

# Editorial: Bessere und vergleichbare Informationen über die Gesundheit der Menschen in Europa

## ◆ DATEN ZUR GESUNDHEIT DER BEVÖLKERUNG · EHIS 2 · EUROPÄISCHER VERGLEICH

Die Europäische Union (EU) wurde mit großer Überzeugung aufgebaut, als Friedens-, als Wirtschafts- und als Demokratisierungsprojekt. Sie wurde 1993 mit zwölf Mitgliedstaaten gegründet und ist seitdem stetig gewachsen. Die gesundheitliche Situation der EU-Bevölkerung hat sich seit dem Bestehen deutlich verbessert: Die Lebenserwartung ist gestiegen, die Lebensbedingungen haben sich verbessert, es gab Fortschritte beim Gesundheitsverhalten und in der Gesundheitsversorgung. Dennoch stellen in der EU die steigende Krankheitslast bei nichtübertragbaren Krankheiten, der demografische Wandel und die soziale Ungleichheit in der Gesundheit Herausforderungen an Public Health und die nationalen Gesundheitssysteme. Um auf diese Herausforderungen angemessen reagieren zu können, werden zuverlässige bevölkerungsrepräsentative Daten über die Lebensbedingungen, den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens in den EU-Staaten benötigt.

Bereits Ende der 1990er Jahre beschloss die EU, ein Set an abgestimmten Gesundheitsindikatoren für ein gemeinsames europäisches Gesundheitsinformations- und Wissenssystem festzulegen. In mehreren aufeinanderfolgenden Projekten wurde die ECHI-Shortlist (European Core Health Indicators) mit 88 Indikatoren erarbeitet. Für 67 dieser Indikatoren liegen Zahlen aus internationalen Datenquellen vor. Die Bereitstellung

vergleichbarer Daten zur Gesundheit bietet die Möglichkeit, Vergleiche mit anderen EU-Staaten anzustellen. Der Vergleich von Gesundheitsdaten soll auch dazu anregen, voneinander zu lernen (“mutual learning”).

Eine wesentliche Datenbasis für Indikatoren zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten in Europa liefert der European Health Interview Survey (EHIS). Der Fokus liegt dabei auf nichtübertragbaren Krankheiten. Die erste Welle des EHIS wurde zwischen 2006 und 2009 auf freiwilliger Basis von den Mitgliedstaaten durchgeführt. In einem mehrjährigen Arbeits- und Diskussionsprozess wurde die zweite Welle des EHIS vorbereitet, die zwischen 2013 und 2015 rechtsverbindlich in allen 28 EU-Mitgliedstaaten stattfand. Auf der Website [Statistics Explained](#) stellt Eurostat Informationen zu verschiedenen Gesundheitsthemen auf Basis der EHIS-Daten, aber auch zu vielen weiteren Themen bereit. Neben umfangreichen statistischen Daten werden Erklärungen und Hintergrundinformationen angeboten. Daneben stellt Eurostat auch EHIS-Auswertungen in Form von Tabellen bereit.

Die vorliegende Ausgabe basiert auf den Daten der zweiten EHIS-Welle und ist anschlussfähig an vorige Ausgaben des Journal of Health Monitoring (1/2017 und 2/2017), in denen ausgewählte Indikatoren für Deutschland und die EU verglichen wurden. Im Gegensatz zu den damaligen Ergebnissen, die ausschließlich auf aggregierten Daten und

Journal of Health Monitoring · 2019 4(4)  
DOI 10.25646/6217  
Robert Koch-Institut, Berlin

Birte Hintzpeter, Anke-Christine Saß,  
Thomas Ziese

Robert Koch-Institut, Berlin  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-  
monitoring

Eingereicht: 04.11.2019  
Akzeptiert: 18.11.2019  
Veröffentlicht: 11.12.2019

damit einhergehend auf eingeschränkten Analysemöglichkeiten beruhen, basieren die Beiträge der vorliegenden Ausgabe nunmehr auf Mikrodaten (anonymisierte Originaldaten der EHIS-Befragung aus den EU-Ländern). Sie wurden zu verschiedenen Aspekten von Gesundheit ausgewertet und Vergleiche mit dem Schwerpunkt „Wie geht es Deutschland in Europa?“ durchgeführt.

Den Auftakt bildet der Beitrag [Partnerschaft, Elternschaft, Erwerbstätigkeit und selbsteingeschätzte Gesundheit in Deutschland und der EU](#). Hier wird gezeigt, wie sich die drei zentralen Rollen, die die meisten Frauen und Männer im mittleren Erwachsenenalter ausfüllen, auf die selbsteingeschätzte Gesundheit auswirken. Der Beitrag verdeutlicht unter anderem, dass Erwerbstätigkeit von großer Bedeutung für die Selbsteinschätzung der Gesundheit ist. In Deutschland finden sich bei Müttern keine Unterschiede in der Gesundheit nach Erwerbsstatus; dies gilt auch für Alleinerziehende.

Im zweiten Beitrag werden [Bildungsunterschiede in der Prävalenz verhaltensbezogener Risikofaktoren in Deutschland und der EU](#) aufgezeigt. Bildungsunterschiede im Gesundheitsverhalten tragen in erheblichem Maße zur Entstehung von Bildungsunterschieden in der Mortalität bei. Für Deutschland und die meisten anderen EU-Mitgliedstaaten gilt: Verhaltensbezogene Risikofaktoren sind bei Personen aus unteren Bildungsgruppen stärker verbreitet als bei Personen aus höheren Bildungsgruppen. Der Artikel beschreibt das Ausmaß der Bildungsunterschiede für fünf Risikofaktoren. Insgesamt betrachtet liegt Deutschland dabei im Mittelfeld der EU-Länder.

