

Autorinnen:

Angela Fehr, Cornelia Lange,
Judith Fuchs, Hannelore Neuhauser,
Roma Schmitz

Journal of Health Monitoring · 2017 2(1)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-004.2
Robert Koch-Institut



Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa

Abstract

Der demografische Wandel, neue Gesundheitsbedrohungen, gesundheitliche und Versorgungsungleichheiten in und zwischen Staaten der Europäischen Union (EU) stellen die Gesundheitssysteme in Europa vor große Herausforderungen. Viele Gründe sprechen dafür, vergleichbare Gesundheitsdaten in Europa zu erheben: Sie geben Aufschluss über die Verteilung von Risiko- und Schutzfaktoren, Prävalenzen chronischer Erkrankungen und die Versorgungssituation in den Mitgliedstaaten und unterstützen dadurch die Planung und Umsetzung (gesundheits-)politischer Maßnahmen. Seit 2013 erheben alle EU-Mitgliedstaaten verpflichtend im Rahmen der Europäischen Gesundheitsumfrage (European Health Interview Survey, EHIS) Daten zum Gesundheitszustand, zur gesundheitlichen Versorgung, den Gesundheitsdeterminanten und zur sozioökonomischen Lage ihrer Bürgerinnen und Bürger. In Deutschland ist der EHIS Teil des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (RKI). Das RKI bildet damit die Schnittstelle Deutschlands zu dem hier vorgestellten europäischen Gesundheitsmonitoring. Unterschiedliche Indikatorensysteme stützen das europäische Gesundheitsmonitoring. Zu ihnen zählen die Europäischen Kernindikatoren für Gesundheit (European Core Health Indicators, ECHI), die EU-Sozialindikatoren und die gesundheitsrelevanten Indikatoren der Europäischen Nachhaltigkeitsstrategie. Gespeist werden sie aus Routine- und Befragungsdaten, u.a. dem EHIS oder der EU-Umfrage zu Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC). Unterschiedliche Gesundheitssysteme, sozioökonomische Lagen oder Altersstrukturen müssen bei vergleichenden Auswertungen dieser Daten berücksichtigt werden. So sind Prävalenzunterschiede bei Allergien unter anderem auf die verfügbaren diagnostischen Maßnahmen zurückzuführen. Große Prävalenzunterschiede des Bluthochdrucks in Europa (20 Prozentpunkte bei Frauen, 17 Prozentpunkte bei Männern) hängen u.a. mit dem Bekanntheitsgrad der Hypertonie zusammen. Die Ergebnisse vergleichender Auswertungen können der Planung politischer Maßnahmen sowie dem Erfahrungsaustausch zwischen EU-Staaten dienen. Über eine neue geplante EU-Verordnung sollen zukünftig Gesundheits- und sozialstatistische Erhebungen inhaltlich und zeitlich stärker aufeinander abgestimmt werden. Darüber hinaus soll ein Forschungskonsortium (European Research Infrastructure Consortium, ERIC) geschaffen werden, um das europäische Gesundheitsmonitoring auszubauen und zu verstetigen.

📍 EUROPA · INDIKATOREN · GESUNDHEITSMONITORING · GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG · CHRONISCHE KRANKHEITEN

Infobox 1: Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union, Artikel 168 (Gesundheitswesen)

- (1) „Bei der Festlegung und Durchführung aller Unionspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt. Die Tätigkeit der Union ergänzt die Politik der Mitgliedstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der körperlichen und geistigen Gesundheit gerichtet. Sie umfasst die Bekämpfung der weit verbreiteten schweren Krankheiten, wobei die Erforschung der Ursachen, der Übertragung und der Verhütung dieser Krankheiten sowie Gesundheitsinformation und -erziehung gefördert werden; außerdem umfasst sie die Beobachtung, frühzeitige Meldung und Bekämpfung schwerwiegender grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren. [...]
- (2) Die Union fördert die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in den in diesem Artikel genannten Bereichen und unterstützt erforderlichenfalls deren Tätigkeit. [...]
- (3) Die Union und die Mitgliedstaaten fördern die Zusammenarbeit mit dritten Ländern und den für das Gesundheitswesen zuständigen internationalen Organisationen. [...]

1. Einleitung

Das Thema „Gesundheit“ hat sich als Aktionsfeld für die europäische Politik schrittweise entwickelt. In den 1950er Jahren unterstützte die Vorläuferorganisation der Europäischen Kommission die Mitgliedstaaten bei Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit der Beschäftigten in der Kohle- und Stahlindustrie. Heute umfasst die europäische Gesundheitspolitik Bereiche der Prävention und Kontrolle von Krankheiten ebenso wie Arzneimittelversorgung und Gesundheitsforschung. Allerdings liegt die Hauptzuständigkeit für Gesundheitspolitik und die gesundheitliche Versorgung der europäischen Bürgerinnen und Bürger weiterhin bei den Mitgliedstaaten. Die Europäische Union (EU) unterstützt, koordiniert oder ergänzt entsprechende Maßnahmen der Mitgliedstaaten (Art. 6, Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union - AEUV) [1]. Der Rahmen und die Zielsetzungen dieser ergänzenden Zuständigkeit der EU sind in Art. 168 des AEUV festgelegt; er betont darüber hinaus die Bedeutung von Gesundheit für alle Politikbereiche der Union ([siehe Infobox 1](#)).

Ergänzend dazu und angesichts der Herausforderungen an die Gesundheitssysteme – demografischer Wandel, Migration, Finanzkrise, neu aufkommende Gesundheitsbedrohungen (zum Beispiel Pandemien, Bioterrorismus oder Klimawandel), medizinisch-technologischer Fortschritt – wurde die EU-Gesundheitsstrategie „Gemeinsam für Gesundheit“ entwickelt. Sie unterstützt die Gesamtstrategie Europa 2020, deren Hauptziel es ist, Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit in der EU zu steigern. In diesem Rahmen sollen Investitionen in

die Gesundheitsversorgung auch dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen und soziale Ausgrenzung zu bekämpfen. Die Gesundheitsversorgungssysteme in der EU sollen sich darüber hinaus an übergeordneten Werten, d. h. flächendeckende Versorgung, Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung, Verteilungsgerechtigkeit und Solidarität, orientieren und die Geschlechterperspektive berücksichtigen [3].

Damit die europäischen Gesundheitssysteme angemessen auf die oben genannten Herausforderungen reagieren und Strategien zur Verbesserung der Gesundheit entwickeln können, sind regelmäßige Informationen zur Entwicklung der Lebensbedingungen, des Gesundheitszustands, des gesundheitlichen Verhaltens und der gesundheitlichen Versorgung von Menschen in Europa erforderlich. Gesundheitsdaten für Europa werden vom statistischen Amt der Europäischen Union (Eurostat), der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO-Regionalbüro für Europa) vorgehalten und in regelmäßigen Abständen veröffentlicht. Alle zwei Jahre erscheint der OECD-Bericht „Health at a Glance“ in Kooperation mit der Europäischen Kommission [4]. Das WHO-Regionalbüro für Europa gibt alle drei Jahre den „Europäischen Gesundheitsbericht“ heraus [5].

Die Berichte beruhen auf Indikatoren, die möglichst vergleichbar zwischen den einbezogenen Ländern sein sollten, und quantifizierte Aussagen zum Gesundheitszustand, dem Gesundheitsverhalten und den Determinanten für Gesundheit und Wohlbefinden ermöglichen. Im Folgenden werden EU-Indikatorensysteme und ihre Datenquellen vorgestellt sowie beispielhaft verglei-

(7) Bei der Tätigkeit der Union wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt [2].“

chende Auswertungen aus der zweiten Welle der Europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS 2) für ausgewählte chronische Erkrankungen. Abschließend werden Perspektiven und Limitationen eines europäischen Gesundheitsmonitorings diskutiert.

2. Gesundheitsindikatoren(-systeme) in der EU

Indikatoren sind standardisierte Maßzahlen, anhand derer Prozesse, Ergebnisse oder Veränderungen einmalig oder über einen Zeitraum abgebildet werden können [6–8]. Standardisierte Datenerhebungen auf der Grundlage europäischer Gesundheitsindikatoren sind von wesentlicher Bedeutung für die Gestaltung nationaler und europäischer Forschungs- und Gesundheitspolitiken [9]. Sie tragen zur Identifizierung und Schließung von Datenlücken ebenso bei wie zu einer datengestützten Objektivierung und wissenschaftlichen Orientierung gesundheitspolitischer Diskussionen. Zu den Indikatorensystemen mit Gesundheitsbezug in der EU gehören die Europäischen Kernindikatoren für Gesundheit, die europäischen Sozialindikatoren und die Indikatoren zur öffentlichen Gesundheit der EU-Strategie für nachhaltige Entwicklung. Sie werden im Folgenden näher beschrieben. Zahlreiche Schnittstellen zwischen diesen Systemen existieren, ebenso wie zu themenspezifischen Indikatorensätzen, beispielsweise zum Unfallgeschehen oder der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

2.1 Europäische Kernindikatoren für Gesundheit (ECHI)

Ende der 1990er Jahre beschloss die EU die „Festlegung gemeinschaftlicher Gesundheitsindikatoren“ [10]. In vier aufeinanderfolgenden Projekten (ECHI-1, ECHI-2, ECHIM, JA-ECHIM) wurde zwischen 1998 und 2012 die ECHI-Shortlist mit 88 Indikatoren erarbeitet (European Core Health Indicators/Europäische Kernindikatoren für Gesundheit). ECHI-Indikatoren speisen sich aus einer Fülle von Datenquellen, wobei im Hinblick auf die Vergleichbarkeit von Daten für jeden Indikator eine präferierte Datenquelle (z. B. Eurostat) und ein präferierter Datentyp (z. B. Surveydaten) definiert sind [11]. Ausgewählte Datenquellen für EU-Gesundheitsindikatoren werden in [Abschnitt 3](#) („Datenquellen für die EU-Gesundheitsindikatoren“) näher erläutert. Daten, die auf der Grundlage der ECHI-Indikatoren erhoben wurden, können in aggregierter Form über das öffentlich zugängliche ECHI Data Tool der EU abgerufen, heruntergeladen oder visualisiert werden [12].

