



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

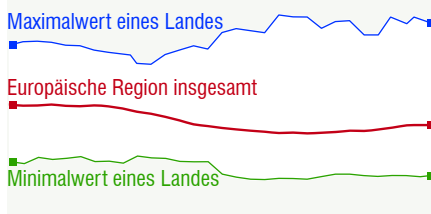
Bevölkerungswachstum und Bevölkerungsalterung

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

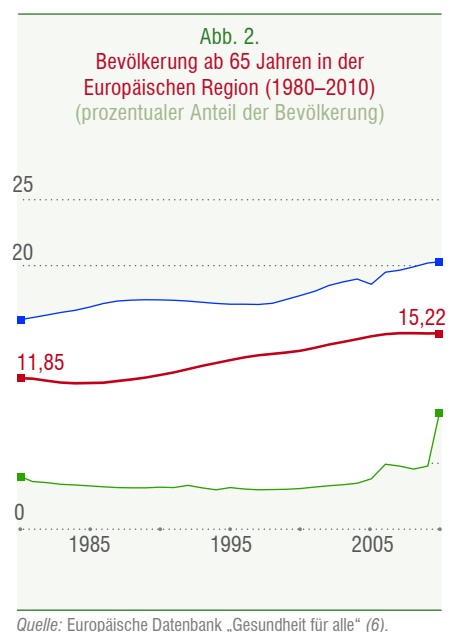
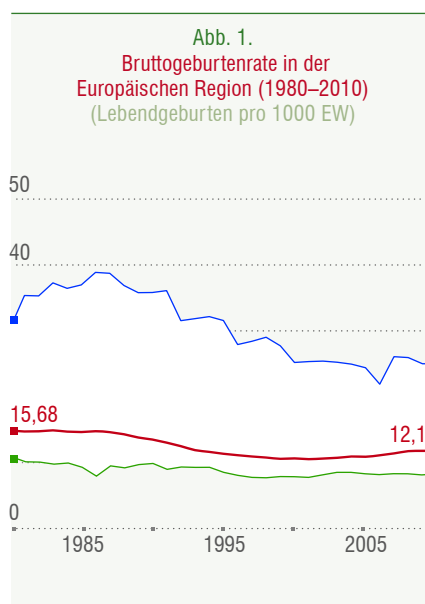
- Die in diesem Bericht präsentierten Daten sind größtenteils der Datenbank „Gesundheit für alle“ (6) entnommen, die von den Ländern oder von anderen internationalen Organisationen an das WHO-Regionalbüro für Europa gemeldet wurden.
- Auch wenn der Europäischen Region der WHO 53 Länder angehören, so 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

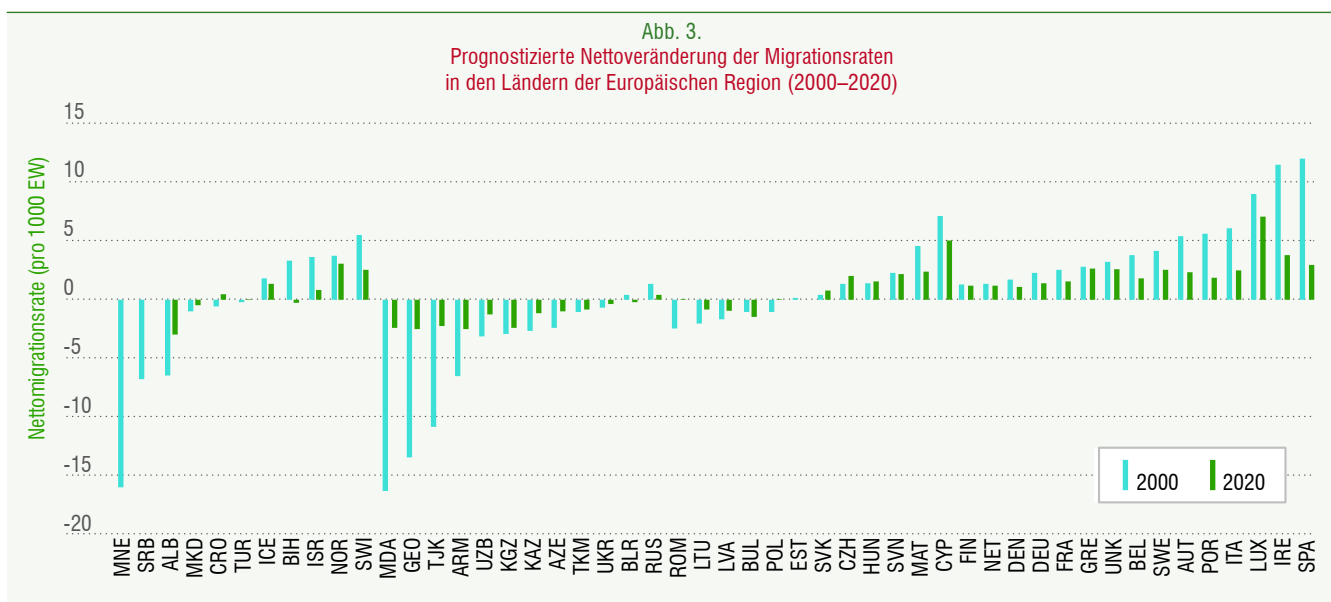


gefächerten Angebot von Gesundheits- und Sozialleistungen, das dem Bedarf einer nachgewiesenermaßen alternden Bevölkerung und den erwarteten Folgen gerecht wird – hohe Priorität genießen und mit ausreichenden Ressourcen ausgestattet sein, die an die Gegebenheiten in den einzelnen Ländern anzupassen sind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

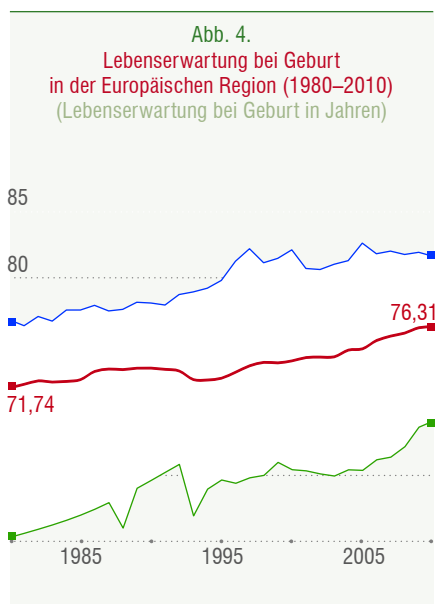
Lebenserwartung bei Geburt

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.

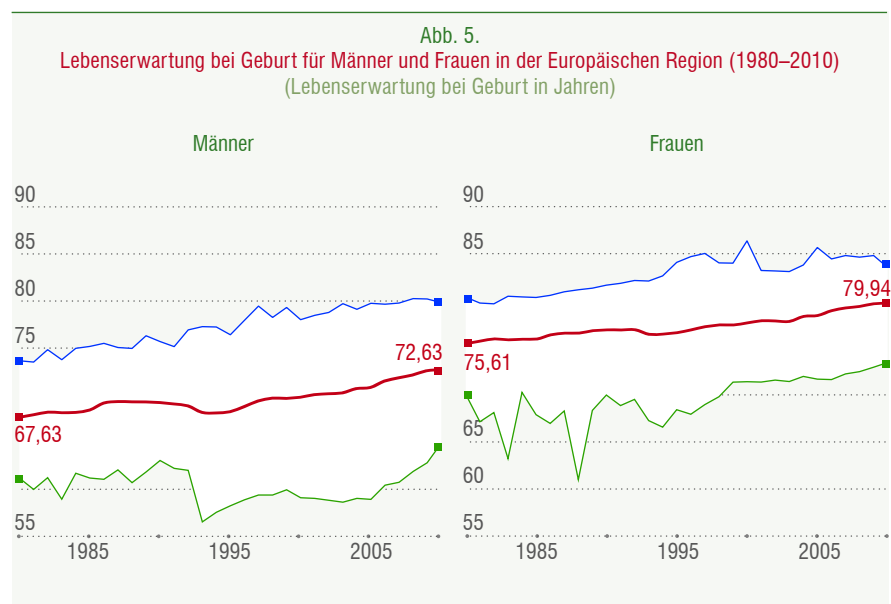
Die Lebenserwartung bei Geburt in den Ländern der Europäischen Region ist auch zwischen Männern und Frauen unterschiedlich, was auf eine grundlegende und anhaltende Ungleichheit innerhalb der Region hindeutet. 2010 hatten Frauen eine durchschnittliche Lebenserwartung von 80 Jahren, während sie für Männer 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.

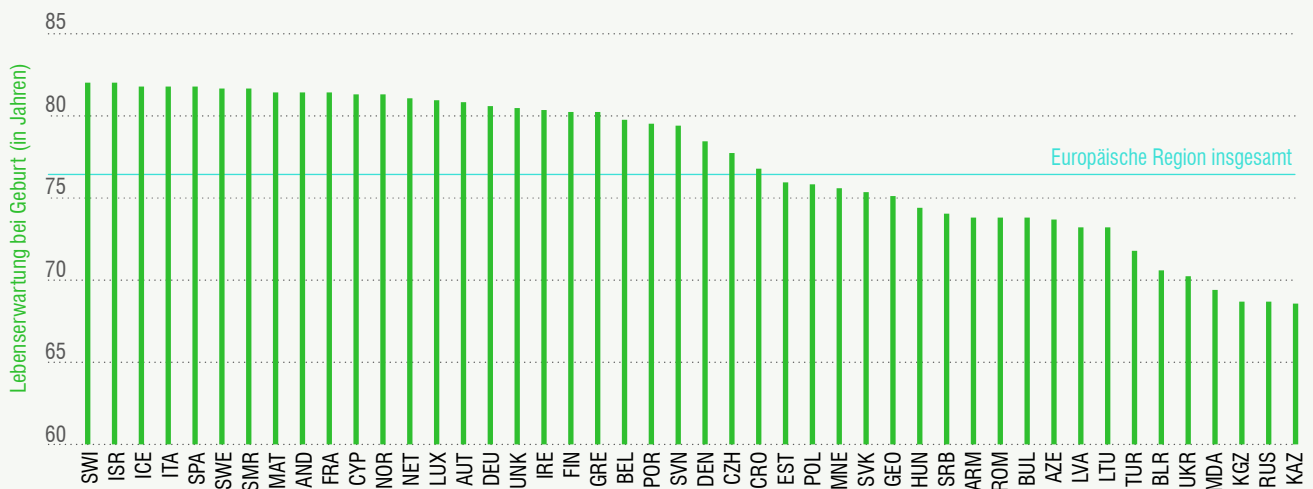
Eine weitere Dimension, die sich für Vergleiche zwischen Ländern anbietet, ist die Geschwindigkeit der Verbesserung. In Abb. 8 sind die Unterschiede in Bezug auf die Erhöhung der Lebenserwartung bei Geburt in den Ländern zwischen 1995 und 2009 dargestellt. Die als prozentuale Zugewinne dargestellten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



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

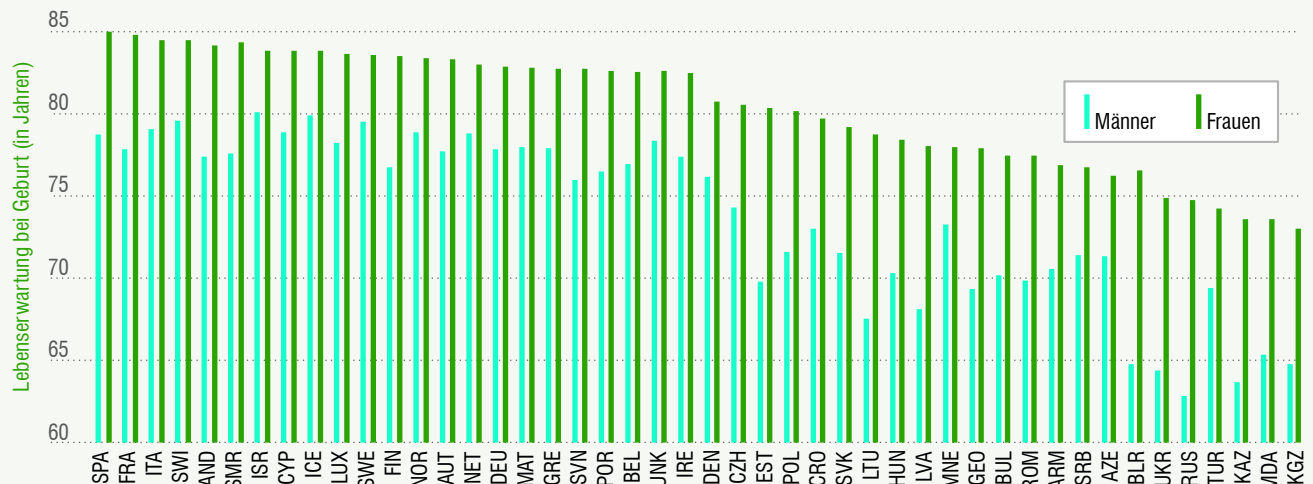
knapp 1% und über 10%. Die Verbesserung vollzog sich im östlichen und mittleren Teil der Europäischen Region relativ schneller als in der übrigen Region. Frauen in Frankreich, Italien und Spanien erzielten einen Zugewinn von über drei Jahren und haben heute eine Lebenserwartung bei Geburt von fast 85 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)



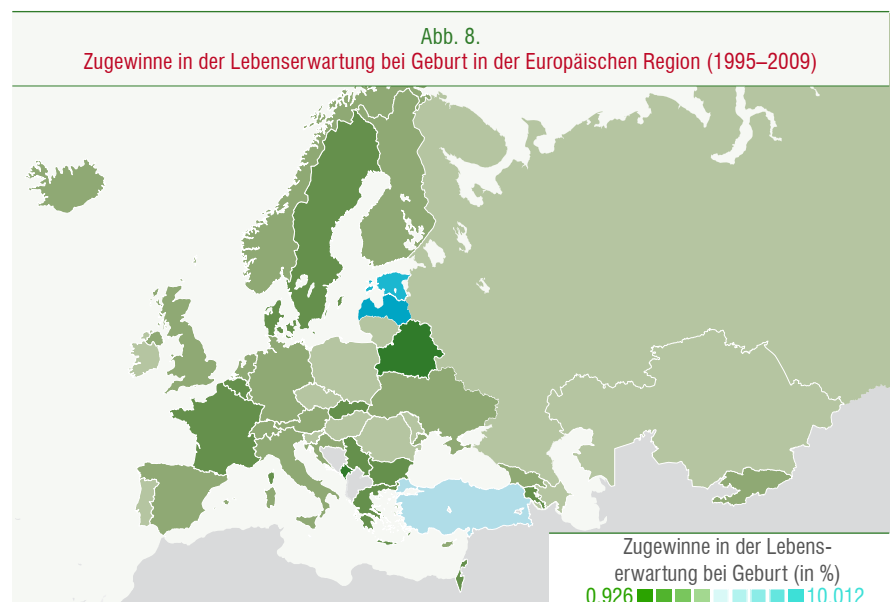
Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (6).

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).

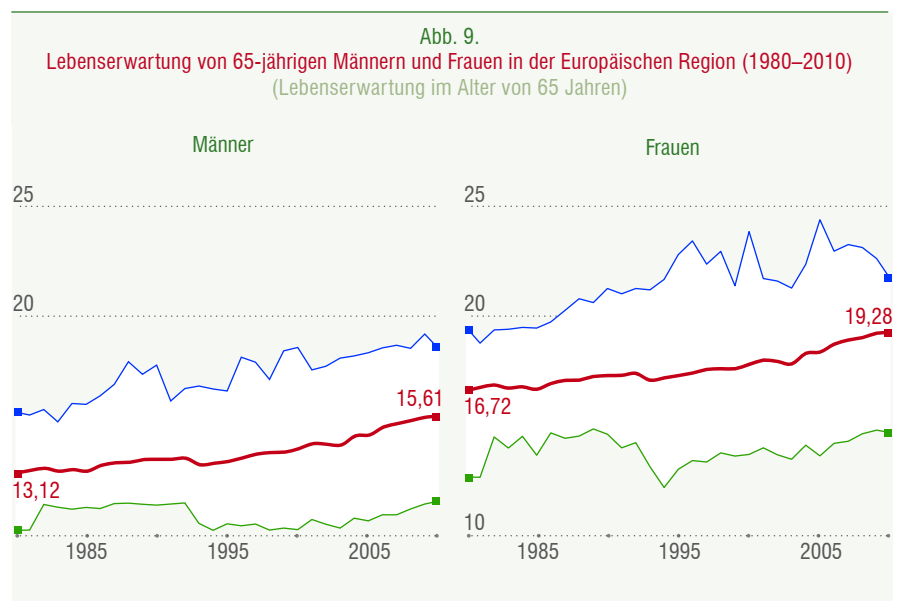
Lebensphasen durch Krankheit oder Behinderung beeinträchtigt ist. Dies ist ein nützliches Instrument für gesundheitspolitische Entscheidungsträger. Zwar leben in der Europäischen Region Frauen durchschnittlich 7,5 Jahre länger als Männer, doch differieren die Werte für die bei Gesundheit verbrachten 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 Pandemienpotenzial 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.

