

Wie krank ist Europa?



09.11.07

Dr. Livia Borsoi, MPH

Zentrum für Public Health

Institut für Sozialmedizin der Medizinischen
Universität Wien

„Health does not exist in a vacuum. It is dependent on the social and environmental context as well as high quality and effective healthcare systems“

Woran orientiert sich der medizinische Bedarf heute und in Zukunft ?

Demografischen Trends ?

Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung ?

Medizinischem Fortschritt ?

Präventiven Potential ?

Umsetzung des Wissens ?

Wissenschaftlichen Guidelines ?

Budget ?

Gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Entwicklung ?

EU - Herausforderung

Demographie

Demographischer Wandel

Alterung der Bevölkerung

WHO, 2002

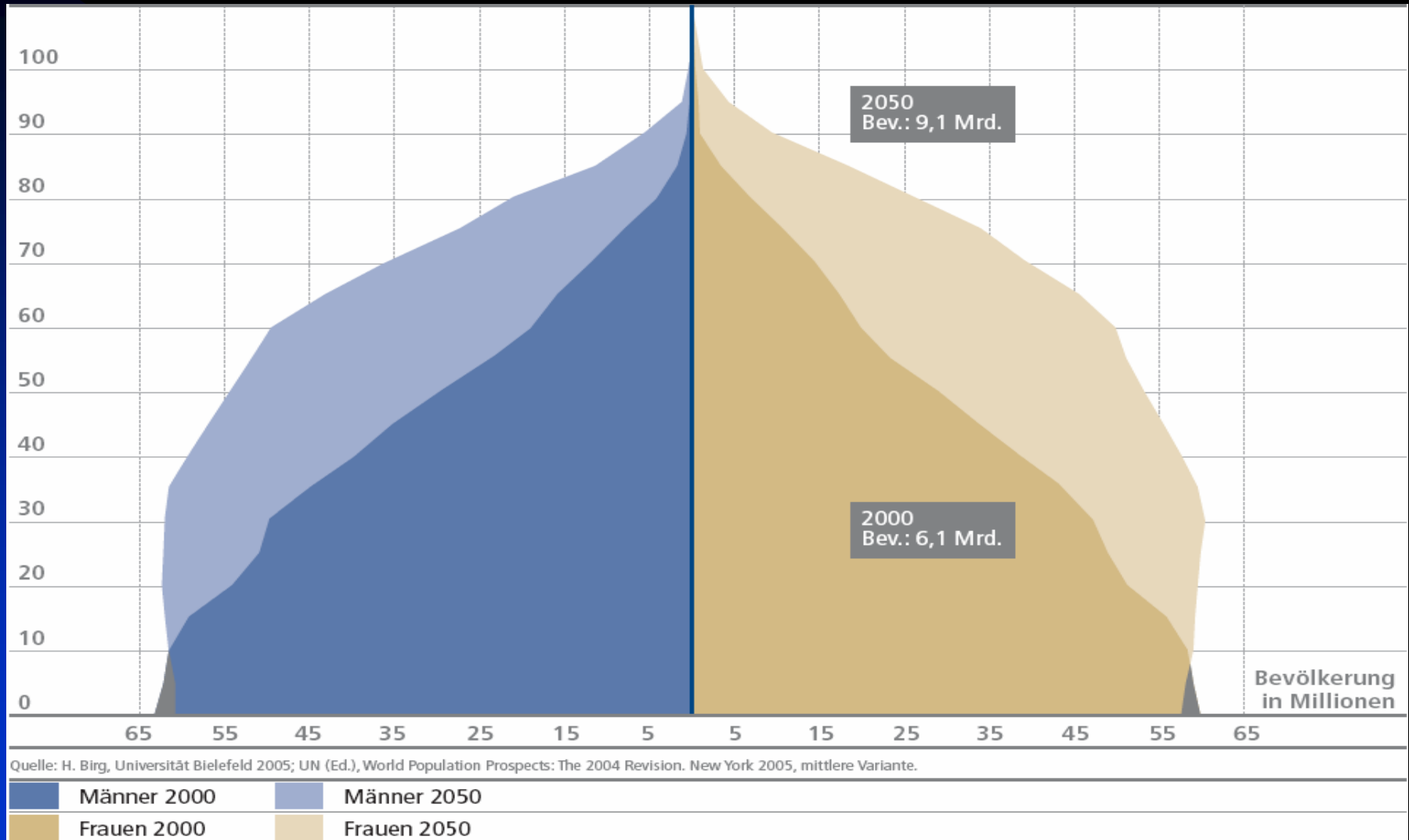


5 demografische Unsicherheitsfaktoren.....

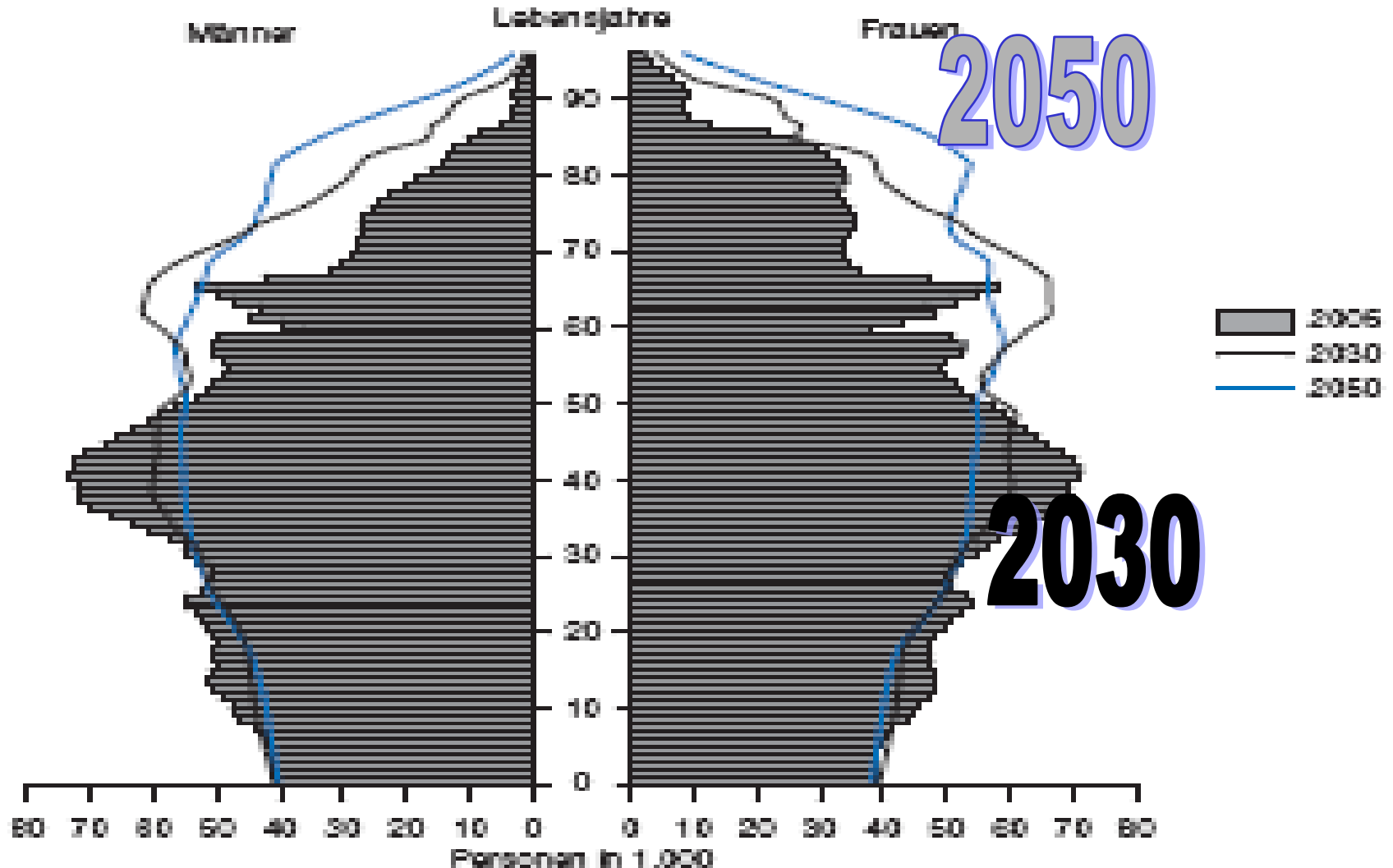
- u Zunahme der Lebenserwartung
- u Migration
- u Geburtenrate
- u Altersprofil der Pflegebedürftigen
- u Anforderungen an BetreuerInnen

Working Group Demographie Weltstadt Medizin Wien, 2004

Weltbevölkerungspyramide im Jahr 2000 und 2050

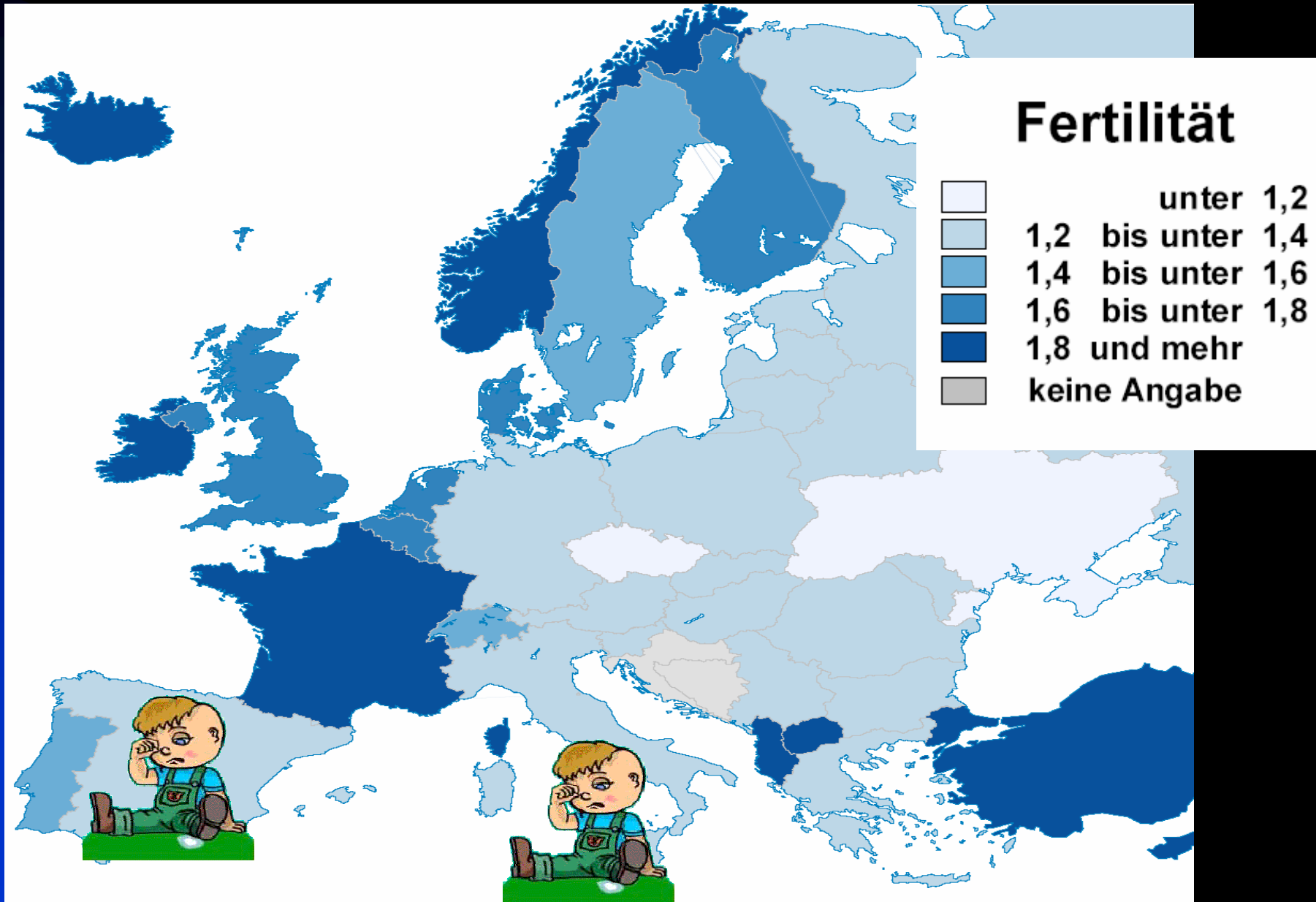


Bevölkerungspyramide in Österreich 2005, 2030 und 2050



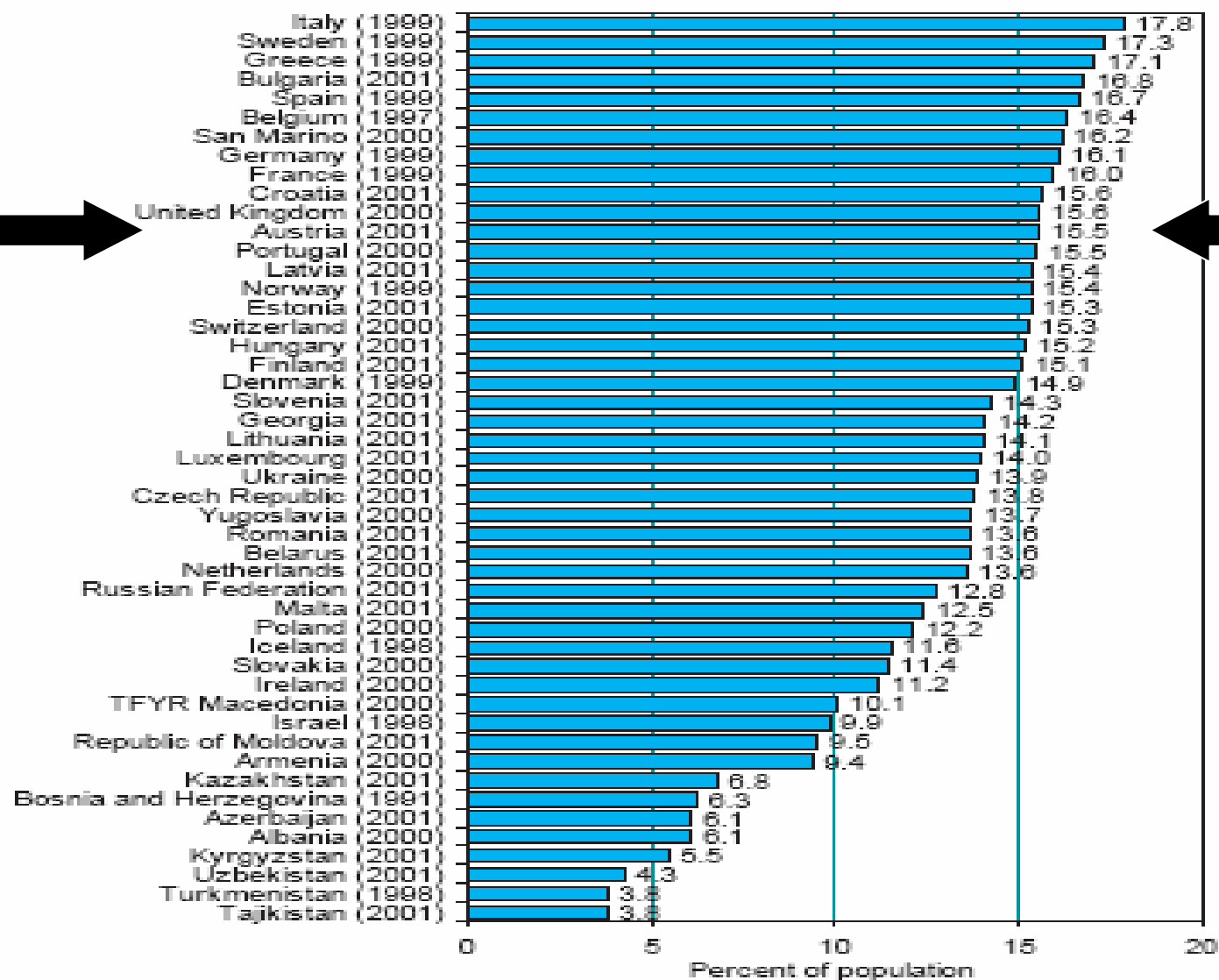
Zusammengefasste Geburtenziffern in Europa

Quelle : Council of Europe 2002



Ältere Population ≥ 65 Jahre (% der Population)

Old population, 65 years and over



Demographie

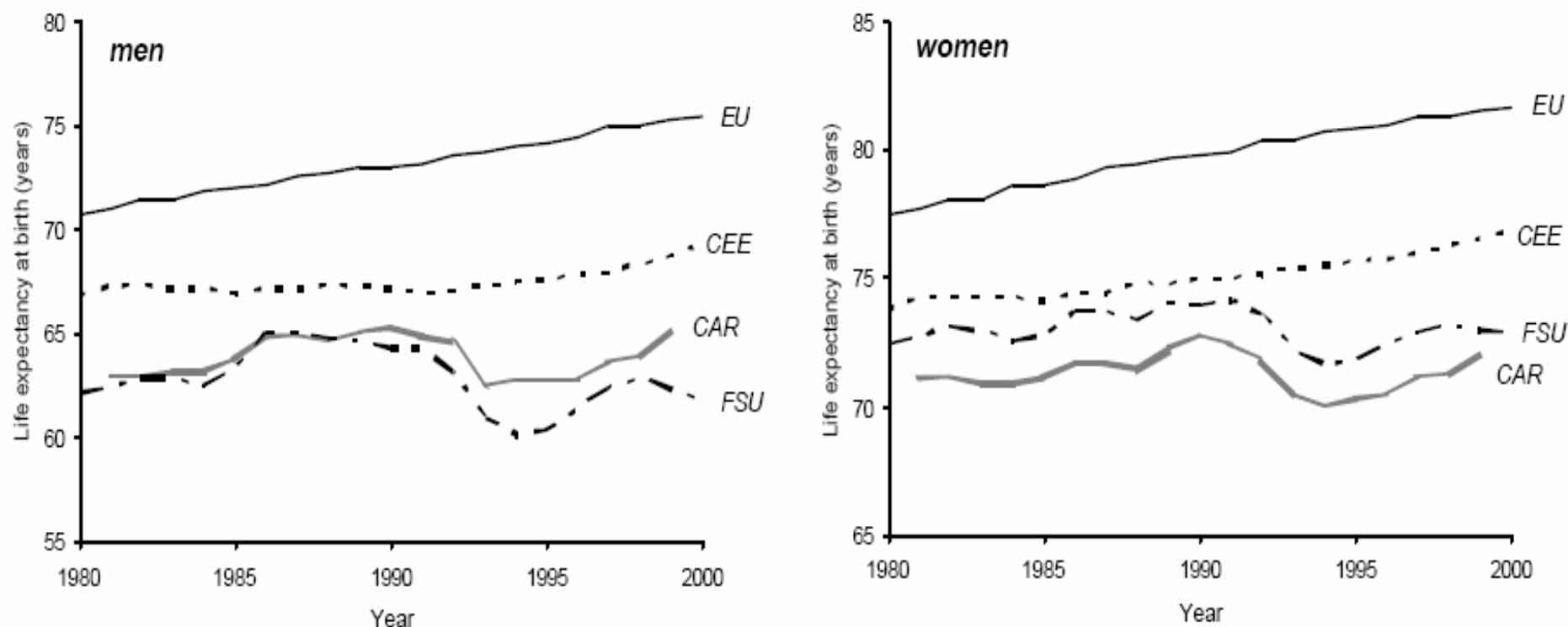
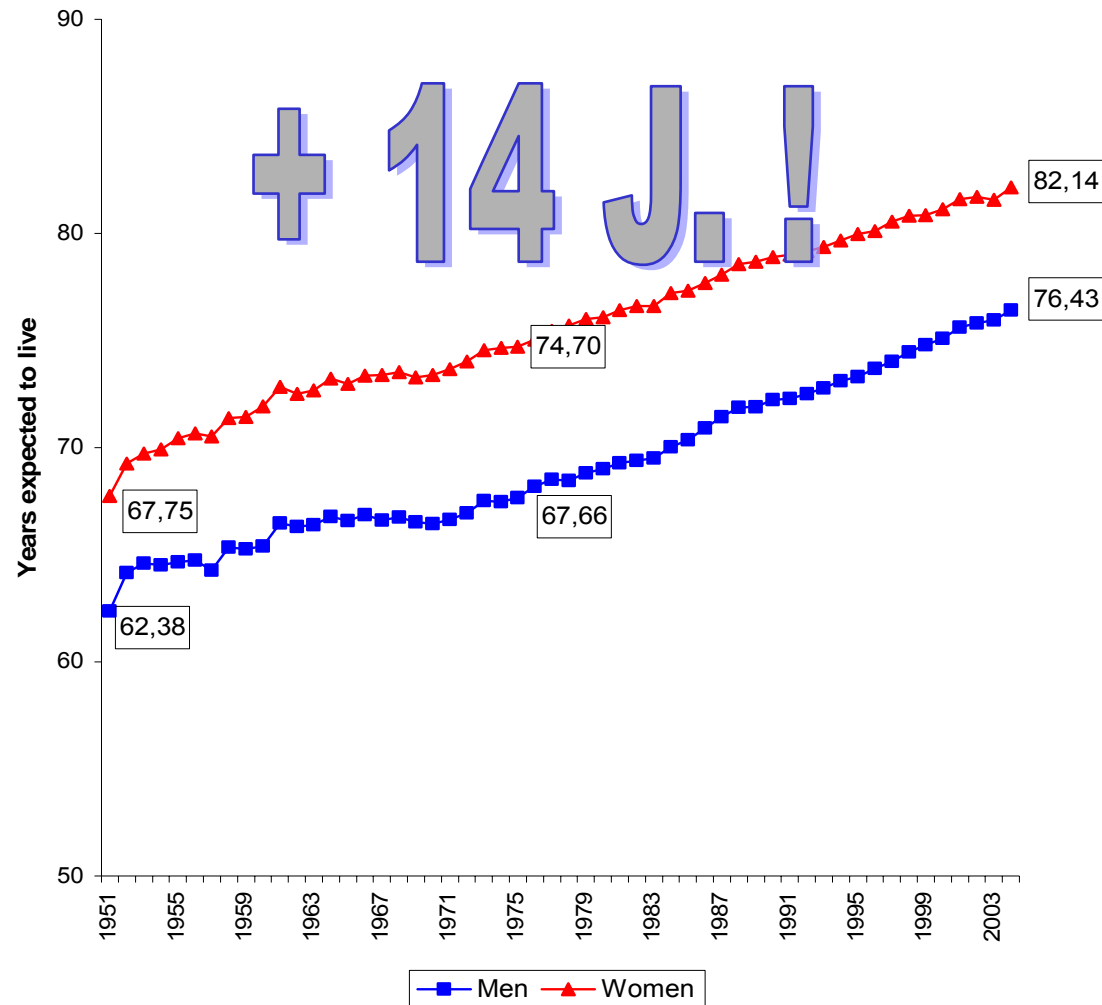


