

In der Säuglingssterberate, d.h. der Sterberate von Säuglingen und Kleinkindern unter einem Jahr, spiegelt sich der Effekt wirtschaftlicher und sozialer Bedingungen auf die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen sowie die Effizienz der Gesundheitssysteme wider.

Im Jahr 2007 reichten die Säuglingssterberaten in den OECD-Ländern von einem Tiefstwert von zwei bis drei Todesfällen je 1 000 Lebendgeburten in Japan, den nordischen Ländern (außer Dänemark), Irland und Luxemburg bis zu einem Höchstwert von 16 bzw. 21 Todesfällen je 1 000 Lebendgeburten in Mexiko und der Türkei (Abbildung 1.8.1). Relativ hoch (sechs oder mehr Todesfälle je 1 000 Lebendgeburten) waren die Säuglingssterberaten auch in den Vereinigten Staaten und einigen ost- und mitteleuropäischen Ländern. Unter Ausklammerung der Türkei und Mexikos lag der Durchschnitt 2007 in den übrigen 28 OECD-Ländern bei 3,9.

Rund zwei Drittel der Todesfälle, die im ersten Lebensjahr eintreten, sind neonatale Todesfälle (in den ersten vier Wochen). Geburtsfehler, Frühgeburten und sonstige während der Schwangerschaft auftretende Komplikationen sind die Hauptfaktoren, die in Industrieländern zur neonatalen Sterblichkeit beitragen. Mit der wachsenden Zahl von Frauen, die den Zeitpunkt ihrer Mutterschaft aufschieben, und der Zunahme von Mehrlingsgeburten infolge von Fruchtbarkeitsbehandlungen ist die Anzahl der Frühgeburten im Trend gestiegen (vgl. Indikator 1.9 „Säuglingsgesundheit: niedriges Geburtsgewicht“). In einer Reihe von Hocheinkommensländern hat dies in den letzten Jahren zu einer Abschwächung des rückläufigen Trends bei der Säuglingssterblichkeit geführt. Der Anstieg der Geburten von sehr kleinen Säuglingen war der Hauptgrund für die Zunahme der Säuglingssterberaten, die zwischen 2001 und 2002 erstmals wieder seit den 1950er Jahren in den Vereinigten Staaten beobachtet wurde. Bei den Todesfällen nach dem ersten Lebensmonat (postneonatale Mortalität) sind die Ursachen in der Regel vielfältiger: In den meisten Fällen handelt es sich um plötzlichen Kindstod (SIDS), Geburtsfehler, Infektionen und Unfälle.

Alle OECD-Länder haben bei der Reduzierung der Säuglingssterberaten beachtliche Fortschritte gegenüber dem Niveau von 1970 erzielt, als der Durchschnitt bei annähernd 30 Todesfällen je 1 000 Lebendgeburten lag (Abbildung 1.8.3). Das entspricht einer kumulativen Senkung von über 80% seit 1970. Portugal, das zuvor die höchste Säuglingssterblichkeit in Europa aufwies, konnte seit 1970 eine durchschnittliche jährliche Verringerung der Säuglingssterberate um über 7% verzeichnen und ist so bis 2007 in die Gruppe der Länder mit den niedrigsten Raten im OECD-Raum aufgerückt (Abbildung 1.8.2). Eine starke Reduzierung der Säuglingssterberaten war auch in Korea und Luxemburg zu beobachten. Langsamer war der

Rückgang der Säuglingssterblichkeit indessen in den Niederlanden und den Vereinigten Staaten. Die Säuglingssterberaten in den Vereinigten Staaten bewegten sich zuvor weit unter dem OECD-Durchschnitt (und -Median), liegen nun aber darüber (Abbildung 1.8.3).