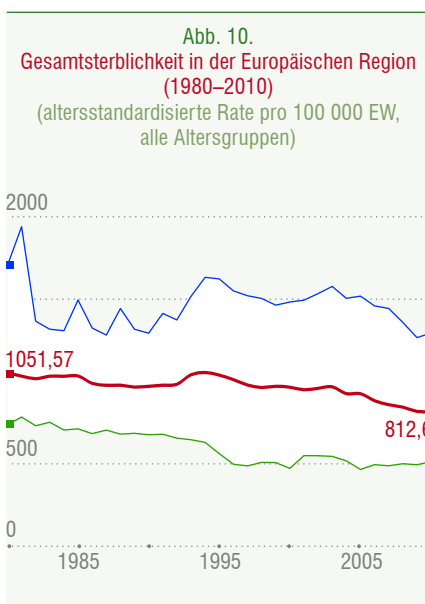
Mortalität

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

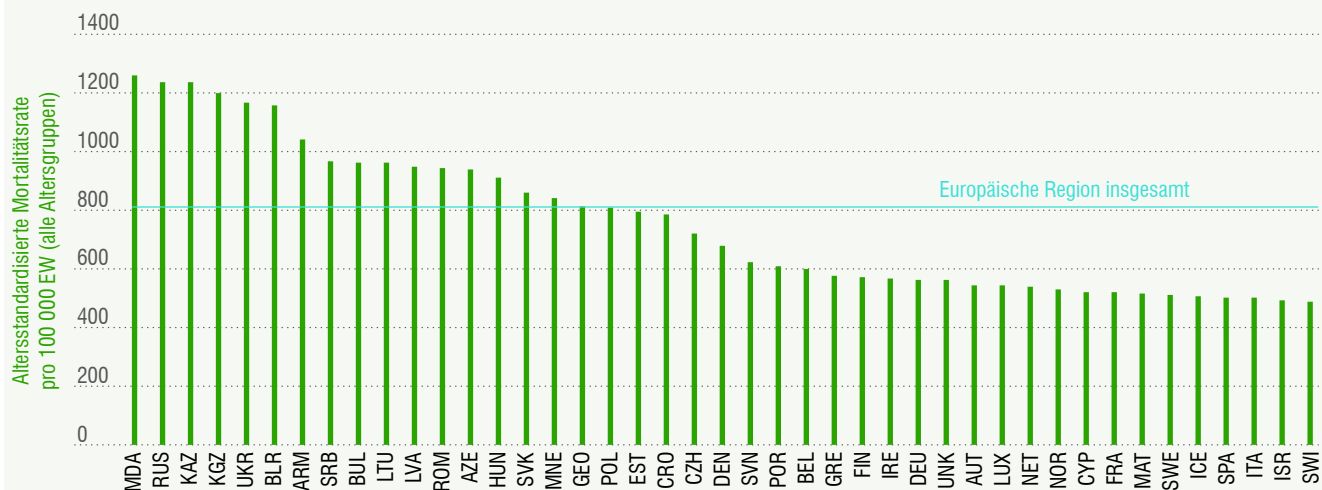
Die Mortalitätsmuster nach Alter verlaufen in der Europäischen Region j-förmig, wie dies typischerweise in Bevölkerungen mit fortgeschrittenen demografischen Übergängen der Fall ist, die einen höheren sozioökonomischen Entwicklungsstand aufweisen. Die durchschnittlichen Gesamtsterblichkeitsraten fallen 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.

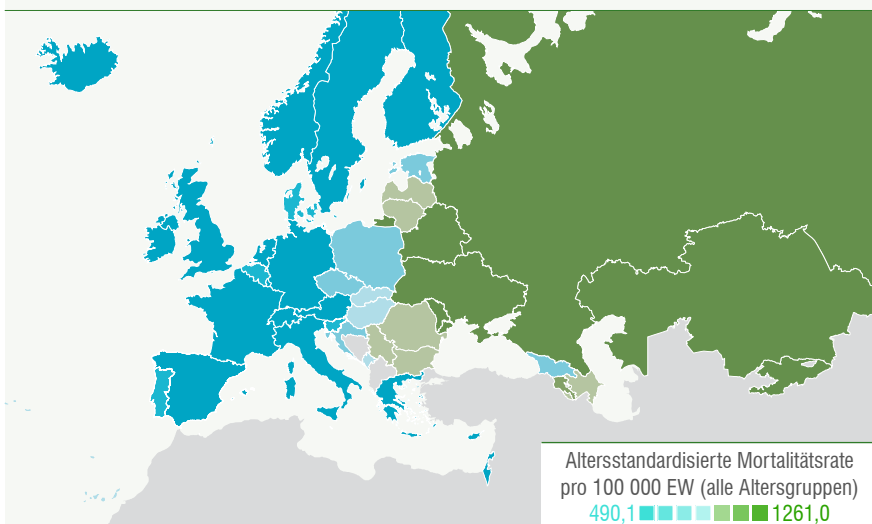
Abb. 11.
Gesamtsterblichkeit in den Ländern der Europäischen Region
(letzte verfügbare Daten aus dem Zeitraum 2006–2010)



Im Bereich der Säuglingssterblichkeit hat die Europäische Region die niedrigsten Raten weltweit – seit 1990 mit kontinuierlich fallender Tendenz (Abb. 15). 2010 lag die durchschnittliche gemeldete Säuglingssterblichkeitsrate (Todesfälle vor Vollendung des ersten Lebensjahrs bezogen auf die Zahl der Lebendgeburten) bei 7,3 pro 1000, nachdem sie über drei Jahrzehnte hinweg um insgesamt 53% gesunken war. Darüber hinaus sind auch die Unterschiede innerhalb der wie auch zwischen den Ländern rückläufig, insbesondere seit 1997. Dennoch melden die Länder noch auffallend unterschiedliche Raten, die von mehr als 50% unter bis zu mehr als 60% über dem Durchschnitt für die Europäische Region reichen. Die Daten über die Wahrscheinlichkeit von Todesfällen bei Kindern unter fünf Jahren (nicht abgebildet) zeigen ein sehr ähnliches Muster, wobei Länder aus allen Teilen der Europäischen Region abnehmende Zahlen melden. Die meisten Länder in der Region haben bedeutende Fortschritte bei der Verwirklichung des MZ 4 erzielt; nur wenige weisen noch hohe Kindersterblichkeitsraten auf. Das gesteckte Ziel scheint in den meisten Ländern der Region in Reichweite zu liegen.

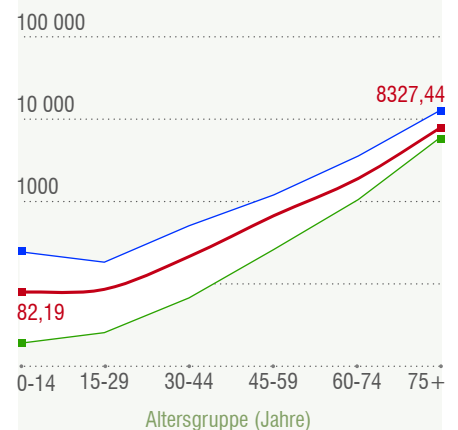
Weitere wichtige Indikatoren für die Bevölkerungsgesundheit sind Müttersterblichkeit und Gleichstellung der Geschlechter. Die Müttersterblichkeitsrate gibt Aufschluss über den Zugang zur Gesundheitsversorgung und deren Qualität, da hier die Bereiche Entbindung sowie vor- und nachgeburtliche Versorgung gleichermaßen von Bedeutung sind. Sie ist auch der zentrale Ergebnis-Indikator für MZ 5 (13), in dem eine Senkung der Müttersterblichkeit um drei Viertel

Abb. 12.
Gesamtsterblichkeit in den Ländern der Europäischen Region
(letzte verfügbare Daten aus dem Zeitraum 2006–2010)



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

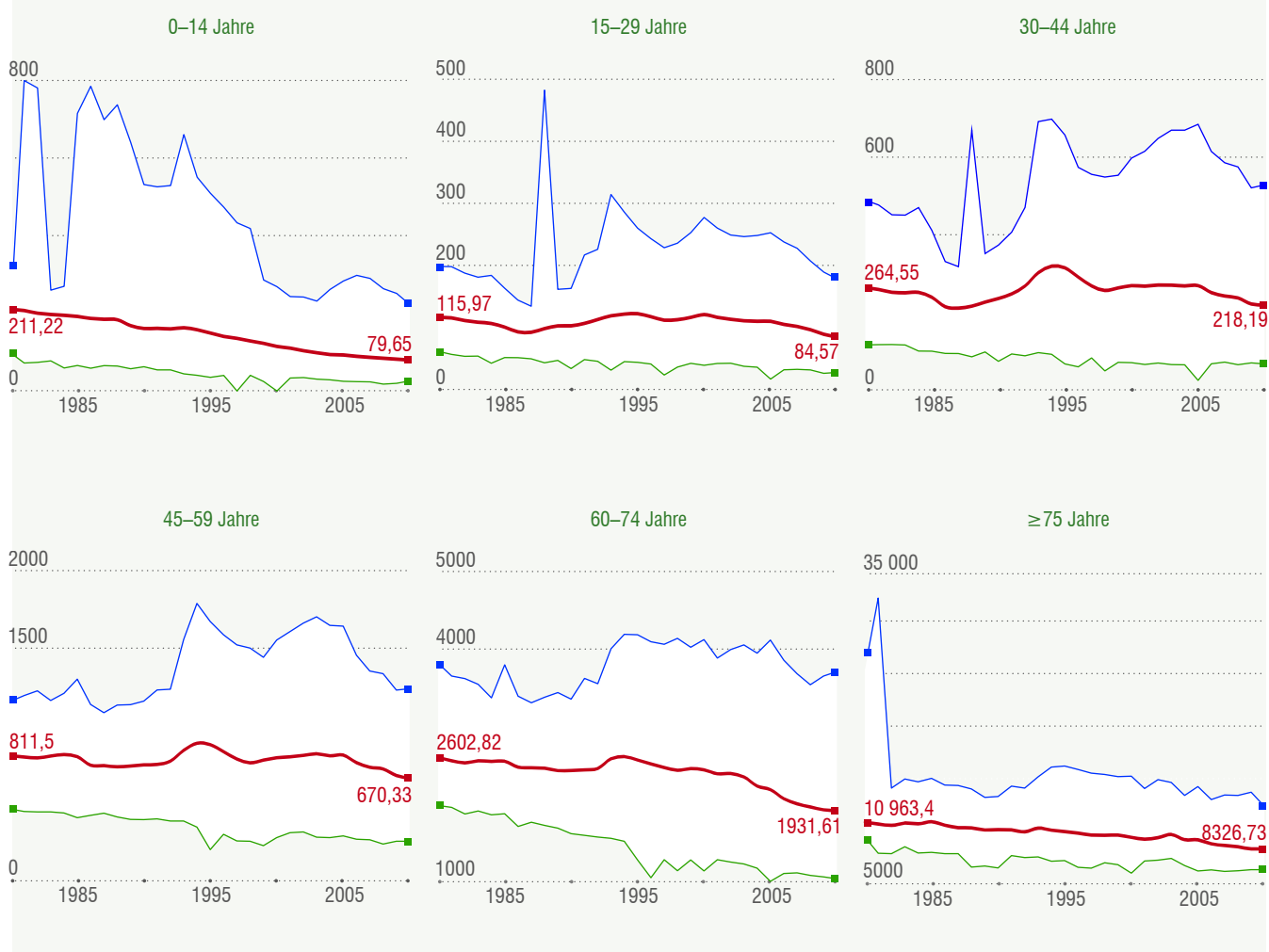
Abb. 13.
Gesamtsterblichkeitsrate nach Altersgruppe
in der Europäischen Region (2009)
(altersstandardisierte Mortalitätsrate pro 100 000 EW, Log-Skala)



Quelle: Europäische Mortalitäts-Datenbank (11).

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)



Quelle: Europäische Mortalitäts-Datenbank (11).

Kasten 4. Mortalität – zentrale Aussagen

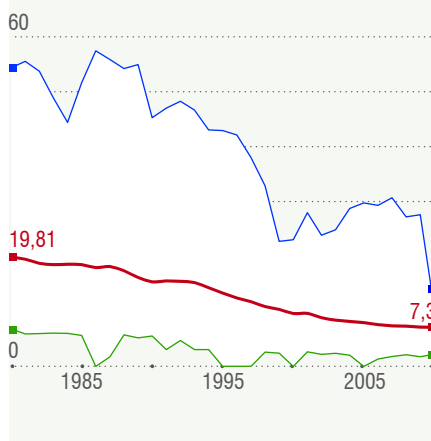
- Auch wenn die Mortalität für alle Todesursachen in der Europäischen Region weiter abnimmt, so weist die Entwicklung doch große Unterschiede zwischen Gruppen von Ländern auf.
- Die Mortalität in den Ländern der Region fällt von den ersten Lebensjahren bis ins junge Erwachsenenalter meist niedrig bis 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)



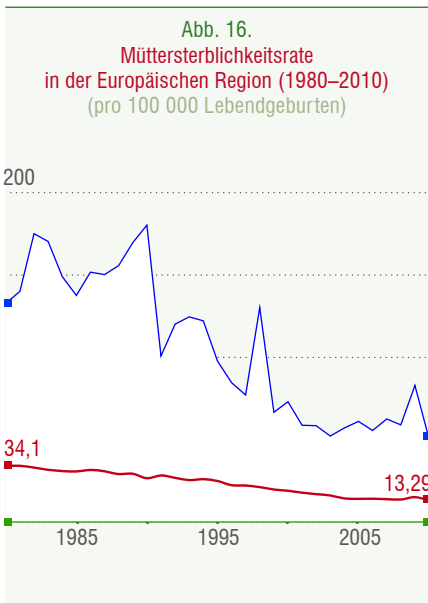
Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (6).

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.

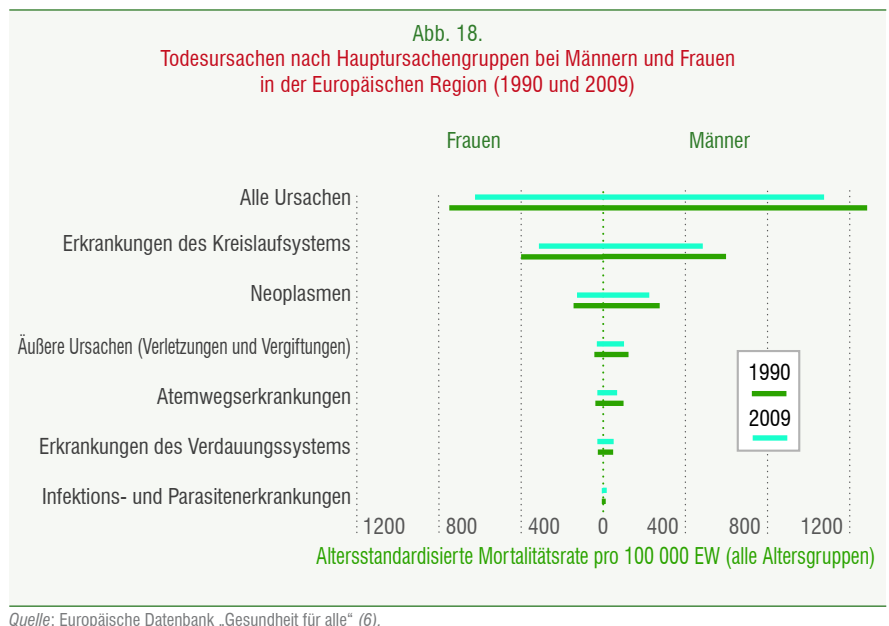
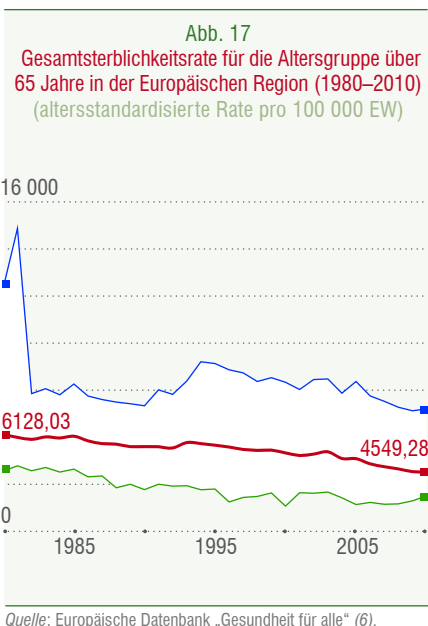
Hauptursachen

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.



