



Faktenblatt 08/07  
Belgrad/Kopenhagen, 17. September 2007

## **Ungleiche Fortschritte bei der Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele zum Abbau der Kinder- und Müttersterblichkeit**

Sämtliche Millenniums-Entwicklungsziele (MZ) sind für die Gesundheit und das Wohlergehen von Mutter und Kind von Bedeutung, besonders gilt dies jedoch für MZ4 (Verringerung der Kindersterblichkeit um zwei Drittel) und MZ5 (Verringerung der Müttersterblichkeit um drei Viertel).

Trotz substanzieller Fortschritte in den zurückliegenden Jahrzehnten gibt es im Bereich Gesundheit von Mutter und Kind sowohl in als auch unter den Ländern der Europäischen Region der WHO immer noch inakzeptable Unterschiede. Die Sterblichkeit von Kindern im Alter bis zu fünf Jahren ist in dem Land mit der höchsten Rate 40-mal so viel wie in dem Land mit der niedrigsten Rate. Ein in der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS) geborenes Kind hat ein dreifach höheres Risiko, vor Vollendung des fünften Lebensjahrs zu sterben, als ein in der Europäischen Union (EU) geborenes. Die Müttersterblichkeit der zentralasiatischen Republiken ist noch mindestens doppelt so hoch wie der Durchschnitt der Region und obwohl sich die Unterschiede zwischen den EU-Ländern, den nordischen Ländern und weiteren Ländergruppen in den vergangenen Jahren verringert haben, sind sie weiterhin beträchtlich.

Unterschiede zwischen den Ländern sind nur ein Aspekt; innerhalb eines Landes kann es ebenfalls dramatische Ungleichgewichte hinsichtlich der Sterblichkeit geben. In der Europäischen Region gibt es heute Gruppen und Gebiete mit einer so gravierenden Mütter- und Neugeborenenmortalität, wie man sie sonst aus dem Afrika südlich der Sahara oder aus Südostasien kennt. Fast überall ist die Mortalitätsrate auf dem Land höher als in der Stadt; die Raten variieren außerdem nach ethnischer Zugehörigkeit oder Wohlstand und entlegene Gebiete sind unverhältnismäßig stark belastet.

Demografische Daten und Gesundheitssurvey zeigen in einem anderen Beispiel aus dem Jahr 2000 in Aserbaidschan, dass 18% der Mütter ohne weiterführenden Schulabschluss gegenüber nur 1% der Mütter mit höherer Bildung keine qualifizierte Geburtshilfe erhielten.

Im Vereinigten Königreich, wo die Müttersterblichkeit an sich niedrig war, unterlagen Frauen schwarzafrikanischer Herkunft einem siebenfach höheren Sterblichkeitsrisiko als weiße Frauen. Die Mütter- und Perinatalsterblichkeit unterschied sich in ärmeren und wohlhabenderen Vororten der Städte häufig signifikant voneinander. Neu angekommene Migrantinnen, Flüchtlinge und Asylbewerberinnen erhielten schlechter Zugang zur Versorgung und verbargen manchmal eine Schwangerschaft vor Behörden, hierunter dem Gesundheitswesen.

Ähnlich stellte man in den unteren Sozialgruppen in England und Wales eine beträchtlich über dem nationalen Durchschnitt liegende Säuglingssterblichkeit fest, wobei die Schere sich noch

weiter öffnete. Die Säuglingssterblichkeit etwa lag insgesamt bei 4,9 pro 1000 Lebendgeburten, während sie bei Arbeiterfamilien 5,9 pro 1000 betrug. Die Säuglingssterblichkeit war zwar in allen sozioökonomischen Gruppen zurückgegangen, doch war der Rückgang im Arbeitermilieu schwächer ausgeprägt. Die Kluft zwischen dieser Gruppe und der Allgemeinbevölkerung betrug in Bezug auf die Säuglingssterblichkeit 13% im Jahr 1997, stieg bis 2004 jedoch auf 19% an. Außerdem beträgt die Säuglingssterblichkeit bei pakistanischen Müttern in England und Wales 10,2 pro 1000 Lebendgeburten. Dies ist doppelt so viel wie im Bevölkerungsdurchschnitt und hat zur Aufstellung nationaler Zielvorgaben zum Abbau überhöhter Säuglingssterblichkeit im Vereinigten Königreich geführt.