Erklärtes Ziel war es, sich bei der Indikatorenauswahl nicht nur an der Datenverfügbarkeit zu orientieren [13]. Dementsprechend unterteilt sich die ECHI-Shortlist in drei Bereiche, die den unterschiedlichen Implementierungsgrad der Indikatoren abbilden: Für 67 Indikatoren („Implementation Section“) stehen Daten aus definierten internationalen Datenquellen im präferierten Datentyp zur Verfügung. Eine Gruppe von 14 Indikatoren („Work-in-Progress-Section“) ist konzeptionell und methodisch weit entwickelt, jedoch bestehen noch letzte Hürden zu ihrer europaweiten Umsetzung. Die dritte Gruppe („Development Section“) bilden Themen von gesundheitspolitischer Relevanz, deren konzeptionelle und methodische Ausar-

Infobox 2: EU-Sozialindikatoren

EU-Sozialindikatoren sind ein Instrument der im Jahr 2000 vom Europäischen Rat verabschiedeten Strategie zur Förderung von Wachstum, wirtschaftlicher Dynamik und sozialem Zusammenhalt in der EU („Lissabon-Strategie“). In der Sozialpolitik besitzt die EU geteilte bzw. koordinierende Zuständigkeit (Art. 4 und 5 AEUV) [1]. Zur Umsetzung der Ziele der Lissabon-Strategie wurde die „Offene Methode der Koordinierung“ (OMK) geschaffen. Sie sieht eine „freiwillige Selbstbeurteilung [der Mitgliedstaaten] auf Basis gemeinsamer Zielvorgaben [...]“ vor [18]. Sozialindikatoren sollen Selbstbeurteilung, Vergleiche und Benchmarking im Gesundheitsbereich bei der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege ermöglichen. Gestützt auf Sozialindikatoren findet seit dem Jahr 2005 die EU-Befragung über Einkommen und Lebensbedingungen (European Survey on Income and Living Conditions, EU-SILC) statt. Sie enthält ein „Mindestmodul zur Gesundheit“ (Minimum European Health Modul, MEHM), bestehend aus sieben Variablen [19].

beitung zu Indikatoren noch diskutiert wird [11]. Die Aufnahme eines neuen Indikators bzw. ein Transfer zwischen den Sektionen erfolgt auf der Grundlage eines konsentierten Kriterienkatalogs. Für alle Indikatoren liegen Dokumentationsbögen und für einen Großteil strukturierte Anmerkungen zu ihrer Vergleichbarkeit vor. Die Mehrheit der implementierten Indikatoren kann, wo angebracht, nach Alter, Geschlecht, Bildung und Region stratifiziert werden.

Die Umsetzung der Indikatoren in die Gesundheitsinformationssysteme der Mitgliedstaaten begann im Jahr 2005. In zahlreichen europäischen Staaten werden ECHI-Indikatoren für das nationale Gesundheitsmonitoring verwendet. Auch im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes werden Daten für Deutschland präsentiert, die nach den Definitionen der ECHI-Shortlist aufbereitet wurden. Die Weiterentwicklung der ECHI-Shortlist ist Gegenstand des aktuell von der EU geförderten BRIDGE Health-Projektes (BRIdging Information and Data Generation for Evidence-based Health policy and research). Das übergeordnete Ziel ist, die Liste der Indikatoren soweit möglich stabil zu halten. Es gibt jedoch verschiedene Gründe, die Aktualisierungen von Indikatoren erforderlich machen, wie Veränderungen der EU-Gesundheitsbefragungen, neue Public-Health-relevante Themen oder geänderte gesundheitspolitische Konzepte. Beispielhaft seien hier Weiterentwicklungen bei den konzeptuellen Ansätzen für Fragen nach Behinderung genannt. Konzentrierten sich diese vormals auf die Behinderung der Befragten, so liegt heute der Fokus auf den Einschränkungen der gesellschaftlichen Teilhabe [14]. [Abbildung 1](#) illustriert die Politikfelder, Sektionen und Daten der ECHI-Indikatoren.

Zu den nichtübertragbaren Erkrankungen, deren Prävalenzen aktuell auf der Grundlage der ECHI-Indikatoren abgebildet werden, zählen die Krebshäufigkeit sowie selbstberichtete Prävalenzen von Asthma, Diabetes mellitus, Depression und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD). Noch in der Entwicklung befinden sich Indikatoren zum akuten Myokardinfarkt (AMI), zu Schlaganfall und zu registerbasierten Prävalenzen von Asthma, COPD, Diabetes mellitus, Demenz und Depression. Auch Todesursachenstatistiken geben Aufschluss über das Krankheitsgeschehen in Europa; über den entsprechenden Indikator der ECHI-Shortlist (Indikator 13) werden 26 Todesursachen nach ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision) abgebildet. Todesursachenstatistiken bieten jedoch keine Angaben zu Krankheitsinzidenzen bzw. -prävalenzen. Dieses Informationsdefizit soll auch mit Blick auf chronische Erkrankungen durch zukünftige europaweite Erhebungen zu diagnosespezifischen Morbiditätsdaten beseitigt werden. Entsprechende Pilotstudien führt Eurostat zurzeit in Zusammenarbeit mit EU-Mitgliedstaaten durch [15].

2.2 Gesundheitsrelevante EU-Sozialindikatoren

Neben den Kernindikatoren zur Gesundheit bildet auch das System der EU-Sozialindikatoren Gesundheitsthemen ab. Sie sind eingebettet in den Kontext der EU-Sozialpolitik und betrachten im Schwerpunkt die Gesundheitsversorgung und die Langzeitpflege (siehe [Infobox 2](#); [Abbildung 2](#)).

Wichtige europäische Indikatorensysteme sind die Europäischen Kernindikatoren für Gesundheit (ECHI), die EU-Sozialindikatoren und die gesundheitsrelevanten Indikatoren der Europäischen Nachhaltigkeitsstrategie.

Unter der Strategie Europa 2020, die im Jahr 2010 auf die Lissabon-Strategie folgte, richtete sich die europäische Aufmerksamkeit verstärkt auf das Thema Gesundheit. Der EU-Jahreswachstumsbericht 2013

betonte die Notwendigkeit zu prüfen, wie die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten die doppelte Herausforderung bewältigen, Zugang zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und

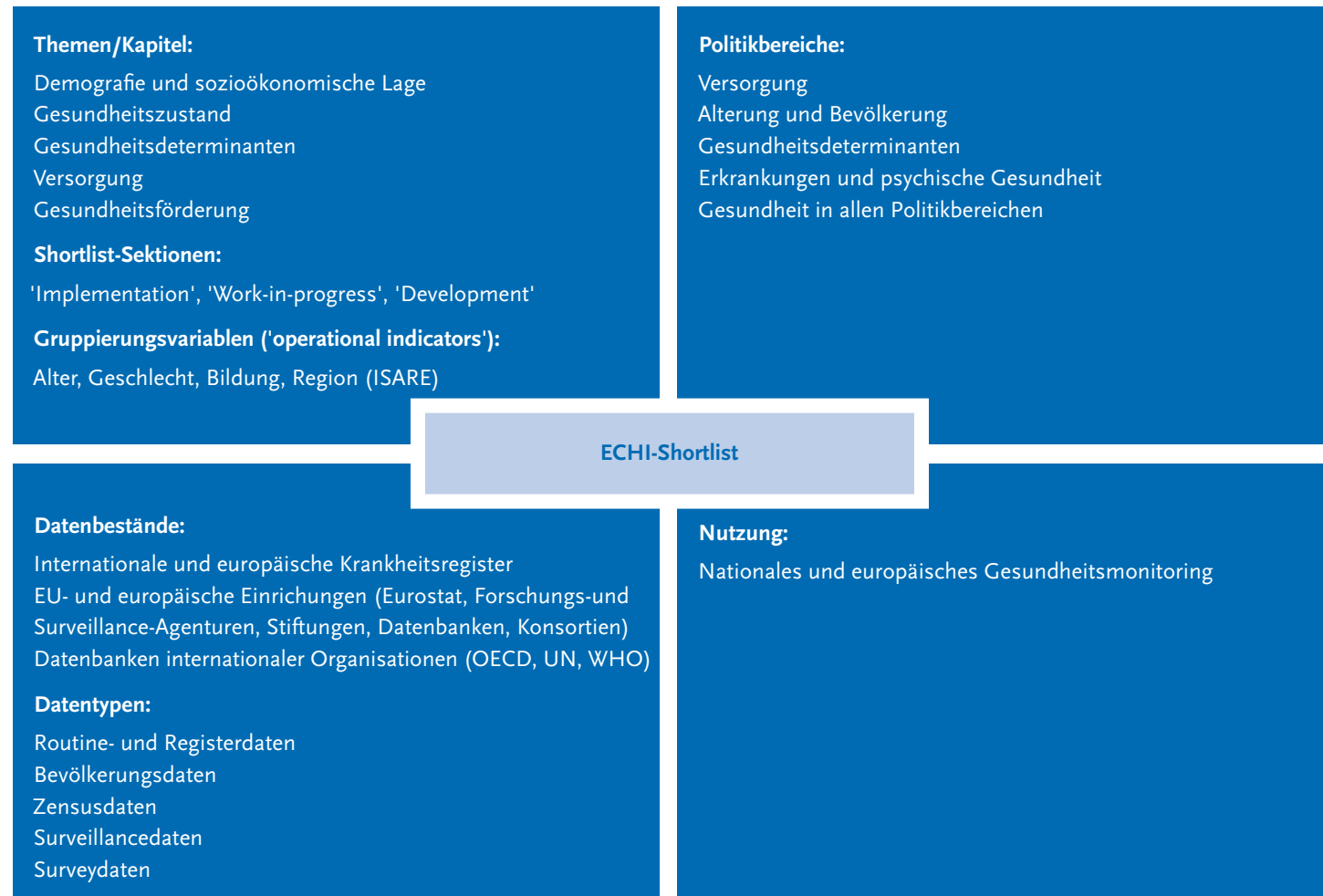


Abbildung 1
ECHI-Shortlist –

Struktur, Datenbestände, Nutzung

Quelle: Eigene Darstellung nach [16, 17]