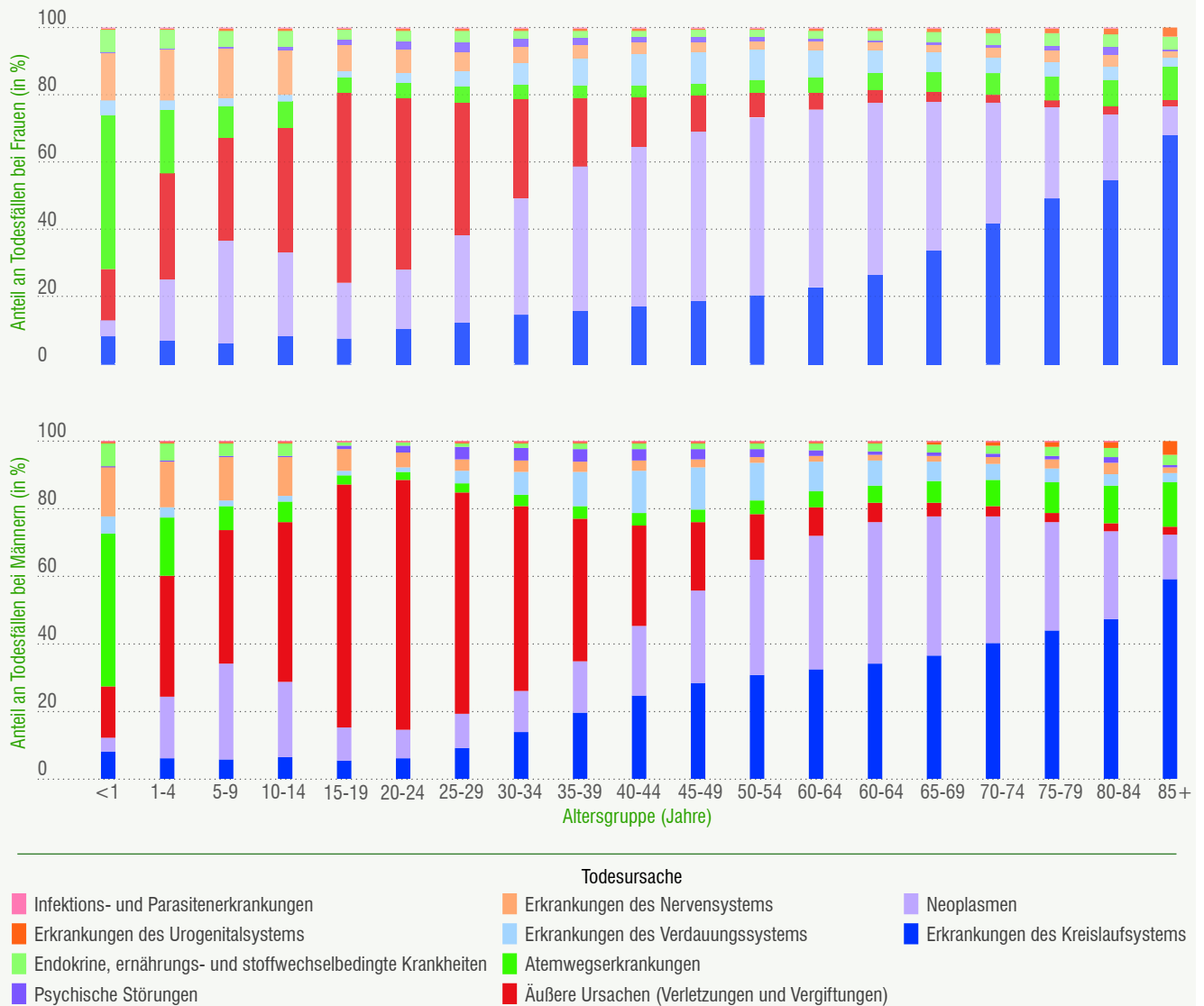
Alters- und geschlechtsspezifisches Profil der Todesursachen

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

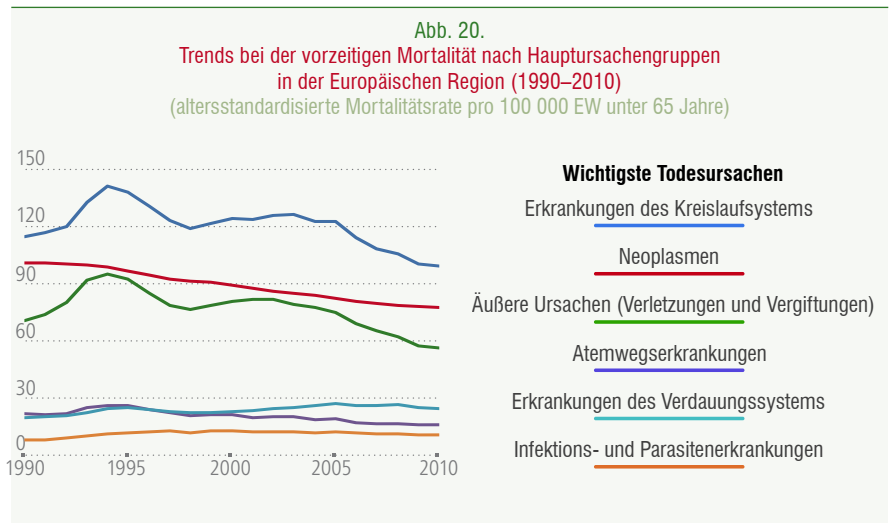


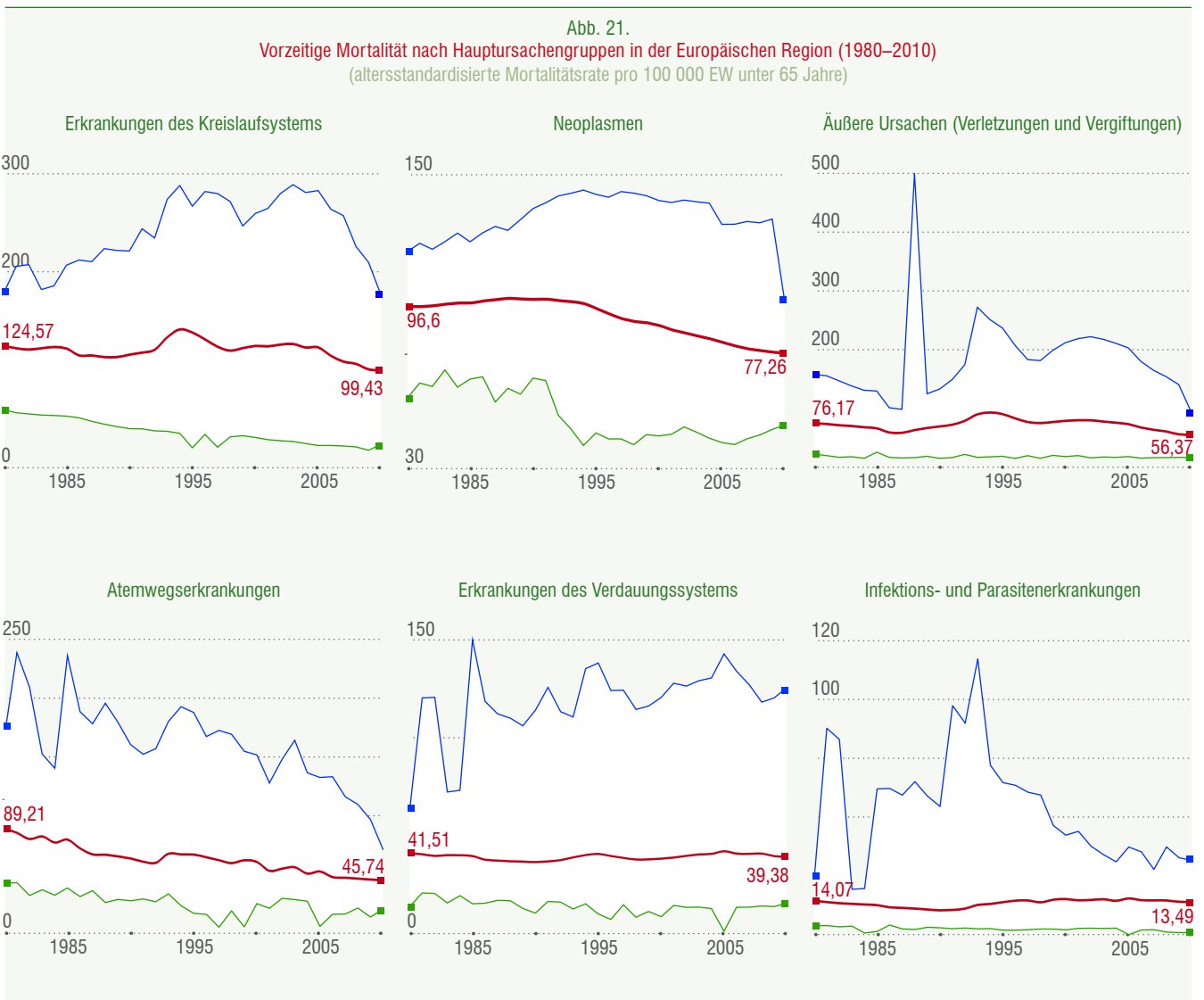
Tabelle 1.
Mortalitätsraten nach Hauptursachengruppen in den Ländern
der Europäischen Region (letzte verfügbare Daten aus dem Zeitraum 2006–2010)

| 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 |
| Aserbaidshjan | 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).

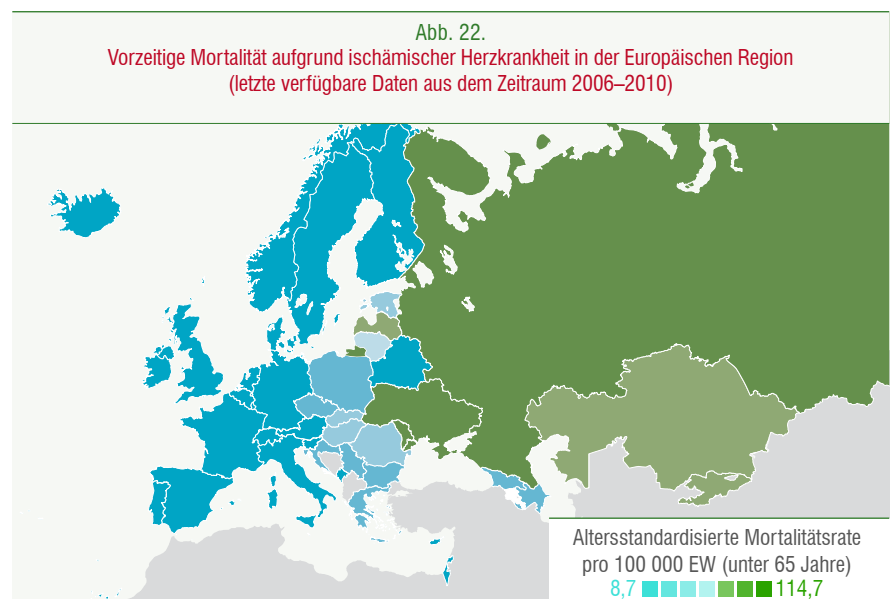
Die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund der häufigsten Todesursachen ist seit 30 Jahren rückläufig; eine Ausnahme bilden hier die Erkrankungen des Verdauungssystems und die Infektions- und Parasitenerkrankungen. Die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist innerhalb der Europäischen 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).

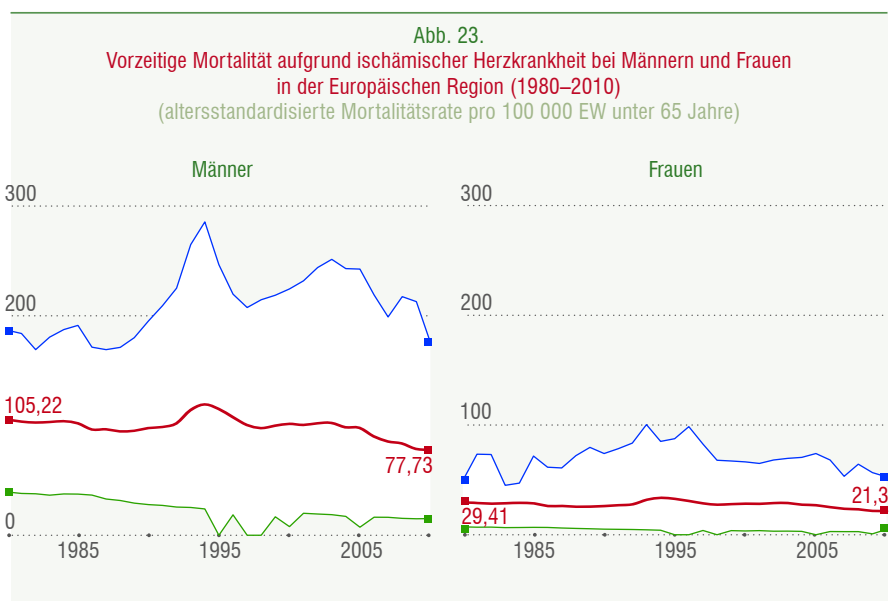
Darüber hinaus hat eine globale Bewertung den Nachweis dafür erbracht, dass fast 50% der durch diese Erkrankungen bedingten Krankheitslast auf hohen Blutdruck (≥ 115 mm Hg systolisch) zurückgeführt werden kann (17). Die Wirkung dieser Risikofaktoren wird durch allgemeine soziale und ökonomische Determinanten 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).

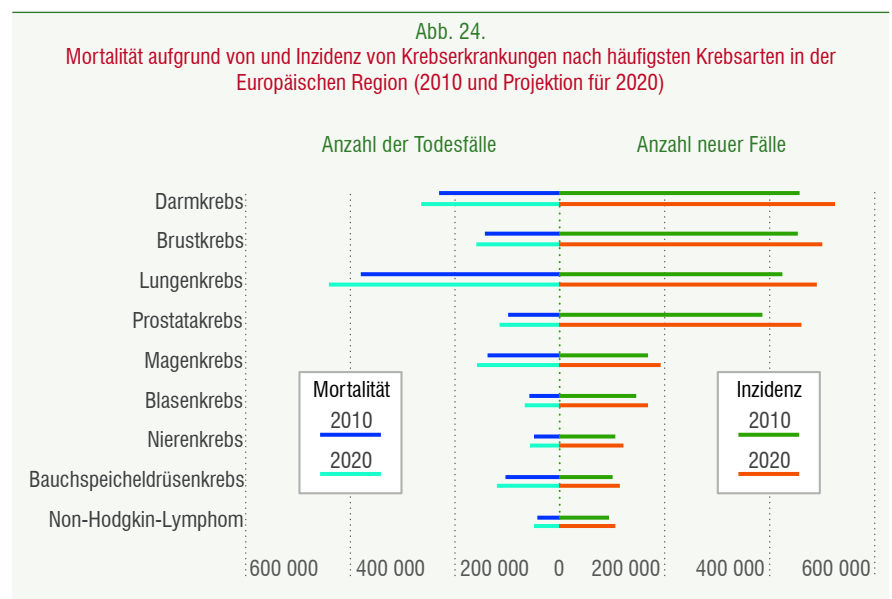
Konkret entfallen unter Männern fast 50% aller krebisbedingten Todesfälle auf Lungen-, Kolon-, Magen- und Prostata-Neoplasmen, während bei Frauen



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 krebserkrankten 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.