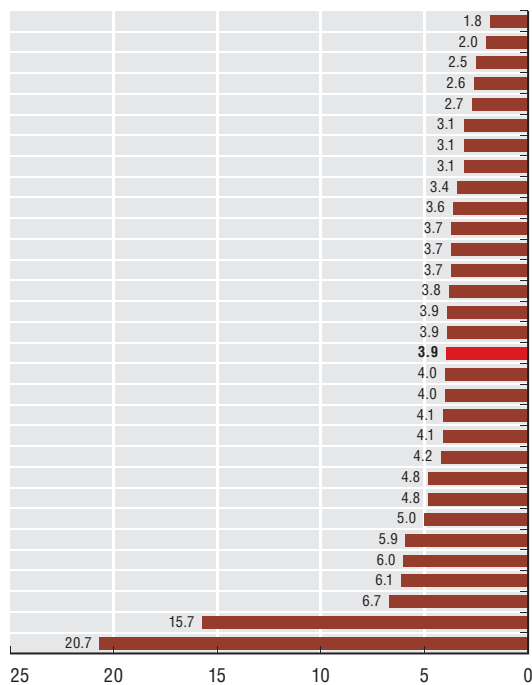
In zahlreichen Studien wurden die Säuglingssterberaten als Messgröße für die Gesundheitsergebnisse verwendet, um den Effekt einer Vielzahl medizinischer und nichtmedizinischer Bestimmungsfaktoren für die Gesundheit zu untersuchen (z.B. Joumard et al., 2008). Obwohl die meisten Analysen einen insgesamt negativen Zusammenhang zwischen Säuglingssterblichkeit und Gesundheitsausgaben aufzeigen, hat die Tatsache, dass einige Länder mit hohen Gesundheitsausgaben nicht unbedingt eine niedrige Säuglingssterblichkeit aufweisen, einige Forscher zu der Schlussfolgerung veranlasst, dass es zur Erzielung besserer Ergebnisse nicht zwangsläufig einer Steigerung der Gesundheitsausgaben bedarf (Retzlaff-Roberts et al., 2004). Eine Reihe von Forschungsarbeiten deutet ferner darauf hin, dass neben der Qualität und Effizienz der Gesundheitssysteme viele andere Faktoren, wie Einkommensungleichheit, soziales Umfeld sowie individuelle Lebensformen und Verhaltensweisen, die Säuglingssterberaten beeinflussen (Kiely et al., 1995).

Definition und Abweichungen

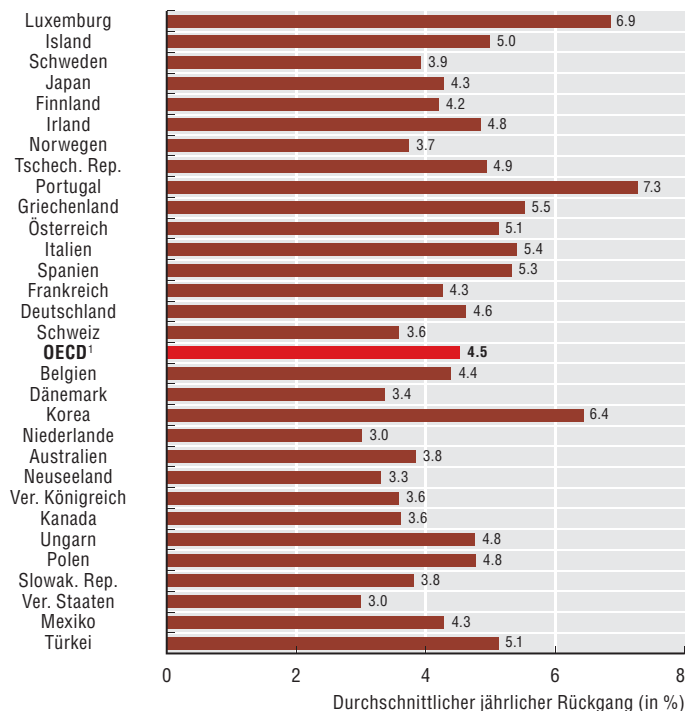
Die Säuglingssterblichkeit ist definitionsgemäß die Zahl der Todesfälle bei Kindern unter einem Lebensjahr, die in einem gegebenen Jahr je 1 000 Lebendgeburten auftreten. Die neonatale Mortalität bezieht sich auf den Tod von Kindern unter 28 Tagen.