EU=Europäische Union; OECD=Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung; UN=Vereinte Nationen; WHO=Weltgesundheitsorganisation; ISARE=Indicateurs de Santé dans les Régions d'Europe; Eurostat=Statistisches Amt der Europäischen Union

gleichzeitig eine langfristige Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme sicherzustellen [18, 21]. Darüber hinaus sollten insbesondere Ungleichheiten zwischen Mitgliedstaaten, Regionen und sozioökonomischen Gruppen verringert werden [22]. Ein entsprechend erwei-

terter Indikatorensatz wird zurzeit auf der Ebene der EU unter Beteiligung der Mitgliedstaaten erarbeitet. Grundlage dafür bildet die Methode des „Gemeinsamen Bewertungsrahmens“ (Joint Assessment Framework, JAF) [23]. JAF-Health-Indikatoren sollen die Evidenzba-



EU=Europäische Union

Abbildung 2
EU-Sozialindikatoren –
Gesundheitsthemen, Datenquellen, Nutzung
 Quelle: Eigene Darstellung nach [20]

sierung der gesundheitspolitischen Aktivitäten der EU und der entsprechenden Empfehlungen an die Mitgliedstaaten stärken [24]. Der zurzeit zu entwickelnde Indikatorensatz setzt sich unter anderem aus EU-Sozialindikatoren und Indikatoren der ECHI-Shortlist zusammen. Zu ihnen zählen Outcome-Indikatoren wie die Lebenserwartung, die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre, der selbstberichtete Gesundheitszustand, Kindersterblichkeit und Todesursachen, Indikatoren über Zugänglichkeit und Qualität der Versorgung wie nicht-gedeckte Versorgungsbedarfe, Impfquoten, Vorsorgeuntersuchungen und vermeidbare Krankenhausaufenthalte sowie Indikatoren zu Gesundheitsdeterminanten (Tabak- und Alkoholkonsum, körperliche Aktivität, Übergewicht, Obst- und Gemüseverzehr). Als zusätzliche (sogenannte kontextuelle) Indikatoren werden die verwendeten Ressourcen der Gesundheitssysteme sowie soziodemografische Faktoren abgebildet [25]. Der Indikatorensatz unterscheidet EU-Indikatoren, nationale (NAT) Indikatoren sowie kontextuelle Indikatoren. Nur EU-Indikatoren können für Ländervergleiche zwischen Mitgliedstaaten herangezogen werden.

2.3 Nachhaltigkeitsindikatoren

Im Jahr 2001 verabschiedete der Europäische Rat die EU-Strategie für nachhaltige Entwicklung; sie wurde im Jahr 2006 erneuert. Die Öffentliche Gesundheit ist eines von zehn Themen, die die EU als besondere Herausforderung für eine nachhaltige Entwicklung identifizierte und für die Zielvorgaben, operative Ziele und Maßnahmen benannt werden. Entsprechende Fort-

schritte werden anhand von etwa 130 Indikatoren gemessen [26].

Schwerpunkte des Themenkomplexes „Öffentliche Gesundheit“ sind die Förderung gleicher Gesundheitsbedingungen für alle Bürgerinnen und Bürger und der verbesserte Schutz vor Gesundheitsbedrohungen. Indikatoren wie Lebenserwartung, gesunde Lebensjahre und die Sterberate durch chronische Erkrankungen spielen in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle, aber auch Daten zur Produktion toxischer Chemikalien, zur Belastung durch Luftverunreinigung oder Lärm und zu Arbeitsunfällen. Weitere Indikatoren sind der nicht erfüllte Bedarf an ärztlicher Versorgung sowie das Vorliegen einer lang andauernden Krankheit oder eines lang andauernden Gesundheitsproblems [27]. Die Nachhaltigkeitsindikatoren speisen sich u.a. aus gesundheitlichen Routinedaten sowie aus Sozial- und Wirtschaftserhebungen. Alle zwei Jahre wird ein Überwachungsbericht veröffentlicht; der jüngste Bericht erschien im September 2015 [28].

Aus der vorangehenden Darstellung wurde deutlich, dass Gesundheitsstatistiken der EU auf zahlreiche Erhebungen und Indikatorensätze zurückgreifen. Teilweise sind es genuine Gesundheitserhebungen, teilweise enthalten sie einzelne Module oder Variablen zur Gesundheit unter einem anderen, übergeordneten Themenkomplex. [Tabelle 1](#) gibt einen Überblick über Erhebungen und Indikatoren zu Gesundheit in Europa. Im folgenden Abschnitt werden die wichtigsten Datenquellen für Gesundheitsindikatoren näher beschrieben.

Tabelle 1
Datenbestände für europäische
Gesundheitsstatistiken
 Quelle: [27, 29]

	Schwerpunkt	Gesundheitsindikatoren
EHIS (Europäische Gesundheitsumfrage)*	Gesundheit	Demografie und sozioökonomische Lage, Gesundheitszustand, Gesundheitsfaktoren und Maßnahmen des Gesundheitswesens
EU-SILC (EU-Umfrage zu Einkommen und Lebensbedingungen)*	Einkommen und Lebensbedingungen	Gesundheitszustand und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens (Mindestmodul Gesundheit (MEHM), sieben Variablen)
EU-AKE (EU-Arbeitskräfteerhebung)*	Bedingungen und Trends auf dem Arbeitsmarkt	Zusatzmodule zur Beschäftigung behinderter Menschen (2002, 2011) sowie zu Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsbeschwerden (1999, 2007, 2013)
Gemeinsame Datenerhebung von OECD, Eurostat und der WHO auf dem Gebiet der Gesundheitsausgabenrechnung (System of Health Accounts, SHA)	Gesundheitsausgaben	u. a. Investitionskosten im Gesundheitssektor, Einnahmen aus Gesundheitsfinanzierungsprogrammen, Kostenbeiträge zur Erstellung von Gütern und Dienstleistungen im Gesundheitswesen, Gesundheitsausgaben nach wesentlichen Merkmalen der Leistungsempfänger
Gemeinsame Datenerhebung von OECD, Eurostat und der WHO Europa zu nichtmonetären Gesundheitsleistungen	Ressourcen und Maßnahmen des Gesundheitswesens	Krankenhausentlassungen, -verweildauer, medizinische Verfahren, ausgewählte präventive Maßnahmen und Konsultationen
Todesursachenstatistik	Todesursachen	Todesursachen nach ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
Arbeitsunfallstatistik	Arbeitsunfälle	Nicht-tödliche/tödliche Arbeitsunfälle
Statistik der diagnosespezifischen Morbidität (Pilotphase, reguläre Erfassung ggf. ab 2020)	Krankheitsinzidenzen/ -prävalenzen	Erkrankungen (Liste in der Entwicklung)

* geplante zukünftige Durchführung im gemeinsamen Rahmen für europäische Statistiken: Integrated European Social Statistics, IESS [30]

OECD=Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung; Eurostat=Statistisches Amt der Europäischen Union; WHO=Weltgesundheitsorganisation

3. Datenquellen für die EU-Gesundheitsindikatoren

Bereits bei der Konzeption und Entwicklung europäischer und internationaler Indikatorensysteme wird darauf geachtet, dass die Indikatoren mit Zahlen hinterlegt werden können. So werden aussagekräftige und vergleichbare Daten für alle einbezogenen Länder sichergestellt. Die einzelnen Indikatoren stammen dabei aus

unterschiedlichen Datenquellen und von unterschiedlichen Datenhaltern. Zu diesen zählen das Statistische Amt der EU (Eurostat), die europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) der Weltgesundheitsorganisation [31], die Datenbank der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit (OECD) [32] sowie themenspezifische internationale Berichtssysteme, z. B. zu Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum, zum Unfallgesche-

hen oder zum Umweltmonitoring. Datentypen sind amtliche Statistiken, Befragungs- und Routinedaten. So liegen Daten zur Bevölkerung, zu Bevölkerungsvorausschätzungen, zur Mortalität und Lebenserwartung, zur Fertilität, Migration und Staatsbürgerschaft auf der Basis amtlicher Statistiken für alle EU-Mitgliedstaaten bei Eurostat vor. Wichtige Daten zum Arbeitsmarkt und zur Beschäftigung liefert die Europäische Arbeitskräfteerhebung (EU-AKE/EU Labour Force Survey, LFS), die von allen EU-Mitgliedstaaten, zwei EU-Beitrittskandidatenländern und drei Ländern der Europäischen Freihandelszone durchgeführt wird.

Wesentliche Surveydaten für Gesundheitsindikatoren auf europäischer Ebene stammen aus der EU-Befragung über Einkommen und Lebensbedingungen (European Survey on Income and Living Conditions, EU-SILC) und aus der Europäischen Gesundheitsumfrage (European Health Interview Survey, EHIS). Ein Viertel der implementierten ECHI-Indikatoren werden im Rahmen des EHIS erhoben [33].

