



Kernaussagen

- ▶ Die ersten Ergebnisse des Europäischen Gesundheitssurveys ermöglichen umfassende Vergleiche des Gesundheitszustands und des Gesundheitsverhaltens der Bevölkerung der europäischen Staaten.
- ▶ Zwei Drittel der Deutschen schätzen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein. Verglichen mit anderen europäischen Staaten liegt Deutschland damit im Mittelfeld.
- ▶ Die Prävalenzen von Diabetes mellitus und asthmatischen Erkrankungen in Europa variieren deutlich.
- ▶ Der Anteil älterer Menschen, der gegen Grippe geimpft ist, erreicht in den meisten europäischen Staaten nicht den von der WHO empfohlenen Wert von 75%.

Gesundheit in Europa - Daten des Gesundheitsmonitorings der EU

Auf den ersten Blick hat sich die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in den Staaten der Europäischen Union (EU) in den vergangenen Jahren deutlich verbessert. Die stetige Zunahme der Lebenserwartung (sechs Jahre seit 1980) und die damit verbundene Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit belegen die Fortschritte, die bei der Verbesserung der Lebensbedingungen, dem Gesundheitsverhalten und der Gesundheitsversorgung erreicht werden konnten (OECD 2010, WHO 2010).

Zugleich stehen Europas Gesundheitssysteme heute vor vergleichbaren sozial- und gesundheitspolitischen Herausforderungen. So bedingt die demografische Entwicklung in fast allen Staaten der EU eine Veränderung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, die durch die Zunahme chronisch degenerativer Erkrankungen charakterisiert ist. Die daraus resultierenden Anpassungsmaßnahmen, beispielsweise im Bereich der Gesundheitsversorgung oder dem Pflegeangebot (Böhm et al. 2009, Nowossadek 2012), bilden schon heute wichtige Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens.

Studien und Indikatoren als Bausteine des europäischen Gesundheitsmonitorings

Damit die europäischen Gesundheitssysteme angemessen auf die oben genannten Herausforderungen reagieren können, werden zuverlässige bevölkerungsrepräsentative Daten über die Lebensbedingungen, den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens der in den EU-Staaten lebenden Bevölkerung benötigt. Die Ergebnisse des ersten europäischen Gesundheitssurveys EHIS (European Health Interview Survey; siehe Kasten) können dazu einen Beitrag leisten.

Zugleich sollen durch diese Daten Vergleiche möglich werden, die es den EU-Staaten erlauben, voneinander zu lernen. Ziel dieses Prozesses ist es, den sozialstaatlichen Auftrag einer qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Versorgung für die gesamte Bevölkerung in der EU zu realisieren und dabei verstärkt miteinander zu kooperieren. Dabei wird es zukünftig darauf ankommen, die Auswirkungen des demografischen Wandels und weiterer gesundheitsökonomisch relevanter Einflussfaktoren (z. B. medizinischer Fortschritt) mit der nachhaltigen Finanzierung der Gesundheitssysteme in Einklang zu bringen.

Nationale und internationale Gesundheitsdaten werden heute vorwiegend in der Form standardisierter Maßzahlen, sogenannter Gesundheitsindikatoren, berichtet. Die europaweite Standardisierung der Datenerhebungen und Datenanalyse ist dabei Voraussetzung für deren Vergleichbarkeit. Als Beobachtungsinstrumente der Bevölkerungsgesundheit und des Gesundheitswesens erlau-

Europäischer Gesundheitsinterviewsurvey (EHIS)

Ziele:	Bereitstellung aktueller Daten zu Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung
Erhebungsmethode:	persönliche Interviews, telefonische Befragungen, selbst auszufüllende Fragebögen
Grundgesamtheit:	17 von 27 Mitgliedsstaaten der EU
Stichprobe:	insgesamt rund 190.000 Einwohner ab dem 15. Lebensjahr
Untersuchungszeitraum:	2006 und 2009/2010
Einschränkungen:	Da in einigen Ländern nur einzelne Module des Erhebungsinstrumentes zum Einsatz kamen, stehen nicht alle mit dem EHIS erhobenen Daten für alle Länder der EU zur Verfügung.