Figure 1 Trends in life expectancy at birth in Europe, 1980-2000 [adapted from (6)]

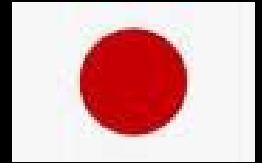
Lebenserwartung in Österreich von 1951 bis 2005



Lebenserwartung 2003- Männer



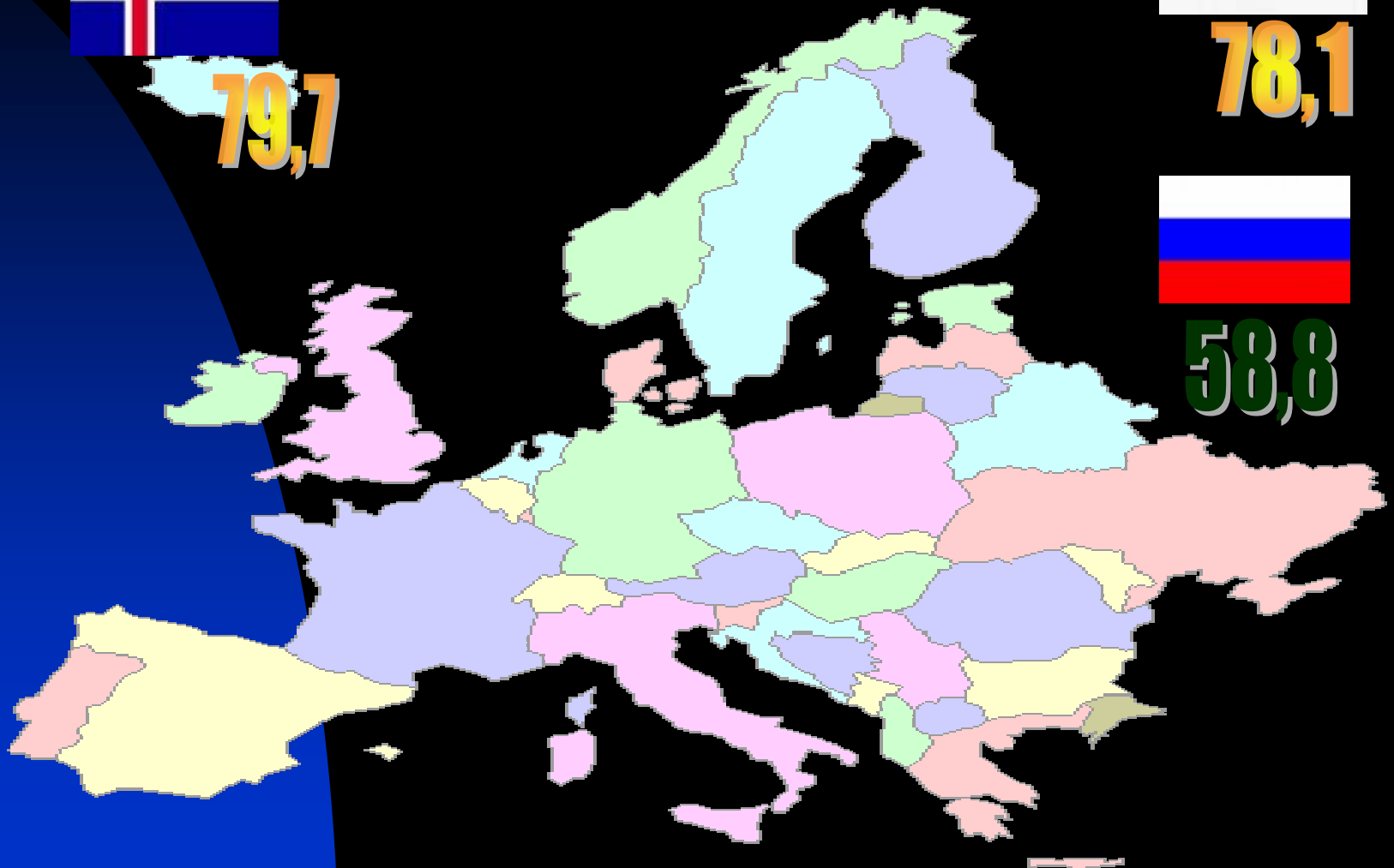
79,7



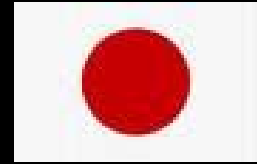
78,1



58,8



Lebenserwartung 2003- Frauen



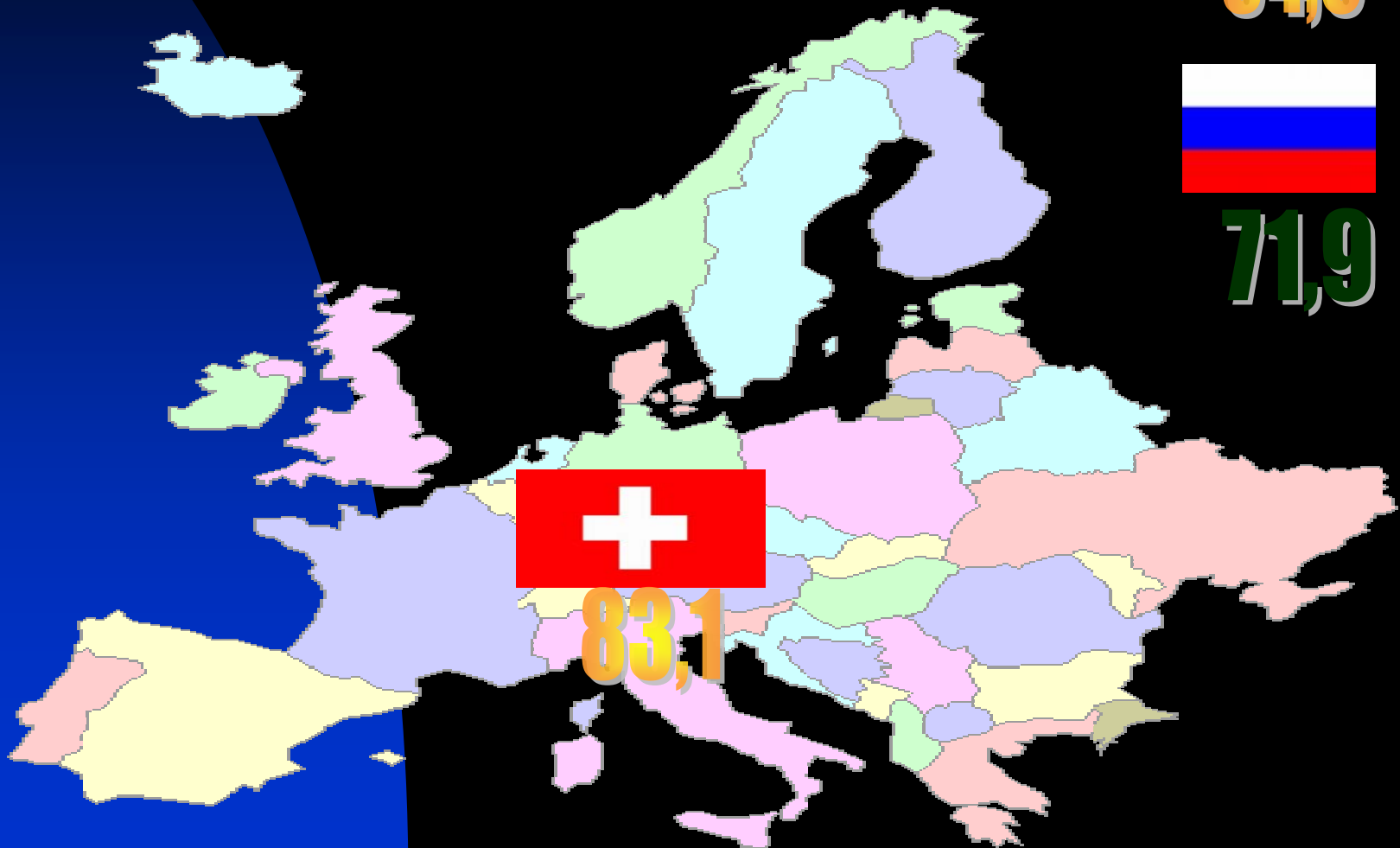
84,9



71,9



83,1



Trends in Österreich

- n Rückgang der Sterberaten bei den Älteren (Seit 1970)
- n Anzahl älterer Menschen wird in den nächsten Jahrzehnten um eine Million ansteigen

Mortalität & Krankheit

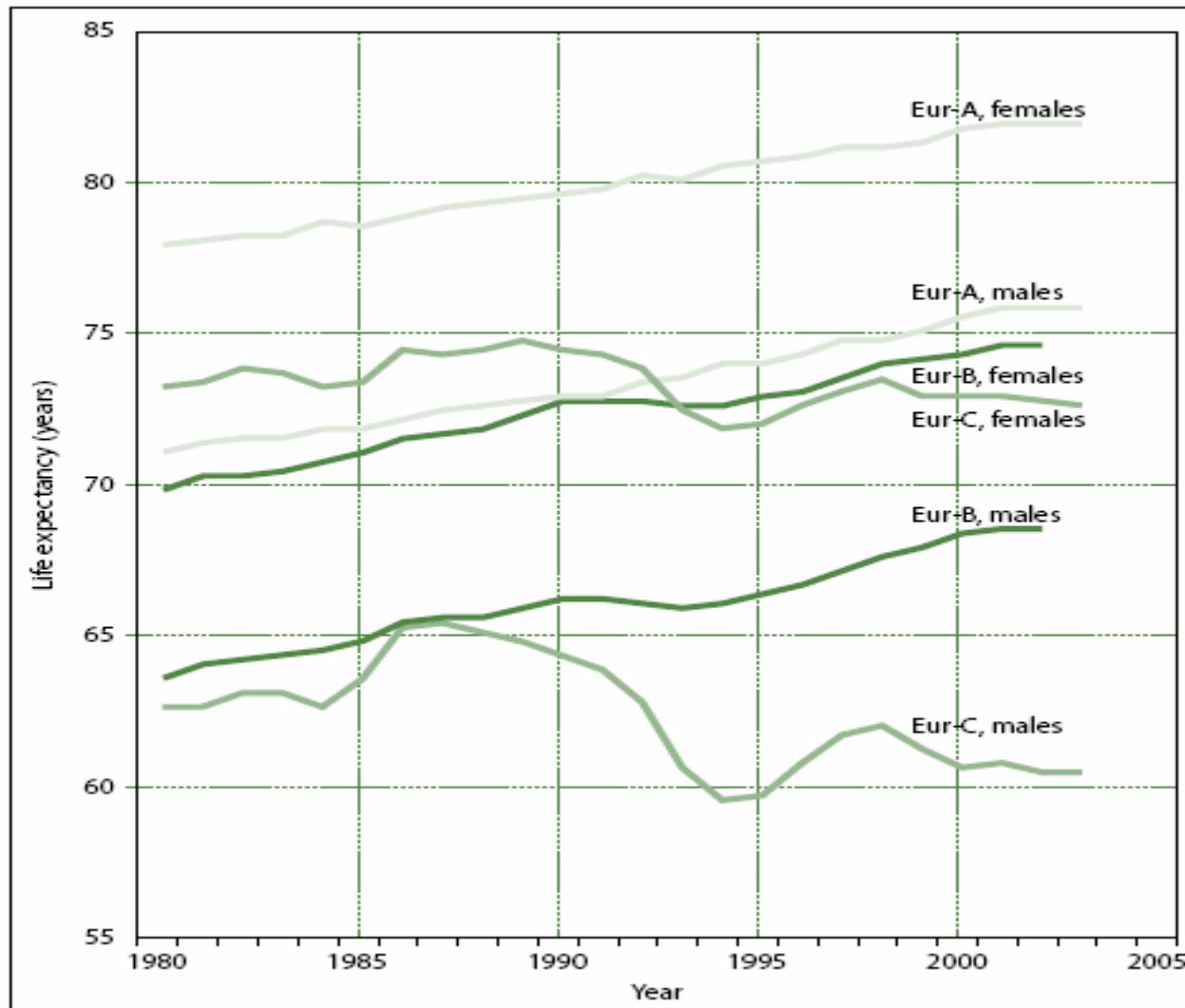
WHO "European Health Report 2005"

Epidemiologisch unterteilte Regionen der WHO Europäische Region:

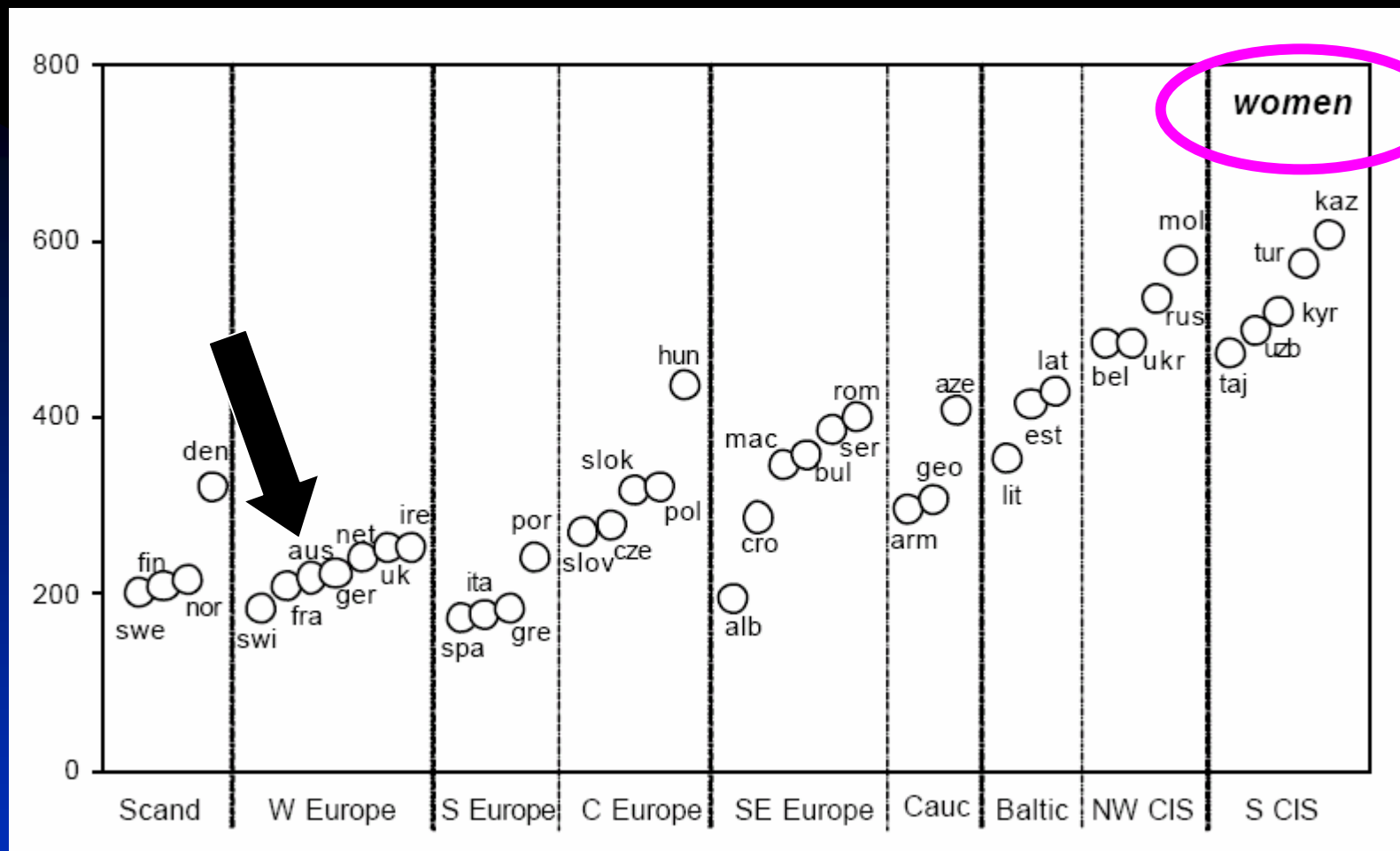
- n Eur-A: 27 Länder mit sehr niedriger Mortalität von Kindern und Erwachsenen** (Andorra, Austria, Belgium, Croatia, Cyprus, Czech Rep., Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, the Netherlands, Norway, Portugal, San Marino, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, UK)
- n Eur-B: 16 Länder mit niedriger Mortalität von Kindern und Erwachsenen** Albania, Armenia, Azerbaijan, Bosnia & Herz., Bulgaria, Georgia, Kyrgyzstan, Poland, Romania, Serbia & Monteneg., Slovakia, Tajikistan, form. Yugosl. Rep. of Mac., Turkey, Turkmenistan, Uzbekistan)
- n Eur-C: 9 Länder mit niedriger Mortalität von Kindern und hoher Mortalität von Erwachsenen** (Belarus, Estonia, Hungary, Kazakhstan, Latvia, Lithuania, Rep. of Moldova, Russian Federation, Ukraine)

WHO "European Health Report 2005"