3.1 EU-Befragung über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC)

Der EU-SILC ist die Referenzquelle der EU für vergleichbare statistische Daten über die Einkommensverteilung und soziale Eingliederung auf europäischer Ebene. Er liefert für die 28 EU-Mitgliedstaaten, für Island, Norwegen, die Schweiz und die Türkei zwei Arten jährlicher Daten:

- ▶ einen bestimmten Zeitpunkt oder eine bestimmte Zeitspanne betreffende Querschnittdaten über Einkommen, Armut, soziale Ausgrenzung und sonstige Lebensbedingungen,
- ▶ Längsschnittdaten über Veränderungen im Zeitablauf auf individueller Ebene, die periodisch über einen bestimmten Zeitraum, in der Regel vier Jahre, beobachtet werden.

EU-SILC beruht nicht auf einem gemeinsamen Fragebogen oder auf einer gemeinsamen Erhebung, sondern auf der Idee eines gemeinsamen „Rahmens“. Letzterer enthält eine harmonisierte Liste primärer (jährlicher) und sekundärer (alle vier Jahre oder in größeren Abständen erhobener) Zielvariablen, die an Eurostat zu übermitteln sind. Ebenso enthalten sind gemeinsame Leitlinien und Verfahren, gemeinsame Konzepte (Haushalt und Einkommen) und Klassifikationen, die der bestmöglichen Vergleichbarkeit der übermittelten Informationen dienen [34]. EU-SILC wurde auf der Basis der EU-Rahmenverordnung 1177/2003 im Jahr 2005 erstmals europaweit implementiert. In der Welle 2014 betrug der Stichprobenumfang in Deutschland 12.744 Haushalte und 22.695 Personen ab 16 Jahren.

Übergeordnetes Ziel und Hauptzweck von EU-SILC ist die Bereitstellung fundierter Entscheidungshilfen für die europäische und nationale Sozialpolitik. Aus EU-SILC werden sowohl monetäre als auch nicht-monetäre Sozialindikatoren ermittelt. Ein wichtiger Sozialindikator, der aus EU-SILC ermittelt wird, ist die Armutsgefährdungsquote [35]. Das in EU-SILC integrierte sogenannte Mindestgesundheitsmodul (Minimum European Health

Seit 2013 erheben alle EU-Mitgliedstaaten verpflichtend Gesundheitsdaten im Rahmen der Europäischen Gesundheitsumfrage (EHIS).

Module) [36] erfragt die selbsteingeschätzte Gesundheit, das Vorhandensein chronischer Krankheiten und dauerhafte Beeinträchtigungen bei alltäglichen Verrichtungen (Global Activity Limitation Indicator, GALI-Frage). Dieses Modul wird auch im EHIS abgefragt; Teile davon sollen perspektivisch auch in weiteren Surveys mit Gesundheitsbezug eingesetzt werden. Die Daten der GALI-Frage gehen in die Berechnung des Indikators „Gesunde Lebensjahre“ (Healthy Life Years, HLY), auch „behinderungsfreie Lebenserwartung“ genannt, ein. Unter der Lissabon-Strategie zählte er zur Kerngruppe der europäischen Strukturindikatoren. Sie bildet heute einen der beiden Leitindikatoren im Thema Öffentliche Gesundheit der EU-Nachhaltigkeitsstrategie. Zudem enthält EU-SILC Fragen zu Gründen nach Verzicht auf einen Arzt- bzw. Zahnarztbesuch, obwohl dieser medizinisch notwendig gewesen wäre [35].

3.2 Europäische Gesundheitsumfrage (EHIS)

2008 wurde in einer EU-Verordnung [37] festgelegt, dass die Mitgliedstaaten Gesundheitsstatistiken zu folgenden Bereichen liefern müssen: Gesundheitszustand und Gesundheitsdeterminanten, Todesursachen, Gesundheitsversorgung sowie Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und andere arbeitsbedingte Gesundheitsschäden. Die Daten zu dem Bereich Gesundheitszustand und Gesundheitsdeterminanten sollen vor allem aus der Europäischen Gesundheitsumfrage (European Health Interview Survey, EHIS) gewonnen werden, der alle fünf Jahre durchgeführt werden soll. Der EHIS ist ein Befragungssurvey und beruht auf den Selbstanga-

ben der Teilnehmenden. Es werden keine Messergebnisse erhoben, wie es in Untersuchungssurveys der Fall ist. Die erste Welle des EHIS wurde zwischen 2006 und 2009 durchgeführt. Sie war nicht verpflichtend. An EHIS₁ nahmen 17 Mitgliedstaaten teil [38]. Deutschland integrierte einen Teil des EHIS-Instruments in die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2010) des Robert Koch-Instituts (RKI) und lieferte Ergebnisse zu einigen Gesundheitsindikatoren an Eurostat.

Die Entwicklung der zweiten, verbindlich durchzuführenden Welle von EHIS startete mit einem intensiven Evaluationsprozess der ersten Welle. So wurden die Module zur psychischen Gesundheit, körperlichen Aktivität sowie zur Erfassung des Alkoholkonsums überarbeitet. Nach einem weiteren zweijährigen Arbeits- und Diskussionsprozess zur Erstellung des verbindlichen Fragenkatalogs wurde im Februar 2013 eine EU-Verordnung erlassen, in der die zu erhebenden Variablen des EHIS, Bezugsjahr und Grundgesamtheit sowie erforderliche Referenz-Metadaten festgelegt sind [39].

Der EHIS ist in vier Themenbereiche untergliedert: Gesundheitszustand (nach eigener Einschätzung), Gesundheitsversorgung, Gesundheitsdeterminanten sowie Hintergrundvariablen zur Demografie und zum sozioökonomischen Status. Um möglichst weitgehend vergleichbare Ergebnisse aus den Mitgliedstaaten zu erhalten, wurde von Eurostat zudem ein ausführliches Manual erarbeitet, das auch einen Musterfragebogen enthält [40]. Der deutschsprachige [Fragebogen](#) ist als Supplement dieser Ausgabe beigefügt. Die Datenerhebung sollte in den Referenzjahren 2013, 2014 oder 2015 erfolgen. In Deutschland wurde EHIS₂ in die

GEDA-Welle 2014/2015 integriert. Zusätzlich zu den EHIS-Fragen wurden in dieser Erhebung weitere nationale Fragen gestellt, um Zeitreihen fortsetzen bzw. Informationen zu spezifischen Public-Health-Aspekten erheben zu können.

In der EU-Verordnung zu EHIS sind alle Variablen, die erhoben werden sollen, einschließlich der Antwortkategorien aufgeführt. Die Art der Erhebungsmethodik sowie die Details der Durchführung stehen den Ländern frei. So kann der EHIS als eigenständige Erhebung („stand-alone survey“) durchgeführt werden, oder die EHIS-Fragen können in eine nationale Gesundheitsumfrage eingebettet werden. Letzterer Weg wurde in Deutschland beschritten. Ein [Beitrag zur Methodik von GEDA 2014/15-EHIS](#) findet sich in dieser Ausgabe. Ebenfalls verbindlich festgelegt ist die Grundgesamtheit (in privaten Haushalten lebende Personen ab 15 Jahren, deren üblicher Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Hoheitsgebiet des Mitgliedstaats liegt) sowie die von jedem Land zu erreichende Stichprobengröße (insgesamt rund 195.000 Befragte in den EU-Mitgliedstaaten). Zur Datenaufbereitung und Datenqualitätssicherung stellte Eurostat ausführliche Dokumente sowie elektronische Tools zur Verfügung. Im Anschluss an die Mikrodatalieferung an Eurostat erfolgen dort nochmals Plausibilitäts- und Vollständigkeitsprüfungen. Ein ausführlicher Qualitätsbericht, der entlang vorgegebener Kriterien von jedem teilnehmenden Land auszufüllen ist, enthält detaillierte Angaben zum methodischen Vorgehen der einzelnen Länder.

Aus den qualitätsgesicherten Daten berechnet Eurostat Indikatoren, die in der Regel nach Alter,

Geschlecht und Bildungsstatus stratifiziert sind. Diese können auf der Internetseite von Eurostat abgerufen werden [41].

4. Ergebnisse von EHIS: Beispiel „chronische Krankheiten“

EHIS liefert standardisierte und periodisch wiederkehrende, in allen Ländern erhobene Kernindikatoren für ein Gesundheitsmonitoring auf europäischer Ebene. Dabei trägt EHIS vor allem Indikatoren zu den Bereichen Gesundheitsstatus und Gesundheitsdeterminanten bei, für die bislang keine breite und zwischen den einzelnen Ländern vergleichbare Datengrundlage gegeben war. Neben der Verfügbarkeit über die europäischen Indikatoren-systeme (siehe oben) und der Möglichkeit, die Indikatoren über die Eurostat-Datenbank [41] abzurufen, werden die Indikatoren Eingang in die länderspezifische Gesundheitsberichterstattung finden. In Deutschland werden Fact sheets zu spezifischen Indikatoren über das [Journal of Health Monitoring](#) publiziert und über die Zeit auf der Grundlage der fortgeschriebenen Datenerhebung aktualisiert. Die Fact sheets in dieser Ausgabe beziehen sich auf Indikatoren zu ausgewählten chronischen Erkrankungen von besonderer Public-Health-Relevanz: [Koronare Herzkrankheit](#), [Schlaganfall](#), [arterielle Hypertonie](#), [Diabetes mellitus](#) und [Allergien](#). Weitere Indikatoren, darunter Arthrose, Asthma bronchiale und andere chronische Erkrankungen der unteren Atemwege (chronische Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Lungenemphysem) werden in der folgenden Übersicht kurz dargestellt und in nachfolgenden Ausga-

Unterschiedliche Gesundheitssysteme, sozioökonomische Lagen oder Altersstrukturen müssen bei vergleichenden Auswertungen der Daten berücksichtigt werden.