1999 lag die amtlich gemeldete Säuglingssterblichkeit in Rumänien bei 18,58 pro 1000 Lebendgeburten, differenziert nach ethnischen Gruppen betrug sie jedoch bei Rumänischstämmigen 27,1, bei Ungarischstämmigen 19,8 und bei den Roma 72,8. Ähnliche Unausgewogenheiten existieren immer noch in vielen östlichen Ländern der Europäischen Region und es gibt kein Anzeichen für eine Nivellierung dieser Unterschiede.

### **Aktuelle und künftige WHO-Initiativen für die Gesundheit von Mutter und Kind**

Das WHO-Regionalbüro für Europa hat aus solchen Erfahrungen gelernt und strategische Rahmen für die Gesundheit von Mutter und Kind erarbeitet, mit denen die Mitgliedstaaten bei der Schaffung eigener nationaler Konzepte und Pläne und dem Aufstellen von Prioritäten für ihre Gesundheitssysteme unterstützt werden sollen. Hierzu zählen:

- die 2005 angenommene Europäische Strategie für die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und darauf bezogene Instrumente;
- die 2001 bzw. 2004 angenommene regionale und globale Strategie für reproduktive Gesundheit;
- die Einpassung der 2007 von der Weltgesundheitsversammlung gebilligten globalen Strategie zur Gleichstellung der Geschlechter in die Europäische Region;
- der Entwurf einer Strategie *Verbesserung der Gesundheit von Frauen vor, während und nach der Geburt: das strategische Vorgehen der Europäischen Region für sicherere Schwangerschaften*;
- die 2005 angenommene EntschlieÙung der Region zur Eliminierung von Masern und Röteln;
- der zweite Europäische Aktionsplan Nahrung und Ernährung mit seiner Betonung des Stillens, vorgelegt zur Annahme auf dem WHO-Regionalkomitee für Europa im Jahr 2007 und
- die Erklärung der 4. Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit von 2004.

All dies soll im konzeptionellen Rahmen der nationalen Gesundheitssysteme umgesetzt werden. Die Herausforderung für die Mitgliedstaaten liegt in einer Übertragung der strategischen Rahmen in praktische Aktionspläne auf den einzelnen Ebenen.

Daneben fördert das Regionalbüro eine Reihe von Initiativen, durch die Programme für die Gesundheit von Mutter und Kind in die Gesundheitssysteme integriert werden sollen, z. B. in Albanien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, der Ehemaligen Jugoslawischen Republik Mazedonien, Kasachstan, Kirgisistan, Kroatien, Montenegro, der Republik Moldau, Rumänien und Serbien. Die Republik Tschuwaschien der Russischen Föderation berichtet bereits von beeindruckenden Ergebnissen einer in diesem Gebiet durchgeführten Umstrukturierung.

Die Länder Südosteuropas haben eine gemeinsame regionale Initiative gegründet, die mit Unterstützung der norwegischen Regierung und des Regionalbüros durch konkrete Reformen und den Ausbau der Kapazitäten in ihren Gesundheitssystemen die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen fördern soll. Die Länder evaluieren gerade die Lage im Bereich Gesundheit von Mutter und Kind und benennen Engpässe im Gesundheitssystem insgesamt, um erforderliche Reformschritte festzulegen.

Auf der Website des Regionalbüros finden Sie weitere Informationen zu den Millenniumszielen (<http://www.euro.who.int/mdg?language=German>) und zu der Arbeit für die Gesundheit von Mutter und Kind ([http://www.euro.who.int/healthtopics/HT2ndLvlPage?language=German&HTCode=maternal\\_health](http://www.euro.who.int/healthtopics/HT2ndLvlPage?language=German&HTCode=maternal_health)).

---

---

**Weitere Auskunft erteilen:**

**FACHINFORMATIONEN:**

Dr. Mikael Østergren  
Leiter, Unterabteilung Gesundheit von Familie und  
Gemeinschaft  
WHO-Regionalbüro für Europa  
Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark  
Tel.: + 45 39 17 13 19  
Fax: + 45 39 17 18 18  
E-Mail: [mmo@euro.who.int](mailto:mmo@euro.who.int)

**PRESSEINFORMATIONEN:**

Liuba Negru  
Presse- und Medienbeziehungen  
WHO-Regionalbüro für Europa  
Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark  
Tel.: + 45 39 17 13 44  
Fax: + 45 39 17 18 80  
E-Mail: [lne@euro.who.int](mailto:lne@euro.who.int)