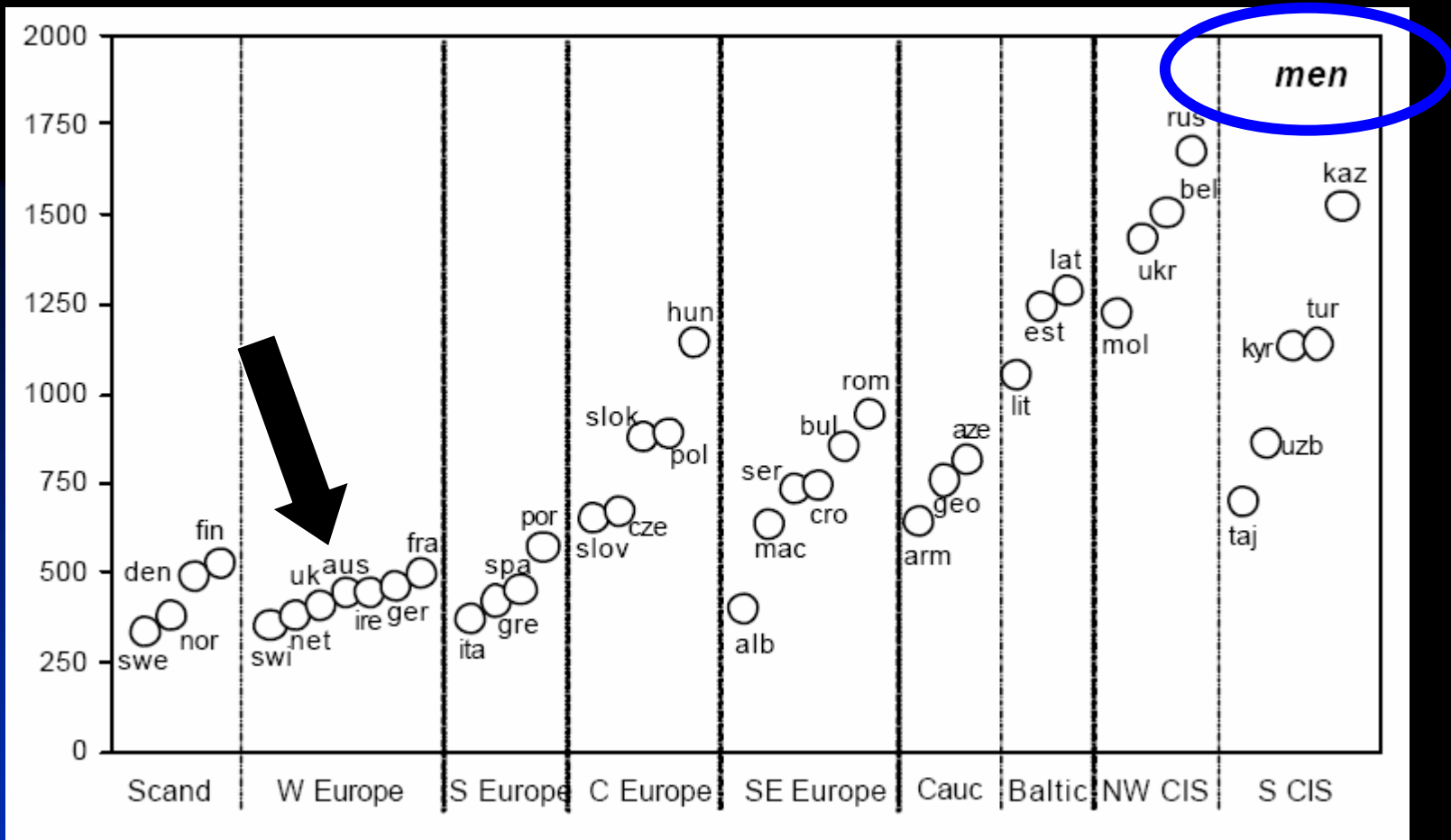
Lebenserwartung
bei Geburt, nach
Geschlecht und
Land, 1980-2003



Source: European health
for all database (3).



Age-standardised death rates from all causes among adults aged 25-64 years, by sub-region (1999)



Age-standardised death rates from all causes among adults aged 25-64 years, by sub-region (1999)

WHO "European Health Report 2005"

Mortality
from ischaemic
heart disease: levels,
ranges and trends in
the WHO European
Region

Country group	Deaths per 100 000, 2002		Change in 1990–2002 (%)
	Average levels	Country range (lowest– highest)	
Eur-A			
Total	95.86	64–179	–27.9
Females	66.13	44–134	–26.4
Males	135.39	88–210	–29.6
Eur-B			
Total	249.12	108–424	9.4
Females	200.92	75–351	15.3
Males	310.88	142–515	3.9
Eur-C			
Total	418.15	222–592	29.6
Females	309.03	171–517	23.2
Males	590.24	293–718	32.1

Source: European health
for all database (3).

WHO "European Health Report 2005"

Country group	Deaths per 100 000, 2002		Change in 1990–2002 (%)
	Average levels	Country range (lowest–highest)	
Eur-A			
Total	61.15	54–145	–32.3
Females	55.71	49–126	–32.4
Males	68.05	60–173	–32.8
Eur-B			
Total	153.04	88–272	7.1
Females	139.62	73–247	6.7
Males	168.85	109–298	6.3
Eur-C			
Total	258.11	122–307	16.6
Females	227.12	112–270	12.6
Males	302.66	137–359	17.5

Mortality from cerebrovascular disease: levels, ranges and trends in the WHO European Region

Source: European health for all database (3).

WHO "European Health Report 2005"

Country group	Deaths per 100 000, 2002		Change in 1990–2002 (%)
	Average levels	Country range (lowest–highest)	
Eur-A			
Total	20.2	14–29	–24.2
Females	13.0	5–45	–12.6
Males	32.5	14–49	–31.4
Eur-B			
Total	26.4	7–95	–23.3
Females	17.7	6–82	–22.6
Males	39.3	9–164	–23.9
Eur-C			
Total	34.8	11–53	–12.1
Females	16.6	5–40	–28.6
Males	69.6	23–105	–6.7

Mortality from chronic respiratory diseases: levels, ranges and trends in the WHO European Region

Source: European health for all database (3).

WHO "European Health Report 2005"

Mortality from
lung cancer:
levels, ranges
and trends in the
WHO European
Region

Country group	Deaths per 100 000, 2002		Change in 1990–2002 (%)
	Average levels	Country range (lowest– highest)	
Eur-A			
Total	37.06	23–47	–7.4
Females	16.39	6–30	21.0
Males	63.88	42–88	–16.1
Eur-B			
Total	31.67	10–53	3.8
Females	11.29	4–20	13.7
Males	58.39	16–101	–6.7
Eur-C			
Total	36.23	24–63	–17.4
Females	9.28	5–32	–16.6
Males	79.16	46–112	–19.8

Source: European
health for all
database (3).

WHO "European Health Report 2005"

Indicators of the status & determinants of child health 2002

country	Mortality from all causes in children aged (years)				Mortality from specific causes, 1-19				Morbidity			
	0-1	1-4	5-14	1-19	Infectious diseases	Congenital anomalies	cancer	accidents	Incidence of:			Prev. of asthma at age 13-14(5)
									Measles, all ages (ann. ave. '98-'02)	Insulin dep. diab, 0-14	Cancer 0-14	
AUT	411.8	19.6	11.3	23.5	0.5	2.1	2.4	9.3	-	11.8	-	11.6
GERM	421.2	25.3	12.3	23.1	0.8	1.7	3.0	8.2	-	12.2	128.7	13.8
SLO	627.2	43.9	22.8	33.1	0.5	2.1	5.1	13.1	2.0	9.2	131.5	-
UK	571.2	27.2	13.0	23.8	1.3	1.7	3.3	6.3	0.2	18.9	121.0	32.2

pro 100 000 der relevanten Population

Rieder, 2006

WHO "European Health Report 2005"

"deutliche Kontraste"

n Die reichsten und meist entwickelten Europäischen Länder fallen unter die gesündesten im Sinne der Lebenserwartung, später Entstehung von Krankheiten und Invalidität, und besserer Lebensqualität.

Aber ...

n die Region enthält auch arme Länder die noch immer mit schweren Krankheiten unter den jüngeren Populationen kämpfen.

n Diese Länder tragen eine doppelte Belastung durch Krankheit: es fehlen die höher Mittel die Belastung von herkömmliche infektiöse Krankheiten und Verletzungen zu Kontrollieren, während sie schon die Belastung der „modernen“ nicht übertragbaren Krankheiten tragen

WHO "European Health Report 2005"

- WHO Europäische Region – bewegt sich in Richtung niedrige Fertilität und niedrige frühzeitige Mortalität
Aber
- Unterschiede zwischen, und innerhalb Länder sind größer
- Ost-West Gefälle in Lebenserwartung und Sozio-ökonomisch bedingter Mortalität ist in vielen Ländern gestiegen
- Bekannte und realisierbare Public Health Interventionen können verlorene Lebensjahre bedingt durch Krankheit und frühzeitigem Tod reduzieren
- Interventionen gegen die 7 Hauptrisikofaktoren – könnten zum Großteil die 7 Hauptkrankheiten verhindern.
- Grund für Handlung um diese Risiken zu minimieren

Risikofaktoren

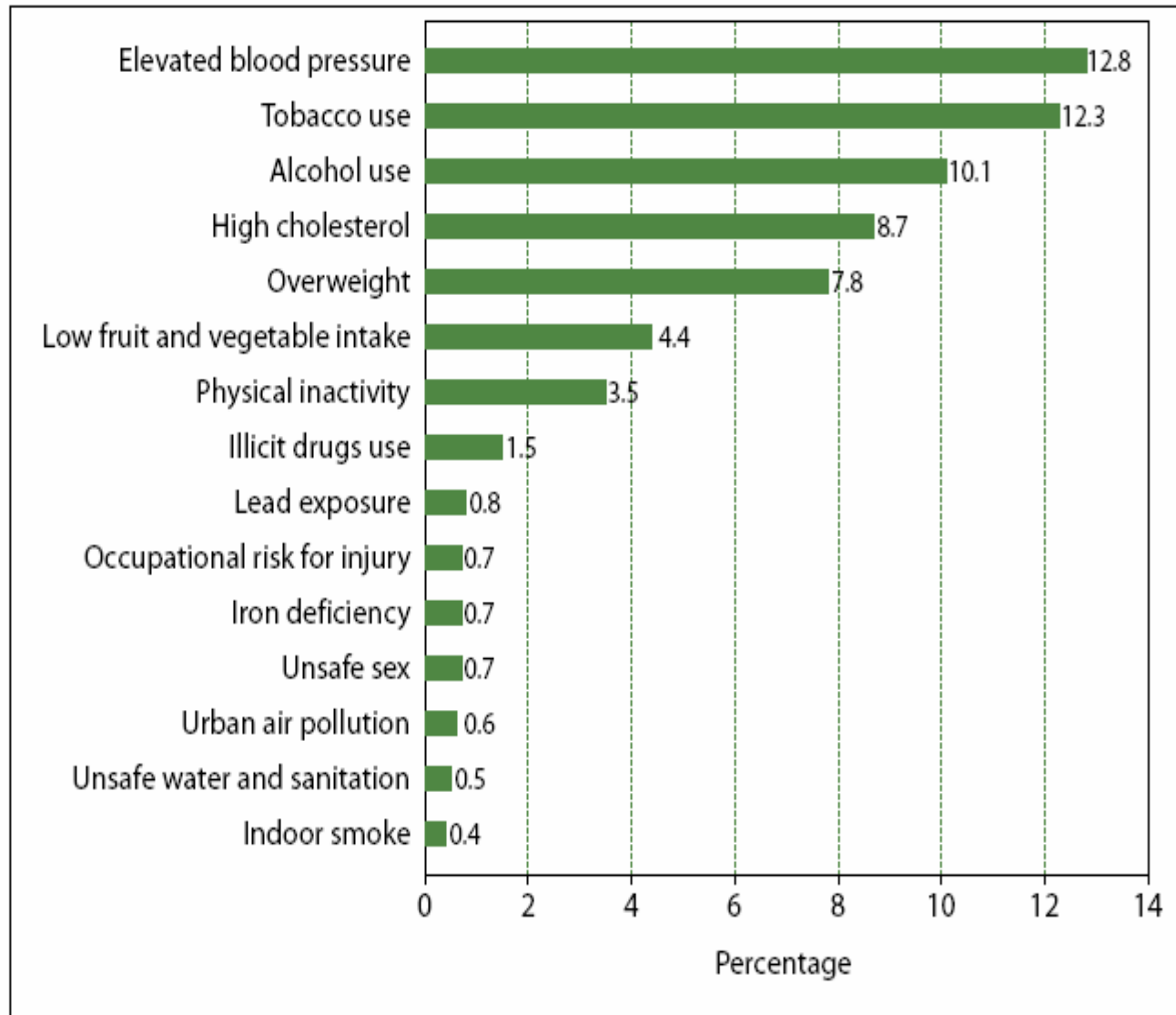
WHO "European Health Report 2005"

. Proportions of total DALYs that can be attributed to the leading 15 known risk factors in the WHO European Region, 2000

DALY = Disability Adjusted Life Years

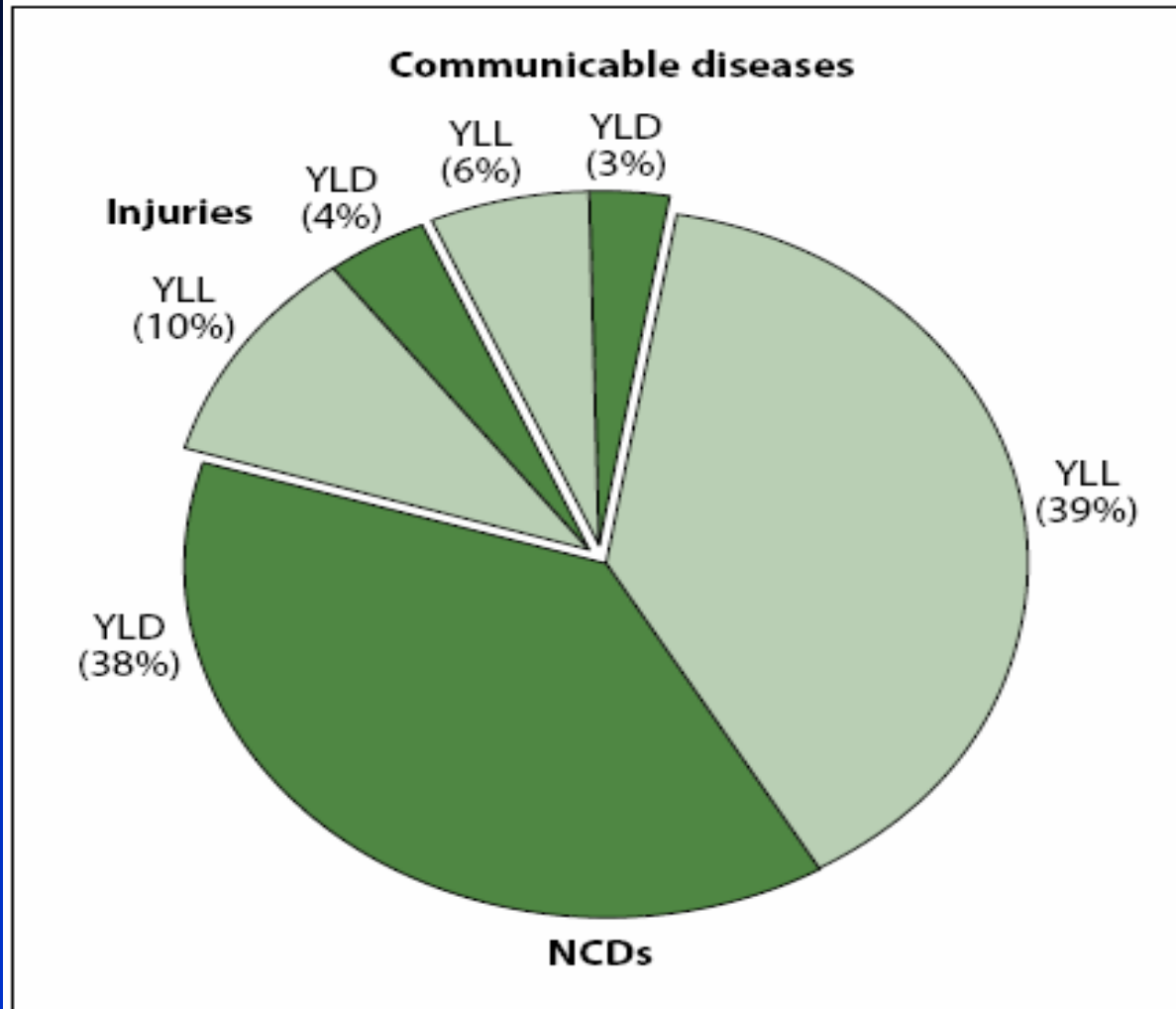
The sum of years of potential life lost due to premature mortality and the years of productive life lost due to disability

Source: data from *The world health report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life* (20).



WHO "European Health Report 2005"

Proportional burden of disease in the WHO European Region, 2002



YLD = Years Lived with Disability

YLL = Years of Life Lost

$DALY = YLD + YLL$

Deaths and DALYs attributable to the 10 leading causes in the WHO European Region, 2002

DEATHS		total deaths	% of total	DALYs		total deaths	% of total
--------	--	-----------------	---------------	-------	--	-----------------	---------------

AUSTRIA	All causes	70 450	100.0	All causes	969 681	100.0
	1. Ischaemic heart disease	15 418	21.9	1. Unipolar depressive disorders	95 118	9.8
	2. Cerebrovascular disease	7 559	10.7	2. Ischaemic heart disease	79 989	8.2
	3. Trachea, bronchus and lung cancer	3 170	4.5	3. Cerebrovascular disease	49 230	5.1
	4. Colon and rectum cancer	2 531	3.6	4. Alcohol-use disorders	48 850	5.0
	5. Chronic obstructive pulmonary disease	2 122	3.0	5. Hearing loss, adult onset	36 543	3.8
	6. Cirrhosis of the liver	1 758	2.5	6. Alzheimer's and other dementias	34 102	3.5
	7. Breast cancer	1 633	2.3	7. Chronic obstructive pulmonary disease	30 652	3.2
	8. Self-inflicted injuries	1 476	2.1	8. Trachea, bronchus and lung cancer	26 882	2.8
	9. Diabetes mellitus	1 428	2.0	9. Self-inflicted injuries	26 204	2.7
	10. Hypertensive heart disease	1 247	1.8	10. Cirrhosis of the liver	95 118	9.8

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

Shares of total deaths and DALYs attributable to 10 leading risk factors in the AHO European Region, 2002

	DEATHS	% of total	DALYs	% of total
AUSTRIA	1. High blood pressure	22.8	1. Tobacco	11.0
	2. Tobacco	15.8	2. Alcohol	9.2
	3. High cholesterol	14.3	3. High blood pressure	8.9
	4. High BMI	9.6	4. High BMI	6.7
	5. Physical inactivity	6.0	5. High cholesterol	6.6
	6. Low fruit and vegetable intake	4.2	6. Physical inactivity	3.0
	7. Alcohol	2.2	7. Low fruit and vegetable intake	2.2
	8. Unsafe sex	0.8	8. Illicit drugs	1.8
	9. Urban outdoor air pollution	0.5	9. Unsafe sex	1.0
	10. Illicit drugs	0.4	10. Childhood sexual abuse	0.5

WHO "European Health Report 2005"

Condition	Total DALYs (%)
1. Ischaemic heart disease	10.5
2. Unipolar depressive disorders	6.2
3. Cerebrovascular disease	7.2
4. Alcohol-use disorders	3.1
5. Chronic pulmonary disease	2.3
6. Road traffic injury	2.4
7. Lung cancer	2.2
Total	33.8

Shares of seven leading conditions in the DALY burden in the WHO European Region, 2002

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

Risk factor	Total DALYs (%)
A. High blood pressure	12.8
B. Tobacco	12.3
C. Alcohol	10.1
D. High blood cholesterol	8.7
E. Overweight	7.8
F. Low fruit and vegetable intake	4.4
G. Physical inactivity	3.5
Total	59.6

Shares of seven leading risk factors in the DALY burden in the WHO European Region, 2000

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



Sieben Risikofaktoren verursachen den Großteil der NCDs :

- Bluthochdruck
- Rauchen
- Alkohol
- hohes Cholesterin
- Übergewicht
- zu wenig Obst und Gemüse
- zu wenig Bewegung.