Tabelle 2

Chronische Erkrankungen in EHIS2

Quelle: Deutschsprachiger Fragebogen von GEDA 2014/15-EHIS (s. Supplement zu dieser Ausgabe)

ben des Journals of Health Monitoring schwerpunktmäßig behandelt.

Insgesamt wurden in EHIS Informationen zum Vorliegen von fünfzehn häufigen chronischen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen auf der Grundlage der folgenden Frage erhoben: „Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden?“ (englisch-sprachiger Musterfragebogen: „During the past 12 months, have you had any of the following diseases or conditions?“). Damit wird deutlich, dass hier die selbst wahrgenommene Erkrankung erfasst wird

Chronische Erkrankungen in EHIS2

Asthma, einschließlich allergisches Asthma
Chronische Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Lungenemphysem
Herzinfarkt, chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarktes
Koronare Herzerkrankung oder Angina pectoris
Bluthochdruck
Schlaganfall oder chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls
Arthrose
Beschwerden im unteren Rücken oder sonstige chronische Rückenleiden
Beschwerden im Nacken oder sonstige chronische Beschwerden an der Halswirbelsäule
Zuckerkrankheit/Diabetes (kein Schwangerschaftsdiabetes)
Allergien, wie Heuschnupfen, allergische Reaktionen der Augen oder der Haut, Lebensmittelallergien oder andere Allergien (kein allergisches Asthma)
Leberzirrhose oder andere chronische Lebererkrankungen
Harninkontinenz, Probleme die Blase zu kontrollieren
Chronische Nierenprobleme oder Nierenversagen
Depression

und nicht selbstberichtete ärztliche Diagnosen, Diagnosekriterien auf Basis objektiver Messwerte oder weitere krankheitsspezifische Informationen wie die Einnahme bestimmter Medikamente. Der Bezug auf die letzten 12 Monate wurde gewählt, weil aus gesundheitspolitischer Sicht aktuelle Prävalenzen in der Bevölkerung höheren Informationswert haben als Lebenszeitprävalenzen. Außerdem ist dadurch ein eindeutiger Bezug zu den ECHI-Indikatoren 21 a (selbst berichteter Diabetes), 23 a (selbst berichtete Depression), 26 a (selbst berichtetes Asthma), 27 a (selbst berichtete COPD) und 43 (selbst berichteter Bluthochdruck, jeweils 12-Monats-Prävalenzen) gegeben. [Tabelle 2](#) zeigt die zu erfassenden fünfzehn Erkrankungen im Rahmen der EHIS-2-Befragung.

Was den internationalen Vergleich betrifft, so darf nicht übersehen werden, dass Vergleiche zu den EHIS-Indikatoren über die Ländergrenzen hinweg wie in allen internationalen Indikatorensystemen immer mit Limitationen behaftet sind. Zum einen liegen diese Limitationen in den Indikatoren selbst begründet. Zum anderen müssen – trotz aller Bemühungen zur Vergleichbarkeit der Datenerhebung – immer zahlreiche länder-spezifische Unterschiede in Lebenserwartung und Altersstruktur, Organisation und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, sozioökonomische Kontextfaktoren und kulturelle Faktoren bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden [42]. Ein bloßes Benchmarking im Sinne einer eindimensionalen Betrachtung der Rangfolge für einzelne Indikatoren ist daher nicht sinnvoll, zumal bislang keine altersstandardisierten Prävalenzen über die Eurostat-Datenbank abgerufen werden können.

Große Prävalenzunterschiede in Europa zeigen sich bei Arthrose, Bluthochdruck und Allergien.

Vor diesem Hintergrund dienen die [Abbildungen 3](#) und [4](#) dazu, die geschlechtsspezifische Prävalenz der oben genannten, ausgewählten chronischen Erkrankungen in Deutschland im Vergleich zum EU-Durchschnitt, einschließlich der Spannweite zwischen niedrigstem und höchstem Wert, darzustellen. Indikatoren, die sich auf Beschwerden beziehen, sehr niedrige Prävalenzen haben, oder die psychische Gesundheit betreffen, wurden bei dieser Analyse zunächst nicht berücksichtigt.

Es zeigt sich, dass die Prävalenzen in den EU-Mitgliedstaaten je nach Krankheit sehr variieren, die Verteilungsmuster zwischen Frauen und Männern aber kaum differieren. Während die Unterschiede bei Asthma bronchiale und anderen chronischen Erkrankungen der unteren Atemwege sowie bei Herzinfarkt, Schlaganfall, koronarer Herzkrankheit und Diabetes mellitus maximal 10 Prozentpunkte betragen, sind die Prävalenzunterschiede bei Bluthochdruck (20 Prozentpunkte bei Frauen, 17 Prozentpunkte bei Männern), Arthrose (29 Prozentpunkte bei Frauen, 15 Prozentpunkte bei Männern) und Allergien (35 Prozentpunkte bei Frauen, 25 Prozentpunkte bei Männern) wesentlich ausgeprägter.

Für die drei chronischen Erkrankungen mit der höchsten Prävalenz-Spannweite sind im Folgenden alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzen für Deutschland, jeweils wiederum im Vergleich zum EU-Durchschnitt, aufgezeigt ([Abbildung 5](#) und [Abbildung 6](#)). Für alle drei Erkrankungen zeigen sich die aus verschiedenen vorhergehenden Gesundheitssurveys in Deutschland [43–46] bekannten hohen Krankheitsprävalenzen. Bei beiden Geschlechtern liegen die Prävalenzschätzer für Arthrose und Bluthochdruck jeweils leicht, die Präva-

lenzschätzer für Allergien jeweils deutlich über dem EU-Durchschnitt. Ebenfalls in guter Übereinstimmung mit bereits in Deutschland vorliegenden Daten zeigt sich eine deutliche Altersabhängigkeit der Krankheitsprävalenzen: Es finden sich eine konsistente altersassoziierte Zunahme in der Prävalenz von Arthrose und Bluthochdruck und eine altersassoziierte Abnahme in der Prävalenz von Allergien bei Frauen und Männern [43–46]. Dies zeigen auch die Faktenblätter zu [Allergien](#) und [Bluthochdruck](#) in dieser Ausgabe.

Prävalenz von Arthrose

Befragte in Deutschland berichten etwas häufiger als der EU-Durchschnitt, dass sie von Arthrose betroffen sind. Insgesamt liegt bei Männern die Prävalenz-Spannbreite zwischen 1,8% und 17,1% (10,1% EU-weit, Deutschland 12,8%), bei Frauen zwischen 2,7% und 31,8% (18,0% EU-weit, Deutschland 20,9%). Die höheren Prävalenzen in Deutschland im Vergleich zum EU-Durchschnitt zeigen sich in allen Altersgruppen. Arthrose ist weltweit die häufigste Gelenkerkrankung. Sie betrifft überwiegend Personen in der zweiten Lebenshälfte und tritt mit zunehmendem Lebensalter vermehrt auf; Frauen sind häufiger betroffen als Männer [47]. Arthrose ist, im Gegensatz z. B. zu Diabetes mellitus, der im Rahmen von Check-Up-Untersuchungen über Blutzuckermessungen frühzeitig erkannt werden kann, eine Erkrankung, die in der Regel erst dann diagnostiziert wird, wenn Gelenkbeschwerden unterschiedlicher Lokalisation (häufig Hüfte, Knie, Arm und Hand, Schulter, Sprunggelenk, Fuß) vorliegen. Ob und in welchem Umfang diesen Beschwerden ein Gelenkverschleiß zugrunde liegt, kann

Abbildung 3
12-Monats-Prävalenz ausgewählter
Erkrankungen bei Frauen,
Deutschland im Vergleich zur EU 28
 Quelle: EHIS 2014/15

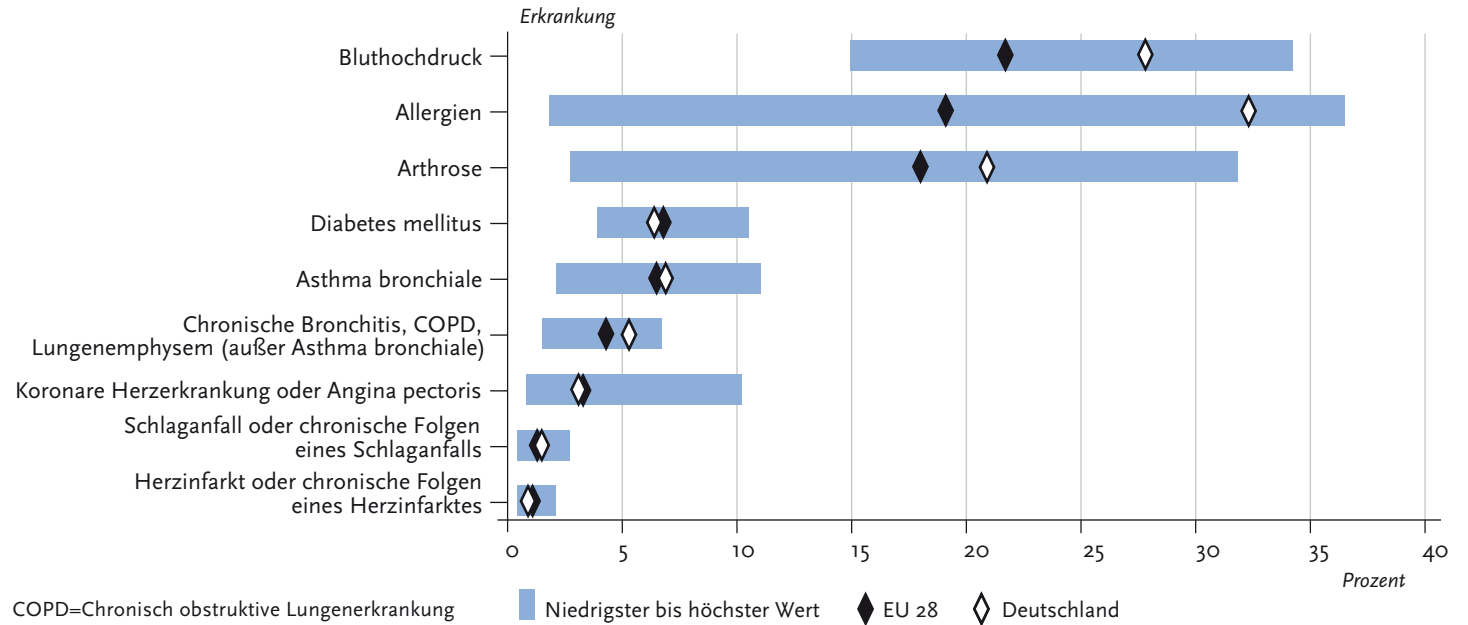


Abbildung 4
12-Monats-Prävalenz ausgewählter
Erkrankungen bei Männern,
Deutschland im Vergleich zur EU 28
 Quelle: EHIS 2014/15

