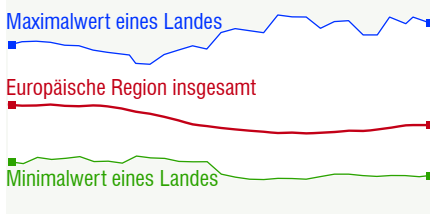
### Bevölkerungswachstum und Bevölkerungsalterung

2010 wuchs die Bevölkerung in den 53 Ländern der Europäischen Region auf insgesamt knapp 900 Mio. Menschen an. Dies war ein Anstieg um 5% seit 1990 (6). Prognosen zufolge ist in den kommenden Jahrzehnten ab 2010 keine signifikante Änderung der Bevölkerungszahl in der Region insgesamt zu erwarten, für einige Länder wird sogar mit einer Abnahme der Bevölkerung gerechnet (7). Zu diesem Trend tragen mehrere Einflussfaktoren bei, darunter die niedrigen Bruttogeburtenraten (Abb. 1) in Verbindung

## Kasten 1.

## Ansatz für die Erstellung von Grafiken und die Interpretation von Daten

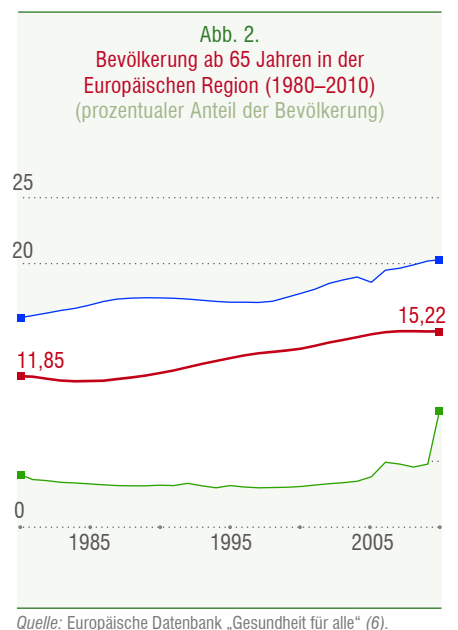
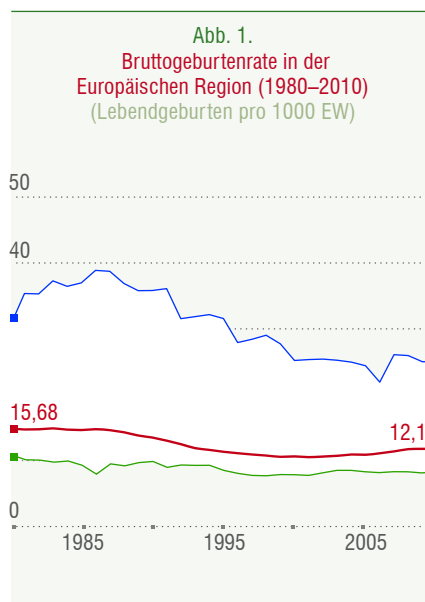
- Die in diesem Bericht präsentierten Daten sind größtenteils der Datenbank „Gesundheit für alle“ (6) entnommen, die von den Ländern oder von anderen internationalen Organisationen an das WHO-Regionalbüro für Europa gemeldet wurden.
- Auch wenn der Europäischen Region der WHO 53 Länder angehören, so kann doch die Zahl der Länder mit Daten für ein bestimmtes Jahr je nach Indikator unterschiedlich sein, was auf Unterschiede in der Meldepraxis oder der Verfügbarkeit von Daten zurückzuführen ist.
- Der für die Europäische Region ermittelte Durchschnittswert für jeden einzelnen Indikator stellt den bevölkerungsgewichteten Mittelwert aus den Länderdaten dar. Anders als in früheren Berichten bietet diese Ausgabe des Europäischen Gesundheitsberichts keine Durchschnittswerte für die subregionalen Ländergruppierungen. Die Entwicklung eines neuen, sinnvollen Ansatzes für die Darstellung subregionaler Daten, die die gegenwärtige Situation akkurat abbilden und für die Überprüfung von Fortschritten bei der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ von Nutzen sind, gehört zu den wesentlichen Herausforderungen in den Bereichen Messung und Analyse, die im letzten Teil des Berichts erörtert werden.
- Die weißen Flächen in den Grafiken zeigen Trends, meist zwischen den Jahren 1980 und 2010, und stellen die Minimal- und Maximalwerte der Länder für einen bestimmten Indikator in einem bestimmten Jahr dar (s. Abb. 1). Dies bedeutet, dass je nach Jahr verschiedene Länder den Minimal- oder Maximalwert aufweisen. Die Länder der Region sind von unterschiedlicher Größe, und bei geringerer Bevölkerungszahl kann es vorkommen, dass einige wenige Fälle darüber entscheiden, ob für ein Land ein Minimalwert oder Maximalwert ermittelt wird.
- Diese Punkte erklären zum Teil, warum im weißen Bereich der verschiedenen Kurven so extreme Ausschläge auftreten. Doch können diese Ausschläge auch extreme Situationen widerspiegeln: etwa die erhöhte Sterblichkeit (oder verringerte Lebenserwartung) nach einer erheblichen von Natur oder Mensch ausgelösten Katastrophe.



mit Fruchtbarkeitsraten unter 1,75 Kinder pro Frau und relativ stabile oder langsam steigende Bruttosterberaten sowie die Migrationszuströme. In den Ländern im mittleren und östlichen Teil der Europäischen Region war bereits von den frühen 1990er Jahren bis in die frühen 2000er Jahre ein Rückgang der Bevölkerungszahlen bzw. ein negativer jährlicher Bevölkerungszuwachs zu verzeichnen.

Die Bevölkerung in der Europäischen Region befindet sich in einem rapiden Alterungsprozess. 2010 waren nach Schätzungen 15% der Gesamtbevölkerung 65 Jahre oder älter (Abb. 2). Dies stellt eine Zunahme um fast 30% seit 1980 dar; somit ist diese Altersgruppe das am schnellsten wachsende Segment der Bevölkerung. Doch die Länder der Region weisen wesentliche Unterschiede hinsichtlich des Anteils der über 65-Jährigen auf, der je nach Land zwischen über 20% (mit steigender Tendenz) und unter 5% (mit möglicherweise weiter fallender Tendenz) liegt. In jedem Fall soll diese Altersgruppe nach Prognosen bis zum Jahr 2050 über 25% der Gesamtbevölkerung der Europäischen Region ausmachen.

Insgesamt gesehen wird die Bevölkerungsalterung auf die verbesserte Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in den frühen Lebensphasen, das spätere Auftreten chronischer nichtübertragbarer Krankheiten und die verringerte vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von Verbesserungen der Lebensbedingungen und der Gesundheitsversorgung zurückgeführt. Dennoch sollte die Fortsetzung der Anstrengungen zur Gewährleistung bzw. Stärkung der sozialen Inklusion, Sicherheit und Fürsorge – zusammen mit einem breit

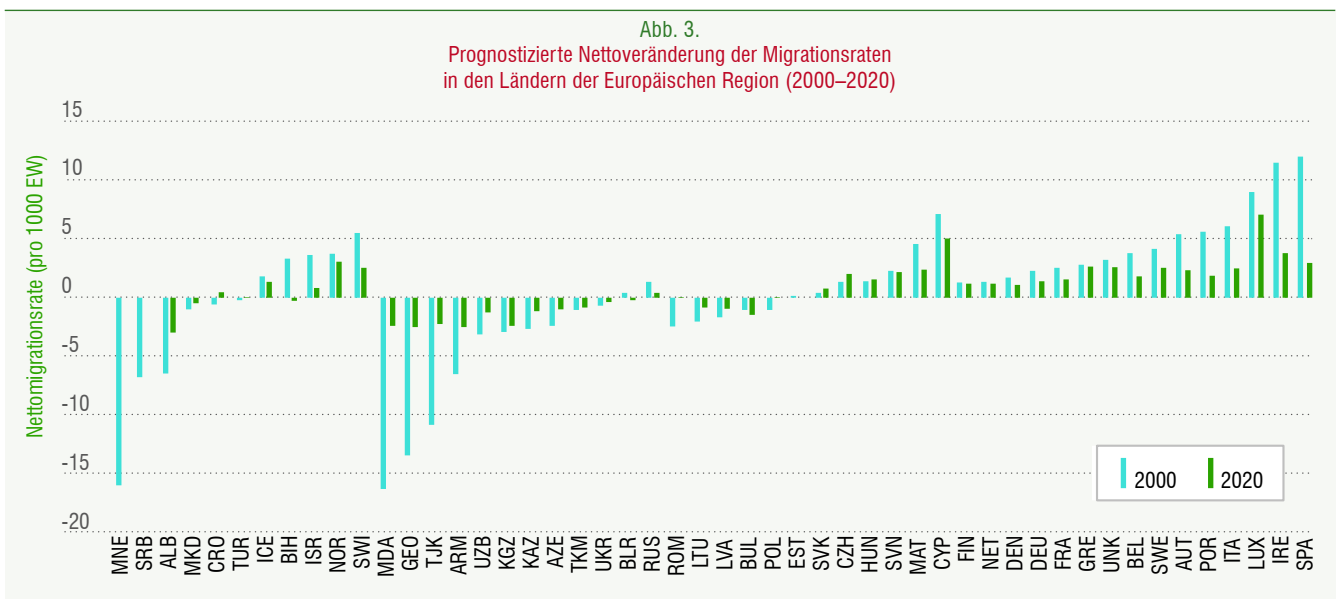


gefächerten Angebot von Gesundheits- und Sozialleistungen, das dem Bedarf einer nachgewiesenermaßen alternden Bevölkerung und den erwarteten Folgen gerecht wird – hohe Priorität genießen und mit ausreichenden Ressourcen ausgestattet sein, die an die Gegebenheiten in den einzelnen Ländern anzupassen sind (8).

## Bevölkerungsverteilung

Ein weiterer Einflussfaktor in Bezug auf die in Europa zu beobachtenden demografischen Verschiebungen ist die Migration. Die wichtigsten Gründe für Migration sind von Natur oder Mensch verursachte Katastrophen und Störungen der sozialen, ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen. Den gemeldeten Daten zufolge wird die Zahl der in der Europäischen Region lebenden Migranten auf 73 Mio. geschätzt, was knapp 8% der Gesamtbevölkerung entspricht; 52% der Migranten sind Frauen. Insgesamt ist die Bevölkerung der Region seit 2005 durch Zuwanderung um 5 Mio. gewachsen, was fast 70% des Bevölkerungswachstums zwischen 2005 und 2010 ausmacht.

Die vorhandenen Schätzungen und Vorhersagen der Nettomigration bis 2020 dokumentieren bzw. prognostizieren dramatische Veränderungen und Diskrepanzen in der gesamten Region. Abb. 3 zeigt mit dem Jahr 2000 als Bezugsjahr die prognostizierte Nettomigration bis 2020 in den Ländern der Europäischen Region.



Die langfristigen Auswirkungen der Migration auf ein anhaltendes Bevölkerungswachstum und die Zusammensetzung der Bevölkerung bleiben unsicher. Einige Aussagen sind gut belegt: Migranten sind in der Regel jünger, ärmer und anfälliger für Infektionskrankheiten als die übrige Bevölkerung und erhalten nicht so leicht Zugang zur Gesundheitsversorgung. Deshalb können ressortübergreifende staatliche Handlungskonzepte von koordinierten Strategien profitieren, die ein besonderes Gewicht auf aktuelle und künftige Bedürfnisse von Migranten legen. In der gesamten Europäischen Region sollte der Austausch von Erfahrungen und Erkenntnissen in Verbindung mit der Umsetzung und Auswertung von Strategien in Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssystemen weiter gefördert werden.

Die geografische Verteilung der Bevölkerung innerhalb der Europäischen Region ermöglicht zusätzliche gesundheitspolitisch relevante Einsichten. So lebten 2010 knapp 70% der Bevölkerung in städtischen Gebieten, bis 2045 dürfte der Anteil auf über 80% ansteigen (9). Der Anteil der Bevölkerung in städtischen Gebieten ist allerdings von Land zu Land unterschiedlich und reicht von unter 50% in acht Ländern bis über 85% in zehn Ländern. Stadt- und Landbevölkerung sind oft den vielfältigen sozialen Determinanten von Gesundheit in unterschiedlichem Maße ausgesetzt; dies betrifft auch ihren Zugang zu Gesundheits- und Sozialeinrichtungen (vgl. Abschnitt über die sozialen Determinanten von Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheiten). Aber auch in Ballungsgebieten herrschen uneinheitliche soziale und ökonomische Bedingungen, und die einzelnen Länder haben unterschiedliche Handlungskonzepte in Bezug auf soziale Inklusion oder zur Bewältigung von Prozessen, die manche Menschen verstärkt krankheitsanfällig machen.

#### Kasten 2. Demografische Trends – zentrale Aussagen

- Auch wenn die Bevölkerung der Europäischen Region mit ihren 53 Mitgliedstaaten auf knapp 900 Mio. angewachsen ist, so wird es doch wegen fallender Geburtenraten in allen Teilen der Region bald keine weitere Bevölkerungszunahme mehr geben.
- Die Bevölkerung altert rapide, und bis 2050 werden laut Prognosen über 25% der Gesamtbevölkerung der Mitgliedstaaten älter als 65 Jahre sein.
- Die Migration beeinflusst den in Europa zu beobachtenden demografischen Wandel.
- Der Anteil der Stadtbewohner an der Gesamtbevölkerung erreichte 2010 fast 70% und dürfte bis 2045 auf über 80% ansteigen. Deshalb sind die Menschen zunehmend unterschiedlichen Gesundheitsrisiken und -determinanten ausgesetzt.

### Epidemiologische Situation und Trends

Neben diesen demografischen Veränderungen erlebt die Bevölkerung in den Ländern der Europäischen Region auch bedeutende epidemiologische Veränderungen in Bezug auf Mortalität, die die sich verändernden Muster in allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern widerspiegeln, aber auch Veränderungen hinsichtlich der Ursachen von Krankheit und Behinderung. In den folgenden Abschnitten werden maßgebliche Trends dargestellt, eine Ausgangssituation für „Gesundheit 2020“ skizziert und Informationen bereitgestellt, die auf Schwerpunktbereiche für die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sowie die Stärkung von Gesundheitssystemen in allen Teilen der Region hinweisen.



## Lebenserwartung

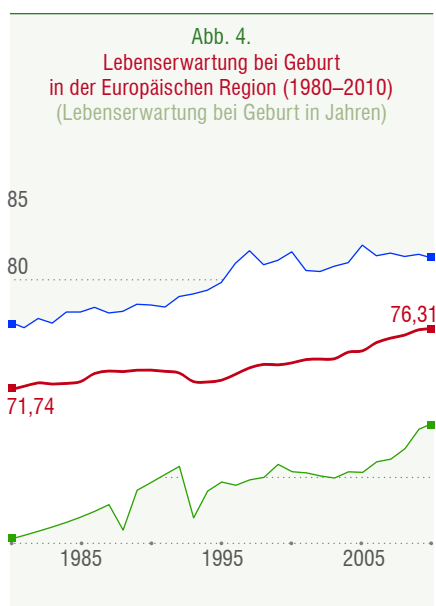
### Lebenserwartung bei Geburt

Auch wenn sie auf Mortalitätsraten basiert, so ist die globale Lebenserwartung doch ein verbreitet eingesetzter Indikator für Gesundheit. So ist es ein beträchtlicher Erfolg für die Europäische Region, dass die Lebenserwartung bei Geburt zwischen 1980 und 2010 um fünf Jahre auf nun 76 Jahre angestiegen ist. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Zuwachs von 0,17 Jahren in dem fraglichen Zeitraum, und mit Ausnahme zweier kurzer Einbrüche um die Jahre 1984 und 1993 verlief der Anstieg kontinuierlich.

Dennoch ist die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt von Land zu Land unterschiedlich und liegt zwischen 82,2 und 68,7 Jahren (Stand: 2010) – eine Kluft von 13,5 Jahren (Abb. 4). Im zeitlichen Verlauf lassen sich mit Blick auf bestehende Ungleichheiten drei Zeiträume unterscheiden. In den 1980er Jahren bewegten sich die höchsten und die niedrigsten Werte aufeinander zu, mit anderen Worten: die Ungleichheiten innerhalb der und zwischen den Ländern verringerten sich. Ab Mitte der 1990er Jahre nahmen die Ungleichheiten dann allmählich wieder zu, was zeitlich mit den einschneidenden sozialen, politischen und ökonomischen Veränderungen im östlichen Teil der Europäischen Region zusammenfiel. Seit 2006 ist dagegen wieder eine allmähliche Konvergenz der oberen und unteren Extreme zu beobachten.

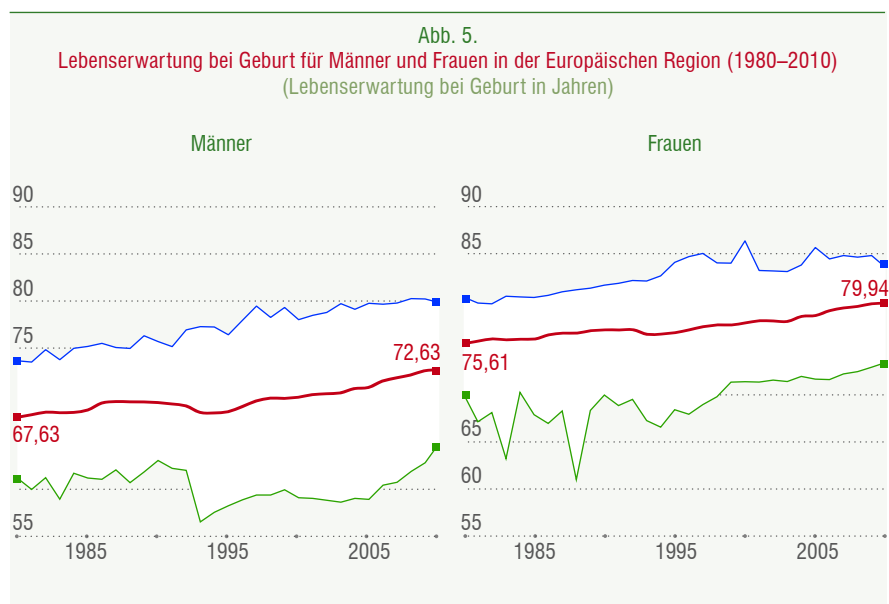
Die Lebenserwartung bei Geburt in den Ländern der Europäischen Region ist auch zwischen Männern und Frauen unterschiedlich, was auf eine grundlegende und anhaltende Ungleichheit innerhalb der Region hindeutet. 2010 hatten Frauen eine durchschnittliche Lebenserwartung von 80 Jahren, während sie für Männer bei 72,5 Jahren lag, also 7,5 Jahre niedriger. Abb. 5 veranschaulicht die Tatsache, dass Männer in Bezug auf Lebenserwartung im Durchschnitt eine Generation hinter den Frauen zurückliegen, denn sie hatten 2010 noch nicht die durchschnittliche Lebenserwartung erreicht, die Frauen 1980 hatten. Zudem waren die Ungleichheiten zwischen den Ländern hinsichtlich der Lebenserwartung bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen; dies gilt insbesondere für die Zeit nach 1993.

Erhebliche Ungleichheiten in Bezug auf die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt sind auch in sämtlichen 46 Ländern dokumentiert, die im Zeitraum 2006–2010 (Abb. 6) Daten meldeten, wobei 26 über und 20 unter dem Durchschnitt für die Europäische Region lagen. Besonders auffallend sind die Ungleichheiten, wenn die Lebenserwartung nach Geschlecht analysiert wird (Abb. 7). Im Durchschnitt ist die Diskrepanz zwischen Ländern bei Männern (17 Jahre) größer als für Frauen (12 Jahre).



Mit wenigen Ausnahmen sind Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Lebenserwartung tendenziell in Ländern mit insgesamt geringerer Lebenserwartung (z. B. unter 80 Jahre für Frauen) am größten. Die geringsten Unterschiede zwischen den Geschlechtern innerhalb von Ländern (4 Jahre oder weniger) wurden in Island, Israel, den Niederlanden, Schweden und dem Vereinigten Königreich gemeldet, während in Ländern wie Belarus, Estland, Kasachstan, Litauen, Montenegro, der Russischen Föderation und der Ukraine die Kluft zwischen Männern und Frauen 10 Jahre oder mehr beträgt. Dies deutet darauf hin, dass mit dem Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung in den Ländern sich auch mehr Ausgewogenheit einstellt und sich die Ungleichgewichte zwischen Männern und Frauen verringern, wodurch möglicherweise die Sichtweise in Frage gestellt wird, dass es für die höhere Lebenserwartung von Frauen eine vorgegebene, biologische Erklärung gibt. Für einen Abbau der Ungleichheiten in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen ist ein entschlossenes Ansetzen an den sozialen Determinanten von Gesundheit erforderlich, zu dem auch mehr Ausgewogenheit zwischen den Geschlechtern in Bezug auf Normen, Rollenverteilung und Verhaltensweisen gehört, die es Männern und Frauen in gleichem Maße ermöglicht, ein Höchstmaß an Gesundheit zu erreichen.

Eine weitere Dimension, die sich für Vergleiche zwischen Ländern anbietet, ist die Geschwindigkeit der Verbesserung. In Abb. 8 sind die Unterschiede in Bezug auf die Erhöhung der Lebenserwartung bei Geburt in den Ländern zwischen 1995 und 2009 dargestellt. Die als prozentuale Zugewinne dargestellten Fortschritte nach Land während dieser 14 Jahre lagen zwischen

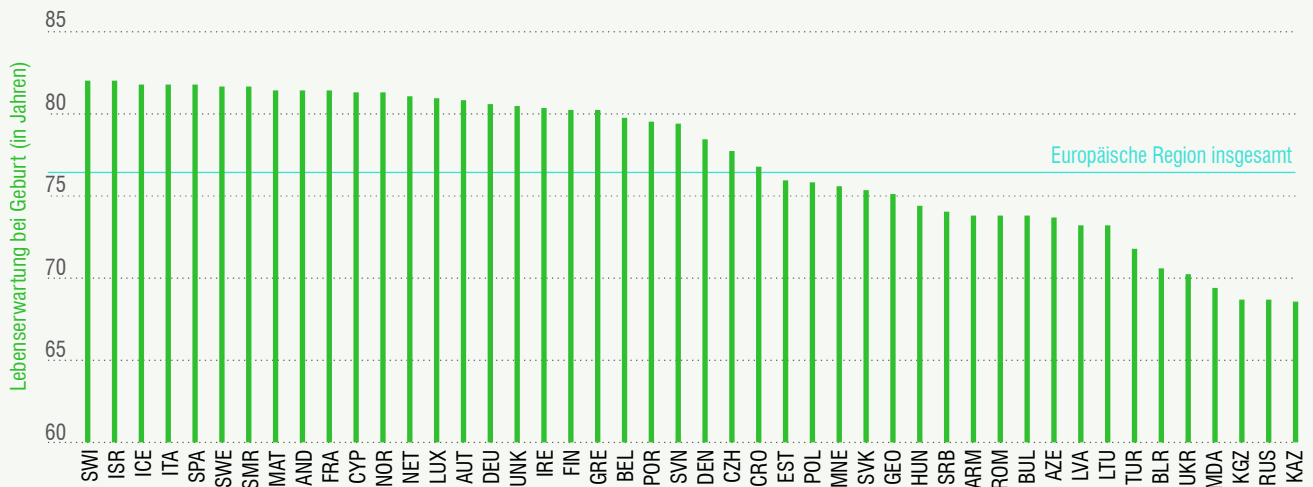


Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (6).



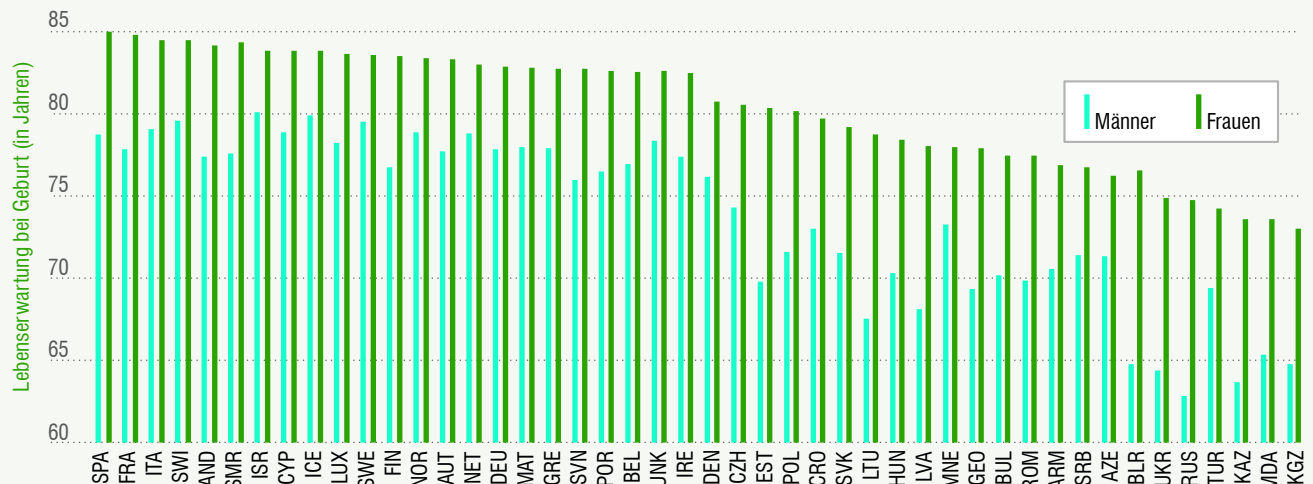
knapp 1% und über 10%. Die Verbesserung vollzog sich im östlichen und mittleren Teil der Europäischen Region relativ schneller als in der übrigen Region. Frauen in Frankreich, Italien und Spanien erzielten einen Zugewinn von über drei Jahren und haben heute eine Lebenserwartung bei Geburt von fast 85 Jahren; dies sind die höchsten Werte in der Europäischen Region. Damit leben sie im Durchschnitt fünf bis sechs Jahre länger als ihre männlichen

Abb. 6.  
Lebenserwartung bei Geburt in den Ländern der Europäischen Region (letzte verfügbare Daten aus dem Zeitraum 2006–2010)



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (6).

Abb. 7.  
Lebenserwartung von Männern und Frauen bei Geburt in den Ländern der Europäischen Region (letzte verfügbare Daten aus dem Zeitraum 2006–2010)



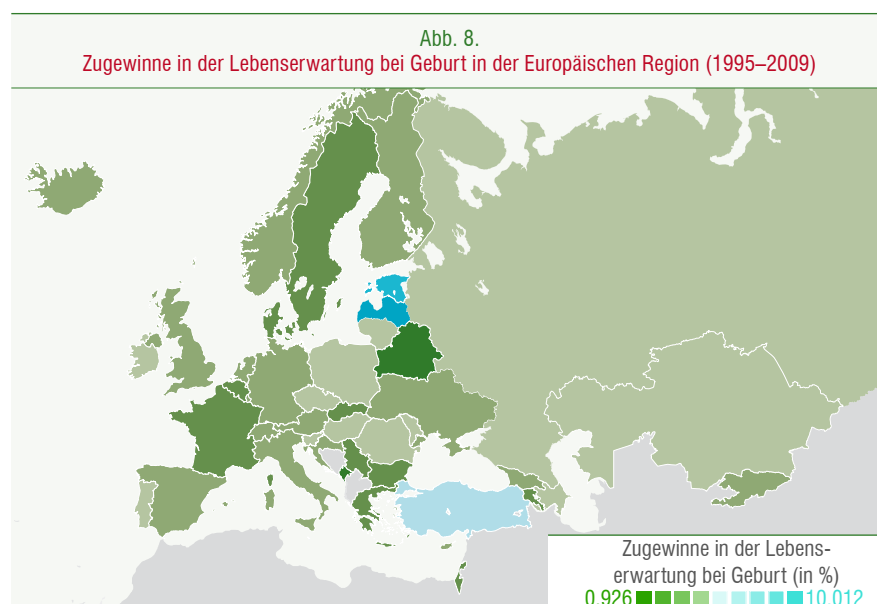
Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (6).

Landsleute. Im gleichen Zeitraum konnten einige Länder mit einer niedrigeren Lebenserwartung bei Geburt (z. B. Estland, Irland, Israel, Luxemburg, Polen, Rumänien, Tschechische Republik, Türkei, Ungarn, Vereinigtes Königreich) in der männlichen wie weiblichen Bevölkerung Zugewinne von mehr als fünf Jahren verzeichnen. Doch in einigen Ländern, überwiegend im östlichen Teil der Region, sank die Lebenserwartung der Männer oder erhöhte sich nur unwesentlich (um bis zu 1,4 Jahre). Dennoch kann insgesamt festgestellt werden, dass Männer im Zeitraum von 1990 bis 2010 trotz niedrigerer absoluter Lebenserwartung bei Geburt allgemein verhältnismäßig größere Zugewinne erzielen konnten als Frauen.

## Lebenserwartung älterer Menschen

Immer mehr Menschen in der Europäischen Region werden älter als 65 Jahre. So liegt im Alter von 65 Jahren die verbleibende Lebenserwartung von Männern (Abb. 9) bei 15,5 Jahren, während gleichaltrige Frauen eine um fast vier Jahre höhere Lebenserwartung haben. Ähnlich wie mit der Lebenserwartung bei Geburt hatten auch Männer mit 65 Jahren im Jahr 2010 noch nicht dieselbe durchschnittliche Lebenserwartung erreicht wie gleichaltrige Frauen im Jahr 1980. Ausgeprägte Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen gibt es auch innerhalb zahlreicher Länder.

Die Lebenserwartung kann auch weiter aufgeschlüsselt werden, um über die Zahl der Lebensjahre Auskunft zu geben, in denen die Gesundheit in verschiedenen



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (6).

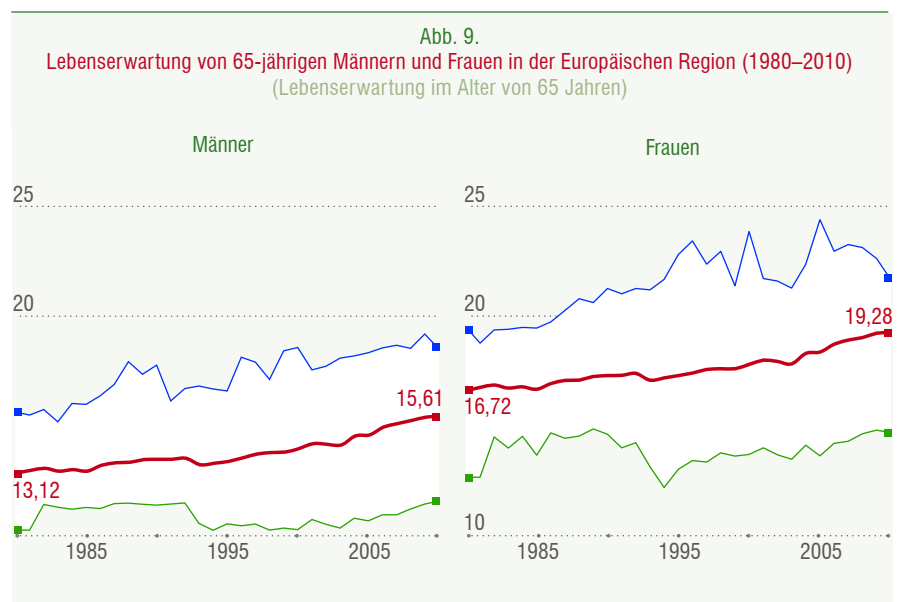
Lebensphasen durch Krankheit oder Behinderung beeinträchtigt ist. Dies ist ein nützliches Instrument für gesundheitspolitische Entscheidungsträger. Zwar leben in der Europäischen Region Frauen durchschnittlich 7,5 Jahre länger als Männer, doch differieren die Werte für die bei Gesundheit verbrachten Lebensjahre im Durchschnitt nur um 5 Jahre, was bedeutet, dass Frauen einen geringeren Teil ihres Lebens bei guter Gesundheit verbringen als Männer (10).

Infolge der Bevölkerungsalterung müssen im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung (insbesondere die Langzeitpflege) zusätzliche Anforderungen erfüllt werden, was auch eine Personalplanung zur Gewährleistung ausreichend ausgebildeter Gesundheitsfachkräfte erforderlich macht. Gleichzeitig sind ältere Menschen mit ihrem Erfahrungsschatz von großem Wert für ihre Familie und für die Gesellschaft und können auch zur formellen und informellen Pflege beitragen. Die Beobachtung von Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung in allen Altersgruppen, auch über 65 Jahren, sowie im gesamten Lebensverlauf ist der Gegenstand von Kapitel 3.

Die in der Europäischen Region langfristig erreichten allgemeinen Zugewinne an Lebenserwartung könnten dadurch bedroht werden, dass ökonomische oder soziale Krisen in Verbindung mit Ausgabenkürzungen für Leistungen im Gesundheits- und Sozialbereich, einer wachsenden Zahl von Umweltkatastrophen, einer Zunahme gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen oder neuer und erneut auftretender Infektionskrankheiten mit hohem Ansteckungs- und Pandemiepotenzial auftreten. Um die durchschnittlichen Zugewinne an Lebenserwartung aufrechtzuerhalten, sind kontinuierliche Anstrengungen zur

### Kasten 3. Lebenserwartung – zentrale Aussagen

- Es ist ein beträchtlicher Erfolg für die Europäische Region, dass die Lebenserwartung bei Geburt zwischen 1980 und 2010 um 5 Jahre auf nun 76 Jahre angestiegen ist.
- Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt ist von Land zu Land unterschiedlich und liegt zwischen 82,2 und 68,7 Jahren (Stand: 2010) – eine Kluft von 13,5 Jahren.
- Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Lebenserwartung sind tendenziell in Ländern mit insgesamt geringerer Lebenserwartung (z. B. unter 80 Jahre für Frauen) am größten.
- 2010 hatten Frauen eine durchschnittliche Lebenserwartung von 80 Jahren, während sie für Männer bei 72,5 Jahren lag, also 7,5 Jahre niedriger. Die Ungleichheiten zwischen den Ländern hinsichtlich der Lebenserwartung waren bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen; dies gilt insbesondere für die Zeit nach 1993.
- Immer mehr Menschen in der Europäischen Region werden älter als 65 Jahre. Die durchschnittliche Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren beträgt 15,5 Jahre.



Senkung der Mortalität erforderlich, insbesondere in Bezug auf Erkrankungen des Kreislaufsystems, Atemwegs- und Infektionskrankheiten sowie äußere Ursachen (Verletzungen und Vergiftungen). In den folgenden Abschnitten werden Mortalitätstrends aus der gesamten Europäischen Region beschrieben.

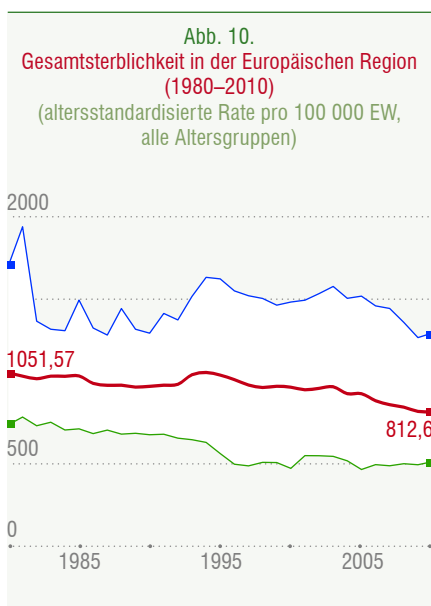
## Mortalität

Die Mortalität ist weiterhin einer der zuverlässigsten Indikatoren für die Beobachtung der gegenwärtigen Auswirkungen von Krankheiten in der Bevölkerung sowie maßgeblicher Trends auf diesem Gebiet. Anhand von Informationen über die Größenordnung, die betroffenen Gruppen und die Grundursachen und anderen Einflussfaktoren können konkretere Prioritäten und Handlungskonzepte zur Bekämpfung der Krankheitslast und zur Bestimmung kosteneffektiver und die Chancengleichheit fördernder Strategien zur Senkung der Mortalität und zur Förderung von Wohlbefinden festgelegt werden.

## Gesamtsterblichkeit

Die Gesamtsterblichkeit aus allen Ursachen sinkt in der Europäischen Region weiter; 2010 betrug die durchschnittliche altersstandardisierte Mortalitätsrate 813 Todesfälle pro 100 000 Einwohner (Abb. 10). Doch die Variation innerhalb der Europäischen Region hat sich seit 1993 erhöht. Die länderspezifischen Mortalitätsraten reichen von 1261 bis 497 pro 100 000 EW, was für die Europäische Region eine Diskrepanz um den Faktor drei bedeutet (Abb. 11).

Bei der Gesamtsterblichkeitsrate zeigt sich ein geografisches Gefälle, bei dem die höchsten Raten im östlichen und die niedrigsten im westlichen Teil der Europäischen Region zu finden sind (Abb. 12).



## Wirkung nach Alter

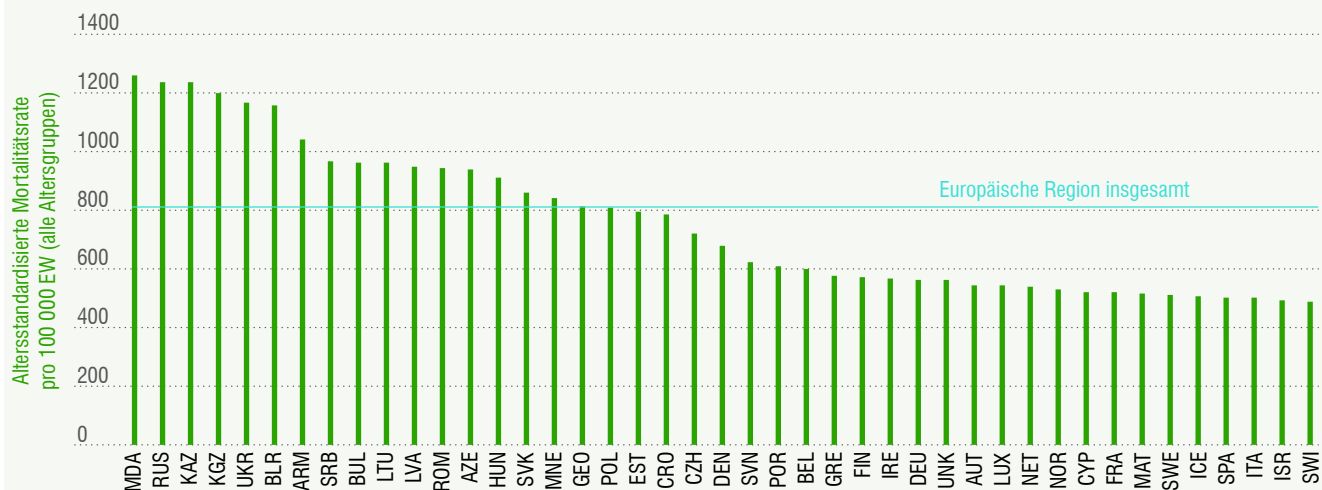
Die Mortalitätsmuster nach Alter verlaufen in der Europäischen Region j-förmig, wie dies typischerweise in Bevölkerungen mit fortgeschrittenen demografischen Übergängen der Fall ist, die einen höheren sozioökonomischen Entwicklungsstand aufweisen. Die durchschnittlichen Gesamtsterblichkeitsraten fallen von den ersten Lebensjahren bis ins junge Erwachsenenalter meist niedrig bis sehr niedrig aus, verdoppeln oder verdreifachen sich dann aber in allen Teilen der Region rapide, und dieser Trend setzt sich mit fortschreitendem Alter fort (Abb. 13).

Ein genauerer Blick auf die Gesamtsterblichkeit nach groben Altersgruppen im Zeitraum von 1980 bis 2010 zeigt, dass mit Ausnahme eines gut dokumentierten Anstiegs in den Jahren 1993–1995 die Mortalitätsraten stetig rückläufig waren; dies gilt in besonderem Maße für die Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen (Abb. 14). Die Abweichung in den Mortalitätsraten nimmt von einer groben Altersgruppe zur nächsten jeweils zu. Die länderspezifischen Unterschiede reichen von weniger als 50% unter bis zu mehr als 70% über dem Durchschnitt für die Europäische Region.

## Kinder- und Müttersterblichkeit

Indikatoren für Kindergesundheit, wie etwa Säuglings- und Kindersterblichkeit, werden oft als Gradmesser für die Gesundheit einer Bevölkerung herangezogen. Dies ist in der besonderen Anfälligkeit der Mitglieder dieser Altersgruppe begründet, d. h. ihrer Sensibilität gegenüber den allgemeinen Lebensbedingungen und anderen sozialen Determinanten von Gesundheit, einschließlich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung. In einigen Ländern der Europäischen Region wirkt sich die Säuglings- und Kindersterblichkeit immer noch auf die durchschnittliche Lebenserwartung aus. Die Indikatoren für die Kindergesundheit werden oft zur Bestimmung von Zielvorgaben wie dem Millenniums-Entwicklungsziel 4 (Senkung der Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren um zwei Drittel bis 2015) (12) sowie zur Messung der Fortschritte der Länder herangezogen.

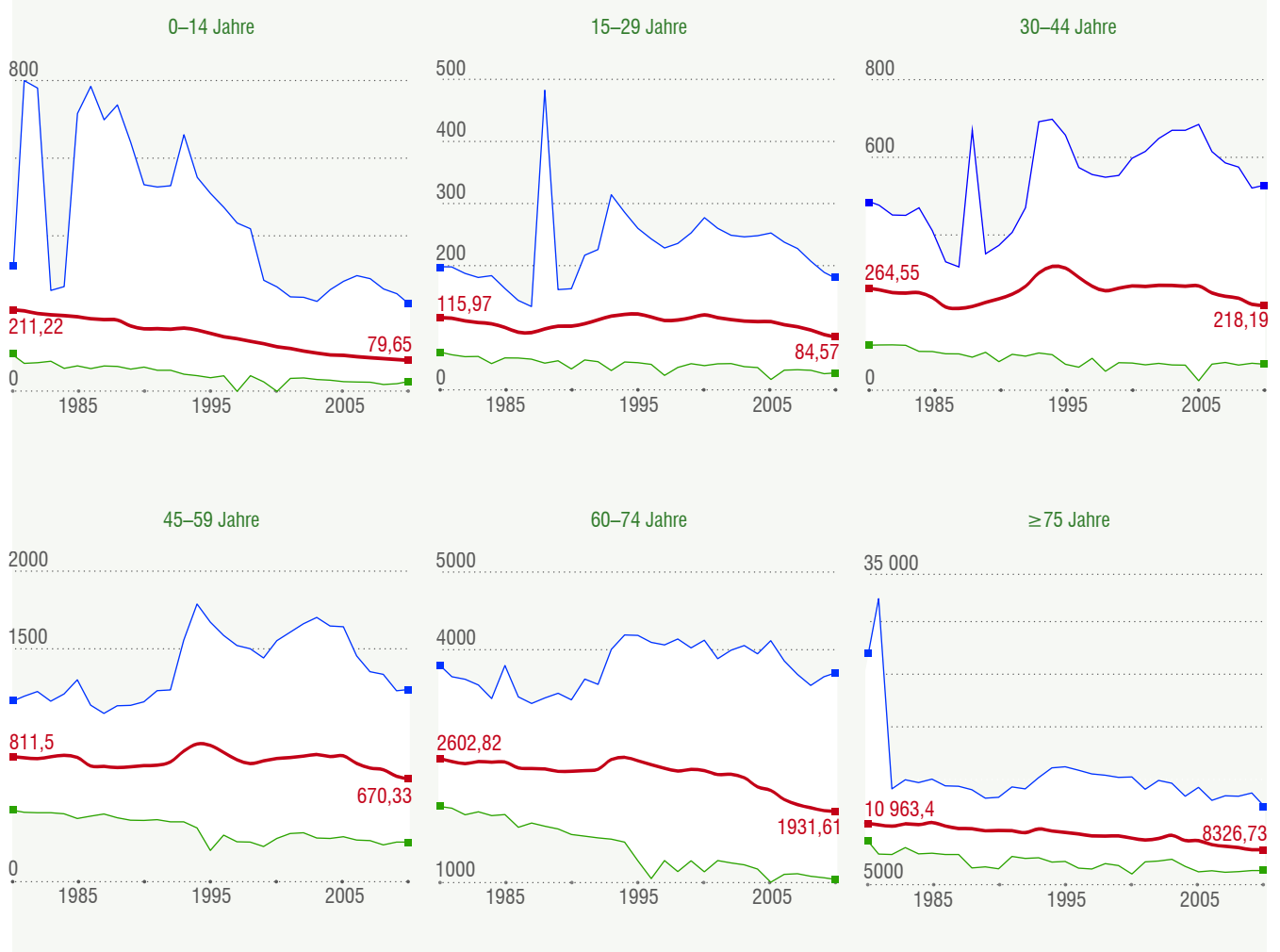
Abb. 11.  
Gesamtsterblichkeit in den Ländern der Europäischen Region  
(letzte verfügbare Daten aus dem Zeitraum 2006–2010)





bis 2015 angestrebt wird. In den Ländern der Europäischen Region lag die Müttersterblichkeitsrate im Jahr 2010 bei 13,3 Sterbefällen pro 100 000 Lebendgeburt. Die Streuweite ist hoch und reicht von mehr als 75% über bis zu mehr als 60% unter dem Durchschnitt für die Europäische Region (Abb. 16). Seit 1990 ist die durchschnittliche Müttersterblichkeitsrate um 50% gesunken, und die Ungleichheiten haben sich verringert. Ein leichter Anstieg im östlichen Teil der Europäischen Region im Jahr 2009 war auf die erhöhte Anfälligkeit in Verbindung mit der pandemischen Influenza zurückzuführen, die weltweit eine Zunahme der Zahl der Krankenhauseinweisungen und der schweren Atemwegserkrankungen bewirkte.

Abb. 14.  
Gesamtsterblichkeitsrate nach grober Altersgruppe in der Europäischen Region (1980–2010)  
(altersstandardisierte Rate pro 100 000 EW)



#### Kasten 4. Mortalität – zentrale Aussagen

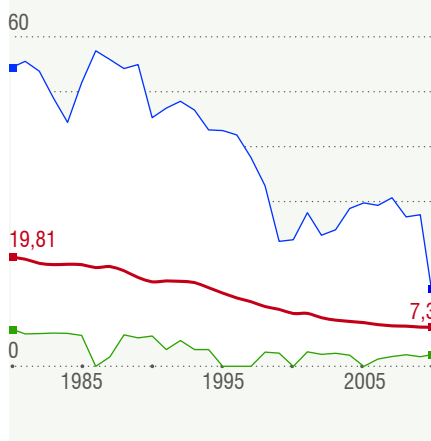
- Auch wenn die Mortalität für alle Todesursachen in der Europäischen Region weiter abnimmt, so weist die Entwicklung doch große Unterschiede zwischen Gruppen von Ländern auf.
- Die Mortalität in den Ländern der Region fällt von den ersten Lebensjahren bis ins junge Erwachsenenalter meist niedrig bis sehr niedrig aus, nimmt im späteren Lebensverlauf dann aber rapide zu.
- Im Bereich der Kindersterblichkeit hat die Europäische Region die niedrigsten Indikatoren weltweit – die Rate beträgt 7,9 Todesfälle pro 1000 Lebendgeburten. Allerdings gibt es dabei auffallende Unterschiede zwischen den Ländern, die zum Teil 50% unter und bis zu 60% über dem Durchschnitt für die Region liegen.
- Die Müttersterblichkeitsrate in der Europäischen Region betrug 2010 13,3 Todesfälle pro 100 000 Lebendgeburten, was einen Rückgang um 50% seit 1990 bedeutet. Auch hier ist die Streuweite zwischen den Ländern groß.
- Die Müttersterblichkeitsrate in der Europäischen Region betrug 2010 13,3 Todesfälle pro 100 000 Lebendgeburten, was einen Rückgang um 50% seit 1990 bedeutet. Auch hier ist die Streuweite zwischen den Ländern groß.

Die führenden Ursachen für Müttersterbefälle sind obstetrische Blutungen, Bluthochdruck und Infektionen, die sich großenteils durch grundlegende, evidenzbasierte und kosteneffektive Interventionen verhindern lassen (14). Darüber hinaus wird die Müttersterblichkeit eindeutig unmittelbar vom sozioökonomischen Status der Frauen (einschließlich ihres Bildungsniveaus) beeinflusst. Dies unterstreicht die Bedeutung von Konzepten und Interventionen, die an Geschlechternormen und anderen sozialen Determinanten von Gesundheit ansetzen, aber auch der Einführung eines auf Menschenrechten gestützten Ansatzes bei der Bereitstellung der benötigten Leistungen, einschließlich der Notversorgung bei der Geburtshilfe ohne finanzielle Belastung der betroffenen Haushalte.

## Bevölkerungsalterung

Aufgrund der Bevölkerungsalterung in der Europäischen Region erlauben Mortalitätstrends einige Rückschlüsse darauf, welche Herausforderungen in Zukunft auf die Gesundheits- und Sozialsysteme warten. Trends nach groben Altersgruppen (z. B. über 65 Jahre) geben näheren Aufschluss darüber, wie die Gesundheitssysteme sich anpassen und auf die sich verändernden Anforderungen reagieren müssen. Ferner gilt es der Tatsache Rechnung zu tragen, dass Frauen länger leben als Männer, jedoch auch einen größeren Teil ihres Lebens bei schlechterer Gesundheit verbringen, was sich u. a. in einer erhöhten Häufigkeit von Mehrfacherkrankungen und in erhöhten Behinderungsraten äußert (15). Die Gesamtsterblichkeit in der Altersgruppe über 65 Jahre ist in der Europäischen Region insgesamt rückläufig und erreichte 2010 mit 4549 Fällen pro 100 000 EW einen neuen Tiefststand. Dies entspricht einem Rückgang um 25% seit 1980 (Abb. 17). Die Minima und Maxima deuten auf signifikante Unterschiede zwischen den Ländern hin, deren Raten von mehr als 20% unter bis mehr als 40% über dem Durchschnitt für die Europäische Region reichten. Eine aufmerksame Beobachtung dieser Trends auf der Ebene der Region und der Länder ist dringend erforderlich.

Abb. 15.  
Säuglingssterblichkeitsrate  
in der Europäischen Region (1980–2010)  
(pro 1000 Lebendgeburten)



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (6).

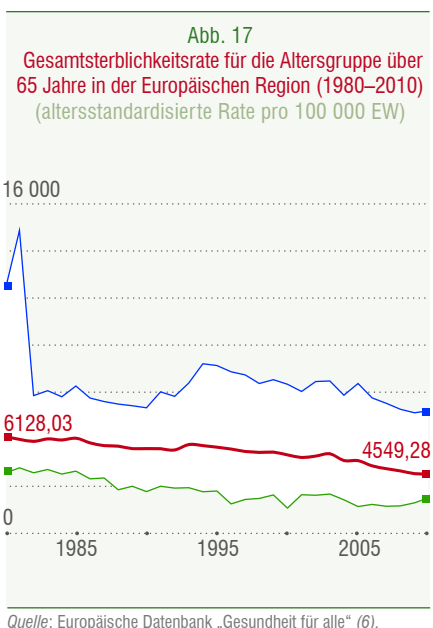
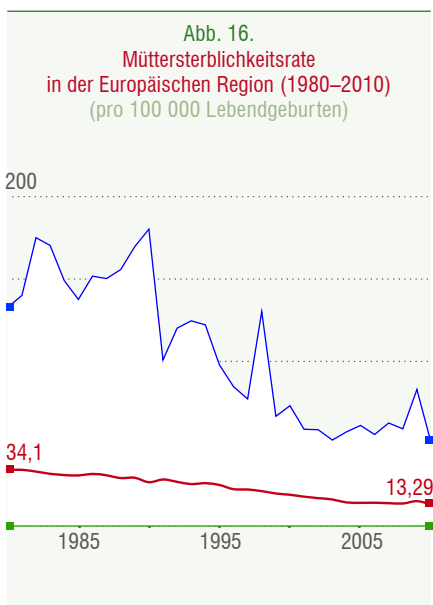
## Todesursachen

Die Verwendung von Todesursachen zur Aufschlüsselung von Daten zur Gesamtsterblichkeit erlaubt Rückschlüsse auf ihre Verteilung und Größenordnung in der Bevölkerung, die bei der Gestaltung von Konzepten und Programmen herangezogen werden können. Die Veränderung der Krankheitsmuster und die Entstehung neuer Gesundheitsprobleme sind durch das Ausmaß der demografischen und epidemiologischen Veränderungen und durch die sozialen und ökonomischen Gegebenheiten bedingt.



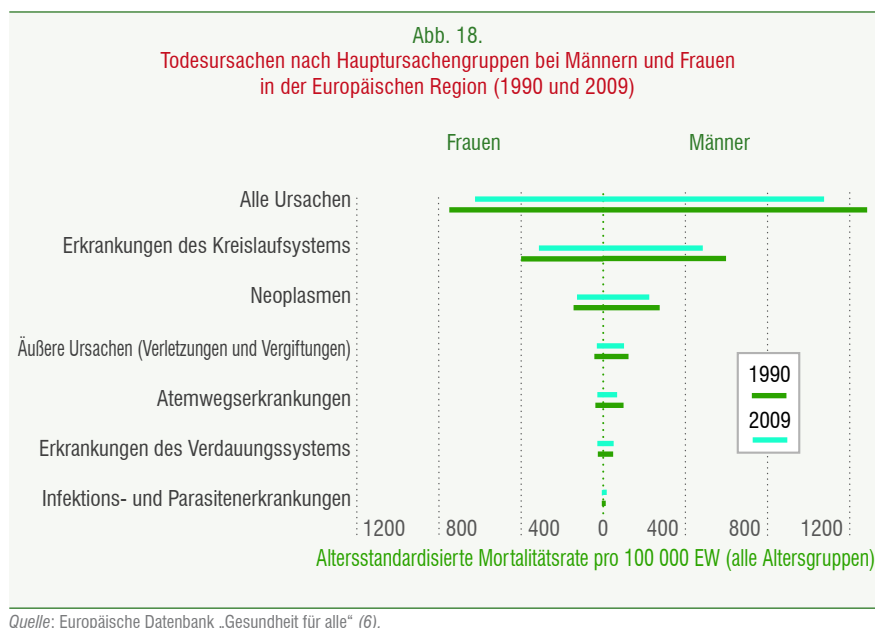
## Hauptursachen

In der Europäischen Region ging zwischen 1990 und 2009 im Durchschnitt aller Altersgruppen bei Männern wie Frauen für jede der Haupttodesursachen die Mortalitätsrate zurück (Abb. 18). Ein Großteil der Sterblichkeit entfällt auf nichtübertragbare Krankheiten: 2009 waren sie für ungefähr 80% aller Todesfälle verantwortlich. Unter den großen Ursachengruppen sind Kreislauferkrankungen für knapp 50% aller Todesfälle verantwortlich, wobei die Raten unter Männern höher sind als unter Frauen. Ihr Anteil liegt je nach Land zwischen unter 30% und über 65% aller Todesfälle. Auf dem zweiten Platz folgt die Krebssterblichkeit (Neoplasmen) mit 20% aller Todesfälle in der Europäischen Region und einer Streuung von 5% bis in manchen Ländern über 30%. Die dritthäufigste Todesursache sind äußere Ursachen (Verletzungen und Vergiftungen); sie sind für 8% aller Todesfälle verantwortlich, wiederum mit erheblichen Unterschieden zwischen den Ländern.



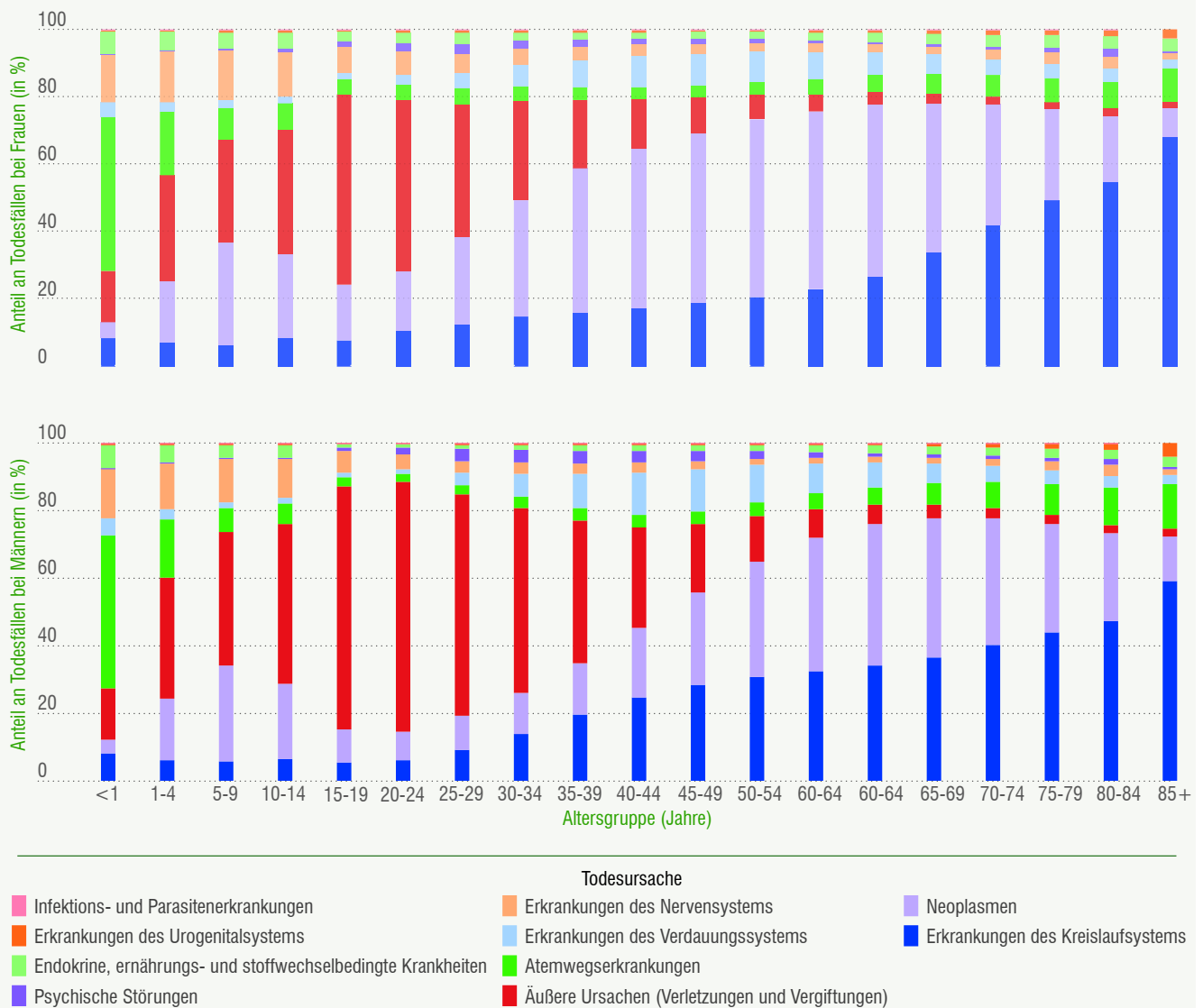
## Alters- und geschlechtsspezifisches Profil der Todesursachen

Sterblichkeitsprofile nach Altersgruppe und Geschlecht erlauben eine Darstellung der relativen Bedeutung von Todesursachen in unterschiedlichen Lebensphasen und können bei der Gestaltung gezielter Strategien und Interventionen herangezogen werden (Abb. 19). So sind etwa Atemwegserkrankungen und äußere Ursachen für fast 60% aller Todesfälle bei Säuglingen verantwortlich. Diese Krankheiten sind zusammen mit



Neoplasmen in der folgenden Altersgruppe (bis kurz vor 15 Jahre) vorherrschend, wo sie für fast 75% aller Todesfälle verantwortlich sind. Für die Altersgruppe von 15 bis 39 Jahren sind äußere Ursachen die häufigsten Todesursachen, insbesondere unter Männern. Frauen in derselben Altersgruppe sterben dagegen häufiger an Neoplasmen als Männer. Erkrankungen des Kreislaufsystems und Neoplasmen spielen eine zunehmende Rolle vom frühen Erwachsenenalter bis in späte Lebensphasen und sind insgesamt für fast 80% der Todesfälle verantwortlich.

Abb. 19.  
Mortalitätsprofile nach Todesursache, Alter und Geschlecht  
in der Europäischen Region (letzte verfügbare Daten aus dem Zeitraum 2006–2010)



Quelle: Detaillierte Mortalitätsdatenbank der Europäischen Region (16).

Tabelle 1 veranschaulicht die Streubreite und die Mortalitätsmuster nach den sechs Todesursachengruppen für jedes einzelne Land in der Europäischen Region, das in jüngster Zeit Daten gemeldet hat. Im nächsten Abschnitt wird ein breites Spektrum spezifischer Todesursachen in allen Teilen der Region näher untersucht.

## Spezifische Ursachen

Mehr als 70% der Mortalität entfällt auf die Altersgruppe über 65 Jahre, in der die Betroffenen meist schon seit mehreren Jahren erkrankt sind. Die Bewertung der vorzeitigen Mortalität (Todesfälle vor Vollendung des 65. Lebensjahrs) liefert wertvolle Informationen für die Festlegung von Prioritäten, Konzepten und Programmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, die auf ein Hinauszögern des Zeitpunktes einer Erkrankung bzw. des Eintretens einer Behinderung abzielen.