Um Risikofaktoren zu reduzieren – vielfältige, Zielgruppen orientierte Aktionen – um Verhaltensweise zu ändern

Problem: Cardiovascular Disease

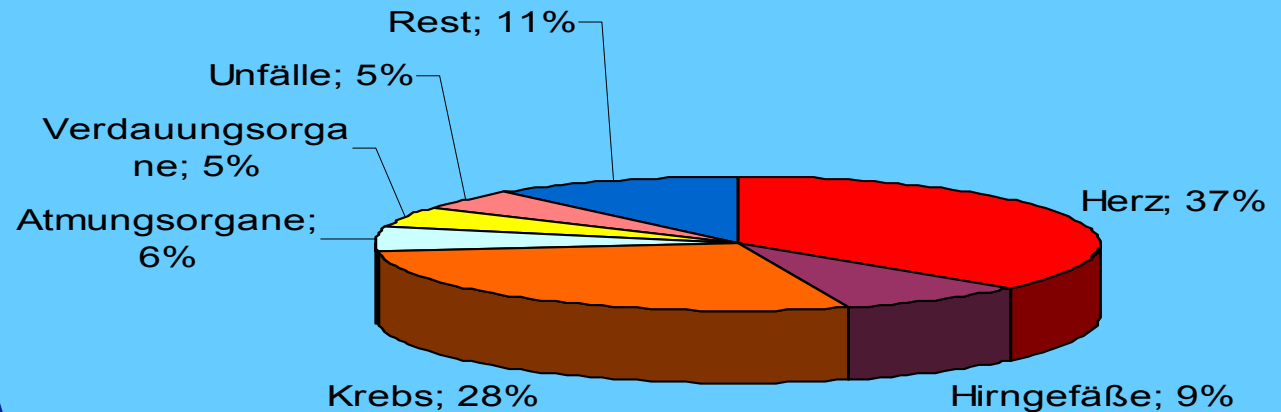
despite a decrease in death rates since 1950.

The leading cause of death in Austria!

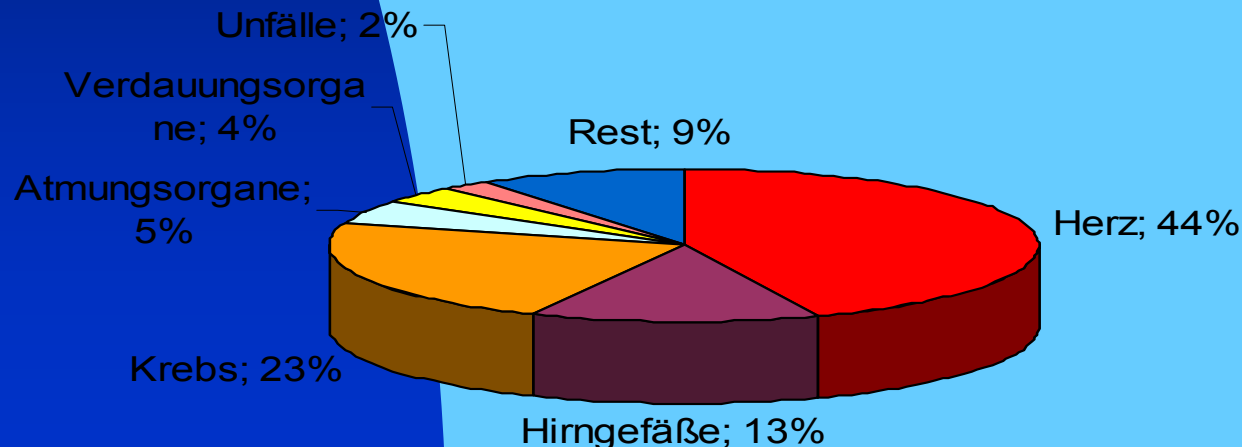


**In Österreich sind Herz- Kreislauf- Erkrankungen und
Krebserkrankungen für über 76% der Todesfälle
verantwortlich**

Todesursachen 2001 - Männer



Todesursachen 2001 - Frauen



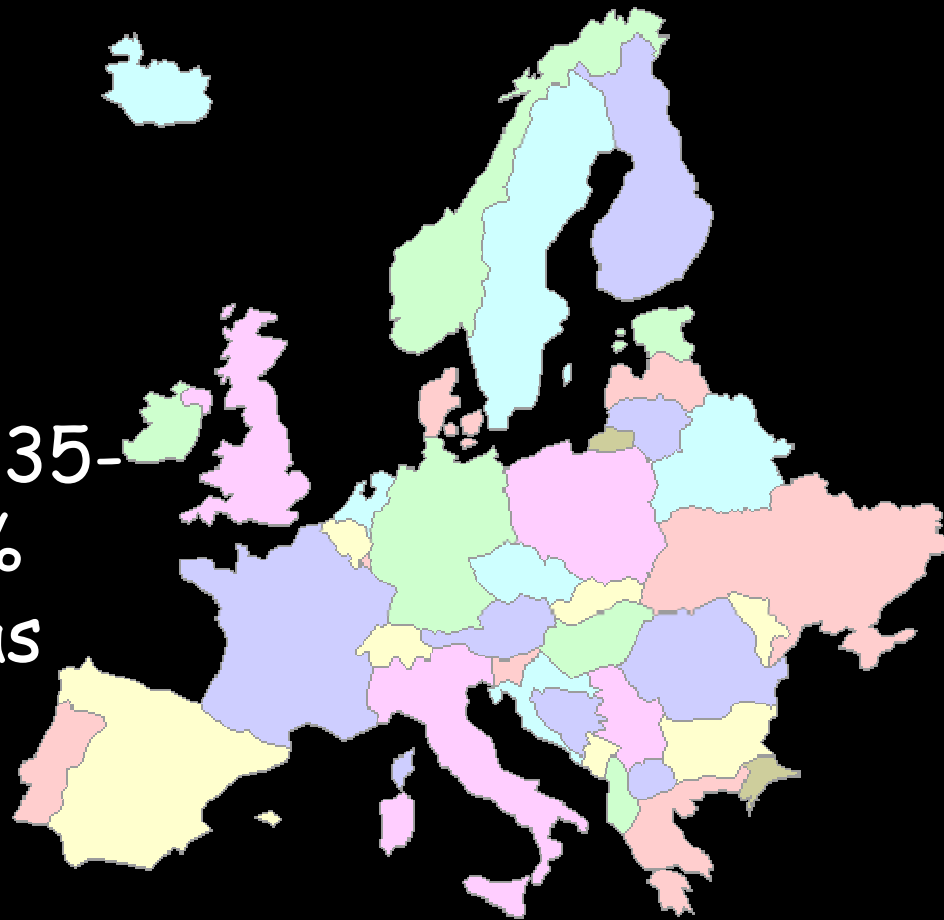


Risikofaktoren

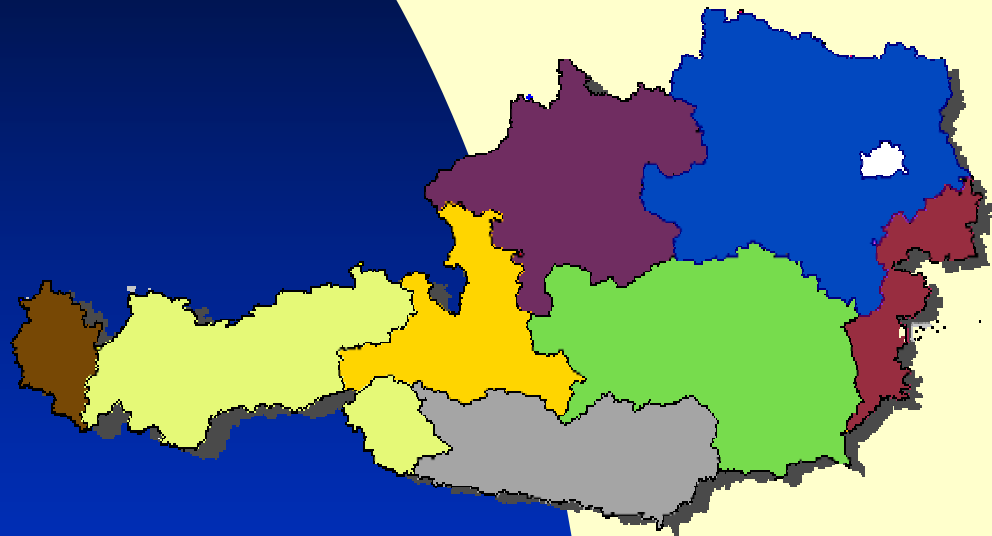
- n Hypertonie*
- n Hyperlipidämie*
- n Rauchen*
- n Diabetes mellitus*
- n Adipositas*
- n Streß*
- n orale Kontrazeption*
- n genetische Prädisposition*

"The tobacco epidemic"

- n In Europa sterben jährlich 1,2 Millionen Menschen an den Folgen des Tabakkonsums.
- n Das sind 14% aller Todesfälle.
- n In der Altersgruppe der 35- bis 69-Jährigen sind 30% aller Todesfälle durch das Rauchen bedingt.



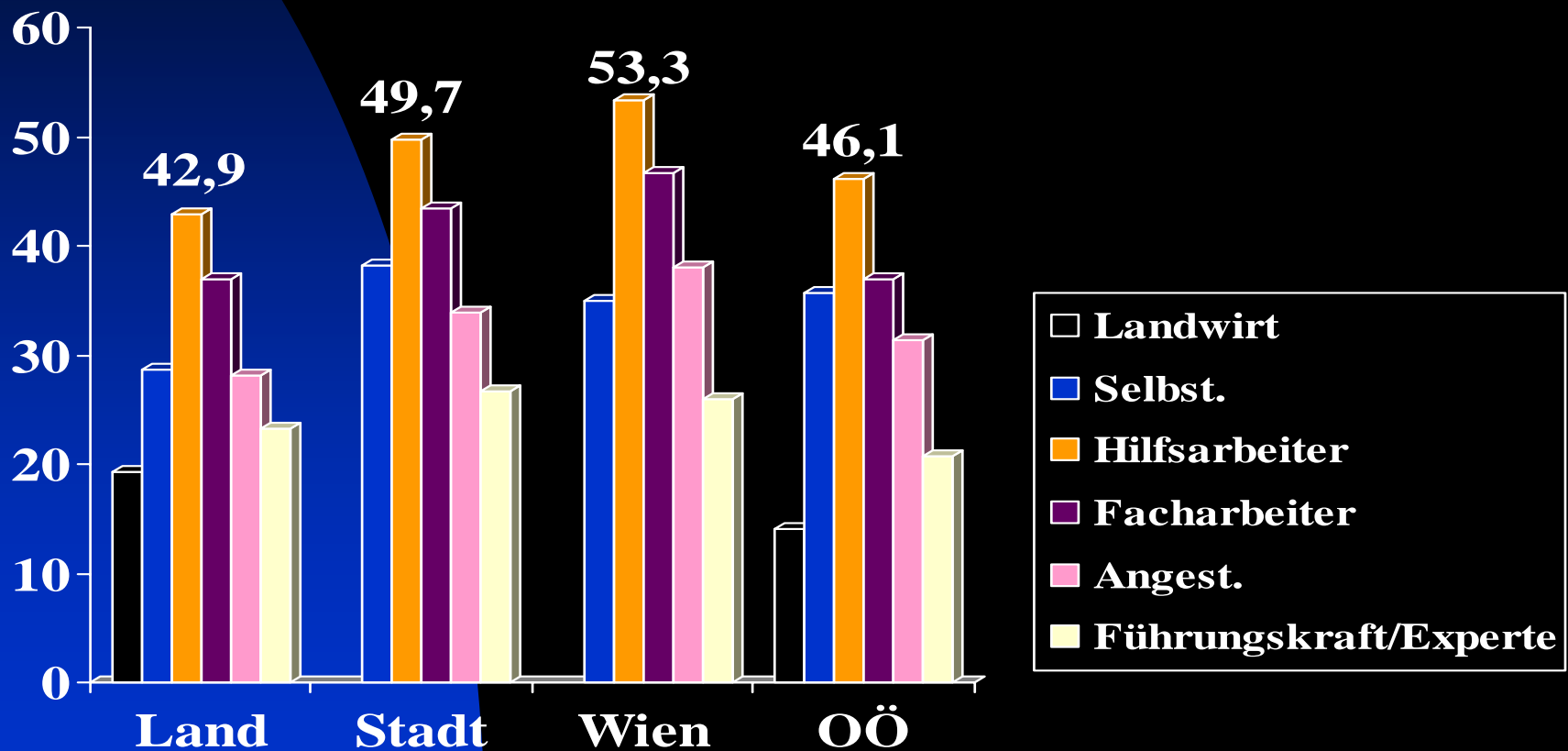
Epidemiologie des Tabakkonsums in Österreich



- n Der Anteil von RaucherInnen an der Gesamtbevölkerung lag 2000 bei 29%.
- n In Österreich rauchen rund 2,4 Millionen Menschen.
- n Jeder/jede 3. Österreicher/in ist Raucher bzw. Raucherin.
- n Mehr als die Hälfte davon möchte damit aufhören.