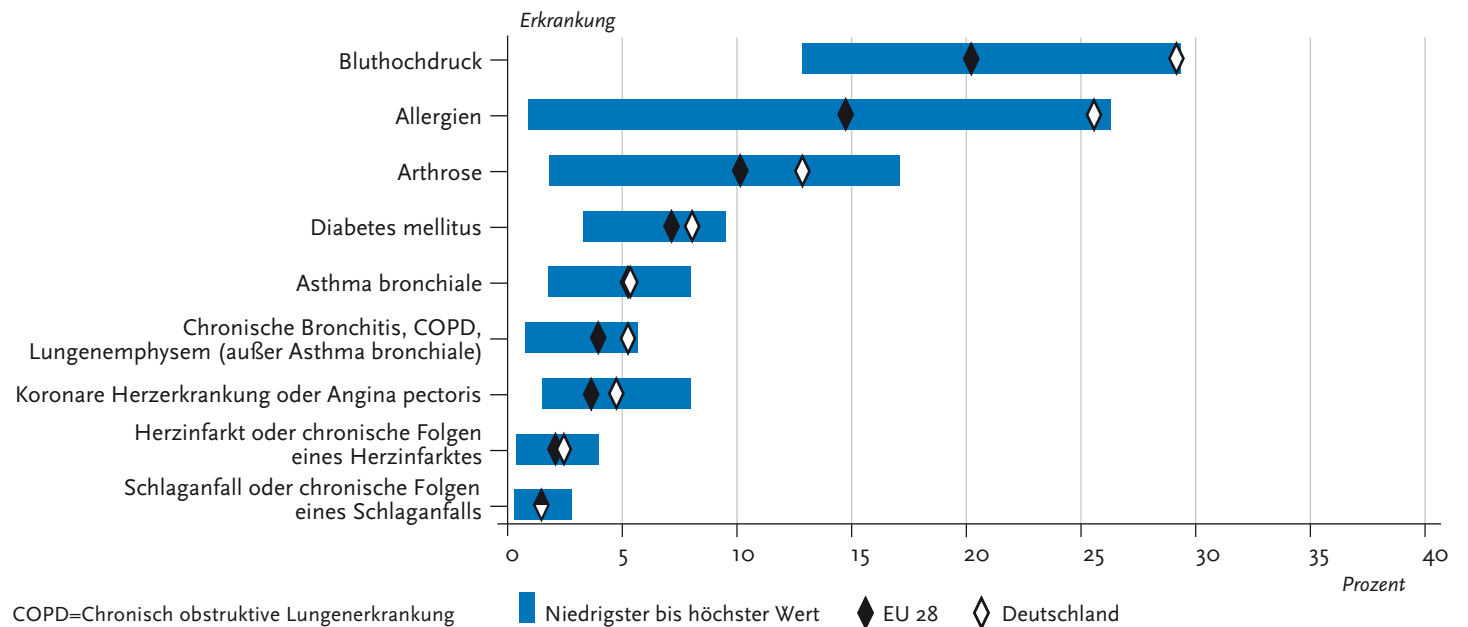


Abbildung 5
12-Monats-Prävalenz von Arthrose,
Bluthochdruck und Allergien bei Frauen,
Deutschland und EU 28, nach Alter
Quelle: EHIS 2014/15

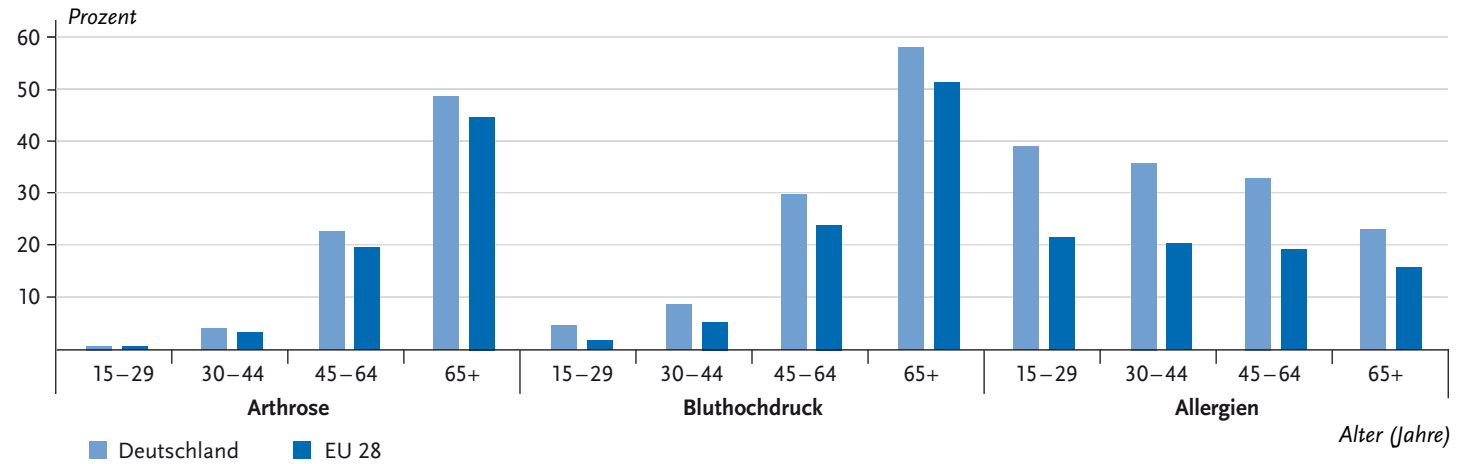
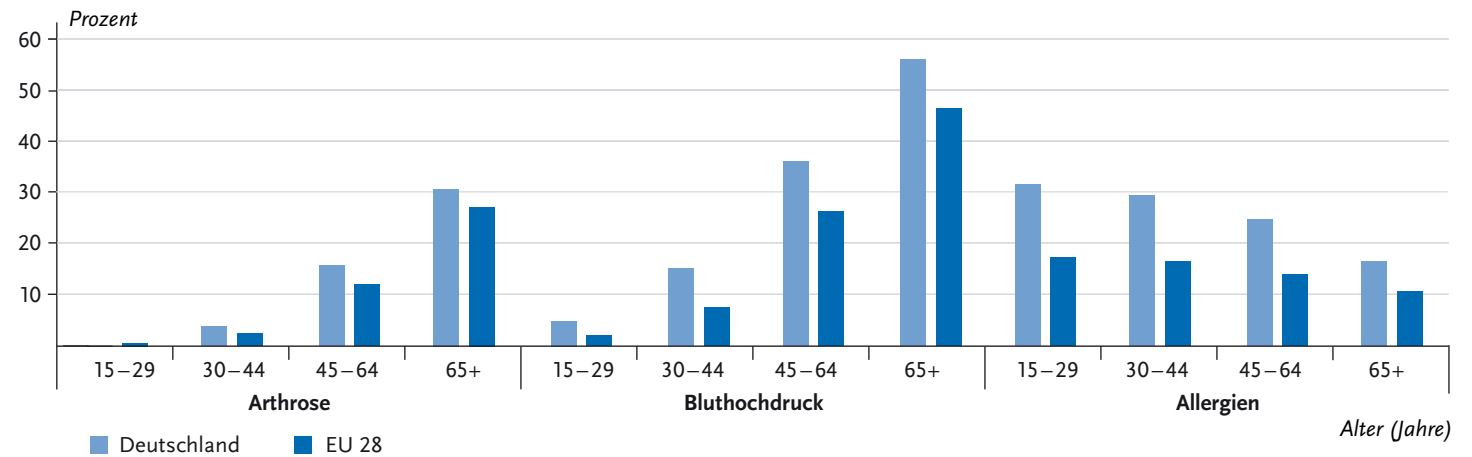


Abbildung 6
12-Monats-Prävalenz von Arthrose,
Bluthochdruck und Allergien bei Männern,
Deutschland und EU 28, nach Alter
Quelle: EHIS 2014/15



im Arztgespräch mit Unterstützung bildgebender Verfahren ermittelt werden. Sowohl die Wahrnehmung von Gelenkbeschwerden als auch die Diagnosestellung differieren in den einzelnen Ländern [48, 49]. Darüber hinaus werden auf die Frage nach „Arthrose“ oft Gelenk-

beschwerden verschiedener Art angegeben, die nicht zwingend auf einer diagnostizierten Arthrose basieren. Als häufige Risikofaktoren für Arthrose gelten Adipositas, frühere Gelenkverletzungen und schwere körperliche Arbeit, die in den EU-Ländern unterschiedlich verteilt

sind. Sie können einzeln und in Kombination zu den abgebildeten Prävalenzunterschieden beitragen.