Aus diesen erkennbaren Trends geht hervor, dass Erkrankungen des Kreislaufsystems in der Europäischen Region nach wie vor die wichtigste Ursache für vorzeitigen Tod darstellen; im Jahr 2010 lag die Rate bei fast 100 Fällen pro 100 000 EW. Der höchste Stand in den letzten 20 Jahren wurde 1995 registriert; seitdem ist ein Rückgang um 30% zu verzeichnen (Abb. 20). Auch die Krebsrate verringerte sich in diesem Zeitraum um 20%. Die größten gesundheitlichen Zugewinne wurden bei den äußeren Ursachen verzeichnet, die seit 1995 um 40% zurückgingen. Dagegen nahmen die Raten von Infektionskrankheiten und Parasitenerkrankungen seit einem Tiefststand im Jahr 1990 um fast 30% zu, während Erkrankungen des Verdauungssystems nahezu unverändert häufig auftraten, wenn auch weniger häufig als die anderen Krankheiten. Die Schwankungen im zeitlichen Verlauf in Bezug auf Erkrankungen des

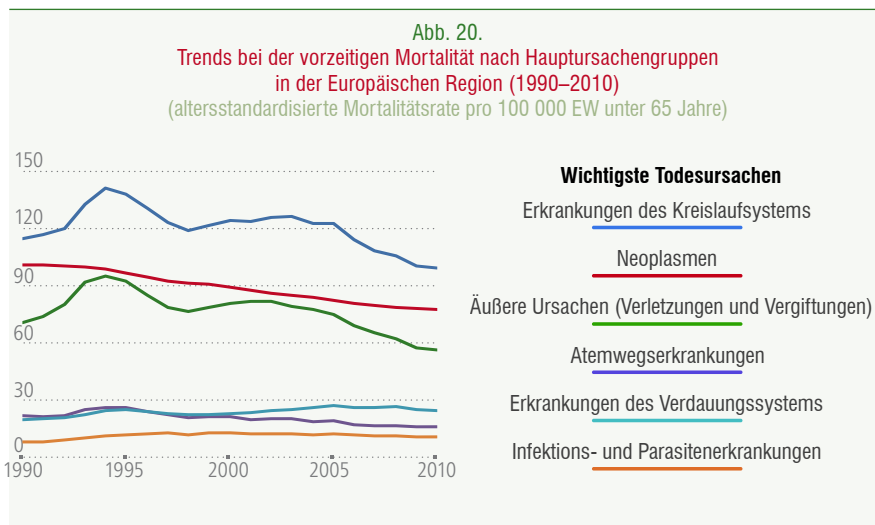


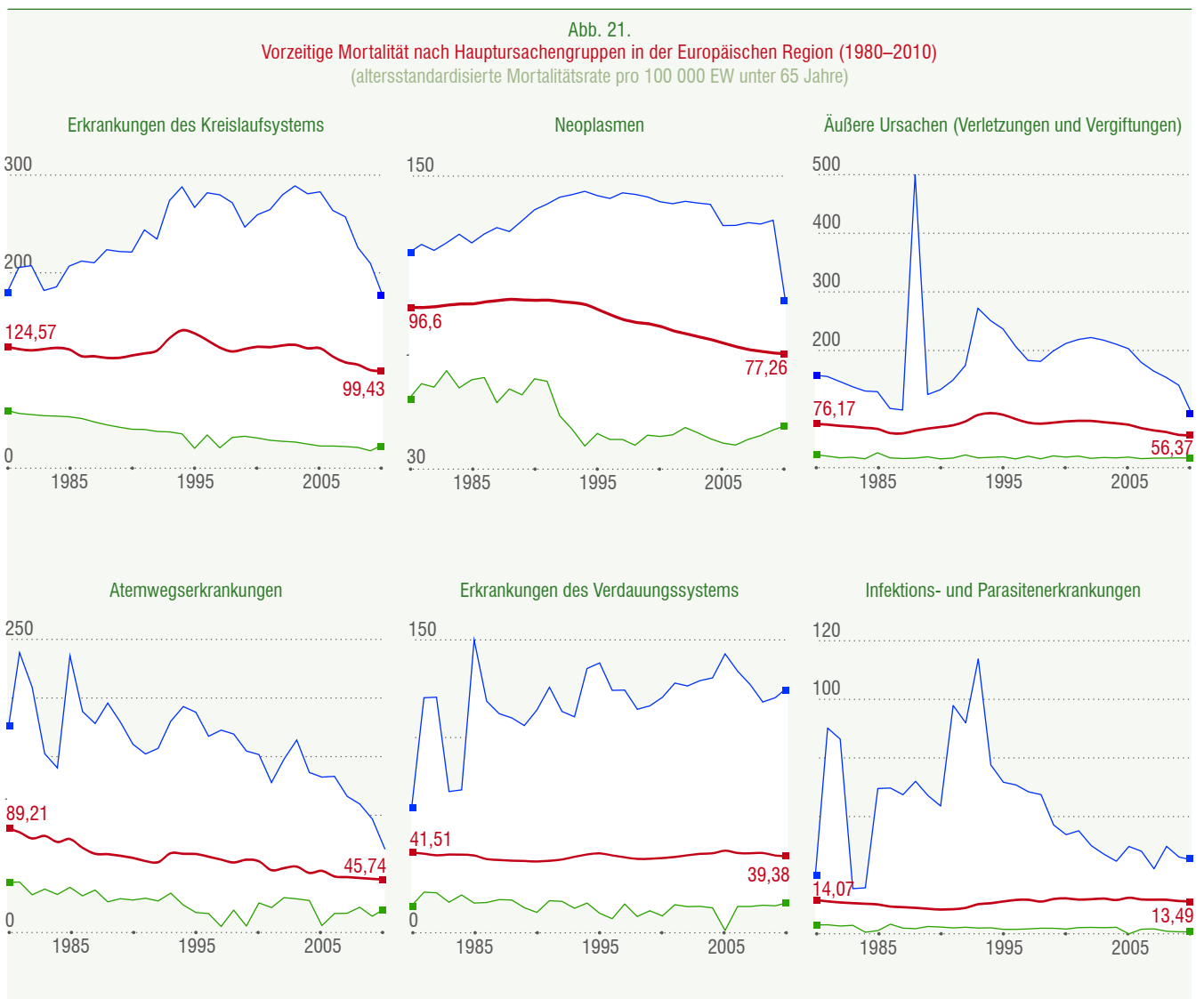
Tabelle 1.  
Mortalitätsraten nach Hauptursachengruppen in den Ländern  
der Europäischen Region (letzte verfügbare Daten aus dem Zeitraum 2006–2010)

Land	Altersstandardisierte Mortalitätsrate pro 100 000 EW (alle Altersgruppen)					
	Erkrankungen des Kreislaufsystems	Neoplasmen	Erkrankungen des Verdauungssystems	Atemwegs-erkrankungen	Äußere Ursachen	Infektions- und Parasitenerkrankungen
Ukraine	732,7	158,2	51,4	33,5	88,4	30,4
Republik Moldau	715,2	164,1	118,6	69,6	97,3	18,8
Kirgisistan	692,7	109,2	78,1	97,1	80,9	21,8
Russische Föderation	683,0	180,4	56,6	49,7	147,2	22,5
Kasachstan	626,4	156,6	58,0	64,6	114,6	19,4
Bulgarien	604,9	157,5	31,6	38,2	35,0	6,4
Belarus	587,2	162,9	43,1	34,8	133,6	11,2
Aserbajdschan	551,6	87,6	60,4	55,9	28,6	5,6
Rumänien	539,8	179,8	58,0	49,0	53,3	10,1
Armenien	532,2	189,9	56,1	73,4	39,4	9,1
Serbien	506,6	205,9	32,4	35,3	42,8	4,0
Litauen	496,8	193,0	56,3	35,6	115,8	11,9
Lettland	479,5	194,8	37,4	22,7	86,7	11,5
Georgien	476,0	92,2	21,8	14,8	27,3	5,3
Montenegro	460,8	128,7	20,0	35,5	35,2	0,9
Slowakei	446,6	198,9	49,8	49,4	51,0	4,9
Ungarn	421,2	246,4	65,6	43,4	59,0	3,3
Estland	408,3	187,9	35,6	21,8	76,3	7,6
Kroatien	370,8	210,8	39,7	27,9	52,7	5,3
Polen	356,3	207,6	37,0	40,1	57,6	5,4
Tschechische Republik	344,1	198,2	34,2	40,2	48,1	3,4
Griechenland	244,6	153,6	14,5	49,5	29,6	4,6
Slowenien	231,8	199,8	40,7	35,4	59,9	3,0
Finnland	213,6	138,2	32,6	21,3	60,5	4,2
Deutschland	208,7	162,5	30,3	37,0	27,9	9,1
Österreich	206,6	159,5	25,3	27,7	37,3	4,7
Dänemark	193,5	212,6	38,5	60,6	39,0	9,6
Zypern	191,6	118,8	14,3	35,9	33,2	4,1
Irland	191,6	181,8	22,5	65,2	29,4	3,5
Malta	189,3	153,9	16,0	47,1	24,8	0,9
Luxemburg	186,2	157,7	26,4	39,8	43,5	15,8
Belgien	182,7	175,0	27,6	60,2	49,0	13,4
Schweden	182,2	145,4	16,7	27,3	35,4	7,9
Portugal	177,6	158,3	29,3	60,5	33,0	17,1
Italien	173,8	168,0	21,4	28,6	27,4	7,7
Island	172,8	157,2	14,0	39,4	34,7	2,8
Vereinigtes Königreich	169,2	175,9	31,7	69,6	27,5	7,0
Schweiz	161,4	149,1	20,5	27,3	37,7	5,5
Norwegen	151,8	159,8	16,1	45,3	39,1	9,2
Niederlande	146,7	186,7	20,6	48,1	25,4	7,9
Spanien	143,1	157,7	26,6	50,2	24,4	9,8
Frankreich	126,1	174,5	24,7	27,6	44,4	9,9
Israel	121,3	143,9	16,9	36,1	26,0	18,3

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (6).

Kreislaufsystems wie auch äußere Ursachen lassen sich möglicherweise auf die Zunahme von Stressbelastung und ökonomischen Problemen in manchen Ländern der Europäischen Region zurückführen (Abb. 21).

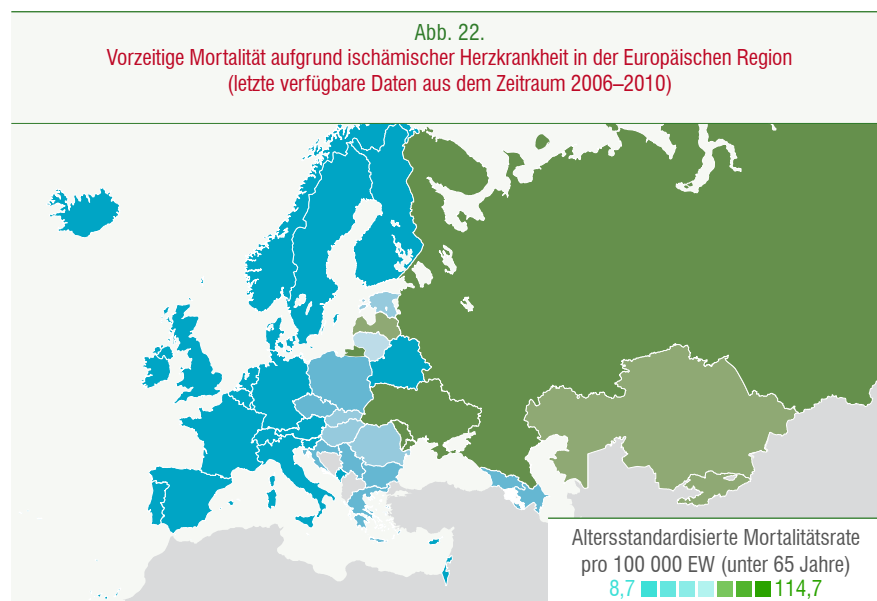
Die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund der häufigsten Todesursachen ist seit 30 Jahren rückläufig; eine Ausnahme bilden hier die Erkrankungen des Verdauungssystems und die Infektions- und Parasitenerkrankungen. Die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist innerhalb der Europäischen Region sehr uneinheitlich verteilt. Die Verteilung von Krebserkrankungen ist weniger uneinheitlich. In den folgenden Abschnitten werden diese Trends näher untersucht.



## Erkrankungen des Kreislaufsystems

Die häufigsten Erkrankungen des Kreislaufsystems sind ischämische Herzkrankheit und zerebrovaskuläre Krankheiten, die zusammen für ca. 35% aller Todesfälle in der Europäischen Region verantwortlich sind. Aus den neuesten Daten geht hervor, dass die Mortalitätsrate aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems in den Ländern der Europäischen Region (Abb. 22) in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Verteilung der maßgeblichen Determinanten sehr unterschiedlich ausfällt. So liegt die vorzeitige Mortalität aufgrund ischämischer Herzkrankheit in der Europäischen Region bei durchschnittlich 47,5 pro 100 000 EW, kann jedoch in einzelnen Ländern für Männer bis zu fünfmal so hoch liegen wie für Frauen (Abb. 23). Für Männer fallen die höchsten Raten fast 13 Mal so hoch aus wie die niedrigsten Raten einzelner Länder.

Auch wenn die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund ischämischer Herzkrankheit allgemein rückläufig ist, so nimmt die Rate in manchen Ländern im östlichen Teil der Region doch langsamer ab oder stagniert oder nimmt beunruhigenderweise sogar leicht zu. Die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund zerebrovaskulärer Erkrankungen in der Europäischen Region folgt ähnlichen Mustern und Trends. Es gibt Indizien dafür, dass diese Herausforderung dadurch bewältigt werden kann, dass die Länder eine Kombination vermeidbarer Einflussfaktoren wie hohen Alkoholkonsum, Rauschtrinken, zunehmende Stressbelastung und mangelnde soziale Unterstützung in Angriff nehmen.



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (6).

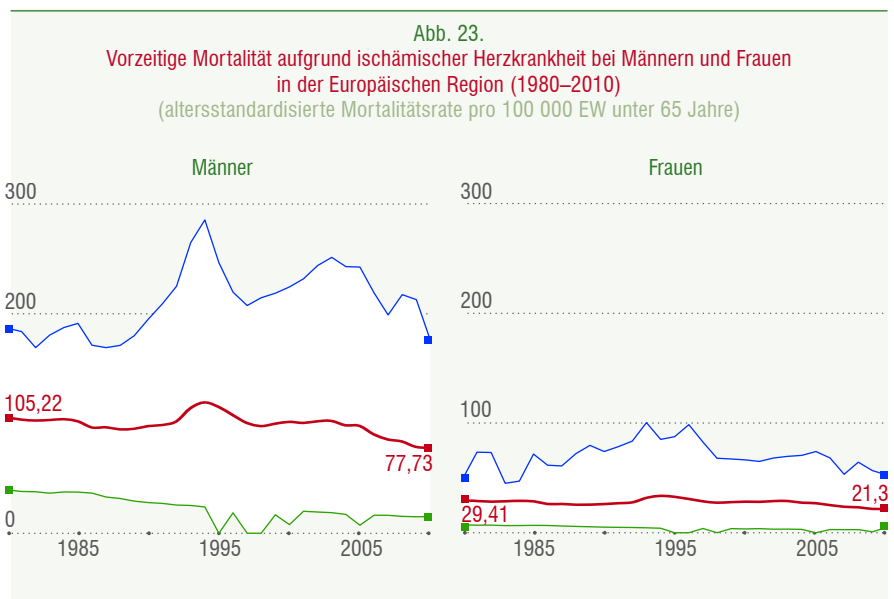
Darüber hinaus hat eine globale Bewertung den Nachweis dafür erbracht, dass fast 50% der durch diese Erkrankungen bedingten Krankheitslast auf hohen Blutdruck ( $\geq 115$  mm Hg systolisch) zurückgeführt werden kann (17). Die Wirkung dieser Risikofaktoren wird durch allgemeine soziale und ökonomische Determinanten von Gesundheit (z. B. Konjunkturreinbrüche) verschärft. In koordinierten Konzepten und Interventionen müssen diese Faktoren berücksichtigt und muss an einer Kombination von Determinanten (z. B. Adipositas, hoher Salzkonsum, Bewegungsmangel) vorrangig angesetzt werden, um Gesundheit und Wohlbefinden insgesamt zu verbessern und die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems zu reduzieren.

## Krebs

### Allgemeine Lage

Krebs ist die zweithäufigste Todesursache in den Ländern der Europäischen Region. Nach den neuesten verfügbaren Daten sind Neoplasmen für fast 20% aller Todesfälle in der Europäischen Region verantwortlich. Die Verteilung von Mortalität und Inzidenz ist je nach Krebsart unterschiedlich, wobei Lungen- und Kolonneoplasmen insgesamt die höchste Mortalität nach sich ziehen (Abb. 24).

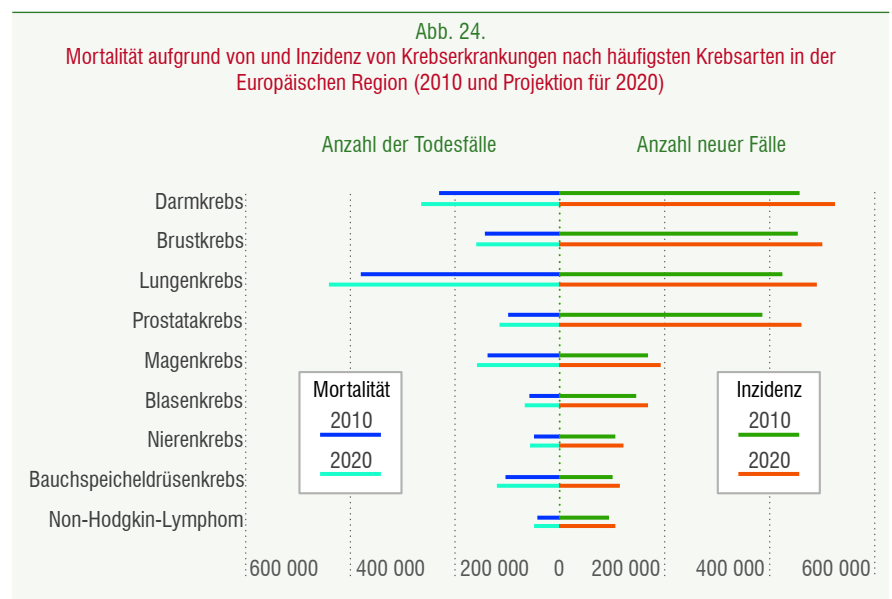
Konkret entfallen unter Männern fast 50% aller krebisbedingten Todesfälle auf Lungen-, Kolon-, Magen- und Prostata-Neoplasmen, während bei Frauen



Lungen-, Magen-, Kolon-, Gebärmutterhals- und Eierstock-Neoplasmen für 60% der krebsbedingten Todesfälle verantwortlich sind. Die gemeldeten Daten über die Krebsinzidenz sind im Vergleich zu den Mortalitätsdaten dünner gesät, werden aber benötigt, um die Letalität zu berechnen (s. unten). 2008 kam das Projekt GLOBOCAN (18) zu dem Ergebnis, dass es in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union jährlich ca. 2,5 Mio. neue Krebsfälle gibt. Diese Länder machen etwa 55% der Gesamtbevölkerung der Europäischen Region aus.

In der gesamten Europäischen Region haben Neoplasmen in Lunge, Brust, Kolon und Prostata die höchste Inzidenz, die sich bis 2020 noch weiter erhöhen dürfte. Nach der Datenbank „Gesundheit für alle“ (6) liegt die Krebsinzidenz in der Europäischen Region insgesamt bei 379 Fällen pro 100 000 EW, was einer Zunahme um 32% seit Mitte der 1980er Jahre entspricht. In manchen Teilen der Europäischen Region hat sich die Inzidenz sogar fast verdoppelt.

Der Anstieg der Krebsinzidenz insgesamt spiegelt die Veränderungen hinsichtlich der Todesursachen wider, die aus der anhaltenden Reduzierung der Mortalität aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems sowie den Zugewinnen an Lebenserwartung (s. oben) resultieren. Die Menschen leben länger, und die meisten Neoplasmen entwickeln sich über längere Zeiträume mit einer langen Latenzzeit. Diese Umstände haben zu einer Erhöhung der Inzidenzraten beigetragen. Darüber hinaus haben Neoplasmen in 28 Ländern, überwiegend im westlichen Teil der Europäischen Region, die Erkrankungen des Kreislaufsystems als führende Ursache für vorzeitigen Tod ersetzt.





Generell ist die Gesamtsterblichkeit innerhalb der Europäischen Region seit Mitte der 1990er Jahre rückläufig; so wurde bis 2009 ein Rückgang um 15% verzeichnet (Abb. 25). Der Durchschnitt für die Region liegt bei 168 Fällen pro 100 000 EW, wobei sich die Unterschiede seit 2005 weiter verringert haben. Vom Blickwinkel der alters- und geschlechtsspezifischen Verteilung betrachtet, nehmen die krebisbedingten Mortalitätsraten vom 30. Lebensjahr an fast exponentiell zu. Dabei weisen Männer in allen Altersgruppen höhere Raten auf als Frauen. So ist das Risiko für Männer im Alter von 60 Jahren um 50%, im Alter von 65 Jahren sogar um 100% höher (d. h. doppelt so hoch) wie für Frauen.

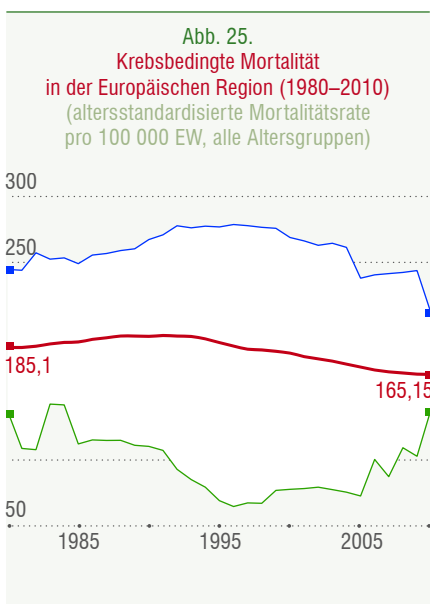
### Letalität

Die Kombination von Mortalitäts- und Inzidenzraten ermöglicht eine grobe Schätzung der Letalität, die als Indikator für das Überleben von Krebserkrankungen nach der Diagnose dient und Aufschluss über die Wirksamkeit von Vorsorgeuntersuchungen, Diagnose und Versorgung gibt. Bei Lungenkrebs betrug die Letalitätsrate (Mortalitätsrate im Verhältnis zur Inzidenz) für ausgewählte Länder der Europäischen Region im Jahr 2008 im Durchschnitt 86%. Die Länder wiesen fast durchgehend hohe Letalitätsraten auf, was darauf hindeutet, dass es nach einer Diagnose mit Lungenkrebs keine wirksame Behandlung oder Möglichkeit zum Hinauszögern des Todes gibt. Schätzungen zur Fünfjahresüberlebensrate in einem vor kurzem veröffentlichten Bericht EUROCARE-4 (19) ergaben keine wesentlichen Änderungen an den niedrigen Überlebensraten (unter 10%) über einen Zehnjahreszeitraum, was für diese Hypothese spricht.

Ein anderes Bild ergibt sich für Brustkrebs, wo die durchschnittliche Letalitätsrate bei 30% lag. Aus der Studie EUROCARE-4 (19) geht hervor, dass die Fünfjahresüberlebensrate hier relativ hoch liegt und über einen Zehnjahreszeitraum von 74% auf 83% anstieg. Trotz der unterschiedlichen Inzidenzraten in den einzelnen Ländern sind die Mortalitätstrends ähnlich niedrig, was auf die Wirksamkeit von Maßnahmen zur frühzeitigen Untersuchung und Behandlung von Brustkrebs hindeutet.

### Wichtigste Krebsarten

Aus den Mortalitätsraten nach wichtigsten Krebsarten bei Frauen und Männern geht hervor, dass Lungenkrebs (der in hohem Maße vermeidbar ist, da die Hauptursache das Rauchen ist) für die größte Zahl der Todesfälle in der Europäischen Region verantwortlich ist, gefolgt von Kolon- und Magenkrebs (Abb. 26). Die Mortalitätsrate für Lungenkrebs lag insgesamt bei 17 Fällen pro 100 000 EW (Stand: 2009), wobei es jedoch eine große Streubreite innerhalb der Europäischen Region gab. Insgesamt tritt Lungenkrebs ungefähr



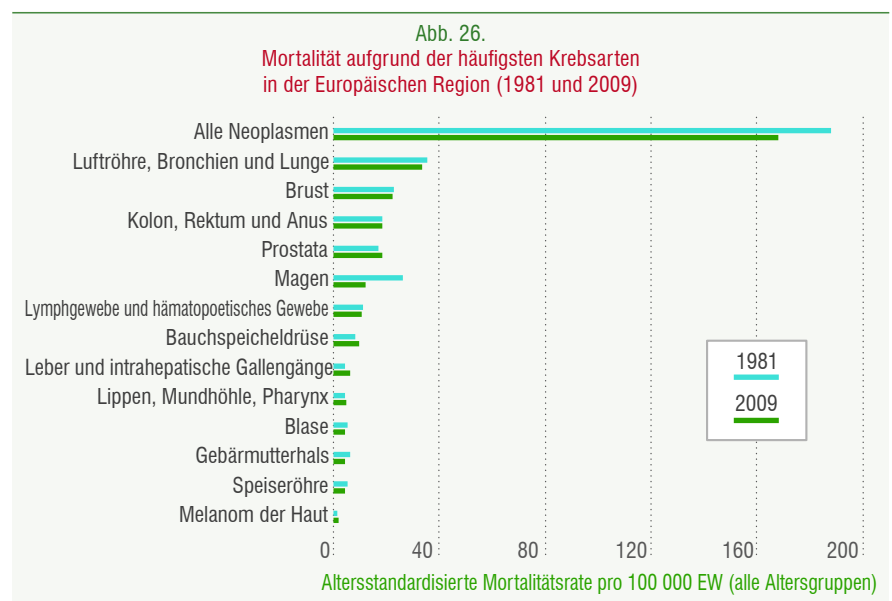
zwei- bis dreimal so häufig auf wie Kolonkrebs. Bei Frauen ist Brustkrebs mit einer Mortalitätsrate von 14 Fällen pro 100 000 EW für die höchste Zahl an Todesfällen verantwortlich, gefolgt von Gebärmutterhals- und Eierstockkrebs. Die Brustkrebsraten sind offenbar innerhalb der Europäischen Region relativ einheitlich.

#### Krebsarten, von denen Männer und Frauen betroffen sind

In Bezug auf den Trend für die durchschnittliche vorzeitige Mortalität (Todesfälle vor Vollendung des 65. Lebensjahrs) aufgrund von Lungenkrebs in der Europäischen Region muss zwischen zwei Zeiträumen unterschieden werden: einer Zunahme im Zeitraum 1980–1990 und einer allmählichen Abnahme in der Zeit danach. Dennoch herrscht hier ein sehr uneinheitliches Bild, da manche Länder bis vor kurzem noch Raten verzeichneten, die doppelt so hoch waren wie im Durchschnitt für die Europäische Region insgesamt (Abb. 27).

Ferner meldeten einige Länder einen erheblichen Rückgang zwischen 1995 und 2009, vor allem im östlichen Teil der Region (Abb. 28), auch wenn in einigen anderen die Raten weiter steigen. Generell sind die Raten für Männer rückläufig, während sie bei Frauen eher stagnieren oder sogar zunehmen. Dennoch ist die Gesamtzahl der vorzeitigen Todesfälle infolge von Lungenkrebs bei Männern in der Europäischen Region immer noch mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen (Abb. 29).

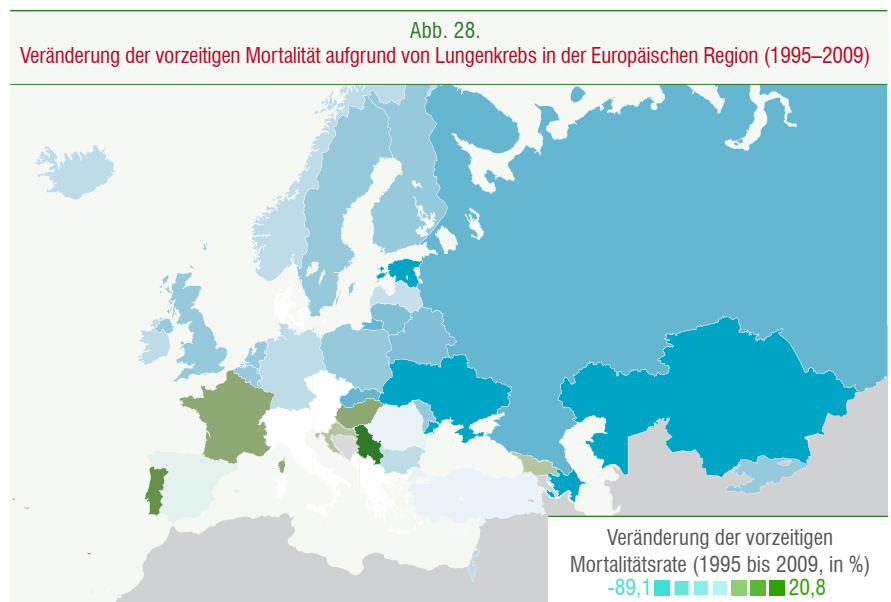
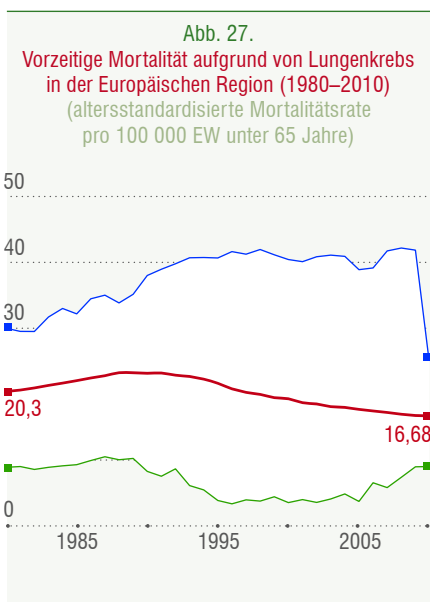
Auf der Ebene der Länder ergibt sich bei einer Kartierung der vorzeitigen Mortalität aufgrund von Lungenkrebs für die gesamte Region, dass die Länder



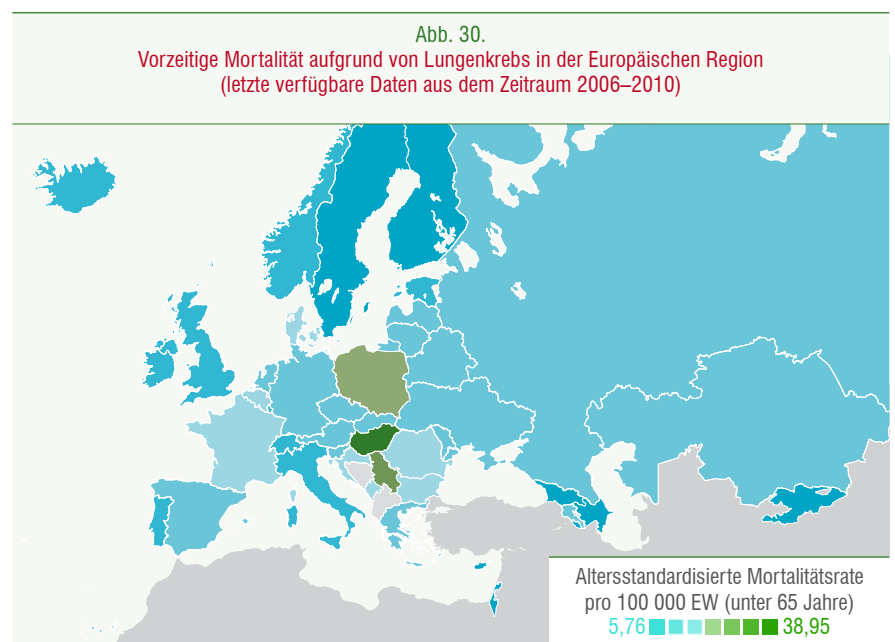
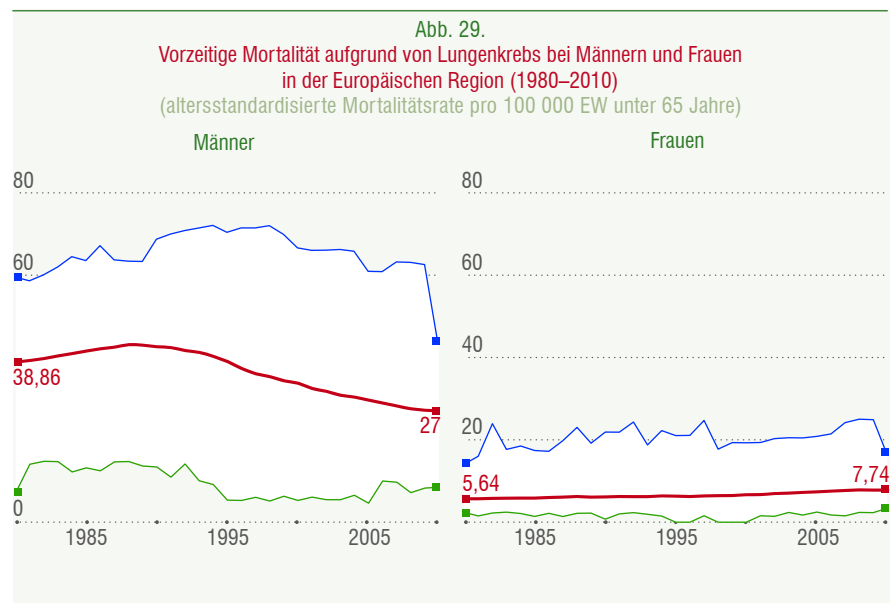
Mitteleuropas mit über 25 Fällen pro 100 000 EW die höchsten Raten aufweisen (Abb. 30). Höhere Raten werden auch auf eine höhere Prävalenz des Rauchens zurückgeführt, die wiederum durch die Bezahlbarkeit von Tabakprodukten und eine nur geringe Einschränkung der Tabakwerbung (u. a. Marketing-Strategien) bedingt ist, aber auch durch andere nationale Konzepte, in denen keine Rücksicht auf Prioritäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit genommen wird.

Andere, zwar weniger häufige, aber dennoch wichtige Formen von Krebs sind Magen-, Kolon- und Leberkrebs. Im Vergleich zu den aktuellen Raten und Trends für Lungenkrebs ergeben sich für diese Krebsarten vielfältigere Muster und größere Ungleichheiten innerhalb der Europäischen Region (Abb. 31). Die nach Lungenkrebs an zweiter Stelle rangierende Mortalität aufgrund von Kolonkrebs ist seit ihrem Höchststand Anfang der 1990er Jahre auf 7 Fälle pro 100 000 EW (Stand: 2010) gesunken. Dieser Rückgang ist ein Beispiel für die Umkehr eines während der 1980er Jahre ansteigenden Trends, die zu messbaren Verbesserungen geführt hat. Zu den beteiligten Einflussfaktoren zählen hier die Wirkung von Vorsorgeuntersuchungen, frühzeitigerer Diagnose und effektiveren Behandlungsplänen. Es gehört zu den Prioritäten bei der Bekämpfung von Frühsterblichkeit, dafür zu sorgen, dass der Nutzen dieser Maßnahmen in allen Teilen der Europäischen Region zur Geltung kommt.

In Bezug auf das Gesamtmuster für Magenkrebs verzeichnet die Europäische Region seit 1980 stetige und anhaltende Rückgänge um insgesamt knapp

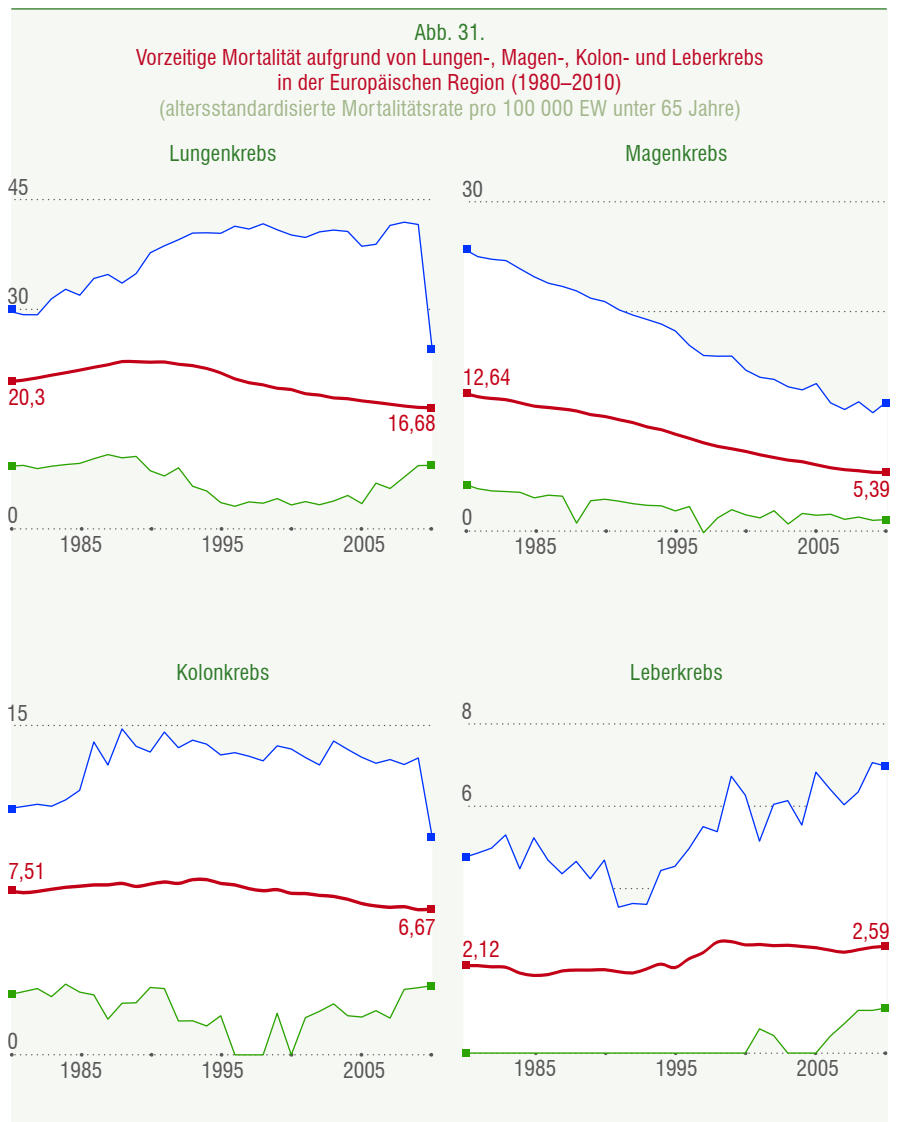


60%, sodass die vorzeitige Mortalitätsrate im Jahr 2009 bei 5 Fällen pro 100 000 EW lag. Diese Fortschritte können auf den verringerten Konsum bestimmter krebserregender Produkte (z. B. Nitrate) und auf die Entdeckung und Behandlung des Erregers *Helicobacter pylori* zurückgeführt werden, der die Entstehung von Krebs begünstigt. Trotz eines uneinheitlichen Gesamtbildes haben die Länder im östlichen Teil der Region signifikante Fortschritte erzielt,



sodass sich ihre Krebsraten an die im mittleren und westlichen Teil der Region annähern.

Für Leberkrebs ergibt sich allerdings ein anderes Bild. Denn trotz eines niedrigeren Gesamtniveaus nimmt die vorzeitige Mortalität hier zu – insbesondere seit 1995 – und liegt nun bei einer Rate von 3 Fällen pro 100 000 EW für die Europäische Region insgesamt, wobei die Trends auf Ebene der Länder sich allmählich einander annähern. Zur Überprüfung, ob diese Veränderung auf Diagnosemaßnahmen oder auf eine Änderung an der Klassifizierung zurückzuführen ist, sind zusätzliche Bewertungen der Folgeerkrankungen und Risikofaktoren wie etwa der Muster von chronischen Lebererkrankungen und Alkoholkonsum erforderlich.

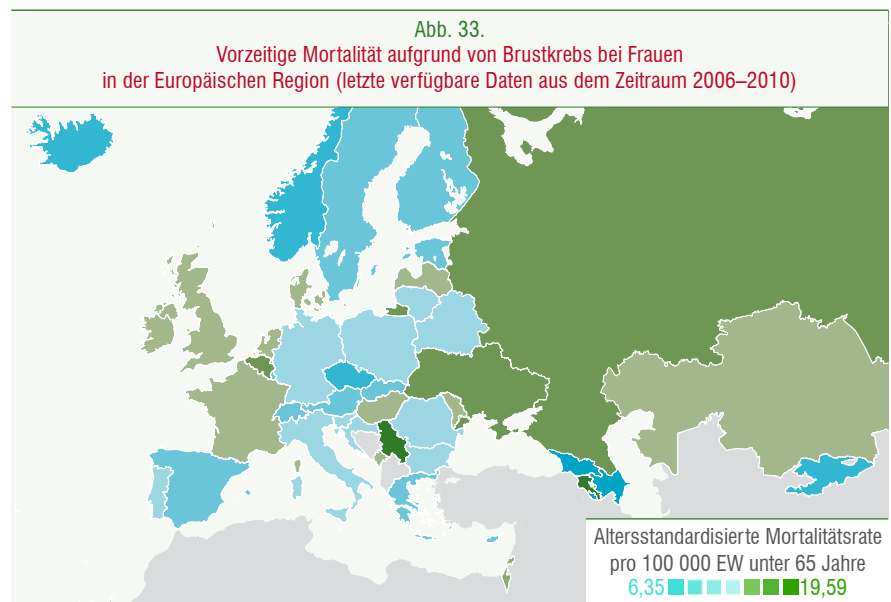
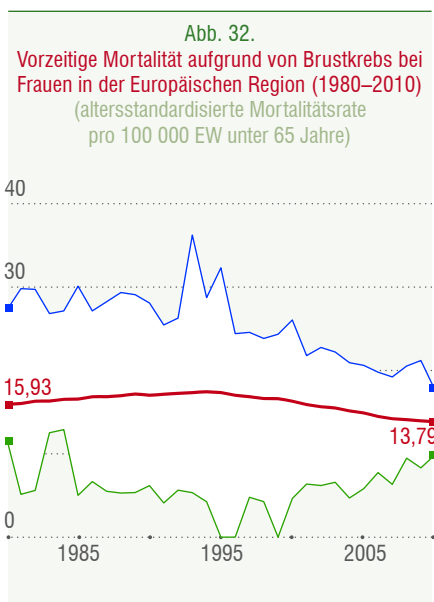


### Krebsarten, von denen Frauen betroffen sind

Brustkrebs ist von allen Krebsarten für die höchste Sterblichkeit unter Frauen verantwortlich, wobei die Raten innerhalb der Europäischen Region relativ einheitlich sind. Dies ist auch weiterhin der Fall, auch wenn die vorzeitigen Mortalitätsraten in der Region auf ein Niveau von 14 Fällen pro 100 000 EW gesunken sind, was einer erheblichen Verringerung (um 21%) seit Erreichen des Höchststandes um 1995 entspricht (Abb. 32).

Nach den jüngsten gemeldeten Daten nähern sich die Mortalitätstrends einander an, auch wenn im östlichen Teil der Europäischen Region teilweise noch zusätzliche Anstrengungen erforderlich sind, um zur übrigen Region aufzuschließen. Innovationen in der Medizintechnik (Diagnose-, Behandlungs- und Operationsverfahren) haben in Verbindung mit einem verbesserten Zugang zu solchen Innovationen zu einem Rückgang der Mortalität trotz hoher Inzidenz – und somit zu niedrigeren Letalitätsraten – geführt. Neben den Trends für Kolon- und Magenkrebs ist dies ein weiterer bedeutender Erfolg für das Gesundheitswesen und spricht für ein umfassenderes Vorgehen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, u. a. durch eine Vielzahl nichtstaatlicher Organisationen.

Die Verteilung der vorzeitigen Mortalitätsraten aufgrund von Brustkrebs unter den Ländern zeigt im Vergleich mit anderen Krankheiten ein unterschiedliches Muster (Abb. 33). Hier finden sich im südlichen und im nördlichen Teil Europas niedrigere Raten, die möglicherweise auf kulturelle und genetische Faktoren zurückzuführen sind. Zwischen den Ländern mit den höchsten

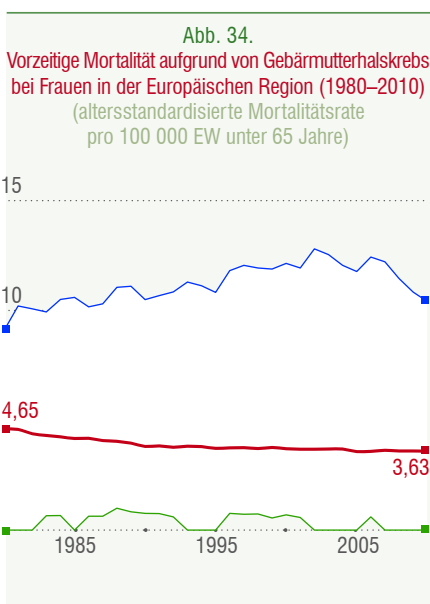


(20 pro 100 000 EW) und jenen mit den niedrigsten Mortalitätsraten (6 pro 100 000 EW) besteht in Bezug auf das Sterberisiko von Frauen infolge von Brustkrebs ein Unterschied um den Faktor drei.

Die Bekämpfung von Gebärmutterhalskrebs – eine bedeutende Komponente von Programmen der Länder zur Verbesserung der Gesundheit von Frauen – ist ein unerledigter Punkt auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung. Das Fachwissen und die Gesundheitstechnologien, die für die Früherkennung, Diagnose und Behandlung dieser Form von Krebs benötigt werden, sind bezahlbar und stehen teilweise bereits zur Verfügung, doch Gebärmutterkörperkrebs tritt nach wie vor auf und ist für Todesfälle verantwortlich. Diese Situation ist mit einem breiten Spektrum sozialer Determinanten von Gesundheit verknüpft, u. a. mit Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung, die wiederum Ungleichgewichte in Bezug auf gesundheitliche Resultate zur Folge haben. Dennoch haben weltweite Maßnahmen zur Bekämpfung von Gebärmutterhalskrebs in den Ländern Wirkung gezeigt; die Trends für vorzeitige Mortalität auf Ebene der Region deuten darauf hin, dass inzwischen ein gewisses Maß an Kontrolle erreicht ist. Die jüngsten Daten zeigen eine durchschnittliche altersstandardisierte Mortalitätsrate von 4 Fällen pro 100 000 EW (Abb. 34). Dennoch ist die Verteilung in hohem Maße uneinheitlich und lässt einen kontinuierlichen Austausch vorbildlicher Praktiken in der gesamten Region sowie die Anpassung an eine Vielzahl unterschiedlicher Rahmenbedingungen notwendig erscheinen.

## Äußere Ursachen (Verletzungen und Vergiftungen)

### Gesamtsituation



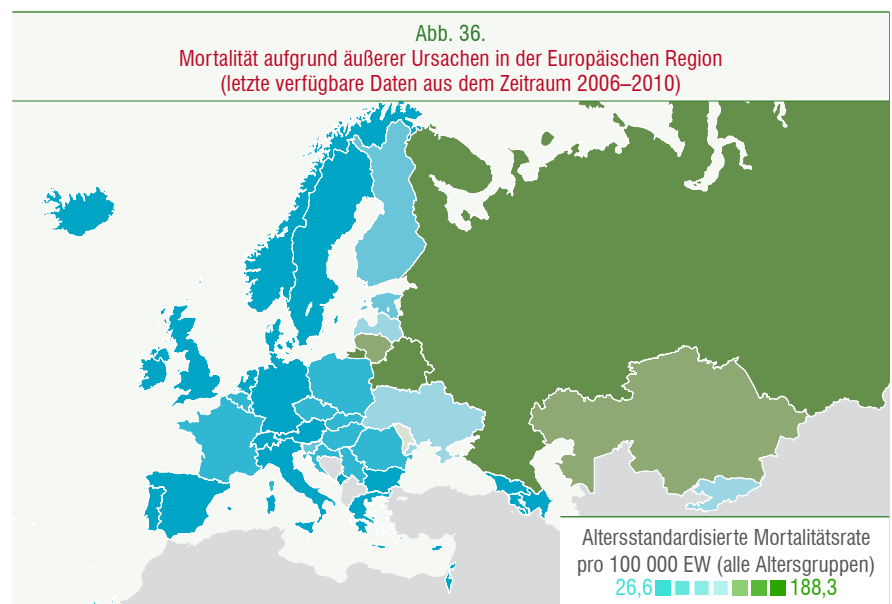
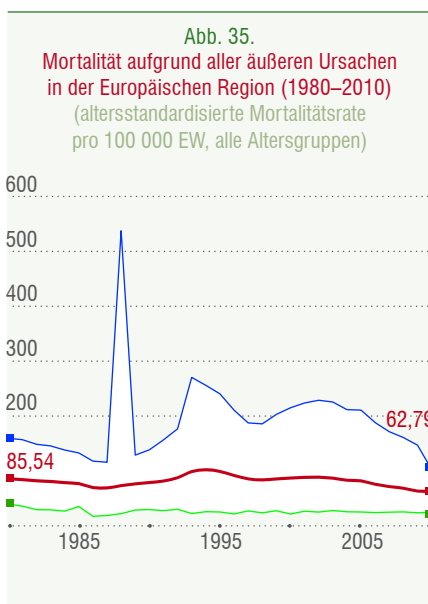
Äußere Ursachen wie Verletzungen und Vergiftungen sind wichtige Todesursachen in der Europäischen Region und für 9% aller Todesfälle verantwortlich. Sie umfassen ein breites Spektrum von Ursachen wie Verkehrs- und Kfz-Unfälle, Stürze, Suizid und Mord. Todesfälle aufgrund dieser Ursachen sind per definitionem immer vorzeitig und vermeidbar. Teilweise werden Einwände gegen den Begriff „Unfälle“ erhoben; so sind etwa die meisten Verkehrsunfälle durch das Fehlen von Konzepten bzw. deren mangelhafte Umsetzung bedingt. Im Gegensatz zu anderen zuvor genannten Ursachen für vorzeitigen Tod ist hier eine Untersuchung der konkreten Ursachen in allen Altersgruppen (d. h. im gesamten Lebensverlauf) erforderlich. Außerdem bieten mortalitätsbezogene Indikatoren nützliche Informationen über Umweltsicherheit sowie über das Ausmaß und die Entwicklung bestimmter schädlicher Verhaltensweisen in der Bevölkerung. Wie vorstehend erläutert (s. Abb. 19), sind die Mortalitätsraten aufgrund äußerer Ursachen unter Männern höher als unter Frauen und unverhältnismäßig stark auf die ökonomisch produktivste Lebensphase konzentriert.

So lag die Mortalität aufgrund aller äußeren Ursachen in der Europäischen Region 2010 bei 63 Fällen pro 100 000 EW, was einem Rückgang um 20% seit 1990 entspricht (Abb. 35). Wie in Kasten 1 erklärt, zeigen die oberen Ausschläge Naturkatastrophen oder vom Menschen verursachte Katastrophen an. Doch die neuesten Daten belegen, dass zwischen den Ländern signifikante Unterschiede bestehen bleiben, die von weniger als 27 Fällen pro 100 000 EW bis zu mehr als 180 Fällen pro 100 000 EW reichen; dies entspricht einer Diskrepanz um den Faktor sieben (Abb. 36). Konjunkturreinbrüche sind wichtige soziale Determinanten der Mortalität aufgrund äußerer Ursachen.

### Wichtigste Arten äußerer Ursachen

In Bezug auf Mortalität aufgrund äußerer Ursachen spielen in der Europäischen Region folgende Ursachen eine vorrangige Rolle (sortiert nach Häufigkeit): Unfälle (Verkehrs- und Kfz-Unfälle, Vergiftungen, Stürze, Ertrinken, Exposition gegenüber Rauch und Feuer); Suizid und Selbstverletzung; und Mord und Körperverletzung. Im Zeitraum zwischen 1980 und 2009 (Abb. 37) wurde ein Rückgang registriert, wobei es jedoch erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern gab. So sind die Mortalitätsraten aufgrund von Suizid, Ertrinken, Verkehrsunfällen und Mord im östlichen Teil der Europäischen Region signifikant höher (um bis zum Faktor 1,5), während im westlichen Teil die Zahl der Stürze zunimmt.

Die Beobachtung von Mortalitätstrends für die die wichtigsten äußereren Ursachen liefert weitere nützliche Informationen über die Auswirkungen der

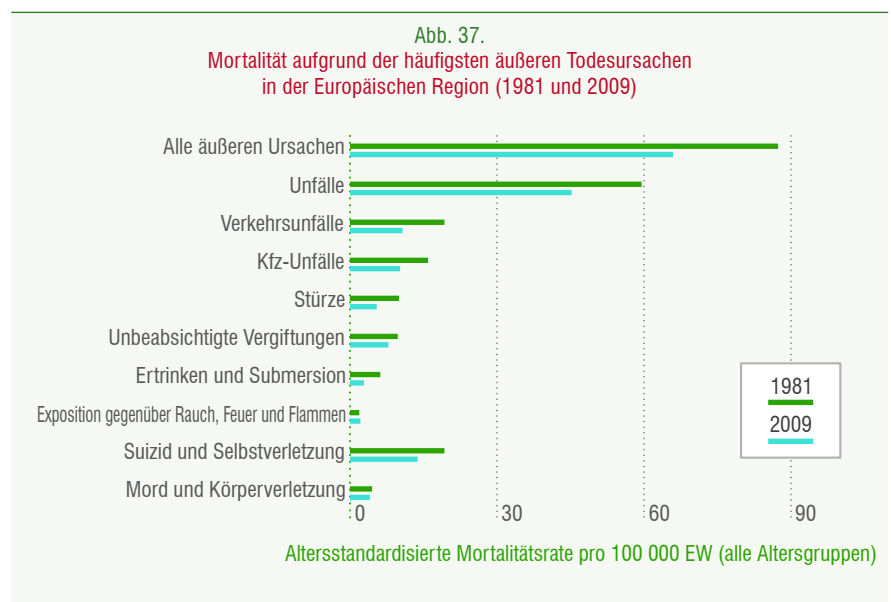




sozialen Determinanten von Gesundheit. So haben die Suizidraten – die zu den wenigen Indikatoren für psychische Gesundheit in der Datenbank „Gesundheit für alle“ gehören – in der Europäischen Region insgesamt um 25% bis 40% abgenommen. Allerdings hat sich der Rückgang seit 2008 verlangsamt; in einigen Ländern ist sogar eine Trendumkehr zu beobachten.

Steigende Suizidraten sind oft die Spitze eines Eisbergs und spiegeln nicht unbedingt ein breiteres Spektrum psychischer und neuropsychiatrischer Erkrankungen und die durch sie bedingte Krankheitslast wider. Außerdem sind Konjunkturreinbrüche meist auch mit einer Reihe anderer schwerer gesundheitlicher Folgen verbunden. Diese Situation verdient eine aufmerksame Beobachtung und macht frühzeitige Interventionen erforderlich, um die potenziellen psychosozialen Auswirkungen von Einkommenseinbußen und Arbeitslosigkeit sowie Prozesse, die verschiedene Gruppen oder Personen ausgrenzen, abzumildern. In Kapitel 3 werden Lösungsansätze untersucht, die eine umfassendere Beobachtung der größeren Komponenten von Gesundheit und Wohlbefinden ermöglichen sollen.

Auch Verkehrs- und Kfz-Unfälle spielen eine wichtige Rolle in der Statistik über äußere Todesursachen. Die Mortalitätsraten aufgrund dieser Ursachen geben Aufschluss über die Straßenverkehrssicherheit (einschließlich der Infrastrukturverhältnisse), die Wirksamkeit der ergriffenen Schutzmaßnahmen und die Durchsetzung der gesetzlichen Vorschriften in einem Land. Auf der Ebene der Europäischen Region haben die Raten von Straßenverkehrsunfällen mit Verletzungsfolge in den vergangenen drei Jahrzehnten geringfügig



Quelle: Europäische Mortalitäts-Datenbank (11).

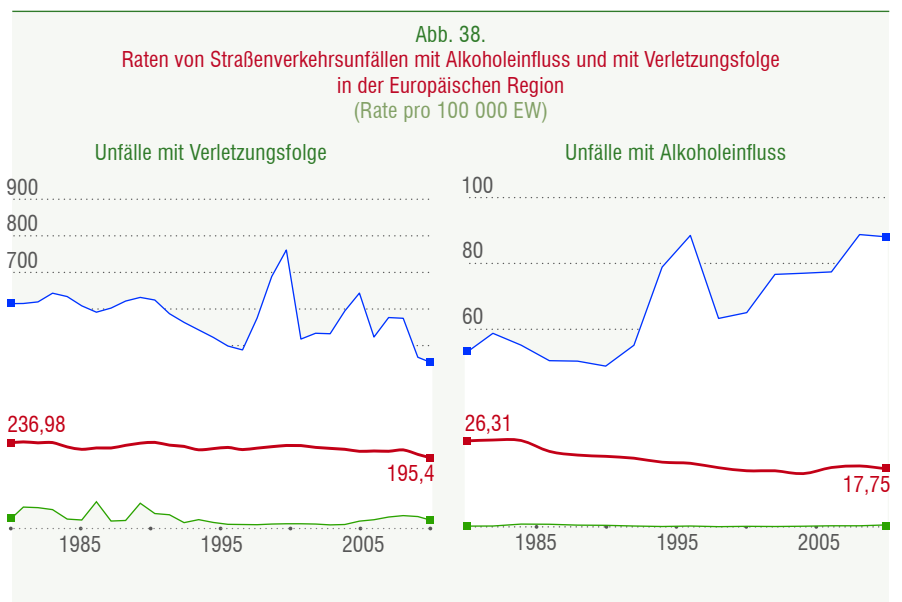
abgenommen, und die Raten von Unfällen unter Alkoholeinfluss sind in der gesamten Europäischen Region rückläufig (Abb. 38), auch wenn es hier zwischen den Ländern durchaus Unterschiede gibt.

Insgesamt gesehen machen die gegenwärtigen Trends in Bezug auf äußere Todesursachen spezielle Strategien und stärker zielgerichtete Interventionen erforderlich, u. a. ressortübergreifende oder gemeinsame Konzepte und Umsetzungsstrategien (z. B. aus Verkehrs-, Justiz-, Arbeits- und Finanzpolitik). Vorbildliche Praktiken können innerhalb von Ländern intensiviert und zwischen ihnen ausgetauscht werden, um die Problematik der Todesfälle aufgrund äußerer Ursachen aus einer gesamteuropäischen Perspektive in Angriff zu nehmen.

## Übertragbare Krankheiten

### Zentrale Aspekte

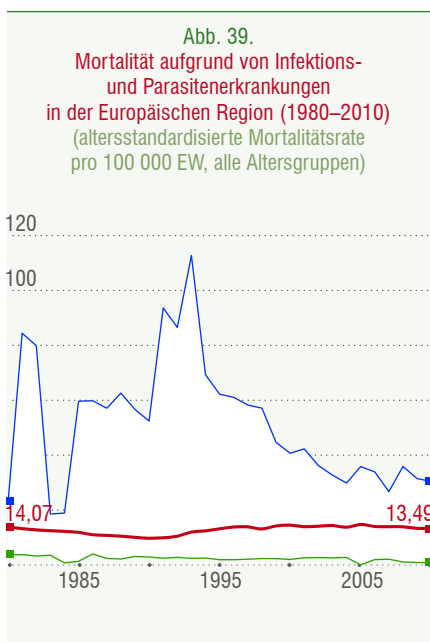
Übertragbare Krankheiten treten in der Europäischen Region weniger häufig auf als in anderen Teilen der Welt. Dennoch kann ihr unerwartetes oder erneutes Auftreten in Verbindung mit schneller Ausbreitung und Epidemienpotenzial zu vermeidbaren Erkrankungen und vorzeitigen Todesfällen führen und ihre Bedrohung für die Gesundheit erhöhen. Eine Bereitschaftsplanung in Bezug auf übertragbare Krankheiten bleibt daher ein wichtiges Thema auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung. Zusätzliche Faktoren wie eine erhöhte



Mobilität der Bevölkerung und Handelsströme, Begleitinfektionen und das vermehrte Auftreten antimikrobieller Resistenzen begünstigen weiter Auftreten und Ausbreitung solcher Krankheiten und die von ihnen ausgehende Bedrohung.

In den Ländern der Europäischen Region richtet sich die Besorgnis hauptsächlich auf Tuberkulose, HIV/Aids, andere sexuell übertragbare Krankheiten und Virushepatitis. In jüngster Zeit haben jedoch Ausbrüche von Poliomyelitis, Röteln und Masern in verschiedenen Teilen der Europäischen Region erneut die Notwendigkeit verdeutlicht, Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, etwa zur Überwachung und Prävention übertragbarer Krankheiten, durch Gesundheitsförderungs- und Impfmaßnahmen aufrechtzuerhalten oder auszuweiten.