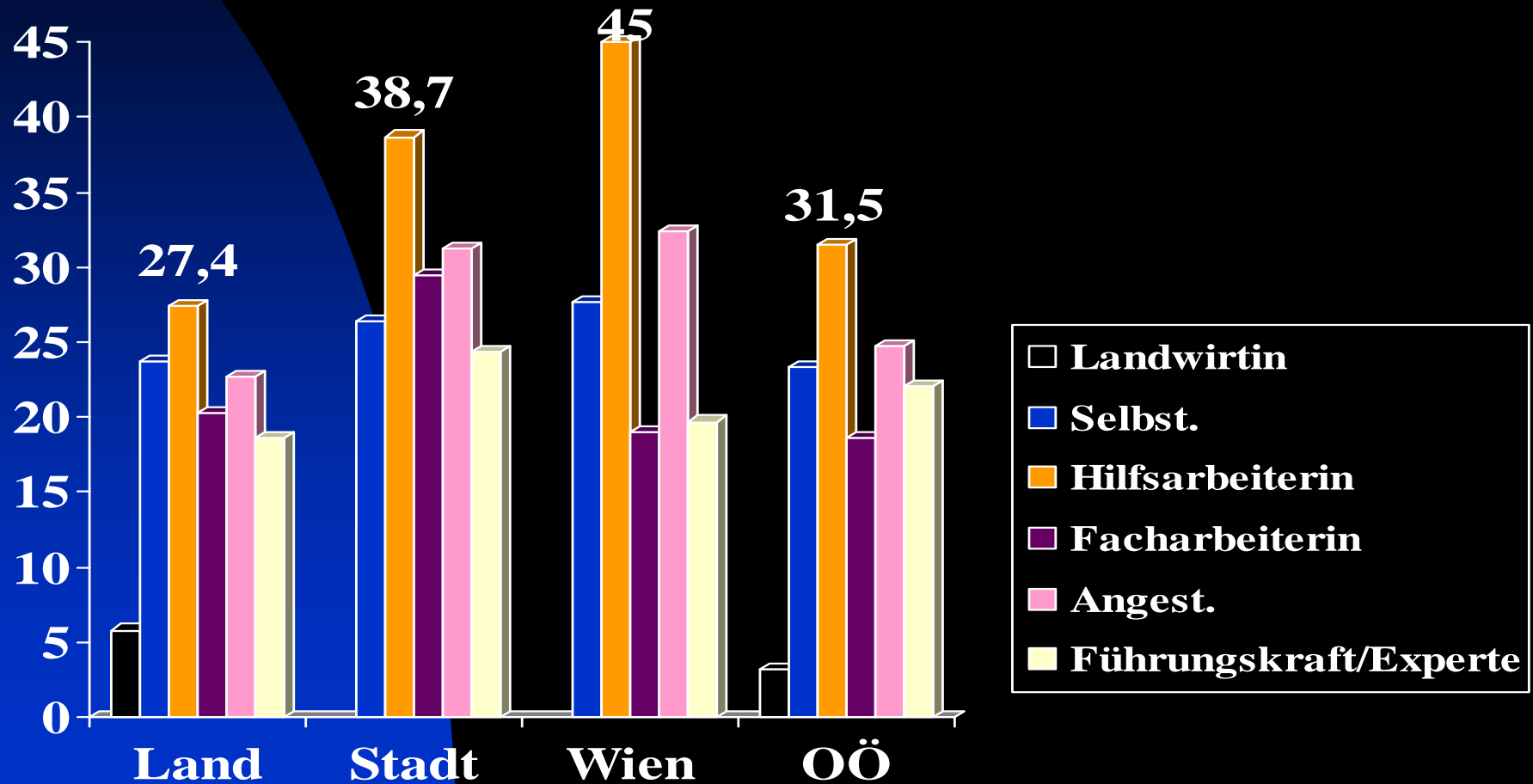
Täglicher Zigarettenkonsum

25-59jährige männliche Bevölkerung

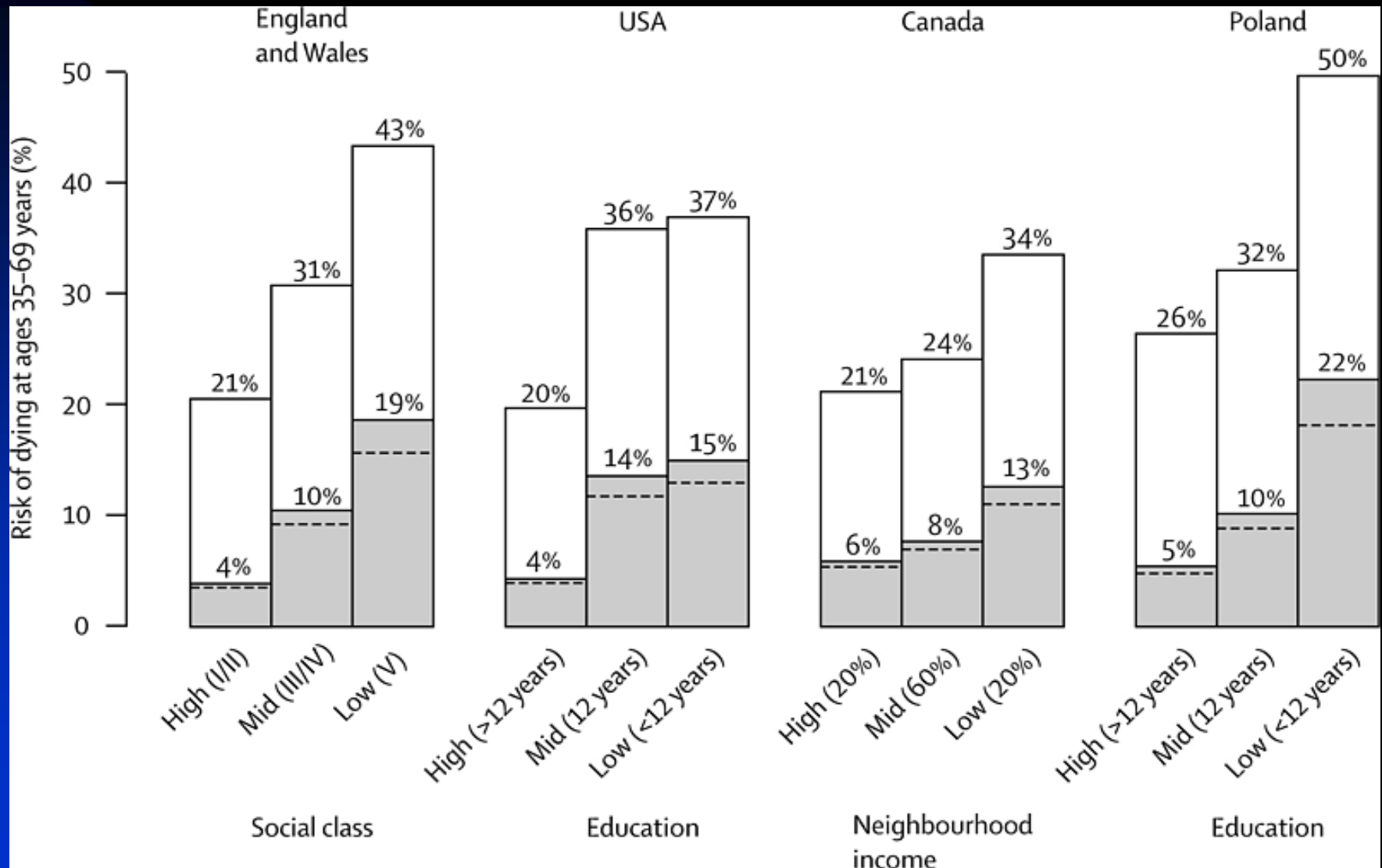


Täglicher Zigarettenkonsum

25-59jährige weibliche Bevölkerung



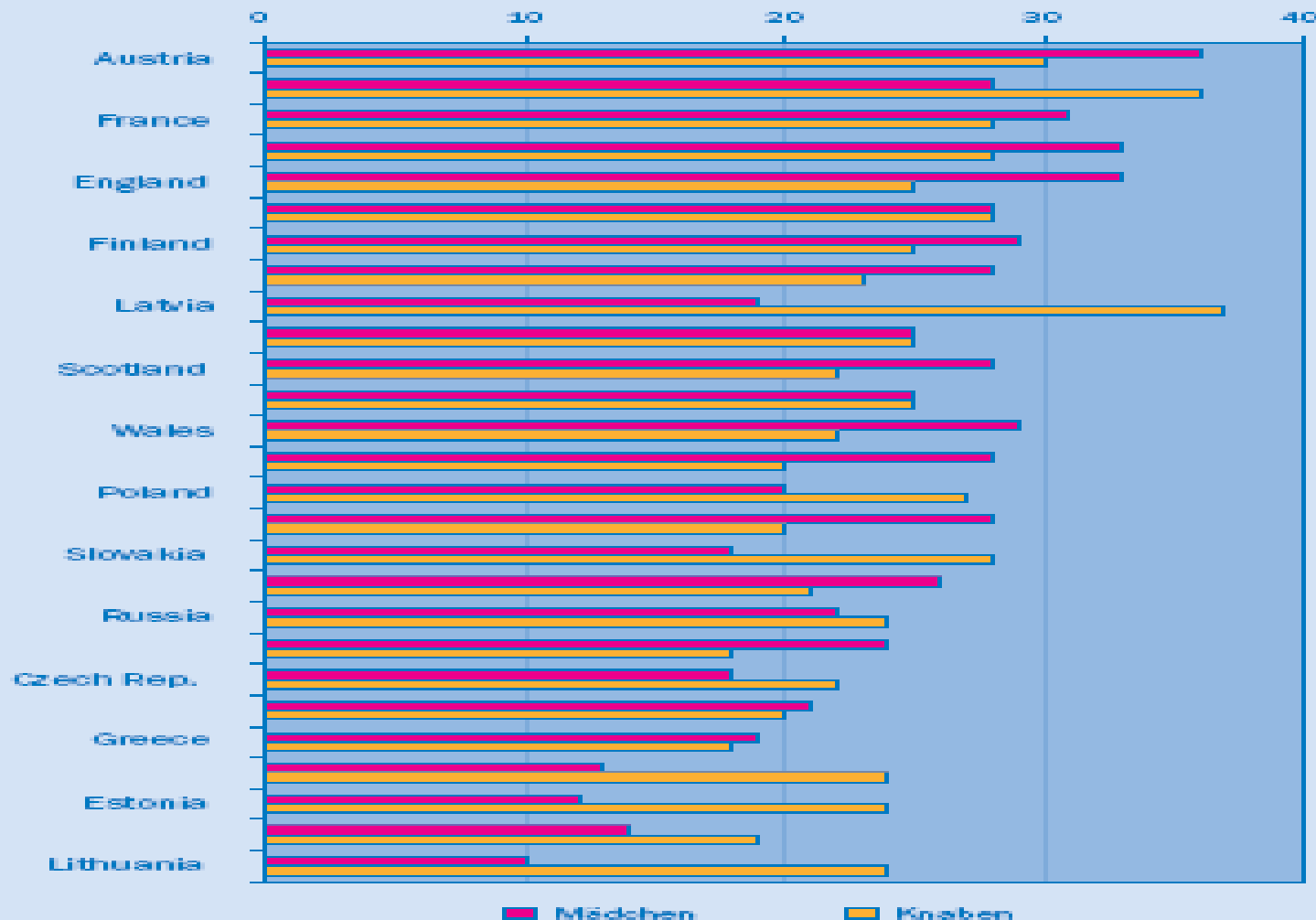
Soziale Ungleichheiten - Mortalität - Männer 1996 durch Rauchen (schattiert) und durch jeder andere Ursache



Raucherprävalenz bei den 15-jährigen Schüler/innen im internationalen Vergleich;

Anteil der 15-jährigen Schüler/innen, die „wöchentlich oder öfter rauchen“, dargestellt für die Geschlechter

Prozent

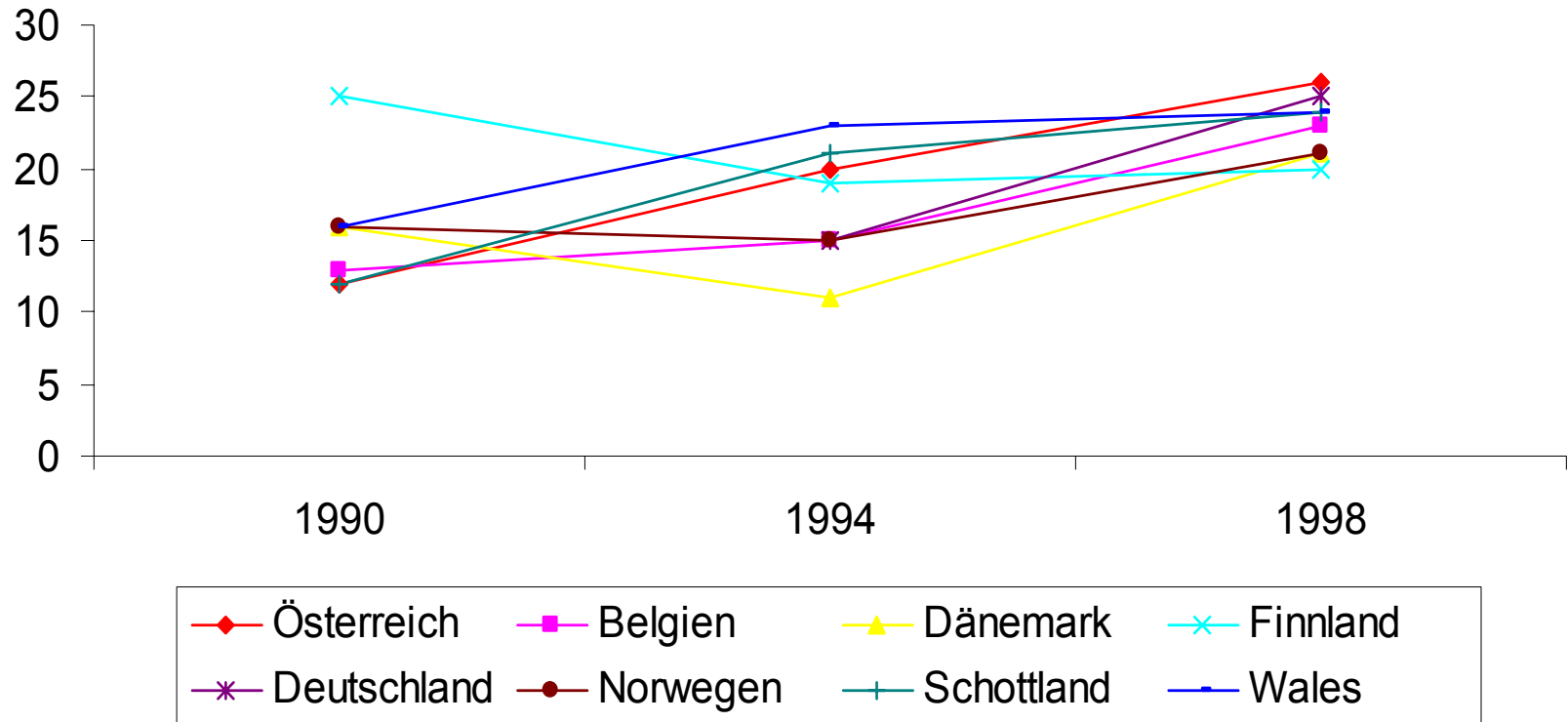


Quelle: HBSC-Survey 2001/02, Currie et al. 2004

Europaweiter Vergleich der rauchenden Jugendliche (WHO-HBSC-Survey)

Entwicklung des Anteils Raucher im Alter von 15 Jahren

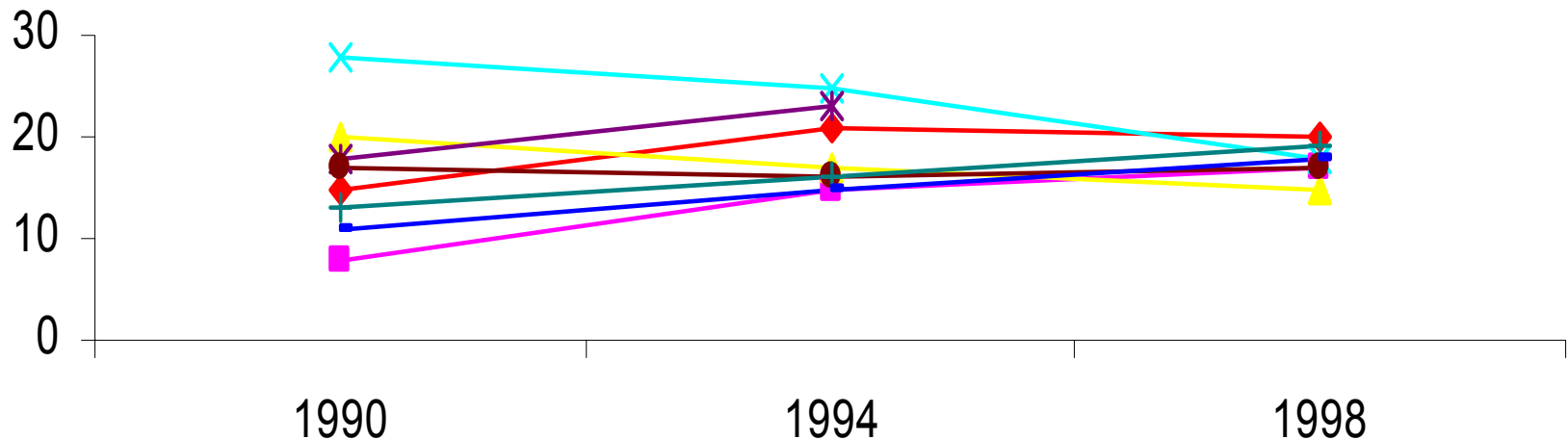
Mädchen



Europaweiter Vergleich der rauchenden Jugendliche (WHO-HBSC-Survey)

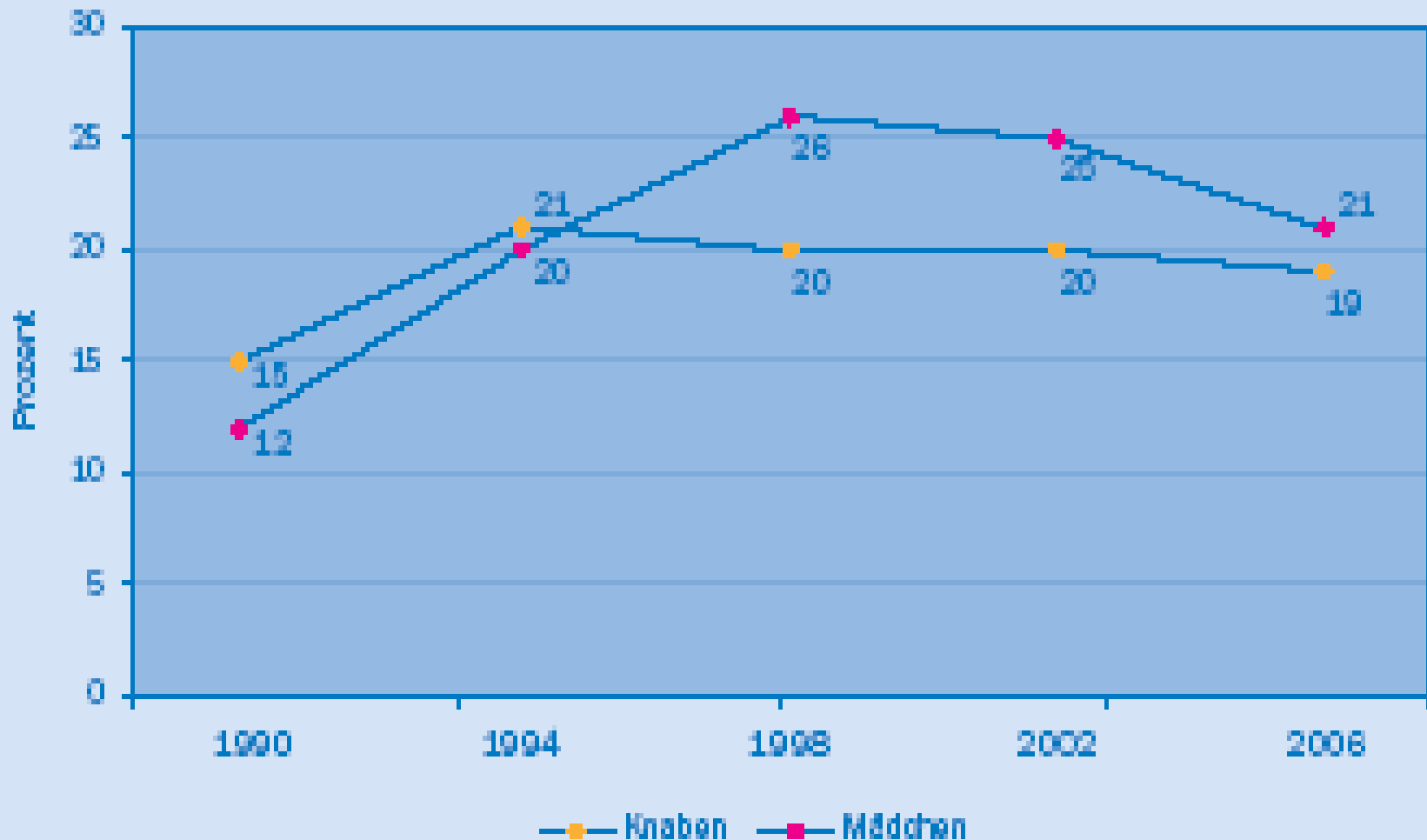
Entwicklung des Anteils Raucher im Alter von 15 Jahren

Knaben



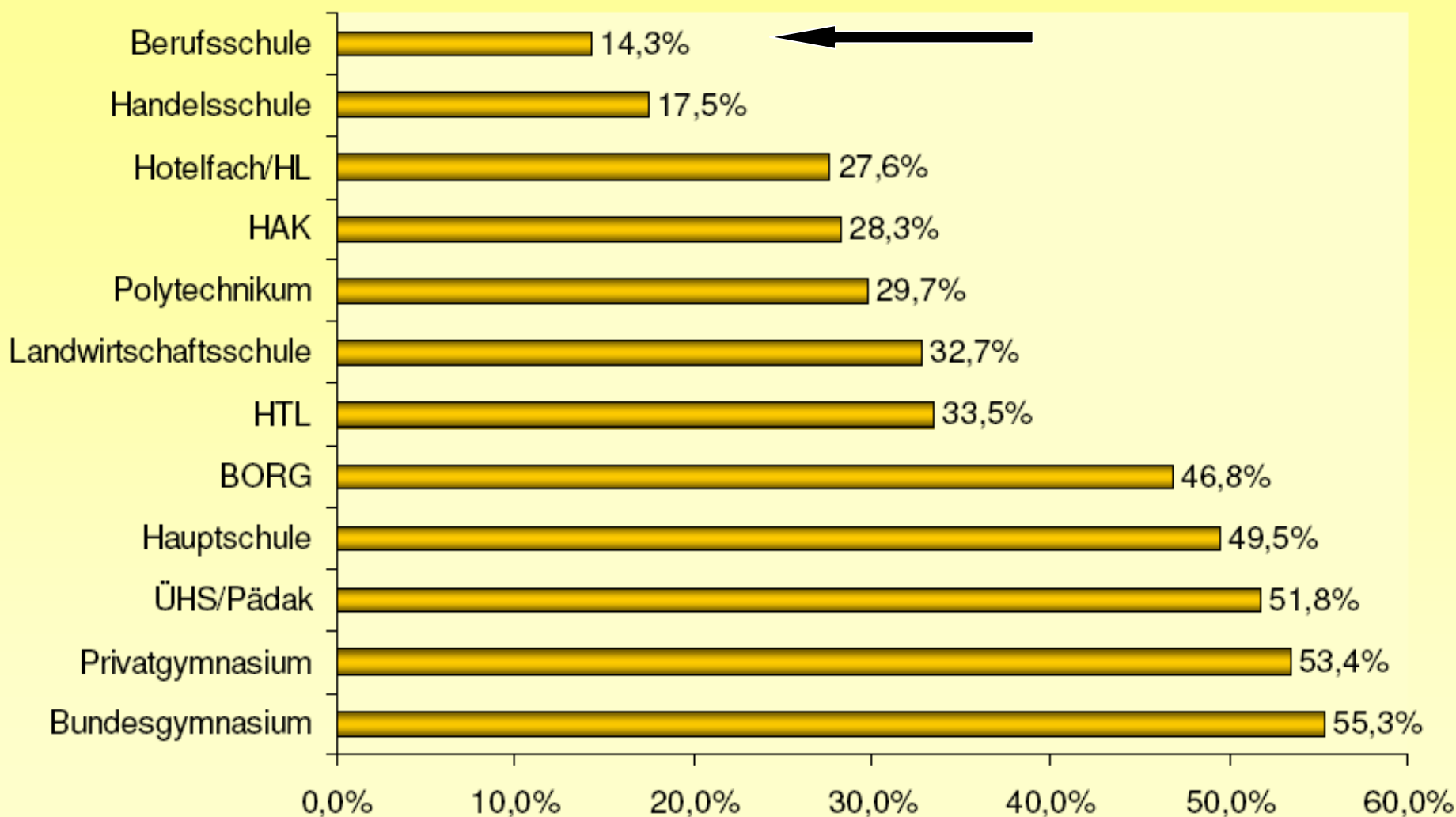
—◆— Österreich —■— Belgien —▲— Dänemark —×— Finnland
—*— Deutschland —●— Norwegen —+— Schottland —└— Wales

Anteil der 15-jährigen Schüler/innen, die „täglich rauchen“,
für 1990, 1994, 1998, 2002, 2006 für die Geschlechter (in %),



Quelle: WHO-HBSC-Survey 2001/02, Dür et al. 2006

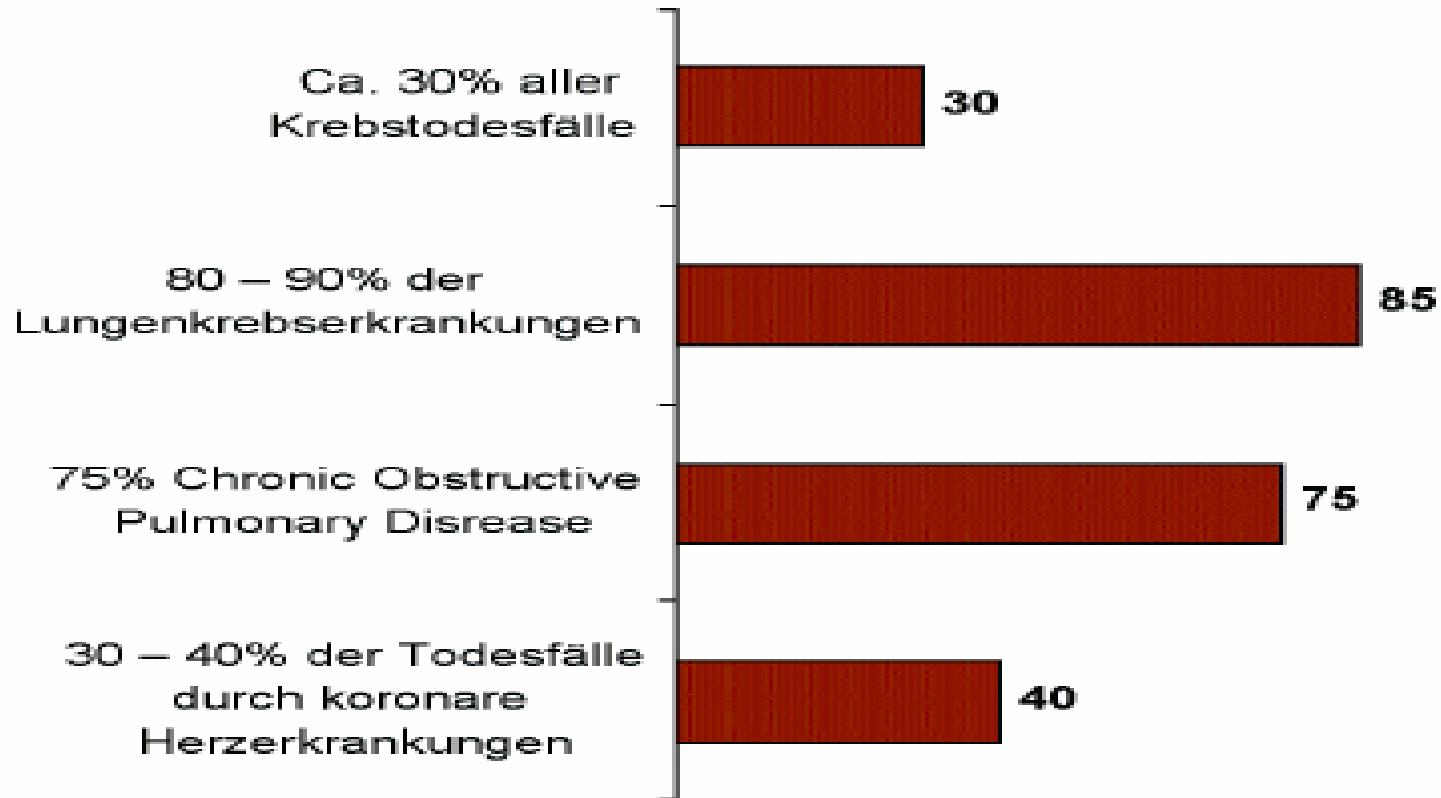
Nichtraucher nach Schultypen



Folgen des Tabakkonsums

Die Hälfte aller Raucher stirbt an tabakassoziierten Erkrankungen.