Neben gesundheitlichen Ungleichheiten gehören auch die demografischen Veränderungen zu den aktuellen

Herausforderungen, mit denen die EU konfrontiert ist. Gaertner et al. analysieren [Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens im Alter](#), die mit Hilfe der Instrumente ADL (activities of daily living) und iADL (instrumental activities of daily living) erfasst werden. Personen aus Deutschland berichten im Vergleich zum Durchschnitt der EU-Mitgliedstaaten seltener Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens. Dies gilt sowohl für Aktivitäten wie Gehen, Essen oder Toilettenbenutzung (ADL) als auch Einkaufen, Erledigen von Bankgeschäften oder Haushaltsführung (iADL).

In dem Beitrag [Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich](#) werden altersstandardisierte Prävalenzen einer depressiven Symptomatik in den letzten zwei Wochen aufgezeigt. Als Indikator werden Selbstangaben der Teilnehmenden in einer länderspezifischen Version des Patient Health Questionnaire (PHQ-8) herangezogen. In Deutschland ist die Prävalenz einer depressiven Symptomatik höher als im europäischen Durchschnitt. Weitere Analysen nach Schweregrad zeigen jedoch, dass sich die Unterschiede zwischen Deutschland und dem EU-Durchschnitt nur auf die leichte depressive Symptomatik beziehen. Jüngere Menschen haben in Deutschland häufiger und Ältere seltener eine depressive Symptomatik als der Durchschnitt der EU-Mitgliedstaaten.

Der letzte Beitrag, [European Health Interview Survey \(EHIS\) 2 – Hintergrund und Studienmethodik](#), beschreibt die zugrunde liegende Methodik des Surveys. Es wird deutlich, dass die EHIS-Daten in den EU-Mitgliedstaaten harmonisiert erhoben werden und somit ein hohes Maß an Vergleichbarkeit gegeben ist. Gleichwohl sollten bei der Einordnung der Ergebnisse immer auch länderspezifische Unterschiede berücksichtigt werden, beispielsweise in

sozioökonomischer oder kultureller Hinsicht. So ist es nicht unwahrscheinlich, dass kulturelle Unterschiede bei der Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes, von Einschränkungen oder Krankheiten zwischen den einzelnen EU-Mitgliedstaaten bestehen.

Viele Daten zur Gesundheit aus den EU-Mitgliedstaaten, wie beispielsweise die nationalen Todesursachenstatistiken werden auf der Internetseite von Eurostat zentral angeboten. Neben absoluten Zahlen werden dabei auch rohe und standardisierte Sterberaten zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus werden von Eurostat nicht nur EHIS-Daten, sondern auch Daten der EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU Statistics on Income and Living Conditions, EU-SILC) bereitgestellt.

Europaweit vergleichbare Gesundheitsinformationen können dazu beitragen, nationale Strategien zu entwickeln, um Gesundheitsherausforderungen entgegenzutreten, die auch in anderen Ländern Europas bestehen. Darüber hinaus können sie helfen, Best-Practice-Beispiele für Interventionsansätze in den verschiedenen Ländern zu identifizieren. Hierzu sind nachhaltige Informationsflüsse und eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Gesundheitsdaten in der EU eine Voraussetzung.

Die für alle Mitgliedstaaten verpflichtende Durchführung des EHIS stellt einen wichtigen Meilenstein zur Verbesserung der Gesundheitsinformationen auf EU-Ebene da. Bisher fehlt jedoch auf der EU-Ebene eine nachhaltige Struktur oder Einrichtung mit Expertise für die nichtübertragbaren Krankheiten und ihren Determinanten, wie sie es mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC) für die Infektionskrankheiten bereits

gibt. Viele der oben beschriebenen Monitoring- und Indikatorenssysteme im Bereich der nicht übertragbaren Krankheiten wurden über befristete Projekte durchgeführt, die zwar zielführende Konzepte generieren, jedoch nicht nachhaltig Gesundheitsinformationen und Expertise bereitstellen können. Wünschenswert wäre perspektivisch ein nachhaltiges Gesundheitsinformationssystem, in dem die Gesundheitsinformationsangebote der EU gebündelt bereitgestellt werden. Idealerweise umfasst dieses Angebot Gesundheitsinformationen auf der Ebene von Daten, von Informationen wie Indikatoren und von Wissen wie zusammenfassende und bewertende Berichte. Damit soll die Grundlage verbessert werden, um durch geeignete und evidenzgestützte Public-Health-Maßnahmen die Gesundheit der Menschen in den Mitgliedstaaten zu verbessern.

#### Korrespondenzadresse

Dr. Thomas Ziese  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
E-Mail: [ZieseT@rki.de](mailto:ZieseT@rki.de)

#### Zitierweise

Hintzpeter B, Saß AC, Ziese T (2019) Editorial: Bessere und vergleichbare Informationen über die Gesundheit der Menschen in Europa. *Journal of Health Monitoring* 4(4):3–6.  
DOI 10.25646/6217

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring-en](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring-en)

#### Interessenkonflikt

Die Autorinnen und der Autor geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Impressum

### Journal of Health Monitoring

#### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

#### Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,  
Dr. Franziska Prütz, Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel,  
Dr. Livia Ryl, Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling,  
Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
Tel.: 030-18 754-3400  
E-Mail: [healthmonitoring@rki.de](mailto:healthmonitoring@rki.de)  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring)

#### Satz

Gisela Dugnus, Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

#### Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die  
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



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



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