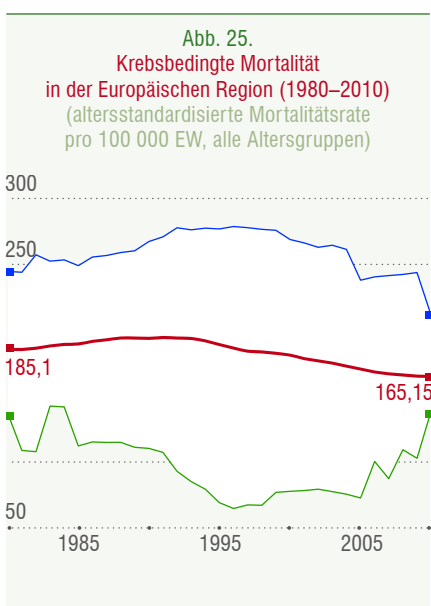
Letalität

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



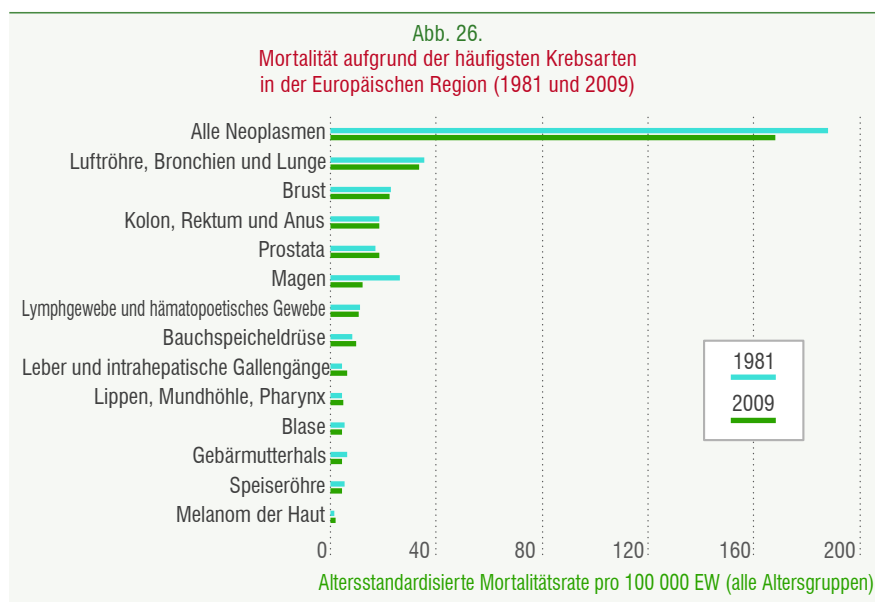
zwei- bis dreimal so häufig auf wie Kolonkrebs. Bei Frauen ist Brustkrebs mit einer Mortalitätsrate von 14 Fällen pro 100 000 EW für die höchste Zahl an Todesfällen verantwortlich, gefolgt von Gebärmutterhals- und Eierstockkrebs. Die Brustkrebsraten sind offenbar innerhalb der Europäischen Region relativ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

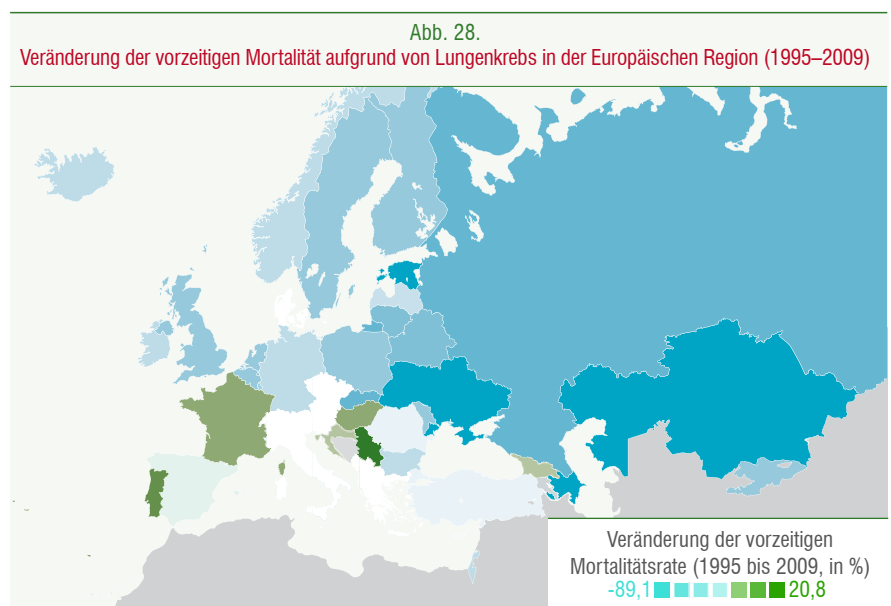
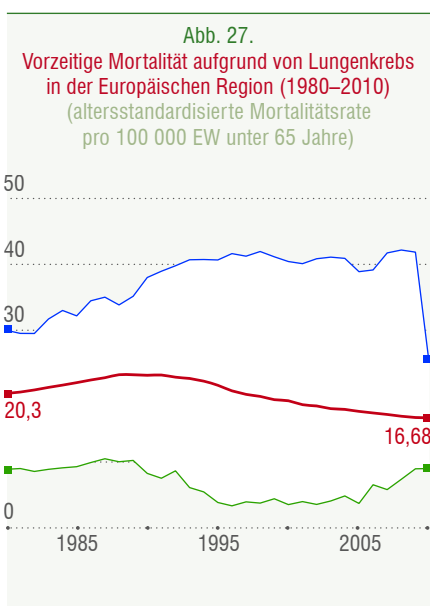
Auf der Ebene der Länder ergibt sich bei einer Kartierung der vorzeitigen Mortalität aufgrund von Lungenkrebs für die gesamte Region, dass die Länder



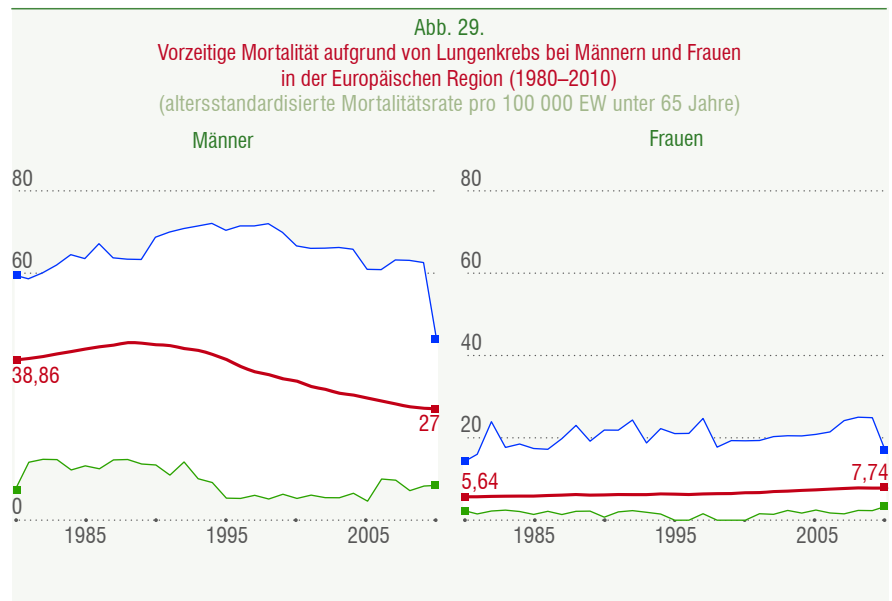
Mitteleuropas mit über 25 Fällen pro 100 000 EW die höchsten Raten aufweisen (Abb. 30). Höhere Raten werden auch auf eine höhere Prävalenz des Rauchens zurückgeführt, die wiederum durch die Bezahlbarkeit von Tabakprodukten und eine nur geringe Einschränkung der Tabakwerbung (u. a. Marketing-Strategien) 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, frühzeitiger 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.

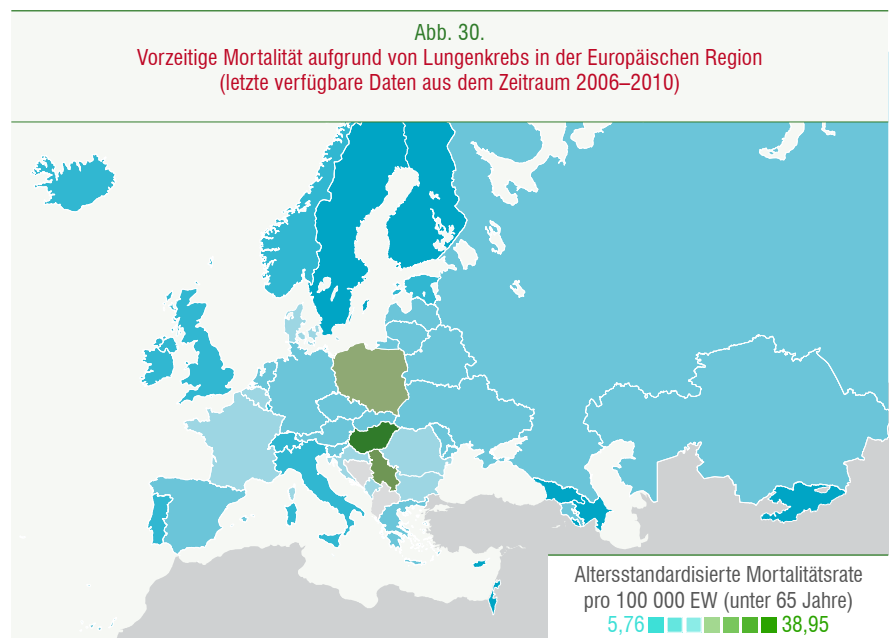
In Bezug auf das Gesamtmuster für Magenkrebs verzeichnet die Europäische Region seit 1980 stetige und anhaltende Rückgänge um insgesamt knapp



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,



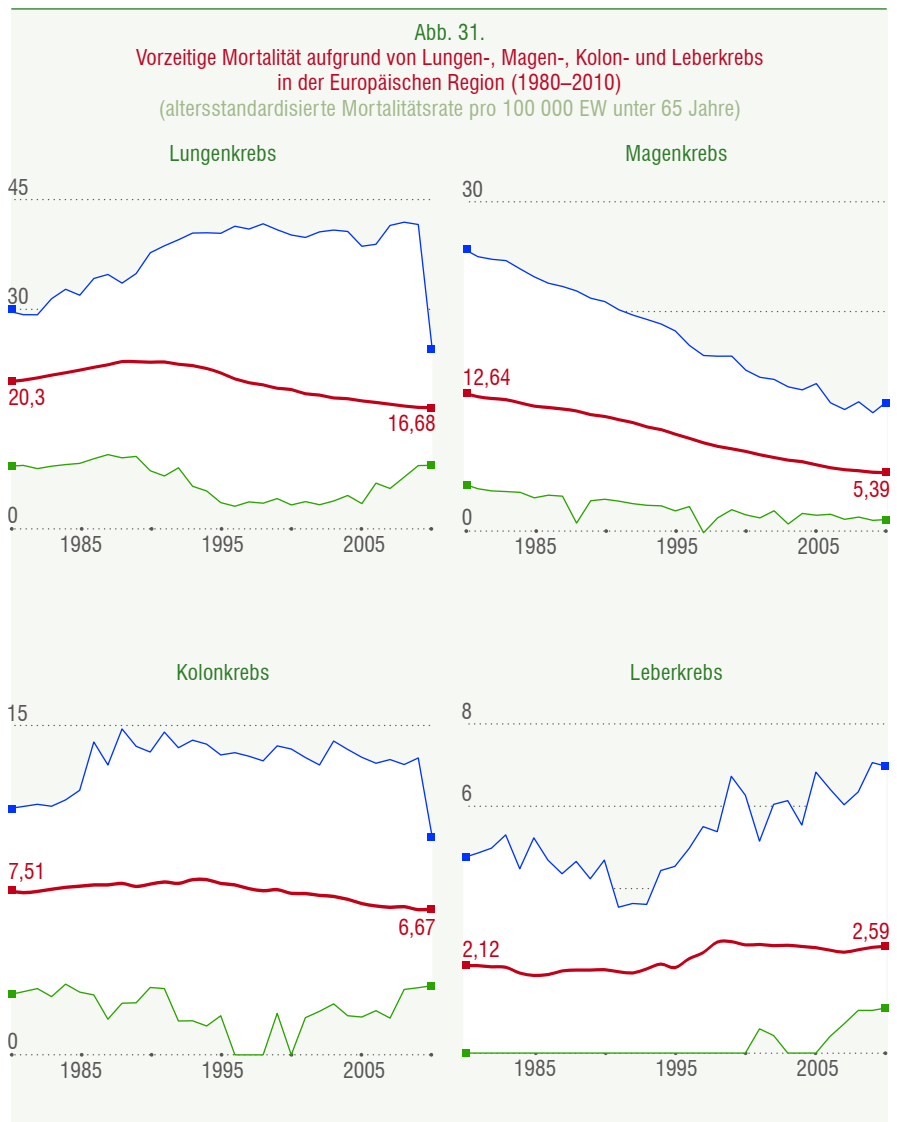
Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (6).



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

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.

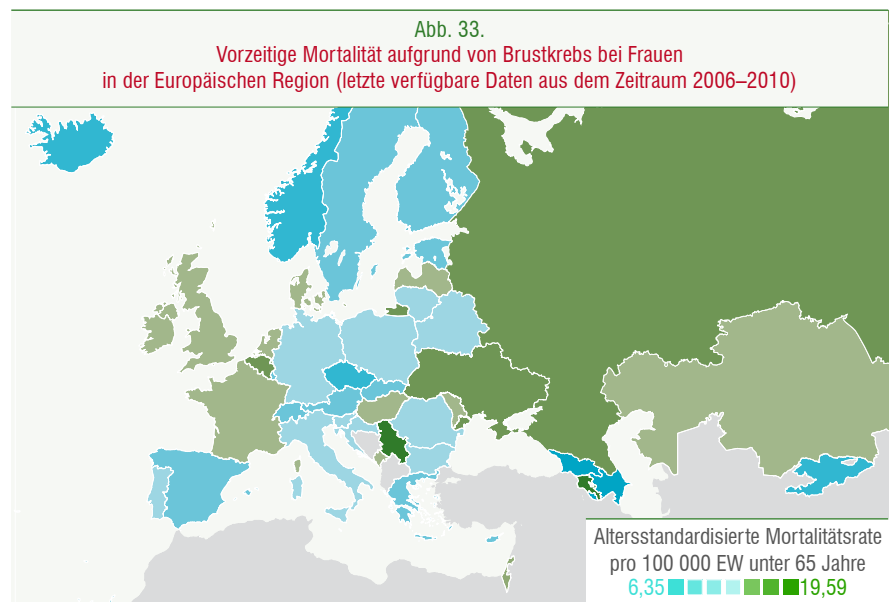
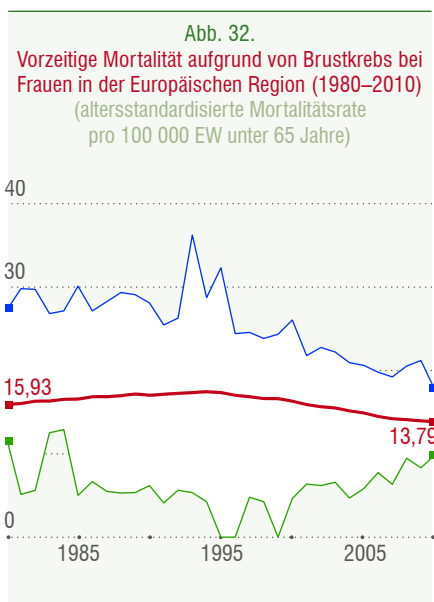


Krebsarten, von denen Frauen betroffen sind

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

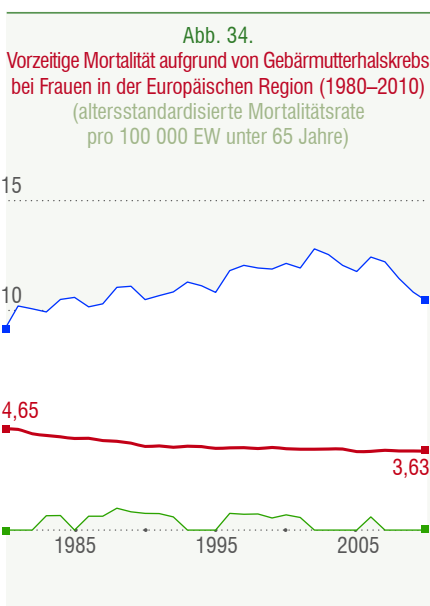


(20 pro 100 000 EW) und jenen mit den niedrigsten Mortalitätsraten (6 pro 100 000 EW) besteht in Bezug auf das Sterberisiko von Frauen infolge von Brustkrebs ein Unterschied um den Faktor drei.

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



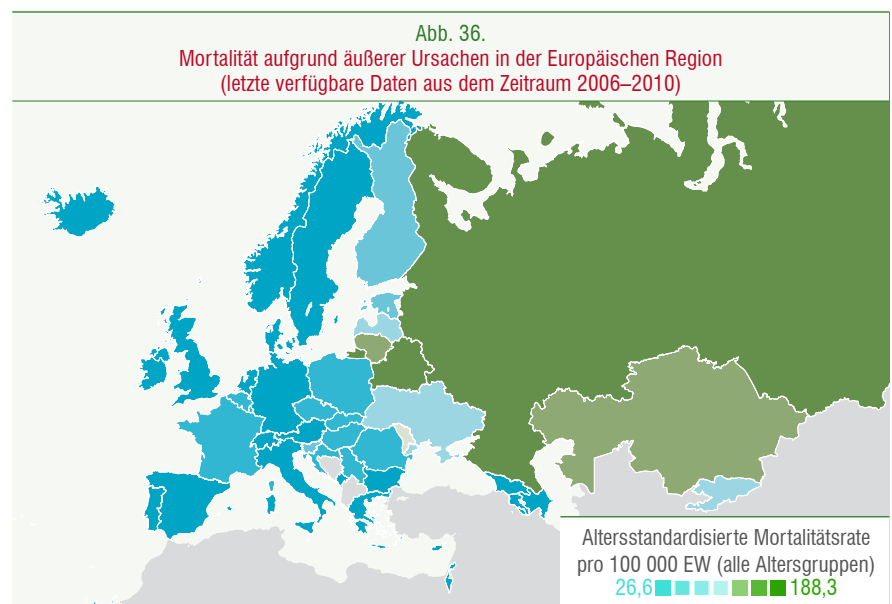
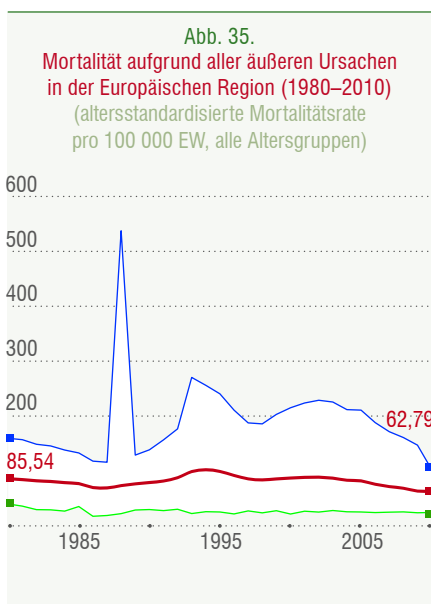
Äußere Ursachen wie Verletzungen und Vergiftungen sind wichtige Todesursachen in der Europäischen Region und für 9% aller Todesfälle verantwortlich. Sie umfassen ein breites Spektrum von Ursachen wie Verkehrs- und Kfz-Unfälle, Stürze, Suizid und Mord. Todesfälle aufgrund dieser Ursachen sind per definitionem 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.

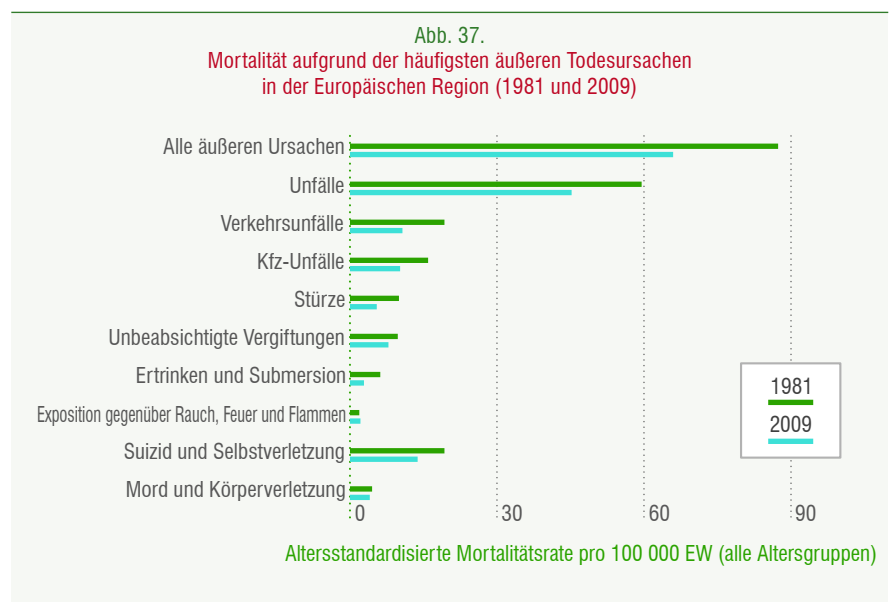
Die Beobachtung von Mortalitätstrends für die die wichtigsten äußereren Ursachen liefert weitere nützliche Informationen über die Auswirkungen der



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



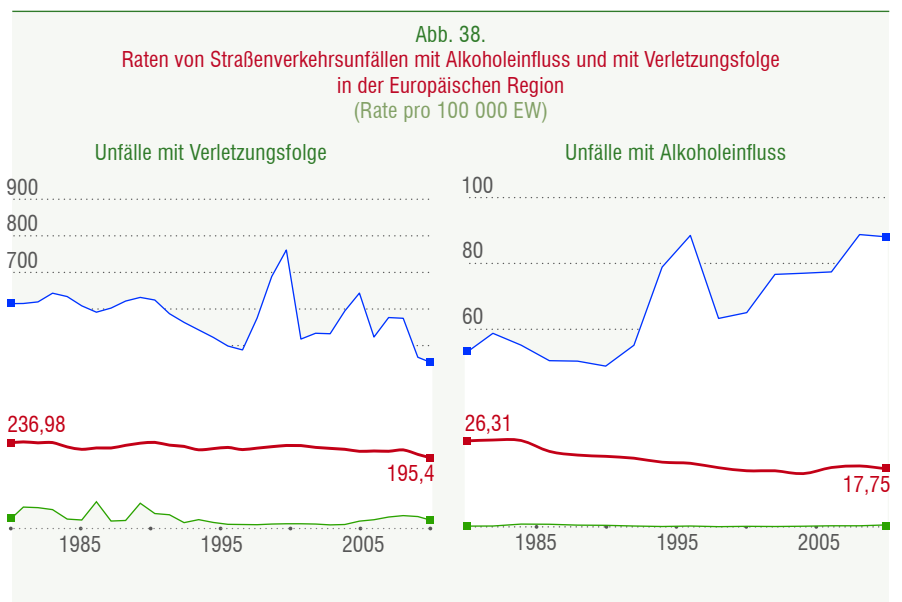
abgenommen, und die Raten von Unfällen unter Alkoholeinfluss sind in der gesamten Europäischen Region rückläufig (Abb. 38), auch wenn es hier zwischen den Ländern durchaus Unterschiede gibt.

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

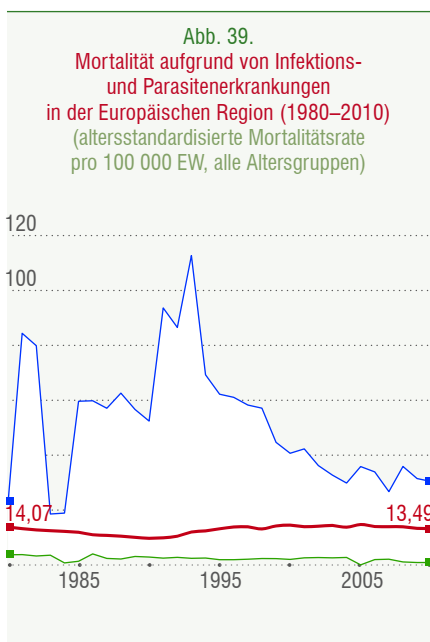
Übertragbare Krankheiten treten in der Europäischen Region weniger häufig auf als in anderen Teilen der Welt. Dennoch kann ihr unerwartetes oder erneutes Auftreten in Verbindung mit schneller Ausbreitung und Epidemienpotenzial zu vermeidbaren Erkrankungen und vorzeitigen Todesfällen führen und ihre Bedrohung 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.

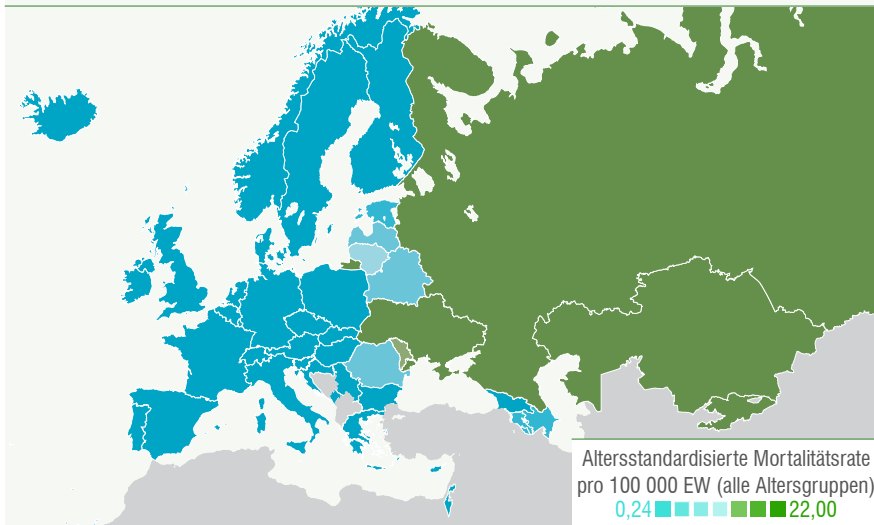


Tuberkulose

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).

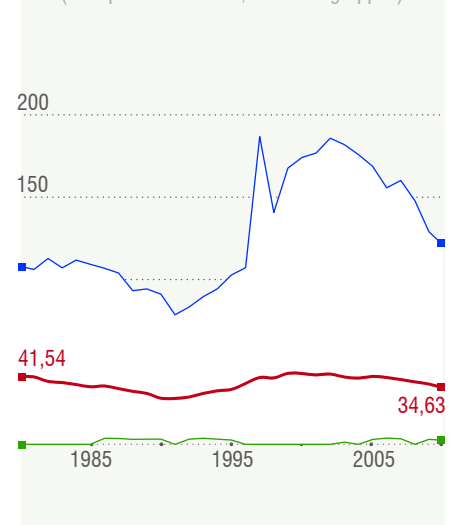
Doch auch wenn die Behandlungserfolge mit einer Erfolgsquote von nur ca. 70% noch nicht vollständig zufriedenstellend sind, so lassen sich die

Abb. 40.
Tuberkulosebedingte Mortalität in der Europäischen Region
(letzte verfügbare Daten aus dem Zeitraum 2006–2010)



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

Abb. 41.
Inzidenz der Tuberkulose
in der Europäischen Region (1980–2010)
(Rate pro 100 000 EW, alle Altersgruppen)



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.

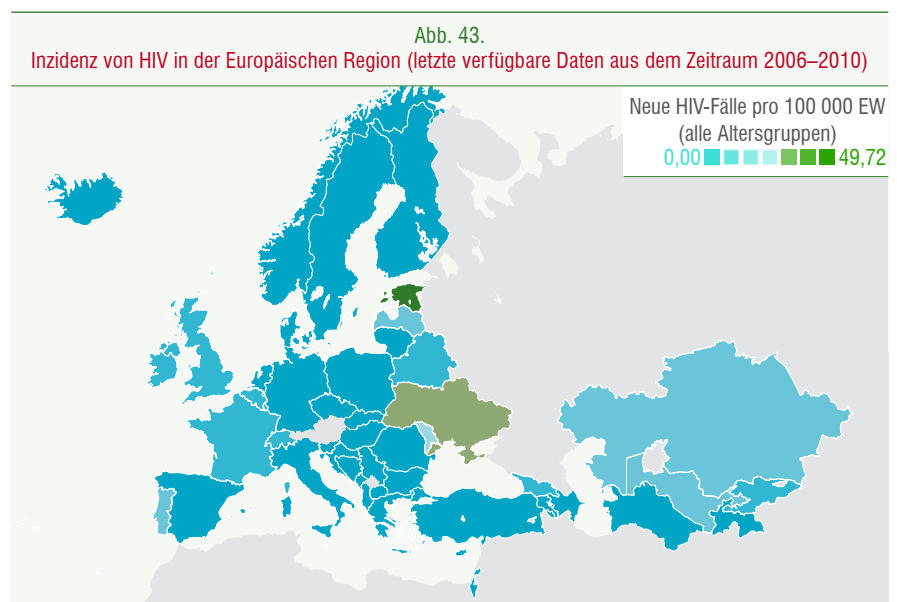
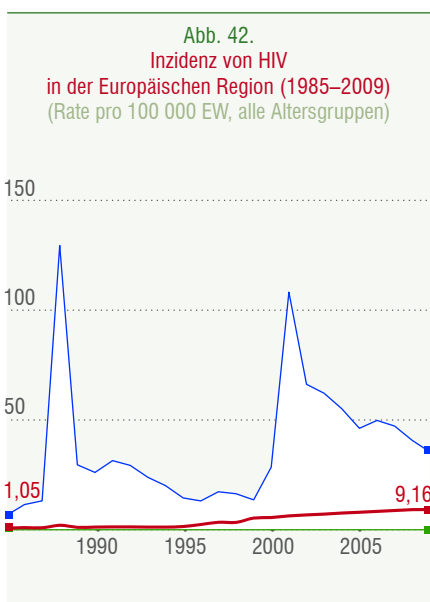
HIV/Aids

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 Melderraten 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.