Folgeerkrankungen des Zigarettenkonsums



Nahezu jeder dritte Krebstodesfall ist auf Zigarettenkonsum zurückzuführen

Rauchen und Umweltverschmutzung

Rauchen ist die schlimmste individuelle Umweltverschmutzung und Brandgefahr:

- n Zigarettenstummel überall!
- n Die meisten Brandopfer sind durch Zigaretten verursacht.
(z.B. Mont Blanc Tunnel)

Zigarette vergessen: Frau bei Brand gestorben
Eine Frau ist am Dienstagnachmittag bei einem Wohnungsbrand in Wien-Rudolfsheim-Fünfhaus gestorben. Die Frau dürfte neben einer brennenden Zigarette eingeschlafen sein.

<http://wien.orf.at/stories/227556/>

Rauchfreie Zukunft?



BUNDESMINISTERIUM FÜR
GESUNDHEIT UND FRAUEN



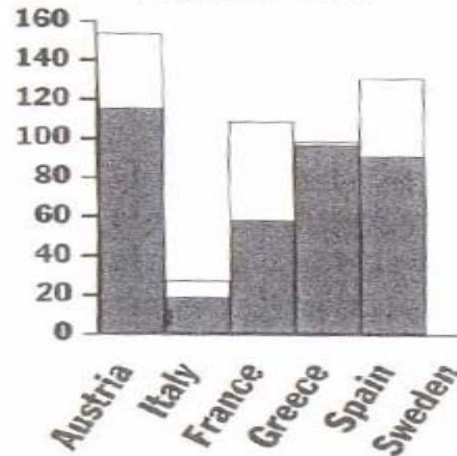
Ist- Zustand in Österreich



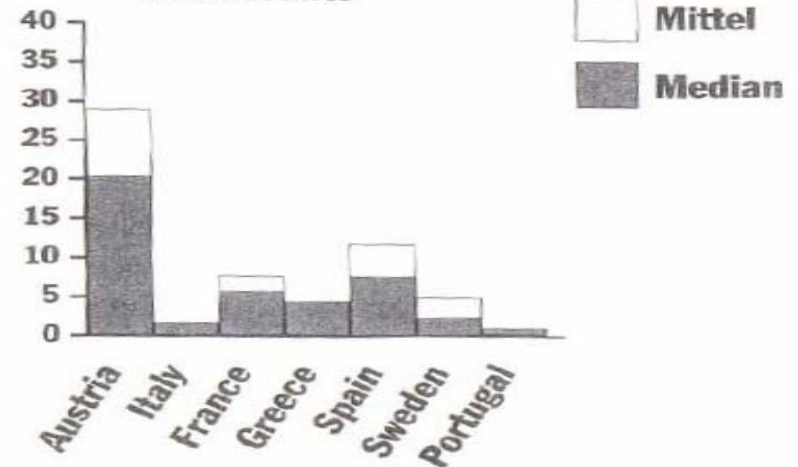
Österreich bei der Nikotinkonzentration führend

Nikotinkonzentration in $\mu\text{g}/\text{m}^3$ in 527 Luftproben aus 7 EU Ländern

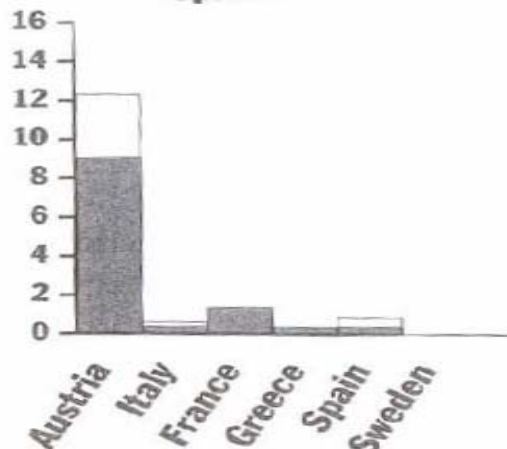
Discos / Bars



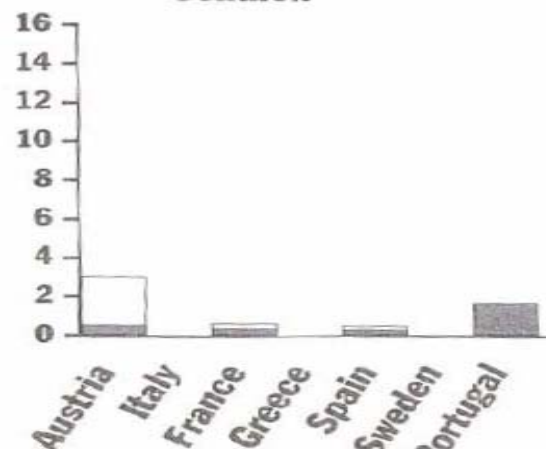
Restaurants



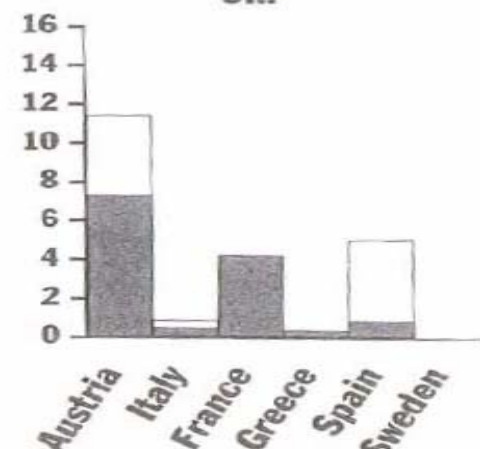
Spitäler



Schulen



Uni



Rauchverbote in der Gastronomie



Schweden
2005



Gastronomie

■ rauchfrei

■ eingeschränkt rauchfrei

■ nicht rauchfrei



Portugal

Malta
2004

Griechen-
land

Zypern***
2004

Ist Österreich ein Raucher-Paradies?

In einer neuen Studie wird die Effizienz der Tabakpolitik von 30 Staaten bewertet. Österreich liegt auf Platz 30.

VON ERNST MAURITZ

Österreich setze in Europa am wenigsten Maßnahmen, um den Tabakkonsum zu reduzieren und Nichtraucher zu schützen: Dies meinen zumindest die Autoren einer Untersuchung, bei der die Tabakpolitik von 30 Ländern – nach eigenen Angaben – bewertet wurde: Danach liegt Österreich auf dem dreißigsten – und letzten – Platz. Das Gesundheitsministerium weist diese Beurteilung zurück.

Die Donnerstag auf einer Expertenkonferenz in Basel präsentierte Bewertung erfolgte nach Kriterien, die 2006 in der wissenschaftlichen Fachzeitschrift *Tobacco Control* veröffentlicht wurden: Etwa Höhe der Zigarettenpreise, Maßnahmen zum Nichtraucherschutz an Arbeitsplätzen oder Behandlungsangebote für Raucher, die aufhören wollen.

„Für jeden Bereich werden Punkte vergeben. Die



MIGUEL VIDAL

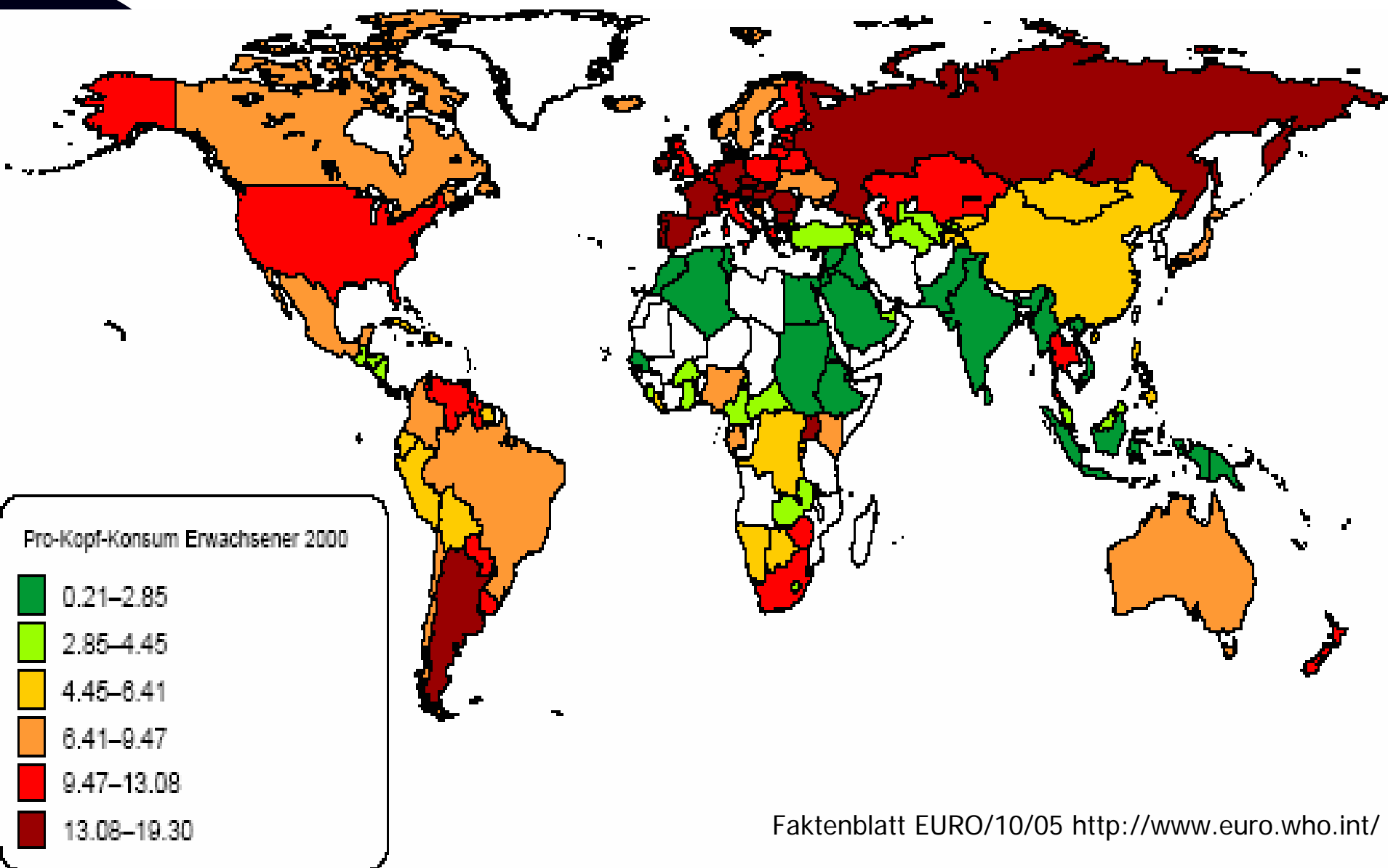
Nichtraucherschutz: Österreich weit hinten

Platzierung 2007		Veränderung zu 2005
1	Großbritannien	↑
2	Irland	↓
3	Island	↑
4	Norwegen	↓
5	Malta	↔
6	Schweden	↔
7	Frankreich	↑
8	Finnland	↓
9	Belgien	↑
10	Italien	↓
11	Estland	↑
12	Spanien	↑
13	Bulgarien	↑
14	Niederlande	↓
14	Rumänien	↑
14	Polen	↓
17	Slowakei	↓
18	Schweiz	↑
19	Zypern	↓
20	Dänemark	↓
21	Litauen	↑
22	Ungarn	↓
23	Portugal	↓
24	Lettland	↑
25	Tschechien	↓
25	Slowenien	↓
27	Deutschland	↓
28	Griechenland	↓
29	Luxemburg	↑
30	Österreich	↓

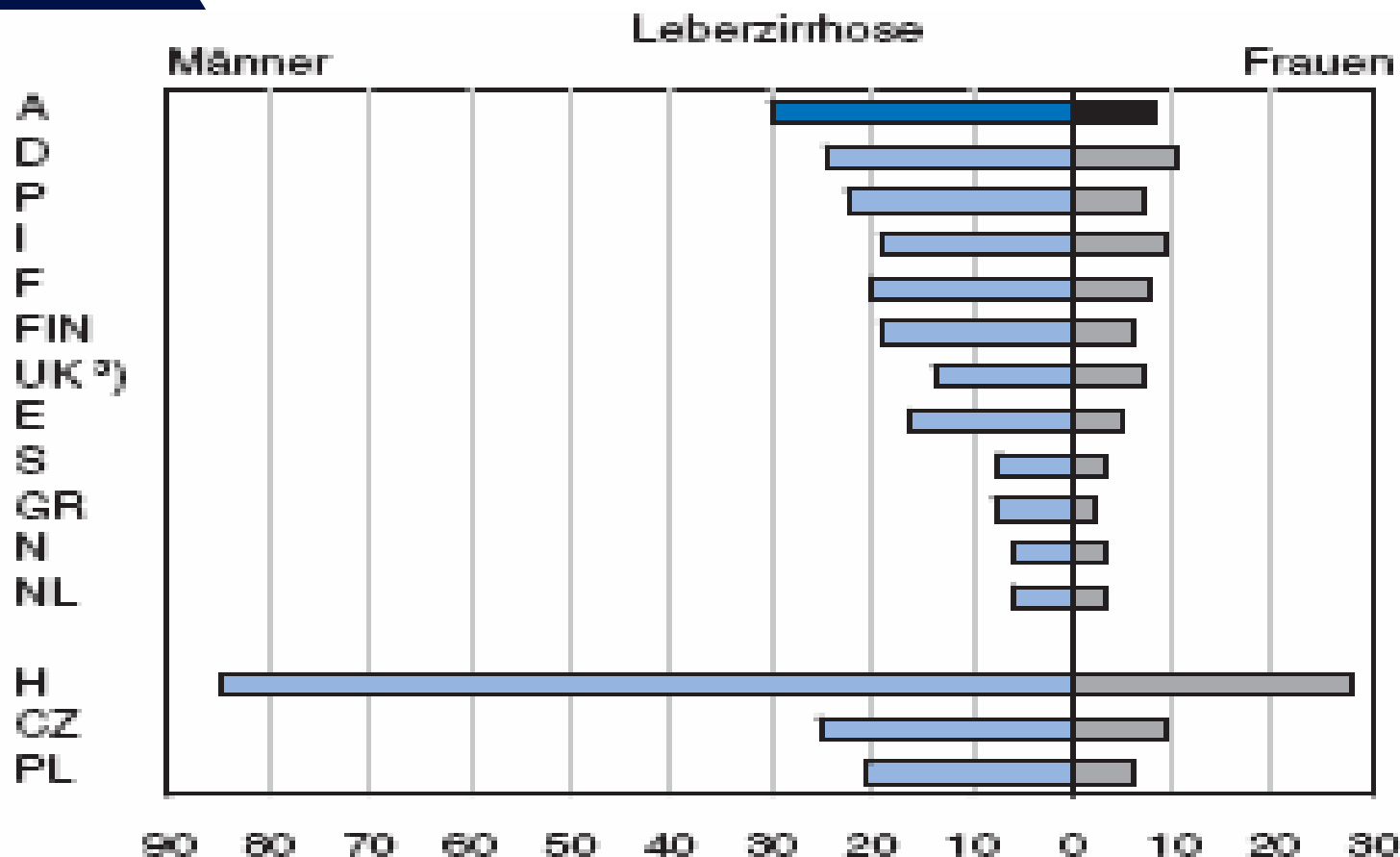
Quelle: Global Tobacco Control, Uni Nottingham
KURIER Grafik Schlimper

Umstrittene Reihung:
Platz 30 oder doch besser?