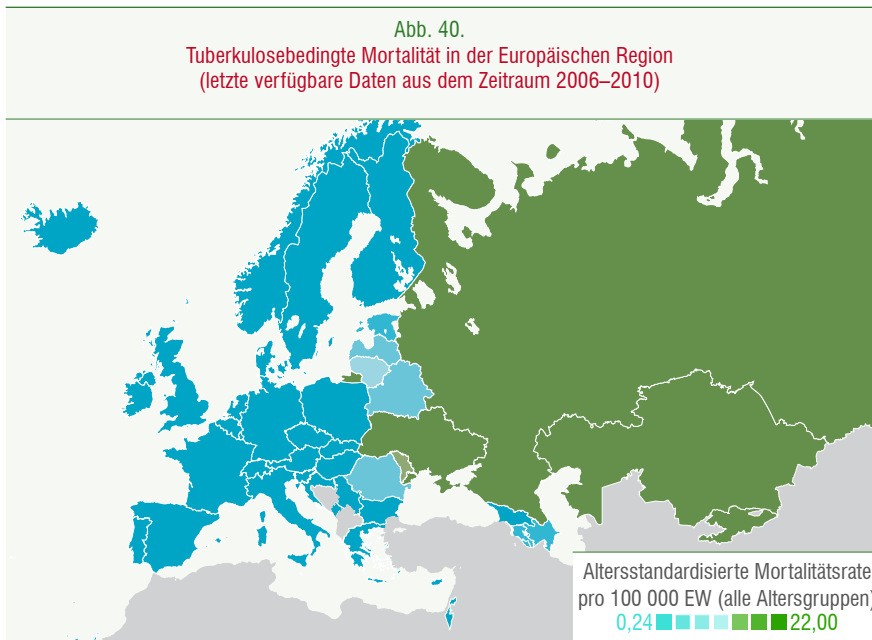
Nach aus der gesamten Europäischen Region gemeldeten Daten hat sich die Mortalität aufgrund aller Infektions- und Parasitenerkrankungen in den letzten beiden Jahrzehnten allmählich von 10 Fällen pro 100 000 EW (1990) auf 14 Fälle pro 100 000 EW (2010) erhöht (Abb. 39), allerdings mit einer erheblichen Streuweite: von weniger als 50% unter bis mehr als 50% über dem Durchschnitt für die Region. Eine weitere Bewertung unter Rückgriff auf Informationen aus der Detaillierten Mortalitäts-Datenbank der Europäischen Region (16) legt den Schluss nahe, dass dies in manchen Ländern wohl auf eine erhöhte Mortalität aufgrund von Septikämie vor allem unter älteren Menschen zurückzuführen ist. Darüber hinaus kann auch ein methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* in dieser Hinsicht eine Rolle spielen, auch wenn dies noch durch Untersuchungen belegt werden muss. In jedem Fall ist jedoch die wachsende Aktualität der Thematik der antimikrobiellen Resistenz für die Europäische Region offensichtlich.



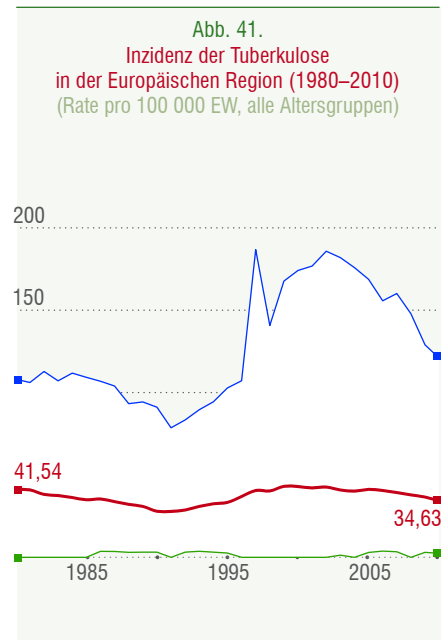
## Tuberkulose

Tuberkulose gehört zu den häufigsten Infektions- und Parasitenerkrankungen in der Europäischen Region und für mehr als 40% der Mortalität innerhalb dieser Gruppe von Todesursachen verantwortlich. Nach einem zwischenzeitlichen Anstieg in den 1990er Jahren ist die Mortalität infolge von Tuberkulose seitdem wieder um 30% gesunken, sodass sie 2010 nur noch bei 6 Fällen pro 100 000 EW lag. Dennoch gibt es hier signifikante Unterschiede innerhalb der Region (Abb. 40). Im östlichen Teil der Region lässt sich nach zehn Jahren ohne Veränderung in jüngster Zeit ein erfreulicher sinkender Trend feststellen. Aus den Inzidenzraten der Tuberkulose lässt sich ersehen, dass das Übertragungsrisiko seit 2000 ebenfalls auf nun 35 neue Fälle pro 100 000 EW gesunken ist (Abb. 41).

Doch auch wenn die Behandlungserfolge mit einer Erfolgsquote von nur ca. 70% noch nicht vollständig zufriedenstellend sind, so lassen sich die



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (6).



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (6).

rückläufigen Trends für die Tuberkuloseinzidenz und -mortalität doch durch frühzeitigere und leichter zugängliche Diagnoseangebote in Verbindung mit der Verfügbarkeit für eine Kurzzeitbehandlung mit Therapiebefolgung erklären. Dennoch stehen manche Länder noch vor erheblichen Herausforderungen und weisen verstärkt gefährdete Bevölkerungsgruppen auf. So geht beispielsweise aus den interaktiven Atlanten des WHO-Regionalbüros für Europa (20) hervor, dass Tuberkulose in hohem Maße in einigen wenigen kleinen Gebieten konzentriert auftritt, in denen das Sterberisiko 14-mal so hoch ist wie in wohlhabenderen Gebieten, was für die Bedeutung sozialer Gesundheitsdeterminanten für diese Todesursache spricht. Parallel hierzu stellt die Koinfektion mit HIV ein weiteres Hindernis für die Senkung der Mortalität aufgrund von Tuberkulose dar; dies gilt insbesondere in Gebieten, in denen beide Infektionen verbreitet sind und in denen Multiresistenzen auftreten.

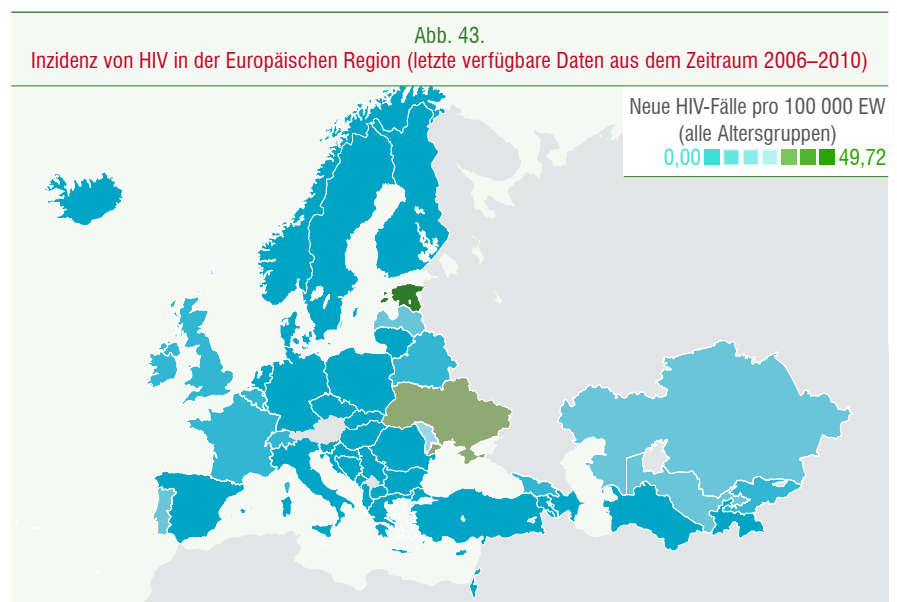
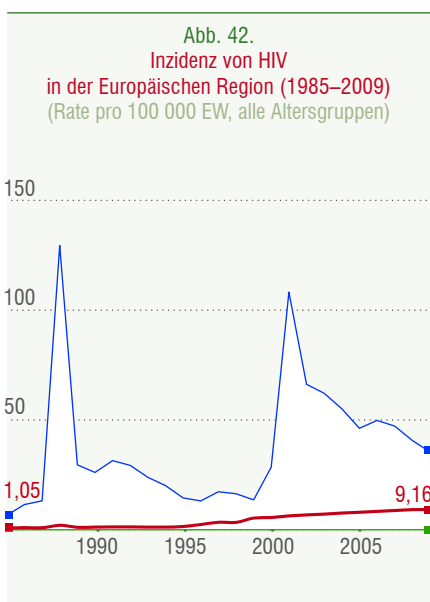
### HIV/Aids

Die HIV-Inzidenz (und nicht die Mortalität) ist der bevorzugte Gradmesser für Häufigkeit und Wirkung von HIV/Aids. Nach den jüngsten Daten hat sich die jährliche HIV-Inzidenz geringfügig erhöht und wird möglicherweise auf der Ebene der Europäischen Region bald ein Plateau erreichen (Abb. 42). Doch die HIV-Inzidenz ist von Land zu Land sehr uneinheitlich, wie aus den neuesten Daten aus den Jahren 2006 bis 2010 hervorgeht (Abb. 43).

Aufgrund der weitreichenden Verfügbarkeit der antiretroviralen Therapie in der Europäischen Region ist das Fortschreiten von der Serokonversion zum klinischen Krankheitsbild in den meisten Ländern rückläufig (keine Daten dargestellt). Niedrigere Melderaten könnten darauf hindeuten, dass eine wirksame Behandlung HIV-positiver Personen eine bedeutende Rolle bei der Zurückdrängung des Risikos eines Ausbruchs der Krankheit spielt. Doch in den unterschiedlichen Gesundheitssystemen in der Europäischen Region müssen geeignete Mechanismen für die Leistungserbringung vorhanden sein, um alle Menschen ohne Unterschied erreichen und die Voraussetzungen für nachhaltige Anstrengungen schaffen zu können.

### Atemwegserkrankungen

Von dieser Todesursache sind zwei unterschiedliche Bevölkerungsgruppen besonders betroffen: Kinder und ältere Menschen. Die wichtigsten konkreten Todesursachen sind chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Lungenentzündung, Influenza und Asthma, die allesamt in engem Zusammenhang mit Umweltbedingungen und -belastungen in geschlossenen Räumen wie auch im Freien stehen. Die Interventionen zur Prävention von Atemwegserkrankungen zielen oft auf die übergeordneten sozialen Determinanten von Gesundheit ab, die gewisse sektorübergreifende Maßnahmen erforderlich machen, die eine senkende Wirkung in Bezug auf Inzidenz und Schweregrad der Krankheit haben.



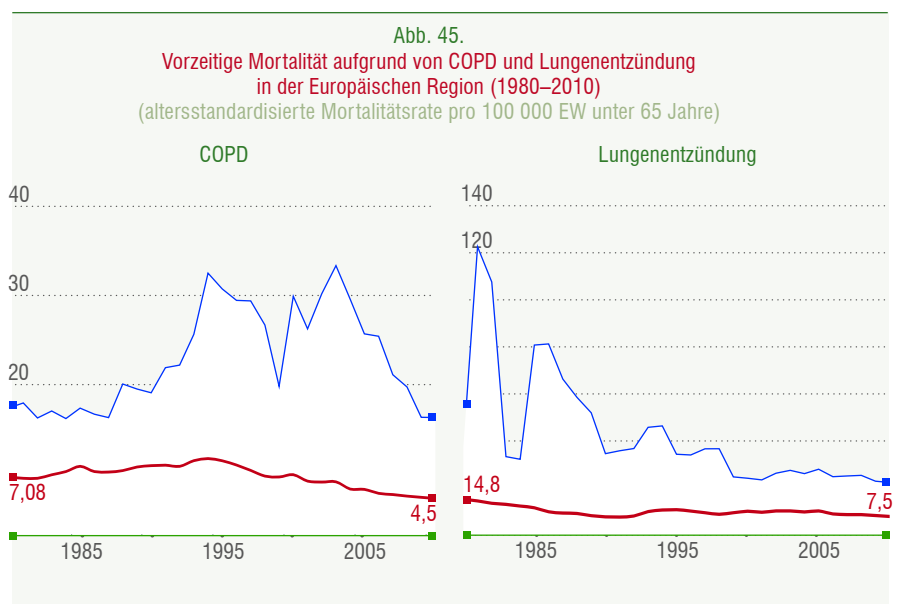
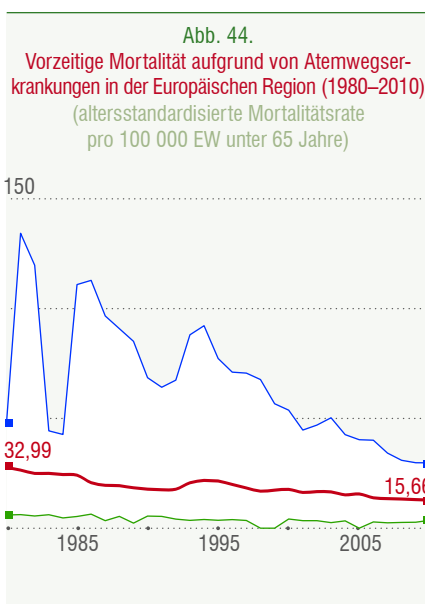
Die Raten für vorzeitige Mortalität aufgrund von Atemwegserkrankungen sind in der Europäischen Region seit Mitte der 1990er Jahre rückläufig, und sind bis 2010 um 40% auf 16 Fälle pro 100 000 EW gesunken (Abb. 44).

COPD und Lungenentzündung sind für die größte Zahl vorzeitiger Todesfälle aufgrund von Atemwegserkrankungen verantwortlich; ihre Mortalitätstrends machen zwei unterschiedliche Szenarien möglich: eines mit sinkenden Raten und eines mit relativ stabilen Raten (Abb. 45). Die Mortalitätsraten aufgrund von COPD (von der Männer häufiger betroffen sind als Frauen) haben in allen Teilen der Region abgenommen, während die Raten für Lungenentzündung im vergangenen Jahrzehnt weitgehend unverändert geblieben sind.

Diese Umstände deuten darauf hin, dass bestimmte Belastungen in Teilen der Europäischen Region zugenommen haben, möglicherweise infolge von Umweltverschmutzung und schlechterer Luftqualität durch Industrialisierung und wachsenden Verkehr, feuchte Wohnbedingungen und schlechte Raumluft. Gleichzeitig können ein verbesserter Zugang zu Therapie und Impfmaßnahmen, bessere Wohnbedingungen und ein erweiterter Umweltschutz mit entsprechenden gesetzlichen Vorschriften sich positiv auf die gesamte Europäische Region auswirken.

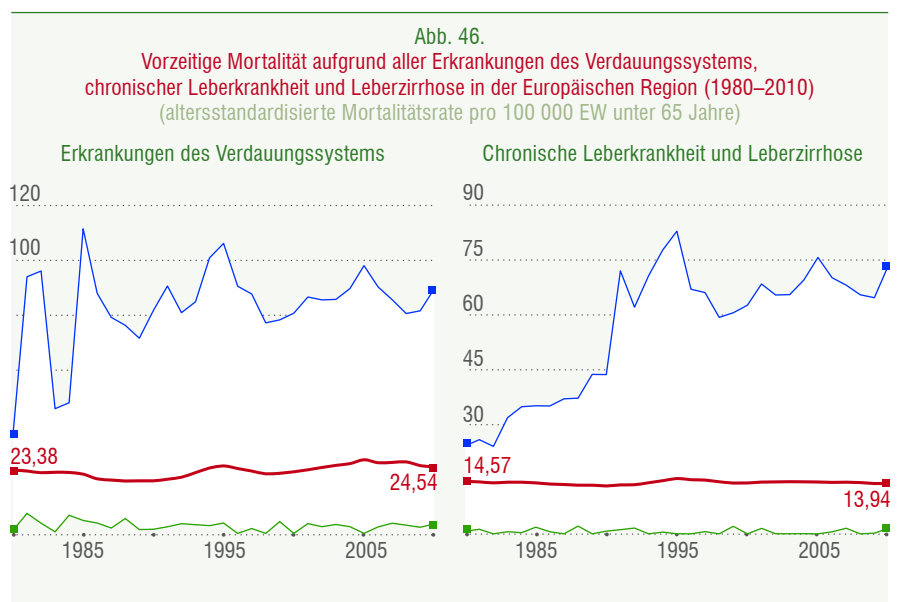
### Erkrankungen des Verdauungssystems

Eine weitere wichtige Gruppe von Todesursachen in der Europäischen Region stellen die Erkrankungen des Verdauungssystems dar, zu denen



chronische Lebererkrankungen und Leberzirrhose sowie Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre gehören. Auf der Ebene der Region hat sich die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund aller Erkrankungen des Verdauungssystems zwischen Ende der 1990er Jahre und 2005 nach oben entwickelt und war in der Folgezeit leicht rückläufig. Die Gesamtrate lag 2010 bei 25 Fällen pro 100 000 EW – ein Netto-Anstieg um 30% in den letzten beiden Jahrzehnten (Abb. 46). Der schädliche Konsum von Produkten wie Alkohol und bestimmten verarbeiteten Lebensmitteln trägt zu diesen Krankheiten bei.

Seit zehn Jahren stagniert die Mortalität aufgrund von chronischer Leberkrankheit und Leberzirrhose (Abb. 46). Chronische Leberkrankheit wird mit einer Reihe viraler Ursachen wie etwa Infektionen mit Hepatitis B und C, aber auch mit Toxinen und Drogenmissbrauch in Verbindung gebracht. Allerdings ist wohl die wichtigste Ursache der Alkoholmissbrauch, besonders wenn er stark und anhaltend ist. Die Mortalität aufgrund von Leberkrankheit und Leberzirrhose wird deshalb oft als Ersatzmaß für die Messung eines breiten Spektrums von durch übermäßigen Alkoholkonsum bedingten Gesundheitsproblemen verwendet. Nach in jüngster Zeit gemeldeten Daten (2006–2010) bewegt sich die vorzeitige Mortalität aufgrund von Leberkrankheit und Leberzirrhose innerhalb der Region in einer Bandbreite zwischen unter 1 und über 70 Fällen pro 100 000 EW (Abb. 47). Allerdings gibt es für diese Erkrankungen teilweise Meldelücken, die auf die mit ihnen verbundene Stigmatisierung zurückzuführen sind.



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (6).

#### Kasten 5. Todesursachen – zentrale Aussagen

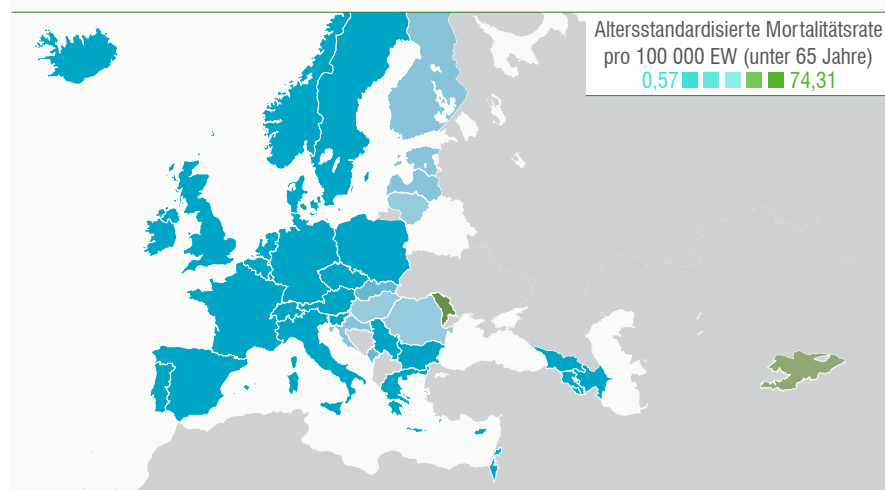
- In der Europäischen Region entfällt ein Großteil der Sterblichkeit auf nichtübertragbare Krankheiten: 2009 waren sie für ungefähr 80% aller Todesfälle verantwortlich.
- Erkrankungen des Kreislaufsystems stellen in der Europäischen Region mit fast 50% aller Todesfälle die wichtigste Ursache für vorzeitigen Tod dar. Neoplasmen folgen mit fast 20% an zweiter Stelle vor äußeren Ursachen (Verletzungen und Vergiftungen), die für 9% aller Todesfälle verantwortlich sind.
- Die krankheitsbedingte Mortalität zeigt in den verschiedenen Teilen der Europäischen Region unterschiedliche Muster; dies trifft in hohem Maße auch auf Vergleiche zwischen Ländern sowie Vergleiche nach Alter und Geschlecht zu.
- Da es eine anhaltende Abnahme der Mortalität aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems und einen dadurch bedingten Anstieg der Lebenserwartung gibt, steigt dadurch – aufgrund der langen Latenzzeiten – auch das Krebsrisiko. Neoplasmen haben in 28 Ländern der Europäischen Region die Erkrankungen des Kreislaufsystems als führende Ursache für vorzeitigen Tod abgelöst.
- Primär- und Sekundärprävention (anstatt einer Beschränkung auf Behandlung) sind wirksame Maßnahmen zur Verringerung der vorzeitigen Mortalität aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems und Neoplasmen. Dort, wo es keine wirksamen Behandlungen gibt, ist die Prävention der einzige Weg zur Verringerung der Folgen, bis Innovationen in der medizinischen Technik zur Verfügung stehen.
- Übertragbare Krankheiten treten in der Europäischen Region zwar seltener auf als in der übrigen Welt, doch nehmen sie auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung weiterhin einen hohen Stellenwert ein. Die größte Besorgnis besteht in Bezug auf Tuberkulose, HIV/Aids und andere sexuell übertragbare Krankheiten sowie Virushepatitis.
- Die Mortalität aufgrund von Infektions- und Parasitenerkrankungen hat sich seit 1990 allmählich erhöht.
- Die Trendmuster für die HIV-Inzidenz sind innerhalb der Europäischen Region unterschiedlich, wobei manche Länder im mittleren und östlichen Teil der Region höhere Raten aufweisen. Die Aids-Inzidenz ist rückläufig, was die Bedeutung einer wirksamen Behandlung von mit HIV lebenden Menschen verdeutlicht.

Es gibt umfassende Belege dafür, dass immer mehr Menschen in der Europäischen Region schon in früheren Lebensphasen Alkohol konsumieren, auch in größeren Mengen und bis zum Rausch. Solche Verhaltensweisen haben allesamt eine Erhöhung der Inzidenz von Krankheit wie auch des Sterberisikos zur Folge. Diese Trends machen eine Intensivierung wirksamer Interventionen zur Verringerung des Alkoholkonsums in der gesamten Europäischen Region erforderlich (21).

### Diabetes

Diabetes stellt aufgrund seiner direkten wie indirekten Folgeerkrankungen ein beträchtliches Problem für die öffentliche Gesundheit in der Europäischen Region dar. Zu diesen Folgen gehören mikrovaskuläre Schäden an Nieren, Nerven und Netzhaut sowie vaskuläre Schäden an Gliedmaßen, Hirn und Herz, die allesamt vielfältige schwerwiegende Auswirkungen haben. Diabetes ist auch ein wesentlicher und häufiger Risikofaktor für Erkrankungen des Kreislaufsystems, mit denen er wiederum einige gemeinsame Risikofaktoren aufweist, etwa ungünstige Ernährung, Bewegungsmangel und Adipositas (s. nachstehenden Abschnitt über Risikofaktoren). Auch wenn die Krankheit relativ leicht zu diagnostizieren ist, so bleibt sie doch in vielen Umfeldern weitgehend unentdeckt; deshalb werden Krankenhauseinweisungen und vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von Diabetes als potenzielle Ersatzindikatoren für die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen vorgeschlagen (22).

Abb. 47.  
Vorzeitige Mortalität aufgrund von Leberkrankheit und Leberzirrhose  
in der Europäischen Region (letzte verfügbare Daten aus dem Zeitraum 2006–2010)



Quelle: Europäische Mortalitäts-Datenbank (11).



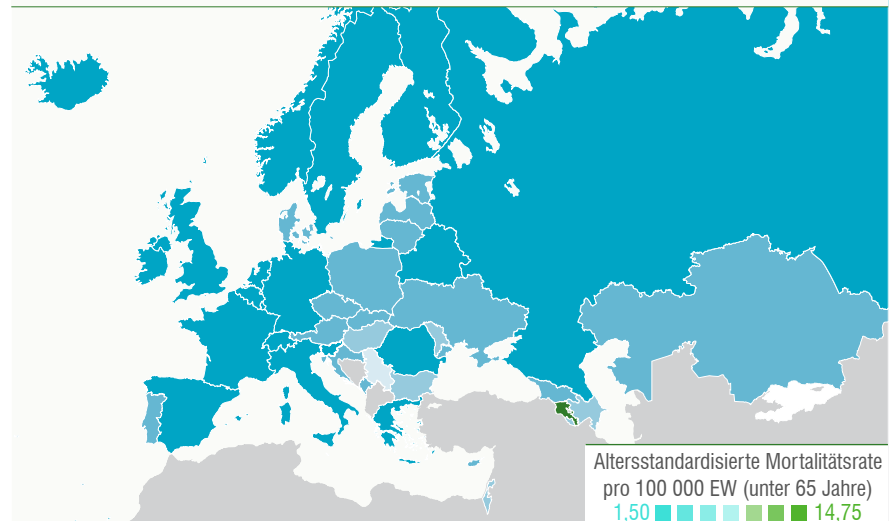
In der Europäischen Region sank die vorzeitige Mortalität aufgrund von Diabetes zwischen 1995 und 2010 um 25% auf 4 Fälle pro 100 000 EW. Doch nach den neuesten Daten herrschen hier erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern (Abb. 48).

## Krankheitslast – Mortalität, Morbidität und Behinderung

Das Leitprinzip des sog. Burden-of-disease-Ansatzes besteht darin, dass die besten Schätzungen zu Inzidenz, Prävalenz und Mortalität gewonnen werden können, wenn eine sorgfältige Analyse aller vorliegenden Informationsquellen in einem Land oder in einer Region bei gleichzeitiger Fehlerkorrektur vorgenommen wird. Als Maßeinheit für die Feststellung der Krankheitslast wurden behinderungsbereinigte Lebensjahre, sog. DALY-Verluste, entwickelt – ein zeitgebundenes Maß, bei dem die durch vorzeitigen Tod verlorenen Lebensjahre mit jenen Lebensjahren kombiniert werden, die aufgrund von mit Gesundheitsproblemen verbrachter Zeit verloren gingen. Als Maßeinheit für Bevölkerungsgesundheit und als Bezugsgröße für die Gesundheitspolitik verdeutlichen DALY-Verluste aufgrund der Art ihrer Berechnung, dass nicht nur Mortalität, sondern auch Morbidität und Behinderung einen signifikanten Teil der Krankheitslast ausmachen (23). Darüber hinaus sind DALY-Verluste ein Lückenmaß, d. h. sie stellen einen Verlust gegenüber einem möglichen

Abb. 48.

Vorzeitige Mortalität aufgrund von Diabetes in der Europäischen Region  
(letzte verfügbare Daten aus dem Zeitraum 2006–2010)



Quelle: Europäische Mortalitäts-Datenbank (11).

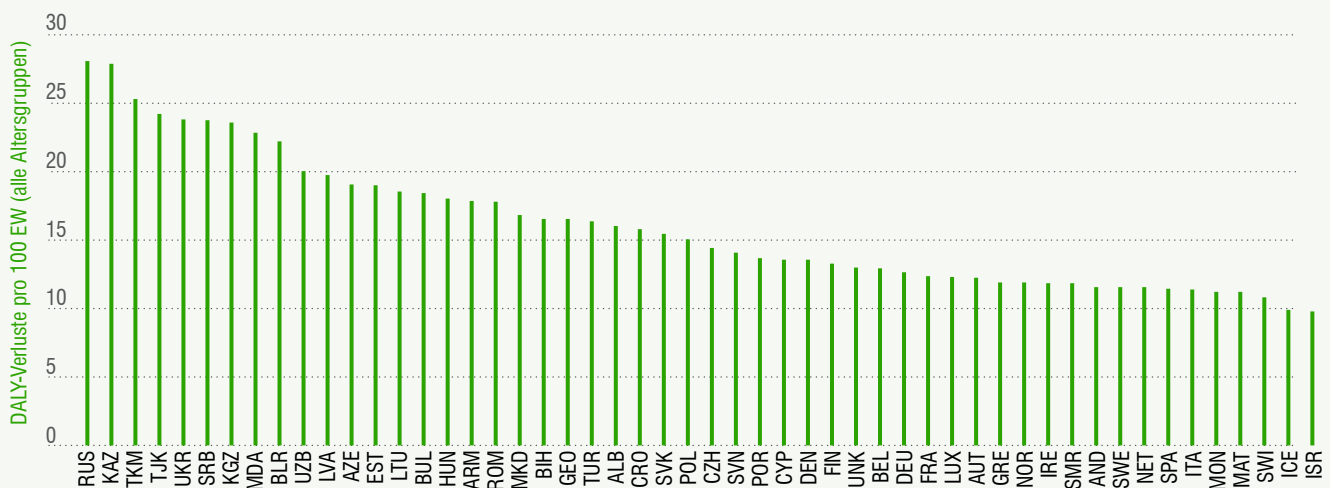
Idealzustand vollkommener Gesundheit dar, bei dem Menschen ohne Krankheit und Behinderung bis in ein Alter leben, das der höchsten beobachteten Lebenserwartung weltweit entspricht.

Und noch zwei weitere Überlegungen machen das DALY-Konzept interessant: als Maßeinheit erleichtert es länderübergreifende Vergleiche; und es kann aufgeschlüsselt und mit zugrunde liegenden Determinanten, Risikofaktoren und Interventionen verknüpft werden, um Risiken, Effektivität und Kosteneffektivität (Effizienz) zu bewerten. Die Verteilung von (erlittenen oder vermiedenen) DALY-Verlusten kann auch in eine Analyse aus der Sicht der Chancengleichheit einfließen. Zusammen können diese Informationen zur Prioritätensetzung beitragen und auf der nationalen Ebene und der Ebene der Region Erkenntnisse darüber liefern, welche Interventionen am erfolgreichsten DALY-Verluste vermeiden helfen.

Die Verteilung der Gesamtkrankheitslast in der Europäischen Region für das Jahr 2004 zeigt zwischen den Ländern eine Bandbreite von 10 bis 28 geschätzten DALY pro 100 EW: einen Unterschied um fast den Faktor drei zwischen den am meisten und den am wenigsten begünstigten Ländern (Abb. 49). Dabei lagen die DALY-Verluste von Männern um ca. 20% höher als die von Frauen.

Prognosen über DALY-Verluste fließen auch in die Gesundheitspolitik und in die Prioritätensetzung ein. Um Vergleiche von Schätzungen aus Daten von 2004 und prognostizierten Zahlen erlittener DALY-Verluste für drei Zeiträume (2008,

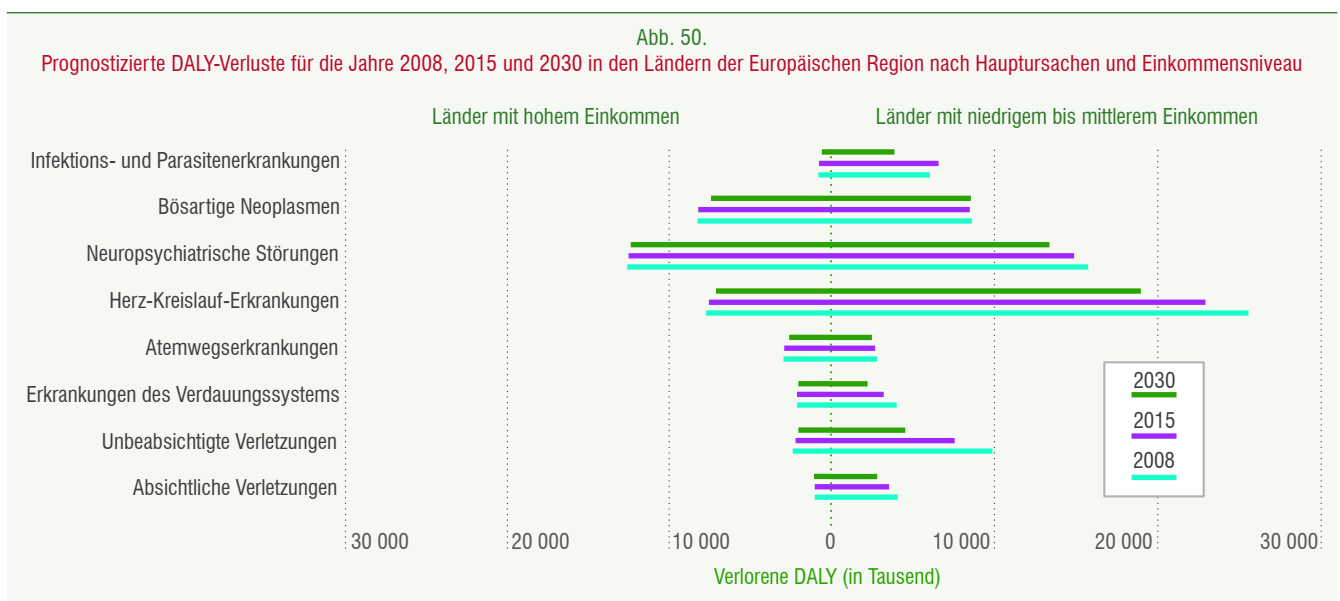
Abb. 49.  
DALY-Verluste pro 100 EW  
in den Ländern der Europäischen Region (2004)



2015 und 2030) zu ermöglichen, werden die Daten für die wichtigsten Ursachen präsentiert, wobei die Länder nach Einkommen in Gruppen zusammengefasst werden (Abb. 50).

Die Daten unterstreichen mehrere Tatsachen. Erstens ist innerhalb der Europäischen Region die Gesamtzahl der erlittenen DALY-Verluste in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen doppelt so hoch wie in Ländern mit hohem Einkommen. Dies bedeutet, dass auf erstere Gruppe etwa zwei Drittel der erlittenen DALY-Verluste entfallen, obwohl sie nur gut die Hälfte der Bevölkerung der Region ausmacht. (Zur Klassifikation der Länder der Europäischen Region nach Einkommen s. Anhang 1.)

Neben dem Ausmaß unterscheidet sich auch die Verteilung der Krankheitslast je nach dem Einkommen der Länder. So dominieren in den Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen die Krankheiten des Kreislaufsystems, gefolgt von den neuropsychiatrischen Störungen, während die Länder mit hohem Einkommen hohe Raten neuropsychiatrischer Störungen und daneben vor allem Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufweisen. Krebserkrankungen sind in beiden Gruppen für eine ähnliche Zahl von DALY verantwortlich. Mit Ausnahme einer erwarteten Zunahme von Infektions- und Parasitenerkrankungen bei unverändertem Auftreten von Krebserkrankungen in den Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen ist die Krankheitslast für alle Ursachen tendenziell rückläufig. Nach Prognosen dürfte der Rückgang zwischen 2008 und 2015 niedriger und zwischen 2015 und 2030 höher ausfallen, insbesondere in den Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen.



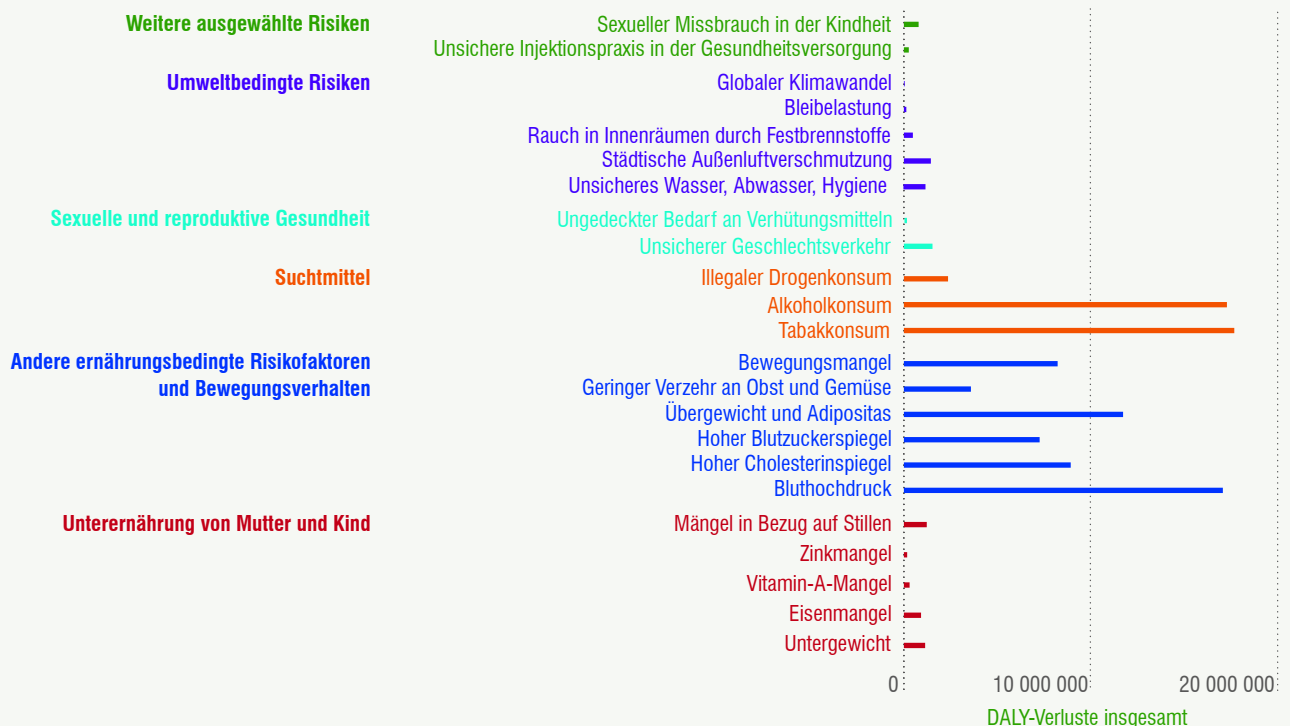
### Kasten 6. Krankheitslast – zentrale Aussagen

- Nicht nur die Mortalität, sondern auch Morbidität und Behinderung haben einen Anteil an der Krankheitslast. Die Verwendung von DALY als über die Mortalität hinausgehendem Instrument für die Bewertung des Gesundheitsstatus bietet einen zusätzlichen Blickwinkel im Evaluationsprozess.
- Die Verteilung der Gesamtkrankheitslast in der Europäischen Region für das Jahr 2004 zeigt zwischen den Ländern eine Bandbreite von 10 bis 28 geschätzten DALY pro 100 EW.
- Die Krankheitslast ist innerhalb der Europäischen Region ungleich verteilt. Die Gesamtzahl der erlittenen DALY-Verluste ist in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen doppelt so hoch wie in Ländern mit hohem Einkommen.
- DALY-Verluste werden auf die führenden Risikofaktoren in der Europäischen Region zurückgeführt, was eine Ermittlung der wichtigsten Handlungsbereiche wie Ernährung, Bewegungsförderung und Bekämpfung von Suchtmitteln ermöglicht – mit der primären Zielsetzung, Übergewicht und Adipositas, hohe Cholesterinwerte und Bluthochdruck sowie Alkohol- und Tabakkonsum zu bekämpfen.

Darüber hinaus wird die Gesamtzahl der erlittenen DALY-Verluste auf eine Reihe führender Risikofaktoren in der Europäischen Region zurückgeführt (Abb. 51). Deshalb ist es nun möglich, die wichtigsten Handlungsbereiche für die Entwicklung kosteneffektiver Interventionen zu benennen, etwa Ernährung, Bewegungsförderung, Bekämpfung von Suchtmitteln – mit der primären Zielsetzung, Übergewicht und Adipositas, hohe Cholesterinwerte und Bluthochdruck sowie Alkohol- und Tabakkonsum zu bekämpfen. In weiteren Arbeiten zur Zusammenführung von Kosteneffektivitätsanalysen mit Konzepten zur Untersuchung der Verteilung von Angeboten und Leistungen in allen Teilen der Bevölkerung (einschließlich bestimmter Untergruppen) müssten auch Fragen der Chancengleichheit erörtert werden (s. nachstehenden Abschnitt über Risikofaktoren).

Auch wenn die Methoden ständig verfeinert werden, so kann doch die Zusammenstellung und Analyse solcher Daten auf der nationalen, regionalen oder globalen Ebene beim Aufbau von kausalen Modellen oder Pfadmodellen für eine bestimmte Krankheit oder Gruppe von Krankheiten eine nützliche Rolle spielen. Solche Modelle können Einsichten in für Interventionen geeignete

Abb. 51.  
Geschätzte DALY-Verluste nach Risikofaktoren in der Europäischen Region (2004)



Bereiche und Ebenen liefern und es ermöglichen, Maßnahmen zu bestimmen, die eine ressortübergreifende Beteiligung zur Reduzierung der Krankheitslast insgesamt – und nicht nur der Mortalität – erfordern.

---

## Risikofaktoren

Eine wichtige Komponente der Krankheitsprävention und -bekämpfung wie auch der Gesundheitsförderung ist das Verständnis der zugrunde liegenden Ursachen, also der Risikofaktoren, der Determinanten des Gesundheitssystems und der allgemeinen sozioökonomischen Determinanten (z. B. soziale Determinanten von Gesundheit), die Ausmaß und Verteilung von Krankheit bestimmen. Bei den in den vorangegangenen Abschnitten untersuchten großen Gruppen von Krankheiten, die in hohem Maße für Mortalität, Morbidität und Behinderung verantwortlich sind, tragen vor allem zwei Risikofaktoren zu Mehrfacherkrankungen bei, für die daher weiter vorrangiger Handlungsbedarf herrscht: Tabakkonsum und schädlicher Alkoholkonsum. Aus der Perspektive der Europäischen Region betrachtet, verweilt die Prävalenz in allen Bevölkerungen auf hohem Niveau, obwohl die für ein Vorgehen gegen beide Risikofaktoren erforderlichen Erkenntnisse und Technologien vorhanden sind.

---

## Rauchen

In der Europäischen Region hat die Prävalenz des regelmäßigen Rauchens (als wichtigstem Bestandteil des Tabakkonsums) in der Altersgruppe über 15 Jahre im Durchschnitt 27% erreicht (Abb. 52); dies geht aus Daten hervor, die von insgesamt 37 Ländern um das Jahr 2008 gemeldet wurden. Generell rauchen doppelt so viele Männer wie Frauen. Allerdings zeichnet sich ab, dass die Prävalenz unter Frauen zunimmt und sich allmählich der unter Männern annähert (keine Daten dargestellt), besonders in Ländern, in denen das Niveau auf oder unter dem Durchschnitt für Männer in der Europäischen Region liegt.

Die Bezahlbarkeit von Tabakerzeugnissen, die durch die Preise bestimmt wird, kann die Prävalenz des Rauchens beeinflussen; mit anderen Worten: Niedrigere Zigarettenpreise begünstigen eine höhere Prävalenz. Nach Daten aus allen Teilen der Europäischen Region liegen die Zigarettenpreise zwischen 1 und über 10 US-\$ pro Packung (25). Als Antwort auf die aggressive Vermarktung von Tabakerzeugnissen an Jugendliche, Frauen und Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status sind ähnlich aggressive und gut abgestimmte Gesundheitskonzepte erforderlich, wie sie in dem Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (26) erläutert werden, das bisher weltweit von 168 Ländern ratifiziert wurde. In der Europäischen Region

sind ihm bisher 47 Mitgliedstaaten sowie die Europäische Kommission als Vertragsparteien beigetreten.

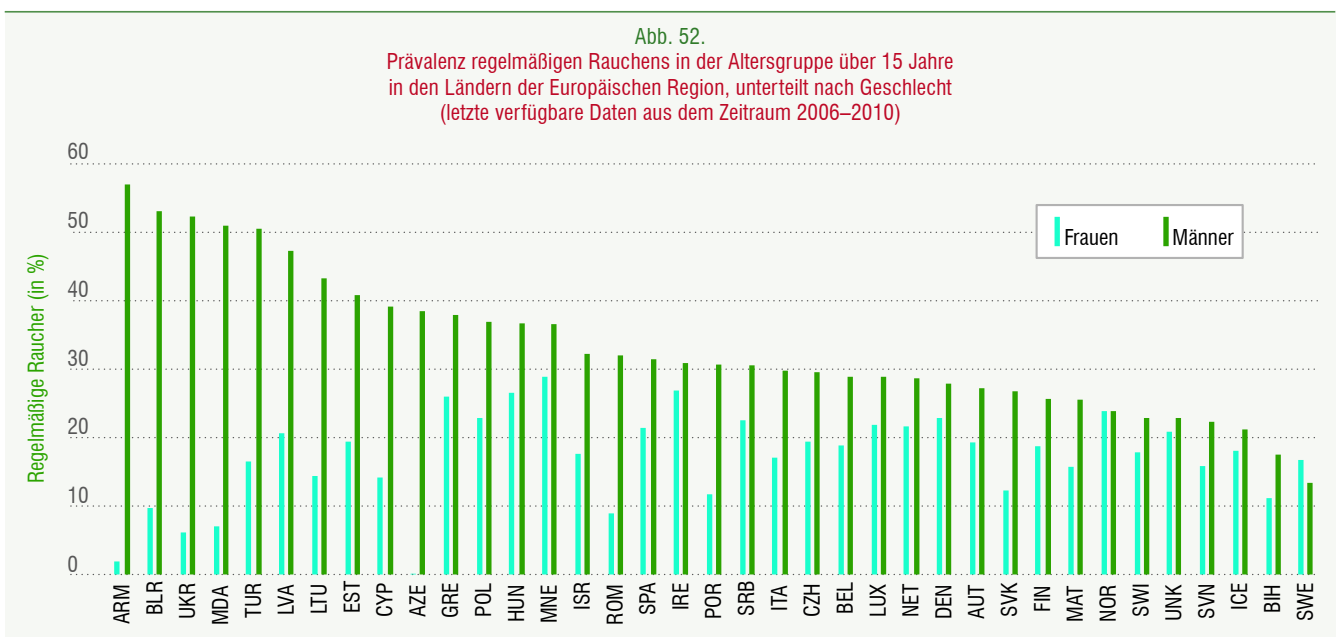
## Alkoholkonsum

Der Alkoholkonsum ist ein weiterer wesentlicher Faktor, der Häufigkeit und Schweregrad von Krankheit bestimmt. Er ist für knapp 6,5% aller Todesfälle in der Europäischen Region verantwortlich (27). Der geschätzte Pro-Kopf-Konsum in der Europäischen Region blieb in den vergangenen zehn Jahren nach Daten aus 48 Ländern mit durchschnittlich 10,6 Litern (Stand: 2007) nahezu unverändert (Abb. 53). Doch der geschätzte Durchschnittsverbrauch ist von Land zu Land stark unterschiedlich und liegt zwischen 21 Litern und weniger als 0,5 Litern pro Kopf.

Neben der Menge spielt auch die Art des Alkohols eine Rolle, denn je höher der Alkoholgehalt eines Getränks, desto größer die schädlichen gesundheitlichen Folgen. Der Konsum von Bier, Wein und Spirituosen ist innerhalb der Europäischen Region sehr uneinheitlich. Länder mit einem höheren Spirituosenverbrauch weisen auch eine höhere alkoholbedingte Krankheitslast auf. Wie das Rauchen werden auch übermäßiger Alkoholkonsum und Rauschtrinken (das als ein sporadischer exzessiver Konsum von über 50 g reinem Alkohol mindestens einmal pro Woche definiert wird) durch sozioökonomische Determinanten und die Bezahlbarkeit von Alkohol

Abb. 52.

Prävalenz regelmäßigen Rauchens in der Altersgruppe über 15 Jahre in den Ländern der Europäischen Region, unterteilt nach Geschlecht (letzte verfügbare Daten aus dem Zeitraum 2006–2010)



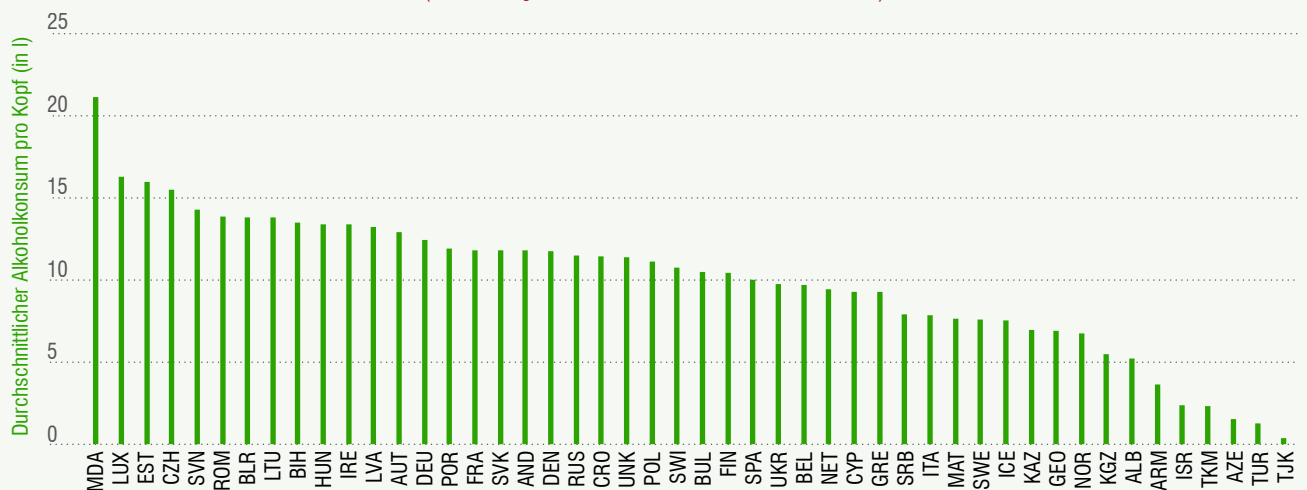
bestimmt, was sich nachweislich negativ auf die Gesundheit auswirkt (28). Daten aus einzelnen Ländern belegen, dass die Häufigkeit des Rauschtrinkens bei niedrigen Alkoholpreisen tendenziell zunimmt. Es gibt Hinweise aus allen Teilen der Europäischen Region darauf, dass ein stark erhöhter Alkoholkonsum und häufiges Rauschtrinken eine Zunahme von Krankheiten des Kreislaufsystems und von vorzeitigen Todesfällen bewirken können (29,30). So kam vor kurzem eine Untersuchung zu dem Ergebnis, dass bei einer Senkung der Alkoholpreise ähnlich wie bei einer Aufhebung anderer Zugangs- und Nutzungsbeschränkungen die Zahl alkoholbedingter Todesfälle in der Altersgruppe von 40 bis 69 Jahren um 17% bis 40% zunahm (31). Nach Informationen aus der gesamten Europäischen Region sind für erfolgreiche Lösungsansätze zur Reduzierung der schädlichen Auswirkungen von Alkoholmissbrauch abgestimmte Anstrengungen zur Verwirklichung eines gemeinsamen Ziels erforderlich, an denen verschiedene Politikbereiche (u. a. die Gesundheitspolitik) beteiligt sind.

## Umweltbedingte Faktoren

Unterschiede hinsichtlich des Zugangs zu oder der Exposition gegenüber verschiedenen Umweltfaktoren im gesamten Lebensverlauf haben bekanntermaßen Auswirkungen auf das Auftreten von schwerwiegenden Gesundheitsproblemen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Erkrankungen des Verdauungsystems und Neoplasmen, aber auch auf äußere Todesursachen; darüber hinaus wirken sie sich auch auf den

Abb. 53.

Durchschnittlicher Alkoholkonsum pro Kopf in der Altersgruppe über 15 Jahre in den Ländern der Europäischen Region (letzte verfügbare Daten aus dem Zeitraum 2006–2010)



Schweregrad von Krankheit und Behinderung aus. Das gesundheitliche Profil und die Krankheitslast der Bevölkerung werden direkt oder indirekt durch eine Reihe von Faktoren positiv oder negativ beeinflusst:

- den Zugang zu sauberem Trinkwasser und einer geregelten Sanitärversorgung;
- ungünstige Wohnbedingungen (z. B. Feuchtigkeit, schlechte Raumluft, beengte Wohnverhältnisse);
- Straßenverkehrssicherheit (z. B. Zustand von Straßen und Fahrzeugen, Gebrauch von Schutzausrüstung, Geschwindigkeitsbegrenzungen);
- unzureichende Luftqualität (z. B. aufgrund von Partikelemissionen, Gasen, giftigen Dämpfen oder Schimmel);
- Arbeitsbedingungen (u. a. Beschäftigungsbedingungen, Berufsrisiken);
- Exposition gegenüber extremen Klimabedingungen (Hitze oder Kälte).

Informationen über Pfade von Umweltfaktoren bis hin zum Auftreten von Krankheit sowie über Messgrößen für Ausmaß und Verteilung sind eine entscheidende Voraussetzung für die Verbesserung von Konzepten und die Beobachtung und Evaluation ihrer Auswirkungen.

Eine kurze Erörterung von Fragen der Beobachtung und Interpretation von Daten, z. B. über Luftqualität, vermittelt einen Eindruck von der potenziellen Bedeutung solcher Einflussfaktoren. Luftqualität ist eine wesentliche Voraussetzung für Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen, die eine grenzüberschreitende Dimension hat. Dennoch wird die Gesundheit der Bürger in der Europäischen Region durch Luftverschmutzung weiterhin erheblich bedroht. Nun, da die gesundheitlichen Auswirkungen der Luftverschmutzung immer deutlicher erkennbar werden, bemühen sich die Länder in allen Teilen der Region verstärkt um bessere Beobachtungsverfahren. Dementsprechend stehen inzwischen immer mehr Daten über Partikelemissionen – einen der grundlegenden Indikatoren für Luftqualität – und deren schädliche Folgen zur Verfügung.

Anhand solcher verbesserter Informationen können Konzepte und Leitlinien entworfen, erörtert, verfeinert und umgesetzt werden. So gibt die WHO (32) für die Exposition gegenüber Partikelemissionen mit einem aerodynamischen Durchmesser von weniger als 10 Mikrometer (PM<sub>10</sub>) einen Richtwert von durchschnittlich jährlich 20 µg/m<sup>3</sup> vor, bei dessen Überschreitung erhöhte umweltbedingte Gesundheitsrisiken drohen. Dennoch wurden in der Europäischen Region schon bei niedrigeren durchschnittlichen Expositionen (10 µg/m<sup>3</sup>) negative gesundheitliche Auswirkungen (auf Atemwegs- und Kreislauferkrankungen) festgestellt (33).

Die Luftqualität ist innerhalb der Europäischen Region sehr uneinheitlich. So lag im Zeitraum 2006–2009 der für PM<sub>10</sub> beobachtete Mittelwert der



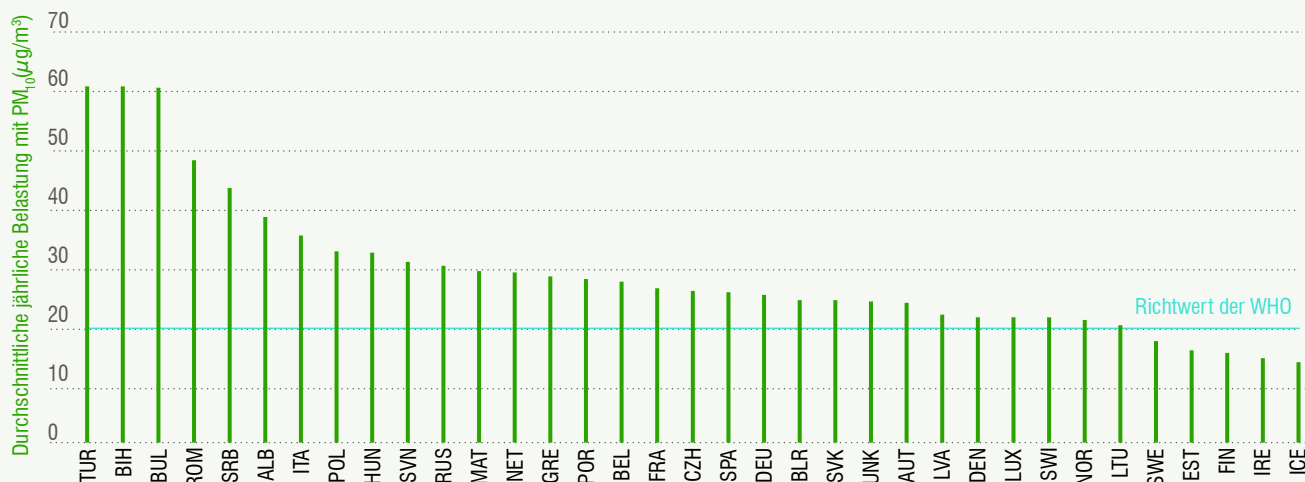
### Kasten 7. Risikofaktoren – zentrale Aussagen

- Zwei der Hauptrisikofaktoren für schwerwiegende Erkrankungen sind allseits bekannt: Rauchen und schädlicher Alkoholkonsum. Zu ihrer Bekämpfung gibt es eine Reihe bereichsübergreifender Interventionen.
- Auch wenn zahlreiche Länder eine Vielzahl von Strategien zur Bekämpfung des Tabakgebrauchs eingeführt haben, so betrug doch die Prävalenz des Rauchens in der Altersgruppe der über 15-Jährigen um das Jahr 2008 etwa 27%. Ein wesentlicher Faktor, der meist die Prävalenz des Rauchens beeinflusst, ist die Bezahlbarkeit (Zigarettenpreise).
- Nach Schätzungen der WHO ist Alkoholkonsum für knapp 6,5% aller Todesfälle in der Europäischen Region verantwortlich. Wie mit Rauchen wirken sich auch bei Alkohol Bezahlbarkeit und Verfügbarkeit in erheblichem Maße auf den Konsum aus; dies trifft insbesondere auf das schwer gesundheitsschädliche Rauschtrinken zu.
- Unterschiede hinsichtlich des Zugangs zu oder der Exposition gegenüber verschiedenen Umweltfaktoren im gesamten Lebensverlauf bilden einen Risikofaktor für das Auftreten schwerwiegender Gesundheitsprobleme. So ist beispielsweise die Luftqualität innerhalb der Europäischen Region sehr uneinheitlich. In den Ländern liegt der Mittelwert für PM<sub>10</sub> mit 26 µg/m<sup>3</sup> oberhalb des von der WHO festgelegten Richtwerts von 20 µg/m<sup>3</sup>.

Länder mit 26 µg/m<sup>3</sup> oberhalb des von der WHO festgelegten Richtwerts. Die vorliegenden Daten belegen in Bezug auf die Exposition gegenüber PM<sub>10</sub> Unterschiede zwischen den Ländern um etwa den Faktor vier: von 14 µg/m<sup>3</sup> bis zu 61 µg/m<sup>3</sup> (Abb. 54). Insgesamt wurden aus 80% der 35 Länder, aus denen Daten vorliegen, Belastungen oberhalb des allgemeinen Schwellenwerts gemeldet; 15% meldeten sogar Werte, die mindestens doppelt so hoch waren wie dieser Wert. Aus einem vor kurzem erschienenen Bericht über die Folgen von Luftbelastung für die Gesundheit der Bevölkerung, der sich allerdings auf die Situation in den EU-Staaten bezieht, geht hervor, dass die Luftverschmutzung für eine Verringerung der Lebenserwartung um durchschnittlich acht Monate verantwortlich ist; in den am stärksten belasteten Städten können es sogar über zwei Jahre sein (34). Hierbei sei darauf hingewiesen, dass die verfügbaren Daten aus den Ländern Europas meist Messungen aus Hauptstädten oder anderen größeren Städten beinhalten und somit wohl oftmals das Ausmaß der Belastung durch schlechte Luftqualität für die Gesamtbevölkerung im Land überschätzt wird.

Die Daten in diesem Abschnitt zeigen einige der wichtigsten Risikofaktoren, geben aber nur einige Beispiele für die Komplexität der Wechselwirkungen zwischen einer Reihe von Risikofaktoren, Krankheitsprozessen und Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung in der Europäischen Region. Diese Prozesse werden weiterhin durch Interaktionen mit übergeordneten sozialen Determinanten von Gesundheit geprägt, die die gesundheitlichen Ungleichheiten entweder mildern oder verschärfen können, wie in den nachstehenden Abschnitten erläutert wird.

Abb. 54.  
Durchschnittliche jährliche Luftbelastung mit PM<sub>10</sub> in Großstädten in der Europäischen Region  
(letzte verfügbare Daten aus dem Zeitraum 2006–2009)



## Soziale Determinanten und gesundheitliche Ungleichheiten

Ungleichheiten im Gesundheitsbereich deuten auf Unterschiede oder Ungleichgewichte in Bezug auf den Zugang zu Gesundheitsförderungsangeboten oder Gesundheitsleistungen oder die Verteilung der Krankheitslast (Morbidität, Behinderung und Mortalität) sowie der positiven Gesundheit im Kontext von Wohlbefinden voraus. Diese Unterschiede können auf biologische oder genetische Faktoren zurückzuführen sein; so sind beispielsweise Männer in der Regel größer als Frauen. Gesundheitliche Ungleichgewichte sind solche Unterschiede im Gesundheitsbereich, die unnötig, vermeidbar und ungerecht sind (35). Gesundheitliche Ungleichgewichte finden sich in allen Ländern wie auch zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen innerhalb von Ländern. Die vorliegende Evidenz belegt, dass Faktoren, die sich auf gesundheitliche Ungleichgewichte auswirken, systematisch angeordnet und nicht beliebig verteilt sind.