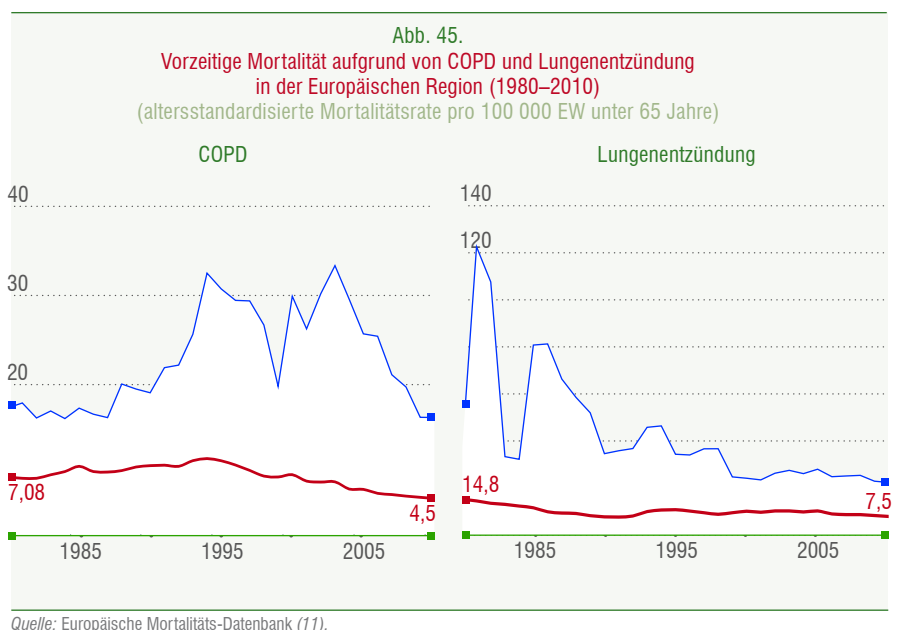
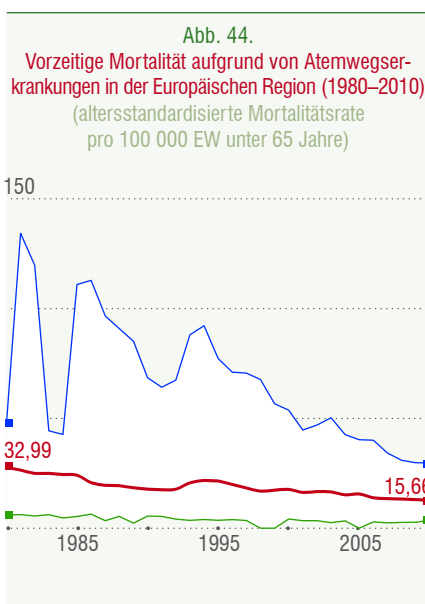
Die Raten für vorzeitige Mortalität aufgrund von Atemwegserkrankungen sind in der Europäischen Region seit Mitte der 1990er Jahre rückläufig, und sind bis 2010 um 40% auf 16 Fälle pro 100 000 EW gesunken (Abb. 44).

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.

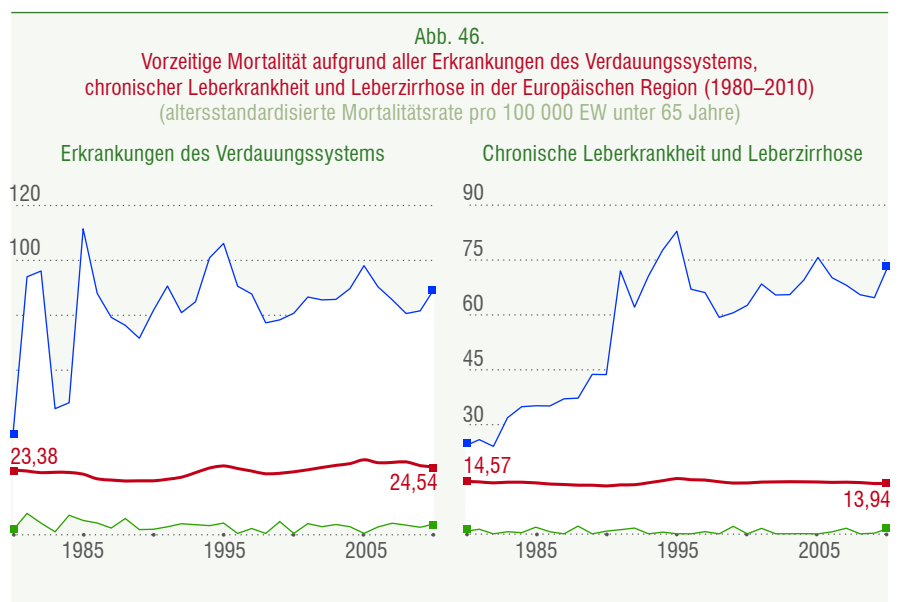
Erkrankungen des Verdauungssystems

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.



Kasten 5. Todesursachen – zentrale Aussagen

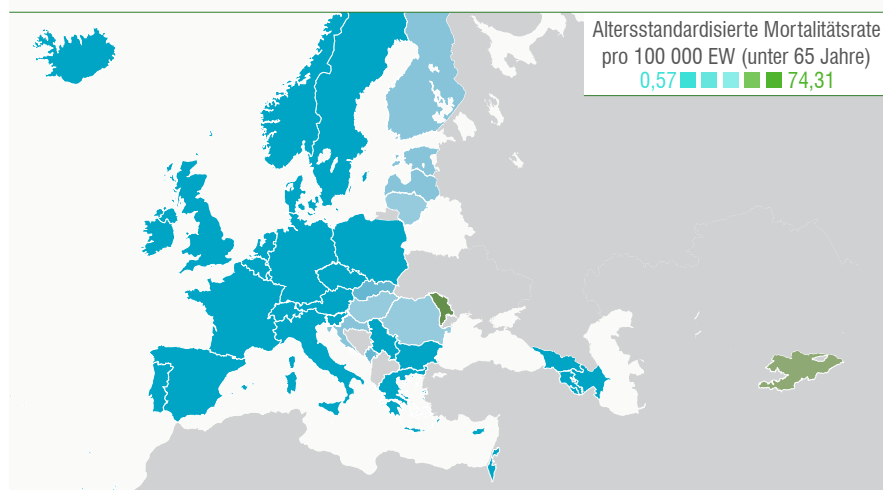
- In der Europäischen Region entfällt ein Großteil der Sterblichkeit auf nichtübertragbare Krankheiten: 2009 waren sie für ungefähr 80% aller Todesfälle verantwortlich.
- Erkrankungen des Kreislaufsystems stellen in der Europäischen Region mit fast 50% aller Todesfälle die wichtigste Ursache für vorzeitigen 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).

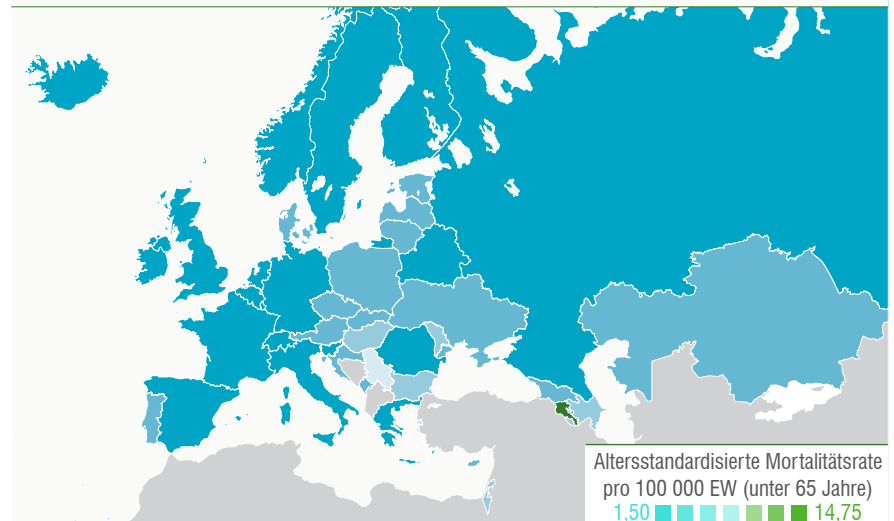
In der Europäischen Region sank die vorzeitige Mortalität aufgrund von Diabetes zwischen 1995 und 2010 um 25% auf 4 Fälle pro 100 000 EW. Doch nach den neuesten Daten herrschen hier erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern (Abb. 48).

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).

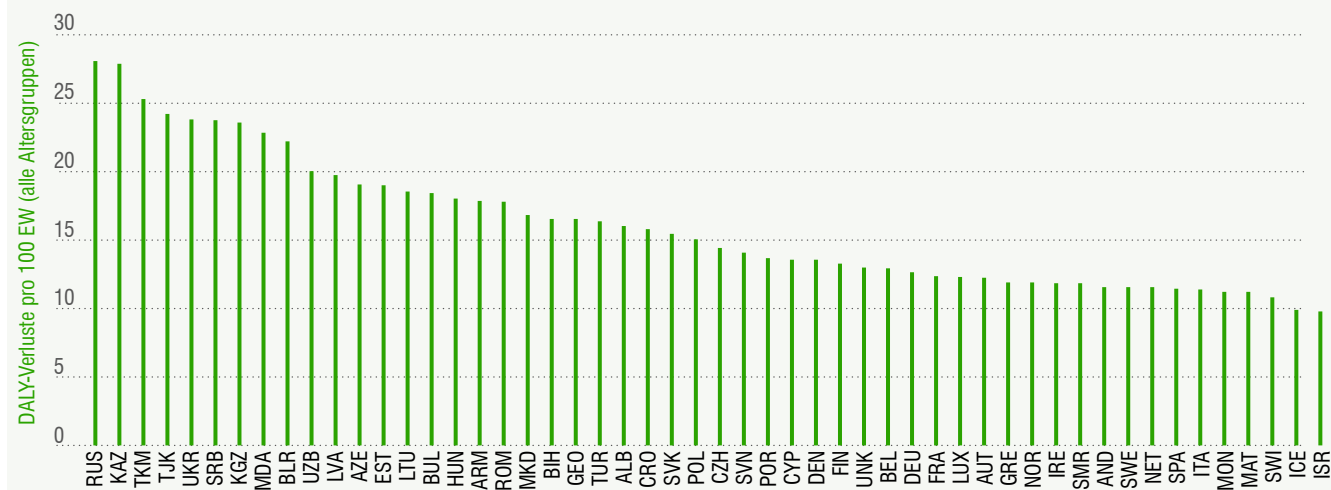
Idealzustand vollkommener Gesundheit dar, bei dem Menschen ohne Krankheit und Behinderung bis in ein Alter leben, das der höchsten beobachteten Lebenserwartung weltweit entspricht.

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,

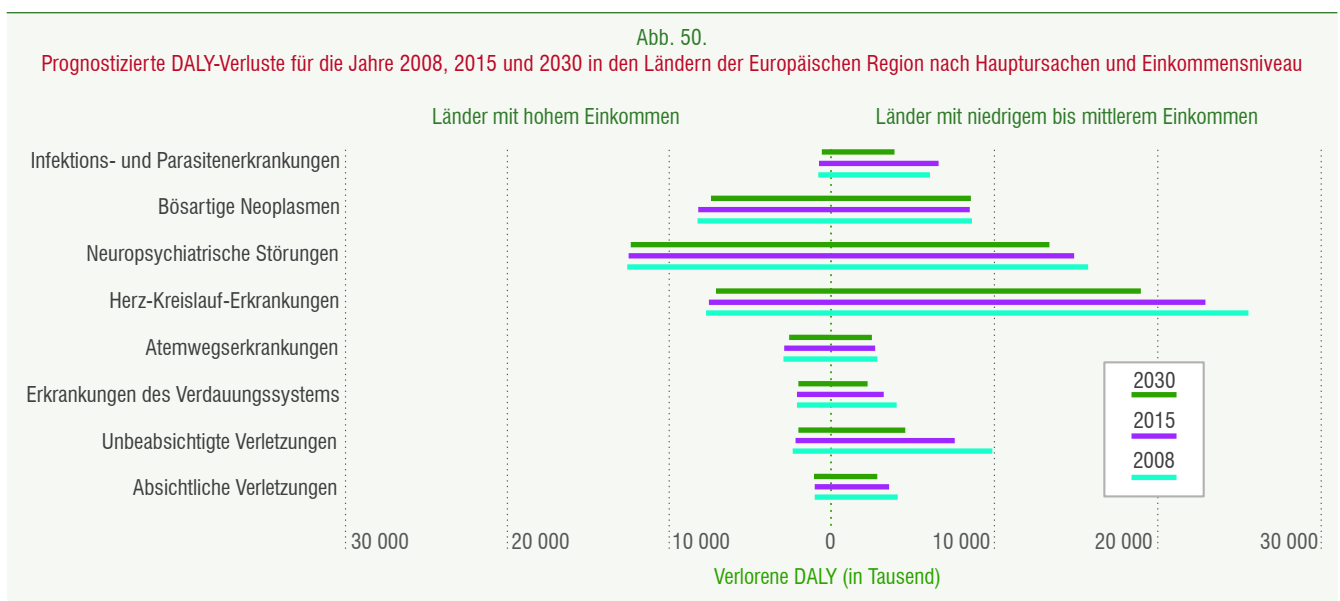
Abb. 49.
DALY-Verluste pro 100 EW
in den Ländern der Europäischen Region (2004)



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.



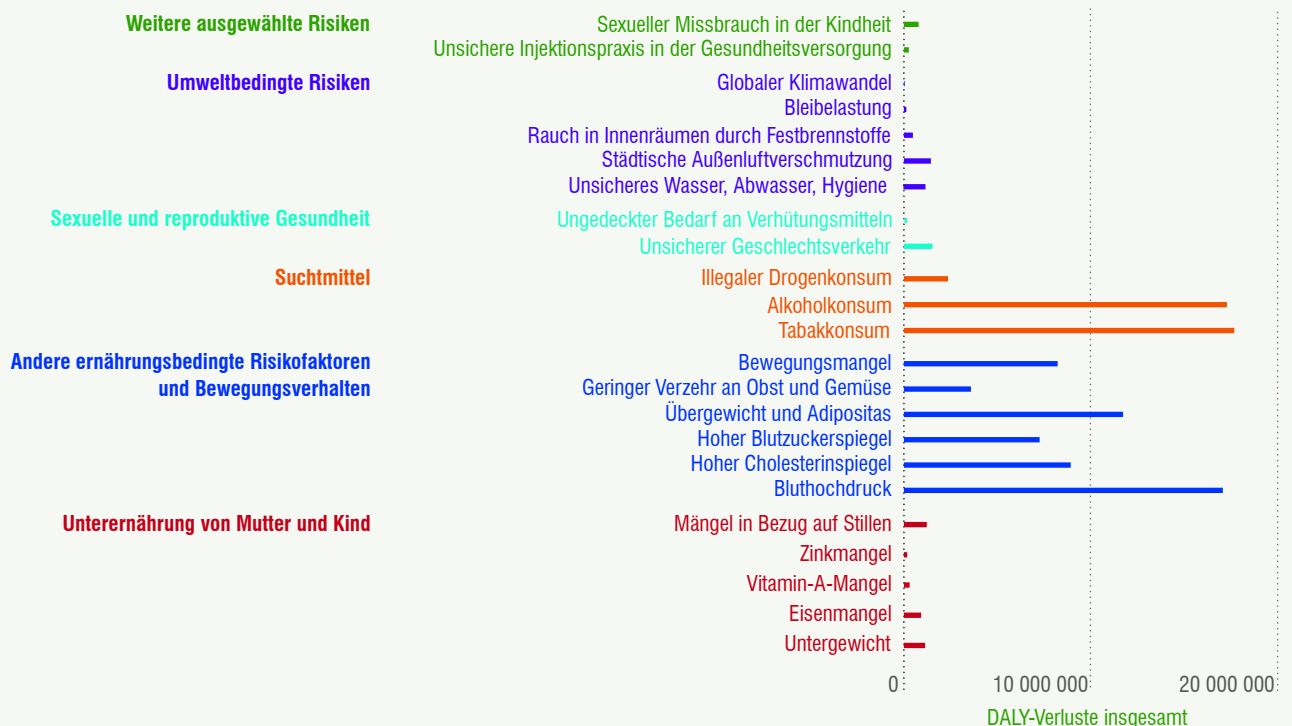
**Kasten 6.
Krankheitslast –
zentrale Aussagen**

- 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 niedrigerem 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)



Quelle: Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks (24).

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.

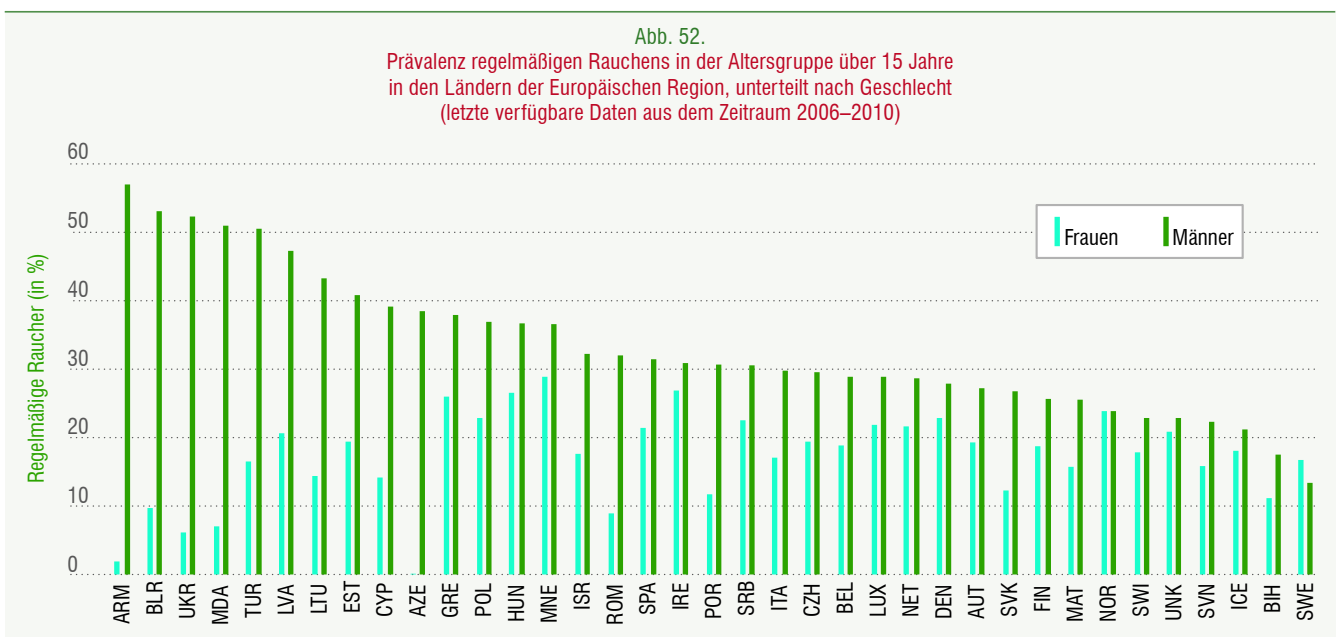
Alkoholkonsum

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)



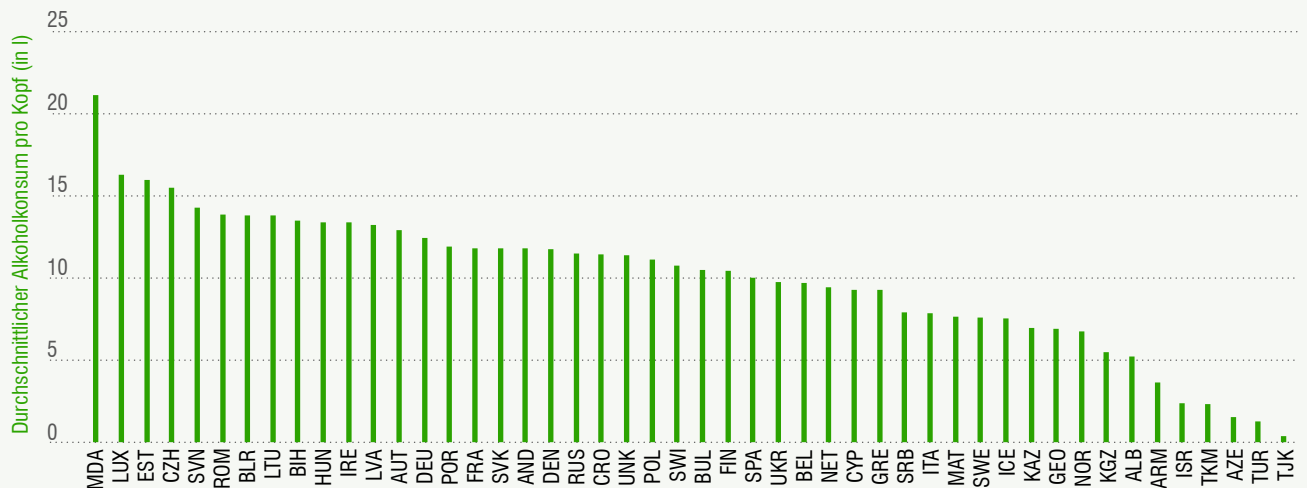
bestimmt, was sich nachweislich negativ auf die Gesundheit auswirkt (28). Daten aus einzelnen Ländern belegen, dass die Häufigkeit des Rauschtrinkens bei niedrigen Alkoholpreisen tendenziell zunimmt. Es gibt Hinweise aus allen Teilen der Europäischen Region darauf, dass ein stark erhöhter Alkoholkonsum 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 Raumlufte, 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 (PM₁₀) einen Richtwert von durchschnittlich jährlich 20 µg/m³ vor, bei dessen Überschreitung erhöhte umweltbedingte Gesundheitsrisiken drohen. Dennoch wurden in der Europäischen Region schon bei niedrigeren durchschnittlichen Expositionen (10 µg/m³) 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 PM₁₀ beobachtete Mittelwert der

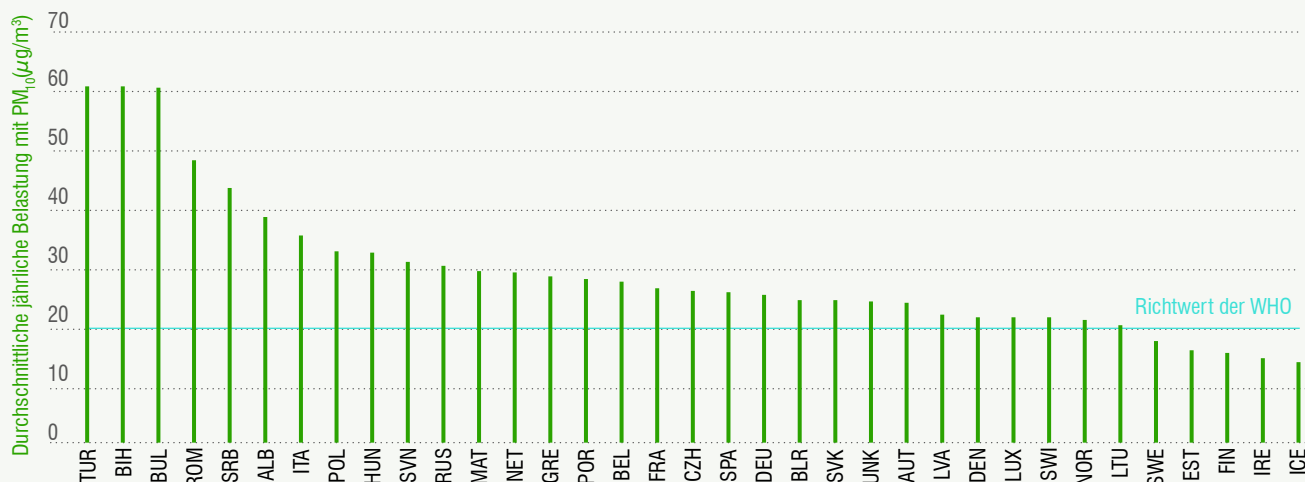
Kasten 7. Risikofaktoren – zentrale Aussagen

- 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 PM₁₀ mit 26 µg/m³ oberhalb des von der WHO festgelegten Richtwerts von 20 µg/m³.

Länder mit 26 µg/m³ oberhalb des von der WHO festgelegten Richtwerts. Die vorliegenden Daten belegen in Bezug auf die Exposition gegenüber PM₁₀ Unterschiede zwischen den Ländern um etwa den Faktor vier: von 14 µg/m³ bis zu 61 µg/m³ (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 PM₁₀ 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.

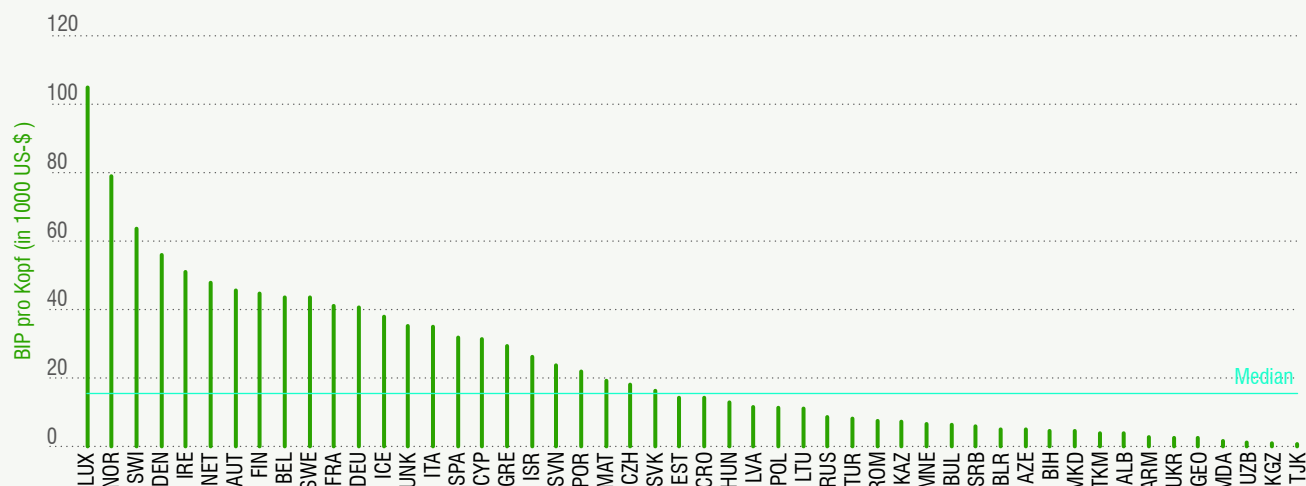
Die enge Verknüpfung zwischen dem Pro-Kopf-Einkommen und der Mortalitätsrate ist hinreichend belegt. In Abb. 56 wird dies anhand der

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

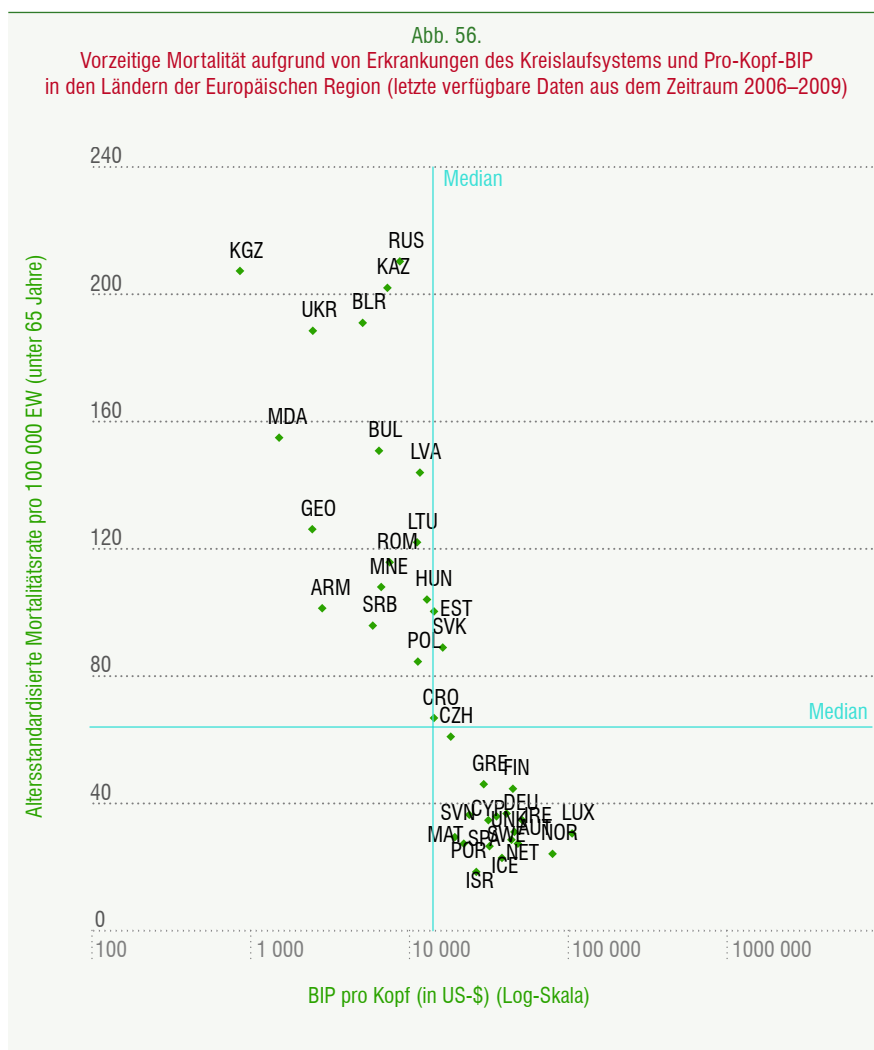
Abb. 55.

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



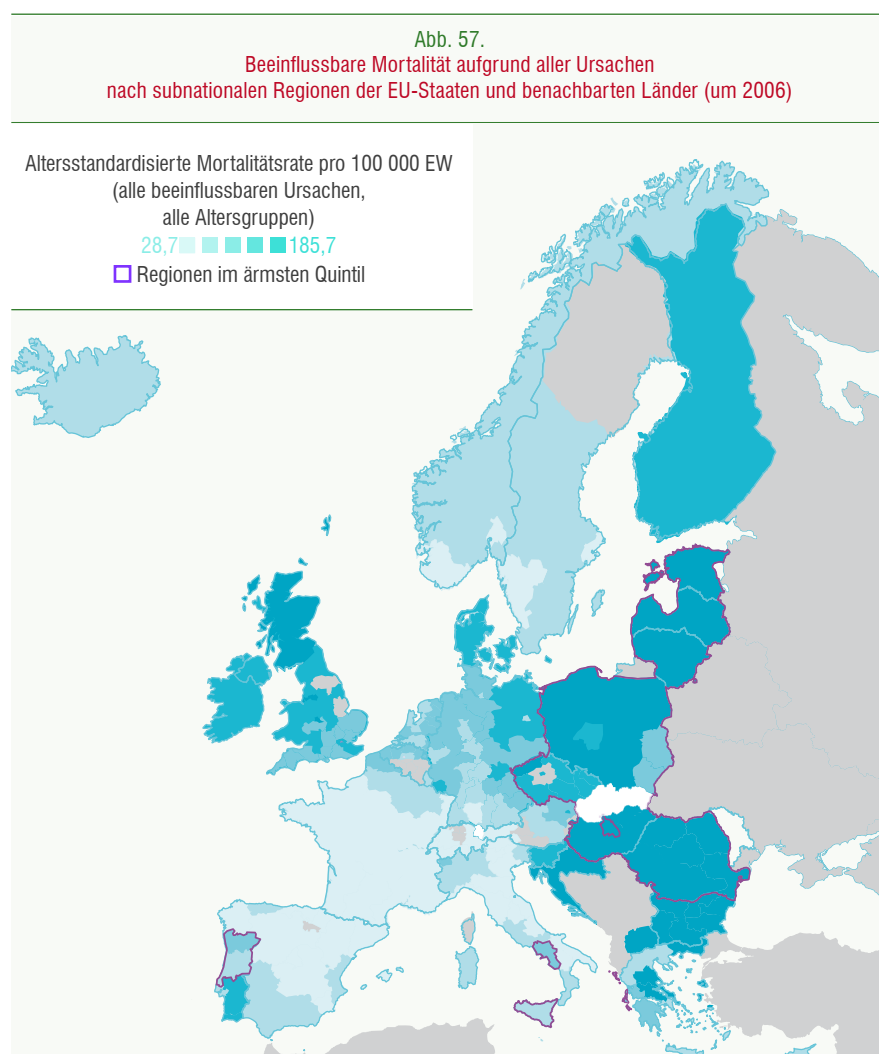
der Frage, ob solche Unterschiede potenziell vermeidbar sind. So zeigt sich beispielsweise in Analysen, dass zwischen dem verfügbaren Einkommen (das eine Person bzw. ein Haushalt ausgeben oder ansparen kann, also dem Nettoeinkommen nach Bezahlung sämtlicher Steuern oder anderer gesetzlich vorgeschriebener 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.