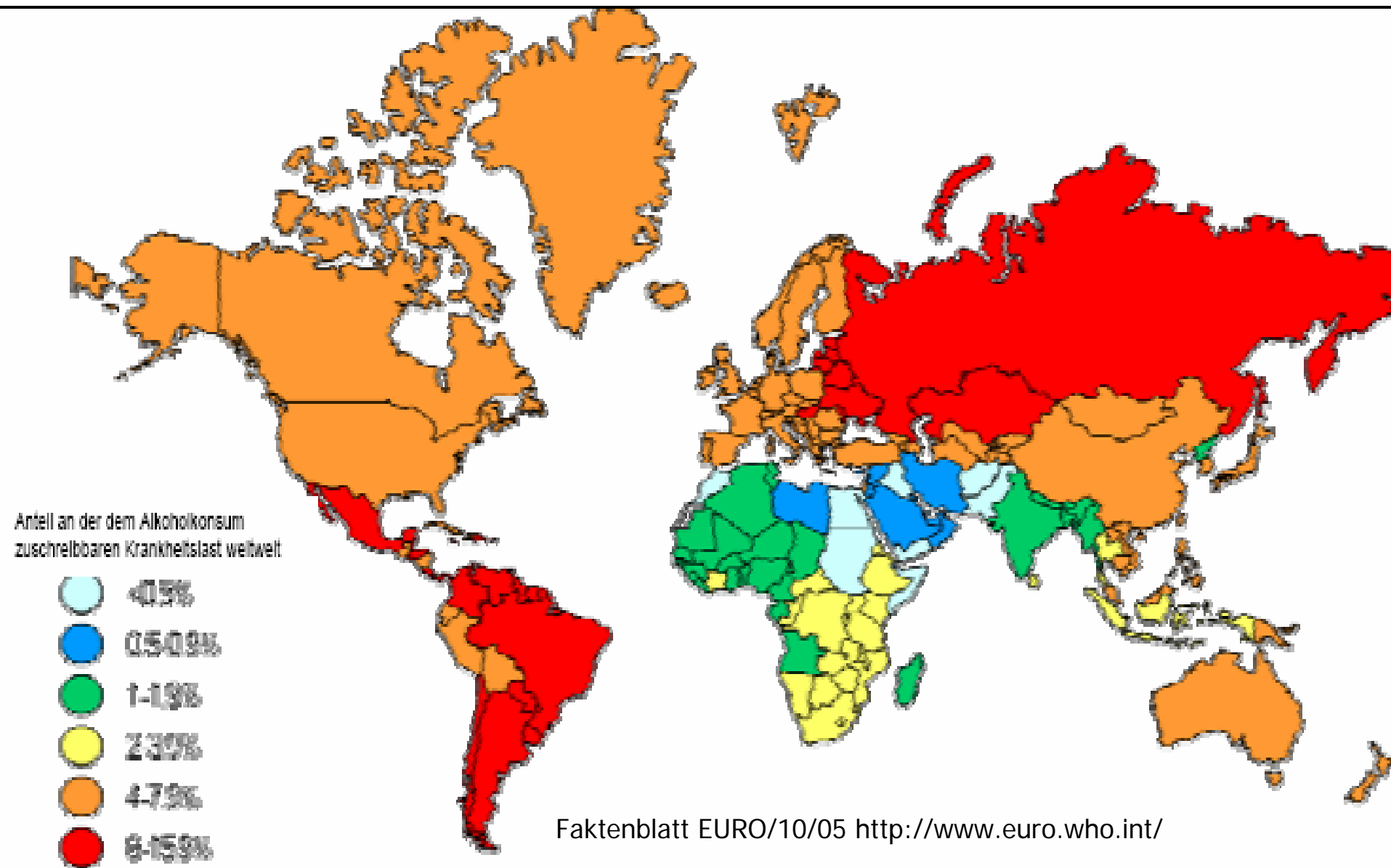
Weltkarte des jährlichen Pro-Kopf-Konsums an reinem Alkohol durch Erwachsene (nicht offiziell registrierter Verbrauch geschätzt)



Altersstandardisierte Sterberaten in Europa für Leberzirrhose.
Gestorbene auf 100.000 Einwohner.
In Österreich (2004): 1665 Personen: 1171 Männer
(30/100.000), 494 Frauen (12/100.000)



Weltweit im Jahr 2000 dem Alkoholkonsum zuschreibbare Krankheitslast, gemessen als Anteil an der Krankheitslast durch 27 ausgewählte Risikofaktoren [%]

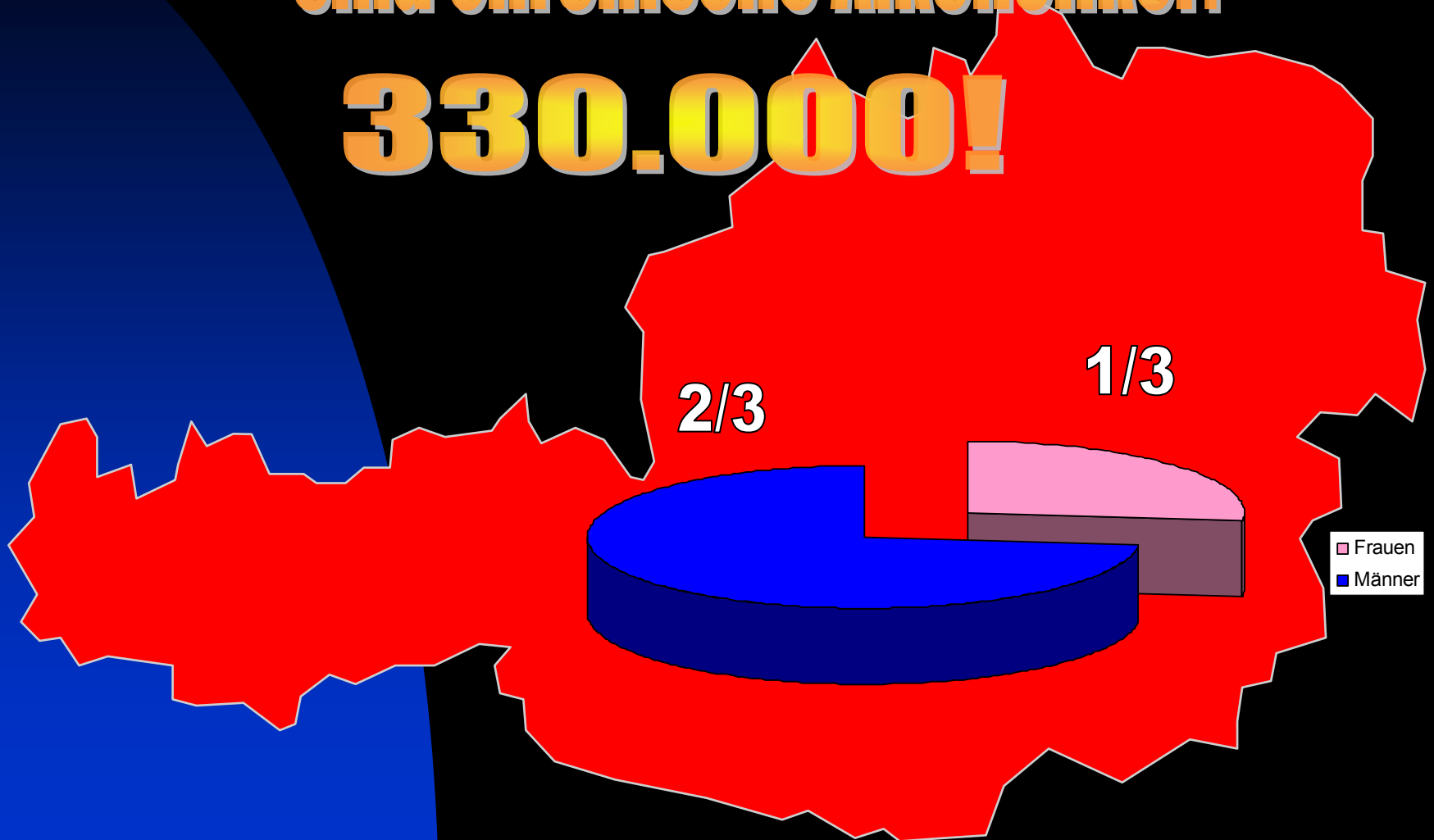


Alkoholismus ist eine Krankheit

- n Definition: Andauernder, suchtmäßiger Konsum von Alkohol
- n WHO-Definition: Chronische Verhaltenstörung, die bestimmt wird durch exzessives Trinken von Alkohol über das soziale übliche Maß hinaus, unter anderem mit der Folge körperlicher und psychischer Abhängigkeit.

**5% der über 14 Jährigen ÖsterreicherInnen
sind chronische Alkoholiker:**

330.000!



Binge-Drinking

Österreich-Zeitungsverlag Gmbh / 17.05.2007 / 19:33 / OTS0097 5 CI 0111 FEL0003

ÖSTERREICH: Erster Minderjähriger stirbt nach Koma-Saufen

Utl.: 15-jähriger betrunkenen Tiroler ertrank in einem Bach

Kufstein. (OTS) - Wie ÖSTERREICH in seiner Freitag-Ausgabe berichtet, gibt es nun das erste minderjährige Alkohol-Todesopfer.

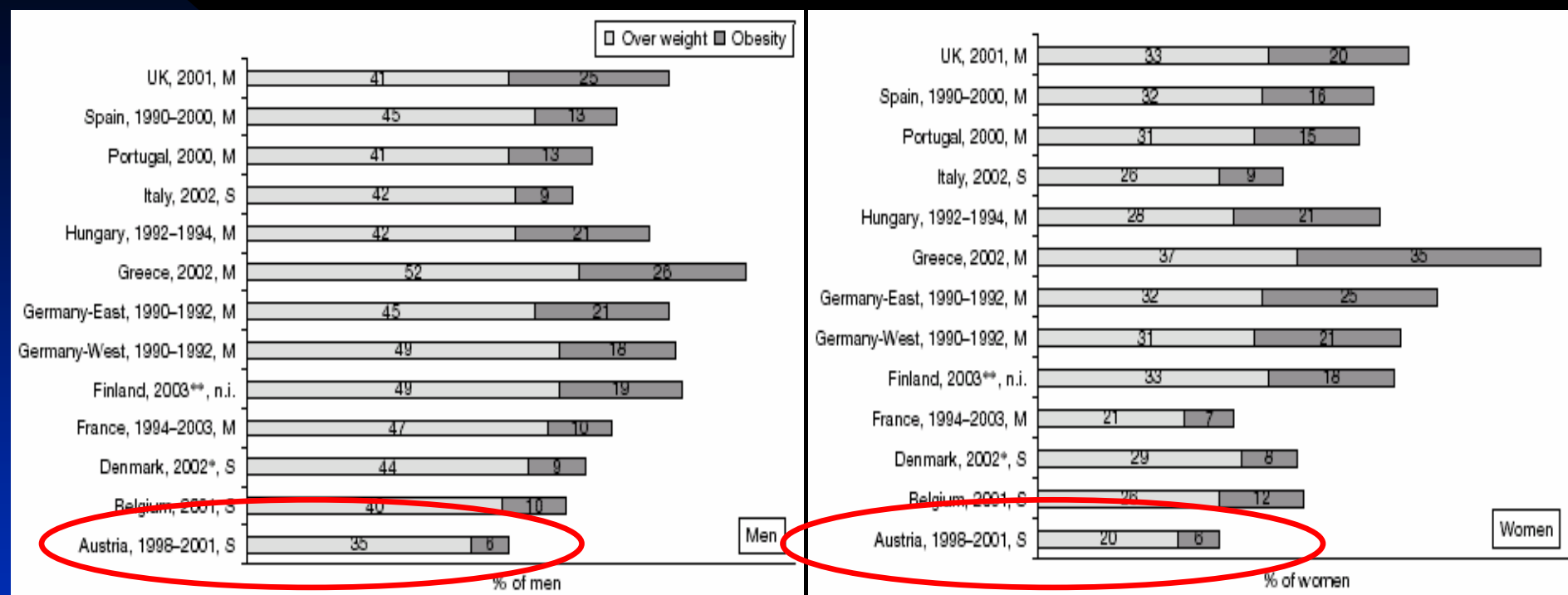
Ein 15-jähriger Schüler aus dem Raum Kufstein stürzte in der Nacht auf Donnerstag in einen Bach und ertrank. Er war nach Auskunft der Polizei schwer alkoholisiert.

Besonders dramatisch: Das Unglück ereignete sich nur wenige Meter von seinem Elternhaus entfernt. Erst Stunden später wurde der 15-Jährige von einem Freund im Bach tot aufgefunden. Die genaue Promillezahl wird erst nach der Obduktion bekannt gegeben. Mehr dazu in der Freitag-Ausgabe von ÖSTERREICH.

25.08.2007: 15-Jähriger im Krankenhaus...

Der junge Bursche wurde kaum ansprechbar aufgefunden
(<http://kaernten.orf.at/stories/217093/>)

Prevalence of overweight and obesity in European adults

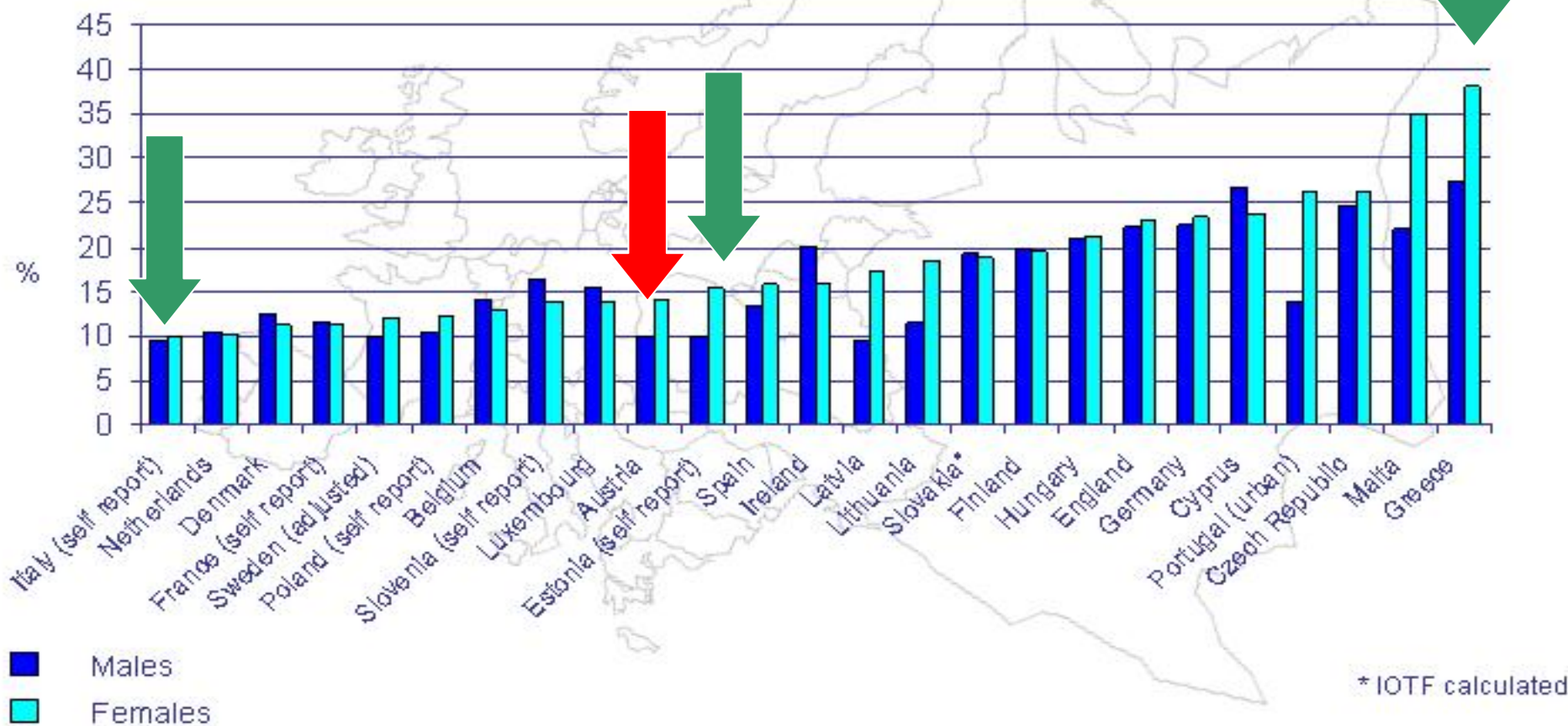


Overweight: BMI = 25–29.9 kg/m²; Obesity: BMI: ≥ 30 kg/m²; M = BMI calculated from measured height and weight, S = BMI calculated from self indicated height and weight, n.i. = method used not indicated.

*Mean prevalence of overweight/obesity (%) calculated from the prevalence in different age groups (16–24 y: 22.7/5.4 and 16.0/3.0 (male and female, respectively), 25–44 y: 45.5/7.8 and 29.7/9.1, 45–66 y: 62.3/13.8 and 40.4/10.6).

**Mean prevalence of overweight/obesity (%) calculated from the prevalence in 5 different Finnish regions (North Karelia: 50/18 and 31/20 (male and female, respectively), Kuopio province: 46/23 and 36/17, South-West Finland: 53/18 and 36/18, Capital area: 44/17 and 29/18, Oulu province: 51/18 and 32/18).

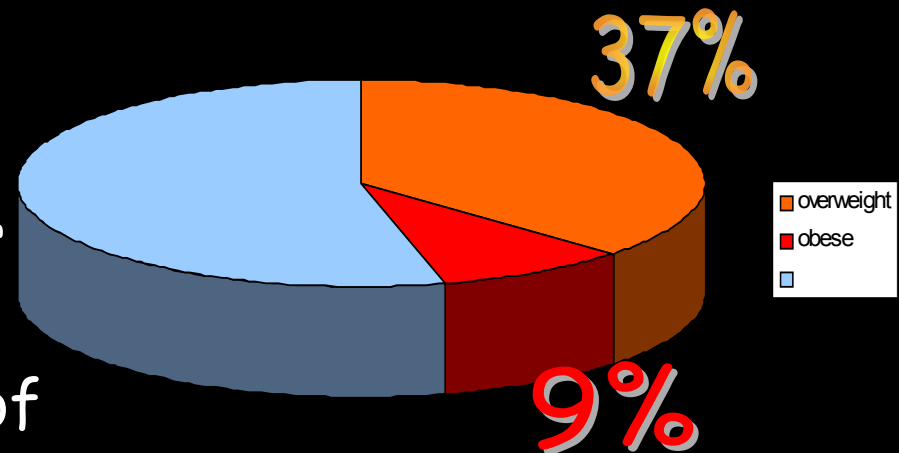
Obesity in European Adults (BMI ≥ 30)



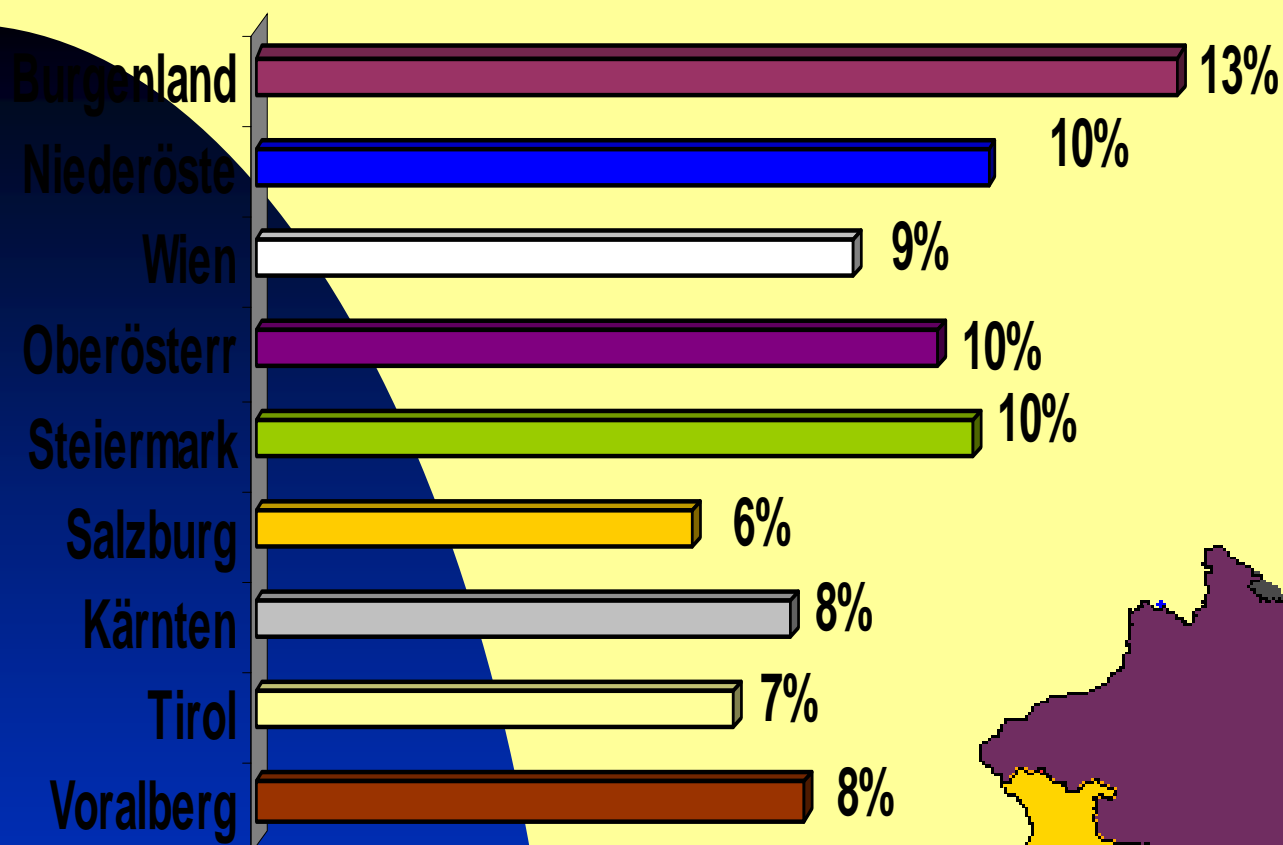
Age range and year of data in surveys may differ. With the limited data available, prevalences are not age standardised. Self reported surveys may underestimate true prevalence. © International Association for the Study of Obesity