Ein Teil der im internationalen Vergleich festzustellenden Abweichungen bei den Säuglings- und neonatalen Sterberaten ist u.U. darauf zurückzuführen, dass zwischen den Ländern Unterschiede bei der Erfassung von Frühgeburten bestehen. In den meisten Ländern sind keine an der Schwangerschaftsdauer oder dem Geburtsgewicht ausgerichtete Grenzwerte für die Meldung von Sterbefällen vorgesehen. Solche Mindestwerte gelten allerdings in Norwegen (für die Erfassung als Todesfall nach einer Lebendgeburt muss die Schwangerschaftsdauer mehr als 12 Wochen betragen haben) sowie in der Tschechischen Republik, Frankreich, den Niederlanden und Polen, wo sich die Schwangerschaftsdauer auf mindestens 22 Wochen und/oder das Gewicht auf mindestens 500 g belaufen muss.

1.8.1 Säuglingssterblichkeit, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)

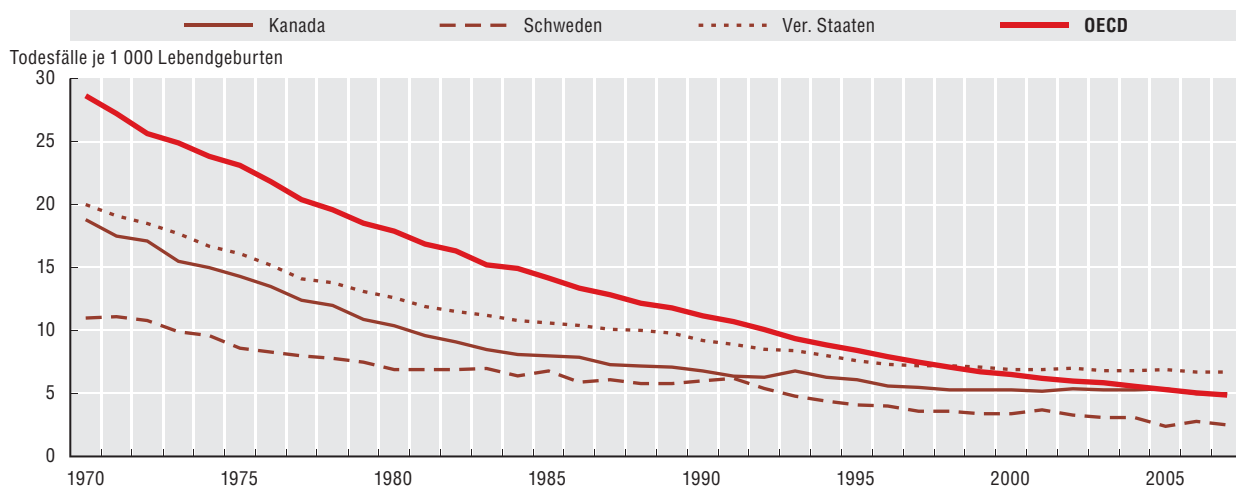


1.8.2 Rückgang der Säuglingssterblichkeit, 1970-2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



1. Wegen ihrer hohen Werte sind Mexiko und die Türkei im OECD-Durchschnitt nicht berücksichtigt.

1.8.3 Säuglingssterblichkeit, ausgewählte OECD-Länder, 1970-2007



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/803040502031>



From:
Health at a Glance 2009
OECD Indicators

Access the complete publication at:
https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en

Please cite this chapter as:

OECD (2010), "Säuglingssterblichkeit", in *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/soc_glance-2009-10-de

Das vorliegende Dokument wird unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente spiegeln nicht zwangsläufig die offizielle Einstellung der OECD-Mitgliedstaaten wider.

This document and any map included herein are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgment of OECD as source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to rights@oecd.org. Requests for permission to photocopy portions of this material for public or commercial use shall be addressed directly to the Copyright Clearance Center (CCC) at info@copyright.com or the Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) at contact@cfcopies.com.