Prävalenz von Hypertonie

Bei der Hypertonie sind auch aus Untersuchungssurveys große Prävalenzunterschiede zwischen europäischen Ländern bekannt [50]. Da sich nicht nur die Prävalenz der Hypertonie, sondern auch der Bekanntheitsgrad der Hypertonie zwischen europäischen Ländern unterscheidet, ist die große Spannweite der Prävalenz des EHIS-Indikators „selbstberichtete Hypertonie in den letzten 12 Monaten“ innerhalb der EU nicht verwunderlich. So reicht die Spannweite bei Männern von 12,9% bis 29,4% (EU-weit 20,2%, Deutschland 29,2%) und bei Frauen von 14,9% bis 34,2% (EU-weit 21,7%, Deutschland 27,8%). Dabei ist aus anderen Studien bekannt, dass die höheren Prävalenzen der selbstberichteten Hypertonie bei Frauen fast durchgehend in dem höheren Bekanntheitsgrad der Hypertonie begründet sind. Dagegen ist die Prävalenz der in Untersuchungssurveys diagnostizierten Hypertonie, die auch die unerkannte Hypertonie mit einschließt, in den meisten Bevölkerungen bei Männern höher [51]. Die EHIS-Prävalenzen für die bekannte Hypertonie sind zum Teil geringfügig, zum Teil erheblich niedriger als Prävalenzen für bekannte Hypertonie aus länderspezifischen Untersuchungssurveys [50]. Ein Grund könnte sein, dass durch die EHIS-Abfrage nicht sichergestellt ist, dass Befragte mit einer medikamentös gut eingestellten Hypertonie die Frage nach Bluthochdruck in den letzten 12 Monaten auch bejahen. Dies wäre bei der Überprüfung und Weiterentwicklung der EHIS-Indikatoren zu diskutieren. Für den

entsprechenden Indikator der ECHI-Shortlist (Indikator 43) wurde dieser Hinweis in die strukturierten Anmerkungen für die Überarbeitung aufgenommen [11].

Prävalenz von Allergien

Mit Blick auf Allergien sind relativ große Prävalenzunterschiede zwischen europäischen Ländern, aber auch weltweit, seit längerem bekannt. Im EU-Durchschnitt liegt die Allergieprävalenz laut Eigeneinschätzung bei 16,9%. Die Spannweite reicht EU-weit von 1,4% bis 31,6%. Für Deutschland liegt die Prävalenz bei 29,0%. In der Spannweite könnte einerseits zum Ausdruck kommen, dass das Risiko für Allergien steigt, je keimärmer ein Mensch aufwächst und je weniger sein Immunsystem Gelegenheit hat, sich ausreichend mit Erregern und Allergenen auseinanderzusetzen (Hygienehypothese [52]). Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass Kinder, die auf Bauernhöfen aufwachsen, deutlich seltener von Allergien betroffen sind. Andererseits umfasst der Indikator „Allergie“ eine Vielzahl unterschiedlicher Krankheiten, vermutlich auch sogenannte Pseudoallergien (z. B. Nahrungsmittelunverträglichkeiten), mit vielfältiger Symptomatik und Krankheitschwere. Sowohl die Wahrnehmungsbreite als auch die praktische Anwendung von Allergiediagnostik und -testung sowie von spezifischer Immuntherapie (Hyposensibilisierung) sind in den einzelnen Ländern unterschiedlich [53].

5. Diskussion und Ausblick

Chronische Erkrankungen gehören zu den großen Herausforderungen, auf die sich nicht nur die EU-Mit-

Zur Unterstützung der Planung und Umsetzung gesundheitspolitischer Maßnahmen in Europa sind vergleichbare Gesundheitsdaten notwendig.

gliedstaaten einstellen müssen. Internationale und europäische Vergleiche auf der Grundlage gemeinsamer Indikatoren können die Perspektiven der nationalen Gesundheitsberichterstattung ergänzen und auf (gesundheits-)politischen Handlungsbedarf hinweisen. Sie können ebenfalls die Grundlage für einen Erfahrungsaustausch zwischen EU-Mitgliedstaaten bilden. Hierbei sind jedoch Einschränkungen aus methodischer und struktureller Perspektive zu berücksichtigen, die eine europäische und internationale Vergleichbarkeit erschweren. So können Daten, die für internationale Vergleiche aus Datenbanken von Eurostat, der WHO oder der OECD verarbeitet werden oder die aus speziellen Erhebungen stammen, von den Daten abweichen, die auf nationaler Ebene für denselben Sachverhalt verwendet werden. Des Weiteren können sich aus einem nationalen Datensatz verschiedene Werte für identische Tatbestände (z. B. Sterblichkeitsraten) ergeben, wenn nationale Daten für einen internationalen Vergleich altersstandardisiert wurden. Ebenso können unterschiedliche statistische Verfahren zu Unterschieden zwischen nationalen und internationalen Ergebnissen führen. Für ECHI-Indikatoren, die nicht über die EHIS-Umfrage erfasst werden, für die aber Daten aus anderen internationalen Quellen vorliegen, wurden entsprechende „Hinweise zur Vergleichbarkeit“ (remarks on comparability) erstellt. Sie erläutern diejenigen Faktoren, die bei länderübergreifenden Vergleichen berücksichtigt werden müssen oder die zu Brüchen in Zeitreihen bei der Datenerhebung geführt haben. Ebenfalls müssen kontextuelle Faktoren bei der Interpretation von Länder- und Regionenvergleichen

berücksichtigt werden. Dazu gehören die Heterogenität der Versorgungsstrukturen in Europa, die unterschiedliche Verfügbarkeit relevanter Daten (Informationsungleichheit) ebenso wie kulturelle Unterschiede im Verständnis von und im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Dies zeigen beispielhaft auch die hier vorgestellten Auswertungen der EHIS-Daten.

Zahlreiche Projekte auf europäischer Ebene befördern die Weiterentwicklung von Sozial- und Gesundheitsindikatoren und damit die Verbesserung der Datenlage und Vergleichbarkeit. So stützten sich bisher die unterschiedlichen sozialstatistischen Befragungen in Europa auf eigene Verordnungen. Im Zuge einer Modernisierung der europäischen Sozialstatistik sollen diese Befragungen zukünftig unter dem Dach einer gemeinsamen Rahmenverordnung zusammengeführt werden (Integrated European Social Statistics, IESS). Damit soll eine tragfähige Datengrundlage zur Stärkung der sozialen Ziele der EU geschaffen werden. Der Prozess wurde im Jahr 2014 eingeleitet; er soll zwischen 2017 und 2018 verabschiedet sowie 2019 umgesetzt werden.

Ebenfalls mit dem Ziel, bessere und vergleichbare Informationen über die Gesundheit der Menschen in Europa zu erhalten und gesundheitspolitische Aktivitäten auf diese Evidenz zu stützen, werden aktuell Planungen für die Schaffung eines Europäischen Gesundheitsinformationssystems vorangetrieben. Die bevorzugte Struktur hierfür ist die eines Konsortiums für eine europäische Forschungsinfrastruktur (European Research Infrastructure Consortium on Health Information for Research and Evidence-based Policy, HIREP-ERIC). Ein solches Konsortium ist eine interna-

tionale Einrichtung, die von den an ihr beteiligten Staaten getragen wird und nicht nur Mitgliedern der EU, sondern auch Drittstaaten und Sonderorganisationen offensteht. Wesentliche Vorbereitungen dazu finden im EU-geförderten BRIDGE Health-Projekt (2015–2017) statt (<http://www.bridge-health.eu>). Zu den wichtigsten Aktivitäten wird die Weiterentwicklung der ECHI-Indikatoren gehören und ihre zunehmende Implementierung in die Systeme der EU-Mitgliedstaaten, der EU-Beitrittskandidatenländer sowie der Staaten der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA). Eine nachhaltige EU-Infrastruktur für Gesundheitsinformation bietet den Rahmen, die zeitliche Kontinuität und die Plattform für den Expertenaustausch, die dazu erforderlich sind. Das übergeordnete Ziel ist es, die Verfügbarkeit und die Vergleichbarkeit von gesundheitsrelevanten Daten in Europa zu verbessern, die Wissensbasis für eine Politikberatung zu stärken und den Wissensaustausch in Europa zu fördern.