Problem: Obesity Epidemic

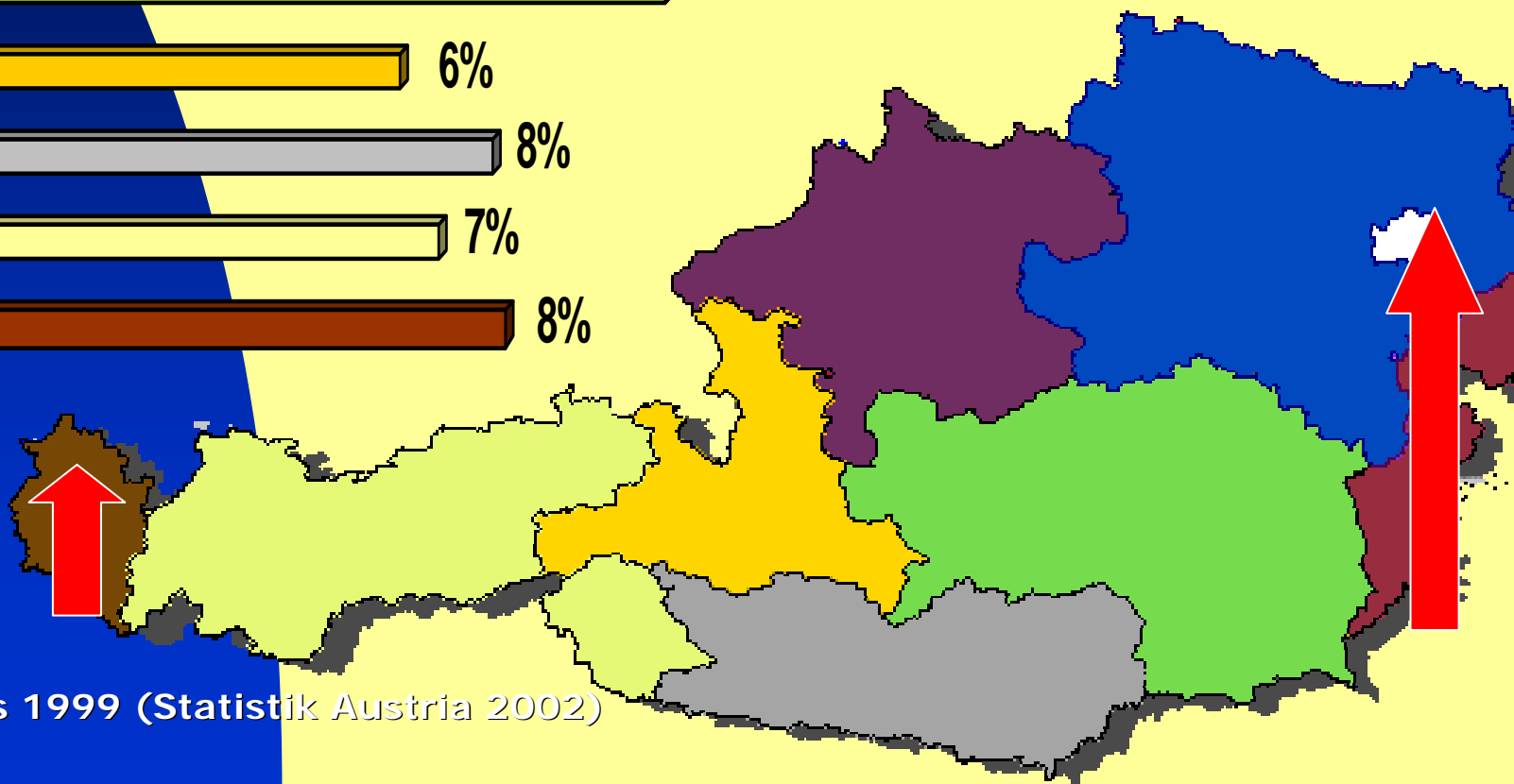
- n In Austria:
- n 46 % of Austrians are overweight or obese
- n Major cause of cardiovascular disease and diabetes



Epidemiologie der Adipositas in Österreich



9,1 %

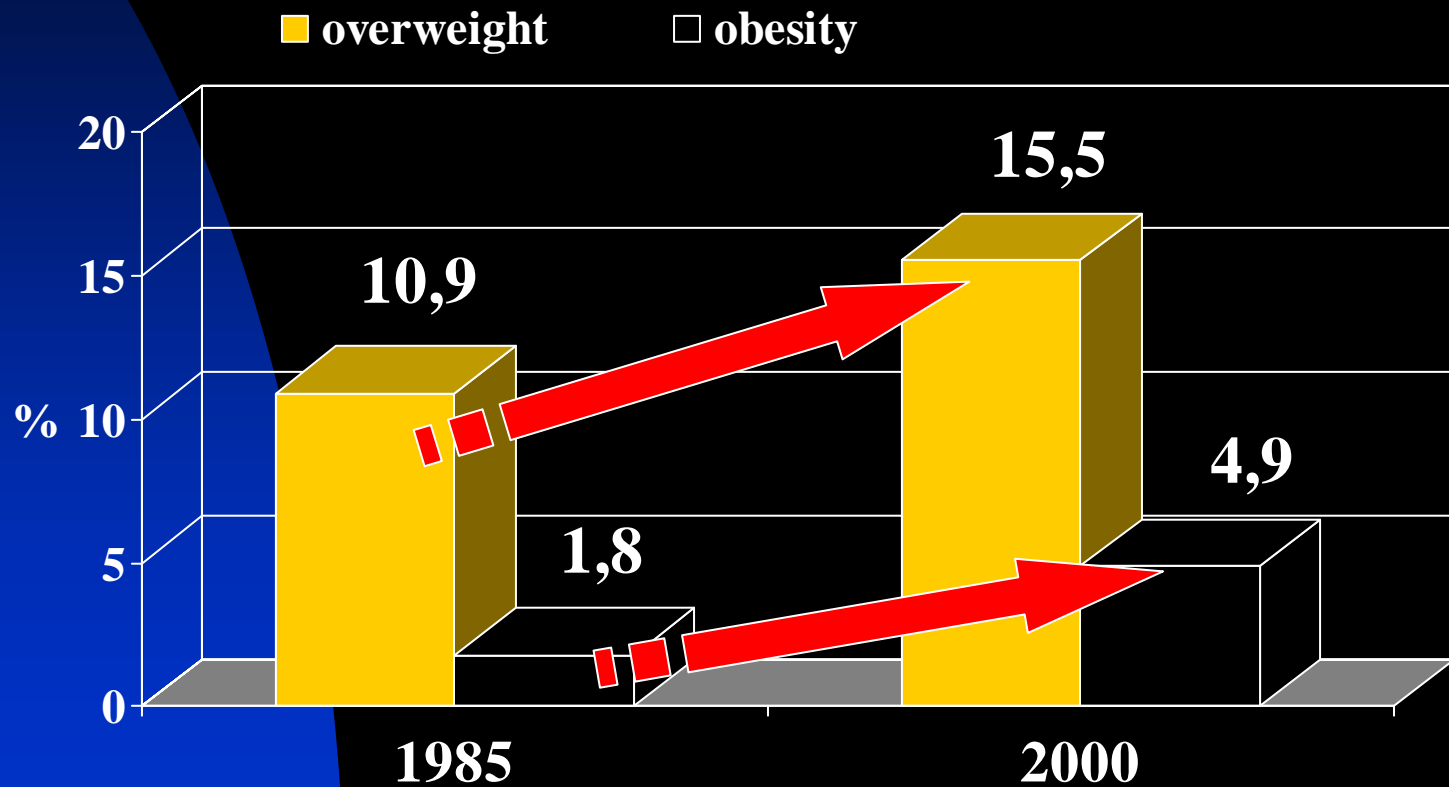


Mikrozensus 1999 (Statistik Austria 2002)

Development of the prevalence of obesity in Austria

Results from the military health examinations (recruits for national service) 1985 and 2000

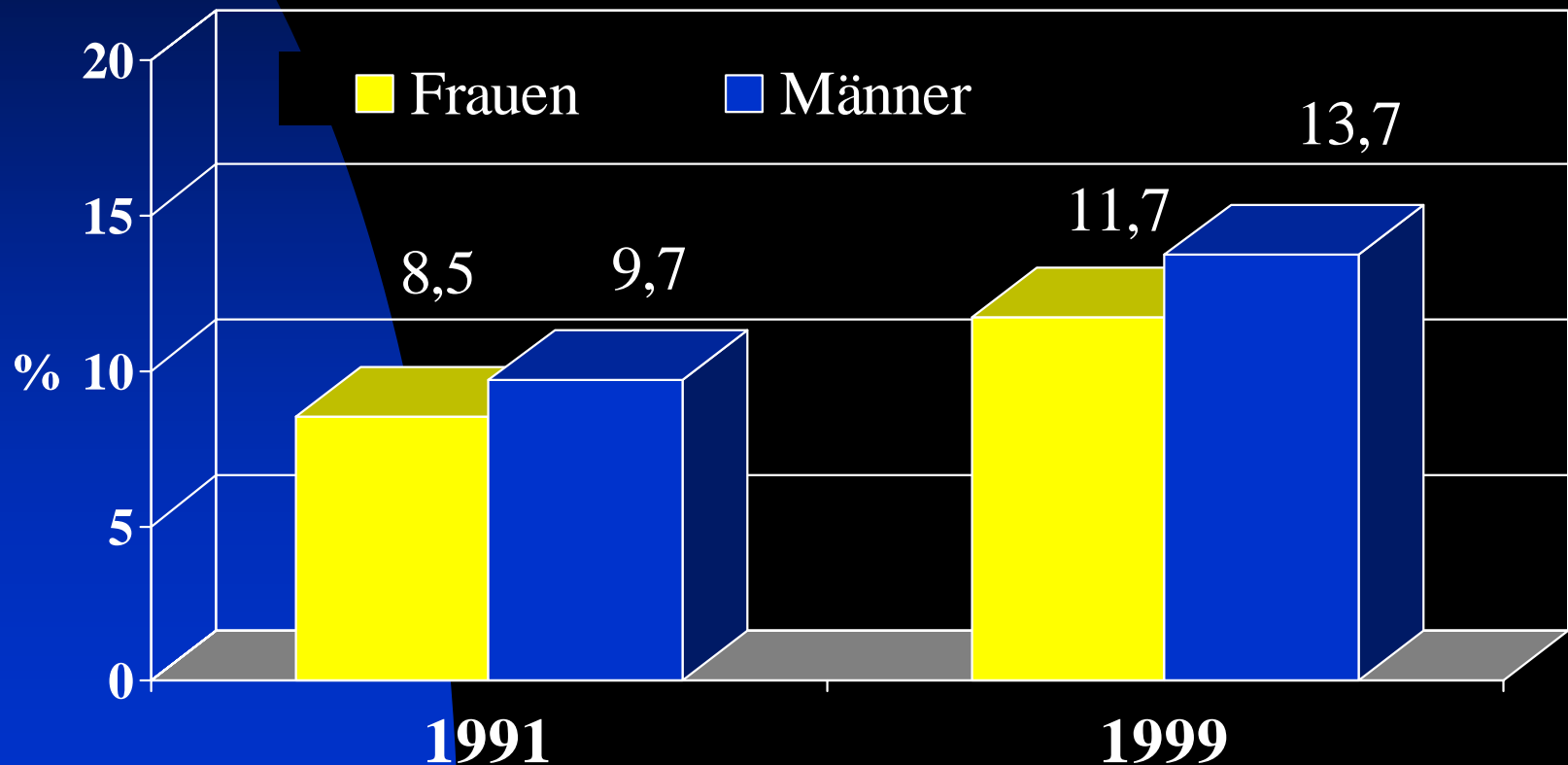
BMI \geq 30



Entwicklung der Prävalenz der Adipositas in Vorarlberg

Ergebnisse aus der WHO CINDI Studie

Vorarlberg, n = 1.446 (1991) bzw. 841 (1999), Alter: 25-64 Jahre



Armut ist die größte Bedrohung für die Gesundheit der Kinder, unabhängig vom Entwicklungsgrad des Landes. Prävalenz von Krankheit und Ausmaß von gesundheitbedrohliches Verhalten ist eng mit sozio-ökonomischen Faktoren verbunden, inklusive schlechte frühkindliche Gesundheit (z.B. durch Unterernährung), kein Zugang zu Gesundheitsversorgung, ungesunde oder gefährliche Umgebung, und Verhaltensfaktoren sowie frühes Rauchen, Einnahme von Alkohol oder Drogen

Deaths caused by indoor air pollution

EURO A: very low adult/very low child mortality

Andorra, **Austria**, Belgium, Croatia, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, Netherlands, Norway, Portugal, San Marino, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom.

EURO B: low adult/low child mortality

Albania, Armenia, Azerbaijan, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Georgia, Kyrgyzstan, Poland, Romania, Serbia and Montenegro, Slovakia, Tajikistan, The former Yugoslav Republic of Macedonia, Turkey, Turkmenistan, Uzbekistan.

EURO C: high adult/low child mortality

Belarus, Estonia, Hungary, Kazakhstan, Latvia, Lithuania, Republic of Moldova, Russian Federation, Ukraine.

Table 2. Burden of acute lower respiratory tract infections attributable to household solid fuel use in the European Region, children 0–4 years of age, in 2001

Subregion	Deaths			DALYs		
	Deaths	% of deaths from all causes	Deaths per 10 000 children	DALYs	% of DALYs from all causes	DALYs per 10 000 children
EURO A	0	0	0	0	0	0
EURO B	9 289	6.6	5.2	321 483	5.0	178.9
EURO C	556	1.1	0.5	19 335	0.7	17.0
Total	9 845	4.6	1.9	340 818	3.1	66.1

Table 4.1 Blood lead levels in children 0–4 years old, by subregion.

Blood lead measurements				Subregion		
				EUR A	EUR B	EUR C
Subregional mean BLL (µg/dl)				1.9 ^a	3.1	4.3
				2.9 ^b	3.9	4.3
				3.8 ^c	4.4	6.4
Standard Deviation (µg/dl)				1.5	1.6	2.4
Children with blood lead (%)	>5	µg/dl		3.3	11.5	48.6
				9.4	28.2	42.8
				24.9	38.7	61.0
Children with blood lead (%)	>10	µg/dl		0	0.1	21.5
				0.1	1.6	16.9
				0.9	3.2	31.7
Children with blood lead (%)	>20	µg/dl		0	0	6.2
				0	0	4.1
				0	0	11.0
Countries for which recent data are available				Croatia ¹ Czech Republic ² Finland ³ France ⁴ Germany ⁵ Greece ⁶ Italy ⁷ Portugal ⁸ Spain ⁹ Sweden ¹⁰ UK ¹¹	Armenia ¹² Bulgaria ¹³ Poland ¹⁴ Turkey ¹⁵ Yugoslavia ¹⁶	Hungary ¹⁷ Russian Federation ¹⁸

^a lower estimate, assumes lead prevention programmes had been in force in all countries since 1998;^b best estimate, based on actual country data; ^c upper estimate, assumes no lead prevention activity.

¹ Prpic-Majic et al. (2000); ² Benes et al. (2001), Zimova et al. (2001); ³ Ponka (1998); ⁴ Flurin et al. (1998), Leroyer et al. (2000); ⁵ Wilhelm et al. (2002); ⁶ Maravelias et al. (1994); ⁷ Menditto et al. (1998); ⁸ Mayan et al. (2001); ⁹ Sole et al. (1998), Garcia-Algar et al. (2003); ¹⁰ Berglund et al. (2000); ¹¹ O'Donohoe et al. (1998); ¹² Saryan (1995); ¹³ Bainova (1995), Fischer et al. (2003); ¹⁴ Zejd et al. (1997), Osman et al. (1998); ¹⁵ Furman et al. (1999); ¹⁶ Factor-Litvak et al. (1996); ¹⁷ Bitto et al. (1997), Hassanien et al. (1999); ¹⁸ Rubin et al. (1997).

There is an inverse relationship between IQ and BLL (Lidsky & Schneider, 2003). Although the loss of a few IQ points at the individual level cannot be characterized as a disease, on a population basis the loss may have a large public health impact, since it increases the incidence of mild mental retardation (MMR) (Landrigan et al., 2002).

Table 4.2 Loss of IQ points, MMR and DALYs in children 0–4 years of age caused by environmental exposure to lead, for 2001

	EUR A	Subregion EUR B	EUR C
Loss of IQ points (No. of children affected per 1000 children)			
Loss of 0.65 IQ points	93	266	293
Loss of 1.95 IQ points	1	15	130
Loss of 3.25 IQ points	0	1	64
Loss of 3.5 IQ points	0	0	93
Total no. children with loss of 0.65 IQ points or more (rate per 1000 children)	94	282	580
MMR (incidence per 1000 children)			
Lower estimate ^a	<0.01	0.11	0.61
Best estimate	0.05	0.24	0.61
Upper estimate	0.13	0.35	1.06
MMR DALYs (thousands)			
Lower estimate	1	25	88
Best estimate	14	55	88
Upper estimate	36	80	153

^a The lower estimate assumes that lead prevention programmes had been in force in all countries since 1998; the best estimate is based on actual country data; and the upper estimate assumes there is no lead prevention activity.

Herausforderungen in der Gesundheit in den neuen EU-Ländern

- n Niedrige Lebenserwartung bei 45-65jährigen
- n große gender differences in der Lebenserwartung
- n Lungenkrebsmortalität,
- n Zervixkarzinom-Mortalität
- n Brustkrebsmortalität
- n Hohe kardio- und cerebro-vaskuläre Mortalität
- n Hohe Mortalität - Unfälle, Gewalttaten, Selbstmord
- n Chronische Lebererkrankungen, Leberzirrhose
- n Säuglings- und Müttersterblichkeit
- n HIV/AIDS Inzidenz steigend

(WHO, EU 2002)

Medizinischer Bedarf und
Betreuungsbedarf wird auch
in Zukunft sehr
unterschiedlich
verteilt sein

u.a. Gesundheit ist nach wie vor stark von
Bildung und Einkommen und sozialem Umfeld
geprägt

Public Health Herausforderungen und Strategien

*n Orientierung an
Gesundheitszielen*

Ziel: *Gesünderes Älterwerden*

Bis 2020 sollen Menschen über 65 Jahre ihr Leben durch ein *erhöhtes Gesundheitspotenzial* genießen können und eine aktive soziale Rolle spielen.

*Gesundheitsförderung und
Bewahrung von Gesundheit ein Leben lang.
Förderung der Autonomie im Alter
und der sozialen Netzwerke.*

Zukünftige Problemstellungen der Früherkennung und der Frühmaßnahmen

n Erkrankungen des Alters

- u Inkontinenz, Osteoporose, Demenz, Depression, Herzinsuffizienz

n Frühzeitige Erkrankungen Erwachsener in jüngeren Altersgruppen und mittlerem Alter

- u z.B. Diabetes, KHK, COPD, Bewegungsapparat
- u u. a. durch Anstieg der Adipositasprävalenz bei Kindern und Jugendlichen, hoher Prozentsatz jugendlicher Raucherinnen und Raucher



Szenarien für die Pflegesicherung nach Badelt, 1995

n *„Status quo“ (Betreuungsbedürftigkeitsquoten unverändert)*

- u Markante Zunahme der Pflegebedürftigkeit

n *„Long life“ (Med. - Techn. Fortschritt)*

- u Überlebenswahrscheinlichkeiten werden erhöht v.a. bei lebensbedrohenden chronisch-degenerativen Erkrankungen
- u Zahl der Betreuenden und Dauer der Betreuung steigen

n *„Better Health“ (Ressourcen in präventive Maßnahmen)*

- « Verhinderung von Krankheit
- « Hinauszögern von Krankheitsbeginn
- « Mehr gesündere ältere Menschen

Wer ist in welchem..Ausmaß pflegebedürftig in Österreich?

- n Im Jahr 2004 bezogen 371.067 Personen Pflegegeld in Österreich. Badelt et al. (1996) schätzten die
- n Zahl der hilfs- und betreuungsbedürftigen Personen jedoch schon 1992 deutlich höher, was
- n hochgerechnet heute 541.000 Personen ergibt.



ORT

Die Veranstaltung findet im Skydome des Wiener Hilfswerks, Schottenfeldgasse 29, 1070 Wien statt.

Der Veranstaltungsort ist mit folgenden Verkehrsmitteln öffentlich zu erreichen:

- U3 – Station Zieglergasse / Aufgang Schottenfeldgasse
- U6 – Station Westbahnhof / Aufgang zur U6
- Linie 49 – Station Zieglergasse
- Linie 5 – Station Stollgasse

ANMELDUNG INFORMATION

Aus Gründen der Planung bitten wir um Anmeldung unter http://eventmaker.at/hilfswerk/enquete_2007

KOSTEN

Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenlos.

www.hilfswerk.at



HILFSWERK



EINLADUNG ZUR HILFSWERK ENQUETE 2007

BETREUUNG UND PFLEGE NACH DEM HAUSBETREUUNGSGESETZ

Montag, 12. November 2007, 14.30 bis 21.00 Uhr

Skydome des Wiener Hilfswerks
Schottenfeldgasse 29, 1070 Wien