Die Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit (CSDH) definiert den Begriff „gesundheitliche Chancengleichheit“ als „das Freisein von ungerechten und vermeidbaren bzw. behebbaren gesundheitlichen Unterschieden zwischen Bevölkerungsgruppen, die durch soziale, ökonomische, demografische oder geografische Merkmale definiert sind“ (36). Zahlreiche Studien, die von der Kommission herangezogen wurden, kommen zu dem Schluss, dass manche der zwischen den Ländern bzw. zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen auftretenden Unterschiede im Gesundheitsbereich als gesundheitliche Ungleichgewichte zu bezeichnen sind. Ein Teil dieser Unterschiede (der je nach Gesundheitsproblem zwischen 25% und 75% liegt) ist nicht nur auf körperliche Gesundheitsfaktoren, sondern auch in zunehmendem Maße auf soziale Faktoren zurückzuführen, die sich politisch beeinflussen lassen. In dem Bericht der CSDH wird eingeräumt, dass gesundheitliche Ungleichgewichte meist auf ein Versagen der Politik hindeuten und ungerechte Diskrepanzen in Bezug auf die Lebensbedingungen im Alltag wie auch den Zugang zu Macht und Ressourcen und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben widerspiegeln.

Die CSDH kommt ebenso wie ein vor kurzem veröffentlichter Bericht des WHO-Regionalbüros für Europa (37) zu dem Schluss, dass gesundheitliche Ungleichgewichte auf komplexen Ursachen beruhen. Darüber hinaus spiegeln Ungleichheiten häufig systematische soziale, politische, historische, ökonomische und umweltbedingte Einflussfaktoren wider, die mit den im Lebensverlauf akkumulierten biologischen Faktoren interagieren und oft über mehrere Generationen weitergegeben werden. Der Begriff „soziale Determinanten“ wird oft als Schlagwort für alle diese Faktoren benutzt, die manchmal auch als die „Ursachen der Ursachen“ bezeichnet werden, was ihren grundlegenden Einfluss auf die Entstehung von Krankheit und die Verteilung von Gesundheit innerhalb der Bevölkerung oder zwischen Ländern verdeutlicht. Außerdem ist

auch das Gesundheitssystem selbst eine maßgebliche soziale Determinante von Gesundheit, die bestehende gesundheitliche Ungleichgewichte entweder mildern oder verschärfen kann. Das Konzept umfasst die Gesamtheit der sozialen Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen und wird manchmal als „die sozialen Bedingungen, unter denen das Leben stattfindet“ definiert (38).

Vor diesem Hintergrund stellen gesundheitliche Ungleichgewichte eine bedeutende Priorität für die Europäische Region dar. Sie nehmen kontinuierlich zu und treten in vielerlei Form auf – von fehlendem Zugang zur Gesundheitsversorgung bis zu einer erhöhten vorzeitigen Mortalität – und beeinträchtigen die soziale Entwicklung und das Wohlbefinden der Menschen. Zu den Voraussetzungen für die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichgewichte gehört es, über ihr Ausmaß und ihre Verteilung (relativ wie absolut) Bescheid zu wissen und zu verstehen, wie sich die Pfade von sozialen Determinanten, anderen Zwischenfaktoren und Gesundheitssystemen letztendlich auf Krankheitslast, Gesundheit und Wohlbefinden auswirken.

---

## Sozioökonomische Determinanten

Einkommensniveau, Beschäftigung und Bildungsstand gehören zu den wichtigsten sozialen Determinanten von Gesundheit und beeinflussen ihrerseits eine Vielzahl anderer mittelbarer Determinanten. Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf in einem Land in einem bestimmten Jahr ist der am häufigsten verwendete Gradmesser für Einkommen und weist oft eine positive Korrelation mit dem Lebensstandard auf.

Mit einem jährlichen Durchschnittseinkommen von ca. 24 000 US-\$ pro Kopf (Stand: 2009) zählt die Europäische Region insgesamt gesehen zu den wohlhabendsten weltweit. Auch wenn das Pro-Kopf-Einkommen seit 1990 in der gesamten Europäischen Region steigt, so deuten doch Daten aus 50 der 53 Länder der Region darauf hin, dass hier eine enorme Spannweite besteht: von weniger als 700 US-\$ bis über 105 000 US-\$ (Abb. 55).

Dennoch werden die Verbesserungen der vergangenen Jahrzehnte in Bezug auf das Einkommensniveau in den meisten Ländern der Region durch den aktuellen Wirtschaftsabschwung gefährdet, dessen Auswirkungen oft noch nicht bewertet wurden. Auch gibt das durchschnittliche Pro-Kopf-Einkommen keinen Aufschluss über die Entwicklung der Einkommensverteilung innerhalb eines Landes, etwa über die Frage, ob sich Einkommensniveau und -verteilung zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen in ausgewogener oder unausgewogener Weise entwickeln.

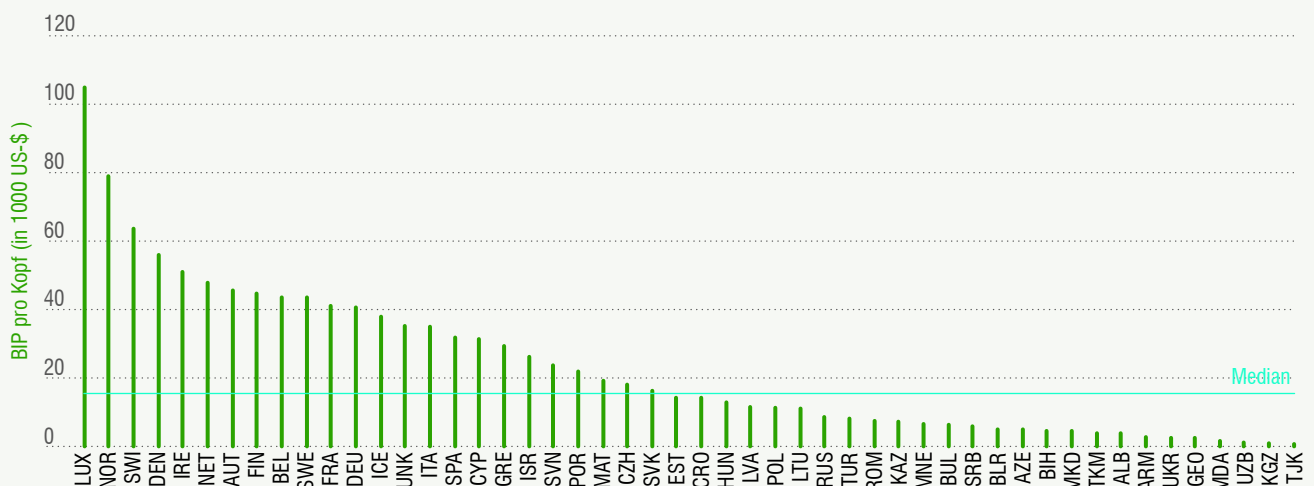
Die enge Verknüpfung zwischen dem Pro-Kopf-Einkommen und der Mortalitätsrate ist hinreichend belegt. In Abb. 56 wird dies anhand der

vorzeitigen Mortalität aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems veranschaulicht. In Ländern mit einem durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen von unter 20 000 US-\$ liegt die Mortalitätsrate aufgrund von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems über dem Mittel der Europäischen Region und steigt tendenziell mit sinkendem Einkommen rasch an. Dies deutet auf eine erhebliche gesundheitliche Ungleichheit hin, die in Bezug auf das Verständnis der kausalen Zusammenhänge und der sozialen Prozesse, die zur Entstehung bzw. Aufrechterhaltung solcher Mortalitätsraten geführt haben, mehr Aufmerksamkeit verdient. Ein weiterer Einflussfaktor ist die Antwort auf die Frage, in welchem Maße solche zugrunde liegenden Ursachen als gesundheitliche Ungleichgewichte anzusehen sind. Ferner stellen sinkende Einkommen und eine zunehmende Krankheitslast eine bedeutende Herausforderung dar, da das Ausmaß der Krankheitslast sich negativ auf die gegenwärtige wie künftige ökonomische Entwicklung auswirkt.

Eine Reihe von Indikatoren für Mortalität sind in allen Teilen der EU mit ähnlichen Mustern gesundheitlicher Ungleichheiten verknüpft. Ein solcher Indikator ist die sog. „beeinflussbare Sterblichkeit“, bei der die vorzeitigen und durch bekannte Maßnahmen der Gesundheitsversorgung und der öffentlichen Gesundheitsdienste weitgehend vermeidbaren Todesfälle erfasst und so die Ungleichgewichte im Gesundheitsbereich aufgezeigt werden; sie kann als ein Indikator für die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme dienen. Das in der EU verwendete Konzept der beeinflussbaren Mortalität veranschaulicht eine Möglichkeit zur Dokumentierung wichtiger gesundheitlicher Ungleichheiten innerhalb der Region, zur Untersuchung damit zusammenhängender Faktoren und zur Beantwortung

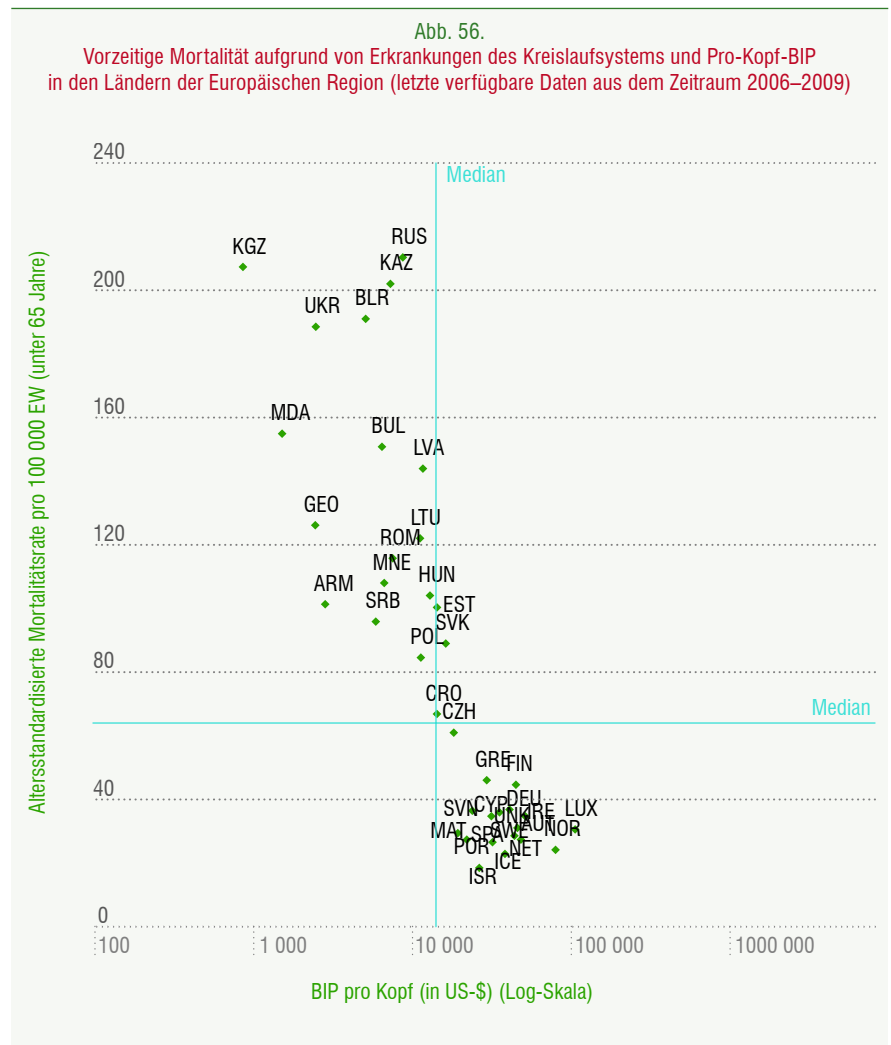
Abb. 55.

BIP pro Kopf in den Ländern der Europäischen Region (2009)



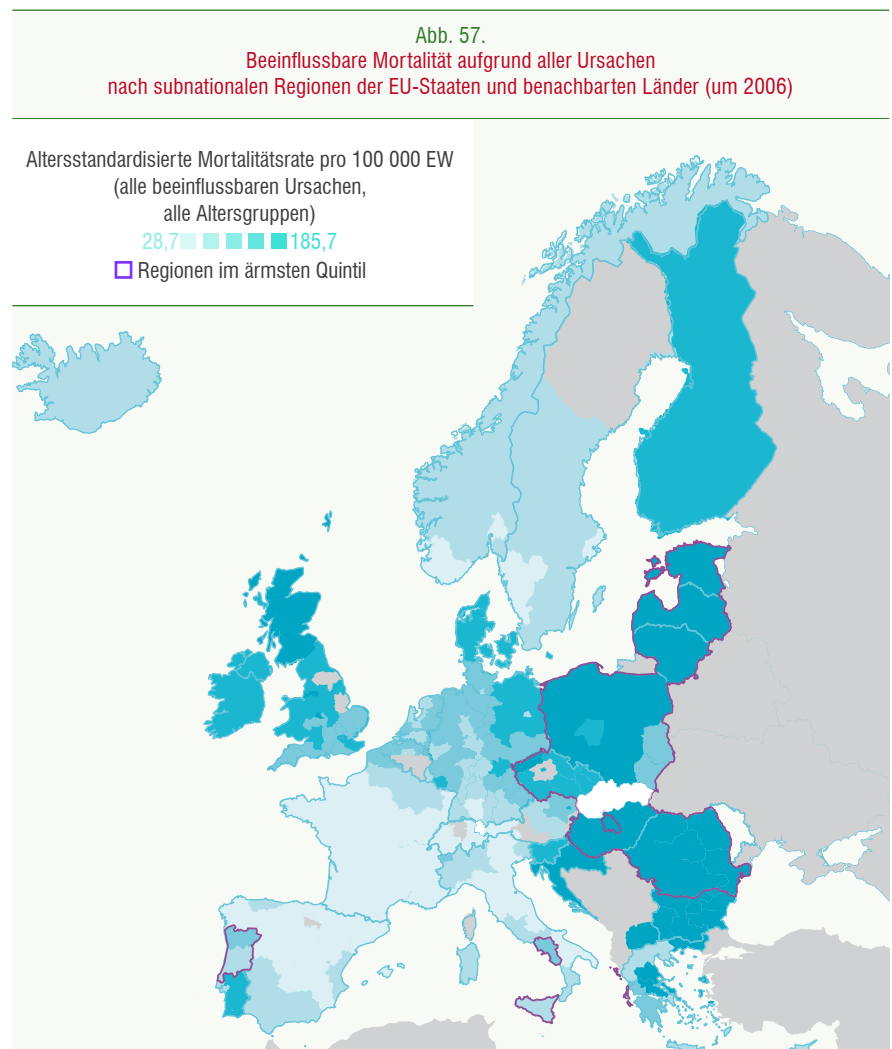
der Frage, ob solche Unterschiede potenziell vermeidbar sind. So zeigt sich beispielsweise in Analysen, dass zwischen dem verfügbaren Einkommen (das eine Person bzw. ein Haushalt ausgeben oder ansparen kann, also dem Nettoeinkommen nach Bezahlung sämtlicher Steuern oder anderer gesetzlich vorgeschriebener Gebühren) und der beeinflussbaren Mortalität ein Zusammenhang besteht: je geringer das verfügbare Einkommen, desto höher die Sterblichkeit.

Konzepte, die die Veranschaulichung gesundheitlicher Ungleichheiten ermöglichen, können weitere Erkenntnisse bringen. 2007 startete das WHO-Regionalbüro für Europa zusammen mit der Europäischen Kommission ein Projekt mit dem Titel „Ungleichheiten in Bezug auf die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme und die sozialen Determinanten in Europa – Instrumente für Bewertung und Informationsaustausch“ (39), in dem eine Reihe interaktiver



Atlanten entwickelt wurden, um die Evidenzgrundlage für die Ermittlung und Analyse sozialer Ungleichheiten im Gesundheitsbereich zu verbessern (20) (s. Kasten 10 in Kapitel 2). In dem Projekt wurden statt aggregierter Daten aus den EU-Staaten Daten aus den 281 subnationalen Regionen der EU untersucht. Eine Kartierung dieser Daten über die beeinflussbare Mortalität (aufgrund aller Ursachen) für jede dieser Regionen zeigt ein geografisches Gefälle, bei dem die Mortalitätsraten im östlichen und nordwestlichen Teil der EU höher sind, auch wenn bestimmte Regionen in anderen Teilen der EU ebenfalls erhöhte Raten aufweisen (Abb. 57)

Die violette Markierung zeigt die EU-Regionen im ärmsten Quintil (die 20% der 281 Regionen mit den niedrigsten Pro-Kopf-Einkommen). In dieser zusätzlichen Schicht bestätigt sich weitgehend die Assoziation mit einer



Quelle: Ungleichheiten in Bezug auf die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme und soziale Determinanten in der Europäischen Region (39).

höheren beeinflussbaren Mortalität. Dennoch weisen einige der ärmeren Regionen auch eine relativ niedrige Mortalität auf. Dies macht zusätzliche Untersuchungen und Forschungsanstrengungen erforderlich, um andere mögliche Erklärungen zu finden. Beispiel: Welche Merkmale ermöglichen es den betreffenden Regionen, die Folgen ihrer relativen Armut zu mildern und die beeinflussbare Mortalität niedriger zu halten? Sind diese Merkmale durch politische Konzepte und deren effektive Umsetzung bedingt, indem sie etwa eine Reihe maßgeblicher Akteure, sektorübergreifender Maßnahmen oder wirksamer Handlungsfelder der öffentlichen Gesundheit einbeziehen? Ein Verständnis der Rahmenbedingungen, der geeigneten Praktiken und der gewonnenen Erkenntnisse könnte es ermöglichen, dass neue Grundsatzoptionen und -strategien angepasst und in anderen ressourcenschwachen Umfeldern eingeführt werden.

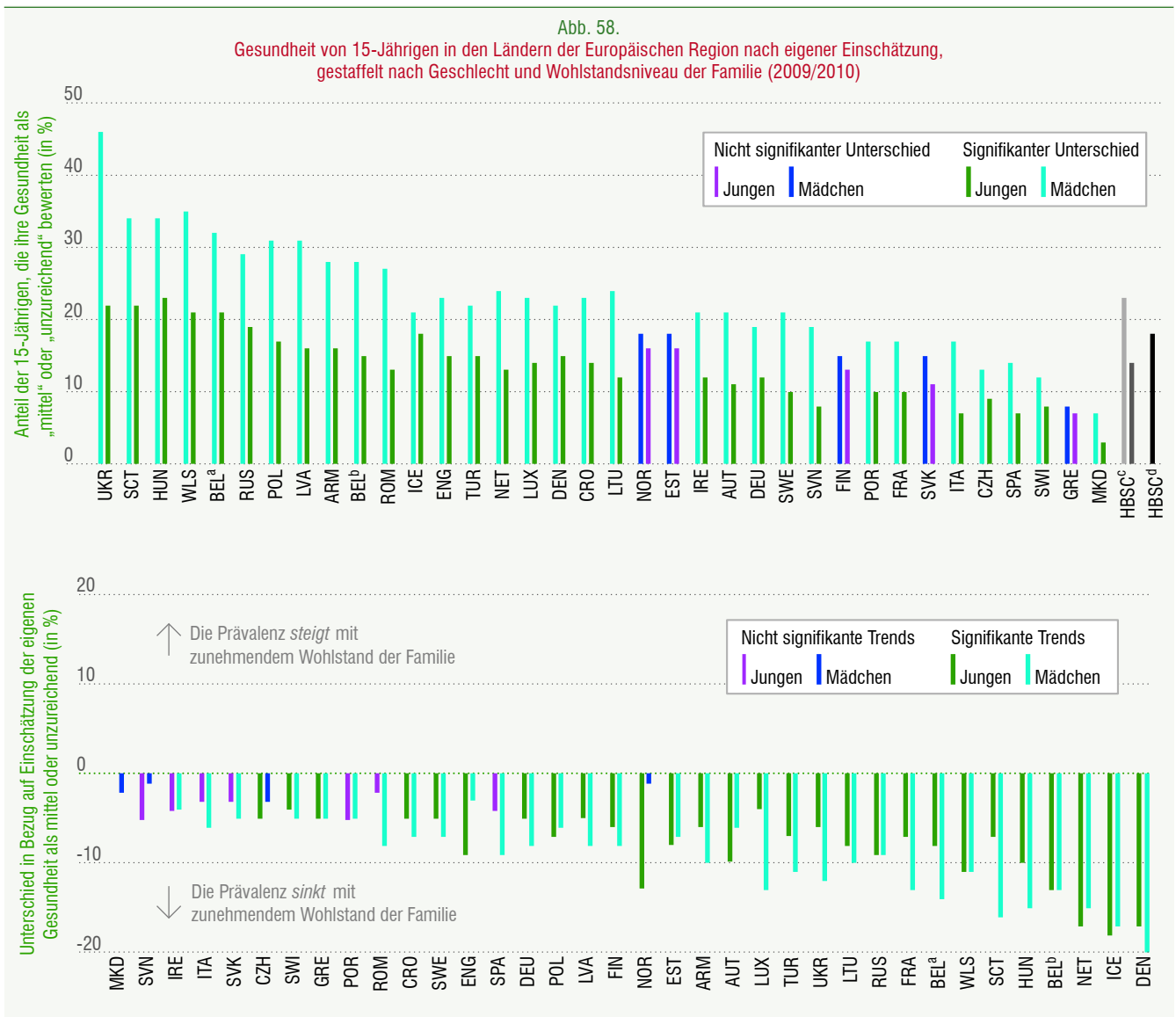
Der jüngste Bericht im Rahmen der Studie zum Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (HBSC) (40) stellt ein weiteres Beispiel dafür dar, wie soziale Determinanten sich auf die Verteilung von Gesundheit auswirken können. Gegenstand dieser länderübergreifend durchgeführten Studie war die Bewertung der eigenen Gesundheit durch die Altersgruppe der 15-Jährigen (als ausgezeichnet, sehr gut, gut, mittel oder unzureichend). Dabei wurden die Jugendlichen in letzteren beiden Kategorien nach Geschlecht und Wohlstandsniveau der Familie länderübergreifend analysiert (Abb. 58). Während im Durchschnitt knapp 20% der 15-Jährigen ihren Gesundheitszustand als „mittel“ bis „unzureichend“ bewerteten, war die Selbsteinschätzung bei Mädchen signifikant schlechter als bei Jungen (23% bzw. 14%), ein Unterschied, der durchgehend in allen beteiligten Ländern verzeichnet wurde. Außerdem bewerteten 15-Jährige aus wohlhabenden Familien ihre Gesundheit um 20% seltener als „mittel“ oder „unzureichend“.

Insgesamt zeigt sich, dass in der gesamten Europäischen Region ein Zusammenhang zwischen den wahrgenommenen relativen Wohlstandsunterschieden und der Bewertung der eigenen Gesundheit – und meist auch den Geschlechterrollen und -normen – besteht. Dies wirft ein Licht auf die offenbar erhöhte Häufigkeit eines subjektiv schlechteren Gesundheitszustands unter weiblichen Jugendlichen aus einkommensschwachen Familien. Die Bedeutung der Messung des subjektiven Gesundheitszustands in Verbindung mit Wohlbefinden und die dabei auftretenden Schwierigkeiten werden in Kapitel 3 weiter erläutert.

Arbeitslosigkeit ist ein Indikator, der die ökonomischen Chancen und die Fähigkeit eines Landes zur Nutzung seines Arbeitskräftepotenzials unmittelbar widerspiegelt – und somit eine bedeutende soziale Determinante von Gesundheit. Infolge des Konjunkturabschwungs der letzten Jahre stieg die durchschnittliche Arbeitslosenquote bis 2009 auf 8,7% der erwerbstätigen

Bevölkerung in der Europäischen Region an. Dies bedeutete eine Umkehr des im vorausgegangenen Jahrzehnt positiven Beschäftigungstrends in der gesamten Region. Von insgesamt 45 untersuchten Ländern der Region betrug die höchste Arbeitslosenquote das 35fache der niedrigsten Quote (Abb. 59).

Akute ökonomische Veränderungen, die anhand der Veränderung der Arbeitslosenquote gemessen werden, ermöglichen ein besseres Verständnis der möglichen Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung und tragen zu der Diskussion über mögliche Einflussfaktoren für die äußeren Todesursachen bei (s. Abb. 38). So wurden etwa bei einem

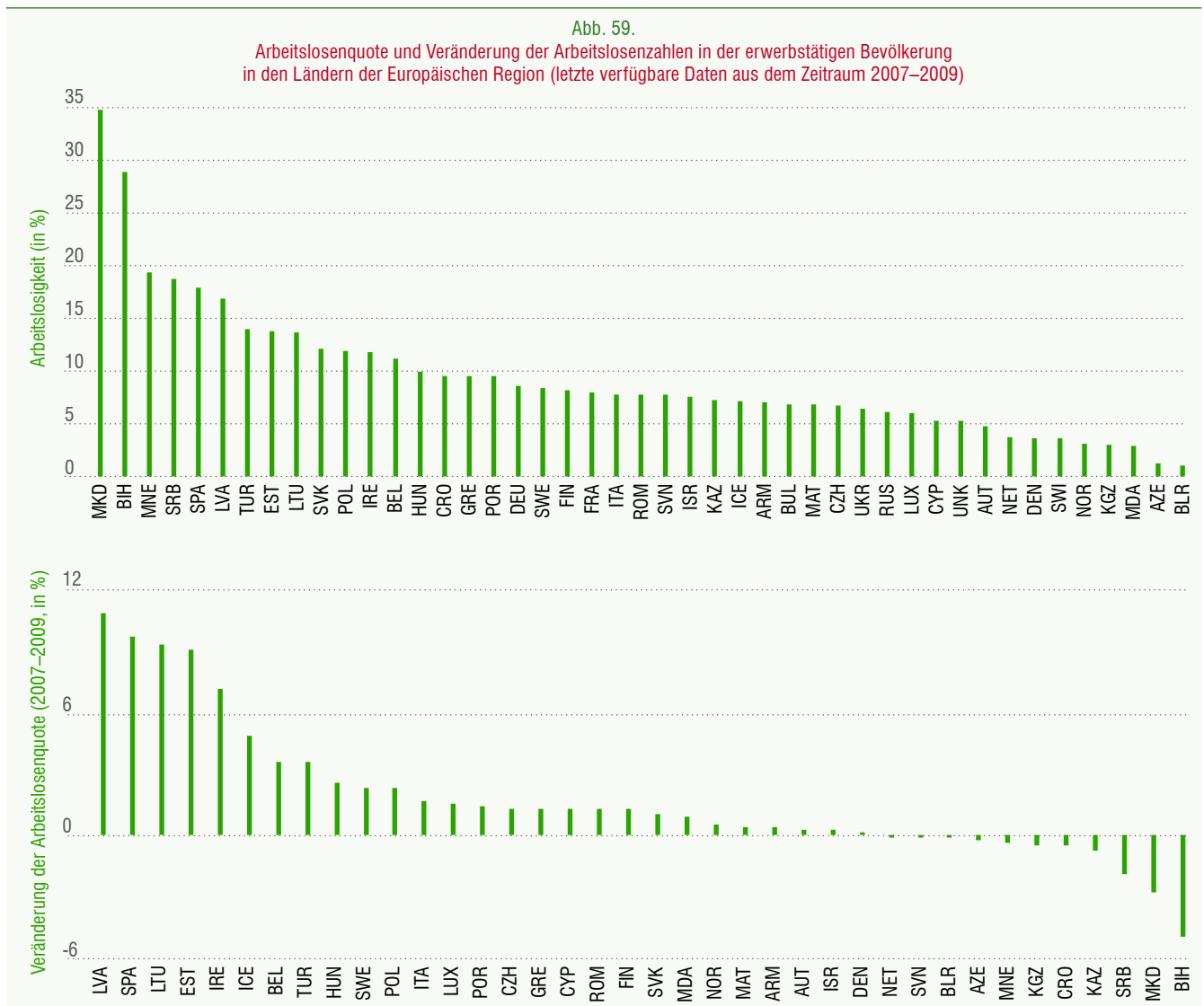




Anstieg der Arbeitslosigkeit um mehr als 3 Prozentpunkte in einem relativ kurzen Zeitraum eine Zunahme der Fälle von Suizid und Selbstverletzung in der Altersgruppe bis 65 Jahre um fast 5 Prozentpunkte beobachtet (41). Zwischen 2007 und 2009 stieg die Arbeitslosenquote in der Europäischen Region im Durchschnitt um einen Prozentpunkt, wobei aber erhebliche Unterschiede zwischen den insgesamt 38 Ländern, die diesbezüglich Daten vorgelegt haben, deutlich werden (Abb. 59). Auch wenn Arbeitslosigkeit ein unscharfer Indikator ist, so besteht doch nach jüngsten Trends und der Aufbereitung einschlägiger Erkenntnisse in Ländern mit einem Anstieg um mindestens 3 Prozentpunkte ein potenziell erhöhtes Sterberisiko aufgrund von Selbstverletzungen.

Abb. 59.

Arbeitslosenquote und Veränderung der Arbeitslosenzahlen in der erwerbstätigen Bevölkerung in den Ländern der Europäischen Region (letzte verfügbare Daten aus dem Zeitraum 2007–2009)



Eine steigende Arbeitslosigkeit droht die Probleme der Gesundheitssysteme zu verschärfen, nicht zuletzt deren Fähigkeit zur Bereitstellung angemessener Angebote für einkommensschwache oder besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen. Die erhöhte Häufigkeit bestimmter Gesundheitsprobleme kann aus zusätzlicher Stressbelastung, der Ausbreitung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen (z. B. Rauchen, Alkohol- und Substanzmissbrauch) und einer unzureichenden Gesundheitsversorgung infolge der Überlastung des Gesundheitswesens oder einer verspäteten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen resultieren. Darüber hinaus laufen Menschen, die Arbeit suchen, aber nicht finden, je nach den allgemeinen Rahmenbedingungen auch Gefahr, von einer Reihe anderer sozialer Prozesse ausgeschlossen zu werden. Eine regelmäßige Beobachtung solcher und anderer Trends mittels eines entlang des gesamten Gefälles ansetzenden Konzeptes, bei dem die gesamte Bevölkerung und nicht nur anfällige Gruppen berücksichtigt werden, sollte gefördert werden.

Die untersuchten Gesundheitsdeterminanten und die Möglichkeiten zur Ermittlung gesundheitlicher Ungleichgewichte haben angesichts des breiten Spektrums möglicher sozialer Determinanten von Gesundheit nur veranschaulichenden Charakter. Auch wenn politische Handlungsoptionen und Maßnahmen zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichgewichte den Rahmen dieses Berichts sprengen würden, so sind doch eindeutig systematische und koordinierte Maßnahmen erforderlich, die von einer Priorisierung der Bedürfnisse gefährdeter Personen bis zur Thematisierung des Wohlbefindens künftiger Generationen reichen. Solche Maßnahmen können als bedarfsabhängig gesundheitsfördernd für alle Bevölkerungsgruppen und als den sozialen Determinanten von Gesundheit zuträglich eingestuft werden. Maßnahmen zugunsten Letzterer liegen in der Regel außerhalb des konkreten Aufgabenbereichs des Gesundheitswesens oder des Gesundheitssystems, doch kann die Gesundheitspolitik bei abgestimmten Anstrengungen die Federführung übernehmen und wesentliche inhaltliche Beiträge leisten.

---

## Umweltbezogene Determinanten

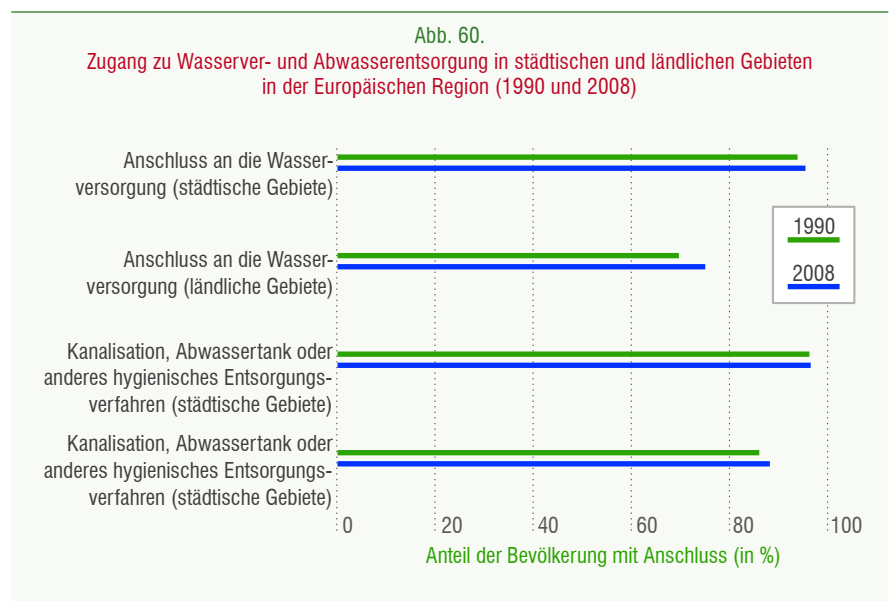
Die Umwelt stellt eine weitere wesentliche Determinante von Gesundheit dar, und die zugrunde liegenden Themen sind den sozialen Determinanten von Gesundheit ähnlich. In jüngster Zeit durchgeführte Bewertungen der Rolle umweltbedingter Gesundheitsfaktoren führten zu Schätzungen, wonach diese je nach der Klassifizierung des Mortalitätsmusters der fraglichen Krankheiten, etwa der bevölkerungsspezifischen Stratifikation der Kinder- und Erwachsenensterblichkeit, für ca. 13% bis 20% der Krankheitslast in der Europäischen Region verantwortlich sind (42).

Die Verfügbarkeit von Wasser in menschlichen Lebensräumen als Trink- und Brauchwasser ist unverzichtbar. Insgesamt verfügt die Bevölkerung in der

Europäischen Region über einen besseren Zugang zur Wasserversorgung als in den meisten anderen Regionen. Doch ist die Wasserqualität teilweise noch problematisch, insbesondere die Kontaminierung durch Krankheitserreger und chemische Verbindungen, die durch Leckagen an alten Rohrleitungen, Versorgungsunterbrechungen oder das Fehlen funktionierender Gewässerschutz- und Chlorierungsmaßnahmen bedingt ist. Die vorhandenen Daten über den Zugang zur Wasserversorgung (Anteil der Bevölkerung mit Anschluss an das Wasserversorgungssystem) und Abwasserentsorgung (Anteil der Bevölkerung mit Anschluss an die Kanalisation, einen Abwassertank oder eine andere Art der hygienischen Abwasserentsorgung) in städtischen und ländlichen Gebieten wurden auf Veränderungen im Zeitraum zwischen 1990 und 2008 untersucht. 2008 verfügten in der Europäischen Region 96% der Stadtbevölkerung über einen Wasseranschluss, während es bei der Landbevölkerung nur 75% waren (Abb. 60). Die Unterschiede zwischen den Ländern reichen von fast 100% in städtischen wie ländlichen Gebieten bis zu größeren Diskrepanzen zwischen einzelnen Gebieten im östlichen Teil der Europäischen Region.

Die unsachgemäße Beseitigung menschlicher Exkremte kann ein erhöhtes Erkrankungsrisiko zur Folge haben. In der Europäischen Region verfügen heute 97% der Stadtbewohner über eine moderne sanitäre Entsorgung von Exkrementen, während dies in ländlichen Gebieten nur auf 89% der Bevölkerung zutrifft.

Das Fehlen einer solchen Versorgung in manchen Teilen der Region hat zu einer erhöhten Exposition gegenüber Erregern geführt, die teilweise Krankheiten



mit hohem Epidemiepotenzial hervorrufen können, z. B. Cholera, Shigellose, hämolytisch-urämisches Syndrom, Cryptosporidiose und Giardiose. Diese Infektionskrankheiten fordern einen hohen Tribut: mit steigenden Fallzahlen, die teilweise mit Krankenhauseinweisung und mit direkten oder indirekten wirtschaftlichen Verlusten verbunden sind. Der Schutz von Gewässern, weitere Investitionen in staatliche Leistungen und eine sinnvolle Planung der Verstärkung der Bevölkerung werden zur Überwindung von Einschränkungen beim Zugang beitragen.

Die Exposition gegenüber der Umwelt wird durch eine Vielzahl sozio-ökonomischer, demografischer und geografischer Rahmenbedingungen geprägt; sie rufen wesentliche gesundheitliche Ungleichheiten hervor, die zum erheblichen Teil als Ungleichgewichte anzusehen sind. Das WHO-Regionalbüro für Europa hat vor kurzem die Wirkung von Umweltfaktoren auf gesundheitliche Ungleichheiten in der Europäischen Region untersucht (43). Zu den wichtigsten Einflussfaktoren gehören die Verfügbarkeit von Wasserver- und Abwasserentsorgung, die Wohnverhältnisse und die allgemeinen Umweltbedingungen, einschließlich der Qualität der Außen- und Raumluft und der Lärmbelastung. Aus dem Bericht geht hervor, dass sozioökonomisch geprägte gesundheitliche Ungleichheiten in Bezug auf Lärmbelastung, Passivrauchen und Wohnverhältnisse die deutlichsten Auswirkungen haben und auf verschiedenen geografischen Ebenen teilweise am ausgeprägtesten sind. Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern korrelieren besonders stark mit den äußeren Todesursachen (Verletzungen und Vergiftungen), bei denen die Sterblichkeitsraten der Männer die der Frauen oft um das Dreifache oder mehr übersteigen.

---

## Gesundheitssysteme als Determinanten von Gesundheit

Ein leistungsfähiges Gesundheitssystem ist eine Voraussetzung für eine angemessene Reaktion auf die sich verändernde epidemiologische Situation und die gesundheitlichen Bedürfnisse und Anforderungen der Bevölkerung. Zu den wichtigsten Erwartungen gehören die Prävention und Bekämpfung von Krankheiten, die Milderung der Krankheitsfolgen (einschließlich Behinderung) und die Förderung gesunder Verhaltensweisen und Lebensgewohnheiten, jeweils in Verbindung mit umfassenden Konzepten zur Bewältigung verschiedener Gesundheitsprobleme im gesamten Lebensverlauf. Zur Verwirklichung seiner Ziele – Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung („Qualität“) und ihrer Verteilung („Gerechtigkeit“) – muss das Gesundheitssystem folgende Anforderungen erfüllen:

- gute Organisation und Funktionsfähigkeit, einschließlich Führungskompetenz und Rechenschaftspflicht;

- Gewährleistung der Finanzierung;
- Aufrechterhaltung der eigenen Infrastruktur, einschließlich der personellen Ausstattung;
- Bereitstellung hochwertiger Leistungen.

Zu Zeiten von Mittelknappheit ist ein angemessenes Gleichgewicht der Ressourcen (finanzielle und personelle Ressourcen sowie Sachmittel) von entscheidender Bedeutung. Der Europäische Gesundheitsbericht von 2009 (2) hatte als thematischen Schwerpunkt die Stärkung der Gesundheitssysteme in allen Ländern der Europäischen Region; in dem vorliegenden Bericht wurden dagegen andere Schwerpunkte gewählt (s. Kasten 23 zu den jüngsten Anstrengungen der Gesundheitssysteme und ihrem Beitrag zum Wohlbefinden insgesamt). Dennoch stehen in diesem Abschnitt vor dem Hintergrund des Konjunkturreinbruchs der letzten Jahre die Finanzierung der Gesundheitsversorgung und die finanzielle Absicherung von Haushalten gegen ruinöse Ausgaben (44) als entscheidende Einflüsse im Vordergrund, die entweder eine Abfederung (z. B. durch eine fortschrittliche Finanzierung) oder eine Verschärfung (z. B. durch weitere Verschärfung von Ungleichheiten, etwa beim Zugang zur Gesundheitsversorgung) wirtschaftlicher Erschütterungen bewirken können. Gegenwärtig bilden Maße der Inzidenz und der Größenordnung der Direktzahlungen von Haushalten für Gesundheitsleistungen die Grundlage für die quantitative Bewertung der finanziellen Absicherung und für Vergleiche zwischen Gesundheitssystemen (45).

Insgesamt gesehen umfassen die Investitionen eines Landes in die Gesundheit die Reaktion des Staates auf die Bedürfnisse der Bevölkerung (öffentlich) und die Inanspruchnahme der Ressourcen durch die Haushalte (privat). Die Gesamtausgaben für Gesundheit zeigen die Anstrengungen der Länder zur Investition in die Gesundheit und werden gewöhnlich als prozentualer Anteil am BIP angegeben. Im Jahr 2009 betrug der durchschnittliche Wert für die Europäische Region 8,5%. Dennoch gibt es zwischen den Ländern der Europäischen Region erhebliche Unterschiede in Bezug auf das Niveau der Investitionen, das zwischen 2% und 12% liegt (keine Daten dargestellt). Allerdings ist hier nicht nur das Ausgabenniveau von Belang, sondern auch die Effizienz und die Chancengleichheit bei der Inanspruchnahme von Ressourcen zur Verbesserung der Gesundheitssituation insgesamt wie auch der Verteilung von Gesundheit.

In einer Wirtschaftskrise verfügen viele Einzelpersonen und Haushalte über weniger Geld und suchen daher eher seltener Gesundheitseinrichtungen auf, insbesondere wenn sie dort direkt für die Leistungen bezahlen müssen. Solche Eigenleistungen in Form privater Zuzahlungen werden auf Englisch „out-of-pocket payments“ (OOP) genannt. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf ruinöse Gesundheitsausgaben gerichtet, die in Ländern, in denen die

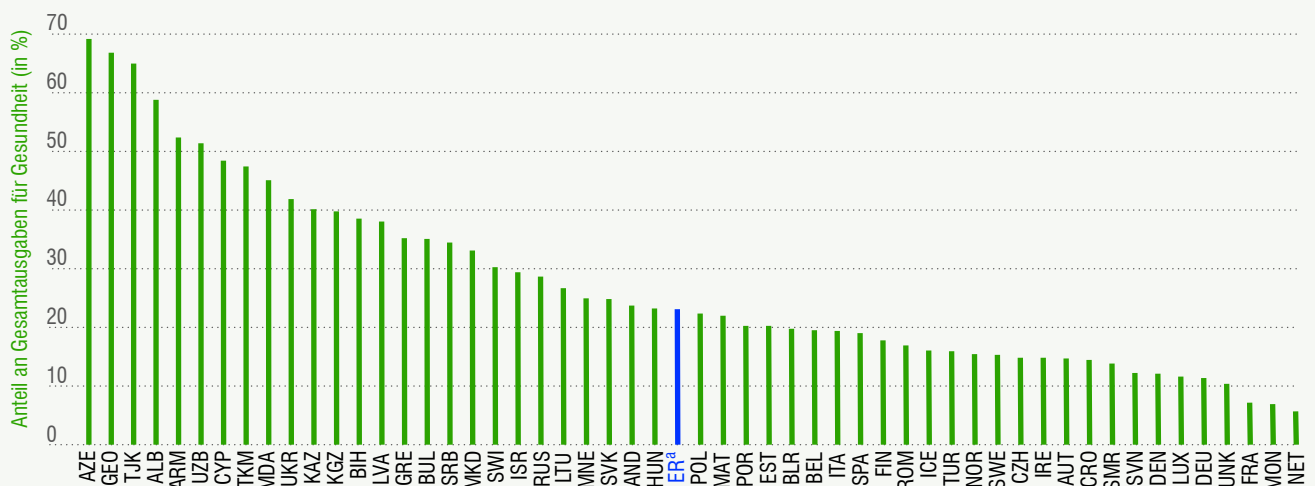
Gesundheitssysteme in hohem Maße von Beiträgen der Haushalte abhängig sind, eine Verarmung der betroffenen Haushalte bewirken können. In der Europäischen Region trifft dies vor allem auf Länder zu, in denen die steigenden Kosten von Gütern und Dienstleistungen die Kaufkraft vieler Familien geschwächt haben.

2009 machten Zahlungen aus eigener Tasche 23% der gesamten Gesundheitsausgaben in der Europäischen Region aus (Abb. 61). Doch tatsächlich liegt dieser Anteil zwischen 5,7% und 69,4%, was einem Unterschied um den Faktor 12 entspricht. In etwa zehn Ländern stellen Zahlungen aus eigener Tasche weiterhin die wichtigste Einnahmequelle (teilweise über 50%) dar, während in anderen Ländern Vorauszahlungsmechanismen (z. B. steuerfinanzierte Gesundheitssysteme oder Krankenversicherungen) die wichtigsten Finanzierungsquellen bilden. Erkenntnisse aus allen Teilen der Welt deuten darauf hin, dass die Erfüllung von zwei Vorgaben (Direktzahlungen nicht über 15% bis 20% der Gesamtausgaben für Gesundheit und Anteil der staatlichen Gesundheitsausgaben am BIP von mindestens 5% bis 6%) das Auftreten katastrophaler finanzieller Folgen von Krankheit für Privathaushalte beträchtlich begrenzen würde (45).

Paradoxerweise jedoch ist in der Regel in wirtschaftlich schwächeren Ländern der Anteil von Direktzahlungen durch Privathaushalte am höchsten (Abb. 62) und werden dort weniger staatliche Mittel zur Deckung der Gesundheitsausgaben aufgewendet. Zwar erschweren diese Rahmenbedingungen eine Ausweitung des finanziellen Spielraums zur Erhöhung des staatlichen

Abb. 61.

Anteil von Zahlungen aus eigener Tasche an den Gesamtausgaben für Gesundheit in den Ländern der Europäischen Region (2009)





## Kasten 8.

## Soziale Determinanten und gesundheitliche Ungleichheiten – zentrale Aussagen

- Gesundheitliche Ungleichheiten in der Europäischen Region geben Anlass zu erheblicher Besorgnis, zumal sie eine zunehmende Tendenz aufweisen.
- Zu den sozialen Determinanten von Gesundheit gehören die sozioökonomischen, demografischen, umweltbezogenen und kulturellen Einflussfaktoren sowie das Gesundheitssystem selbst. Das Konzept umfasst die Gesamtheit der sozialen Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen.
- Zu den wichtigsten sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit zählen Einkommensniveau, Beschäftigung und Bildungsstand. Auch wenn das Einkommensniveau seit 1990 gestiegen ist, so ist es doch innerhalb der Europäischen Region nach wie vor sehr ungleich verteilt.
- Eine weitere wesentliche Gesundheitsdeterminante sind Umweltfaktoren; maßgeblich sind hier vor allem die Verfügbarkeit von Wasserver- und Abwasserentsorgung, die Wohnverhältnisse und die allgemeinen Umweltbedingungen, einschließlich der Außen- und Raumlufthinhalte und der Lärmbelastung. Die Exposition gegenüber der Umwelt wird durch eine Vielzahl sozioökonomischer, demografischer und geografischer Rahmenbedingungen geprägt, die wesentliche gesundheitliche Ungleichheiten hervorrufen.
- Die Gesundheitsfinanzierung bestimmt maßgeblich, inwiefern die Gesundheitssysteme für die Privathaushalte eine Abfederung oder eine Verschärfung wirtschaftlicher Erschütterungen bewirken.





# 02

---

Wonach wir streben:  
Ziele für mehr Gesundheit  
und Wohlbefinden in der  
Europäischen Region

Im Zuge eines intensiven Konsultationsprozesses und dank der Arbeit mehrerer Expertengruppen wurden für das auf der 62. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa gebilligte Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ insgesamt sechs übergeordnete Ziele für die Europäische Region festgelegt, die bis 2020 verwirklicht werden sollen. Zu diesen gehören die Senkung der vorzeitigen Mortalität, die Erhöhung der Lebenserwartung der Bevölkerung, der Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten, die Förderung von Wohlbefinden, eine allgemeine Gesundheitsversorgung und die nachweisliche Aufstellung von Zielvorgaben auf Ebene der Länder. Die WHO-Regionaldirektorin für Europa wird über Fortschritte bei der Verwirklichung der Ziele in Form von regionalen Durchschnittsberichten erstatten, doch ist es erforderlich, Indikatoren auf nationaler Ebene zu beobachten, um Rückschlüsse für solche Zielwerte für die Europäische Region ziehen zu können. Zu diesem Zweck empfiehlt es sich, die von den Ländern routinemäßig erhobenen Gesundheitsinformationen in möglichst großem Umfang zu nutzen und die Erhebung neuer Daten nach Möglichkeit zu vermeiden. Es wird alles unternommen, damit die verwendeten Ziele und Indikatoren vollständig auf die globalen Arbeiten zur Festlegung von Zielen abgestimmt werden.

Im Kontext von „Gesundheit 2020“ wird ein Ziel als „erwünschte Zielsetzung“ definiert. Das erwünschte Ergebnis ist die Verbesserung der Gesundheit, und die Ziele werden beispielsweise als Verringerung der Mortalität oder der Morbidität formuliert. Falls der Zusammenhang zwischen besseren Gesundheitsergebnissen und Prozessen oder Outputs in ausreichendem Maße wissenschaftlich nachgewiesen werden kann, ist es ferner legitim, die Ziele auch in Form von Prozessen oder Outputs zu formulieren, etwa als Erhöhung der staatlichen Gesundheitsausgaben oder als Einführung und Durchsetzung von Rechtsvorschriften zugunsten gesundheitspolitischer Ziele.

Eine der Schwierigkeiten besteht darin, einen geeigneten Mix von Indikatoren zu finden, die die Fortschritte im Hinblick auf die strategischen Ziele und Zielvorgaben stichhaltig und zuverlässig anzeigen. Wegen der zeitlichen Verzögerung zwischen einer Maßnahme und ihrer Auswirkung auf den Gesundheitszustand sowie der Schwierigkeiten bei der Zuordnung von Ursache und Wirkung werden bei der Überwachung der Gesundheitspolitik in der Regel zusätzlich zu Ergebnisindikatoren auch Prozess- oder Outputindikatoren verwendet. Bei der Messung von Fortschritten hinsichtlich der vereinbarten Ziele und der mit ihnen verbundenen Zielvorgaben kommt es somit vor allem auf die Kohärenz von Prozess-, Output- und Ergebnisindikatoren an. Solange sich der kausale Zusammenhang nicht einwandfrei feststellen lässt, müssen alle Indikatoren gemessen werden. Während der Zusammenhang in vielfältigen Kontexten untersucht wird, müssen alle Indikatoren dynamisch weiterentwickelt werden. So stellt sich beispielsweise die Frage, ob bei einer Verbesserung von Prozessindikatoren eine messbare Verbesserung der Ergebnisindikatoren eintritt.

### Kasten 9. Terminologie für die Festlegung von Zielen

Ein **Rahmenkonzept** ist eine Vereinbarung von Zielsetzungen und Zielen, den dabei gesetzten Prioritäten und den Hauptstoßrichtungen für ihre Verwirklichung.

Eine **Zielsetzung** bezieht sich auf die langfristigen Bestrebungen der Gesellschaft und wird gewöhnlich recht allgemein formuliert.

Eine **Strategie** bezieht sich auf die Grundzüge der Maßnahmen zur Verwirklichung der Ziele und Zielsetzungen.

Ein **Ziel** ist ein Zwischenergebnis bei der Verwirklichung der Zielsetzungen; es ist konkreter, zeitlich befristet und häufig, wenn auch nicht immer, quantifiziert.

Ein Indikator ist ein Maß, das uns Aufschluss darüber gibt, wo wir stehen, wohin wir uns bewegen und wie weit wir von dem Ziel entfernt sind. Ziele und Indikatoren werden manchmal miteinander verwechselt. Ziele sollten festgelegt werden, bevor Indikatoren zur Beobachtung von Fortschritten bei ihrer Erfüllung ausgewählt werden.

Quelle: nach Ritsatakis (46).

Betrachtet man die Rolle der Ziele in „Gesundheit 2020“, müssen auch die Grundsätze der Leistungsmessung und der Rechenschaftslegung berücksichtigt werden. Im Fall von „Gesundheit 2020“ kann eine solche Rechenschaftslegung nur gemeinsam durch die sowie zwischen den Mitgliedstaaten erfolgen. Wenn am Ende einer komplexen Rechenschaftskette letztlich die Menschen eines jeden Landes stehen, sollten wir als Europäische Region die Frage stellen, wie nützlich die Politik und die Systeme für die Bevölkerung sind. In diesem Kapitel wird der Prozess geschildert, der zur Einigung auf die Zielsetzung – die auf das Konzept „Gesundheit 2020“ abgestimmten übergeordneten Ziele – geführt hat, und es werden spezifischere Zielbereiche und Indikatoren zur Bewertung der Fortschritte auf der Ebene der Europäischen Region vorgeschlagen (Kasten 9).

Für mehrere Indikatoren wird eine Ausgangssituation beschrieben, die auf den zuletzt verfügbaren Daten beruht, die dem WHO-Regionalbüro für Europa aus den 53 Mitgliedstaaten in der Region gemeldet wurden. Am Ende des Kapitels wird ein Rahmen für die Überwachung der Zielvorgaben und Indikatoren für „Gesundheit 2020“ vorgestellt, der in Abstimmung mit den Mitgliedstaaten weiter konkretisiert werden soll.

## Bisherige Erfahrungen mit der Festlegung und Beobachtung von Zielen bzw. Zielvorgaben

### Verwendung von Zielen bzw. Zielvorgaben

Historisch wurden Ziele (*targets*) für die Europäische Region erstmals als Bestandteil des ersten gesundheitspolitischen Rahmenkonzeptes für die Region, der Strategie „Gesundheit für alle“, vorgeschlagen. In dem Rahmenkonzept wurde dazu aufgerufen, durch Formulierung spezifischer Ziele für die Region die Umsetzung der Strategie zu unterstützen. Auf seiner Tagung 1984 in Kopenhagen nahm das WHO-Regionalkomitee für Europa 38 spezifische Ziele und 65 Indikatoren zur Überwachung und Bewertung von Fortschritten auf Ebene der Region an, die treffend als ein „wunderbarer Mix aus den Realitäten von heute und den Träumen von morgen“ beschrieben wurden (47). 1991 wurden das Konzept und die Ziele der Strategie „Gesundheit für alle“ aktualisiert, und 1998 nahm das Regionalkomitee ein erneuertes Konzept an: „GESUNDHEIT21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“.

### Gesundheit für alle

1981 veröffentlichte die WHO ihre globale Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ (48), über die sich der damalige Generaldirektor der WHO,

Dr. Halfdan Mahler, dahingehend äußerte, dass sie keine eigenständige WHO-Strategie darstelle, sondern vielmehr Ausdruck der individuellen und kollektiven Verantwortung der Länder sei, die von der WHO voll unterstützt werde. Kurz darauf begannen die WHO-Regionalbüros mit der Ausarbeitung regionaler Gesundheitsziele. Das WHO-Regionalbüro für Europa wies 1984 mit der Erstellung der umfassendsten Liste den Weg.

Die damals 32 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO erörterten die neue Gesundheitspolitik für die Europäische Region der WHO, „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“, und die Ziele wurden auf das neue Konzept abgestimmt. Die Formulierung der Ziele für die Europäische Region war mit beträchtlichem Aufwand verbunden: Die Mitarbeiter des Regionalbüros bearbeiteten in einem komplexen, mehr als drei Jahre dauernden Konsultationsverfahren mit den Mitgliedstaaten zusammen mit über 250 Sachverständigen aus ganz Europa mehr als 20 Entwürfe (49). Schließlich einigte man sich auf 82 Ziele, die dem Regionalkomitee für Europa zur Prüfung vorgelegt wurden, das 1984 einstimmig eine verkleinerte Sammlung von 38 Zielen annahm. Anschließend wurde das neue gesundheitspolitische Konzept der Europäischen Region veröffentlicht (50).

### **GESUNDHEIT21 – eine stärker zielgerichtete Strategie**

In den 1990er Jahren wurde die Europäische Region durch politische, ökonomische und soziale Umwälzungen radikal verändert. Sie führten unter anderem zu einer drastischen Zunahme der Zahl der Mitgliedstaaten in der Europäischen Region, die bis zum Ende des Jahrzehnts auf über 50 anstieg. So war es nicht überraschend, dass das Regionalbüro daraufhin sein gesundheitspolitisches Rahmenkonzept für die Europäische Region und die darin enthaltenen Ziele überprüfte. 1999 veröffentlichte es das Grundsatzpapier GESUNDHEIT21, das einen neuen Katalog von 21 Zielen für das 21. Jahrhundert umfasste und in dem zwei primäre Zielsetzungen, drei Grundwerte und vier Hauptstrategien propagiert wurden (4). In dem neuen Konzept wurde ein erster Schritt hin zu einem Ansatz für die Überwachung der Einhaltung getan, indem Möglichkeiten für die Verwirklichung jedes Ziels beschrieben und Bereiche für die Formulierung von Indikatoren vorgeschlagen wurden. Darüber hinaus wurde GESUNDHEIT21 auf die Agenda 21 für nachhaltige Entwicklung abgestimmt. In der Praxis lag der Schwerpunkt weiter auf der Festlegung von Zielen auf nationaler und kommunaler Ebene; eine Rückmeldung auf Ebene der Europäischen Region war nicht vorgesehen.

2005 veröffentlichte das Regionalbüro eine aktualisierte Fassung des gesundheitspolitischen Rahmenkonzepts, mit der GESUNDHEIT21 überprüft und bekräftigt wurde und in die die seit 1998 gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen einbezogen wurden (3). In der Veröffentlichung (3) wurde erklärt,



dass die in GESUNDHEIT21 enthaltenen Ziele nach wie vor einen Rahmen für die Region darstellten – die Essenz der Politik der Region; gleichzeitig wurde jedoch auch betont, dass die 21 Ziele als Inspiration für die Entwicklung von Zielvorgaben auf nationaler und kommunaler Ebene dienen.

---

## Lehren aus der Festlegung von Zielen

Die Europäische Region der WHO verfügt über rund 30 Jahre an Erfahrung mit der Festlegung von Zielen im Rahmen ihrer Gesundheitskonzepte und -strategien, auch wenn sich das gesamteuropäische Umfeld inzwischen dramatisch verändert hat. Dr. Jo E. Asvall, der von 1985 bis 2000 WHO-Regionaldirektor für Europa war (51), fasste die Funktionen der Zielvorgaben so zusammen:

*Diese Ziele und Indikatoren trugen zur Schärfung des Europäischen Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ bei und dienten als Modell für die Region insgesamt, das die Länder an ihre jeweiligen Gegebenheiten anpassen konnten. Ferner dienten sie Gesundheitsaktivisten, Gesundheitsfachkräften, Wissenschaftlern und politischen Entscheidungsträgern an der Basis als Hebel zur Durchsetzung von „Gesundheit für alle“ innerhalb der Länder.*

Im Laufe der Jahrzehnte konnten mehrere zentrale Lehren gezogen werden:

- Unter den maßgeblichen Akteuren muss ein breiter Konsens gefunden werden. Zur Entwicklung eines gesundheitspolitischen Konzepts auf politischer Ebene ist es erforderlich, sowohl den Handlungsbedarf anzuerkennen als auch den politischen Willen zu seiner Umsetzung unter Beweis zu stellen.
- Die Ziele müssen auf eine überschaubare Anzahl begrenzt werden. Weithin bestand Übereinstimmung, dass die ursprünglichen 38 Ziele der WHO zu zahlreich waren, doch vielleicht galt das auch für die späteren 21 Ziele. Denn die meisten nationalen und regionalen Programme waren auf fünf bis zehn Ziele beschränkt.
- Jeder Plan sollte auf Belege für seine Wirksamkeit gestützt sein. Obwohl sich die Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsmaßnahmen besser belegen lässt als häufig angenommen, ist die Bewertung in vielfacher Hinsicht unzureichend und hängt oft stark vom Kontext ab.
- Damit Ziele erreicht werden, müssen sie mit Ressourcen verknüpft werden.
- Wenn eine an Zielvorgaben ausgerichtete Strategie vereinbart ist, bestehen noch fachliche Herausforderungen. Um Ziele festlegen zu können, müssen die aktuelle Gesundheitssituation in einer Bevölkerungsgruppe und ihre maßgeblichen Determinanten verstanden und Prognosen auf der Basis der besten verfügbaren Modelle angestellt werden (52).

Während die Ziele in „Gesundheit für alle“ (50) allgemein nicht quantifiziert waren und auf der Ebene der Länder, nicht der Region, erreicht werden sollten, waren die Ziele von GESUNDHEIT21 (4) eher zu konkret und rückblickend weitgehend unerreichbar.

---

## Datenbank „Gesundheit für alle“

Die Datenbank „Gesundheit für alle“ (6) bildet die Grundlage für die Überwachung der Ziele und Zielvorgaben und Indikatoren für die Europäische Region und die diesbezügliche Berichterstattung. Sie umfasst mittlerweile Informationen aus 53 Ländern und wird innerhalb der Region weithin genutzt. Die Datenbank enthält mehrere Hundert Indikatoren und gesundheitsstatistische Daten über die demografischen Grundlagen, den Gesundheitsstatus, die Gesundheitsdeterminanten und Risikofaktoren sowie die Ressourcen im Gesundheitswesen und dessen Inanspruchnahme und Kosten. Diese Daten werden aus verschiedenen Quellen zusammengestellt, in Gesundheitsatlanten für die Europäische Region (20) genutzt und zweimal im Jahr aktualisiert.

2012 gab das WHO-Regionalbüro für Europa erstmals eine neue jährliche Publikation über die Kernindikatoren aus der Datenbank „Gesundheit für alle“ heraus. 2013 wird beim Regionalbüro ein neues Online-Portal ans Netz gehen, über das Nutzer von einem Standort aus gleichzeitig auf alle Datenbanken zugreifen und sie analysieren können. Ein zusätzlicher Mehrwert für die Nutzer entsteht unter anderem durch neue Tools zur Darstellung von Daten, darunter Dashboards und interaktive Atlanten (Kasten 10).