Literatur

1. Grupp CD (2012) Politikbereiche der Europäischen Union. Herausgeber „aktion europa“ (Bundesregierung, Europäische Kommission, Europäisches Parlament), Berlin
2. Europäische Union (2009) Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union, Amtsblatt der Europäischen Union C 326, S. 47–390
3. Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2007) Weißbuch. Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013, Brüssel
4. Organisation for Economic Co-operation and Development/ European Union (OECD/EU) (2016) Health at a Glance: Europe 2016. OECD Publishing, Paris
5. Weltgesundheitsorganisation (WHO) Regionalbüro für Europa (2015) Der Europäische Gesundheitsbericht 2015. Der Blick über die Ziele hinaus - neue Dimensionen der Evidenz. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
6. Thelen J, Kirsch N, Hoebel J (2012) Gesundheit in Europa - Daten des Gesundheitsmonitorings der EU. GBE kompakt 3(6) Robert Koch-Institut Berlin
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012_6_EU-Gesundheitsmonitoring.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 02.03.2013)
7. The Virtual Knowledge Centre to End Violence against Women and Girls (2017) Indicators.
<http://www.endvawnow.org/en/articles/336-indicators.html> (Stand: 07.02.2017)
8. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) (2003) Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder.
http://www.gbe-bund.de/pdf/Indikatorenatz_der_Laender_2003.pdf (Stand: 01.03.2017)
9. European Commission, Directorate-General Health and Food Safety (2017) Public health. Health indicators. Policy.
http://ec.europa.eu/health/indicators/policy_en (Stand: 01.03.2017)
10. Europäische Union (1997) Beschluß Nr. 1400/97/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30. Juni 1997 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft für Gesundheitsberichterstattung innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1997–2001). Amtsblatt Vol L 193, S. 0001 - 0010
11. Verschuuren M, Achterberg PW, Herbers MM, Vijge E, van der Wilk EA, Kramers PGN (2012) ECHI Indicator development and documentation - Joint Action for ECHIM Final Report Part II. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), Bilthoven
12. European Commission (2017) ECHI Data Tool.
http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators_en (Stand: 01.03.2017)
13. Verschuuren M, Gissler M, Kilpelainen K et al. (2013) Public health indicators for the EU: the joint action for ECHIM (European Community Health Indicators & Monitoring). Arch Public Health 71(1):12
14. Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2008) Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen (2010) Europäische Strategie zugunsten von Menschen mit Behinderungen 2010–2020: Erneueretes Engagement für ein barrierefreies Europa
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:52010DC0636&from=DE> (Stand: 02.03.2017)

15. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2015) Morbidity statistics - methodology http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Morbidity_statistics_-_methodology (Stand: 01.03.2017)
16. European Commission, Directorate-General Health and Food Safety (2017) Public health. Health indicators. ECHI. http://ec.europa.eu/health/indicators/echi_en (Stand: 05.01.2017)
17. European Commission (2016) The European Core Health Indicators (ECHI). Fact Sheet. http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/indicators/docs/echi_factsheet2_en.pdf (Stand: 05.01.2017)
18. Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2008) Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. „Ein erneuertes Engagement für ein soziales Europa: Verstärkung der offenen Koordinierungsmethode für Sozialschutz und soziale Eingliederung“ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=celex:52008DCo418> (Stand 01.03.2017)
19. Jörger N (2003) Strukturindikatoren - Messung der Fortschritte im Rahmen der Lissabonner Strategie. Wirtschaft und Statistik 12:1083-1090
20. Europäische Kommission (2017) Beschäftigung, Soziales und Integration. EU-Sozialindikatoren. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=756&langId=de> (Stand 01.03.2017)
21. Scherb J (2012) Lissabon-Strategie (Lissabon-Prozess). In: Bergmann J (Hrsg) Handlexikon der Europäischen Union, Nomos, Baden-Baden
22. Europäische Kommission (2014) Mitteilung der Kommission zu wirksamen, zugänglichen und belastbaren Gesundheitssystemen. https://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_de.pdf (Stand 01.03.2017)
23. European Commission, Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG, The Employment Committee, The Social Protection Committee (2010) Foundations and structures for a Joint Assessment Framework (JAF), including an Employment Performance Monitor (EPM) to monitor the Employment Guidelines under Europe 2020. COM-EMCO-SPC report, Brüssel
24. European Commission, Social Protection Committee, Indicators' Sub-group (2014) Towards a Joint Assessment Framework in the Area of Health. Work in progress: 2014 update. <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=13723&langId=en> (Stand: 01.03.2017)
25. European Commission, Social Protection Committee, Indicators' Sub-group (o.D.) Guiding principles for the selection of indicators and statistics. <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=10422&langId=en> (Stand: 02.03.2017)
26. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Indikatoren für nachhaltige Entwicklung. <http://ec.europa.eu/eurostat/de/web/sdi/indicators> (Stand: 1.12.2016)
27. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Indikatoren für nachhaltige Entwicklung: Öffentliche Gesundheit. <http://ec.europa.eu/eurostat/de/web/sdi/indicators/public-health> (Stand: 1.12.2016)
28. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2015) Sustainable development in the European Union – 2015 monitoring report of the EU Sustainable Development Strategy. Statistical books. Publications Office of the European Union, Luxembourg
29. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2017) Eurostat Health Methodology. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/methodology> (Stand: 10.01.2017)
30. Europäische Union (2016) Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zur Schaffung eines gemeinsamen Rahmens für europäische Statistiken über Personen und Haushalte auf der Grundlage von Einzelpersonendaten aus Stichprobenerhebungen http://eur-lex.europa.eu/procedure/DE/2016_264 (Stand: 01.03.2017)
31. Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2017) Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB). <http://www.euro.who.int/de/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db> (Stand: 01.03.2017)
32. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2016) OECD Health Statistics 2016. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> (Stand: 08.02.2017)
33. Public Health Evaluation and Impact Assessment Consortium (PHEIAC) (2013) Evaluation of the use and impact of the European Community Health Indicators ECHI by Member States - Final Report. http://ec.europa.eu/health/indicators/docs/echi_report_v20131031.pdf (Stand: 02.03.2017)
34. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Eurostat Income and Living Conditions. Overview. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/overview> (Stand: 23.11.2016)

35. Statistisches Bundesamt (2016) Wirtschaftsrechnungen. Leben in Europa (EU-SILC). Einkommen und Lebensbedingungen in Deutschland und der Europäischen Union. 2014. Fachserie 15 Reihe 3. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
36. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2017) Eurostat Glossary. Statistics Explained. Minimum European Health Module. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Minimum_European_Health_Module_%28MEHM%29 (Stand: 02.03.2016)
37. Europäische Union (2008) Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 2008 zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz (Text von Bedeutung für den EWR). In: Europäische Union (Hrsg), ABl. L 354 vom 31.12.2008, Vol 1338/2008
38. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2017) Eurostat Glossary: European health interview survey (EHIS) http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_%28EHIS%29 (Stand: 07.02.2017)
39. Europäische Union (2013) Verordnung (EU) Nr. 141/2013 der Kommission vom 19. Februar 2013 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz in Bezug auf Statistiken auf der Grundlage der Europäischen Gesundheitsumfrage (EHIS). In: Europäische Union (Hrsg), ABl. L 47 vom 20.2.2013, S. 20–48
40. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2013) European Health Interview Survey (EHIS wave 2). Methodological manual. Methodologies and Working papers. Publications Office of the European Union, Luxembourg
41. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2017) Eurostat Database Health. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database> (Stand: 06.01.2017)
42. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Wo steht Deutschland im europäischen Vergleich? Gesundheit in Deutschland, Kapitel 10. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/10_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 01.03.2017)
43. Fuchs J, Rabenberg M, Scheidt-Nave C. (2013) Prävalenz ausgewählter muskuloskelettaler Erkrankungen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(678-686) <http://edoc.rki.de/docviews/abstract.php?lang=ger&id=2980> (Stand: 01.03.2017)
44. Langen U, Schmitz R, Steppuhn H (2013) Häufigkeit allergischer Erkrankungen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) Bundesgesundheitsbl 56:698-706 <https://edoc.rki.de/oa/articles/reSp8YqnpVo/PDF/2oxkoigE-oFU4w.pdf> (Stand: 01.03.2017)
45. Neuhauser H, Thamm M, Ellert U (2013) Blutdruck in Deutschland 2008–2011. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56:795-801 <http://edoc.rki.de/oa/articles/re8KOEo8EndiU/PDF/27o1T-skanfuvA.pdf> (Stand: 01.03.2017)
46. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA12.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 01.03.2017)
47. Zhang Y JJ-M (2010) Epidemiology of osteoarthritis. Clin Geriatr Med 26(3):355-369
48. Schaap LA, Peeters GM, Dennison EM et al. (2011) European Project on OsteoArthritis (EPOSA): methodological challenges in harmonization of existing data from five European population-based cohorts on aging. BMC Musculoskelet Disord 12:272
49. eumusc.net. (2012) Musculoskeletal Health in Europe. Report v5.0. <http://www.eumusc.net/myUploadData/files/Musculoskeletal%20Health%20in%20Europe%20Report%20v5.pdf> (Stand: 02.03.2017)
50. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN et al. (2016) Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies From 90 Countries. Circulation 134(6):441-450
51. Sarganas G, Neuhauser HK (2016) The persisting gender gap in hypertension management and control in Germany: 1998 and 2008–2011. Hypertens Res 39(6):457-466
52. Strachan DP (1989) Hay fever, hygiene, and household size. British Medical Journal 299(6710):1259-1260
53. Ring J, Bachert C, Bauer CP et al. (Hrsg) (2010) Weißbuch Allergie in Deutschland. Urban&Vogel, München

Corrigendum zu Seite 18

In der ursprünglichen Version des Beitrags wurde im Abschnitt „Prävalenz von Allergien“ statt der Gesamtprävalenz für Frauen und Männer nur die Prävalenz für Frauen berichtet. Der Satz wurde in der vorliegenden Version wie folgt korrigiert: „Im EU-Durchschnitt liegt die Allergieprävalenz laut Eigeneinschätzung bei 16,9%. Die Spannweite reicht EU-weit von 1,4% bis 31,6%. Für Deutschland liegt die Prävalenz bei 29,0%.“



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Impressum**Journal of Health Monitoring****Institution der beteiligten Autorinnen**

Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenzadresse

Dr. Cornelia Lange

Robert Koch-Institut

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

General-Pape-Str. 62–66

12101 Berlin

E-Mail: LangeC@rki.de

Interessenkonflikt

Die korrespondierende Autorin gibt für sich und die Koautorinnen an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Herausgeber

Robert Koch-Institut

Nordufer 20

13353 Berlin

Redaktion

Dr. Franziska Prütz, Martina Rabenberg,

Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,

Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese

Robert Koch-Institut

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

General-Pape-Str. 62–66

12101 Berlin

Tel.: 030-18 754-3400

E-Mail: healthmonitoring@rki.de

www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise

Fehr A, Lange C, Fuchs J et al. (2017) Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa.

Journal of Health Monitoring 2(1): 3–23

DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-004.2

ISSN 2511-2708



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit