



# Was macht Island besser?

Liegt es an unterschiedlichen Ausgangsdaten, warum Österreich bei der Kindersterblichkeit in Europa laut aktueller Studie gerade einmal Mittelmaß ist? Von Volkmar Weilguni

© Waltrauf Grubitzsch/dpa

Vor einigen Tagen wurde in der renommierten Fachzeitschrift „The Lancet“ eine Analyse der weltweiten Kindersterbestatistiken publiziert, die vom Institut für Gesundheitsmessung und -bewertung (IHME) der Universität des US-Bundesstaates Washington in Seattle durchgeführt wurde. Dabei wurden – wenig überraschend – starke regionale und sozioökonomische Unterschiede festgestellt,

wobei diese beiden Faktoren ja meist Hand in Hand gehen. Am höchsten ist die Kindersterblichkeit nach wie vor in den Ländern südlich der Sahara, hier gibt es andererseits aber auch die höchsten Rückgänge, eng zusammenhängend mit steigendem Einkommen und Ausbildung der Frauen. Am niedrigsten ist die Kindersterblichkeit in einigen südostasiatischen und westeuropäischen Ländern. Aber

auch innerhalb der einzelnen Regionen zeigen sich zwischen durchaus vergleichbaren Ländern oft deutliche Unterschiede. Hinsichtlich der neonatalen Sterblichkeit (bis einschließlich des sechsten Lebensstages) nimmt etwa Island mit 0,9 pro 1.000 Lebendgeborene die Spitzenposition in Westeuropa ein, am anderen Ende der Skala findet sich Großbritannien mit 2,1 pro 1.000. Österreich liegt mit 1,7 pro

1.000 noch knapp unterhalb des westeuropäischen Durchschnitts. Ähnlich stellt sich das Bild bei der Kindersterblichkeit innerhalb der ersten fünf Lebensjahre dar. Experten sehen in den Unterschieden aber eher das Problem von unterschiedlichen Zuordnungen und damit Ausgangsdaten, die nur schwer zu vergleichen wären, als einen Hinweis auf mögliche medizinische Qualitätsunterschiede.



Prof. Dr. Susanne Greber-Platzer

Stellvertretung Klinikvorstand, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde MedUni Wien © Kinderklinik MJW

„Die Kindersterblichkeit sinkt weltweit, westeuropäische Länder liegen im Spitzenfeld.“

## Vielschichtige Gründe

Die weltweit niedrigste Kindersterblichkeit weisen Singapur, Japan und Südkorea auf. Danach folgen die westeuropäischen Staaten, führend sind Island, Schweden und Luxemburg. Die durchschnittliche westeuropäische Kindersterblichkeit liegt bei 3,9 auf 1.000 Kinder, Österreich liegt mit 4,1 knapp dahinter. Am schlechtesten schneiden Großbritannien, Irland und die Schweiz ab, wenn man Malta nicht berücksichtigt. Bei den zentraleuropäischen Ländern haben nur Tschechien und Slowenien wirklich gute Ergebnisse.

Die Gründe einer vergleichsweise höheren Kindersterblichkeit in Österreich sind vielschichtig. Hierzu zählen die immer älter werdenden Mütter mit einem durchschnittlichen Fertilitätsalter von 30,2 Jahren (2012), was zu einer Zunahme an assistierter Fortpflanzung (wie In-vitro-Fertilisation), vermehrter Frühgeburtlichkeit und prä- bzw. perinataler Erkrankungen führt. Da in Österreich genetische Untersuchungen an Embryonen vor der Implantation verboten sind und ebenso alle entwickelten Embryonen in utero belassen werden (Mehrlingsschwangerschaft), bedingt das vermehrt Risikoschwangerschaften. Durch den technischen Fortschritt werden Frühgeborene immer jünger, selbst in der SSW 23 besteht eine realistische Chance für ein gutes Outcome, aber genauso für eine erhöhte Letalität. Hierin besteht in anderen Ländern oft ein restriktiverer Umgang. Beeinflusst wird die Kindersterblichkeit auch durch kulturelle Unterschiede, wie ein erhöhtes Risiko für Erbkrankheiten bei konsanguinen Partnerschaften, die oft mit einer hohen frühkindlichen Mortalität einhergehen. Der Einfluss einer zunehmenden Impfverweigerung und dadurch auftretender schwerer Infektionskrankungen müsste erst untersucht werden.

Insgesamt ist aber hervorzuheben, dass die westeuropäischen Länder im Vergleich zu fast allen anderen Ländern der Welt, hierunter auch Kanada, die USA und Australien, eine extrem niedrige Kindersterblichkeit aufweisen. Dennoch ist es das Ziel, die Kindersterblichkeit in Österreich weiter zu senken, um letztendlich fast allen Neugeborenen, Säuglingen und Kindern ein Überleben zu garantieren. ■



Prof. Dr. Christian Dadak

Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Präsident der Österr. Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin © MJW K. B.