---

## Ziele von Gesundheit 2020 – Weiterführung und Aktualisierung von „Gesundheit für alle“ und GESUNDHEIT21 in einem zeitgemäßen Kontext

---

### Konsultationen und Zustimmung zu den Zielen von Gesundheit 2020

Auf seiner 61. Tagung im September 2011 in Baku (Aserbaidschan) stimmte das WHO-Regionalkomitee für Europa den Vorschlägen zu, wonach „Gesundheit 2020“:

#### Kasten 10.

#### Interaktive Atlanten – eine visuelle Darstellung der Datenbanken von EUROSTAT

Zur Erstellung interaktiver Atlanten wurden öffentlich zugängliche sozioökonomische und gesundheitsbezogene Indikatoren aus Datenbanken der gesamten Europäischen Region, insbesondere von EUROSTAT (dem Statistischen Amt der EU), herangezogen. Als geografische Einheiten für Analysezwecke dienen hauptsächlich die Regionen der Ebene NUTS 2 (der zweiten Gliederungsebene der Regionen in der NUTS, der in der EU verwendeten Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik). Die in Karten, Grafiken und Tabellen dargestellten Variablen stehen für mehr als 600 Einzelindikatoren. Zur Analyse und Darstellung der Daten entwickelte das WHO-Regionalbüro für Europa die folgenden interaktiven Atlanten: einen Atlas mit Korrelationskarten, Atlanten sozialer Ungleichheiten und einen Atlas für Vergleiche innerhalb der Europäischen Region (20).

Mit den Atlanten sollen nicht nur die Gesundheitssituation auf subnationaler Ebene und ihre Determinanten besser sichtbar gemacht werden, sondern es soll auch analysiert werden, wie ein integriertes Informationssystem und seine Datenbasis in allen Ländern der Europäischen Region als Grundlage für politische Entscheidungsprozesse dienen können. So lässt sich mit den Atlanten sozialer Ungleichheiten der Unterschied zwischen einem Zielwert und dem tatsächlichen Wert in einer Region oder Gruppe von Regionen veranschaulichen. Der Zielwert ist der mit der Bevölkerung gewichtete Durchschnitt des am meisten begünstigten Quintils der Bevölkerung, für die Daten vorliegen, und gilt als erreichbares Ziel. Unterschiede zwischen der Zielvorgabe und dem tatsächlichen Wert der einzelnen Region werden als absolute Unterschiede (Abweichungen des regionalen Werts vom Zielwert) und relative Unterschiede (Verhältnis des regionalen Werts zum Zielwert) dargestellt. In den Atlanten zur beeinflussbaren Mortalität ist als Beispiel die sozioökonomische Variable „verfügbares Einkommen“, das auf den Konsumausgaben je Einwohner beruhende Standardmaß für Netto-Kaufkraft, dargestellt.

- einen Handlungsrahmen enthalten soll, mit dem die Verwirklichung von mehr Gesundheit und Wohlbefinden für alle beschleunigt werden kann;
- an die unterschiedlichen Realitäten in der Europäischen Region angepasst werden kann;
- bis 2020 zu erreichende Ziele für die Europäische Region enthalten soll.

Der Prozess zur Aufstellung von Zielen bzw. Zielvorgaben orientierte sich an früheren Ansätzen und beruhte auf detaillierten partizipatorischen Beratungen und schriftlichen Konsultationen. Die Ergebnisse wurden in jeder einzelnen Phase von Vertretern der leitenden Organe der WHO gebilligt. Auf seiner 62. Tagung im September 2012 in Malta stimmte das Regionalkomitee dem Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ und seinen übergeordneten Dachzielen zu und räumte die Notwendigkeit ein, konkrete Zielvorgaben und Indikatoren für die Überwachung der Umsetzung bis zum Jahr 2020 auszuarbeiten (53) (Kasten 11).

Kasten 11. Wichtigste Meilensteine des Konsultationsprozesses 2011–2012	
Datum	Maßnahme
<b>Mai 2011</b>	Der Ständige Ausschuss des Regionalkomitees (SCRC) billigt die Ausarbeitung von Zielvorgaben und bildet unter seinem Dach eine Arbeitsgruppe für Zielvorgaben und Indikatoren, die in dem Prozess federführend sein soll.
<b>November 2011</b>	Die Fachabteilungen des WHO-Regionalbüros für Europa schlagen eine lange Liste von 51 vorrangigen Zielvorgaben sowie Indikatoren zur Überwachung für jedes Handlungsfeld von „Gesundheit 2020“ vor.
<b>Januar 2012</b>	Anhand vereinbarter Kriterien verringert die Arbeitsgruppe des SCRC die Zahl der vorgeschlagenen Zielvorgaben auf eine verkürzte Liste von 21.
<b>Februar 2012</b>	Das Regionalbüro führt mit den Ländern umfassende schriftliche und persönliche Konsultationen zu den Zielvorgaben, aus denen sich zunächst ein Rahmen von 16 möglichen Zielvorgaben und dazugehörigen Indikatoren ergibt, die weitgehend aus den bestehenden Datenübermittlungen der Länder gewonnen wurden.
<b>April 2012</b>	Gestützt auf die Ergebnisse der Konsultationen schlägt die dritte Tagung des Europäischen Forums für Gesundheitspolitik auf der Ebene hochrangiger Regierungsvertreter sechs übergeordnete Ziele („Dachziele“) für die Europäische Region vor.
<b>Mai 2012</b>	Der SCRC bekundet seine uneingeschränkte Unterstützung für die Arbeit an den Zielen bzw. Zielvorgaben, befürwortet ferner die sechs übergeordneten Dachziele, vereinbart ihre Aufnahme in alle Dokumente in Verbindung mit „Gesundheit 2020“ und bestätigt, dass die Indikatoren der Beobachtung der Fortschritte und Erfolge bis 2020 dienen sollen.
<b>September 2012</b>	Das Regionalkomitee billigt die sechs übergeordneten Dachziele und erkennt die Notwendigkeit ihrer Quantifizierung und der Ausarbeitung detaillierter Indikatoren im Rahmen der Resolution zur Annahme von „Gesundheit 2020“ an (53).



Auf seiner 62. Tagung erörterte das Regionalkomitee eingehend die Grundsätze und Kriterien für die Auswahl von Zielen bzw. Zielvorgaben im Kontext der Ausarbeitung und Umsetzung von „Gesundheit 2020“ und ging auch auf beispielhafte Indikatoren für die Überwachung von Fortschritten sowie Elemente eines Kontrollrahmens ein (53). Es bestand Klarheit darüber, dass die Ziele dazu beitragen würden, die Ausrichtung und Zielsetzungen des Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ zu definieren. Die Festlegung der Ziele bzw. Zielvorgaben für „Gesundheit 2020“ wurde mit hohem Aufwand betrieben. Aus der Tagung des Regionalkomitees ging als wichtigste Botschaft zur Überwachung und Berichterstattung hervor, dass so weit wie möglich auf vorhandene und verfügbare Gesundheitsinformationen zurückgegriffen werden solle, dass die Ziele für die Region und nicht für die Länder zu definieren seien und dass die Fortschritte auf der Ebene der Europäischen Region gemeldet werden sollten. Vertreter der Delegationen der Mitgliedstaaten wie auch nichtstaatlicher Organisationen gratulierten dem WHO-Regionalbüro für Europa zu seiner Arbeit und unterstrichen die Notwendigkeit, sicherzustellen, dass die Ziele und Indikatoren konkret, messbar, erreichbar, relevant und aktuell (SMART) sind.

Das Regionalbüro wird die in dem damaligen Prozess federführende Expertengruppe erneut einberufen und nach weiteren breit angelegten Konsultationen die endgültige Liste der Indikatoren dem SCRC übermitteln und dann dem Regionalkomitee 2013 zur Annahme vorlegen. Die wichtigsten Beratungen und Beschlüsse im Rahmen dieser Prozesse werden in diesem Kapitel weiter beschrieben.

---

### Formulierung von Zielen und Zielvorgaben – allgemeine Grundsätze und spezifische Kriterien

Ziele werden oft mit reduktionistischen Auffassungen von Systemverhalten und -leistung sowie mit Mechanismen des Hierarchiedenkens und der Kontrolle in Verbindung gebracht. In der aktuellen Fachliteratur werden Gesundheitssysteme jedoch zunehmend als von Komplexität und Ungewissheit geprägte Systeme angesehen, weshalb Ziele und Zielvorgaben dazu beitragen können, Erwartungen klarer zu definieren, zu guten Leistungen anzuspornen und die Rechenschaftslegung in diesem Kontext zu verbessern. Darüber hinaus bietet das Konzept des „kollektiven Benchmarkings“ (54) einen partizipatorischen Prozess für die Festlegung von Zielen und Zielvorgaben, in dem die Beteiligten gegenseitig rechenschaftspflichtig sind und somit zu einer allgemeinen Verbesserung beitragen. In Kasten 12 sind die Stärken von Zielvorgaben ebenso wie die Grenzen ihres Nutzens zusammengefasst.

Zielvorgaben sollten anpassbar sein und dynamisch bewertet werden. Bei der Umsetzung politischer Konzepte dienen Ziele/Zielvorgaben als heuristische Methode, mit der eine konkrete Ausrichtung vorgegeben wird, die sich bei der Bewertung und Anpassung der Aktivitäten auf dem Weg zu ihrer Erfüllung als nützlich erweist. Ein wesentlicher Gesichtspunkt ist hierbei die Verfügbarkeit von Daten. Der Fortschritt in Bezug auf Gesundheitsziele lässt sich nur beobachten, wenn vergleichbare Daten von angemessener Qualität und Zuverlässigkeit verfügbar sind. In der Praxis erweist sich dies oft als ein entscheidendes Hemmnis. Die Verfügbarkeit von Daten ist eines der Kriterien für die Entscheidung zwischen in der Region und in den Ländern angesiedelten Indikatoren zur Überwachung der Ziele von „Gesundheit 2020“. Ungeachtet dessen haben Erfahrungen aus der Europäischen Region gezeigt, dass die Festlegung von Zielvorgaben und die Auswahl von Indikatoren zu ihrer Beobachtung für die Länder stark motivierend und innovationsfördernd wirken kann, wenn es darum geht, ihre Datenerhebung

Kasten 12.  
Stärken und Grenzen von Zielen/Zielvorgaben

Stärken	Grenzen
Ziele/Zielvorgaben stellen eine konkrete Möglichkeit dar, politischen Grundsätzen Ausdruck und eine bestimmte Stoßrichtung zu verleihen, unter anderem durch Sensibilisierung und Förderung der politischen und organisatorischen Unterstützung (z. B. Millenniums-Entwicklungsziele).	Ziele/Zielvorgaben lassen sich nur schwer an einer Strategie ausrichten.
Sie spiegeln eine wissenschaftliche Sicht auf die Zukunft wider, indem sie erreichbare Verbesserungen in Bezug auf die Gesundheit der Bevölkerung aufzeigen.	Es besteht die Gefahr, dass leicht messbare Zielvorgaben Vorrang erhalten („was sich messen lässt, wird erreicht“).
Sie vermitteln den maßgeblichen Akteuren ein Lernerlebnis.	Sie können zum bürokratischen Selbstzweck werden – eine Zielvorgabe dient Elementen der organisatorischen Bürokratie als Daseinsberechtigung.
Sie werden als Mittel zur Verbesserung der Rechenschaftslegung und Kommunikation angesehen.	Sie unterliegen dem Gesetz sinkender Erträge – das Erreichen der letzten Prozentpunkte einer Zielvorgabe kann sehr ressourcenintensiv sein.
Sie geben den beteiligten Partnern einen Fahrplan an die Hand.	Sie können mit „Systemmissbrauch“ in Verbindung gebracht werden – nicht die Aufgabe, sondern die Zielvorgabe wird gesteuert.
Sie dienen als Bezugspunkte für das tägliche Handeln.	Zu zahlreiche oder zu komplexe Zielvorgaben können als belastend und demotivierend angesehen werden.
Sie regen zum Handeln an und schaffen einen positiven Kreislauf.	Sie werden häufig als Durchschnittswerte (wie die MZ) ausgedrückt und verdecken damit Probleme in Bezug auf die Verteilung oder die Chancengleichheit, die für „Gesundheit 2020“ von grundlegender Bedeutung sein werden.

zu stärken bzw. auszuweiten und die Berichterstattung in ihre routinemäßigen Informationssysteme zu integrieren. Dies beinhaltet auch die Schaffung von Anreizen für die Verwendung neuer und vorhandener Daten als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse, etwa breiter angelegte staatliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Einige Länder sahen sich dadurch zur Aufnahme, Analyse und Nutzung von zuvor nicht auf nationaler Ebene verfügbaren Daten veranlasst.

Diese Fragen wurden von dem internen und dem externen Lenkungsausschuss für „Gesundheit 2020“ und in den breiter angelegten Konsultationen des Regionalbüros mit Mitgliedstaaten und Sachverständigen erörtert. Für die Verwendung von Zielen/Zielvorgaben im Rahmen von „Gesundheit 2020“ wurden klare Leitprinzipien und Kriterien aufgestellt. Von Anfang an waren sich die Mitgliedstaaten darin einig, dass die Zielvorgaben auf der Ebene der Europäischen Region und nicht für die einzelnen Länder aufgestellt und dass deshalb regionale Durchschnitte gemeldet würden. Folglich sollten die Zielvorgaben sowohl relevant für die gesamte Europäische Region als auch wichtig für jeden Mitgliedstaat sein. Eine Zielvorgabe auf der Ebene der Region soll als Quelle der Inspiration dienen und zum Lernen, zur Solidarität und zu Engagement anregen, nicht zuletzt bei grenzüberschreitenden Fragen. Gleichzeitig werden die Mitgliedstaaten dazu ermuntert, selbst Zielvorgaben und Handlungsstrategien für ihr Land aufzustellen, die sich in den spezifischen Kontext der Gestaltung einer nationalen Gesundheitspolitik einfügen.

Überdies war es erforderlich, in Anbetracht der in „Gesundheit 2020“ angeschnittenen Themen verschiedene Arten von Zielvorgaben in ein ausgewogenes Verhältnis zu bringen, und zwar durch eine Mischung aus Ergebnissen, Determinanten, Risikofaktoren und Prozessen, durch aufwandsbezogene Zielvorgaben, etwa für Investitionen, Kapazitäten und Ressourcen, sowie durch eine Reihe von auf die Verteilung innerhalb eines Landes oder zwischen Ländern ausgerichteten Zielvorgaben, die gesundheitliche Ungleichheiten – Gefälle und Defizite, relativer und absoluter Art – ins Visier nehmen und eine „Nivellierung nach oben“ (statt einer einfachen Rückführung auf den Durchschnitt) fördern sollten.

Eine weitere wichtige Überlegung bestand darin, realistisch und sparsam vorzugehen, ohne jedoch zu stark zu vereinfachen, und eine Liste von fünf bis zehn verständlichen und messbaren, möglicherweise mit quantitativen und qualitativen Maßen versehenen Zielvorgaben aufzustellen. In Konsultationen mit den Mitgliedstaaten und den leitenden Organen wurde der Bedarf an Mechanismen zur Rechenschaftslegung bekräftigt.

Ferner sollten die Zielvorgaben einen ausdrücklichen Bezug zu bestehenden globalen Rahmenkonzepten, Übereinkommen, Zielen und Strategien aufweisen,

die die Zustimmung aller Länder hatten oder – im Fall von Übereinkommen und Verträgen – von ihnen unterzeichnet worden waren. Im Kontext der Zeit galt es, Übereinstimmung nicht nur mit den MZ, sondern – neben anderen globalen und regionalen Fragen – auch mit den neuen globalen Zielvorgaben für nichtübertragbare Krankheiten herzustellen.

SMART-kompatible Zielvorgaben sind leichter zu erreichen als allgemeine Zielvorstellungen. Zielvorgaben müssen klar formuliert und unmissverständlich sein. Um messbare Zielvorgaben zu erhalten, müssen konkrete Kriterien für die Messung von Fortschritten vereinbart werden. Damit die Zielvorgaben erreichbar sind, müssen sie in einem klar abgesteckten Zeitrahmen realistisch erreichbar sein: Ein Zeitrahmen, vorzugsweise mit Fristen, sorgt für eine kontinuierliche Dynamik und fördert den Einsatz der Zielvorgaben zur Mobilisierung kollektiven Handelns. Zielvorgaben werden als relevant angesehen, wenn sie für Zielsetzungen stehen, zu deren Erfüllung eine Politik beitragen kann. Auch wenn es sich, wie bereits erwähnt, um eine heuristische Methode handelt, sollte jede Zielvorgabe einen realen, qualitativ oder quantitativ messbaren Fortschritt darstellen. Insofern sollten die SMART-Kriterien sowohl für qualitative als auch für quantitative Zielvorgaben gelten.

---

## Formulierung konkreter Zielvorgaben für Gesundheit 2020

### Prozess der Festlegung

Die Festlegung von Zielvorgaben und Indikatoren ist ein komplexer Prozess. Aus den in den 1980er und 1990er Jahren mit dem Konzept „Gesundheit für alle“ (und in jüngerer Zeit mit der Aufstellung der MZ) gewonnenen Erfahrungen ließ sich ableiten, dass ein gut organisierter Mechanismus benötigt wurde, um SMART-kompatible Ergebnisse zu erzielen. Der Mechanismus sollte einen Kontrollrahmen und eine strukturierte Berichterstattung sowie Ansätze zur Interpretation der Indikatoren beinhalten und ferner aufzeigen, was das Erreichen von SMART-kompatiblen Zielvorgaben für die Europäische Region bedeuten würde. Der Prozess sollte partizipatorisch angelegt sein, jedoch nicht zu komplex und schwerfällig. Der SCRC schlug vor, eine kleine Arbeitsgruppe für Zielvorgaben und Indikatoren mit folgenden Mitgliedern einzusetzen:

- Sachverständige der (im SCRC und im Europäischen Forum hochrangiger Regierungsvertreter vertretenden) Mitgliedstaaten mit Fachkenntnissen in den Themenbereichen und in Bezug auf Gesundheitsinformationen;
- leitende Mitarbeiter des WHO-Regionalbüros für Europa;
- Mitarbeiter des Regionalbüros mit Erfahrung und Fachkenntnissen in Bezug auf Zielfestlegung und Gesundheitsinformationen.

### Kasten 13. Arbeitsgruppe des SCRC für Zielvorgaben und Indikatoren

Die Arbeitsgruppe des SCRC für Zielvorgaben und Indikatoren vereinbarte auf ihrer ersten Telefonkonferenz folgenden Aufgabenbereich:

- endgültige Festlegung des Modus Operandi der Arbeitsgruppe, u. a. durch einen Fahrplan;
- Zusammenfassung der Ergebnisse der die Zielvorgaben für „Gesundheit 2020“ betreffenden Beratungen im SCRC und im WHO-Regionalbüro für Europa und Bestandsaufnahme früherer Erfahrungen bei der Festlegung von Zielvorgaben;
- Einigung auf die fachliche Methodik für die Festlegung von Zielvorgaben und Indikatoren unter besonderer Schwerpunktlegung auf die Empfehlung eines Verfahrens und einer Methodik für die Ausarbeitung qualitativer Zielvorgaben;
- Herausarbeitung wesentlicher Sachfragen und Vorlage an das Regionalkomitee;
- Festlegung zweier vorrangiger Zielvorgaben für jedes Handlungsfeld und Erörterung und Vorschlag von bis zu zwei Teilzielen zu jeder vorrangigen Zielvorgabe;
- Ermittlung und Vorschlag des Indikators/der Indikatoren für jede Zielvorgabe, der/die den vereinbarten Grundsätzen folgt/folgen und zu dem/denen Daten verfügbar sind;
- Begleitung der vom Regionalbüro zu koordinierenden Konsultationen mit den Mitgliedstaaten;
- Vorschlag und Fertigstellung der Zielvorgaben zur Vorlage auf der 62. Tagung des Regionalkomitees in Verbindung mit dem fertiggestellten Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“.

Die Gruppe zog je nach Bedarf weitere Sachverständige hinzu und hielt enge Verbindung mit den Arbeitsgruppen, die mit Studien zur Ausarbeitung von „Gesundheit 2020“ beitrugen, insbesondere mit der Sonderarbeitsgruppe für Maße und Zielvorgaben bei der Untersuchung der sozialen Determinanten von Gesundheit und des Gesundheitsgefälles in der Europäischen Region. Auf jeder Zusammenkunft gab die Arbeitsgruppe klare Empfehlungen zur weiteren Reduzierung der Liste potenzieller Zielvorgaben und Indikatoren in Übereinstimmung mit den in „Gesundheit 2020“ ursprünglich genannten drei übergeordneten Bereichen ab:

- Krankheitslast und Risikofaktoren;
- Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen und ihre Determinanten;
- Prozesse, darunter Führungsfragen und Gesundheitssysteme (47).

Das Sekretariat beim Regionalbüro stellte für die verschiedenen Konsultationen mit den Mitgliedstaaten Beiträge und Empfehlungen für den Festlegungsprozess sowie mögliche Zielvorgaben zur Aufnahme in die Liste zusammen.

Gemäß einem Vorschlag des SCRC vom Mai 2011 trugen die Mitgliedstaaten in enger Zusammenarbeit mit dem WHO-Sekretariat zu den fachlichen Beratungen bei. Für diese Arbeitsgruppe wurden Vertreter der folgenden Mitgliedstaaten nominiert: Andorra (vorheriger Vorsitz im SCRC), Polen, Schweden (nachfolgender Vorsitz im SCRC), Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien (früherer Vorsitz im SCRC), Türkei, Ukraine und Vereinigtes Königreich. Der Vertreter eines Mitgliedstaats (Schweden), der über umfangreiche Erfahrung auf diesem Gebiet verfügte, führte gemeinsam mit der WHO-Regionaldirektorin für Europa den Vorsitz in der Arbeitsgruppe. Die Arbeitsgruppe hielt alle ein bis zwei Monate Sitzungen per Video oder Telekonferenz und darüber hinaus persönliche Besprechungen in Verbindung mit Tagungen des SCRC und des Regionalkomitees ab. Ihr Aufgabenbereich ist in Kasten 13 erläutert.

### Dachziele von Gesundheit 2020

Wie bereits ausgeführt, verabschiedete das Regionalkomitee die Textvorlage mit den sechs übergeordneten Dachzielen und verständigte sich auf die Erarbeitung von Indikatoren zur Bewertung des Erfolgs bei der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ in der gesamten Europäischen Region. Der Vorzug der Dachziele besteht darin, dass sie untrennbar mit den strategischen Zielen und politischen Prioritäten von „Gesundheit 2020“ verknüpft sind. Die Begründung für ihre Wahl war, dass sie entweder im Einklang mit den aktuellen Bemühungen um die Festlegung von Zielen auf globaler Ebene stehen (etwa im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten) oder dass sie frühere, von den Mitgliedstaaten anerkannte oder vereinbarte Zielvereinbarungsstrategien und -ansätze der Europäischen Region fortführen bzw. an diese anknüpfen.

Die übergeordneten Dachziele lauten wie folgt:

1. Senkung der vorzeitigen Mortalität in der Europäischen Region bis 2020
2. Erhöhung der Lebenserwartung in der Europäischen Region
3. Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte in der Europäischen Region
4. Förderung des Wohlergehens der Bevölkerung in der Europäischen Region
5. Flächendeckende Gesundheitsversorgung in der Europäischen Region
6. Aufstellung nationaler Zielvorgaben in den Mitgliedstaaten

Aus Tabelle 2 geht hervor, in welchem Verhältnis die von den Dachzielen in „Gesundheit 2020“ erfassten Aktionsbereiche zu den Zielen von „Gesundheit für alle“ und GESUNDHEIT21 stehen.

Auch wenn über die Fortschritte hinsichtlich der übergeordneten Dachziele auf der Ebene der Europäischen Region Bericht erstattet werden soll, so werden die meisten Maßnahmen doch in den Ländern erfolgen. Dies wird in dem

sechsten Dachziel deutlich, das wiederum der Tatsache Rechnung trägt, dass viele Länder die Aufstellung von Zielvorgaben zum Bestandteil ihrer nationalen Gesundheitspolitik machen (Kasten 14).

## Möglichkeiten zur Festlegung von Zielwerten und Indikatoren

Sobald Zielbereiche vereinbart worden sind, geht es im nächsten Schritt darum, Zielwerte und Indikatoren zur Beobachtung der Fortschritte im Hinblick auf

Tabelle 2.  
Von den Dachzielen in Gesundheit 2020 erfasste Aktionsbereiche und bisherige Ziele für die Europäische Region

Hauptaktionsbereich von Gesundheit 2020	Übergeordnetes Dachziel in Gesundheit 2020	Entsprechende frühere Ziele	
		Gesundheit für alle (50)	GESUNDHEIT21 (4)
<b>Krankheitslast und Risikofaktoren</b>	1. Senkung der vorzeitigen Mortalität in der Europäischen Region bis 2020	Keine direkten, aber indirekte Entsprechungen in Form von Zielen für die Senkung der Säuglings-, Kinder- und Müttersterblichkeit und das Altern in Gesundheit	Ziele zur vorzeitigen Mortalität unter verschiedenen Rubriken, darunter Gesundheit von Jugendlichen, Straßenverkehrssicherheit, übertragbare Krankheiten und nichtübertragbare Krankheiten
<b>Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen und ihre Determinanten</b>	2. Erhöhung der Lebenserwartung in der Europäischen Region	„Bis zum Jahr 2000 sollte in der Region die Lebenserwartung bei der Geburt mindestens 75 Jahre betragen und sich der Gesundheitszustand aller Menschen über 65 Jahre anhaltend und ständig verbessern“	Bis zum Jahr 2000 sollten „die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen dem Drittel der europäischen Länder mit der höchsten und dem Drittel der Länder mit der niedrigsten Lebenserwartung ... um mindestens 30% verringert werden“
	3. Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte in der Europäischen Region (Ziel in Bezug auf die sozialen Determinanten)	„Bis zum Jahr 2000 sollten die Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den Ländern sowie zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder um mindestens 25% verringert werden; Menschen mit Behinderungen sollten in der Lage sein, ein gesellschaftlich, wirtschaftlich und geistig erfülltes Leben zu führen“	Bis zum Jahr 2020 sollte das „Gefälle in der Lebenserwartung zwischen sozioökonomischen Gruppen ... um mindestens 25% reduziert werden. Die Werte für die wichtigsten Indikatoren von Morbidität, Behinderungen und Mortalität sollten sich auf dem sozioökonomischen Gefälle gleichmäßiger verteilen“
	4. Förderung des Wohlergehens der Bevölkerung in der Europäischen Region (soll 2012/2013 weiter ausgearbeitet werden)	„Bis zum Jahr 2000 sollten alle Menschen die Möglichkeit haben, ihr Gesundheitspotenzial so zu entwickeln und auszuschöpfen, dass sie ein gesellschaftlich, wirtschaftlich und geistig erfülltes Leben führen können“	„Bis zum Jahr 2020 sollte sich die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern“
<b>Prozesse, Führungsfragen und Gesundheitssysteme</b>	5. Flächendeckende Gesundheitsversorgung in der Europäischen Region	Formuliert als Zugang zur Gesundheitsversorgung, insbesondere der primären Gesundheitsversorgung, ohne finanzielle Belastung für die Haushalte	Bis zum Jahr 2010 sollten die „Finanzierungssysteme für die Gesundheitsversorgung ... eine allgemeine Versorgung, Solidarität und Tragfähigkeit sicherstellen“
	6. Aufstellung nationaler Zielvorgaben in den Mitgliedstaaten	Bereitstellung von Unterstützung für die Festlegung von Zielen und für Gesundheitsinformationen in den Ländern, einschließlich Indikatoren und angemessener Informationssysteme auf Ebene der Länder	Ein großer Anteil der Ziele wurde auch für die nationale Ebene formuliert



#### Kasten 14. Fallstudie über die Festlegung von Rahmenzielen in Österreich (55)

Ein umfassender und breit angelegter Konsultationsprozess, den das österreichische Bundesministerium für Gesundheit in den Jahren 2011 und 2012 führte, führte zu zehn nationalen Rahmen-Gesundheitszielen. Zur Ausarbeitung der Ziele wurde ein Ausschuss eingesetzt, dem Vertreter von knapp 40 (in verschiedenen Politikfeldern tätigen) staatlichen Behörden auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene, Sozialversicherungsträgern und Sozialpartnern, Sachverständige des Gesundheitssystems und Gesundheitsfachkräfte, Vertreter von Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialsystems sowie Vertreter von Patienten, Kindern und Jugendlichen, Senioren und sozioökonomisch benachteiligten Menschen angehörten.

Interessierte Bürger erhielten die Möglichkeit, sich an dem Prozess zu beteiligen, indem sie über eine Online-Plattform zu Beginn Ideen einbringen und am Ende des Prozesses Rückmeldung zu den vorläufigen Zielen geben konnten. Um einen weiteren Kreis von Gesundheitsexperten und Mitgliedern der Öffentlichkeit einzubeziehen, wurden zwei große Konferenzen abgehalten – im Mai 2011 zur Einleitung des Prozesses und im Mai 2012 zur Vorlage des Entwurfs der Gesundheitsziele.

Die Bandbreite der Ziele ist groß und reicht von einer gesunden Umwelt und Chancengleichheit bis zur Gesundheitskompetenz, von sozialem Zusammenhalt und gesunder Lebensführung bis zur Gesundheitsversorgung sowie von gesundem Aufwachen für Kinder und gesunder Ernährung bis zur Förderung der psychosozialen Gesundheit. Das übergreifende Ziel besteht darin, die gesunde Lebenserwartung in den nächsten 20 Jahren um zwei Jahre zu erhöhen. Nach der Annahme durch die Bundesgesundheitskommission und einer Resolution des Ministerrates im Juli 2012 bestimmt Österreich nun geeignete Indikatoren für jedes der zehn Ziele und legt einen verbindlichen Plan für deren Umsetzung und die Gesundheitsberichterstattung fest. Zur Umsetzung und Bewertung soll dieselbe ressortübergreifende Gruppe politischer und gesellschaftlicher Institutionen und Akteure als Gremium zur Zielkontrolle ernannt werden.

die Zielerfüllung zu bestimmen. Zudem soll die WHO-Regionaldirektorin für Europa über Fortschritte bei der Erfüllung der Ziele Bericht erstatten, indem sie Durchschnittswerte für die Europäische Region meldet. Deshalb müssen in die Zielkontrolle für die Region auch die Ergebnisse der Beobachtung von Indikatoren auf der Ebene der Länder einfließen.

Im Juni 2012 hielt eine Expertengruppe des Regionalbüros eine Sondersitzung zur Benennung der Indikatoren ab (56). Die Gruppe einigte sich auf grundsätzliche Kriterien für die Auswahl von Indikatoren für fünf der sechs Aktionsbereiche (mit Ausnahme des Wohlbefindens). Die Indikatoren sollten:

- routinemäßig erhoben werden und für die Mitgliedstaaten nach Möglichkeit einfach und kostengünstig zu verwalten sein (da sie in den meisten Fällen bereits für internationale Datenbanken aufbereitet werden);
- ein hohes Maß an Belastbarkeit und Validität aufweisen, damit die Zielerfüllung gemessen werden kann;
- als Informationsgrundlage für Politikoptionen dienen, um fundierte Entscheidungen über Prioritäten zu ermöglichen;
- sich auf einer möglichst niedrigen regionalen oder subnationalen Ebene aufschlüsseln lassen, um die Beobachtung regionaler Unterschiede innerhalb von wie auch zwischen Mitgliedstaaten zu erleichtern;
- sich nach Alter und Geschlecht und möglichst auch nach Ethnizität, sozioökonomischen Merkmalen und schutzbedürftigen Gruppen schichten lassen; und
- und in der Mehrzahl der Mitgliedstaaten verfügbar sein.

Zu diesem Zweck empfiehlt es sich, die von den Ländern routinemäßig erhobenen Gesundheitsdaten in möglichst großem Umfang zu nutzen und die Erhebung neuer Daten nach Möglichkeit zu vermeiden.

### Methoden für die Festlegung von Zielwerten

Je nach den zu erreichenden Zielen kommen bei der Festlegung eines Zielwerts und der Auswahl bestehender oder der Entwicklung neuer Indikatoren unterschiedliche Methoden zur Anwendung. Es sind mehrere Ansätze vorhanden, die je nach den erforderlichen Daten und Erkenntnissen und der Komplexität der Berechnungsverfahren variieren (s. Kasten 15 zur Festlegung von Zielwerten und zur Bestimmung von Indikatoren für nichtübertragbare Krankheiten). In den folgenden Abschnitten werden alternative Methoden für den ersten Zielbereich erläutert: Krankheitslast und Risikofaktoren.

#### Kontrafaktische Methode

Bei dieser Methode wird ein biologisch erreichbarer Wert oder ein theoretischer Minimalwert anhand der verfügbaren Daten mit der jeweils aktuellen Situation

verglichen. Murray und Lopez (57) beschrieben diese Methode 1999 als eine Systematik kontrafaktischer Expositionsverteilungen, die bei der Darstellung von Optionen für die Politikdurchführung hilfreich sind. Sie umfassen Verteilungen, in denen jedem beschriebenen Risikofaktor oder Ziel ein theoretisches Minimum, ein plausibles Minimum, ein machbares Minimum und ein kostenwirksames Minimum zugewiesen sind. Was den hier behandelten Zielbereich anbelangt, wird bei der Methode davon ausgegangen, dass eine bestimmte Krankheitslast unvermeidbar ist, so günstig das Umfeld auch sein mag.

#### Trendanalyse

Diese oft verwendete Methode beinhaltet die Beobachtung und Dokumentation von Trends, die nach geografischen Gebieten – entweder innerhalb von oder zwischen Ländern oder Ländergruppierungen – oder nach sozialen, wirtschaftlichen oder demografischen Bevölkerungsmerkmalen wie Geschlecht, Bildungsniveau oder Berufsgruppe aufgeschlüsselt werden. Sie dient als Grundlage für die Betrachtung der Entwicklung allgemeinerer Gesundheitsdeterminanten, Risikofaktoren und Gesundheitsergebnisse oder -folgen im Vergleich zwischen verschiedenen Gruppen. Ein Ziel könnte somit darin bestehen, die Unterschiede zwischen den Werten verschiedener Ländergruppen zu verringern.

#### Andere Methoden

Es existieren zahlreiche andere Methoden, darunter Ansätze zur weiteren Verbesserung der Zielermittlung. Ein Beispiel ist die Zusammenführung von Interventionsstudien: Studien zur Untersuchung und Quantifizierung der Auswirkungen von Interventionen (u. a. Kostenwirksamkeit) aus mehreren Ländern der Europäischen Region können zusammengefasst werden, und die durch die Intervention bedingte prozentuale Verringerung des betreffenden Werts kann als Quantifikator für die Zielvorgabe genutzt werden. Solche Studien sind wichtig, da sie direkt mit Politikoptionen verknüpft sind.

Einen anderen Ansatz bieten vergleichende Risikobewertungen. Dabei wird die Wirkung von Risikofaktoren auf Krankheiten untersucht und gemessen und die Entwicklung der Krankheitslast auf der Basis von Prognosen zu Veränderungen der Determinanten im Zeitverlauf vorausgesagt. Zu diesem Thema liegt umfangreiche Literatur vor, insbesondere aus Europa.

---

### Festlegung von Zielwerten und Auswahl von Indikatoren zur Beobachtung von Fortschritten im Hinblick auf 2020

Auf der Sitzung der Expertengruppe im Juni 2012 wurde eine vorläufige Liste potenzieller Indikatoren zur Überwachung der sechs übergeordneten Dachziele



vorgeschlagen (56). Die wichtigsten Punkte, auf die sich die Sitzungsteilnehmer verständigten, sollten vor dem Hintergrund der gegenwärtig in der Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-Datenbank) und aus einigen anderen Quellen verfügbaren Indikatoren hier aufgegriffen werden.

- Es sollte eine Liste von Kernindikatoren aufgestellt werden, für die Daten aus der gesamten Europäischen Region vorliegen sollten. Dabei würden

#### Kasten 15.

#### Beschreibung von Ansätzen für die Festlegung von Zielwerten und Bestimmung von Indikatoren für nichtübertragbare Krankheiten

##### Kontrafaktische Methode

Es wäre denkbar, einen Indikator für vorzeitige Mortalität infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems (ein Zielbereich für nichtübertragbare Krankheiten) zu verwenden. (Der Indikator dient ausschließlich zu Illustrationszwecken und ist möglicherweise nicht geeignet, da er ältere Menschen als wichtige schutzbedürftige Gruppe unberücksichtigt lässt.) Der Inhalt der Zielvorgabe kann unterschiedlich formuliert werden, etwa so:

- Senkung der Mortalität infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems in der Europäischen Region bis 2020 um jährlich mindestens 1,5%, wobei die signifikantesten Verringerungen in den Ländern mit den aktuell höchsten Raten erreicht werden sollten; oder
- Senkung der Mortalität infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems in der

Region auf den aktuell niedrigsten Durchschnitt in der Teilregion. Daraus würde sich unmittelbar eine quantifizierte Zielvorgabe ergeben, da dann der Durchschnitt für die Europäische Region bis 2020 von dem 2010 verzeichneten Wert von 100 je 100 000 auf eine gegenwärtig in einem bestimmten Teil der Region beobachtete Rate gesenkt werden müsste.

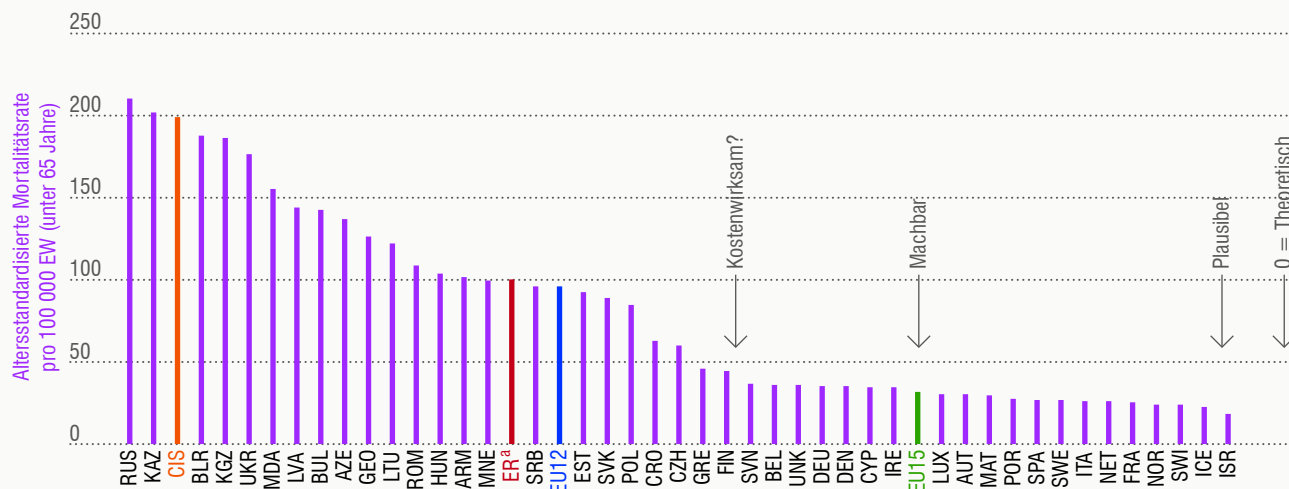
Der Indikator für diese Zielvorgabe könnte etwa „altersstandardisierte Mortalitätsrate für Erkrankungen des Kreislaufsystems pro 100 000 EW unter 65 Jahre“ lauten. Die nachstehende Abbildung zeigt diese Rate für alle Länder in der Europäischen Region sowie die Durchschnittsraten für die zuvor verwendeten Untergruppen von Ländern innerhalb der Region:

- die 12 Länder, die schon vor dem 1. Mai 2004 Mitglieder der Europäischen Union waren (EU<sub>15</sub>);

- die 12 Länder, die der Europäischen Union seit Mai 2004 beigetreten sind (EU<sub>12</sub>), und
- die Gemeinschaft unabhängiger Staaten (GUS) bis 2006 (Einzelheiten finden sich in Anhang 1).

Eine altersstandardisierte Mortalitätsrate von Null wäre eine theoretisch mögliche, aber nicht physiologisch plausible Mindeststrate. Allerdings ließe sich das Argument vorbringen, dass in einem geeigneten Umfeld und unter den richtigen Bedingungen alle Länder der Europäischen Region in der Lage sein sollten, die niedrigste Rate zu erreichen (in diesem Beispiel die Israels), da sie bereits eine biologische Realität darstellt und somit plausibel ist, oder, wie bereits erläutert, den derzeit niedrigsten Durchschnitt unter den Teilregionen (in diesem Beispiel den der EU<sub>15</sub>) zu erreichen, da er ebenfalls bereits beobachtet wurde und somit machbar ist.

#### Vorzeitige Mortalität aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems in den Ländern und Teilregionen der Europäischen Region (letzte verfügbare Daten aus dem Zeitraum 2006–2010)



die Länder die Möglichkeit erhalten, diese Liste zu erweitern und von zusätzlichen ihnen vorliegenden Indikatoren Gebrauch zu machen.

- Die Mitgliedstaaten sollten über die Kernindikatoren Bericht erstatten und sich auf die erweiterte Liste stützen, falls entsprechende Mittel vorhanden sind.
- Die Liste der Kernindikatoren könnte als das erforderliche Element der Rechenschaftslegung dienen.

Alternativ könnte man argumentieren, dass die Länder mit den höchsten Raten in der Lage sein sollten, die Durchschnittsrate für die Region insgesamt zu erreichen. Für die Erörterung eines kostenwirksamen Minimums wären weitere Informationen aus Interventionsstudien erforderlich. Die Wahl des Standards (oft als kontrafaktischer Wert bezeichnet), an dem Fortschritte gemessen würden, und der Zielvorgabe würde durch Sachverständigengutachten, im Konsensverfahren oder mittels anderer (nachstehend beschriebener) Methoden erfolgen.

In dieser Abbildung beträgt der höchste nationale Wert mehr als das Zehnfache des niedrigsten Werts und mehr als das Doppelte des Durchschnitts der Europäischen Region. Die prozentuale Verringerung der Zielvorgabe würde je nach dem zugrunde liegenden kontrafaktischen Wert oder Zielwert variieren. Alternativ wäre eine positive Formulierung denkbar, die auf die Lebenserwartung statt auf die Sterblichkeit abstellt; die höchste Lebenserwartung in der Europäischen Region könnte dann als kontrafaktischer Wert für Vergleiche innerhalb der Region festgelegt werden.

Um dies sinnvoll zu quantifizieren, wären weitere Schritte erforderlich. Darüber hinaus sind die Unterschiede zwischen den Raten durch zahlreiche Faktoren bedingt, doch kommt der Gesamtsterblichkeit insofern eine besondere Bedeutung zu, als niedrige Raten ursachenspezifischer Mortalität möglicherweise nur hohe Raten konkurrierender Mortalität aufgrund anderer vermeidbarer Ursachen widerspiegeln.

**Trendanalysen**

Eine weitere Darstellung der Sterblichkeit infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems macht deutlich, inwiefern Trends bei den Raten zur Festlegung einer Zielvorgabe herangezogen werden können, in diesem Fall im Bereich der Ungleichheiten. Die Abbildung rechts veranschaulicht, wie sich die vorzeitige Mortalität aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems

in der Europäischen Region verändert hat. Sie verdeutlicht, dass die Unterschiede bei den Raten zwischen den Ländern in der Region zugenommen haben, insbesondere in den vergangenen 20 Jahren. Eine Zielvorgabe kann dann etwa so formuliert werden: „Verringerung der Ungleichheiten in Bezug auf Mortalität infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems in der Europäischen Region um x%“. Der Indikator wäre „proportionaler Unterschied bei der Mortalität infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems zwischen dem Land mit dem höchsten und dem Land mit dem niedrigsten Wert“. Alternativ könnte die Zielvorgabe darin bestehen, „die Unterschiede bei der Mortalität infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems zwischen bestimmten (noch festzulegenden) Untergruppen von Ländern um x% zu verringern“; hierfür gäbe es viele verschiedene Optionen. In beiden Fällen ist es erforderlich, die prozentuale Verringerung mit Zustimmung der Mitgliedstaaten festzusetzen.

Ob eine quantifizierte Zielvorgabe realistisch ist, muss durch weitere Analysen bewertet werden. Dazu würde unter anderem die Untersuchung von Korrelationen anhand von Prädiktorvariablen zählen, insbesondere Variablen, die tendenziell eher auf Interventionen reagieren, oder die Analyse von Quintilen, bei der die Länder im besten Quintil auf Gemeinsamkeiten untersucht werden. Dafür muss ein detaillierteres Wissen über die Wirksamkeit von Interventionen bei der Bekämpfung von Krankheits- oder Risikofaktoren bzw. ihren Determinanten gewonnen werden. Im Rahmen dieser Analyse würden die Gemeinsamkeiten der Länder, Untergruppen oder Regionen mit den höchsten und den niedrigsten Raten untersucht.

**Zusammenführung von Interventionsstudien**

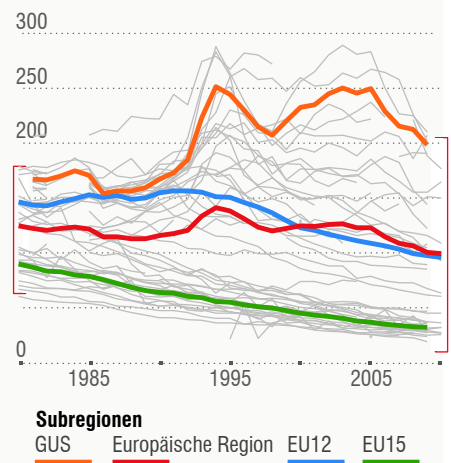
Würde – um ein hypothetisches Beispiel zu verwenden – die Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems in einigen Ländern durch den aggressiven Einsatz von Statinen sowie bestimmte Verbesserungen im

Gesundheitssystem um 5% gesenkt, so könnte eine potenzielle Zielvorgabe als Senkung der Rate der vorzeitigen Mortalität aufgrund von Kreislaufkrankungen um 5% formuliert werden.

**Vergleichende Risikobewertungen**

Hier ist ein weiteres hypothetisches Beispiel: Ging in einigen Ländern ein Rückgang des Tabakkonsums mit einer Verringerung der Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems um 10% einher, so könnte eine potenzielle Zielvorgabe als Senkung der Rate der vorzeitigen Mortalität aufgrund von Kreislaufkrankungen um 10% formuliert werden.

**Trends bei der vorzeitigen Mortalität aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems in den Ländern und Teilregionen der Europäischen Region (1980–2010)**  
(altersstandardisierte Mortalitätsrate pro 100 000 EW unter 65 Jahre)



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (6).

Da die Mitgliedstaaten 2010 als Basisjahr für die Überwachung der Ziele von „Gesundheit 2020“ festgelegt haben, bietet sich somit ein Zeitfenster von zehn Jahren für die Beobachtung der Fortschritte und für die Berichterstattung.

Ausgehend von vorgeschlagenen Kriterien für die Überwachung der Fortschritte schlug die Expertengruppe einen Zielwert für jedes der sechs übergeordneten Dachziele vor und entwarf zwei Listen von Indikatoren für die weitere Diskussion (s. Tabelle 3): Kernindikatoren, die eindeutig alle oder nahezu alle Kriterien erfüllen, und einen Katalog zusätzlicher Indikatoren, aus dem die Mitgliedstaaten die für sie relevantesten auswählen können oder den sie bei Bedarf ergänzen können.

Die von der Expertengruppe vorgeschlagenen Indikatoren sind Platzhalter. Im Anschluss an die Tagung des Regionalkomitees 2012 nahm das WHO-Regionalbüro für Europa umfassende Konsultationen mit den Mitgliedstaaten auf, um die Arbeit an den Indikatoren für die vereinbarten Ziele abzuschließen und sie dem Regionalkomitee 2013 vorlegen zu können. Dies umfasst Beratungen auf allen Tagungen der leitenden Organe und eine schriftliche Online-Konsultation.

Um die Debatte über die maßgeblichen Indikatoren für die gebilligten übergeordneten Dachziele von „Gesundheit 2020“ anzuregen, soll hier anhand einiger der von der Expertengruppe vorgeschlagenen Indikatoren die Ausgangslage veranschaulicht und dabei auch auf Trends für vier dieser übergeordneten Ziele eingegangen werden. Darüber hinaus soll für einen Indikator ein Kontrollrahmen beschrieben werden.

### **Dachziel 1: Senkung der vorzeitigen Mortalität in der Europäischen Region bis 2020**

Die wichtigsten Zielbereiche sind die relative Verringerung der Gesamtsterblichkeit aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems, Neoplasmen, Diabetes und chronischen Atemwegserkrankungen, die Eliminierung ausgewählter durch impfpräventabler Krankheiten und die Verringerung der Zahl der Straßenverkehrsunfälle.

**Indikator: Altersstandardisierte Gesamtsterblichkeitsrate pro 100 000 EW, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Todesursachengruppen**

Wie in Kapitel 1 ausgeführt, ging die Gesamtsterblichkeitsrate in den letzten Jahren zwar insgesamt im Durchschnitt der Europäischen Region zurück, doch bestehen innerhalb der Region noch erhebliche Unterschiede (s. Abb. 10, S. 11).

Als potenzieller Zusatzindikator für dieses Dachziel wurde die vorzeitige Mortalität (Todesfälle vor Vollendung des 65. Lebensjahrs), aufgeschlüsselt

Tabelle 3.  
Überwachung der Fortschritte im Hinblick auf Gesundheit 2020

Übergeordnete Dachziele von Gesundheit 2020	Wichtigste Zielbereiche	Vorgeschlagene Kernindikatoren	Zusätzliche potenzielle Indikatoren
<p><b>1. Senkung der vorzeitigen Mortalität in der Europäischen Region bis 2020</b></p>	<p>1.1. Relative jährliche Verringerung der Gesamtsterblichkeit aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems, Neoplasmen, Diabetes und chronischen Atemwegserkrankungen um 1,5% bis 2020</p> <p>1.2. Verwirklichung und Aufrechterhaltung der Eliminierung ausgewählter impfpräventabler Krankheiten (Polio, Masern, Röteln, Prävention der Rötelnembryopathie)</p> <p>1.3. Verringerung der Verletzungen im Straßenverkehr um 30% bis 2020</p>	<p>1.1a Altersstandardisierte Gesamtsterblichkeitsrate pro 100 000 EW, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Todesursachengruppen</p> <p>1.1b Prävalenz der wichtigsten Risikofaktoren, einschließlich der im globalen Kontrollrahmen für nichtübertragbare Krankheiten formulierten Faktoren</p> <p>1.1c Säuglingssterblichkeit pro 1000 Lebendgeburten</p> <p>1.2a Prozentualer Anteil der gegen Masern, Polio und Röteln geimpften Kinder</p> <p>1.3a Altersstandardisierte Mortalitätsrate pro 100 000 EW aufgrund aller äußeren Ursachen</p>	<p>a) Gesamtsterblichkeit und vorzeitige Sterblichkeit für die vier wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten nach Geschlecht (Erkrankungen des Kreislaufsystems, Neoplasmen, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen)</p> <p>b) Tägliches Rauchen in der Altersgruppe ab 15 Jahren bis 2020</p> <p>c) Alkoholkonsum</p> <p>d) Übergewicht/Adipositas</p> <p>e) Verkehrsunfälle</p> <p>f) Vergiftungsunfälle</p> <p>g) Alkoholvergiftungen</p> <p>h) Suizid</p> <p>i) Stürze</p> <p>j) Tötungsdelikte und Überfälle</p>
<p><b>2. Erhöhung der Lebenserwartung in der Europäischen Region</b></p>	<p>2.1. Weiterer Anstieg der Lebenserwartung im aktuellen Tempo, gekoppelt mit einer Verringerung der Abstände in der Lebenserwartung zwischen den Bevölkerungen der Länder der Europäischen Region um entweder 50% oder 25% bis 30% bis 2020</p>	<p>2.1a Lebenserwartung bei Geburt</p>	<p>a) Lebenserwartung bei Geburt und im Alter von 1, 15, 45 und 65 Jahren</p> <p>b) Gesunde Lebenserwartung bei Geburt und im Alter von 65 Jahren</p>
<p><b>3. Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte in der Europäischen Region (Ziel in Bezug auf die sozialen Determinanten)</b></p>	<p>3.1. Verringerung der Kluft beim Gesundheitsstatus zwischen Bevölkerungsgruppen, die von sozialer Ausgrenzung und von Armut betroffen sind, und dem Rest der Bevölkerung</p>	<p>3.1a Prozentualer Anteil der Schulabbrecher</p> <p>3.1b Armut, einschließlich in besonderen Gruppen (Kinder, ältere Menschen)</p> <p>3.1c Säuglingssterblichkeit pro 1000 Lebendgeburten</p> <p>3.1d Qualitativer Indikator, der die Aufstellung einer nationalen Strategie zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte dokumentiert</p> <p>3.1e Lebenserwartung</p> <p>3.1f GINI-Koeffizient</p> <p>3.1g Index der menschlichen Entwicklung</p> <p>3.1h Suizidrate/Rate der Tötungsdelikte</p> <p>3.1i Rate der Teenagerschwangerschaften</p>	<p>a) Prozentualer Anteil der Kinder, die eine Grundschule besuchen</p> <p>b) Prozentualer Anteil der von Armut bedrohten Kinder</p> <p>c) Lebenserwartung nach Geschlecht und im Stadt-Land-Gefälle</p> <p>d) Index der menschlichen Entwicklung – um Ungleichgewichte bereinigt</p>
<p><b>4. Förderung des Wohlergehens der Bevölkerung in der Europäischen Region</b></p>	<p>Ausarbeitung für 2012/2013 geplant</p>	<p>4.1a Prävalenz von Adipositas im Kindesalter</p> <p>4.1b Noch zu erarbeiten (u. a. psychische Gesundheit, Gesundheitsprobleme, Mortalität einschließlich Selbstmordrate, objektive und subjektive Maßnahmen)</p>	<p>a. Rate der Erwerbsbeteiligung von Menschen mit psychischen Störungen</p>
<p><b>5. Verwirklichung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung und des „Rechts auf Gesundheit“ in der Europäischen Region</b></p>	<p>5.1. Die Finanzierungssysteme für die Gesundheitsversorgung sollten bis 2020 eine allgemeine Versorgung, Solidarität und Nachhaltigkeit sicherstellen</p>	<p>5.1a Anteil der Eigenleistungen der Privathaushalte an den Gesamtausgaben für Gesundheit</p> <p>5.1b Prozentualer Anteil der gegen Masern, Polio und Röteln geimpften Kinder</p> <p>5.1c Prozentualer Anteil der mit niedrigem Gewicht (&lt;2,5 kg) geborenen Säuglinge</p> <p>5.1d Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit (in % des BIP)</p>	<p>a. Weitere Details zum Indikator für die Eigenleistungen</p>
<p><b>6. Aufstellung nationaler Zielvorgaben in den Mitgliedstaaten</b></p>	<p>6.1 Einrichtung und Umsetzung nationaler Prozesse für die Festlegung von Zielvorgaben</p>	<p>6.1a Qualitativer Indikator, der sowohl den Prozess als auch die Ausgestaltung dokumentiert</p> <p>6.1b Qualitativer Indikator, der die Anwendung des Konzeptes „Gesundheit in allen Politikbereichen“ dokumentiert</p> <p>6.1c Qualitativer Indikator, der folgende Elemente dokumentiert: i) Aufstellung einer nationalen Strategie für „Gesundheit 2020“; ii) Umsetzungsplan; iii) Mechanismus für die Rechenschaftslegung</p>	

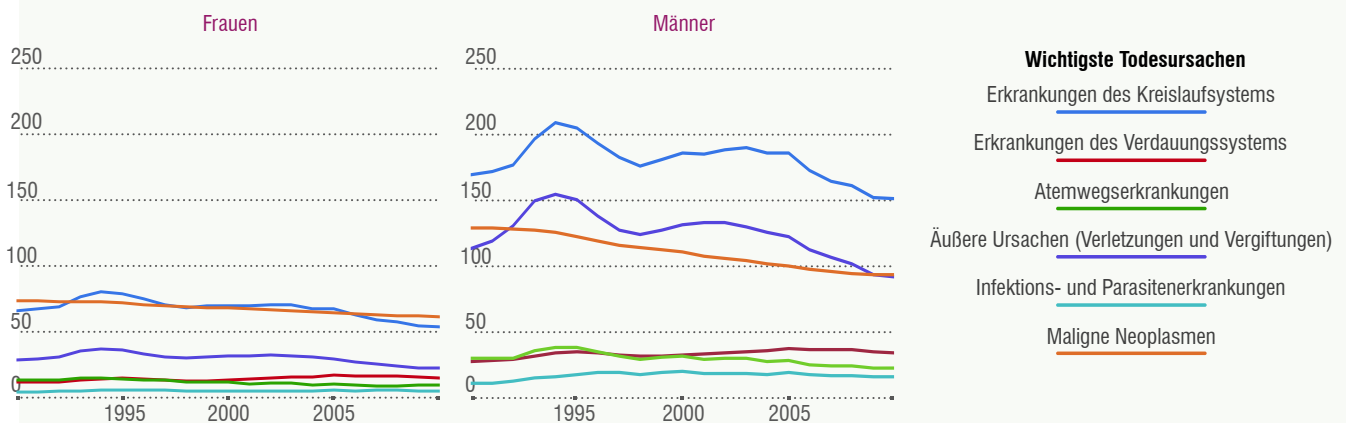
nach wichtigsten Todesursachengruppen und Geschlecht, vorgeschlagen (Abb. 63). Die Trends für die Europäische Region lassen beträchtliche Unterschiede in der Größenordnung zwischen Männern und Frauen erkennen, die für alle Ursachengruppen zusammengenommen mindestens den Faktor 2 betragen, jedoch bei Erkrankungen des Kreislaufsystems, Neoplasmen und äußeren Ursachen besonders ausgeprägt sind. Divergenzen sind auch bei der Verteilung der Krankheitsinzidenz zu beobachten: So sind Frauen inzwischen in ähnlichem Maße von Erkrankungen des Kreislaufsystems und Neoplasien betroffen, dagegen in geringerem Umfang von äußeren Ursachen. Männer sind deutlich stärker von Erkrankungen des Kreislaufsystems als von allen anderen Ursachengruppen betroffen. Es folgen äußere Ursachen und Neoplasmen. Die Mortalitätstrends sind für die meisten Ursachengruppen rückläufig, auch wenn der Rückgang in unterschiedlichem Tempo verläuft, außer bei Erkrankungen des Verdauungssystems (meist im Zusammenhang mit chronischen Lebererkrankungen und Leberzirrhose).

#### Indikator: Prävalenz der wichtigsten Risikofaktoren

Als weiterer Kernindikator wurde die Prävalenz der wichtigsten Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten, darunter Rauchen und Alkoholkonsum, vorgeschlagen. Die Prävalenz des regelmäßigen Rauchens ist in der Europäischen Region auf etwa 25% gesunken. Allerdings wird die Prävalenz des Rauchens nicht in allen Ländern erfasst, was Probleme für die Überwachung aufwirft.

Demgegenüber ist die Rate des Alkoholkonsums in einigen Teilen der Region auffällig stark gestiegen, was durch den Durchschnittswert für die Europäische

Abb. 63.  
Trends bei der vorzeitigen Mortalität nach Geschlecht und wichtigsten Todesursachengruppen  
in der Europäischen Region (1990–2010)  
(altersstandardisierte Mortalitätsrate pro 100 000 EW unter 65 Jahre)

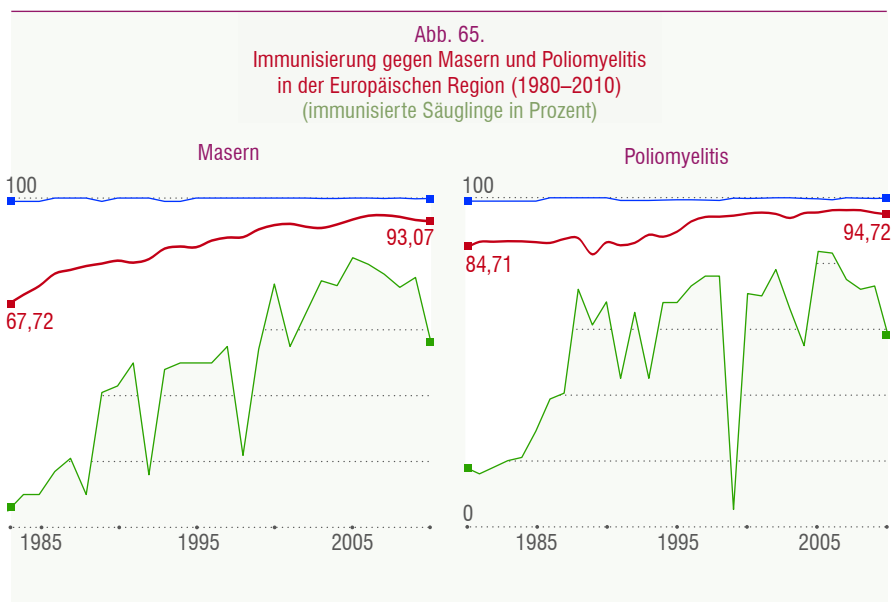
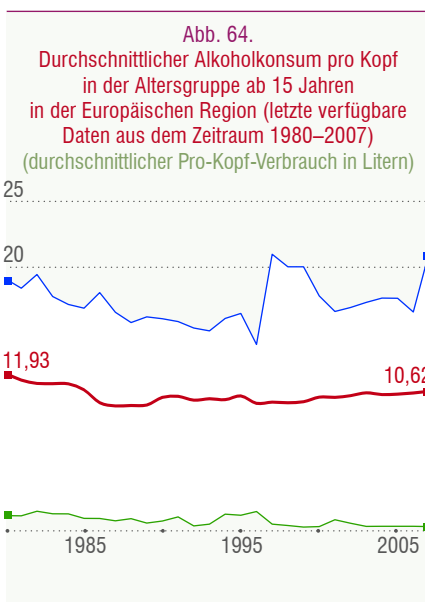


Region insgesamt verdeckt wird (Abb. 64). Dies geht einher mit ähnlichen Sterblichkeitsmustern für alkoholbedingte Ursachen.