Die durch das RKI durchgeführte Pilotdatensammlung ECHIM (European Community Health Indicators and Monitoring) verfolgte daher das Ziel, die entsprechenden Daten der Länder, die sich nicht am EHIS beteiligten, aus geeigneten nationalen Erhebungen oder Datenquellen (soweit möglich) abzufragen.

Das Team der gemeinschaftlichen Aktion ECHIM kooperierte dabei mit Partnern in 34 europäischen Staaten. In Deutschland wurde der EHIS als Teil der GEDA-Studie (www.rki.de/geda) und einer ergänzenden telefonischen Befragung des Robert Koch-Instituts durchgeführt.

ben Gesundheitsindikatoren die verlässliche Beobachtung zeitlicher Entwicklungen und deren Bewertung.

In dieser Ausgabe von GBE kompakt wird eine Auswahl der Europäischen Gesundheitsindikatoren ECHI (European Community Health Indicators, siehe Kasten) vorgestellt. Die Indikatoren basieren auf den Ergebnissen des EHIS (Eurostat 2011a) und der Europäischen Erhebung zu Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC, European Commission 2010).

Sie ermöglichen zum einen eine vergleichende Betrachtung der gesundheitlichen Situation in den Staaten der EU. Zum anderen schaffen sie einen konzeptionellen Rahmen, der für die nationale und internationale Gesundheitsberichterstattung geeignet ist und dort zunehmend Anwendung findet (OECD 2010, Harbers et al. 2008, Verschuuren 2010).

Zur Illustration der gesundheitlichen Lage der europäischen Bevölkerung wird zunächst eine Situationsbeschreibung der subjektiven Gesundheit gegeben. Daran schließen sich Vergleiche zum Gesundheitszustand (chronische Erkrankungen, asthmatische Erkrankungen, Übergewicht und Adipositas, Diabetes mellitus) und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens (Gripeschutzimpfung) an.

Europäerinnen und Europäer bewerten ihren Gesundheitszustand überwiegend als gut

Die Daten des Indikators »Subjektiver Gesundheitszustand« stammen aus der für alle EU-Staaten verpflichtenden Erhebung EU-SILC, die in Deutschland durch die statistischen Ämter des Bundes und der Länder durchgeführt wird (Deckl, Rebeggiani 2012). Der Indikator gibt den Anteil der Befragten wieder, der den eigenen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstuft.

Trotz der subjektiven Natur der zugrundeliegenden Frage hat sich der Indikator als zuverlässiger Prädiktor für die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems bzw. der Mortalität erwiesen (Miiunpalo et al. 1997, DeSalvo et al. 2006). Auch wenn die Möglichkeit für direkte quantitative Vergleiche und deren Interpretation bei Indikatoren aus Selbstangaben eingeschränkt ist, da sie durch soziale und kulturelle Faktoren beeinflusst werden, lassen nationale Trendanalysen dennoch Rückschlüsse auf die Entwicklung in den einzelnen Ländern zu.

Demnach zeigt sich, dass die Mehrheit der Bevölkerung in allen EU-Staaten ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzt (siehe Abbildung 1). Der durchschnittliche Wert für die 27 EU-Staaten liegt bei 68,5%. Dabei sind große Unterschiede zwischen den einzelnen Staaten zu beobachten. Während 82,9% der irischen Bevölkerung angeben, dass sie ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einschätzen, sind es in Portugal 49,0%. Deutschland liegt mit einem Wert von 65,2% im unteren Mittelfeld.

In allen Ländern schätzen dabei Männer ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt etwas besser ein als Frauen. Eine Trendanalyse für Deutschland zeigt, dass der Anteil der Personen, der den eigenen Gesundheitszustand mit sehr

Europäische Gesundheitsindikatoren (ECHI)

Die ECHI-Indikatoren bieten allen EU-Staaten die Möglichkeit sich anhand eines einheitlichen Schemas einen Überblick über wichtige Maßzahlen des Gesundheitswesens zu verschaffen und diese in eine vergleichende Bewertung einzubeziehen (Kramers 2003, 2005).