„In Österreich sollte mehr Geld in Schwangerenuntersuchungen investiert werden.“

## Mehr wäre schon möglich

Als Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin steht es mir höchstens zu, zur frühen neonatalen Mortalität, also die ersten maximal sechs Lebensstage betreffend, Stellung zu nehmen. Diese frühe neonatale Mortalität liegt in Österreich mit 1,7 auf 1.000 Fälle im vergleichbaren Durchschnitt von Westeuropa, der mit 1,6 auf 1.000 angegeben wird. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass verschiedene Länder eine unterschiedliche Gesetzgebung haben und dadurch auch eine Unschärfe gegeben ist, in Bezug auf Frühgeburten bzw. Spätabort in der Gewichtsklasse um 500 Gramm.

In Österreich wird sicher sehr sorgfältig gearbeitet, was sich vor allem auch in der Abnahme der Sterblichkeit insgesamt um minus 3,8 Prozent innerhalb der letzten 23 Jahre ausdrückt. Natürlich könnte man die Schwangerenbetreuung noch intensivieren, konsequenter beim Single-Embryo-Transfer bei IVF-Schwangerschaften sein und bei der Betreuung von Randgruppen aktiv tätig werden. Oft ist es jedoch die Compliance der Patientinnen, die hier den allgemeinen Bemühungen einen Strich durch die Rechnung macht.

Natürlich könnte auch die zuständige Politik einer intensiveren Betreuung von Patienten Nachdruck verleihen, indem zum Beispiel die Mutter-Kind-Pass-Kommission wieder tätig werden kann bzw. zusätzliche eventuell notwendige Untersuchungen bezahlt werden. Ich verweise in diesem Zusammenhang auf pränataldiagnostische Untersuchungsmethoden, die zum Teil aus ethischen Überlegungen – aber auch zum Teil aus Kostengründen – nicht in Anspruch genommen werden.

Insgesamt meine ich, dass in Österreich schon noch Platz sein sollte, mehr Geld für Schwangerenuntersuchungen zu investieren, dass aber die einzelne Betreuung der Schwangeren durchaus vergleichbar ist mit anderen westeuropäischen Ländern. Jedenfalls wird in Österreich eventuell aufgetretenen Problemen in der Behandlung von Schwangeren sehr intensiv nachgegangen. Eine sehr sorgfältige Kontrolle der Abläufe ist in unserem Land absolut die Norm. ■



Dr. Brigitte Piso

Ressortleiterin Public Health und Health Services Research, Ludwig Boltzmann Institut für HTA © LBI-HTA

„Ursachenforschung ist auch außerhalb des Versorgungssystems notwendig.“

## Genaues Hinsehen lohnt sich

Bei genauer Betrachtung handelt es sich bei den genannten Mortalitätszahlen um Schätzwerte mit Unsicherheitsintervallen, welche mit diffizilen statistischen Methoden berechnet wurden, um weltweit, über rund 200 Länder und ganz unterschiedliche Datenquellen hinweg, Vergleiche anstellen zu können. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist aufgrund der großen, meist überlappenden Unsicherheitsintervalle daher Vorsicht geboten. Dass Berechnungs- bzw. Erhebungsmethoden einen wesentlichen Einfluss auf das Ergebnis haben können, hat zuletzt das Beispiel „Frühgeburtlichkeit“ in Österreich gezeigt: Die „höchste Frühgeburtenrate Europas“ von 11,1 Prozent im Jahr 2008 wurde auf 8,3 Prozent korrigiert. Eine Unschärfe der Angaben der Schwangerschaftsdauer im Geburtenzählblatt (angefangene versus vollendete Schwangerschaftswochen) hatte den Wert überschätzt. Österreich bleibt damit im „Spitzenfeld“, was einen bedeutenden Einfluss auf die perinatale Mortalität hat, ist aber „nur“ durch eine Datenkorrektur plötzlich nicht mehr mit Abstand „führend“.

Unterschiede in der Säuglingssterblichkeit bestehen selbst bei gleicher Datenbasis innerhalb Österreichs (etwa perinatale Mortalität 2012: 2,8 bis 6,9/1.000 Lebendgeborene je nach Bundesland), welche bisher rein auf Basis routinemäßig verfügbarer Zusatzinformationen nicht vollständig erklärt werden konnten. Regionale Varianzen können ein Anzeichen dafür sein, dass auch in einem effektiven Versorgungssystem nicht alle Menschen in gleicher Weise davon profitieren.

Es ist bekannt, dass das Mortalitätsrisiko auch innerhalb reicherer Länder in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status ungleich verteilt ist. Höhere Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben sind beim Vergleich reicherer Länder nicht mehr mit einer Mortalitätsreduktion assoziiert. Für eine Klärung der Varianzen wären daher einerseits prospektiv angelegte Studien erforderlich, die alle potenziellen Einflussfaktoren dokumentieren. Andererseits sollte größeres Augenmerk auf die Verringerung sozialer Ungleichheit der Gesundheitschancen gelegt werden. ■