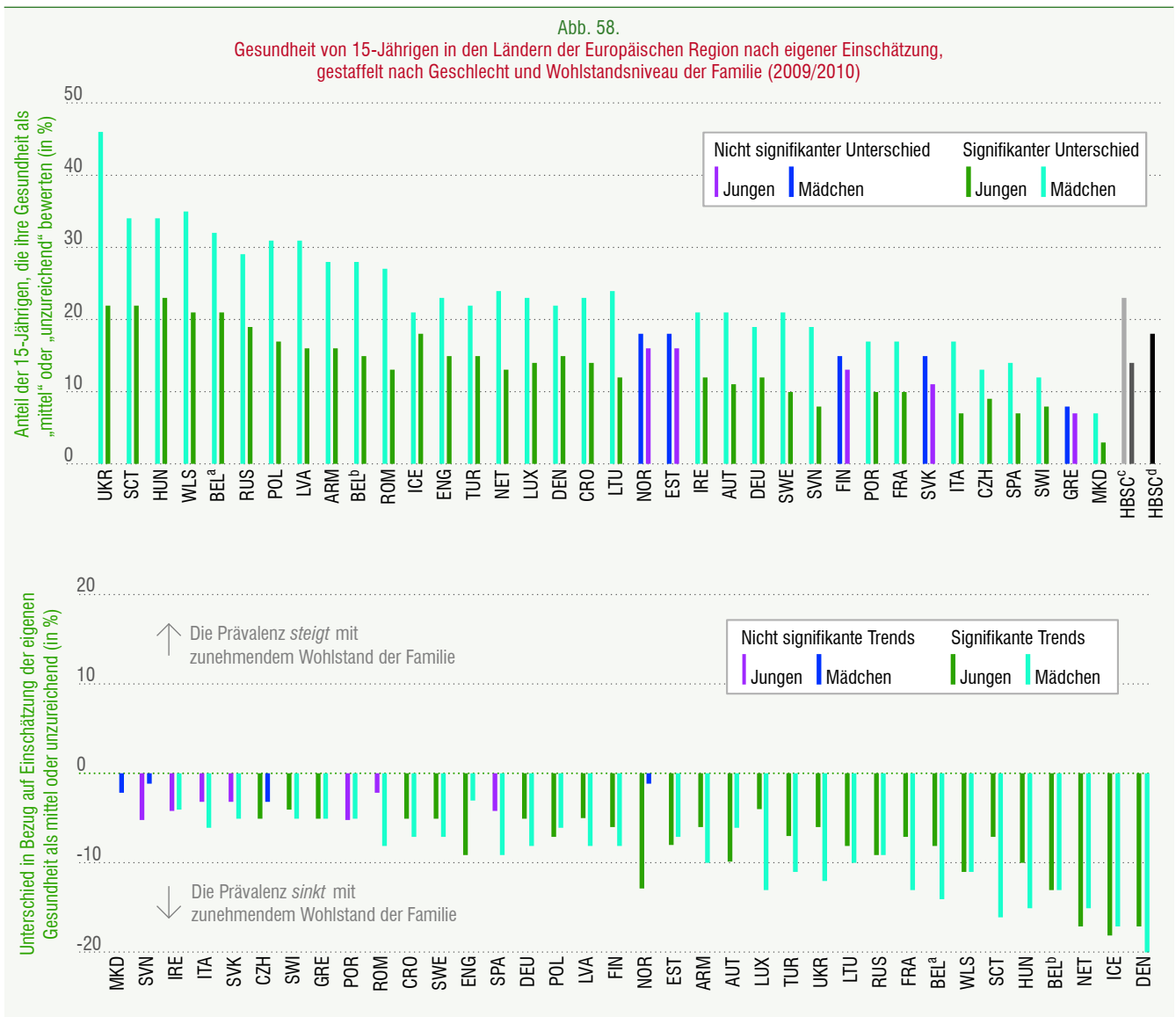
Der jüngste Bericht im Rahmen der Studie zum Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (HBSC) (40) stellt ein weiteres Beispiel dafür dar, wie soziale Determinanten sich auf die Verteilung von Gesundheit auswirken können. Gegenstand dieser länderübergreifend durchgeführten Studie war 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).

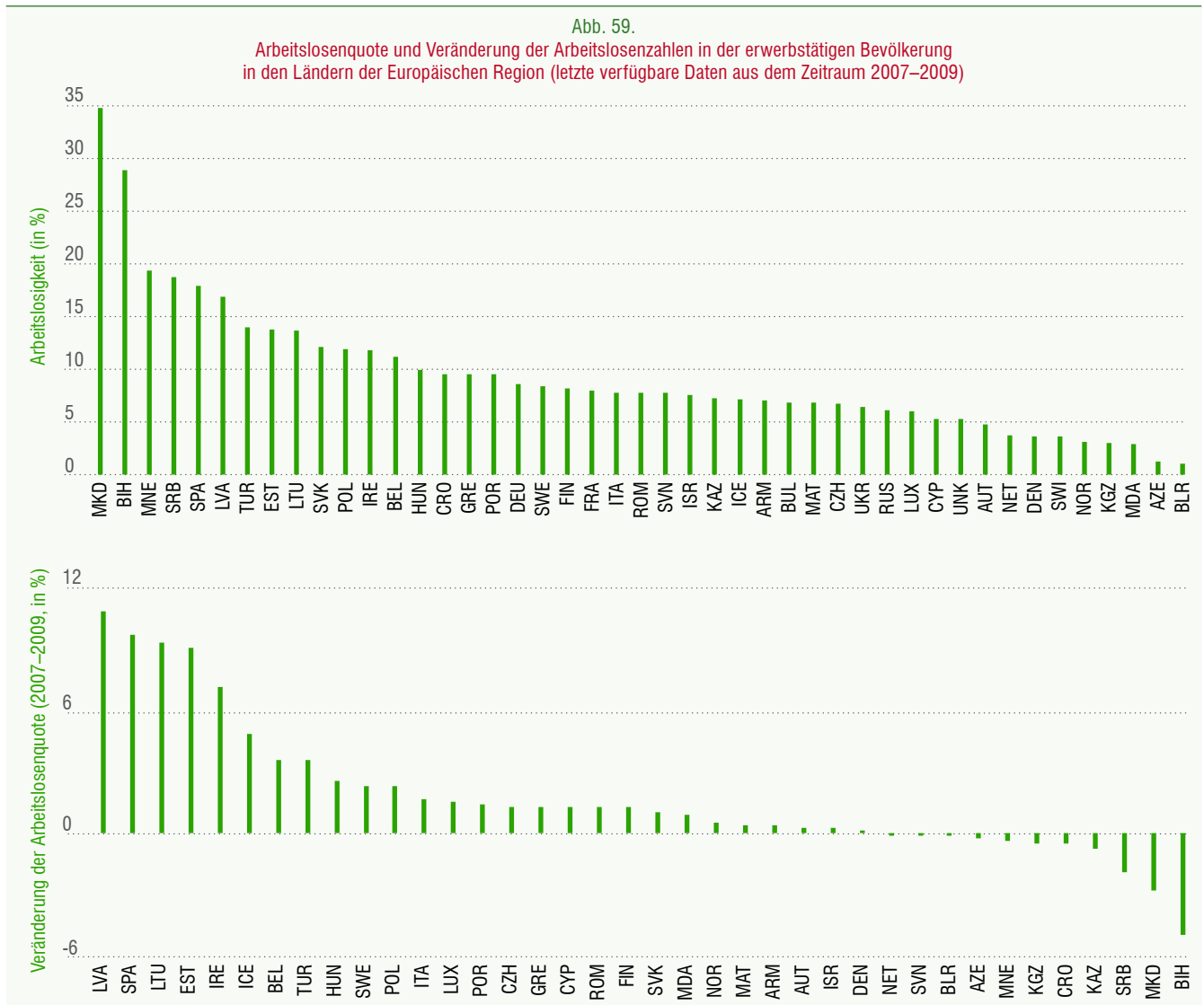
Akute ökonomische Veränderungen, die anhand der Veränderung der Arbeitslosenquote gemessen werden, ermöglichen ein besseres Verständnis der möglichen Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung und tragen zu der Diskussion über mögliche Einflussfaktoren für die äußeren Todesursachen 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

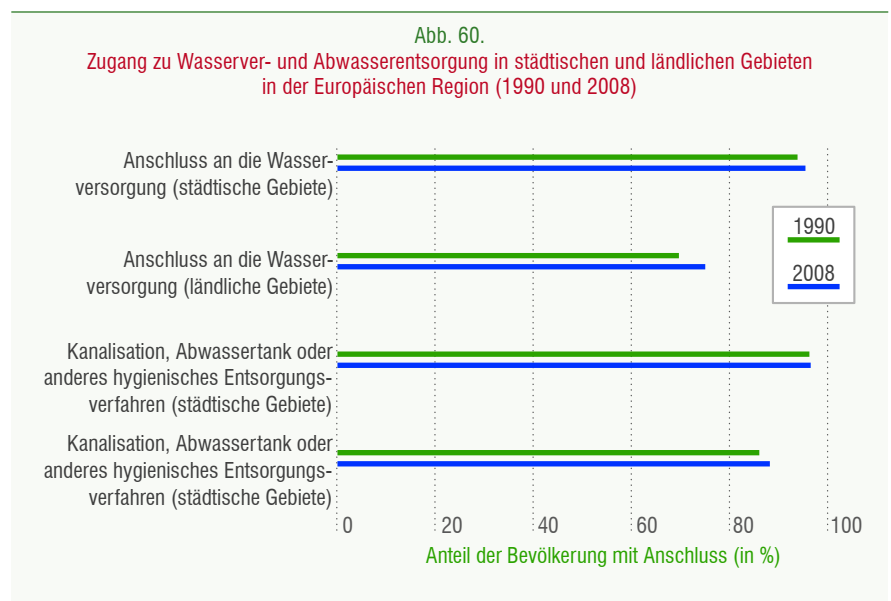
Die Umwelt stellt eine weitere wesentliche Determinante von Gesundheit dar, und die zugrunde liegenden Themen sind den sozialen Determinanten von Gesundheit ähnlich. In jüngster Zeit durchgeführte Bewertungen der Rolle umweltbedingter Gesundheitsfaktoren führten zu Schätzungen, wonach diese je nach der 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

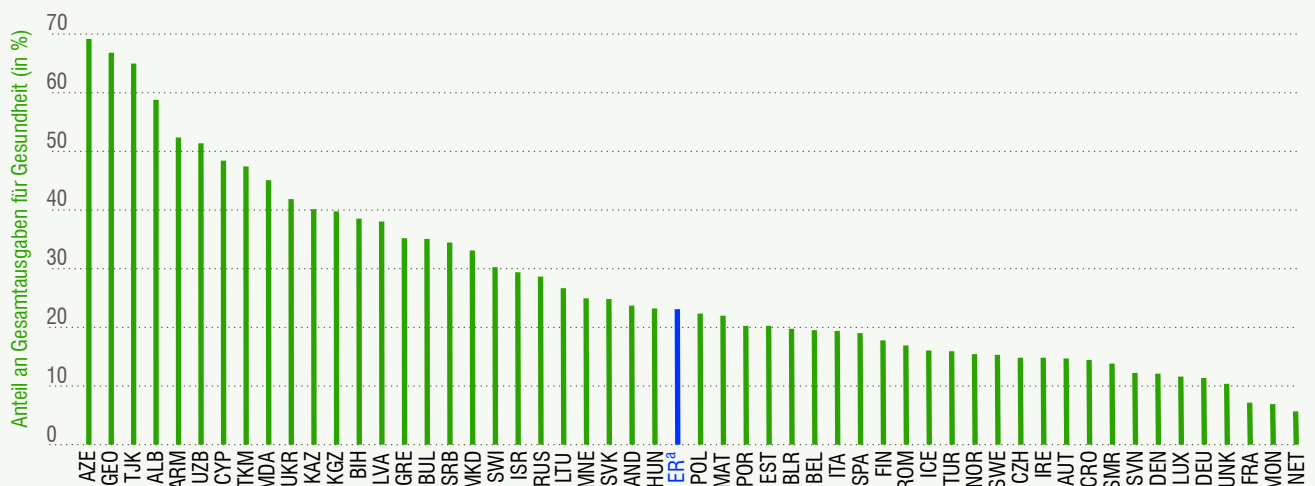
Gesundheitssysteme in hohem Maße von Beiträgen der Haushalte abhängig sind, eine Verarmung der betroffenen Haushalte bewirken können. In der Europäischen Region trifft dies vor allem auf Länder zu, in denen die steigenden Kosten von Gütern und Dienstleistungen die Kaufkraft vieler Familien geschwächt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

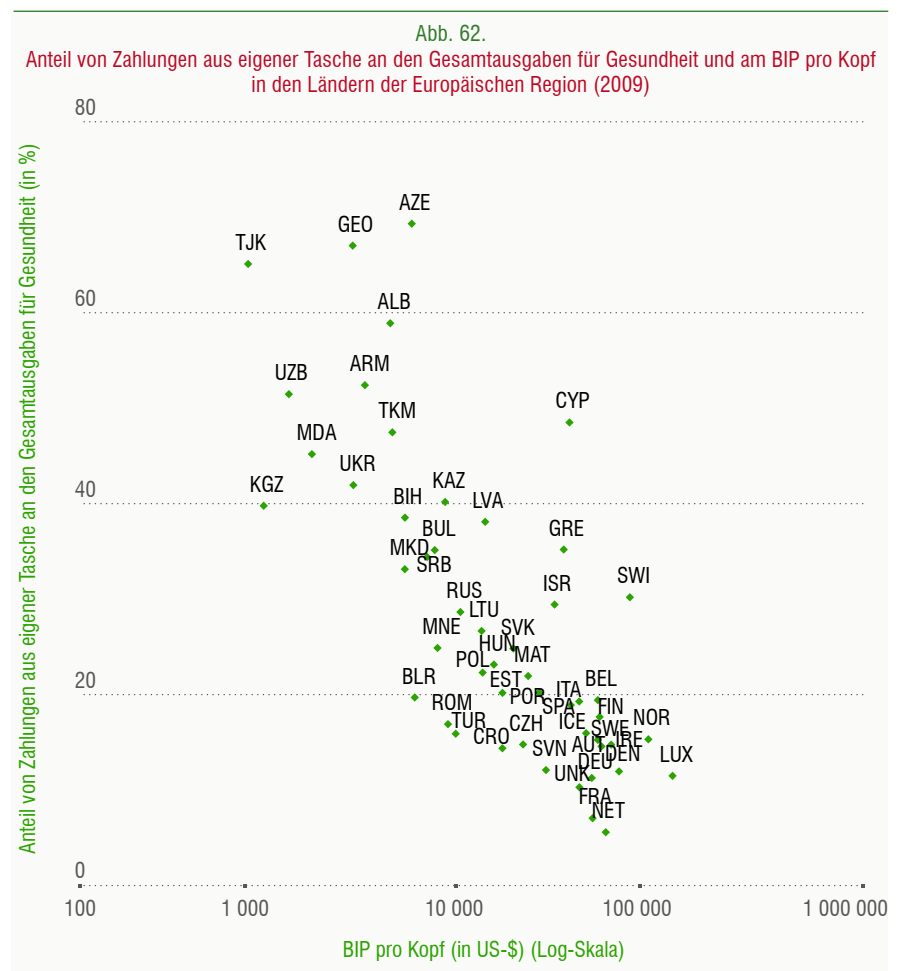
Abb. 61.

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



Anteils an den Gesundheitsausgaben, doch hat die WHO vor kurzem eine Reihe grundsätzlicher Handlungsoptionen und Strategien präsentiert, die Länder auf unterschiedlichem wirtschaftlichen Entwicklungsstand auf der Suche nach Wegen für eine nachhaltige und ausgewogenere Gesundheitsfinanzierung prüfen können (45).

In Kapitel 1 werden auf der Grundlage neuester Daten aus den Mitgliedstaaten die gesundheitliche Situation in der Europäischen Region und die vorherrschenden Trends dargestellt. Anhand der daraus resultierenden Standortbestimmung für die Region wird auch der Kontext erläutert, in dem das Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ umgesetzt werden soll. Die Vereinbarung der Ziele und Prioritäten für die Europäische Region der WHO – Wonach wir streben – ist ein erster Schritt hin zur Festlegung erreichbarer Ziele und zur Überwachung von Fortschritten auf der Ebene der Region. Diese Thematik ist der Gegenstand von Kapitel 2.



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.