**Indikator: Prozentualer Anteil der gegen Masern, Polio und Röteln geimpften Kinder**  
 Ein wesentlicher Zielbereich für die Reduzierung der vorzeitigen Sterblichkeit besteht darin, die Eliminierung ausgewählter impfpräventabler Krankheiten zu erreichen und aufrechtzuerhalten. Für die Beobachtung kommen Indikatoren infrage, die Maßnahmen im Gesundheitssystem betreffen, insbesondere Immunisierung. Im vergangenen Jahrzehnt ist der Anteil der Kinder mit Impfschutz gegen Masern und Polio in der Europäischen Region auf über 90% angestiegen (Abb. 65). In den Ländern Osteuropas und Zentralasiens liegen die Werte sogar etwas höher. In einigen Ländern sind aufgrund sinkender Impfraten in letzter Zeit günstige Bedingungen für Ausbrüche entstanden. Um in solchen Szenarien die Bevölkerung wirksam schützen zu können, werden verstärkte Anstrengungen erforderlich sein.

**Indikator: Altersstandardisierte Mortalitätsrate pro 100 000 EW aufgrund aller äußeren Ursachen**

Aufgrund ihrer Bedeutung für die Sterblichkeit gelten Straßenverkehrsunfälle (und andere äußere Todesursachen) als weiterer relevanter Zielbereich. 2010 lagen die Raten der Sterblichkeit infolge äußerer Ursachen in der Europäischen Region zwischen 25 und 103 Fällen pro 100 000 EW und unterschieden sich somit annähernd um das Vierfache (s. Abb. 35, S. 31). Wie in Kapitel 1 ausgeführt, klaffen auch die Raten für spezifische äußere Ursachen zwischen den Ländern erheblich auseinander (Abb. 66).



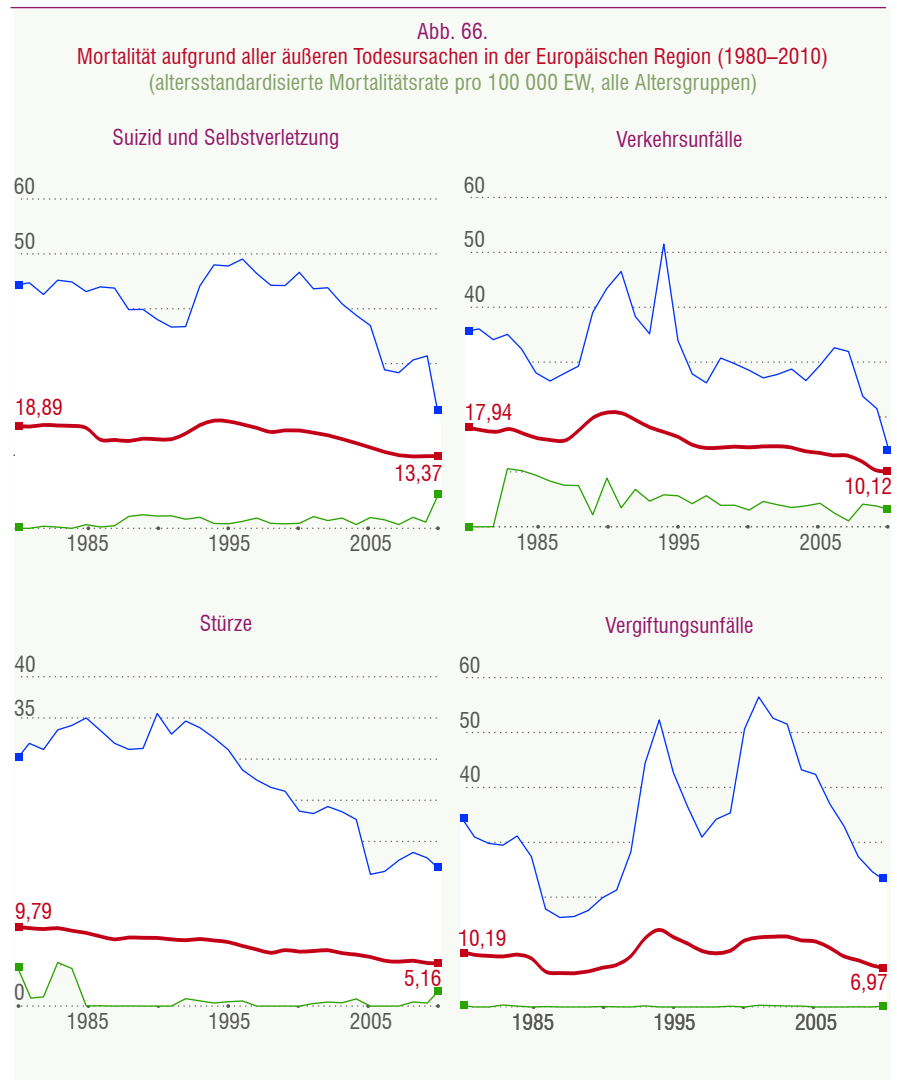
## Dachziel 2: Erhöhung der Lebenserwartung in der Europäischen Region

Der wichtigste Zielbereich ist der weitere Anstieg der Lebenserwartung im aktuellen Tempo, in Verbindung mit einer Verringerung des Gefälles zwischen den Bevölkerungen der Länder.

### Indikator: Lebenserwartung bei Geburt

In den vergangenen drei Jahrzehnten ist die Lebenserwartung in der Europäischen Region jährlich um 0,17 Jahre gestiegen (s. Abb. 4, S. 6).

Prognosen legen nahe, dass sie bei einem ähnlichen Wachstumstempo wie im Zeitraum 1980–2010 bis 2050 nahezu 81 Jahre erreichen wird (7). Dennoch bestehen wichtige Unterschiede zwischen den Ländergruppen. So erreichten



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ und Europäische Mortalitäts-Datenbank (6,11).



einige Länder im westlichen Teil der Europäischen Region das für 2050 für die Region insgesamt prognostizierte Niveau der Lebenserwartung bereits 2010, und bis 2050 wird sich dort die Lebenserwartung auf 85 Jahre erhöhen. Dagegen wird in anderen Ländern für 2050 mit einer Lebenserwartung von nur 75 Jahren gerechnet, einem Niveau, das in der Europäischen Region insgesamt 2010 und in einigen Ländern bereits 1985 erreicht wurde.

### **Dachziel 3: Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte in der Europäischen Region (Ziel in Bezug auf die sozialen Determinanten)**

Dieser Zielbereich soll sich mit der Verringerung des Gefälles und der Kluft im Gesundheitsbereich zwischen Untergruppen der Bevölkerung in den Ländern befassen. Der Schwerpunkt wird wahrscheinlich auf jenen Untergruppen liegen, die im Vergleich zum Rest der Bevölkerung von sozialer Ausgrenzung und von Armut betroffen sind. Dabei wird es auch um die Verringerung der Abstände in der Lebenserwartung zwischen den Bevölkerungen der Länder der Europäischen Region bis 2020 gehen.

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

In diesem Zielbereich muss in erheblichem Maße Neuland beschritten werden. Das WHO-Regionalbüro für Europa hat eine Initiative zur Messung und Festlegung von Zielvorgaben für Wohlbefinden ins Leben gerufen, die unter der Federführung internationaler Sachverständiger steht. Die von dieser Gruppe vorgeschlagenen Indikatoren werden, wie in Kapitel 3 erläutert, Gegenstand intensiver Beratungen mit den Mitgliedstaaten sein. Als einen von mehreren möglichen Indikatoren hat die Gruppe die Prävalenz der Adipositas im Kindesalter vorgeschlagen.

#### **Indikator: Prävalenz von Adipositas im Kindesalter**

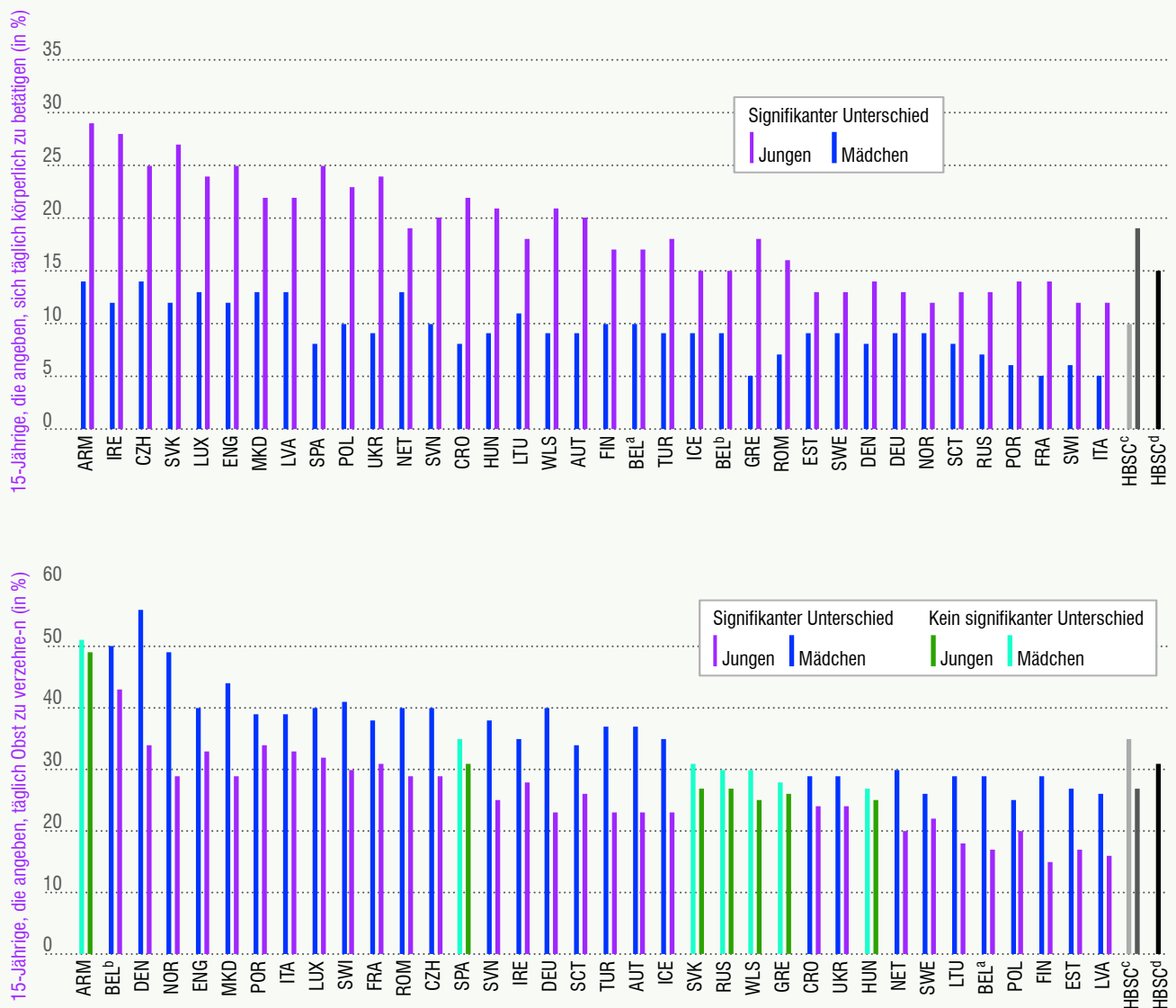
Neue Daten zur Prävalenz der Adipositas werden in den Ländern der Europäischen Region nur langsam verfügbar. Als Alternative bieten sich einige mit dem Gesundheitsverhalten verbundene Ersatzgrößen an. Die jüngste Befragung für die HBSC-Studie zum Gesundheitsverhalten von schulpflichtigen Kindern gibt unter anderem Aufschluss über ihre körperliche Betätigung und ihre Ernährungsgewohnheiten (40). Während 15% der 15-Jährigen angaben, sich in ihrem Tagesablauf moderat bis intensiv körperlich zu betätigen (Abb. 67), traf das für Jungen mit doppelt so hoher Wahrscheinlichkeit wie für Mädchen zu (19% gegenüber 10%). Der höchste Wert für Jungen und Mädchen zusammengenommen betrug nahezu das Dreifache des niedrigsten. Was gesunde Essgewohnheiten anbelangt, so gaben 31% der Jugendlichen insgesamt an, täglich Obst zu essen, auch wenn die Raten für Mädchen höher waren als für Jungen (35% bzw. 27%). Die Werte variieren je nach Land erheblich und unterscheiden sich zwischen Jungen und Mädchen mitunter fast um das Zweifache.



## Dachziel 5: Verwirklichung einer flächendeckenden Versorgung und des Rechts auf Gesundheit in der Europäischen Region

Die zentralen Zielbereiche betreffen die Finanzierung von Gesundheitssystemen, die eine allgemeine Versorgung gewährleisten soll, was sich bis 2020 nur durch Solidarität und Nachhaltigkeit erreichen lässt.

Abb. 67.  
Prävalenz der moderaten bis intensiven körperlichen Betätigung  
und des Obstverzehrs bei 15-Jährigen  
in den Ländern der Europäischen Region nach Geschlecht (2009/2010)

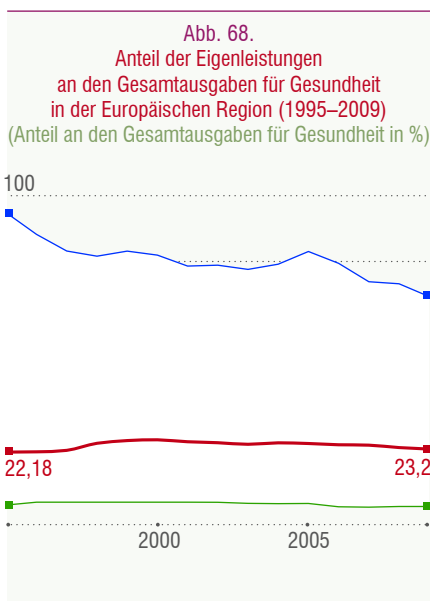


**Indikator: Anteil der Eigenleistungen der Privathaushalte an den Gesamtausgaben für Gesundheit**

Dieser Indikator gibt Aufschluss über die Gesundheitsausgaben privater Haushalte, die nicht aus einer gemeinsamen Quelle (etwa aus allgemeinen Steuermitteln oder über Versicherungen) finanziert werden, und dient als Kernindikator für die allgemeine Gesundheitsversorgung (indem er eine ihrer drei Dimensionen darstellt). Der Anteil der Eigenleistungen von Patienten an den gesamten Gesundheitsausgaben in der Europäischen Region betrug 2009 im Durchschnitt 23% (Abb. 68), doch lag die Streuweite zwischen einem Tiefwert von 5,7% und einem Höchstwert von 79,5% (eine Differenz zwischen den Ländern um den Faktor 14), wie bereits in Kapitel 1 ausgeführt.

**Dachziel 6: Aufstellung nationaler Zielvorgaben in den Mitgliedstaaten**

Dieser Zielbereich wird die von den Mitgliedstaaten in der gesamten Europäischen Region eingeleiteten oder gestärkten Prozesse (s. Beispiel in Kasten 14) betreffen, die nachstehend näher beschrieben werden. Der Schwerpunkt wird wahrscheinlich darauf liegen, bestehende Maßnahmen zu aktualisieren und neue Bereiche hinzuzufügen, die für das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ und für die Länder relevant sind und in denen die Überwachung und Berichterstattung zu den Zielvorgaben und Indikatoren auf der Ebene der Länder verstärkt wird. Darüber hinaus wird das WHO-Regionalbüro für Europa einen regionsweiten Austausch vorbildlicher Verfahren unterstützen.



**Überwachung der Ziele/Zielvorgaben und Indikatoren für Gesundheit 2020**

Das Regionalbüro arbeitet derzeit in Abstimmung mit den Mitgliedstaaten an der Fertigstellung des Rahmens für die Überwachung der Ziele/Zielvorgaben und Indikatoren für „Gesundheit 2020“. Rückmeldungen von der Tagung des Regionalkomitees 2012 ließen den Wunsch nach folgenden Verfahren erkennen:

**Meldeverfahren für die Mitgliedstaaten**

So weit wie möglich sollten bestehende Meldeverfahren genutzt werden. Dazu gehören die jährlich bzw. zweimal jährlich erfolgenden Meldungen an die GFA-Datenbank und andere vom WHO-Regionalbüro für Europa geführte Datensammlungen, darunter gemeinsame Datenerhebungen mit EUROSTAT und der OECD. Das Regionalbüro wird die Aufgabe haben, die Daten aus

diesen Sammlungen zu sichten und zu nutzen und für ihre angemessene Aufbereitung, Analyse und Vorlage an die Mitgliedstaaten zu sorgen.

### **Mechanismen für die Meldungen der Mitgliedstaaten**

Die Mitgliedstaaten sollten keine zusätzlichen Daten melden müssen, es sei denn, routinemäßig erfasste Daten werden den Erfordernissen nicht gerecht (eventuell bei den Dachzielen 4 und 6 der Fall). Sofern Indikatoren noch nicht systematisch (durch nationale Meldeverfahren oder regelmäßige Erhebungen) gesammelt und an die WHO weitergeleitet werden, können Schätzungen des Hauptbüros oder gemeinsame Ansätze der Vereinten Nationen genutzt werden, die von den Mitgliedstaaten akzeptiert sind. Das WHO-Regionalbüro für Europa wird Beratungen mit den Mitgliedstaaten darüber führen, welche Optionen zu diesem Zweck verfolgt werden können, und den SCRC in dieser Frage kontinuierlich konsultieren.

Bestehende Mechanismen, insbesondere die jährliche Erhebung für die GFA-Datenbank (6), sollten solange fortgesetzt werden, bis die Abteilung Information, Evidenz, Forschung und Innovation alle Datenbanken des Regionalbüros in einem einzigen System zusammengeführt hat, was für 2013 vorgesehen ist. In diese Verfahren fließen gemeinsam mit EUROSTAT und der OECD durchgeführte Datenerhebungen ein, sodass keine zusätzlichen Berichtspflichten entstehen.

In den kommenden Jahren soll dieser Mechanismus allerdings durch das integrierte Gesundheitsinformationssystem abgelöst werden, das das Regionalbüro derzeit in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission und der OECD einrichtet. Das Regionalbüro möchte dieses System mit den Kernindikatoren betreiben, die für die Beobachtung und Berichterstattung zu „Gesundheit 2020“ erforderlich sind, was für alle Mitgliedstaaten akzeptabel wäre. Das Regionalbüro wird die Erörterung dieses wichtigen Themas mit der Europäischen Kommission und der OECD fortsetzen, um das weitere gemeinsame Vorgehen zu vereinbaren. Zu gegebener Zeit kann der Aktionsradius des Systems auf weitere Möglichkeiten, Optionen und schließlich Vereinbarungen ausgedehnt werden. Beispielsweise prüft das Regionalbüro derzeit, wie die vorhandenen Mechanismen in eine digitale Infrastruktur für ein neues System überführt werden können, und wird den Mitgliedstaaten regelmäßig darüber Bericht erstatten.

Bei Indikatoren, die gegenwärtig nicht Gegenstand routinemäßiger Datenerhebungen sind (wie nationale Anstrengungen zur Festlegung von Zielvorgaben und Maßnahmen zur Förderung des Wohlbefindens), können vorhandene Verfahren unterstützend zu neuen herangezogen werden. Das Regionalbüro schlägt daher Folgendes vor:

- Die Fachprogramme des Regionalbüros können Daten zu den qualitativen Indikatoren mit Hilfe kurzer Fragebögen erheben, die eigentlich nur das Ankreuzen von Ja oder Nein erfordern, aber weitere Anmerkungen zulassen. Die Mitarbeiter des Regionalbüros sollten ihre fachlichen Ansprechpersonen in den Ländern hierfür mobilisieren.
- Die Indikatoren für Wohlbefinden, die 2013 entwickelt werden, sollen unter anderem aus einer Kombination von routinemäßig erfassten und selbst gemeldeten Daten gebildet werden und machen zusätzliche Meldungen erforderlich. Das Regionalbüro wird die Mitgliedstaaten und die leitenden Organe der WHO regelmäßig zum Vorgehen in der Datenerhebung auf diesem Gebiet konsultieren. Zu diesem Zweck sollten auch bestehende Verfahren (etwa jährliche Befragungen in allen Ländern der Europäischen Region durch Gallup International oder vergleichbare Institute) erkundet werden. Das Regionalbüro prüft derzeit diese Optionen (die für die Länder keine zusätzliche Belastung, auch nicht finanzieller Art, darstellen dürften) mit solchen Dienstleistern und wird dafür sorgen, dass die erforderlichen Konsultationen stattfinden, etwa im Kontext der jährlich wiederkehrenden Arbeit für die GFA-Datenbank.

---

### Zusammenfassung der Meldungen durch die Europäische Gesundheitsstatistik und den Bericht der Regionaldirektorin

Das Regionalbüro schlägt vor, sämtliche über die üblichen Kanäle erhaltenen Daten in zweijährlichem Rhythmus in einem gesonderten Abschnitt einer neuen Publikation mit dem Arbeitstitel „Europäische Gesundheitsstatistik“ zusammenzufassen. Vor einer Veröffentlichung wird das Regionalbüro die Mitgliedstaaten umfassend schriftlich zu Rate ziehen. Die Meldungen können in unterschiedlicher Form erfolgen: detaillierte Analysen der Daten und ihre tabellarische und grafische Darstellung als regionale Durchschnitte; potenziell neue Durchschnitte für Teilregionen; Spannweiten mit Maximal- und Minimalwerten; oder detaillierte Interpretationen und kurze Zusammenfassungen.

Ergänzend zu dieser zweijährlichen Berichterstattung wird die WHO-Regionaldirektorin für Europa künftig jeweils im Rahmen ihres Jahresberichts an das Regionalkomitee einen kurzen Überblick über die Indikatoren für „Gesundheit 2020“ geben. Damit wird ein weiteres Forum für direkte Konsultation und Resonanz geschaffen. Bei der Analyse sollte entsprechend den vorstehenden Ausführungen verfahren werden. Darüber hinaus wird die Regionaldirektorin alle zwei bis drei Jahre einen Lagebericht über die Fortschritte in Bezug auf die quantifizierten Ziele für die Europäische Region geben. Die Tagung des SCRC im Mai könnte als weiteres Forum für Konsultationen genutzt werden, deren Ergebnisse in den Bericht der Regionaldirektorin an das Regionalkomitee einfließen könnten.

**Kasten 16.**  
**Fallstudie über Benchmarking**  
**im Gesundheitsbereich in den Niederlanden**  
**anhand der Gesundheitsindikatoren**  
**der Europäischen Gemeinschaft**

Als Ausdruck ihres 2006 bekundeten Anspruchs, wieder in die Liga der fünf gesündesten Länder der Europäischen Region aufzusteigen, machten sich die Niederlande einen neuen gesundheitspolitischen Ansatz für die Prävention zu eigen. Um eine Faktengrundlage zu erhalten, beauftragte das Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport das Nationale Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (RIVM) damit, ein aktuelles Bild der öffentlichen Gesundheit zu zeichnen und die Niederlande in dieser Hinsicht an anderen EU-Mitgliedstaaten zu messen. 2008 veröffentlichte das RIVM den Bericht mit dem Titel *Dare to compare (58)* und gab darin Antwort auf folgende Fragen:

- Wie steht die öffentliche Gesundheit in den Niederlanden gegenüber der öffentlichen Gesundheit in anderen europäischen Ländern da, insbesondere in Bezug auf junge Menschen und Senioren? Hierbei wird nach Möglichkeit auf Probleme der sozioökonomischen Benachteiligung eingegangen.
- Inwieweit sind niederländische Daten verfügbar und genügen den Anforderungen der Kurzliste der Gesundheitsindikatoren der Europäischen Gemeinschaft, und wo liegen die wichtigsten Lücken und Engpässe, wenn anhand der Kurzliste internationale Vergleiche angestellt werden sollen?

Eine genauere Betrachtung der Kurzliste der Gesundheitsindikatoren der Europäischen Gemeinschaft zur öffentlichen Gesundheit lässt erkennen, dass die Niederlande in einigen Bereichen zu den fünf gesündesten europäischen Ländern zählt, in anderen dagegen zu den Schlusslichtern. Aus dieser uneinheitlichen Situation ergibt sich die Notwendigkeit, kausale Zusammenhänge und Muster eingehender zu untersuchen. Der Direktor des RIVM sprach wesentliche Aspekte an, etwa die Frage, warum das Land in einiger Hinsicht so gut abschneidet und welche Lehren daraus für politische Maßnahmen in den Bereichen gezogen werden könnten, in denen das Land ins Hintertreffen geraten ist.

Hierbei ist der Hinweis wichtig, dass der Bericht sich in erster Linie an politische Entscheidungsträger und Gesundheitsfachkräfte in den Niederlanden richtet und zu vielen aktuellen Themen einen direkten Vergleich zwischen den Niederlanden und anderen EU-Mitgliedstaaten erlaubt. Die im Bericht behandelten Themen sind Gesundheitszustand, Gesundheitsdeterminanten, Prävention und Versorgung sowie die demografische und sozioökonomische Lage. Der Bericht richtet außerdem ein besonderes Augenmerk auf die Gesundheit in verschiedenen Lebensabschnitten, wobei speziell auf Kinder, Jugendliche und ältere Menschen eingegangen wird.

Es ist vorgesehen, in dem vom Regionalbüro alle drei Jahre veröffentlichten Europäischen Gesundheitsbericht auf Etappenziele zu den Zielvorgaben und Indikatoren für „Gesundheit 2020“ einzugehen, was eine detailliertere Analyse und Diskussion ermöglichen würde. Der erste Etappenbericht wäre demnach 2015, und der zweite 2018 fällig; der abschließende Bericht würde 2020 vorliegen. Ferner ist das Regionalbüro dabei, seine Reihe „Highlights on Health“, die Länderprofile enthält, mit neuem Leben zu füllen; auf diesem Weg werden erreichte Fortschritte unmittelbar erkennbar gemacht. Das Regionalbüro veröffentlicht außerdem wieder eine kurze jährliche Publikation über Kernindikatoren für alle Länder der Europäischen Region, die jedes Jahr wechselnden Themen gewidmet ist. Die in allen diesen Berichten enthaltenen Informationen sollen über diverse Medien publiziert werden, darunter die Website des Regionalbüros.

## Rechenschaftslegung

Das Sekretariat beim Regionalbüro arbeitet derzeit an einem Prozess, der die zu ergreifenden Maßnahmen für den Fall vorgibt, dass:

- Mitgliedstaaten nicht über alle Indikatoren regelmäßig Bericht erstatten oder
- Zielvorgaben nicht mehr wie vorgesehen erreichbar erscheinen.

Ferner ist das Sekretariat gehalten, darüber zu berichten und entsprechend hervorzuheben, wie die Länder der Europäischen Region Informationen auf nationaler Ebene – vielleicht im Vergleich zur Ebene der Region und zu anderen Ländern innerhalb der Region – als Entscheidungsgrundlage für Gesundheitskonzepte und -programme heranziehen, und Einblick in wirksame Ansätze für verschiedene Kontexte zu vermitteln. Zweifellos lässt die Vielfalt der laufenden Aktivitäten konkret und anschaulich erkennen, dass jedes Land dank besserer Gesundheitsinformationen auf nationaler und regionsweiter Ebene weitere Erkenntnisse gewinnt, indem es beispielsweise, wie in den Niederlanden (Kasten 16), nationale und internationale vergleichende Benchmarking-Studien verknüpft und in die nationale Gesundheitspolitik einfließen lässt.

## Kontrollrahmen

Das WHO-Regionalbüro für Europa wird, wie in Tabelle 4 skizziert, einen detaillierten Rahmen mit allen Indikatoren erstellen und ihn den Mitgliedstaaten zur Erörterung und Beschlussfassung vorlegen. Dieser Rahmen steckt die Mechanismen für die Datenerhebung, die Konsultationsveranstaltungen, die Meldeformate und die Fristen für alle Zielvorgaben und Indikatoren ab.

In Kapitel 2 wurde der Prozess für die Aufstellung der übergeordneten Dachziele für das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ – wonach wir als Region streben

– beschrieben und ein Ansatz für die Festlegung erreichbarer Zielvorgaben und Indikatoren zur Überwachung von Fortschritten auf Ebene der Europäischen Region vorgeschlagen. Ein Schwerpunktbereich, der der Weiterentwicklung bedarf, ist die Messung von Fortschritten bei der Gesundheit in Verbindung mit Wohlbefinden oder, anders ausgedrückt, im Kontext unserer Werte. Dies ist Gegenstand von Kapitel 3.

Tabelle 4.  
Auszug aus einem späteren detaillierten Rahmen für alle Indikatoren

Übergeordnetes Dachziel	Wichtigste Zielbereiche	Potenzielle Quantifizierung	Zusätzliche potenzielle Indikatoren	Anzahl der Meldeländer	Datenerhebungsverfahren	Konsultationen mit den Mitgliedstaaten	Berichterstattung	
							Format	Zeitraumen
1. Senkung der vorzeitigen Mortalität in der Europäischen Region bis 2020	1.1. Relative jährliche Verringerung der Gesamtsterblichkeit aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems, Neoplasmen, Diabetes und chronischen Atemwegserkrankungen um 1,5% bis 2020  (auf die globalen Arbeiten zur Festlegung von Zielen im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten abzustimmen)	1.1a Altersstandardisierte Gesamtsterblichkeitsrate pro 100 000 EW (als erster Indikator), aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Todesursachengruppen	a) Gesamtsterblichkeit und vorzeitige Sterblichkeit für die vier wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten nach Geschlecht (Erkrankungen des Kreislaufsystems, Neoplasmen, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen)	43	Datenbank „Gesundheit für alle“ über übliches jährliches Erhebungsverfahren (veranlasst durch WHO)	Im Kontext von „Gesundheit für alle“	Direkt an die Länder (bestehend)	2013
						Mai-Tagung des SCRC	Bericht der Regionaldirektorin an das Regionalkomitee	2014
						Zusätzliche schriftliche Konsultation	Europäische Gesundheitsstatistik	2015
						Informationsdokument für das Regionalkomitee	Europäischer Gesundheitsbericht	





# 03

---

Unser Weg und unsere  
Werte: Argumente  
für die Messung von  
Wohlbefinden



Es wurde bereits erwähnt, dass die WHO Gesundheit als „nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen“, sondern einen „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ (5). Dennoch hat es die WHO über 60 Jahre lang versäumt, Wohlbefinden zu messen oder zu dokumentieren; stattdessen war ihr Blick stets auf Tod, Krankheit und Behinderung gerichtet. Doch auch wenn diese Beobachtungsfunktion eindeutig ein Teil des zentralen Auftrags der Organisation ist, so muss die WHO auch partnerschaftlich mit anderen Institutionen daran arbeiten, das Wohlergehen der Bevölkerung in der Europäischen Region detailliert zu beschreiben und Fortschritte bei der Förderung von Wohlbefinden im Lichte von „Gesundheit 2020“ zu messen. Wie in Kapitel 2 beschrieben, hat sich die Europäische Region auf das Langzeitziel der Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens ihrer Bevölkerung bis zum Jahr 2020 verständigt. Ferner bietet Wohlbefinden einen wichtigen Mechanismus für die Ausarbeitung einer integrierten Sichtweise von Gesundheit und ermöglicht es zudem, eine Verbindung zur Politiksteuerung herzustellen und dafür Sorge zu tragen, dass Gesundheit überall Bestandteil der politischen Programmatik bleibt.

Das WHO-Regionalbüro für Europa berief im Februar und Juni 2012 eine Expertengruppe mit dem Auftrag ein, die unterschiedlichen Definitionen und Rahmenkonzepte für Wohlbefinden (59,60) zu sichten, zu erörtern und zu kommentieren, zu denen es eine Vielzahl einander ergänzender Anstrengungen und in jüngster Zeit neuer Beiträge gegeben hat. Dieses Kapitel bietet einen Fahrplan für die Entwicklung eines Dachziels und mehrerer Indikatoren zu Wohlbefinden und Gesundheit in der Europäischen Region und beschreibt einen Prozess, dessen Ziele mehr konzeptionelle Klarheit und ein höherer Nutzwert von Informationen über Gesundheit und Wohlbefinden für politische Entscheidungsträger sind. Es soll Antworten auf die folgenden Fragen liefern:

- Was verstehen wir unter Wohlbefinden?
- Warum ist Wohlbefinden für die menschliche Gesundheit so wichtig?
- Warum interessieren sich Regierungen und Gesellschaften in der gesamten Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden?
- Wie können wir Wohlbefinden messen?
- Worauf können wir aufbauen?
- Worin bestehen die Schwierigkeiten bei der Messung von Gesundheit und Wohlbefinden?
- Wo stehen wir heute?
- Wie können diese Informationen genutzt werden, um Gesundheit und Wohlbefinden zu verbessern?

## Was verstehen wir unter Wohlbefinden?

Was ein gutes Leben ausmacht, ist eine der grundlegenden moralischen Fragen in allen philosophischen Traditionen. Länderübergreifend stimmen Menschen gewöhnlich darin überein, was Wohlbefinden allgemein ausmacht oder was dafür mindestens erforderlich ist. Ebenfalls überraschend konstant ist, was den Menschen im Leben wichtig ist. Dies signalisiert, dass sich das, was wir wertschätzen, nicht leicht verändert, obwohl die Ermittlung wichtiger Bereiche oder Komponenten ein normatives Unterfangen bleibt, bei dem wir uns auf unterschiedliche Vorstellungen der elementaren Beschaffenheit von Wohlbefinden (seiner Ontologie) stützen, aber auch darauf, wie Erkenntnisse über Wohlbefinden gewonnen werden können (seiner Epistemologie). Die erste Aufgabe bei der Definition von Wohlbefinden besteht darin, diese unterschiedlichen Konzepte und die ihnen zugrunde liegenden Annahmen zu klären.

Maßgebliche Bestandteile des objektiven Wohlbefindens sind die Lebensbedingungen von Menschen und ihre Chancen auf Nutzung ihres Potenzials – Chancen, die eigentlich unter den Menschen gleichmäßig verteilt sein sollten, ohne Diskriminierung aus irgendeinem Grund. Eine faire Chance auf Gesundheit macht einen Teil des objektiven Wohlbefindens aus. Subjektives Wohlbefinden ist vor allem mit den Lebenserfahrungen von Menschen verknüpft. Auf der Grundlage dieser Elemente wurde Wohlbefinden entweder als eine Kombination aus unterschiedlichen Bausteinen oder als ein eigenständiges Konzept definiert.

Die Empfehlungen der Kommission zur Messung von ökonomischer Leistung und sozialem Fortschritt in Bezug auf die Beurteilung von Funktionsfähigkeit und Befähigungen (61) veranschaulichen diesen Kombinationsansatz: Sie stützen sich im Wesentlichen auf eine objektive Epistemologie unter Verwendung objektiver Messinstrumente und Indikatoren wie Einkommen, Bildung oder Sterblichkeitsraten. Gemäß diesem Ansatz ist Gesundheit eine Komponente der Kombination, die in Wohlbefinden resultiert. In der umfangreichen Literatur zu diesem Thema (61–63) wird Wohlbefinden in Abhängigkeit von den Chancen und Errungenschaften im Leben definiert. Danach ist Wohlbefinden mehrdimensional und spiegelt die Funktionsfähigkeit der Menschen oder das „Gedeihen ausgewählter normaler menschlicher Funktionen“ (64) – wie Konsum und persönliche Sicherheit – sowie ihre Befähigungen wider – die objektiven Bedingungen, unter denen Entscheidungen getroffen werden und die die Fähigkeiten von Menschen bestimmen, Ressourcen zur Verwirklichung bestimmter Ziele wie Gesundheit einzusetzen.

Für den konzeptionellen Ansatz wird die ontologische Methode gewöhnlich mit einer subjektiven Epistemologie verknüpft. Erkenntnisse über Wohlbefinden werden dann mit Hilfe von Menschen gewonnen, die über ihre eigenen Wahrnehmungen berichten. Diese Kombination von Ontologie und Epistemologie wird häufig als subjektives Wohlbefinden bezeichnet: entscheidend ist das, was jemand empfindet. Auch wenn eine umfassende Debatte über den Inhalt und Nutzen subjektiver Elemente von Wohlbefinden geführt wird, so liefert die Berücksichtigung dessen, was Menschen fühlen und berichten (im Gegensatz zu ausschließlich objektiven Elementen), doch fraglos unterschiedliche Informationen für politische Diskussionen. Dennoch lassen sich Regierungen in Bezug auf die Umsetzung und Evaluation von Politik leichter für objektive Bedingungen zur Rechenschaft ziehen.

Was Menschen fühlen und erfahren, kann auf unterschiedliche Weise beschrieben werden. In einem neuen Bericht der OECD (65) wurden drei separate Bereiche dokumentiert, die jeweils wichtige Informationen beitragen, die subjektives Wohlbefinden ausmachen:

- glücklich machendes Wohlbefinden – eigene Wahrnehmung von Selbstbestimmtheit, Kompetenz, Lebenszweck, Kontrollmöglichkeiten;
- positiver und negativer Zustand – die Erfahrung von Freude, Glücksempfinden, Angst, Traurigkeit;
- Lebensbewertung – eine reflektierende Einschätzung.

Bei anderen konzeptionellen Modellen werden unterschiedliche Annahmen zugrunde gelegt. Außerdem wird Wohlbefinden sowohl als ein Zustand als auch als ein dynamischer Prozess verstanden: eine Definition und eine Richtungsweisung, die Wege aufzeigen könnten. In Rahmenkonzepten werden diese Aspekte bisweilen vermischt.

Die Definition der Komponenten oder Elemente von Wohlbefinden ist ein wichtiger Prozesse und Wege, die zu einem Zustand des Wohlbefindens führen, werden die potenziellen Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Verbesserung des durchschnittlichen Wohlbefindens und seiner Verteilung innerhalb einer Bevölkerung ermittelt.

---

## Warum ist Wohlbefinden für die menschliche Gesundheit so wichtig?

Politische Entscheidungsträger, Praktiker im Bereich der öffentlichen Gesundheit und Bürger in allen Teilen der gesamten Europäischen Region sind

sich darüber einig, dass Gesundheit einen wesentlichen Teil von Wohlbefinden ausmacht, wenn nicht sogar eine Voraussetzung dafür ist. Der von der WHO verwendete Gesundheitsbegriff sollte nicht dahingehend interpretiert werden, dass Gesundheit und Wohlbefinden identisch sind, sondern vielmehr so, dass Gesundheit – mit ihren physischen, psychischen und sozialen Aspekten – für Wohlbefinden von Belang ist.

Eine Übersicht über das Beziehungsgeflecht zwischen Gesundheit und Wohlbefinden würde den Rahmen dieses Berichts sprengen, aber eine „Gedankenkarte“ veranschaulicht die Verbindungen zwischen den Konzepten (Abb. 69).

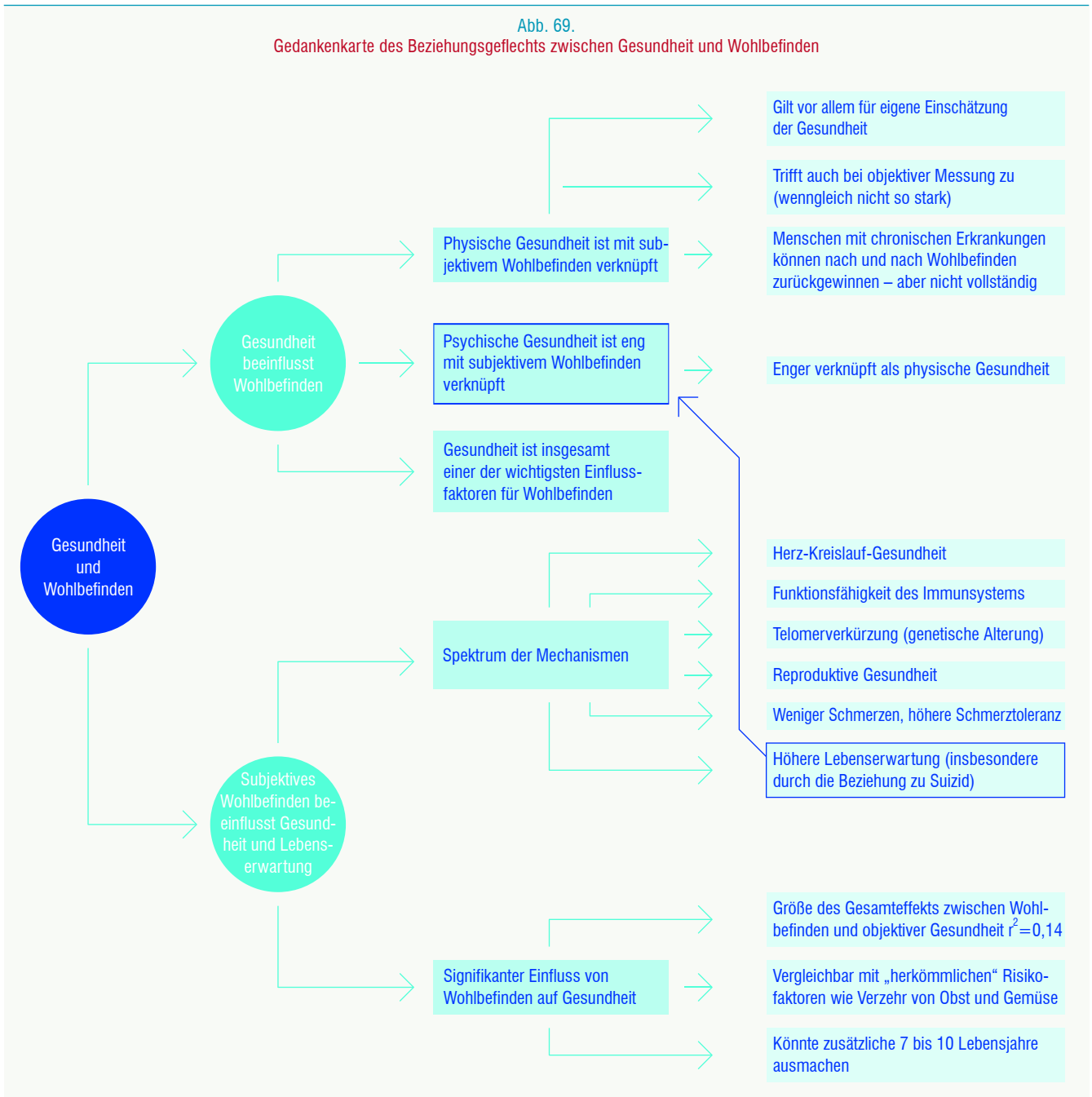
Diese stützt sich auf jüngere Übersichten über die Erkenntnisse über Wohlbefinden/Wohlergehen, wie die Arbeiten der New Economics Foundation (66), sowie auf die Beratungen der vom WHO-Regionalbüro für Europa einberufenen Expertengruppe (60). Sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit beeinflussen das Wohlbefinden; in der Gesamtbetrachtung ist Gesundheit sogar einer der Faktoren mit dem größten Einfluss auf das Wohlbefinden. Die Beziehung zwischen physischer Funktionsfähigkeit und Wohlbefinden ist nicht gleich stark, aber dies ist möglicherweise genau auf den Mehrwert der Messung subjektiven Wohlbefindens zurückzuführen; es erfasst, was Menschen wahrnehmen (beispielsweise Schmerz), was die traditionelle biologische Messung nicht leistet (67). Dies ist eine bidirektionale Beziehung, weil Wohlbefinden über einer Reihe von Mechanismen wie die Funktionsweise des Immunsystems oder Stressreaktionen die zukünftige Gesundheit signifikant beeinflusst (68). Übersichtsarbeiten über bislang durchgeführte Untersuchungen lassen darauf schließen, dass Wohlbefinden einen substanziellen (wenngleich variablen) Einfluss auf Gesundheit hat, der mit dem anderer Faktoren wie einer gesunden Ernährung vergleichbar ist, die häufiger Gegenstand von Interventionen im Bereich der öffentlichen Gesundheit waren (69).

Die Literatur dokumentiert weitere bidirektionale Beziehungen zwischen unterschiedlichen Bereichen des Wohlbefindens: Es ist klar, dass die Gesundheit das Wohlbefinden insgesamt beeinflusst, doch Wohlbefinden ist auch ein Prädiktor für zukünftige Gesundheit oder Krankheit. Wohlbefinden und Gesundheit sind interaktive Konzepte, die einigen gemeinsamen Determinanten, darunter das Gesundheitssystem, unterliegen. Zu den sonstigen Determinanten zählen der größere politische, wirtschaftliche und soziale Kontext sowie andere intermediäre Faktoren wie der Grad der sozialen Stratifizierung oder Expositionen, die Anfälligkeiten entweder erhöhen oder verringern könnten. Abb. 70 zeigt eine andere Möglichkeit für den Beginn einer Konzeptionalisierung dieser

Beziehungen, bei der auch die Rolle des Gesundheitssystems berücksichtigt wird.

Diskussionen mit Vertretern aus Mitgliedstaaten der Europäischen Region und Experten im Rahmen der Konsultation über „Gesundheit 2020“

Abb. 69.  
Gedankenkarte des Beziehungsgeflechts zwischen Gesundheit und Wohlbefinden



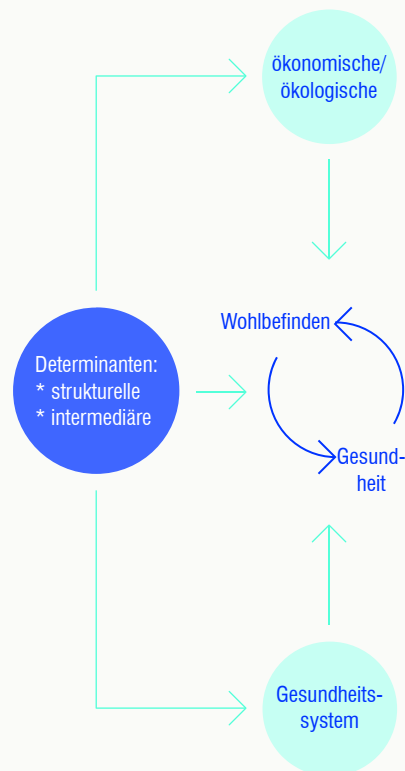
Quelle: Measurement of and target-setting for well-being (59).

**Kasten 17.****Die Bedeutung von Wohlbefinden, sein Stellenwert für die Gesundheit und seine Stabilität in allen Teilen der Bevölkerung – zentrale Aussagen**

- Ein Ansatz zu Wohlbefinden besteht darin, den objektiven Grundbedarf von Menschen zu erfüllen und es ihnen zu ermöglichen, ihr Potenzial vollständig auszuschöpfen. Ein anderer Ansatz berücksichtigt die subjektiven Wahrnehmungen von Menschen.
- Gesundheit kann als Teil von Wohlbefinden verstanden werden: als eine Determinante wie auch als ein Ergebnis.
- Gemeinsame Werte in den Ländern der Europäischen Region erhöhen die Wahrscheinlichkeit für die Verständigung auf ein gemeinsames Ziel für Gesundheit und Wohlbefinden.

ergaben qualitative Erkenntnisse dafür, dass die Menschen in der gesamten Region Gesundheit zu schätzen wissen und Krankheit minimieren möchten: Sie schätzen sozialen Zusammenhalt und Inklusion als wichtige allgemeine Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden, die allen Menschen eine faire Chance auf Gesundheit bieten. Die Menschen legen auch Wert auf Sicherheit und Schutz, die im Kontext von Wohlbefinden in einem Zusammenhang mit Gesundheit stehen. Gemeinsame Werte in der Europäischen Region erhöhen die Wahrscheinlichkeit für eine Verständigung auf ein gemeinsames Ziel für Gesundheit und Wohlbefinden.

Natürlich werden auch andere Aspekte von Wohlbefinden geschätzt oder spielen eine Rolle. Trotzdem bedarf es völliger Einigkeit oder zumindest eines statischen Verständnisses darüber, was Wohlbefinden bedeutet, um Mittel und Wege zur Verbesserung von Wohlbefinden zu entwickeln und es letztlich zu messen und zu überwachen.

**Abb. 70.****Gesundheit und Wohlbefinden: ein Überblick über die Determinanten**

Quelle: Measurement of and target-setting for well-being (59).

## Warum interessieren sich Regierungen und Gesellschaften in der gesamten Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden?

Die Verbesserung oder zumindest die Aufrechterhaltung von Wohlbefinden ist Teil des Gesellschaftsvertrags zwischen Regierungen und den Menschen, die sie vertreten. Für die Gewährleistung eines guten Lebens ist kein spezieller Wirtschaftssektor oder Dienst zuständig; vielmehr ist dies ein mehrdimensionales Konzept mit einer Vielzahl von Determinanten. Die Verbesserung des Wohlergehens der Bevölkerung kann das Fundament für die Entwicklung einer gemeinsamen Tagesordnung bilden, zu der ein gesamtstaatlicher, ressortübergreifender und alle maßgeblichen Akteure einbeziehender Ansatz gehört. Gesundheitsminister und -ministerien wissen, dass Wohlbefinden Bestandteil des Gesundheitsbegriffs der WHO ist. Wie bereits erwähnt, sind einige der Determinanten von Wohlbefinden auch Determinanten von Gesundheit.

Zu den wichtigsten Akteuren, die sich für Wohlbefinden interessieren, zählen neben den Regierungen auch Gruppen der Zivilgesellschaft, Patientengruppen, Praktiker aus den Bereichen Wellness und Gesundheitsförderung sowie Medienorganisationen. Verschiedene Gruppen – staatliche und nichtstaatliche, öffentliche und private – versuchen den Prozess der Politikgestaltung bzw. die Programme in einem oder mehreren Politikbereichen zu beeinflussen, um

zugunsten der Bürger und der Gesellschaft insgesamt die Ergebnisse in Bezug auf Wohlbefinden zu verbessern. Im Lauf des letzten Jahrzehnts führte das Ziel der Verbesserung des Wohlbefindens der Bevölkerung in Island zu intensiveren Bemühungen, Fortschritte auf der nationalen Ebene zu messen und zielführende ressortübergreifende Maßnahmen zu ergreifen (Kasten 18). In den restlichen Abschnitten dieses Kapitels wird auf eine Reihe von bestehenden Problemen und Schwierigkeiten sowie auf Konzepte für deren Bewältigung in den nächsten Jahren eingegangen.

#### Kasten 18.

##### Fallstudie zur Verbesserung des Wohlbefindens in Island – 6 Schritte zur Verknüpfung von Bewertung und Interventionen zur Verbesserung des Wohlbefindens

#### 1. Entscheidung über den Beginn der Messung von Wohlbefinden

Im Lauf des letzten Jahrzehnts hat Island dem Ziel der Verbesserung des Wohlbefindens zunehmend Aufmerksamkeit gewidmet. Dies führte zu einem steigenden Interesse an der Bewertung des Status des Wohlbefindens und an der Beantwortung der Frage, ob es Interventionen gibt, die eine Verbesserung sowohl für Personen als auch für die Gesellschaft insgesamt bewirken können.

Studien, in denen Wohlbefinden unter einem epidemiologischen Blickwinkel untersucht (z.B. Huppert et al. (70)) und die Notwendigkeit hervorgehoben wurde, gute psychische Gesundheit zu messen (Stewart-Brown (71)), haben das Interesse der öffentlichen Gesundheitsbehörden in Island an der Messung des Wohlbefindens auf der Ebene der Bevölkerung geweckt. Sie wollten in diesem Rahmen sowohl das Wohlbefinden als auch die Determinanten von Gesundheit messen, was nach Erkenntnissen der Forschung nicht zwangsläufig dasselbe ist (s. Wilkinson und Marmot (72), Huppert (73)).

#### 2. Auswahl von Methoden und Prozessen (einschließlich Akteuren) und Sammlung von Informationen

Als das isländische Institut für öffentliche Gesundheit (das 2011 in die Gesundheitsdirektion eingegliedert wurde) 2007 beschloss, eine nationale Erhebung über Gesundheit und Wohlbefinden durchzuführen, musste dafür ein Modul zum Thema Wohlbefinden entwickelt werden. Eine Expertengruppe wurde einberufen, die entscheiden sollte, welche der bereits veröffentlichten Maße berücksichtigt werden sollte:

- eine einzelne Messgröße zum Glücksempfinden;
- der WHO-5-Index für Wohlbefinden (WHO-5) (74);
- die Skala der Lebenszufriedenheit (SWLS) nach Diener et al. (75);
- eine Kurzfassung der Skala des Stresserlebens (PSS) nach Cohen et al. (76);

- die Kurzfassung der Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) von Stewart-Brown et al. (77), die speziell für diesen Zweck übersetzt wurde und seitdem im Politikbereich als das primäre Messverfahren für Wohlbefinden verwendet wird.

Alle diese Maße wurden bei der Studie zu Gesundheit und Wohlbefinden von 2007 berücksichtigt, die 2009 und 2012 wiederholt wurde. Beim zweiten und dritten Durchgang wurde die Erhebung um weitere Skalen ergänzt. Dazu zählten die Meaning in Life Scale nach Steger und Samman (78) und neue Fragen zum Thema Wohlbefinden auf der Grundlage des konzeptionellen Rahmens zur Definition von Wohlbefinden nach Huppert und So (79).

#### 3. Sicherstellen, dass die Bewertung den aktuellen Kontext erfasst

Nach dem Zusammenbruch des isländischen Bankensystems im Oktober 2008 beschlossen die isländischen Gesundheitsbehörden, eine neue Studie durchzuführen, um die Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf das Wohlbefinden der Bevölkerung zu ermitteln. Das Protokoll umfasste die Einzelmessgröße für Glücksempfinden, die WEMWBS und die PSS.

#### 4. Präsentation und Verbreitung der Ergebnisse

In einer Analyse der Auswirkungen der Wirtschaftskrise in Island, in der Daten aus Studien zu Gesundheit und Wohlbefinden wie auch zu Ökonomie und Wohlbefinden herangezogen wurden, wurden die Ergebnisse dokumentiert (Gudmundsdottir (80)) und in einem öffentlichen Seminar im Rahmen einer Podiumsdiskussion mit dem Minister für Soziales und dem Projektleiter der Studien vorgestellt. Die Runde erörterte die Frage, welche Art von Gesellschaft für eine Verbesserung des Wohlbefindens der Bevölkerung notwendig sei, und hob die folgenden Punkte hervor:

- Gute soziale Beziehungen – die Qualität der Beziehungen zu Angehörigen und Freunden sowie die Dauer der Zeit, die mit Angehörigen verbracht wird – sind Prädiktoren für Glückseligkeit.
- Schwierigkeiten, finanziell über die Runden zu kommen, sind der wichtigste Prädiktor für Unglücklichsein.
- Die Bevölkerungsgruppen, die finanzielle Schwierigkeiten haben, sind allerdings nicht identisch mit den Arbeitslosen oder den Personen in der untersten Einkommensgruppe.

Die Massenmedien (Presse, Rundfunk und Fernsehen) widmeten den Ergebnissen und der Reaktion des Ministers breite Aufmerksamkeit.

#### 5. Sicherung eines Einflusses auf politische Entscheidungsträger und die Politik

Die Entscheidung zur Messung des Wohlbefindens auf der nationalen Ebene hatte sowohl gesundheitspolitische als auch gesamtgesellschaftliche Auswirkungen. Die Maße für Wohlbefinden finden Verwendung als Indikator im Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für Island sowie in einem weiter gefassten Konzept mit dem Titel „Island 2020“, einem Regierungskonzept für Wirtschaft und Gesellschaft, das unter der Federführung der Premierministerin (81) steht. Auch der Minister für Soziales interessierte sich sehr für die Ergebnisse und nannte gute Beispiele für eine mögliche Verwendung bei der weiteren Politikgestaltung.

#### 6. Zukunftsplanung

Wie gezeigt, werden Indikatoren für Wohlbefinden bereits genutzt, um Politikkonzepte in Island zu überwachen, wobei mehrere Maßnahmen auf die Verbesserung von Wohlbefinden abzielen. Es ist deshalb notwendig, das Wohlbefinden der Bevölkerung weiter zu überwachen und die Maße für psychisches Wohlbefinden weiterzuentwickeln, um ein umfassenderes Gesamtbild zu erhalten.



## Wie können wir Wohlbefinden messen?

Um das Wohlbefinden der Menschen zu verbessern bzw. aufrechtzuerhalten, müssen wir detaillierter beschreiben, was zu Wohlbefinden gehört, und verstehen, wie wir es messen sollen. Um zu beschreiben, welche Bereiche oder Aspekte Wohlbefinden ausmachen und wie diese jeweils gemessen werden sollen, verwenden Forscher, Organisationen, Regierungen und andere Akteure vielfältige Ansätze. Manche plädieren für objektive Messgrößen wie etwa die Luftgüte oder den Grad der Schwerhörigkeit, entweder gemessen mit externen wissenschaftlichen Geräten oder mit Beteiligung von Menschen, die einen Fragebogen ausfüllen oder in einem Gespräch Auskunft geben. Andere beziehen subjektive Messgrößen mit ein, etwa die Zufriedenheit der Menschen mit einem bestimmten Lebensbereich wie dem Arbeitsplatz oder der Qualität der Umwelt. Manche Messgrößen sind rein quantitativer Art, andere schließen qualitative Bewertungen ein.

Fachleute sind sich darüber einig, dass mehrdimensionale Profile für Wohlbefinden eine größere Chance auf Verwendung in der Politikgestaltung haben, weil sie leichter zu interpretieren sind. Wenn ein Index aus mehreren Elementen oder Aspekten zusammengesetzt wird, sollte jeder beitragende Teil (Niveau) und sein Wert (Gewicht) transparent dargestellt und auch separat interpretiert werden.

Um Informationen zur Messung der einzelnen Bereiche zu sammeln, werden unterschiedliche Methoden und Instrumente verwendet. Eines der am häufigsten benutzten Instrumente ist die Umfrage, in der meist konkrete Fragen gestellt werden. Inzwischen steht eine sehr hohe Zahl standardisierter Instrumente zur Verfügung, die zusätzliche Informationen über Wohlbefinden in Verbindung mit einer bestimmten Art von Morbidität, gesundheitlichen Beschwerden oder Behinderung liefern. Sie werden häufig in klinischen Studien als Teil der Ergebnisse verwendet, die bei der Evaluation neuer oder unterschiedlicher Behandlungen bewertet werden. Standardisierte Instrumente wie Umfragen per Telefon oder Post werden in der Europäischen Region ebenfalls verbreitet eingesetzt, um Informationen auf der Ebene der Bevölkerung zu erhalten.

Um den Prozess der Entwicklung eines einheitlichen Konzeptes und Ansatzes für die Messung von Wohlbefinden auf der Bevölkerungsebene in der gesamten Europäischen Region zu unterstützen, hat das WHO-Regionalbüro für Europa eine systematische Sichtung der Literatur zu validierten Instrumenten für die Messung von Wohlbefinden durchgeführt. Bei der Suche wurden sechs zentrale Konzepte berücksichtigt: Wohlbefinden, Messinstrument, Messeigenschaften, Allgemeinbevölkerung, Beobachtungsstudien und



fachlich begutachtete Literatur. Recherchiert wurde in Datenbanken über biomedizinische, psychologische und ökonomische Literatur. Die Suche ergab etwa 3200 veröffentlichte Artikel, die gesichtet werden mussten, von denen etwa 160 Informationen über Indikatoren und Messgrößen enthielten. In Kasten 19 werden die wichtigsten Ergebnisse vorgestellt.

Darüber hinaus ergab die Sichtung, dass bei jedem verwendeten Instrument oder Werkzeug unterschiedliche Aspekte berücksichtigt wurden. Darin spiegeln sich implizite Unterschiede in Bezug auf die Konzeptionalisierung von Wohlbefinden und explizite Unterschiede hinsichtlich seiner operativen Messung wider.

Zwei kurze Fragebögen, die verbreitet zur Überwachung von Wohlbefinden innerhalb einer Bevölkerung und darüber hinaus verwendet werden, sind die Cantril-Leiter und der Personal Wellbeing Index (Tabelle 5). Beide bieten Messgrößen für die eigene Einschätzung der Gesundheit sowie die Eigenwahrnehmung von Gesundheit und Wohlbefinden.

Bei subjektiven Messgrößen für Wohlbefinden ist es wichtig, zu prüfen, ob sich die gestellten Fragen wirklich zur Messung dessen eignen, was damit gemessen werden soll. Wenn es keine Bezugswerte für Vergleiche gibt – wie etwa die Einschätzung der eigenen persönlichen Beziehungen oder der Qualität des eigenen sozialen Netzes –, kann die Validität auf verschiedene andere Weise geschätzt werden. Die Analyse kann sich darauf konzentrieren, inwieweit Lebensumstände und andere potenzielle Variablen die Antworten einer Person oder die Verteilung von Antworten in einer Population

#### Kasten 19.

##### Zentrale Ergebnisse der Sichtung der Literatur über Instrumente für die Messung von Wohlbefinden durch die WHO

- Es gibt viele Definitionen von Gesundheit in Verbindung mit Wohlbefinden: Hier bedarf es größerer konzeptioneller Klarheit.
- Wohlbefinden wird häufig mit Lebensqualität und Glück gleichgesetzt.
- In verschiedenen Beschreibungen der verwendeten Instrumente ist häufig die Unterscheidung zwischen subjektiven und objektiven Messgrößen nicht korrekt, oder sie wird nicht von der Messtechnik unterschieden (beispielsweise ob Daten auf Eigenangaben beruhen oder extern bewertet bzw. gemessen werden).
- Die häufigsten Themenfelder, die von allen Instrumenten erfasst werden, sind Ökonomie, Gesundheit, Bildung, Gesellschaft und Umwelt.
- Innerhalb der einzelnen Themenfelder ist keine Einheitlichkeit hinsichtlich der gestellten Fragen oder der bewerteten Bereiche gegeben.
- Nur eine begrenzte Zahl von Instrumenten lässt eine Bewertung auf der Ebene der Bevölkerung zu: Die überwiegende Mehrzahl stellt allein auf spezielle klinische Bedingungen ab.

Tabelle 5.

##### Typische Fragen aus der Cantril-Leiter und dem Personal Wellbeing Index

Frage	Verwendete Skalen	Quelle/Nutzer
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben insgesamt?	Cantril-Leiter, 11-Punkte-Skala von 0 (maximale Unzufriedenheit) bis 10 (maximale Zufriedenheit)	OECD, Gallup
Sind Sie zufrieden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• mit Ihrem Lebensstandard</li> <li>• mit Ihrer Gesundheit</li> <li>• mit Ihren Errungenschaften im Leben</li> <li>• mit Ihren persönlichen Beziehungen</li> <li>• mit Ihrem Sicherheitsgefühl</li> <li>• mit ihrem Zugehörigkeitsgefühl in ihrem Umfeld</li> <li>• mit Ihrer zukünftigen Sicherheit</li> <li>• mit Ihrer Spiritualität oder Ihrem Glauben?</li> </ul>	Personal Wellbeing Index, 11-Punkte-Likert-Skala von 0 (vollständig unzufrieden) bis 10 (vollständig zufrieden)	International Wellbeing Group

plausibel erklären. Es kann auch geprüft werden, inwieweit sie mit anderen subjektiven und objektiven Größen für die Messung von Wohlbefinden korrelieren (korrelative Validität): Dies ist ein Maß für Zuverlässigkeit. Eine weitere Methode besteht darin, zu prüfen, inwiefern die Maße zur Prognose von Ergebnissen und Verhaltensweisen in der Folgezeit tauglich sind (prädiktive Validität).

Wie bei allen Instrumenten, bei denen Befragungen zum Einsatz kommen, muss bei methodologischen Fragen berücksichtigt werden, ob die Art und Weise, in der die Daten erhoben werden – einschließlich der Reihenfolge und der Formulierung der Fragen –, Einfluss auf die Antworten haben. Es ist auch wichtig, sich zu vergewissern, ob die erhobenen Daten zum Zweck der Überwachung der Gesundheit der Bevölkerung im Zeitverlauf länderübergreifend oder innerhalb von Ländern miteinander verglichen werden können. Von beträchtlichem Belang für die Überwachung sind ferner die Bedeutung und der potenzielle Einfluss der Erwartungen der Menschen in Bezug auf ein bestimmtes Maß an Wohlbefinden. Bei der Einschätzung der eigenen Position, beispielsweise innerhalb einer Gemeinschaft oder eines Landes, beziehen sich Menschen auf eine idealisierte Norm, und dies kann ihre Selbstbewertung beeinflussen. Das Gewicht von Erwartungen kann Auswirkungen auf die Analyse und Interpretation der Bedeutung und des Stellenwerts unterschiedlicher Komponenten von Wohlbefinden sowie ihrer Verteilung in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen haben.

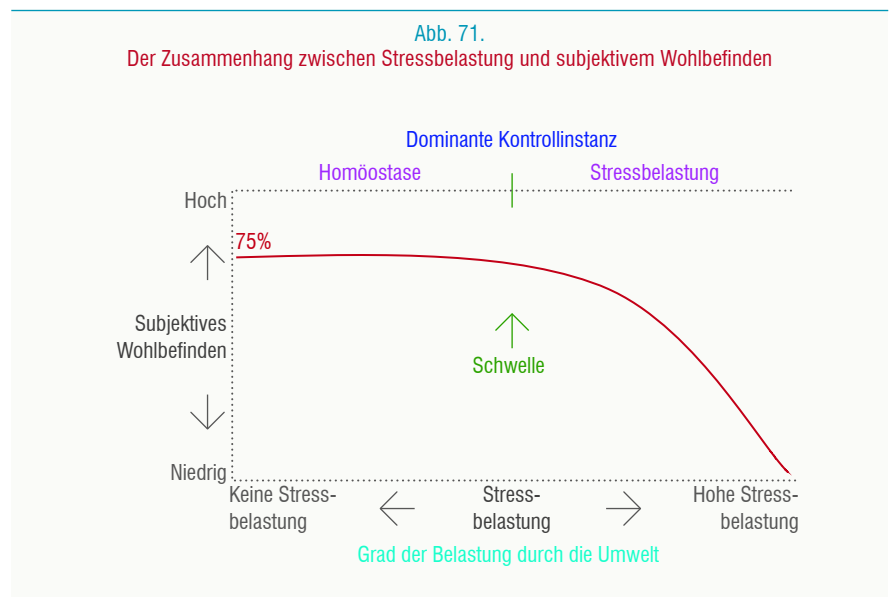
Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, wie die erhobenen Daten entweder für Einzelpersonen oder für Populationen interpretiert werden sollen. Dazu zählt auch, in welcher Skala die Daten ausgedrückt werden und was Unterschiede von 5%, 10% oder 20% bedeuten. Bei Größen für die Messung von Wohlbefinden, die darauf abzielen, das positive Ende der Verteilung innerhalb einer Population zu erfassen, ist es beispielsweise wichtig zu verstehen, wie sich Gesundheit in Verbindung mit Wohlbefinden von Kranksein oder Normalzustand unterscheidet. Gibt es bei Letzterem einen erwarteten Sollwert oder eine Norm für Wohlbefinden?

In den Berichten zur Erhebung des Australian Unity Wellbeing Index (82) heißt es, dass die größten Stärken des subjektiven Wohlbefindens als Indikator seine Zuverlässigkeit und Stabilität sind, was sich in hochgradig konsistenten Ergebnissen äußert. Subjektives Wohlbefinden verhält sich offenbar wie die Körpertemperatur: Es ist gewöhnlich konstant. Starke Herausforderungen können es sinken oder ansteigen lassen; es kehrt jedoch normalerweise auf den Stellwert zurück. Wenn dies nicht geschieht, ist das ein Anzeichen für eine übermäßige Herausforderung und Belastung (Abb. 71). Die Erhebungen zum Australian Unity Wellbeing Index

ergaben, dass manche Gruppen unterhalb des normalen Wertebereichs bleiben, beispielsweise Arbeitslose, Alleinlebende, Geringverdiener und informelle Betreuungspersonen.

## Worauf können wir aufbauen?

Für die Überwachung von Gesundheit und Wohlbefinden in der gesamten Europäischen Region und die Berichterstattung darüber sind frühere Bemühungen zur Messung von Wohlbefinden auf der Ebene der Bevölkerung in der Praxis von größerer Relevanz als solche mit einem Schwerpunkt auf speziellen klinischen Subpopulationen. In diesem Bericht werden kurz fünf Beispiele untersucht, die unter der Federführung einer nationalen Regierung, einer anderen internationalen Organisation, eines Privatunternehmens, der WHO auf der internationalen Ebene bzw. der Vereinten Nationen standen. Bei all diesen Beispielen ist Gesundheit eine wichtige Komponente von Wohlbefinden oder ein Faktor mit unmittelbarem Einfluss darauf; einige stützen sich auf die gleichen Datensätze, die in internationalen Erhebungen gewonnen wurden, und teilweise werden unterschiedliche Begriffe wie Lebensqualität oder Glück verwendet, um zu erörtern, was ein gutes Leben ausmacht – oder unterschiedliche Wege, um subjektives Wohlbefinden und auf Eigenangaben basierendes objektives Wohlbefinden zu messen.

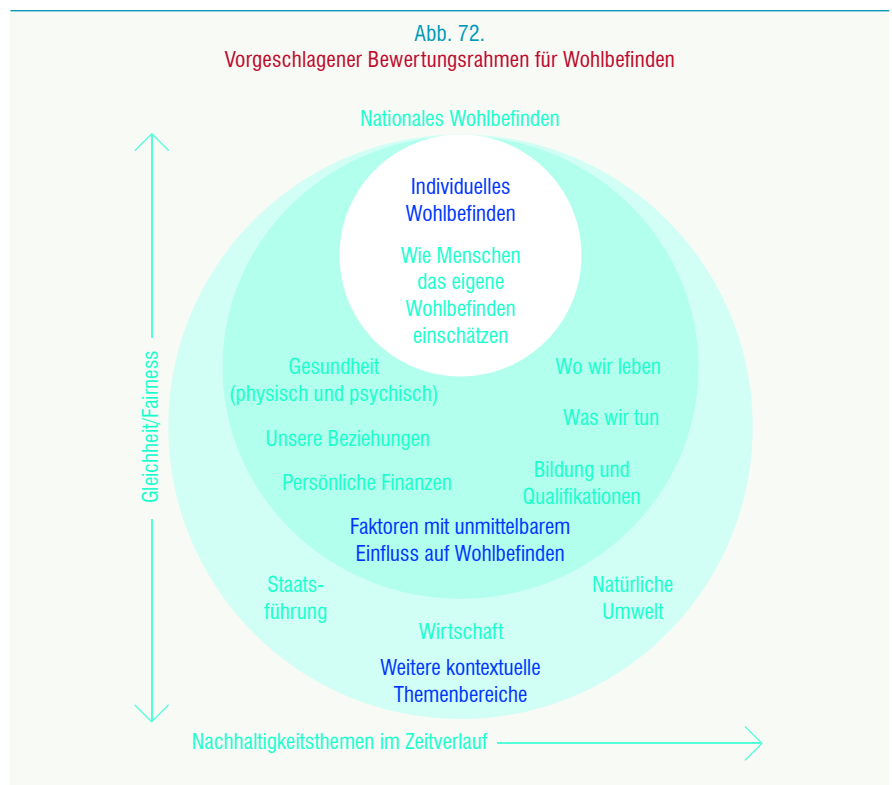


Quelle: Professor R. Cummins, Deakin University, Melbourne, Australia (unveröffentlicht).

## Beispiel Vereinigtes Königreich

Einer der Mitgliedstaaten mit traditionell großem Interesse an der Festlegung von Zielvorgaben und der Messung von Gesundheit auf der Ebene der Bevölkerung wie auch der lokalen Ebene ist das Vereinigte Königreich. Ein 2010 unter der Leitung der Nationalen Statistikbehörde (ONS) begonnenes Programm zur Entwicklung akzeptierter landesweiter Statistiken als Grundlage für das Verständnis und die Überwachung von Wohlbefinden auf der nationalen Ebene zielt darauf ab, bis etwa 2014 geeignete Maßnahmen einzuführen. Die Initiative ist mit einer öffentlichen Debatte verbunden (in der Gesundheit als eines der wichtigsten Themen ermittelt wurde) und umfasst ferner eine Bestandsaufnahme der internationalen Arbeit auf diesem Gebiet und die Weiterentwicklung des Konzeptes des subjektiven Wohlbefindens.

2011 legte das Programm erste Vorschläge für Themenbereiche vor. Im Juli 2012 veröffentlichte das ONS eine zweite Fassung des Rahmens für die Themenbereiche und schlug Leitindikatoren vor (83). Der aktuelle Rahmen umfasst zehn Bereiche (Abb. 72).



Gesundheit ist einer der vorgeschlagenen Themenbereiche mit vier Leitindikatoren (84) (s. Tabelle 6). Der Ansatz der ONS zur Messung von Gesundheit in Verbindung mit Wohlbefinden umfasst Indikatoren für objektives Wohlbefinden (u. a. nach Eigenangaben bestehende Funktionsfähigkeit oder Behinderung) und subjektives Wohlbefinden (Zufriedenheitsmaße – alle auf Eigenangaben beruhend).

Im Juli 2012 veröffentlichte die ONS Hintergrundinformationen zu den Themenbereichen sowie die ersten experimentellen Statistiken über subjektives Wohlbefinden aus ihrer jährlichen Bevölkerungserhebung (86). In diesen Studien wurden die Leitmessgrößen genauer untersucht und in den Kontext anderer Messgrößen für Gesundheit und Wohlbefinden gestellt – beispielsweise wurden die eigene Einschätzung der Gesundheit und das subjektive Wohlbefinden in Bezug zu Lebenserwartung, Sterblichkeit, Krankheit und physischer Gesundheit, psychischer Gesundheit und Lebensweise gesetzt, die allesamt die Gesundheit beeinflussen. Dies ist der Interpretation insgesamt zuträglich, sodass mehrere wichtige Erkenntnisse gewonnen werden konnten.

- Menschen, die sich gesund fühlen, bekunden deutlich häufiger ein hohes Maß an subjektivem Wohlbefinden. Umgekehrt ist bei Menschen, die angeben, sich nicht gesund zu fühlen, die Wahrscheinlichkeit erheblich höher, dass sie ihr subjektives Wohlbefinden niedriger bewerten.
- Unabhängig davon bekundete nicht jede Person, die angab, bei guter oder sehr guter Gesundheit zu sein, ein relativ hohes Maß an Lebenszufriedenheit. Umgekehrt bekundeten nicht alle Personen, die angaben, bei schlechter oder sehr schlechter Gesundheit zu sein, ein niedriges Maß an Lebenszufriedenheit. Ähnliche Muster zeigen sich auch in Bezug auf die anderen Aspekte subjektiven Wohlbefindens.
- In Verbindung mit Erkenntnissen aus anderen Quellen zeigen die Ergebnisse der jährlichen Bevölkerungserhebung, dass das Wohlbefinden von Menschen von einer Reihe von Aspekten ihres Lebens und nicht nur von ihren Gefühlen in Bezug auf ihre Gesundheit abhängt. Dies bedeutet, dass auch andere Bereiche wie Wohnen und Beschäftigung sowie andere, traditionell nicht von der staatlichen Politik berührte Bereiche wie Freundschaften, Selbständigkeit und ehrenamtliches Engagement wichtig sind.

Tabelle 6. Vorgeschlagene Leitmessgrößen für den Gesundheitsbereich	
Objektiv	Subjektiv
Gesunde Lebenserwartung (bei Geburt)	Zufriedenheit mit Ihrer Gesundheit (einigermaßen, überwiegend oder vollständig zufrieden, in Prozent)
Personen, die nicht angeben, durch eine Langzeiterkrankung oder Behinderung eingeschränkt zu sein	
Ergebnis des General Health Questionnaire (GHQ-12) (Prozentangabe mit Hinweisen auf wahrscheinliche psychologische Störung oder psychische Erkrankung (85))	

Im weiteren Verlauf des Programms zur landesweiten Messung des Wohlbefindens sollen die Themenbereiche und Messgrößen weiterentwickelt und auch spezielle Untergruppen wie Kinder berücksichtigt werden.

---

## Beispiel OECD

Die Aktivitäten der OECD im Bereich der Messung von Wohlbefinden gehören zu den größten Anstrengungen vonseiten einer internationalen Organisation in jüngster Zeit. Das Interesse an neuen Messgrößen ging aus der seit langem anhaltenden Debatte über die Frage hervor, inwieweit traditionelle Indikatoren wie das Pro-Kopf-BIP de facto zur Messung von Wohlbefinden geeignet sind. Erkenntnisse von inner- und außerhalb der Europäischen Region lassen darauf schließen, dass sich die Aufmerksamkeit nicht nur auf Märkte, nationale Durchschnitte oder primär das aktuelle wirtschaftliche Wohlergehen richten sollte. Die Arbeit der OECD stützt sich auch auf andere wichtige Initiativen zu dem Thema, wie den Bericht der 2008 von der französischen Regierung eingesetzten Kommission zur Messung von ökonomischer Leistung und sozialem Fortschritt (61), die Mitteilung der Europäischen Kommission über die Messung des Fortschritts in einer Welt im Wandel von 2009 (87) und darauf aufbauende Arbeiten, die Erklärungen der G20-Gipfelteilnehmer von 2009, 2010 und 2011 (88) und die Schlussfolgerungen des OECD-Ministerrats von 2010 (89) sowie eine Reihe nationaler Initiativen.

Die hieraus resultierende Better-Life-Initiative der OECD baut auf fast zehnjährigen Anstrengungen auf. Sie wurde in dem 2011 veröffentlichten Bericht *Besser leben – wie und wo?* (90) beschrieben und mit Hilfe eines interaktiven Instruments („Ihr persönlicher Better Life Index“) verteilt, das die OECD-Mitgliedstaaten abdeckt. Dieser Rahmen (Abb. 73) zeichnet sich durch vier Eigenschaften aus:

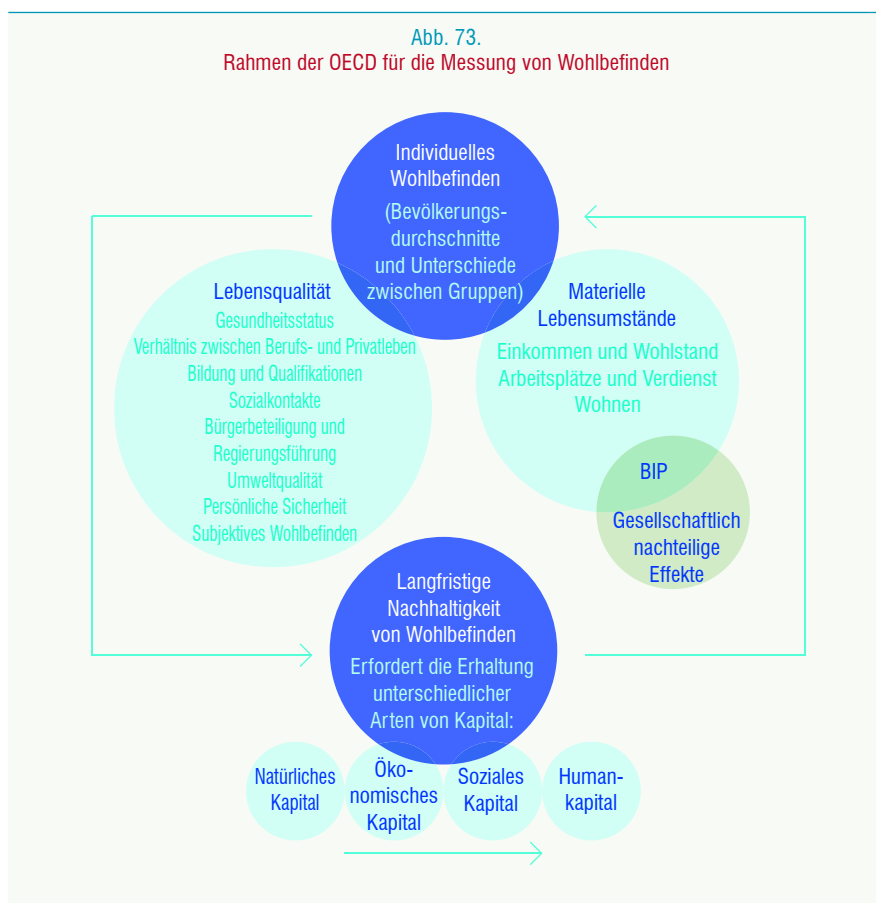
- Er konzentriert sich auf Menschen (Personen und Haushalte): sowohl auf ihre individuellen Merkmale als auch darauf, in welchem Verhältnis sie zu anderen in der Gemeinschaft stehen, in der sie leben und arbeiten.
- Er geht über die rein ökonomischen Aspekte von Wohlbefinden (die Verfügungsgewalt von Menschen über Ressourcen und Güter) hinaus und behandelt Wohlbefinden als wahrhaft mehrdimensionales Konzept.
- Er berücksichtigt sowohl die Verteilung von Wohlbefinden in der Bevölkerung als auch die durchschnittlichen Errungenschaften jedes Landes.
- Er berücksichtigt sowohl heutiges als auch zukünftiges Wohlbefinden, wobei Letzteres in Bezug auf (heute beobachtbare) wichtige Ressourcen eingeschätzt wird, die längerfristig das Potenzial zur Herbeiführung von Wohlbefinden haben.

Die Verfügbarkeit qualitativ hochwertiger Daten wurde ebenfalls berücksichtigt; sie stammen gewöhnlich aus offiziellen Statistiken (mit länderübergreifend vergleichbaren Definitionen). Zusätzlich hat die OECD in ihr Dashboard zum Thema Wohlbefinden Indikatordaten aus nicht offiziellen Quellen wie Gallup aufgenommen. Diese stehen als Platzhalter für Indikatoren aus vergleichbaren offiziellen Erhebungen, die künftig verfügbar werden sollten.

## Beispiel Gallup

Seit 2006 führt das Privatunternehmen Gallup eine internationale Umfrage durch, die praktische Erfahrungen mit der Erhebung internationaler Daten über Wohlbefinden im Zeitverlauf bietet. Der Gallup World Poll (92), der sich primär auf anhand von Eigenangaben gewonnene Daten stützt, wird jedes Jahr in mindestens 130 Ländern durchgeführt. Die Fragen decken ein breites Themenspektrum ab, das auch Gesundheit einschließt. Im Gallup-Index zum Thema Wohlbefinden werden objektive und subjektive Messgrößen miteinander kombiniert, wobei die eigene Einschätzung der Gesundheit als einer von fünf Bereichen mit objektiven Messgrößen bezeichnet wird (Abb. 74).

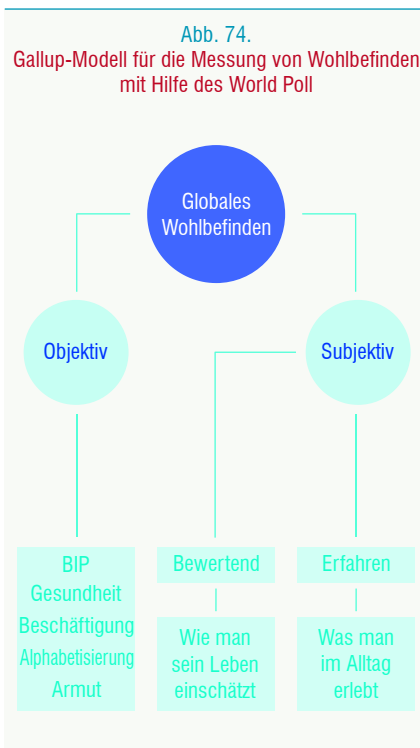
In einem jüngeren Arbeitspapier der OECD (93) wurden Daten aus dem Gallup World Poll verwendet, um die Determinanten von Wohlbefinden und die treibenden Kräfte von Messgrößen für die Gefühlslage (positive und negative Zustände) sowie die Determinanten von Lebenszufriedenheit zu untersuchen,



auf die in der vorliegenden Literatur häufiger eingegangen wird. Dort heißt es (93):

*Generell scheinen Aspekte wie der Gesundheitsstatus, die persönliche Sicherheit und die Entscheidungsfreiheit über das eigene Leben größere Auswirkungen auf das affektive Befinden zu haben als die Lebenszufriedenheit, während wirtschaftliche Faktoren wie Einkommen und Arbeitslosigkeit vergleichsweise geringe Auswirkungen haben. ... Zwischen Männern und Frauen bestehen nur relativ kleine Unterschiede, aber die Prioritäten ändern sich im Lebensverlauf erheblich.*

Ferner führt Gallup seit 2008 in den Vereinigten Staaten eine tägliche Befragung zu sechs Bereichen (u. a. emotionale und physische Gesundheit) durch, die Daten über zahlreiche Mikrotrends liefert. Mit diesem Instrument wurden bereits Informationen von mehr als 1 Mio. zufällig ausgewählten Auskunftspersonen erhoben. Es verknüpft emotionale und physische Gesundheit mit Mikroinformationen über den grundlegenden Zugang zur Gesundheitsversorgung, das Arbeitsumfeld und das Gesundheitsverhalten. Das Projekt wurde auf Europa – konkret auf Deutschland und das Vereinigte Königreich – ausgeweitet und wird regelmäßig Informationen für Programme im Bereich der öffentlichen Gesundheit bereitstellen. Das Instrument kann dazu verwendet werden, Abschätzungen in Gemeinschaften und Organisationen sowie bei Anbietern von Gesundheitsleistungen durchzuführen.



Quelle: Gallup World Poll (92).

Die Erhebung von Daten aus einer großen Zahl von Ländern weltweit und die Berichterstattung darüber sind mit schwerwiegenden methodologischen Schwierigkeiten verbunden. Um eine sorgfältige Stichprobenauswahl, Analyse und länderübergreifende Vergleichbarkeit sicherzustellen, legt Gallup strenge Maßstäbe an und stützt sich dabei auf seine Erfahrung mit der Abschätzung von Präferenzen in der Bevölkerung: eine besondere Herausforderung für ein Privatunternehmen, weil es bei der Durchführung von Erhebungen oder Meinungsumfragen von den staatlichen Behörden häufig keinen Zugang zu all jenen Einrichtungen erhält, die von den amtlichen Statistikbehörden verwendet werden. Unabhängig davon hat Gallup auch Instrumente bereitgestellt, um das Wohlbefinden von Personen zu verfolgen, und entwickelt Mittel und Wege, um Biomarker für individuelles Wohlbefinden zu sammeln. Dazu zählen Speichelproben und Analysen der Stressbelastung.

## Beispiel WHO

Ein Versuch, Wohlbefinden auf der globalen Ebene zu messen, ist in die Erhebung der WHO über Altern und die Gesundheit von Erwachsenen (Study



on Global AGEing and Adult Health – SAGE) (94) eingebettet. SAGE ist eine weltweite Erhebung zum Thema Altern und Gesundheit, die sich auf bevölkerungsrepräsentative Stichproben aus sechs Ländern (China, Ghana, Indien, Mexiko, Russische Föderation, Südafrika) stützt. Die Stichprobe umfasst insgesamt etwa 45 000 Personen. Um detailliertere Informationen zu erhalten, ist die Altersgruppe der über 50-Jährigen überproportional vertreten. Das Ziel ist, Veränderungen im Gesundheitsbereich zu verfolgen und eine klare, aussagekräftige Vorstellung von Wohlbefinden im Zeitverlauf zu gewinnen: Eine Ausgangskohorte wurde im Zeitraum 2002–2004 zusammengestellt, und der erste volle Durchgang wurde im Zeitraum 2008–2010 durchgeführt, gefolgt von zwei weiteren Durchgängen in den Jahren 2013 und 2015. Gefragt wird nach Erkrankungen, der Funktionsfähigkeit im Alltag (eigene Einschätzung des Gesundheitsstatus und Leistungstests in mehreren Bereichen) sowie dem subjektiven Wohlbefinden der Auskunftspersonen.

In diesem Rahmen wird Wohlbefinden als eine Kombination von subjektiven Einschätzungen (Glück, Lebenszufriedenheit) und Gefühlserfahrungen verstanden (Abb. 75). SAGE misst subjektives Wohlbefinden durch eine Kombination von Lebenszufriedenheit (unter Heranziehung von WHOQoL (WHO Quality of Life): acht Fragen zur Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen und dem Leben insgesamt) und erlebtem Wohlbefinden mit Hilfe der Day Reconstruction Method, bei der die Auskunftspersonen nach ihrem Wohlbefinden zu unterschiedlichen Tageszeiten befragt werden (s. 59).

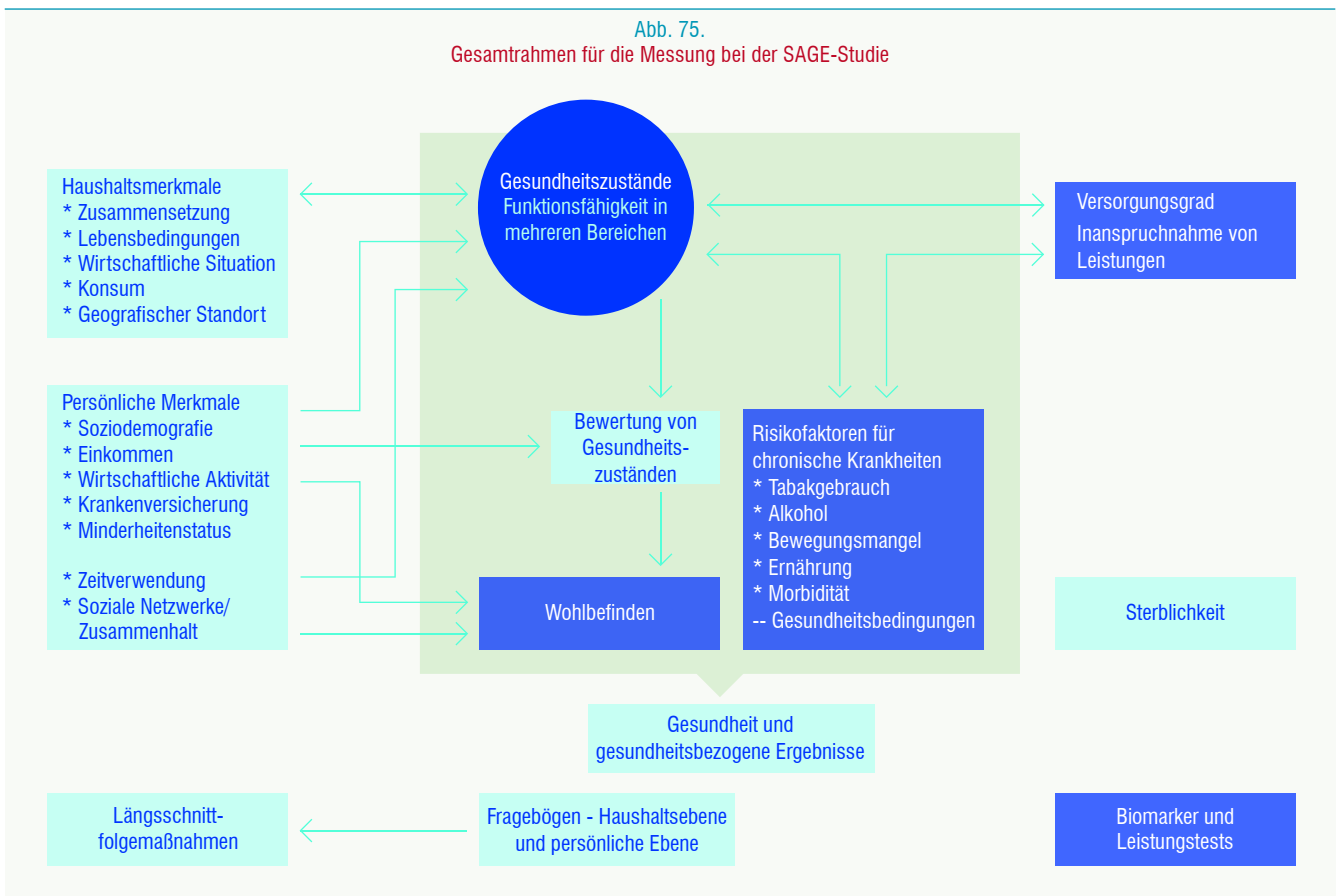
Die gesammelten Daten ermöglichen die Analyse verschiedener Faktoren, die Einfluss auf Veränderungen des Wohlbefindens im Lebensverlauf haben. Die bisher vorliegenden Ergebnisse lassen darauf schließen, dass Glück und erlebtes Wohlbefinden sehr ähnliche Determinanten haben: ein enger Zusammenhang mit dem Gesundheitsstatus, chronischen Erkrankungen und Behinderung; und stabile Zusammenhänge mit Alter, Einkommen, Bildung, sozialen Netzen und der Umwelt im weiteren Sinne. Zukünftig könnte diese Erhebung dazu beitragen, das Verständnis von Wohlbefinden und seine Messung durch folgende Beiträge zu verbessern: die Ermittlung von Biomarkern für Wohlbefinden; die Untersuchung von Rahmeneffekten innerhalb unterschiedlicher Methodologien (z. B. des Einflusses der Art der Fragestellung auf die Antworten); Vergleiche zwischen Untersuchungsgesamtheiten; und die Ermittlung von Zusammenhängen mit Eigenschaften wie dem Temperament. Verbesserte Möglichkeiten der Dateninterpretation werden zu einer größeren Validität und damit zu einer stärkeren Nutzung von Längsschnittdaten aus Erhebungen bei der Bestimmung und Evaluation möglicher Interventionen und bei der Politikgestaltung führen (59).

In der Europäischen Region erheben Finnland, Polen und Spanien ähnliche Daten.

### Beispiel Vereinte Nationen

In einem von den Vereinten Nationen in jüngster Zeit in Auftrag gegebenen globalen Bericht (95) wird die Prämisse aufgestellt, dass wir für das menschliche Dasein ein ganz anderes Modell benötigen, das nicht steigende Einkommen oder Wirtschaftswachstum in den Mittelpunkt dessen stellt, was im Leben wichtig ist. Der Bericht ist Teil der Reaktion auf eine Resolution der Generalversammlung der Vereinten Nationen von 2011, in der die Mitgliedstaaten gebeten wurden, „zusätzliche Maße zu entwickeln, die die Bedeutung des Strebens nach Glück und Wohlbefinden bei der Entwicklung besser erfassen, damit sie sich in ihrer nationalen Politik davon leiten lassen“ (96). Ähnlich den Motiven für die Arbeit der OECD in diesem Bereich besteht hier das Ziel, aus Untersuchungen und vorliegenden Daten

Abb. 75.  
Gesamtrahmen für die Messung bei der SAGE-Studie



Quelle: WHO Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE) (94).

– auch nicht aus offiziellen Quellen stammenden Daten –, zu lernen, die einheitlich zeigen, dass höhere Durchschnittseinkommen nicht zwangsläufig das durchschnittliche Wohlbefinden der Menschen in einem Land oder länderübergreifend verbessern. Dies soll nicht die Vorstellung negieren, dass höhere Haushaltseinkommen (oder ein höheres Pro-Kopf-BIP) gewöhnlich eine Verbesserung der Lebensbedingungen der Armen bedeuten. Stattdessen wird in dem Bericht (95) gefordert, dass die informatorische Grundlage für das Verständnis dessen, was das Leben verbessert, Maße für subjektives Wohlbefinden umfassen sollte.

Der Bericht wird nicht als Abhandlung zum Thema subjektives Wohlbefinden präsentiert, sondern vielmehr als der erste „Weltglücksbericht“ (*World happiness report*) (95). Die Verfasser sichten darin von anderen gesammelte Daten und berichten darüber. Zu den Quellen zählen u. a. der World Values Survey, der Gallup World Poll und mehrere andere nationale und internationale Studien, z. B. die Europäische Sozialerhebung. In dem Bericht wird die Position vertreten, dass die Bewertung von sozialem Fortschritt auf der Grundlage einer größeren Zahl von Bereichen erfolgen muss, die sowohl objektive als auch subjektive Aspekte von Wohlbefinden umfassen. Außerdem verhelfen Informationen über verschiedene Bereiche den politischen Entscheidungsträgern zu einem besseren Verständnis der Konsequenzen ihrer politischen Handlungskonzepte und Entscheidungen jenseits von Einkommensentwicklung oder Wirtschaftswachstum.

In dem Bericht (95) wird eingeräumt, dass für viele:

*Glück bei weitem zu subjektiv und zu vage ist, um als ein Prüfstein für die Ziele einer Nation zu dienen, geschweige denn für den Inhalt ihrer Politik. Diese Sichtweise wurde bisher in der Tat vertreten. Doch mittlerweile ändert sie sich aufgrund der veränderten Evidenzgrundlage rasch. Eine ganze Generation von Psychologen, Ökonomen, Meinungsforschern, Soziologen und anderen hat in zahlreichen Untersuchungen nachgewiesen, dass Glück, obwohl es ohne Frage eine subjektive Erfahrung ist, objektiv gemessen, bewertet, mit beobachtbaren Gehirnfunktionen korreliert und zu den charakteristischen Merkmalen einer Person und der Gesellschaft in Bezug gesetzt werden kann.*

Als wichtige Bereiche oder gar Schlüsseldeterminanten für subjektives Wohlbefinden werden externe Faktoren wie Einkommen, Arbeit, gesellschaftliches Umfeld und Regierungsführung sowie Wertvorstellungen und Religion vorgeschlagen. Zu den stärker personenbezogenen Faktoren zählen psychische und physische Gesundheit, Familienerfahrung und Bildung. Ferner wird auch auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen in Bezug auf das Maß an Wohlbefinden hingewiesen.

Die aus den Daten abgeleitete zentrale länderübergreifende Botschaft lautet, dass Wohlstand nicht das Einzige ist, das Menschen unter dem Gesichtspunkt subjektiven Wohlbefindens glücklich macht. Vielmehr spielen de facto bei der Erklärung von Unterschieden im Wohlbefinden zwischen den höchst- und den niedrigstplatzierten Ländern Werte wie politische Freiheit, ein starkes soziales Netz und Freiheit von Korruption zusammengenommen eine wichtigere Rolle als Einkommen. Es gibt aber auch andere Einflussfaktoren. Auf der persönlichen Ebene und der Haushaltsebene sind gute psychische und physische Gesundheit, eine zuverlässige Vertrauensperson, Arbeitsplatzsicherheit, stabile Familienverhältnisse und Vertrauen innerhalb der Gemeinschaft von großer Bedeutung.

---

## Meldung und Präsentation von Daten

Wohlbefinden ist ein mehrdimensionales Konzept, was die Präsentation der Daten erschwert. Im Hinblick auf die Ausarbeitung eines Ansatzes für die Weitergabe von Ergebnissen an die 53 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region bieten die derzeitigen Anstrengungen auf der ganzen Welt, einschließlich in der OECD, viele nützliche Erkenntnisse. Typische Ansätze für die Präsentation mehrdimensionaler Konzepte umfassen ein Dashboard oder die Zusammenfassung von Daten zu komplexen Messgrößen (die zusammengesetzte Indizes widerspiegeln). Jede Methode hat Vorteile und Nachteile.

Bei Dashboards sind die Muster leicht zu interpretieren und erfordern keine konkreten Annahmen. Solche Bilder können es jedoch bisweilen erschweren, die zentrale Botschaft zu verstehen (Tabelle 7), und auch die Festlegung von Prioritäten kann schwierig sein. Außerdem kann der Dashboard-Ansatz dazu verleiten, eine weitestmögliche Beschränkung hinsichtlich der Indikatoren zu unterlassen.

Komplexe Messgrößen sind manchmal leichter zu kommunizieren (insbesondere an die Öffentlichkeit und die Politik) und können die Prioritätensetzung erleichtern. Ihre Entwicklung hängt jedoch von Annahmen ab (die bis zu einem gewissen Grad willkürlich sind), und es kann ihnen an Transparenz mangeln. Auch können sie zu stark vereinfachend sein, was die Wiedergabe komplexer Phänomene betrifft (Abb. 76).

Eine mögliche Lösung bestünde darin, beide Ansätze so zu verwenden, dass sie einander ergänzen. Dashboards bieten Informationen zu jeder Komponente und sind leichter zu interpretieren; zusammengesetzte Indizes können beispielsweise verwendet werden, um wichtige Punkte hervorzuheben und Zusammenhänge zwischen treibenden Kräften von Wohlbefinden zu bewerten.

### Kasten 20. Worauf wir aufbauen können – Diskussionspunkte

- Bemühungen zur Messung von Wohlbefinden auf der Ebene der Bevölkerung sind in der Praxis von größerer Relevanz als solche mit einem Schwerpunkt auf speziellen klinischen Untergruppen.
- Messgrößen für subjektives Wohlbefinden sollten durch objektive Messgrößen ergänzt werden, selbst wenn diese auf Eigenangaben beruhen.
- In der Praxis arbeiten internationale Organisationen in diesem Bereich umfassend zusammen, und internationale und nationale Initiativen ergänzen einander.
- Für politische Entscheidungsträger sind oft externe, umweltbedingte Faktoren mit einem Einfluss auf das Wohlbefinden am wichtigsten, weil die staatliche Politik diese langfristig stabil beeinflussen könnte.

Tabelle 7.  
Dashboard des Better Life Index der OECD: eine Vielzahl von Bereichen und Ländern

	Materielle Lebensumstände							Lebensqualität				
	Einkommen und Wohlstand		Arbeitsplätze und Verdienst			Wohnen		Gesundheitszustand		Verhältnis zwischen Berufs- und Privatleben		
	EW I	EW II	AV I	AV II	AV III	WO I	WO II	GZ I	GZ II	BP I	BP II	BP III
	Bereinigtes verfügbares Nettohaushaltseinkommen pro Person	Haushaltsnettovermögen pro Person	Beschäftigungsquote	Langzeitarbeitslosenquote	Durchschnittlicher Jahresverdienst pro Beschäftigtem	Zahl der Zimmer pro Person	Wohnungen ohne grundlegende Sanitäreinrichtungen	Lebenserwartung bei Geburt	Eigene Einschätzung des Gesundheitsstatus	Beschäftigte mit sehr langen Arbeitszeiten	Mit Freizeit und Körperpflege verbrachte Zeit	Beschäftigungsquote von Frauen mit Kindern im Pflichtschulalter
	2009	2009	2010	2010	2009	2009	2009	2009	2009	2009	2000	2008
AUS	●	▲	▲	●	●	●	...	●	●	◆	▲	▲
AUT	●	▲	▲	●	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
BEL	▲	●	▲	▲	▲	●	▲	▲	▲	▲	●	▲
CAN	●	▲	▲	●	▲	●	...	▲	●	▲	◆	●
CHL	◆	...	▲	...	...	▲	◆	▲	◆	▲	...	...
CZH	▲	▲	▲	▲	◆	▲	▲	◆	▲	▲	...	▲
DEN	▲	▲	●	▲	▲	●	●	▲	▲	●	●	●
EST	◆	◆	▲	◆	...	▲	◆	◆	◆	●	◆	▲
FIN	▲	▲	▲	▲	▲	●	▲	▲	▲	▲	▲	●
FRA	●	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	●	▲
DEU	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
GRE	▲	▲	▲	◆	▲	▲	▲	▲	▲	▲	...	◆
HUN	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	●	...	▲
ICE	◆	◆	●	▲	...	▲	▲	●	●	...	...	●
IRE	▲	▲	▲	◆	●	●	▲	▲	●	▲	...	◆
ISR	...	●	◆	▲	...	◆	...	●	▲	◆	...	...
ITA	▲	▲	◆	▲	▲	▲	▲	●	▲	▲	▲	◆
JPN	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	●	◆	...	◆	▲
KOR	▲	▲	▲	●	▲	▲	◆	▲	◆	...	▲	...
LUX	●	●	▲	▲	●	●	▲	▲	▲	▲	...	◆
MEX	◆	◆	▲	●	...	...	◆	◆	...	◆	...	...
NET	▲	▲	●	▲	●	●	●	▲	▲	●	...	▲
NZL	▲	...	●	●	...	●	...	▲	●	◆	...	▲
NOR	●	◆	●	●	▲	●	▲	▲	▲	●	●	...
POL	◆	◆	◆	▲	◆	◆	▲	◆	▲	▲	◆	▲
POR	▲	▲	▲	◆	◆	▲	▲	▲	◆	▲	▲	▲
SVK	◆	◆	◆	◆	◆	◆	▲	◆	◆	▲	...	▲
SVN	▲	▲	▲	▲	...	◆	▲	▲	▲	▲	▲	▲
SPA	▲	▲	◆	◆	▲	●	●	●	▲	▲	▲	◆
SWE	▲	▲	●	▲	▲	▲	●	▲	▲	●	▲	●
SWI	▲	●	●	▲	●	▲	▲	●	●	▲	...	●
TUR	...	...	◆	▲	...	▲	◆	◆	▲	◆	...	◆
UNK	▲	●	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	◆	▲	▲
USA	●	●	▲	▲	●	...	●	▲	●	◆	▲	▲

Hinweis: Die Kreise kennzeichnen OECD-Länder in den obersten zwei Dezilen, die Rauten diejenigen in den untersten beiden Dezilen und die Dreiecke die Länder in den dazwischen liegenden sechs Dezilen. Bei dem Indikator „Wohnungen ohne grundlegende Sanitäreinrichtungen“ wurden nur Daten zu Wohnungen ohne Inntoilette mit Wasserspülung berücksichtigt.

Quelle: Berechnungen der OECD auf der Grundlage der Indikatoren in *How's life? Measuring well-being (90)*.

Lebensqualität (Forts.)									
Bildung und Qualifikationen		Sozialkontakte	Bürgerbeteiligung und Regierungsführung		Umweltqualität	Persönliche Sicherheit		Subjektives Wohlbefinden	
BQ I	BQ II	SK I	BR I	BR II	UQ I	PS I	PS II	SW I	SW II
Bildungsgrad	Kognitive Fähigkeiten von Schülern	Unterstützung durch das soziale Netz	Wahlbeteiligung	Mitsprache bei der Festlegung von Regeln	Luftgüte	Vorsätzliche Morde	Viktimisierung laut Eigenangaben	Lebenszufriedenheit	Affektives Befinden
2009	2009	2010	2007	2008	2008	2008	2010	2010	2010
▲	●	●	●	●	▲	▲	▲	●	▲
▲	◆	▲	▲	▲	▲	●	▲	▲	▲
▲	▲	▲	●	◆	▲	▲	◆	▲	▲
●	●	●	◆	●	▲	▲	●	●	▲
▲	◆	◆	●	◆	◆	◆	◆	▲	▲
●	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
▲	▲	●	●	▲	▲	▲	▲	●	●
●	▲	◆	◆	◆	●	◆	◆	◆	◆
▲	●	▲	▲	▲	▲	◆	▲	▲	▲
▲	▲	▲	▲	◆	●	▲	▲	▲	▲
▲	▲	▲	▲	◆	▲	●	▲	▲	▲
◆	▲	◆	▲	▲	◆	▲	▲	◆	◆
▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	◆	◆
◆	▲	●	▲	▲	▲	●	▲	▲	●
▲	▲	●	▲	▲	●	▲	▲	▲	▲
▲	◆	▲	▲	◆	▲	◆	●	▲	◆
◆	▲	◆	▲	◆	▲	▲	▲	▲	◆
▲	●	▲	▲	▲	▲	●	●	▲	●
...	●	◆	▲	●	◆	▲	▲	▲	▲
▲	◆	▲	●	▲	●	▲	▲	▲	▲
◆	◆	▲	◆	▲	◆	◆	◆	▲	▲
▲	●	▲	▲	▲	◆	▲	▲	●	●
▲	●	●	▲	●	●	▲	▲	▲	▲
▲	▲	▲	▲	▲	▲	●	▲	●	●
●	▲	▲	◆	●	◆	▲	●	◆	▲
◆	▲	◆	▲	▲	▲	▲	◆	◆	◆
●	◆	▲	◆	▲	▲	▲	▲	▲	▲
▲	▲	▲	▲	●	▲	●	▲	▲	▲
◆	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
▲	▲	●	▲	●	●	▲	●	●	●
●	▲	▲	◆	▲	▲	●	▲	●	▲
◆	◆	◆	●	▲	◆	◆	◆	◆	◆
▲	▲	▲	◆	●	●	▲	●	▲	●
●	▲	▲	▲	▲	▲	●	▲	●	▲
◆	◆	◆	●	▲	◆	◆	◆	◆	◆
▲	▲	▲	▲	●	▲	▲	●	▲	●
●	▲	▲	◆	▲	▲	●	▲	●	▲
◆	◆	◆	●	▲	◆	◆	◆	◆	◆
▲	▲	▲	◆	●	●	▲	●	▲	●
●	▲	▲	▲	▲	▲	◆	●	▲	▲

## Worin bestehen die Schwierigkeiten bei der Messung von Gesundheit und Wohlbefinden?

Auch wenn allgemein Einigkeit darüber herrscht, was ein gutes Leben ausmacht, und eine Vielzahl von Instrumenten und Ansätzen verfügbar ist, so stimmen Forscher doch überein, dass es bei der Messung von Wohlbefinden an klaren Definitionen und strengen Bewertungsmethoden mangelt. Hierfür gibt es mehrere plausible Gründe. Dazu zählen ein enges Verständnis von Gesundheit und Wohlbefinden, begrenzte Datenquellen und die unklare Anwendung von Informationen über Wohlbefinden im Kontext der Überwachung oder Verbesserung von Gesundheit. Hinzu kommt, dass die in Indizes für Wohlbefinden aufgenommenen gesundheitsbezogenen Messgrößen

Abb. 76.  
Better Life Index der OECD, zusammengesetzt: Einzelindex für jedes Land



Quelle: How's life? Measuring well-being (90).

**Kasten 21.****Schwierigkeiten bei der Messung von Gesundheit und Wohlbefinden – zentrale Aussagen**

- Es gibt keine allgemein gültige orts- und zeitunabhängige Definition von Wohlbefinden, doch wird allseits anerkannt, dass Gesundheit eine wichtige Komponente von Wohlbefinden ist.
- Es gibt eine Vielzahl von Ansätzen für die Messung, jedoch keine Kriterien für die Auswahl eines Instruments.
- Die Präsentation mehrdimensionaler Daten ist nicht immer in sich konsequent oder transparent.
- Unterschiede bei der Gewichtung oder der Kombination von Bereichen und die Schwierigkeit der Kombination von Daten auf unterschiedlichen Skalen können die Interpretierbarkeit beeinträchtigen.

häufig weiterhin Sterblichkeit oder Krankheit („Un-Wohlbefinden“) erfassen und nicht das positive Ende dessen, was Gesundheit und Wohlbefinden ausmacht.

Eine weitere Schwierigkeit kann darin bestehen, dass es nicht möglich ist, aus einer Reihe potenzieller Maße von Wohlbefinden auszuwählen; es gibt viele von ihnen, und bei fast allen werden unterschiedliche Fragen gestellt und unterschiedliche vorliegende Daten berücksichtigt, beispielsweise aus ökonomischen, sozialen oder gesundheitsbezogenen Erhebungen oder Statistiken. Problematisch ist auch, dass bei den meisten Versuchen einer Messung des Grades an Gesundheit im Kontext von Wohlbefinden in erster Linie subjektive Messgrößen zugrunde gelegt wurden, die im Zeitverlauf, länderübergreifend oder über sozioökonomische Gruppen hinweg als schwierig zu vergleichen angesehen werden könnten. Ohne klare Leitlinien besteht eine weitere Herausforderung in der Interpretation der gesammelten Daten, denn in manchen Ansätzen werden Bereiche miteinander kombiniert, die teilweise auf der persönlichen Ebene und teilweise auf der kommunalen oder nationalen Ebene gemessen werden. Solche Indizes sind schwer zu interpretieren, wenn sich manche Teile verbessern, während andere stagnieren oder sich verschlechtern.

---

## Ein Wegweiser zu Fortschritten bei der Messung von Gesundheit und Wohlbefinden

Unter Bezugnahme auf die Empfehlungen der vom WHO-Regionalbüro für Europa einberufenen Expertengruppe und das neue Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ (1,59,60) hat sich das Regionalbüro das Ziel gesetzt, für operative Klarheit in der Frage zu sorgen, wie Gesundheit im Kontext von Wohlbefinden gemessen werden soll. Die Empfehlungen und vereinbarten Kriterien umfassen die nachstehend erläuterten Schritte.

Es sollte eine begrifflich stimmige Definition von Wohlbefinden ausgearbeitet werden. Der operative Ansatz sollte sich so weit wie möglich auf Modelle stützen, die auf der Ebene der Bevölkerung verwendet wurden. Ein Beispiel hierfür ist der Better Life Index der OECD. Bei der Auswahl der für die Messung von Wohlbefinden verwendeten Bereiche sollte ein Höchstmaß an Kohärenz mit anderen Ansätzen auf der internationalen Ebene angestrebt werden.

Für die Gesundheitskomponente von Wohlbefinden sollten das Spektrum der Bereiche und später erprobte Indikatoren mit der Internationalen Klassifikation



der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (97), dem Rahmen der WHO für die Messung von Gesundheit und Behinderung sowohl auf der persönlichen Ebene als auch auf der Bevölkerungsebene, verknüpft werden. Die Struktur der ICF orientiert sich an den folgenden allgemeinen Komponenten:

- Körperfunktionen und -struktur;
- Aktivitäten (bezogen auf Aufgaben und Aktionen einer Person) und Partizipation (Einbezogenheit in eine Lebenssituation);
- zusätzliche Angaben über Schweregrad und Umweltfaktoren.

Sie ergänzt die Internationale Klassifikation der Krankheiten der WHO, die Informationen über Diagnose und Gesundheitszustand, nicht jedoch den funktionellen Status enthält. Außerdem muss Gesundheit im Kontext von Wohlbefinden zumindest die soziale, psychische und physische Gesundheit umfassen.

Ausgewählte Indikatoren zur Messung jedes Aspekts von Gesundheit müssen mit einem vereinbarten Ziel für die Beobachtung der Fortschritte bei der Verwirklichung der Zielsetzung von „Gesundheit 2020“ – der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im Kontext von Wohlbefinden – verknüpft werden. Die Ansätze zur Messung sollten so objektiv wie möglich sein, ohne jedoch validierte, auf Eigenangaben beruhende Maße oder Erkenntnisse aus Bewertungen der Leistung von Gesundheitssystemen unberücksichtigt zu lassen. Dazu ist es auch erforderlich, Messindikatoren zu ermitteln, zu denen bereits Daten vorliegen, oder potenzielle neue Maße zu empfehlen, die entwickelt oder erprobt werden müssen. In beiden Fällen sollten bei der Messung dieser Indikatoren ein akzeptables Maß an Zuverlässigkeit und Validität erzielt werden.

Der Messansatz sollte den Vergleich und die Interpretation von Gesundheit im Kontext von Wohlbefinden innerhalb von Ländern wie auch länderübergreifend ermöglichen. So sollten Werte (Daten) für jeden Indikator verfügbar gemacht werden, und es sollten unterschiedliche mögliche Ansätze zur Kombination der Indikatoren sowie zur Berichterstattung über einen einzelnen Index für den Gesundheitsbereich und zu seiner Interpretation erprobt und evaluiert werden.

Wie Politiker, Gesundheitsfachkräfte und andere maßgebliche Akteure in allen Teilen der Europäischen Region der WHO diese Informationen für ihre Zwecke heranziehen können, sollte dokumentiert und kommuniziert werden. Für die Kommunikation sollten auch Instrumente genutzt werden, die die Präsentation und Interaktion in einem internetgestützten Medium ermöglichen.

## Wo stehen wir heute?

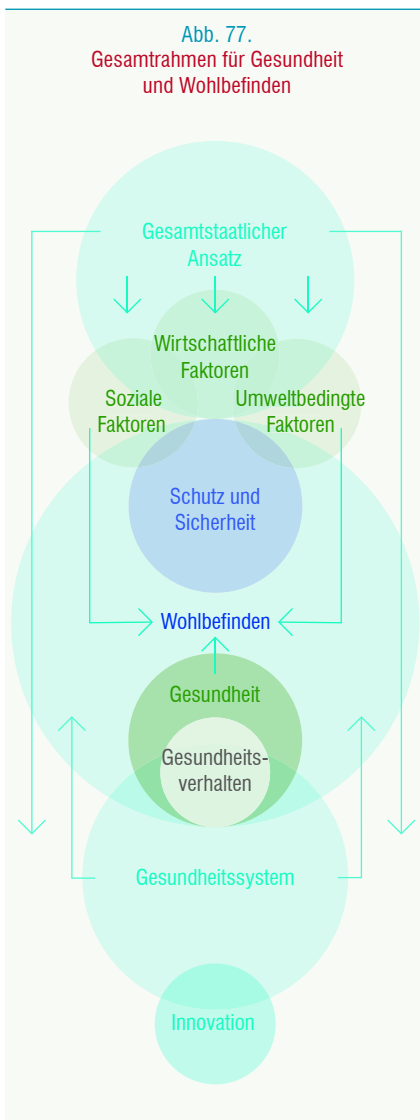
Auf der Grundlage der Expertenkonsultationen im Jahr 2012 (59,60) schlägt das WHO-Regionalbüro für Europa eine erste übergeordnete Definition von Wohlbefinden vor, die zur Orientierung für andere internationale Aktivitäten auf der Bevölkerungsebene dienen könnte:

*Wohlbefinden hat zwei Dimensionen: eine subjektive und eine objektive. Es beinhaltet die Lebenserfahrungen einer Person und einen Vergleich der Lebensumstände mit gesellschaftlichen Normen und Wertvorstellungen.*

Der Ausdruck „gesellschaftliche Normen und Wertvorstellungen“ soll die Mindestschwelle oder das Mindestmaß unterschiedlicher objektiver Bestandteile von Wohlbefinden erfassen, wobei außer Frage steht, dass sich solche Schwellen im Lauf der Zeit verändern können. Die empfohlene Definition umfasst die folgenden zusätzlichen Informationen:

- Wohlbefinden und Gesundheit sind interaktive Konzepte und haben einige Determinanten gemeinsam; dazu zählen beispielsweise das Gesundheitssystem und die Sozialsysteme. Gesundheit beeinflusst das Wohlbefinden insgesamt, und Wohlbefinden ist gleichzeitig auch ein Prädiktor für zukünftige Gesundheit.
- In der Regel besteht über Ländergrenzen hinweg Einverständnis in Bezug auf das Gesamtbild (die Mindestbestandteile von Wohlbefinden), auch wenn die Benennung der wichtigen Bereiche oder Komponenten ein normatives Unterfangen bleibt.
- Zu den subjektiven Erfahrungen einer Person können neben dem generellen Gefühl des Wohlbefindens und ihrer psychologischen Funktionsfähigkeit auch ihre Gefühlslagen gehören. Beispiele für objektives Wohlbefinden und damit verknüpfte Lebensumstände sind Gesundheit, Bildung, Arbeitsplatz, soziale Beziehungen, (bebaute und natürliche) Umwelt, Sicherheit, Bürgerbeteiligung, Politikgestaltung, Wohnbedingungen und Freizeit.

Diese Definition trägt dem Umstand Rechnung, dass mehrere Themenfelder oder Bereiche unterschiedliche Aspekte von Wohlbefinden betreffen, wobei Gesundheit ein wichtiges Themenfeld in Bezug auf Wohlbefinden und diesem zuträglich ist. Diese Bereiche und zuträglichen Einflussfaktoren werden in Abb. 77 veranschaulicht, und es werden die Ansätze oder Ansatzpunkte für Verbesserungen deutlich gemacht. Wie bereits erörtert, wird die Verfeinerung der Dokumentierung der Prozesse und Wege, die zu einem Zustand des Wohlbefindens führen, dazu beitragen, die potenziellen Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Verbesserung des durchschnittlichen Wohlbefindens und seiner Verteilung innerhalb einer Bevölkerung zu bestimmen.



Außerdem sollten als ergänzende Elemente jedes Bereichs des Wohlbefindens sowohl subjektive als auch objektive Elemente einbezogen werden. Dabei ist es jedoch wichtig zu klären, welcher Rahmen verwendet werden soll und zu welchem Zweck. Beispielsweise würde ein deskriptiver Rahmen dazu beitragen, zu vermitteln, wie Wohlbefinden beschrieben und gemessen werden sollte. Ein handlungsorientierter Rahmen auf der Grundlage von Zuordnungsuntersuchungen und Erkenntnissen über Praxistauglichkeit würde politischen Entscheidungsträgern oder Praktikern helfen, die Ansatzpunkte für konkrete Maßnahmen und Veränderungen zu verstehen.

Die Entscheidung, wie die Rahmen verfeinert werden sollen und wie eine konkrete Definition von Wohlbefinden in diesem Kontext erreicht werden soll, macht eine detailliertere Untersuchung der vorliegenden Konzepte erforderlich. Auch wenn sich Wohlbefinden fraglos über ein breites Spektrum von Bereichen –darunter auch Gesundheit – erstreckt, so empfahl die Expertengruppe dem Regionalbüro doch, sich auf sein zentrales Gesundheitsmandat zu konzentrieren und Fortschritte bei Messverfahren schwerpunktmäßig in den Bereichen Gesundheit und den gesundheitsbezogenen Aspekten von Wohlbefinden zum Einsatz zu bringen (59,60).

Die Vorabprüfung hypothetischer Beziehungen zu verschiedenen Gesundheitsstörungs- und Krankheitsgruppen, unterschiedlichen sozioökonomischen und demografischen Gruppen sowie anderen externen Kriterien wird die Interpretation und den Nutzen mehrdimensionaler Profile von Gesundheit und Wohlbefinden stärken. Für diesen speziellen Bereich bestünde angesichts des Fehlens von Daten (je nach den Entscheidungen, die hinsichtlich der Definition von Wohlbefinden und der dafür zu verwendenden Indikatoren getroffen werden) eine Option darin, mindestens eine prozessbezogene Zielvorgabe für „Gesundheit 2020“ zu verwenden, und zwar in Bezug auf die Sammlung von Daten zu Wohlbefinden durch die Regierungen. Dies könnte abhängig von der prozessbezogenen Zielvorgabe durch einen Fahrplan für das Erreichen einer Ergebniszielvorgabe begleitet werden. Dabei könnten wiederum Ungleichgewichte und Unterschiede innerhalb der Region berücksichtigt werden, indem die Ergebniszielvorgabe in Bezug auf die Verringerung der ermittelten Defizite bei bestimmten Gruppen auf der nationalen Ebene festgelegt wird. Andere Optionen sind: die Festlegung einer Zielvorgabe für die Verbesserung des Wohlbefindens insgesamt (wie auch immer dies gemessen wird) innerhalb der Region; die Konzentration auf einige konkrete (gesundheitsbezogene) Aspekte; oder das Abzielen auf den Abbau von Ungleichheiten in einer bestimmten Dimension des Wohlbefindens insgesamt (wie die Verringerung des sozialen Gefälles bei Einkommen oder Bildung).

## Wie können diese Informationen genutzt werden, um Gesundheit und Wohlbefinden zu verbessern?

### Kasten 22.

#### Fallstudie: Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz in der Ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien

Das Institut für Arbeitsmedizin des Landes, ein Kooperationszentrum der WHO, fördert die Prinzipien der WHO im Bereich Gesundheit am Arbeitsplatz (einschließlich Wohlbefinden) auf der nationalen und internationalen Ebene. Das Institut wirkte an der vom Gesundheitsministerium koordinierten Ausarbeitung der nationalen Strategie und des nationalen Aktionsplans für Arbeitsschutz (2011–2015) mit. Diese gemeinsame Maßnahme resultierte in der Einrichtung eines nationalen Netzwerks arbeitsmedizinischer Dienste im öffentlichen Gesundheitswesen, das die Gesundheit und das Wohlbefinden gefährdeter Arbeitnehmergruppen verbessern soll.

Seit 2007 setzt das Institut im Rahmen von Präventionsprogrammen zur Bewertung des Gesundheitsstatus und der Arbeitsfähigkeit den neuen grundlegenden arbeitsmedizinischen Ansatz zur Unterstützung von Landarbeitern und Arbeitslosen um. Manche der Maßnahmen, mit denen Interventionen unter dem Gesichtspunkt der Auswirkungen auf das Wohlbefinden von Arbeitnehmern evaluiert werden, umfassen Untersuchungen über Stressbelastung und Burnout am Arbeitsplatz (unterstützt vom Siebten EU-Forschungsrahmenprogramm) sowie über berufsbedingte Risiken durch Infektionskrankheiten bei Gesundheitsfachkräften.

Darüber hinaus beteiligte sich das Institut an der Ausarbeitung der nationalen Strategie und des nationalen Aktionsplans zur Anpassung der Gesundheitsversorgung an Klimaänderungen (2011–2015), einem Gesundheitsaktionsplan für Hitzeperioden und einem Aktionsplan zur Prävention nachteiliger Auswirkungen kalter Witterung auf die Gesundheit der Bevölkerung. Das Institut gab auch den Anstoß für die Einrichtung des Netzwerks für Arbeitnehmergesundheit in Südosteuropa, zu dessen weiteren Mitgliedern Albanien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Kroatien, Montenegro, Rumänien, Serbien und die Türkei zählen. Das Netzwerk dient dazu, die subregionale Zusammenarbeit im Bereich der Arbeitsmedizin zu stärken und auf diese Weise einen Beitrag zur Umsetzung des Globalen Aktionsplans der WHO für die Gesundheit von Arbeitnehmern (98) zu leisten.

Die Gestaltung der staatlichen Politik ist ein Prozess, der sich im Lauf der Zeit herausbildet und weiterentwickelt. Dieser Prozess kann die Festlegung anspruchsvoller politischer Ziele und die Erörterung der Rolle des Staates bei ihrer Verwirklichung umfassen, aber auch die Beantwortung der Frage, wo und wie Regierungen Ressourcen am besten einsetzen können, was auch die Handhabung von Zielkonflikten und miteinander konkurrierenden Prioritäten einschließt. An der Politikgestaltung ist häufig ein breites Spektrum von Akteuren beteiligt – von Ministern und zentralen Entscheidungsträgern über andere Politiker und Parlamentarier, Interessengruppen, Patientengruppen und Bürgerinitiativen, Beamten, Fachkräften im öffentlichen Dienst, Forschern und anderen Sachverständigen bis zu Vertretern der Allgemeinbevölkerung.

In den letzten Jahren wurden nationale und internationale Initiativen zur Förderung der Nutzung von Indikatoren für Wohlbefinden durch die Politik durchgeführt, die über die Messung der Wirtschaftsleistung hinausgehen und Standardmaße für Sterblichkeit, Behinderung oder Krankheit innerhalb des Gesundheitswesens ergänzen können. Diese Initiativen unterscheiden sich in Bezug auf ihre Aufgaben, Methoden, Ziele und primären Zielgruppen. Einige werden in diesem Kapitel kurz vorgestellt. Manche Initiativen teilen das Ziel, die Bürger an der Definition von Maßen für Wohlbefinden und Fortschritte zu beteiligen. In vielen Ländern werden Aktivitäten zur Verknüpfung von Wohlbefinden und Gesundheit intensiviert, was auch die Festlegung von Zielvorgaben zur Verbesserung von Interventionen im Zusammenhang mit Gesundheit im Kontext von Wohlbefinden zur Folge hat (Kasten 22). Auch wenn die unmittelbare Relevanz dieser Initiativen und ihrer Zielsetzungen für die Politik variiert, so haben alle zum Ziel, als Grundlage für politische Entscheidungsprozesse zu dienen: So wurde beispielsweise der Better Life Index der OECD entwickelt, um die Vergleichbarkeit und gegenseitiges Lernen zu fördern (90).

„Gesundheit 2020“ strebt die Einführung von Grundsatzzielen an, was die Einführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Situation impliziert. Im Hinblick auf eine Anwendung im Rahmen von „Gesundheit 2020“ müssen sowohl der Informationsgehalt als auch die Ansatzpunkte von Maßnahmen zur Verbesserung des Wohlbefindens sorgfältig geprüft werden. Beispielsweise können sich im Fall von Gesundheitsergebnissen manche der maßgeblichen Triebkräfte auf die Merkmale von Personen (Patienten), andere dagegen auf Programme für die Erbringung und Durchführung von Leistungen (wie das

Gesundheitssystem) und wieder andere auf das Lebensumfeld von Menschen (Umwelt- und Arbeitsbedingungen, Zuwanderung, Einkommen und andere Ungleichheiten) beziehen. Die Gesundheitssysteme tragen fraglos zu Gesundheit und Wohlbefinden bei: Erkenntnisse aus Leistungsbewertungen in Gesundheitssystemen und aus damit verbundenen Konzepten zur Quantifizierung und Zuordnung ihres Gesamtbeitrags sind unverzichtbar, um die politische Relevanz solcher Aktivitäten sicherzustellen (Kasten 23).

### Kasten 23.

#### Der Beitrag der Gesundheitssysteme zum Wohlbefinden

In einer Veröffentlichung des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik mit dem Titel *Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand: Beurteilung der Argumente für Investitionen in Gesundheitssysteme (99)* werden die Beiträge von Gesundheitssystemen zum gesellschaftlichen Wohl auf der Grundlage eines konzeptionellen Rahmens auf drei zentrale Faktoren zurückgeführt (s. nachstehende Abbildung).

- Gesundheitssysteme schaffen Gesundheit; diese wiederum ist eine wichtige Komponente des Wohlbefindens.
- Gesundheitssysteme fördern Wohlstand, weil sie eine bedeutsame Komponente der Wirtschaft sind, die ein indirekter, aber zentraler Beitragsfaktor zum Wohlbefinden ist.
- Gesundheitssysteme haben einen unmittelbaren Einfluss auf das gesellschaftliche Wohl, weil der Umstand, dass es Gesundheitsangebote gibt und die Menschen Zugang dazu haben, sie mit Genugtuung erfüllt.

Die Konstellation, die sich aus der Verbesserung des gesellschaftlichen Wohls durch diese drei Faktoren ergibt, und das Wesen der Wechselbeziehungen zwischen Gesundheitssystemen, Gesundheit und Wohlstand unterscheiden sich zwangsläufig je nach Rahmenbedingungen, Zuständigkeitsbereichen oder Ländern. Wohl und Wohlbefinden sind in dieser Arbeit (99) so etwas wie allgemeine Prinzipien, und der Beitrag der Gesundheitssysteme wird nicht explizit gemessen. Vielmehr wird beschrieben, dass bessere gesundheitliche Ergebnisse und gesündere Bevölkerungen infolge gut funktionierender Gesundheitssysteme letztendlich zum gesellschaftlichen Wohl beitragen können.

**Gesundheit ist eine zentrale Voraussetzung für Wohlstand und gesellschaftliches Wohl (und Gesundheitssysteme sind ein Katalysator)**

Gesundheit bildet eine wichtige Komponente von Wohlbefinden.

- Gesundheit ist ein Wert an und für sich, und die Bürger in der Europäischen Region der WHO messen guter Gesundheit einen hohen Wert bei.
- Gesundheit steigert die Produktivität und das Nationaleinkommen, was das gesellschaftliche Wohl fördern kann (gesündere Menschen sind produktiver).

Gesundheit hat Auswirkungen auf den Wohlstand und umgekehrt.

- Gesundheit kann durch eingesparte Gesundheitsausgaben Haushaltsmittel freisetzen (eine verbesserte Gesundheit verringert die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen heute und in Zukunft).
- Wohlstand hat einen direkten wie auch indirekten Einfluss auf die Gesundheit: aufgrund der materiellen Bedingungen bzw. durch soziale Teilhabe und die Kontrolle der Menschen über ihr Leben.

Gesundheit spiegelt auch den Fortschritt von Gesellschaften wider, und sie muss in Messgrößen für die soziale Entwicklung berücksichtigt werden.

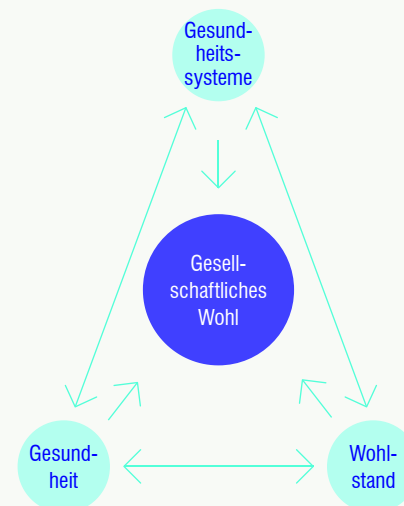
#### Investitionen in Gesundheitssysteme ziehen wirklichen Nutzen nach sich

Eine Gesellschaft kann ungeachtet konkurrierender Anforderungen an Mittel selbst entscheiden, wie und wie viel sie in ihr Gesundheitssystem investiert. Angemessene Investitionen in Gesundheitssysteme sind eine wirksame Methode zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlstand und tragen so zum gesellschaftlichen Wohl bei.

- Gesundheitssysteme sind ein Stützpfiler gesünderer und wirtschaftlich aktiverer Gesellschaften.
- Gesundheitsleistungen können Leben retten.
- Zielgerechte Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit bewirken etwas.
- Gesundheitssysteme dienen dem gesellschaftlichen Wohl, nicht zuletzt indem sie Chancengleichheit und Bedarfsgerechtigkeit fördern.

Das Observatorium betreibt ein spezielles Programm zur Bewertung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen, mit dem angestrebt wird, „Ansätze für Messung und Analyse zu verbessern und aufzuzeigen, welchen Beitrag vergleichende Messungen bei der Gestaltung und Beurteilung von Initiativen zur Stärkung von Gesundheitssystemen leisten können“ (100). In dem Dokument *Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand (99)* werden Fortschritte in diesem Bereich erläutert. Für 2013 ist ein zweiter Band geplant.

#### Gesundheitssysteme, Gesundheit, Wohlstand und gesellschaftliches Wohl



Auch wenn dies ein Thema ist, das über den Rahmen dieser Diskussion hinausgeht, so sind doch manche dieser Faktoren möglicherweise durch politische Interventionen nicht unmittelbar beeinflussbar, während andere Maße für gesellschaftlichen Fortschritt (z. B. Maße für soziale Beziehungen oder subjektives Wohlbefinden) zu allgemein sein können, um einen Kausalzusammenhang mit staatlichen Interventionen in konkreten Handlungsfeldern zu ermitteln.

Des Weiteren bestehen möglicherweise Beschränkungen für die Verwendung von Indikatoren für Wohlbefinden. Viele von Organisationen oder Mitgliedstaaten verwendete Indikatoren eignen sich besser für die Überwachung von Wohlbefinden als für die Evaluation der Auswirkungen konkreter politischer Maßnahmen. Unabhängig davon gilt es zu berücksichtigen, wie die gemessenen Ergebnisse auf politische Interventionen reagieren und wie andere Organisationen (z. B. die OECD) die Auswahl von Indikatoren unter politischen Gesichtspunkten verfeinert haben.

Das WHO-Regionalbüro für Europa kann die Verwendung von Maßen für Gesundheit und Wohlbefinden in der Politik auf verschiedene Weise unterstützen. Es kann:

- Erkenntnisse über die Mechanismen und Instrumente bieten, die das Gesundheitswesen verwenden kann, um in allen Politikbereichen Wohlbefinden zu fördern; diese Rolle könnte dahingehend erweitert werden, politische Entscheidungsträger bei der Förderung von Wohlbefinden im Gesundheitswesen, in anderen Bereichen, auf gesamtstaatlicher Ebene und in Partnerschaft mit nichtstaatlichen Akteuren zu unterstützen;
- politikrelevante Informationen verbreiten, die in Zusammenarbeit mit europäischen Institutionen oder Mitgliedstaaten zusammengestellt wurden (Kasten 24);
- untersuchen, wie gut Indikatoren für Wohlbefinden interpretiert und in Verbindung mit Standardmaßen für Sterblichkeit, Morbidität und die Leistung von Gesundheitssystemen verwendet werden sollten: Indikatoren für Wohlbefinden sollen solche Maße ergänzen, nicht ersetzen.

Eine Forschungsagenda, die die statistischen und methodologischen Fragestellungen abdeckt, die in diesem Kapitel angeschnitten werden, ist dringend erforderlich. Sie könnte sich auch mit der Frage befassen, wie Maße für Wohlbefinden entwickelt und sinnvoll erprobt werden können, die:

- die öffentliche Debatte anzuregen und anderen politischen Entscheidungsträgern dabei zu helfen, sich auf politische Handlungskonzepte zu konzentrieren, die im Leben der Menschen einen wirklichen Unterschied

#### Kasten 24.

#### Nützlichkeit von Maßen für Wohlbefinden für politische Entscheidungsträger

In Analysen der OECD (90,101) wird darauf hingewiesen, dass politische Entscheidungsträger Maße für Wohlbefinden dazu nutzen:

- die öffentliche Debatte anzuregen und anderen politischen Entscheidungsträgern dabei zu helfen, sich auf politische Handlungskonzepte zu konzentrieren, die im Leben der Menschen einen wirklichen Unterschied bewirken können – d. h. besser legitimierte und gesellschaftlich akzeptable Maßnahmen mit besseren Erfolgsaussichten zu ergreifen;
- Handlungsprioritäten zu ermitteln, die benötigt werden, um das Gesamtziel der Verbesserung des Lebens der Menschen zu verwirklichen; und
- eine Vielzahl von Kriterien anzubieten, mit deren Hilfe konkrete politische Interventionen evaluiert werden können.

Um Prioritäten festlegen zu können, muss erst definiert werden, was für das Wohlbefinden wichtig ist; es müssen relative Aktivposten und Defizite in Bezug auf die Lebensbedingungen in einem bestimmten Land, Ungleichheiten beim Wohlbefinden innerhalb von Ländern und insbesondere schutzbedürftige Personengruppen ermittelt werden, denen politische Interventionen nützen können; schließlich sind die Wechselbeziehungen zwischen den verschiedenen Dimensionen von Wohlbefinden und ihren grundsätzlichen Determinanten zu bewerten, um Zielkonflikte zwischen ihnen besser bewältigen zu können.



- bewirken können – d. h. besser legitimierte und gesellschaftlich akzeptable Maßnahmen mit besseren Erfolgsaussichten zu ergreifen;
- Handlungsprioritäten zu ermitteln, die benötigt werden, um das Gesamtziel der Verbesserung des Lebens der Menschen zu verwirklichen; und
  - eine Vielzahl von Kriterien anzubieten, mit deren Hilfe konkrete politische Interventionen evaluiert werden können;
  - berücksichtigen, wie Veränderungen in einem Bereich Veränderungen in einem oder mehreren anderen Bereichen beeinflussen können.

---

## Auf dem Weg zum Ziel

Die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden ist eine anerkannte und wesentliche Komponente von „Gesundheit 2020“. Eine Vielzahl anhaltender Aktivitäten zur Messung von Wohlbefinden auf der internationalen Ebene in der Europäischen Region sowie zahlreiche nationale Initiativen (Kasten 25) schaffen ein solides Fundament, von dem aus das WHO-Regionalbüro für Europa diese Arbeit, insbesondere die Messung von Gesundheit im Kontext von Wohlbefinden, vorantreiben kann.

Unabhängig davon werden in einer großen Zahl von Ländern der Region zu wenige Anstrengungen (vonseiten des Gesundheitsministeriums, anderer Ministerien oder nationaler Statistikbehörden) oder Forschungsarbeiten unternommen, um Informationen über Gesundheit und Wohlbefinden konzeptionell zu erfassen, zu sammeln oder zu nutzen. Bei allen Maßnahmen zur Verbesserung des Wohlbefindens der Menschen in der Region sollte geprüft werden, wie ein breites Spektrum von Ländern mit unterschiedlichen Ausgangslagen in Bezug auf Datenerhebung und Messung unterstützt werden kann und wie Forschungszentren mit Entscheidungsträgern in Gesundheitspolitik und anderen Ressorts zusammengebracht werden können.

In diesem Kapitel wird ein Ansatz zur Weiterentwicklung der Messung von Fortschritten auf dem Weg zu mehr Gesundheit im Kontext von Wohlbefinden erläutert – unsere Werte. Um bis 2020 die ermittelten Herausforderungen in der gesamten Europäischen Region bewältigen und Lösungen verwirklichen zu können, müssen die maßgeblichen Akteure, Ressourcen und Prozesse bestimmt werden, die diese gemeinsame Arbeit unterstützen können: Fortschritte abstecken. Auf einige Bereiche dieser Agenda wird im letzten Teil dieses Berichts eingegangen, etwa die Mechanismen zur Verfeinerung von Konzepten und zur Verständigung über Normen, Validität und Beschränkungen, die Ansätze zur Messung und dabei auftretende Schwierigkeiten und die Interpretation von Gesundheit und Wohlbefinden auf der Ebene der Europäischen Region.

## Kasten 25.

## Fallstudie: Wohlbefinden von Kindern in Italien – eine Fülle von Forschungsarbeiten

Indikatoren für das Wohlbefinden von Kindern in Italien sind zusammen mit denen für 20 andere Länder in einem Bericht des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (UNICEF) über ein Projekt zum Thema Wohlbefinden von Kindern in wohlhabenden Ländern dargestellt (s. Tabelle).

Darüber hinaus evaluieren mehrere nationale Studien Faktoren, die bei der allgemeinen Definition von Wohlbefinden berücksichtigt wurden, wenngleich sich keine von diesen zuvor die Sammlung spezieller Indikatoren für das Wohlbefinden von Kindern anvisiert hatte. Das Nationale Statistikinstitut in Italien (ISTAT) begann 2008 eine Untersuchung an Grundschulen und in der unteren Sekundarstufe, die der Evaluation von Schülern mit Behinderungen in Bezug auf körperliche Funktionsfähigkeit, Behinderungsgrad, Gesundheit und Wohlbefinden diente.

Sie wird vom Ministerium für Arbeit und Soziales in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Bildung, Hochschulwesen und Forschung finanziert. Ihr Ziel ist, die Ressourcen und Instrumente zu untersuchen, die von einzelnen Schulzentren genutzt werden, um die Integration und Inklusion von Schülern mit Behinderungen zu fördern und so ihre Funktionsfähigkeit und ihr Wohlbefinden zu verbessern. In der Erhebung wurden auf der Grundlage des ICF-Rahmens (97) folgende Indikatoren in Bezug auf Arten von Gesundheitsproblemen und das schulische Umfeld verwendet: Zugänglichkeit von Gebäuden, Vorhandensein von Pädagogen zur speziellen Lernunterstützung, Anwesenheit anderer spezialisierter Fachkräfte und Nutzung von Lerntechnologien.

Zwei Durchgänge wurden abgeschlossen (2008–2009 und 2009–2010), und die Ergebnisse des ersten

Durchgangs liegen in englischer Sprache vor (103). Im zweiten Durchgang füllten mehr als 89% der Schulen (mehr als 23 000) den Fragebogen aus. Die Analyse des dritten Durchgangs von 2012 wird derzeit durchgeführt.

Eine neue Publikation bietet eine andere Übersicht über Kinderarmut und Kindeswohl in Italien (104), und an italienischen Hochschulen und Forschungszentren sind mehrere Forschungsstudien über das Wohlbefinden von Kindern im Gange, bei denen psychische, physische und soziale Funktionsfähigkeit miteinander verknüpft werden. Ferner hat die Stiftung des Neurologischen Instituts Carlo Besta Pilotstudien über Behinderung, Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern mit neurologischen Störungen wie Tourette-Syndrom und Dystonie durchgeführt.

## Übersichtstabelle.

## Wohlbefinden von Kindern in wohlhabenden Ländern

		Dimension 1	Dimension 2	Dimension 3	Dimension 4	Dimension 5	Dimension 6
Dimensionen kindlichen Wohlbefindens	Durchschnittliche Position im Ranking (für alle 6 Dimensionen)	Materielles Wohlergehen	Gesundheit und Sicherheit	Bildungserfolg	Beziehungen zu Familienmitgliedern und Gleichaltrigen	Verhaltensweisen und Risiken	Subjektives Wohlbefinden
Niederlande	4,2	10	2	6	3	3	1
Schweden	5,0	1	1	5	15	1	7
Dänemark	7,2	4	4	8	9	6	12
Finnland	7,5	3	3	4	17	7	11
Spanien	8,0	12	6	15	8	5	2
Schweiz	8,3	5	9	14	4	12	6
Norwegen	8,7	2	8	11	10	13	8
Italien	10,0	14	5	20	1	10	10
Irland	10,2	19	19	7	7	4	5
Belgien	10,7	7	16	1	5	19	16
Deutschland	11,2	13	11	10	13	11	9
Kanada	11,8	6	13	2	18	17	15
Griechenland	11,8	15	18	16	11	8	3
Polen	12,3	21	15	3	14	2	19
Tschechische Rep.	12,5	11	10	9	19	9	17
Frankreich	13,0	9	7	18	12	14	18
Portugal	13,7	16	14	21	2	15	14
Österreich	13,8	8	20	19	16	16	4
Ungarn	14,5	20	17	13	6	18	13
Vereinigte Staaten	18,0	17	21	12	20	20	–
Verein. Königreich	18,2	18	12	17	21	21	20

Hinweis: OECD-Länder, die aufgrund unzureichender Daten nicht im Überblick berücksichtigt werden konnten: Australien, Island, Japan, Luxemburg, Mexiko, Neuseeland, Republik Korea, Slowakei und Türkei.  
Quelle: *Child poverty in perspective* (102).







# 04

---

## Countdown bis 2020: Fortschritte abstecken

Auch wenn dieser Bericht verdeutlicht, welche Fülle von Gesundheitsdaten in der Europäischen Region der WHO zur Verfügung steht, so bestehen im Bereich der Messung doch noch beträchtliche Herausforderungen:

- Einschlägige Daten zur Messung von Fortschritten sind nicht für alle Länder verfügbar.
- Die Definitionen sind von Land zu Land unterschiedlich, und auch die Klassifikationen der Krankheiten werden nicht einheitlich angewandt.
- Die Registrierung von Personenstandsfällen erfolgt nicht überall vollständig und ist in manchen Ländern der Region noch nicht verbindlich festgelegt.

Das WHO-Regionalbüro für Europa ist entschlossen, den Mitgliedstaaten bei der Verbesserung ihrer Fortschritte bei der Meldung und Beobachtung von Gesundheitsdaten im Zuge der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ behilflich zu sein.

Eine der größten Herausforderungen für die Umsetzung und Durchschlagskraft von „Gesundheit 2020“ ist die Verfügbarkeit von Daten zur Beobachtung der Fortschritte auf Ebene der Länder. Die übergreifenden Ziele und die dazugehörigen Indikatoren wurden aufgrund der Verfügbarkeit von Daten sowie ihrer Bedeutung für die Verwirklichung von „Gesundheit 2020“ ausgewählt. Daten zu den meisten der zur Zielkontrolle vorgeschlagenen Indikatoren können anhand von in den meisten Ländern der Region auch heute schon routine- oder regelmäßig erhobenen Daten gewonnen werden. Dennoch werden aussagekräftige Vergleiche durch Unterschiede hinsichtlich Definitionen, Erfassungsgrad der Bevölkerung und Datenqualität erschwert. Da die Fortschritte auf Ebene der Europäischen Region gemessen werden sollen, dürften sich diese Schwierigkeiten vervielfachen. Trotz dieser Einschränkungen sind die resultierenden Vergleiche keineswegs sinnlos.

Das Regionalbüro unterstützt die Länder mit Werkzeugen und Instrumenten, die zur Verbesserung der Erhebung, Analyse und Meldung von Gesundheitsdaten auf Ebene der Länder dienen. Wie bereits erläutert, arbeitet es dabei zusammen mit der Europäischen Kommission und der OECD auf die Schaffung eines einheitlichen integrierten Gesundheitsinformationssystems für Europa hin, das alle 53 Mitgliedstaaten erfassen soll (Kasten 26).

Zu dessen zentralen Herausforderungen gehören:

- ein systematisches Ansetzen an dem gesamten Spektrum von Datenquellen und Normen/Standards – von Bevölkerungsstatistiken bis zu Haushaltsbefragungen –, sodass diese über gemeinsame Methoden zur Aufschlüsselung der Daten nach sozialer Schicht oder anderen

**Kasten 26.****Fahrplan zu einem integrierten Gesundheitsinformationssystem für Europa**

Seit 2011 arbeiten die Europäische Kommission und das WHO-Regionalbüro für Europa gemeinsam an der Einrichtung eines integrierten Gesundheitsinformationssystems für alle 53 Länder der Europäischen Region. Als erste Schritte wurden bereits unternommen:

- eine Analyse und Kartierung aller Datenbanken und Datensammlungen in beiden Organisationen;
- die Einrichtung neuer Partnerschaften, wie etwa mit der OECD;
- die Ausarbeitung eines Fahrplans zur Schaffung einer einheitlichen Plattform für Gesundheitsinformationen in der Europäischen Region.

Als nächste Schritte sind detaillierte Situationsanalysen für die einzelnen Länder und ein Plan für die Einbindung der wichtigsten Kernindikatoren in die Plattform vorgesehen.

Dieses integrierte System soll längerfristig eine Erleichterung der Meldepflichten für die Länder bewirken, die bisher oftmals Informationen an mehrere Organisationen übermitteln müssen. Es soll außerdem als einheitliche Anlaufstelle für Gesundheitsinformationen in der Europäischen Region dienen.

Diese Arbeit ist ebenso wie die Entwicklung einer Gesundheitsinformationsstrategie für die Europäische Region auf bestem Wege. Auf der Tagung des Regionalkomitees im Jahr 2012 unterzeichneten das Regionalbüro und die OECD einen gemeinsamen Aktionsplan, der eine konkrete Zusammenarbeit in mehreren Bereichen der öffentlichen Gesundheit (u. a. Gesundheitsinformationen) beinhaltet.

- Schichtungen verfügen und die Untersuchung gesundheitlicher Ungleichheiten innerhalb von wie auch zwischen Ländern ermöglichen;
- der Nachweis, wie alle 53 Länder auf sinnvolle Weise in Subaggregaten innerhalb der Europäischen Region platziert und wie subregionale Trends präsentiert werden können, da insgesamt 14 Mitgliedstaaten keiner der gegenwärtig bestehenden subregionalen Gruppierungen (EU<sub>12</sub>, EU<sub>15</sub> und GUS – s. Anhang 1) angehören;
  - eine Verbesserung der Validität und Zuverlässigkeit der von den 53 Ländern an die Datenbank „Gesundheit für alle“ (6) gemeldeten Daten vor dem Hintergrund der Zusammenarbeit mit Mitgliedstaaten und anderen maßgeblichen Akteuren innerhalb der Europäischen Region;
  - eine Verbesserung von Messung und Meldung der Krankheitslast insgesamt, einschließlich der Morbidität und anderer Leiden, unter besonderer Berücksichtigung psychischer Erkrankungen;
  - die Erhebung, Verknüpfung und Bereitstellung von Daten aus dem Gesundheitsbereich und anderen Politikbereichen mit dem Ziel, den Grundsatz „Gesundheit in allen Politikbereichen“ sowie ressortübergreifende Anstrengungen in Bezug auf Analyse, Politikgestaltung, Beobachtung und Evaluation zu unterstützen;
  - die Sicherung von Fortschritten in der epidemiologischen Überwachung und der Beobachtung von Krankheitsausbrüchen und bei der Einhaltung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (105) in der gesamten Europäischen Region sowie durch Knüpfen von Kontakten mit anderen Regionen (durch Politiksteuerung für Gesundheit und die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten);
  - die Ausarbeitung eines Fahrplans zur Bewältigung dieser Herausforderungen und zur Verwirklichung von Lösungen unter Zuhilfenahme von Kooperationspartnern, Ressourcen und Verfahren, und Festlegung einer Forschungsagenda zur Unterstützung gemeinsamen Handelns.

In Kapitel 1 wird die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in der Europäischen Region im Detail dargestellt. Doch die erwähnten Indikatoren beschreiben weitgehend die Mortalität und sind nicht summarische Maße für die Bevölkerungsgesundheit (wie die DALY). Letztere beinhalten Informationen über tödliche und nicht tödliche Verläufe und liefern damit ein umfassenderes Bild von der Krankheitslast. Das Regionalbüro strebt eine engere Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten an, um die Nutzung solcher summarischer Maße zu fördern, die neben der Mortalität auch die Elemente Morbidität und Behinderung umfassen.

Die in diesem Bericht geschilderten zunehmenden gesundheitlichen Ungleichheiten erhöhen die Dringlichkeit, ein besseres Verständnis der Wege zu mehr Gesundheit und Wohlbefinden sowie ihrer Verteilung in der Europäischen Region und innerhalb der Länder zu erlangen. Dadurch erhöht

sich auch die Fähigkeit, den Anteil und Wirkungsgrad einer Intervention auf die Gesundheit innerhalb wie außerhalb des Gesundheitswesens zuverlässig zu bewerten – und somit auch die Möglichkeit zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten.

Eine große Herausforderung besteht darin, Wohlbefinden in Verbindung mit Gesundheit zu messen und schließlich ein Zielniveau dafür festzulegen. Wie in Kapitel 3 erläutert, haben viele Akteure diese Fragen in sektorübergreifender Weise angegangen, und die WHO arbeitet zusammen mit ihren Partnerorganisationen darauf hin, dies in Verbindung mit Gesundheit zu tun. Kapitel 3 enthält auch einen detaillierten Fahrplan, dessen Ziel die Vorlage von Indikatoren für Wohlbefinden im Jahr 2013 ist.

Weitere Herausforderungen stellen die Verringerung der Fragmentierung und die Erhöhung der Nachhaltigkeit von Gesundheitsinformationssystemen in der gesamten Europäischen Region dar. Auf der vom Regionalbüro im Juni 2012 veranstalteten Fachtagung zum Thema Indikatoren (60) wurden mehrere verschiedene Initiativen genannt, die in den letzten Jahren vor allem innerhalb der EU zur Vereinheitlichung von Definitionen, Methoden und Indikatoren durchgeführt wurden, darunter die Gesundheitsindikatoren der Europäischen Gemeinschaft (58), das Umwelt- und Gesundheitsinformationssystem der WHO (106) und die Europäische Gesundheitsuntersuchungserhebung (107). Oftmals sind die Anstrengungen zur Erhebung von Daten aufgrund finanzieller Engpässe gefährdet. Deshalb wird das Regionalbüro in enger Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission Konzepte zum Ausbau bestehender Infrastrukturen unterstützen und auf ein einheitliches integriertes Europäisches Gesundheitsinformationssystem hinarbeiten.

Die vom WHO-Regionalbüro für Europa zusammengerufenen Experten (60) haben diesen Ansatz mit einer Reihe von Anregungen und Empfehlungen unterstützt, die das Regionalbüro, die Mitgliedstaaten und die wichtigsten Partner aufgreifen und umsetzen könnten.

- Anknüpfen an bestehenden und im Gang befindlichen Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsinformation. Mehrere langfristige Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsinformation, vor allem auf Ebene der EU, laufen leider demnächst aus. Diese haben zu nützlichen Instrumenten, Methoden und Normen geführt, die nicht verworfen, sondern vielmehr weiter nutzbringend angewandt werden sollten.
- Austausch von Wissen und Sachverstand mit Ländern, die nicht auf dem neuesten Stand sind: so fehlt z. B. in einigen Ländern im Osten der Region Wissen über die Durchführung von Umfragen. Um die Beteiligung von Ländern aus allen Teilen der Europäischen Region zu erhöhen, werden zusätzliche Anstrengungen benötigt.

- Hervorhebung des Nutzens eines gemeinsamen Gesundheitsinformationssystems, das die administrative Last für die Mitgliedstaaten verringern und eine Verbesserung der Qualität und Interpretation der Daten gewährleisten soll.

Im Rahmen seiner Bemühungen zur Förderung einer verbesserten Beobachtung und Berichterstattung wird das WHO-Regionalbüro für Europa die Mitgliedstaaten dazu ermutigen, ihre Erfahrungen bei der Verfolgung der einzelnen Ziele von „Gesundheit 2020“ auszutauschen, u. a. in Bezug auf vorbildliche Praktiken und Erfolgsgeschichten sowie die Frage, wie einzelne Methoden und Ansätze unter bestimmten Rahmenbedingungen wirken.

Darüber hinaus strebt das Regionalbüro zusammen mit den Mitgliedstaaten und den Partnerorganisationen an, die Nutzung von neuen Technologien und Innovationen zu fördern, insbesondere im Bereich eGesundheit. Der Austausch gesicherter und sachdienlicher Informationen auf Ebene der Europäischen Region muss gezielt gefördert werden; dies muss jedoch im Einklang mit geltenden Datenschutzvorschriften und Patientenrechten sowie dem Gebot der Rechenschaftspflicht geschehen.

Informationen und Erkenntnisse sind immer nur so gut wie ihre Nutzung durch die Politik. Das Regionalbüro unterstützt neue Initiativen zur Umsetzung von Evidenz in Politik, u. a. das Evidence-Informed Policy Network der WHO (EVIPNet) (108). Diese Plattform, die sich in anderen WHO-Regionen bewährt hat, bietet den Ländern Workshops und Instrumente zur Formulierung, Inangriffnahme und Lösung politischer Fragestellungen anhand der besten verfügbaren Evidenz. Das Regionalbüro hat im Oktober 2012 mit vier Mitgliedstaaten aus Zentralasien das EVIPNet Europa eröffnet. Es erhielt hierbei umfassende Unterstützung von Teilnehmern und Partnern, u. a. von verschiedenen Organisationen der Vereinten Nationen sowie Geberorganisationen (108).

Das WHO-Regionalbüro für Europa wird seine Arbeit zur Entwicklung von Indikatoren für die Ziele von „Gesundheit 2020“, etwa Wohlbefinden, in den kommenden Monaten durch seine Expertengruppen sowie in enger Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten abschließen. Vor der Vorlage der abschließenden Vorschläge an das Regionalkomitee im September 2013 werden eine webgestützte Konsultation der Länder und detaillierte Diskussionen mit den leitenden Organen stattfinden.

*Der Europäische Gesundheitsbericht 2012* ist für die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region erst der Beginn einer Reise. Er bietet auch eine Diskussionsbasis und eine Grundlage für die Rechenschaftslegung und die Messung von Fortschritten bei der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ in der

Europäischen Region. *Der Europäische Gesundheitsbericht 2012* erleichtert die Nachverfolgung der Auswirkungen von „Gesundheit 2020“ auf Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung in der Europäischen Region. Außerdem wird er künftigen Berichten als Bezugspunkt für die Erfolgskontrolle dienen.

---

# Literatur



1. *Gesundheit 2020: Europäisches Rahmenkonzept für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/170315/RC62wd09-NEW-Ger.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/170315/RC62wd09-NEW-Ger.pdf), eingesehen am 19. Februar 2014).
2. *Der Europäische Gesundheitsbericht 2009: Gesundheit und Gesundheitssysteme*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2009 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/82413/E93103g.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/82413/E93103g.pdf), eingesehen am 19. Februar 2014).
3. *Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO: Aktualisierung 2005*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 7; <http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region-the-2005-update>, eingesehen am 19. Februar 2014).
4. *GESUNDHEIT21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Eine Einführung*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1998 (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 5; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/88592/EHFA5-G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/88592/EHFA5-G.pdf), eingesehen am 19. Februar 2014).
5. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, World Health Organization, 1948 (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>, accessed 6 November 2012).
6. Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012 (<http://www.euro.who.int/de/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>, eingesehen am 18. Februar 2014).
7. World Population Prospects, the 2008 revision [online database]. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2008 (<http://esa.un.org/unpd/wpp>, accessed 1 September 2011).
8. *Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region, 2012–2020*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/176118/RC62wd10Rev1-Ger.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/176118/RC62wd10Rev1-Ger.pdf), eingesehen am 18. Februar 2014).

9. World Urbanization Prospects, the 2009 revision [online database]. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2009 (<http://esa.un.org/unpd/wup/index.htm>, accessed 27 June 2011).
10. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010 ([http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf), accessed 7 November 2012).
11. European mortality database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://data.euro.who.int/hfamdb/>, accessed 7 November 2012).
12. MDG 4: reduce child mortality [web site]. Geneva, World Health Organization, 2011 ([http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/child\\_mortality/en/index.html](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/en/index.html), accessed 1 September 2011).
13. MDG 5: improve maternal health [web site]. Geneva, World Health Organization, 2011 ([http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/maternal\\_health/en/index.html](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/en/index.html), accessed 1 September 2011).
14. *Millennium Development Goals in the WHO European Region: a situational analysis at the eve of the five-year countdown*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (<http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/millennium-development-goals-in-the-who-european-region>, accessed 18 February 2014).
15. *World report on disability*. Geneva, World Health Organization, 2011 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf), accessed 8 November 2012).
16. European detailed mortality database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://data.euro.who.int/dmdb/>, accessed 9 November 2012).
17. Lawes C, Vander Hoorn S, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet*, 2008, 371(9623):1513–1518.

18. Ferlay J et al. GLOBOCAN 2008 v2.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [web site]. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2010 (<http://globocan.iarc.fr>, accessed 8 November 2012).
19. Verdecchia A et al. Survival trends in European cancer patients diagnosed from 1988 to 1999. *European Journal of Cancer (Oxford, England)*, 2009, 45(6):1042–1066.
20. Interactive atlases [online information system]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/equity-in-health/interactive-atlases>, accessed 8 November 2012).
21. Anderson P, Møller L, Galea G, eds. *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/160680/e96457.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf), accessed 10 November 2012).
22. Nolte E, Bain C, McKee M. Diabetes as a tracer condition in international benchmarking of health systems. *Diabetes Care*, 2006, 29(5):1007–1011.
23. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf), accessed 10 November 2012).
24. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva, World Health Organization, 2009 ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf), accessed 10 November 2012).
25. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_full\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf), accessed 11 November 2012).
26. *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>, accessed 11 November 2012).

27. Rehm J et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 2009, 373(9682):2223–2233.
28. Ruidavets JB et al. Patterns of alcohol consumption and ischaemic heart disease in culturally divergent countries: the Prospective Epidemiological Study of Myocardial Infarction (PRIME). *BMJ*, 2010, 341:c6077.
29. Britton A, McKee M. The relation between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe: explaining the paradox. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:328–332.
30. Leon D et al. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study. *Lancet*, 2007, 369:2001–2009.
31. Herttua K, Mäkelä P, Martikainen P. An evaluation of the impact of a large reduction in alcohol prices on alcohol-related and all-cause mortality: time series analysis of a population-based natural experiment. *International Journal of Epidemiology*, 2011, 40(2):441–454.
32. *WHO air quality guidelines for particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide: global update 2005: summary of risk assessment*. Geneva, World Health Organization, 2006 ([http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO\\_SDE\\_PHE\\_OEH\\_06.02\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_SDE_PHE_OEH_06.02_eng.pdf), accessed 11 November 2012).
33. *Air quality guidelines for Europe, second edition*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/174732/E71922.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/174732/E71922.pdf), accessed 11 November 2012).
34. *Air quality in Europe – 2012 report*. Copenhagen, European Environment Agency, 2012 (EEA Report No. 4/2012; <http://www.eea.europa.eu/publications/air-quality-in-europe-2012>, accessed 11 November 2012).
35. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 1992, 22(3):429–445.
36. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf), accessed 11 November 2012).

37. *Report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region: executive summary*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/171337/RC62BD05-Executivesummary-Report-on-social-determinants-of-health-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/171337/RC62BD05-Executivesummary-Report-on-social-determinants-of-health-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region.pdf), accessed 11 November 2012).
38. Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, eds. *Health and social organization*. London, Routledge, 1996:71–93.
39. Inequalities in health system performance and social determinants in Europe [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/equity-in-health>, accessed 12 November 2012).
40. Currie C et al., eds. *Social determinants of health and wellbeing among young people: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf), accessed 12 November 2012).
41. Stuckler D et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 2009, 374(9686):315–323.
42. Table A2.4: DALYs attributable to environmental factors, by disease and mortality stratum for WHO regions in 2004. In: Prüss-Üstün A, Corvalán C. *Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease*. Geneva, World Health Organization, 2006 ([http://www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/publications/ebddalys20044.pdf](http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/ebddalys20044.pdf), accessed 12 November 2012).
43. *Environmental health inequalities in Europe: assessment report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/157969/e96194.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/157969/e96194.pdf), accessed 12 November 2012).
44. Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ*, 2010, 340:c3311.

45. *The world health report – Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>, accessed 12 November 2012).
46. Ritsatakis A. Experience in setting targets for health in Europe. *European Journal of Public Health*, 2000, 10(4):7–10.
47. *Setting targets for Health 2020*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (document EUR/RC61/Inf.Doc./7; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/149282/RC61\\_InfDoc7.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/149282/RC61_InfDoc7.pdf), accessed 13 December 2012).
48. *Global strategy for health for all by the year 2000*. Geneva, World Health Organization, 1981 (Health for All Series, No. 3).
49. Kaprio LA. *Forty years of WHO in Europe: the development of a common health policy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1991 (WHO Regional Publications, European Series, No. 40; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/131690/WA\\_540\\_MW6.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/131690/WA_540_MW6.pdf), accessed 13 November 2012).
50. *Targets for health for all: targets in support of the European regional strategy for health for all*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985 (European Health for All Series, No. 1).
51. *Jo Eirik Asvall's memorial guide 1931–2010*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/121387/E94246.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/121387/E94246.pdf), accessed 13 November 2012).
52. McKee M, Fulop N. On target for health? Health targets may be valuable, but context is all important. *BMJ*, 2000, 320(7231):327–328.
53. *Bericht über die 62. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa*. Copenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012 (<http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/sixty-second-session/documentation/report-of-the-sixty-second-session-of-the-who-regional-committee-for-europe>, eingesehen am 18. Februar 2014).
54. Paasi M. Collective benchmarking of policies: an instrument for policy learning in adaptive research and innovation policy. *Science and Public Policy*, 2005, 32(1):17–27.

55. Arbeit im Plenum. Rahmengesundheitsziele [web site]. Wien, Bundesministerium für Gesundheit, 2012 (<http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/arbeit-im-plenum/1-plenumssitzung-oktober-2011>, accessed 13 December 2012).
56. *Developing indicators for the Health 2020 targets. First meeting of the expert group, Utrecht, the Netherlands, 18–19 June 2012.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/172509/Developing-indicators-for-the-Health-2020-targets-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/172509/Developing-indicators-for-the-Health-2020-targets-Eng.pdf), accessed 14 November 2012).
57. Murray CJ, Lopez AD. On the comparable quantification of health risks: lessons from the Global Burden of Disease Study. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 1999, 10(5):594–605.
58. Harbers MM et al. *Dare to compare! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators (ECHI).* Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 2008 (RIVM report no. 270051011; <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270051011.pdf>, accessed 15 November 2012).
59. *Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe. First meeting of the expert group, Copenhagen, Denmark, 8–9 February 2012.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/167402/Well-being-experts-meeting-16-6-2012-again.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/167402/Well-being-experts-meeting-16-6-2012-again.pdf), accessed 15 November 2012).
60. *Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe. Second meeting of the expert group, Paris, France, 25–26 June 2012.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/measurement-of-and-target-setting-for-well-being-an-initiative-by-the-who-regional-office-for-europe>, accessed 31 January 2013).
61. Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress [web site]. Paris, Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress, 2009 (<http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/en/index.htm>, accessed 15 November 2012).
62. Sen A. *Development as freedom.* Oxford, Oxford University Press, 2000.

63. Nussbaum MC. *Creating capabilities: the human development approach*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 2011.
64. Fleurbaey M. Capabilities, functionings and refined functionings. *Journal of Human Development*, 2006, 7(3):299–310.
65. *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*. Paris, OECD Publishing, 2013 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264191655-en>).
66. Stoll L, Michaelson J, Seaford C. *Well-being evidence for policy: a review*. London, New Economics Foundation, 2012 ([http://www.neweconomics.org/sites/neweconomics.org/files/Wellbeing\\_Evidence\\_for\\_Policy\\_final.pdf](http://www.neweconomics.org/sites/neweconomics.org/files/Wellbeing_Evidence_for_Policy_final.pdf), accessed 15 November 2012).
67. Graham C, Higuera L, Lora E. Which health conditions cause the most unhappiness? *Health Economics*, 2011, 20(12):1431–1447.
68. Howell RT, Kern ML, Lyubomirsky S. Health benefits: metaanalytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 2007, 1(1):83–136.
69. Diener E, Chan MY. Happy people live longer: subjective wellbeing contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 2011, 3(1):1–43.
70. Huppert FA, Baylis N, Keverne B, eds. *The science of well-being*. Oxford, Oxford University Press, 2005.
71. Stewart-Brown S. Measuring the parts most measures do not reach: a necessity for evaluation in mental health promotion. *Journal of Mental Health Promotion*, 2002, 1(2):4–9.
72. Wilkinson R, Marmot M, eds. *Social determinants of health: the solid facts, second edition*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2003/social-determinants-of-health-the-solid-facts-second-edition>, accessed 15 November 2012).
73. Huppert FA. Psychological well-being: evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 2009, 1(2):137–164.



74. WHO-Five Well-being Index (WHO-5) [web site]. Hillerød, Psychiatric Research Unit, Mental Health Centre North Zealand, 2012 (<http://www.who-5.org/>, accessed 15 November 2012).
75. Diener E et al. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 1985, 49:71–75.
76. Cohen S, Kamarck X, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 1983, 24(4):385–396.
77. Stewart-Brown S et al. Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2009, 7:15 (doi: 1510.1186/1477-7525-7-15).
78. Steger MF, Samman E. Assessing meaning in life on an international scale: psychometric evidence for the Meaning in Life Questionnaire-Short Form among Chilean households. *International Journal of Well-being*, 2012, 2(3):182–195.
79. Huppert FA, So TTC. Flourishing across Europe: application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 2011, doi: 10.1007/s11205-011-9966-7.
80. Gudmundsdottir DG. The impact of economic crisis on happiness. *Social Indicators Research*, 2011, doi: 10.1007/s11205-011-9973-8.
81. *Iceland 2020 – governmental policy statement for the economy and community*. Reykjavik, Prime Minister’s Office, 2011 (<http://eng.forsaetisraduneyti.is/iceland2020>, accessed 15 November 2012).
82. Australian Unity Wellbeing Index [web site]. Melbourne, Australian Centre on Quality of Life at Deakin University, 2010 (<http://www.deakin.edu.au/research/acqol/auwbi/index.php>, accessed 16 November 2012).
83. *Measuring national well-being: summary of proposed domains and measures*, July 2012. London, Office for National Statistics, 2012 ([http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766\\_272242.pdf](http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_272242.pdf), accessed 17 November 2012).
84. Beaumont J, Thomas J. *Measuring national well-being – health*. London, Office for National Statistics, 2012 ([http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766\\_271762.pdf](http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_271762.pdf), accessed 17 November 2012).

85. General Health Questionnaire (GHQ-12) [web site]. Liverpool, NorthWest Public Health Observatory, 2012 (<http://www.nwph.net/lifestylesurvey/userfiles/mental/things/GHQ12.pdf>, accessed 17 November 2012).
86. *First ONS annual experimental subjective well-being results*. London, Office for National Statistics, 2012 ([http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766\\_272294.pdf](http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_272294.pdf), accessed 17 November 2012).
87. *Communication from the Commission to the Council and the European Parliament – GDP and beyond: measuring progress in a changing world*. Brussels, European Commission, 2009 (COM(2009) 433 final; <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52009DC0433:EN:NOT>, accessed 19 November 2012).
88. G20: Previous Leaders' Summits [web site]. Mexico City, G20, 2012 (<http://www.g20.org/index.php/en/previous-leaders-summits>, accessed 19 November 2012).
89. *2010 ministerial conclusions. Meeting of the Council at Ministerial Level, 27–28 May 2010*. Paris, OECD, 2010 (C/MIN(2010)6/FINAL; [http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=c/min\(2010\)6/final&doclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=c/min(2010)6/final&doclanguage=en), accessed 19 November 2012).
90. *How's life? Measuring well-being*. Paris, OECD Publishing, 2011 (<http://www.oecd.org/statistics/howslifemeasuringwell-being.htm>, accessed 19 November 2012).
91. *Measuring well-being and progress: understanding the issue*. Paris, OECD Publishing, 2012 (<http://www.oecd.org/statistics/measuringwell-beingandprogressunderstandingtheissue.htm>, accessed 13 December 2012).
92. Gallup World Poll [web site]. Washington DC, Gallup, 2012 (<http://www.gallup.com/strategicconsulting/worldpoll.aspx>, accessed 19 November 2012).
93. Boarini R et al. *What makes for a better life? The determinants of subjective well-being in OECD countries – evidence from the Gallup World Poll*. Paris, OECD Publishing, 2012 (OECD Statistics Working Papers, 2012/03; <http://dx.doi.org/10.1787/5k9b9ltjm937-en>, accessed 19 November 2012).

94. WHO Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.who.int/healthinfo/systems/sage/en/index.html>, accessed 19 November 2012).
95. Helliwell J, Layard R, Sachs J, eds. *World happiness report*. New York, The Earth Institute, Columbia University, 2012 (<http://www.earth.columbia.edu/sitefiles/file/Sachs%20Writing/2012/World%20Happiness%20Report.pdf>, accessed 19 November 2012).
96. *United Nations General Assembly resolution 65/309. Happiness: towards a holistic approach to development*. New York, United Nations General Assembly, 2011 ([http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/65/309](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/65/309), accessed 19 November 2012).
97. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.who.int/classifications/icf/en>, accessed 24 January 2012).
98. *World Health Assembly resolution 60.26 on Workers' health: global plan of action*. Geneva, World Health Assembly, 2007 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA60/A60\\_R26-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R26-en.pdf), accessed 19 November 2012).
99. Figueras J, McKee M. *Health systems, health, wealth and societal well-being: assessing the case for investing in health systems*. Maidenhead, Open University Press, 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/164383/e96159.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/164383/e96159.pdf), accessed 19 November 2012).
100. Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press, 2009 (<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/studies/performance-measurement-for-health-system-improvement-experiences-challenges-and-prospects>, accessed 19 November 2012).
101. Boarini R, Exton C. *Can well-being indicators inform government policy making and how?* Paris, OECD, 2012 (unpublished).
102. UNICEF. *Child poverty in perspective: an overview of child wellbeing in rich countries*. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, 2007 (Innocenti Report Card 7; [http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7\\_eng.pdf](http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_eng.pdf), accessed 13 December 2012).

103. The integration of disabled students in public and private primary and lower secondary schools [web site]. Rome, ISTAT, 2011 (<http://www.istat.it/en/archive/12549>, accessed 20 November 2012).
104. Del Boca D, Mancini AL. Child poverty and child well-being in Italy in a comparative framework. In: Moreno Mínguez A, ed. *Family well-being: European perspectives*. Dordrecht, Springer, 2013 (Springer Social Indicators Research Series, 49:55–72).
105. International Health Regulations (2005) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int/ihr/en>, accessed 13 January 2013).
106. Environment and Health Information System (ENHIS) [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/environment-and-health-information-system-enhis>, accessed 13 January 2013).
107. European Health Examination Survey [web site]. Helsinki, National Institute for Health and Welfare, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/environment-and-health-information-system-enhis>, accessed 13 January 2013).
108. *EVIPNet: Erkenntnisse für die Politik*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2013 (<http://www.euro.who.int/de/countries/kyrgyzstan/sections/news/2012/10/evipnet-putting-evidence-into-policy>, eingesehen am 18. Februar 2014).





# Anhang 1.

---

Fachliche Hinweise für  
das demografische und  
epidemiologische Profil

---

## Datenquellen und Methoden

Zu den in diesem Bericht verwendeten Datenquellen gehören demografische Daten aus den Weltbevölkerungsprognosen der Vereinten Nationen (überarbeitete Fassung, 2008) und den Weltweiten Verstärkerprognosen (überarbeitete Fassung, 2009) sowie gesundheitsbezogene Daten aus der Europäischen Datenbank „Gesundheit für alle“ der WHO (überarbeitete Fassung, Januar 2012) und den GLOBOCAN-Datenbanken (2008) sowie der 2004 erschienenen Neufassung von *The global burden of disease (1–5)*.

Die wichtigste Quelle ist dabei die Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (3), die über 600 Indikatoren aus folgenden Kategorien enthält (die ggf. nach Geschlecht und Alter aufgeschlüsselt sind): Demografie, Sozioökonomie, Mortalität, Morbidität und Krankenhausentlassungen, Lebensgewohnheiten, Umwelt, Ressourcen für die Gesundheitsversorgung, Inanspruchnahme und Kosten der Gesundheitsversorgung, Gesundheit von Mutter und Kind. Die Zeitreihen für manche Indikatoren umspannen den Zeitraum von 1970 bis 2011, ein Großteil der Daten ist jedoch für den Zeitraum von 1980 oder 1990 bis 2009/2010 verfügbar. Auch wenn sich die Zahl der Länder in der Europäischen Region der WHO seit 1990 fast verdoppelt hat, so gehen die verwendeten Statistiken doch aus Daten hervor, die von den heute 53 Mitgliedstaaten Jahr für Jahr an das WHO-Regionalbüro für Europa gemeldet und für dessen Gesundheitsmonitoring herangezogen wurden.

Die Durchschnitte für die Europäische Region sind bevölkerungsgewichtete Durchschnitte, die mit der Gesamtbevölkerung, der Bevölkerung unter 65 Jahre oder der Zahl der Lebendgeburten gewichtet wurden, entweder für beide Geschlechter oder nur für Männer oder Frauen. In den meisten Fällen stellen die Mortalitätsindikatoren die alters- und geschlechtsstandardisierten Mortalitätsraten dar, die mit der direkten Methode unter Zugrundelegung der Europäischen Standardbevölkerung berechnet wurden (3). Einige der verwendeten Schätzungen und Prognosen wurden von der WHO, dem Internationalen Krebsforschungszentrum (IARC) und der Abteilung Bevölkerungsfragen der Vereinten Nationen erstellt.

In *The global burden of disease: 2004 update (5)* werden die Länder in der Europäischen Region in zwei Gruppen unterteilt:

- Länder mit hohem Einkommen: Andorra, Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Israel, Italien, Luxemburg, Malta, Monaco, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, San Marino, Schweden, Schweiz, Slowenien, Spanien, Vereinigtes Königreich und Zypern;



- Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen: Albanien, Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Kroatien, Lettland, Litauen, Polen, Republik Moldau, Rumänien, Russische Föderation, Serbien und Montenegro (2004 noch ein Staat), Slowakei, Tadschikistan, Tschechische Republik, Türkei, Turkmenistan, Ukraine, Ungarn und Usbekistan.

Dagegen wird in Kapitel 2 dieses Berichts die Ausarbeitung von Zielen anhand der historischen, in der Datenbank „Gesundheit für alle“ verwendeten Ländergruppierungen veranschaulicht (3):

- EU<sub>15</sub>: die 15 Länder, die schon vor Mai 2004 Mitglieder der Europäischen Union waren: Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Spanien und Vereinigtes Königreich;
- EU<sub>12</sub>: die 12 neuen Mitgliedstaaten, die der EU im Mai 2004 bzw. im Januar 2007 beigetreten sind: Bulgarien, Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Ungarn und Zypern;
- GUS (Gemeinschaft Unabhängiger Staaten, bis 2006) Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Republik Moldau, Russische Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine und Usbekistan.

Die Länder der Europäischen Region, die jedoch keiner dieser Gruppen angehören, sind: Albanien, Andorra, Bosnien und Herzegowina, Island, Israel, Kroatien, Monaco, Montenegro, Norwegen, San Marino, Serbien, Schweiz, Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und Türkei.

Eine in diesem Bericht herausgearbeitete Herausforderung besteht in der Beantwortung der Frage, wie alle 53 Länder auf sinnvolle Weise einer der Untergruppen innerhalb der Europäischen Region zugeordnet werden sollen und wie subregionale Trends in einem zeitgemäßen Kontext präsentiert werden können.

---

## Quellenangaben

1. World Population Prospects, the 2008 revision [online database]. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2008 (<http://esa.un.org/unpd/wpp>, accessed 1 September 2011).



2. World Urbanization Prospects, the 2009 revision [online database]. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2009 (<http://esa.un.org/unpd/wup/index.htm>, accessed 27 June 2011).
3. Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012 (<http://www.euro.who.int/de/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>, eingesehen am 19. Februar 2014).
4. Ferlay J et al. GLOBOCAN 2008 v2. 0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [web site]. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2010 (<http://globocan.iarc.fr>, accessed 8 November 2012).
5. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf), accessed 11 October 2012).



## Das WHO-Regionalbüro für Europa

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

### Mitgliedstaaten

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

**Weltgesundheitsorganisation  
Regionalbüro für Europa**

UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark  
Tel.: +45 45 33 70 00  
Fax: +45 45 33 70 01  
E-Mail: [contact@euro.who.int](mailto:contact@euro.who.int)  
Website: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

Wie in den letzten Ausgaben werden auch im Europäischen Gesundheitsbericht 2012 sowohl die gesundheitlichen Verbesserungen in der Europäischen Region der WHO insgesamt als auch ihre ungleichmäßige Verteilung innerhalb von wie auch zwischen Ländern geschildert. Eine grundlegende Neuerung besteht dagegen darin, dass der Bericht dazu beiträgt, den Begriff „Wohlbefinden“, eine zentrale Zielsetzung des neuen Rahmenkonzeptes der Europäischen Region, zu definieren und Wege zu seiner Verwirklichung aufzuzeigen.

Aus dem Bericht geht hervor, dass sich zwar infolge des Rückgangs bestimmter Todesursachen sowie der Fortschritte in Bezug auf Risikofaktoren wie auch die sozioökonomischen und sonstigen Lebensbedingungen die gesundheitliche Situation verbessert hat, dass aber gesundheitliche Ungleichheiten und ihre Determinanten nach wie vor in vielen Teilen der Europäischen Region auftreten und sich teilweise sogar noch verschärfen. Vermeidbare Ungleichheiten, die sich durch vorhandenes Wissen überwinden lassen, führen zu gesundheitlichen Benachteiligungen. Angesichts dieser Gesamtlage nahmen die Länder der Europäischen Region im Jahr 2012 das neue Europäische Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“, das sich eine Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung, einen Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte und die

Gewährleistung nachhaltiger bürgernaher Gesundheitssysteme zum Ziel gesetzt hat.

Mit der Schilderung der gesundheitlichen Situation in der Europäischen Region gibt der Bericht den politischen Entscheidungsträgern und den Gesundheitsexperten die epidemiologische Evidenzgrundlage an die Hand, auf der „Gesundheit 2020“ und die darin enthaltenen sechs übergeordneten Ziele basieren. Er zielt darauf ab, das Konzept Wohlbefinden in „Gesundheit 2020“ einzubeziehen und eine Zielvorgabe für die Europäische Region sowie geeignete Indikatoren zu entwickeln. In dem Bericht wird die Tätigkeit des WHO-Regionalbüros für Europa mit seinen Partnerorganisationen und mit Experten erläutert, die zur Ausarbeitung eines gemeinsamen begrifflichen und messtechnischen Konzeptes für Wohlbefinden benötigt werden, das die Erhebung aussagekräftiger und vergleichbarer Daten ermöglicht und Informationen liefert, die für politische Entscheidungsträger wie auch bei der Evaluation von Programmen von Nutzen sind. Ferner werden auch das vereinbarte Konzept zur Verfolgung der Fortschritte bei der Umsetzung von „Gesundheit 2020“ sowie die kooperative Tagesordnung zur Bewältigung der kommenden Herausforderungen erläutert, und es wird dafür plädiert, Wohlbefinden als Gradmesser für Fortschritte im Gesundheitsbereich zu benutzen.