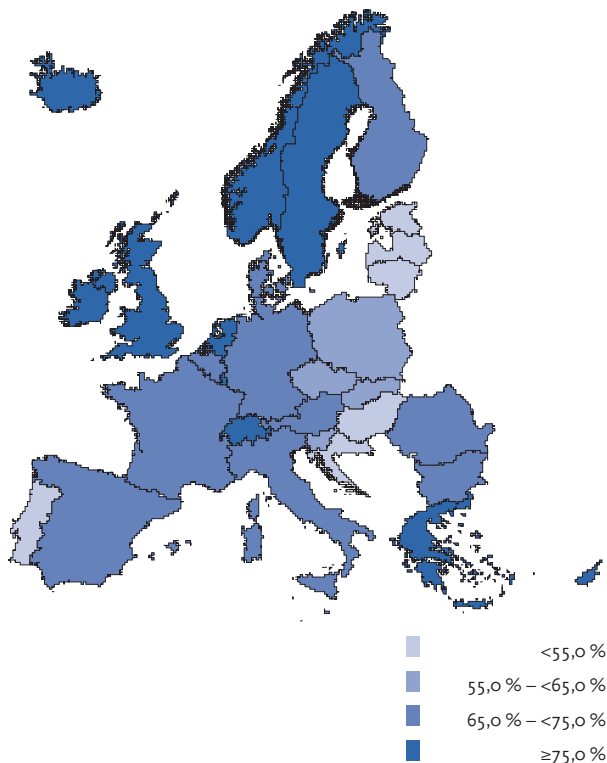
Die Daten für die Indikatoren stammen aus EU-Surveys (z. B. EHIS, EU-SILC) und Prozessdaten aus den nationalen Gesundheitssystemen (z. B. Bevölkerungsstatistik, Todesursachenstatistik u. v. a.).

Die Kurzliste umfasst derzeit 88 ECHI-Indikatoren der Themenbereiche:

- Demografie
- sozio-ökonomische Bedingungen,
- Gesundheitsdeterminanten
- Gesundheitszustand
- Gesundheitsversorgung / Gesundheitssysteme

Mehr unter www.echim.org

Abbildung 1
Subjektiver Gesundheitszustand sehr gut und gut in den Ländern der EU
 Datenquelle: EU-SILC



gut oder gut einschätzt, seit 2005 um rund 5 Prozentpunkte zugenommen hat. In der EU ist dieser Wert im gleichen Zeitraum um rund 4 Prozentpunkte gestiegen (Eurostat 2012a).

Chronische Erkrankungen sind in Europa weit verbreitet

Chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder chronische Atemwegserkrankungen haben einen wesentlichen Anteil an der Krankheitslast in der Bevölkerung der EU (OECD 2010). Für die betroffenen Menschen sind sie in der Regel mit einem Verlust an Lebensqualität verbunden, für die Gesellschaft verursachen sie erhebliche volkswirtschaftliche Kosten.

Der Anteil der Frauen und Männer, die angeben chronisch erkrankt zu sein, liegt in Deutschland laut der EU-SILC-Erhebung aus dem Jahr 2010 bei rund 36 %. Unter den EU-Staaten nimmt Deutschland damit den vierten Rang nach Finnland, Estland und Frankreich ein. Über die Ursachen dieser im europäischen Vergleich verhältnismäßig hohen Prävalenz liegen keine gesicherten Kenntnisse vor. Eine mögliche Erklärung könnte in der vergleichsweise hohen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie verbesserter Diagnosemöglichkeiten in Deutschland liegen. Demnach können Krankheiten möglicherweise früher und häufiger erkannt werden als in Ländern, in denen die entsprechenden (diagnostischen) Leistungen seltener erbracht werden.

Die europäische Bevölkerung ist häufig von asthmatischen Erkrankungen betroffen

Asthma bronchiale, eine chronisch entzündliche Erkrankung der Atemwege, kommt in verschiedenen Formen (allergisch, nicht-allergisch, Mischformen) vor. Die vorliegenden Daten des EHIS und nationaler Gesundheitsinterviewsurveys unterscheiden nicht zwischen den allergischen und nicht-allergischen Asthmaformen. Die Prävalenzen der verschiedenen Formen werden daher kombiniert betrachtet und verglichen.

Der hier berichtete ECHI-Indikator ist definiert als der Anteil der Befragten, der angab, dass während der letzten 12 Monate eine ärztlich diagnostizierte asthmatische Erkrankung bestand.

Die durchschnittliche Prävalenz asthmatischer Erkrankungen der 19 EU-Staaten, deren Daten in diesem Vergleich berücksichtigt wurden, liegt bei 3,7 %. Männer sind dabei mit durchschnittlich 3,2 % etwas seltener erkrankt als Frauen (4,2 %). Im Ländervergleich weist Dänemark mit einer Prävalenz von insgesamt 6,4 % (7,3 % Frauen, 5,4 % Männer) die höchsten Werte auf, dicht gefolgt von Deutschland, Ungarn und Malta. Die geringsten Prävalenzen werden aus Rumänien (1,6 % Gesamt, 1,6 % Frauen, 1,5 % Männer) und Bulgarien (2,0 % Gesamt, 2,4 % Frauen, 1,6 % Männer) berichtet.

Gesicherte Erkenntnisse über die zeitliche Entwicklung der Asthmaprävalenz liegen bislang nur aus speziellen epidemiologischen Untersuchungen und Ländern mit regelmäßig wiederholten Gesundheitssurveys vor (Pleis et al. 2009, Anandan et al. 2010). Danach lässt sich in einigen Ländern ein weiterhin ansteigender Trend der Asthmaprävalenz bei Erwachsenen beobachten (z. B. Großbritannien, Ungarn), der vorwiegend auf höhere Prävalenzen bei den jungen Erwachsenen zurückzuführen ist. In anderen Ländern stagnieren die Prävalenzen (z. B. Schweden, Norwegen) oder gehen teilweise sogar zurück (Niederlande).

Übergewicht und Adipositas treten europaweit häufig auf

Übergewicht, und insbesondere starkes Übergewicht (Adipositas), sind wichtige Risikofaktoren für eine Reihe weit verbreiteter chronischer Erkrankungen und stellen ein vorrangiges Public-Health-Problem für ganz Europa dar. Die mit schwerem Übergewicht einhergehenden Beeinträchtigungen können zu Arthrose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck und Störungen des Stoffwechsels, z. B. Diabetes mellitus Typ II, führen.

Als ECHI-Indikator für Adipositas wird der Anteil der Personen über 18 Jahren mit einem Body-Mass-Index (BMI) größer oder gleich 30 kg/m² berichtet (BMI=Körpergewicht / Körpergröße zum Quadrat, WHO 1995). Da die hier vorgestellten BMI-Werte aus den Selbstangaben der Befragten berechnet werden, lassen sie sich nicht mit den auf Messungen beruhenden BMI-Werten vergleichen. Nach den vorliegenden Zahlen aus 21 europäischen Staaten (siehe Tabelle 1) müssen aktuell rund

Tabelle 1
Anteil der europäischen Bevölkerung mit starkem Übergewicht
(BMI >=30 kg/m²)
 Datenquelle: EHIS

	Frauen 18+	Männer 18+	Gesamt 18+	Gesamt 65+
Belgien (2008)	14,4	13,1	13,8	15,6
Bulgarien (2008)*	11,3	11,6	11,5	14,9
Tschechische Republik (2008)*	18,3	18,4	18,3	26,3
Dänemark (2005)	11,1	11,9	11,5	12,2
Deutschland (2010)	15,6	16,1	15,9	19,5
Estland (2006)*	20,5	16,0	18,5	25,5
Irland (2007)	13,0	16,0	15,0	14,0
Griechenland (2009)*	17,6	17,7	17,6	24,3
Spanien (2009)*	14,4	17,0	15,7	23,4
Frankreich (2008)	12,8	11,4	12,1	16,8
Italien (2009)	9,3	11,3	10,3	14,4
Zypern (2008)*	14,5	16,7	15,6	23,1
Lettland (2008)*	20,9	12,0	16,9	27,3
Ungarn (2009)*	18,8	21,4	20,0	26,0
Malta (2008)*	21,2	24,7	22,8	29,3
Niederlande (2008)	12,5	9,9	11,2	14,2
Österreich (2006)	13,2	12,5	12,9	16,2
Polen (2009)*	17,4	18,8	18,0	24,1
Rumänien (2008)*	8,0	7,6	7,9	9,4
Slowenien (2007)*	16,3	17,3	16,8	20,7
Slowakei (2009)*	15,7	14,5	15,1	25,8
Schweiz (2007)	8,1	9,0	8,5	11,0

* Daten extrahiert von Eurostat Berechnungen

Blaue Zahlen sind gemäß Eurostat unzuverlässig

14 % der Frauen und Männer über 18 Jahren in der EU als adipös eingestuft werden. Insgesamt reicht die Spanne dabei von 7,9 % in Rumänien bis 20,0 % in Ungarn. Mit einem Anteil von 15,9 % (Frauen: 15,6 %, Männer: 16,1 %) liegt Deutschland leicht über dem Durchschnitt und somit im Mittelfeld.

Wie aus den Studien des RKI-Gesundheitsmonitorings bekannt ist, steigt die Prävalenz des Übergewichts insgesamt in Deutschland derzeit nicht weiter an, es ist jedoch eine Zunahme des Anteils von Menschen mit Adipositas zu beobachten (Kurth 2012).

Häufigkeit von Diabetes mellitus variiert in den EU-Staaten deutlich

Die Daten des EHIS und vergleichbare Daten aus nationalen Gesundheitssurveys liegen für 21 EU-Staaten und die Schweiz vor (siehe Tabelle 2). Der ECHI-Indikator ist definiert als der Anteil der Befragten, der angibt, in den letzten 12 Monaten an Diabetes mellitus erkrankt gewesen zu sein; wobei die Erkrankung durch einen Arzt diagnostiziert wurde.

Der Indikator zeigt für selbstberichtete Diabetes-Erkrankungen (Typ I und Typ II) eine Prävalenz von 5,2 % für Frauen und 5,1 % für Männer. Die Häufigkeit des selbstberichteten Diabetes variiert in der Gruppe der 15- bis 64-Jährigen zwischen 1,9 % in Rumänien und 5 % in Ungarn. Im Durchschnitt sind in dieser Gruppe rund 3 % der Bevölkerung an Diabetes erkrankt. Für Deutschland liegt die Prävalenz in dieser Altersgruppe bei 4,1 %.

Tabelle 2
Prävalenz des Diabetes mellitus in Europa
 Datenquelle: EHIS und andere

	Frauen 15+ Jahre	Männer 15+ Jahre	Gesamt 15-64	Gesamt 65+ Jahre
Belgien (2008)	4,3	4,0	2,5	10,7
Bulgarien (2008)*	5,0	3,4	2,5	10,8
Tschechische Republik (2008)*	6,4	5,8	4,0	18,0
Dänemark (2005)	3,4	4,4	2,6	8,9
Deutschland (2010)#	7,1	7,6	4,1	17,5
Estland (2006)*	3,8	3,0	2,2	8,7
Irland (2007)	2,0	3,0	k. A.	6,0
Griechenland (2009)*	8,2	7,2	4,2	20,4
Spanien (2009)*	5,8	6,0	3,0	17,7
Frankreich (2008)	3,8	4,7	2,7	10,9
Italien (2005)	5,0	4,7	2,3	13,7
Zypern (2008)*	4,6	6,6	3,2	19,3
Lettland (2008)*	4,6	2,7	2,1	10,2
Ungarn (2009)*	7,9	8,0	5,0	19,5
Malta (2008)*	6,1	7,7	4,4	17,5
Niederlande (2008)	4,5	5,5	3,2	12,9
Österreich (2006)	5,9	5,2	2,7	17,1
Polen (2009)*	6,8	5,6	3,7	16,3
Rumänien (2008)*	3,6	2,5	1,9	8,7
Slowenien (2007)*	7,0	5,7	4,0	16,7
Slowakei (2009)*	6,9	5,1	3,0	24,1
Schweiz (2007)	2,1	3,0	1,3	9,0

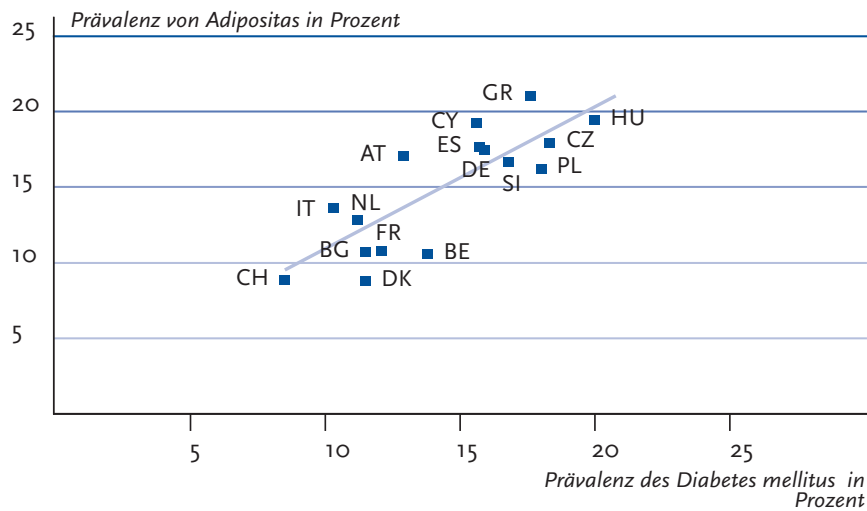
* Daten extrahiert von Eurostat Berechnungen (Juni 2011)

Alter = 18+ Jahre

Abbildung 2

Ökologischer Zusammenhang der Prävalenz von Adipositas (Altersgruppe 18–64 Jahre) und Diabetes mellitus (Typ I und II; Altersgruppe 65+ Jahre) in der EU

Datenquelle: eigene Darstellung nach EHIS



Ein starker Anstieg der Häufigkeit von Diabetes mellitus ist im höheren Alter zu beobachten. So liegt die durchschnittliche Diabetesprävalenz der 22 Länder in der Altersgruppe der über 65-Jährigen bei 14,3%. Im Ländervergleich weisen Griechenland (20,4%) und die Slowakei (24,1%) die höchsten Prävalenzen auf. Die für Deutschland erhobene Prävalenz von 17,5% liegt im oberen Drittel des Länder-Vergleichs. Die niedrigsten Raten werden aus Irland (6%) und Rumänien (8,7%) berichtet.

Diabetes mellitus ist eine Erkrankung, die in der älteren Bevölkerung häufig auftritt. Bei den Prävalenzraten des Diabetes mellitus in dieser Bevölkerungsgruppe muss berücksichtigt werden, dass Arztkonsultationen sowie routinemäßige Untersuchungen des Blutzuckers häufiger durchgeführt werden. Dies kann einen Beitrag zur beobachteten höheren Quote leisten.

Trotz verstärkter diagnostischer Anstrengungen kann eine Erkrankung an Diabetes mellitus Typ II zunächst unerkannt bleiben. Schätzungen des Anteils nicht diagnostizierter Diabetes-Fälle liegen nur für einzelne Länder vor. Im Rahmen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS₁) des RKI wurden die Laborparameter glykiertes Hämoglobin (HbA_{1c}) und Serumglukose, die auf einen Diabetes mellitus hinweisen, untersucht. Die Prävalenz des nicht-diagnostizierten Diabetes liegt demzufolge bei 0,7% (bezogen auf HbA_{1c}) bzw. 2,1% (bezogen auf Serumglukose) (Kurth 2012).

Neben Prävalenzschätzungen können, z. B. mit den Daten des EHIS, Zusammenhänge zwischen verschiedenen Krankheiten sowie Krankheiten und Determinanten beschrieben werden. Zu letzterem gehören auch ökologische Zusammenhänge. Ein Beispiel hierfür ist in Abbildung 2 für Adipositas und Diabetes mellitus dargestellt. Weitere Analysen ermöglichen es, Zusammenhänge zwischen dem Vorkommen von Erkrankungen und sozialen

Einflussfaktoren (z. B. dem Sozialstatus) darzustellen. In Abbildung 3 ist dies exemplarisch für die Verbreitung von Diabetes mellitus in Abhängigkeit vom Bildungsstand zu sehen. Demnach ist in der niedrigen Bildungsgruppe durchgängig eine höhere Diabetesprävalenz zu beobachten als in der mittleren und oberen Bildungsgruppe. Derartige Bildungsunterschiede im Auftreten von Diabetes mellitus wurden bereits in einer Vielzahl sozioepidemiologischer Studien nachgewiesen (Agardh et al. 2011, Sacerdote et al. 2012).

Besonderheiten beim Vergleich Europäischer Gesundheitsdaten

Ungeachtet der bereits erzielten Fortschritte bei der Harmonisierung und Standardisierung von Gesundheitsdaten in der EU muss hervorgehoben werden, dass es Grenzen bei quantitativen Vergleichen zwischen dem Gesundheitszustand der Bevölkerungen in der EU gibt.

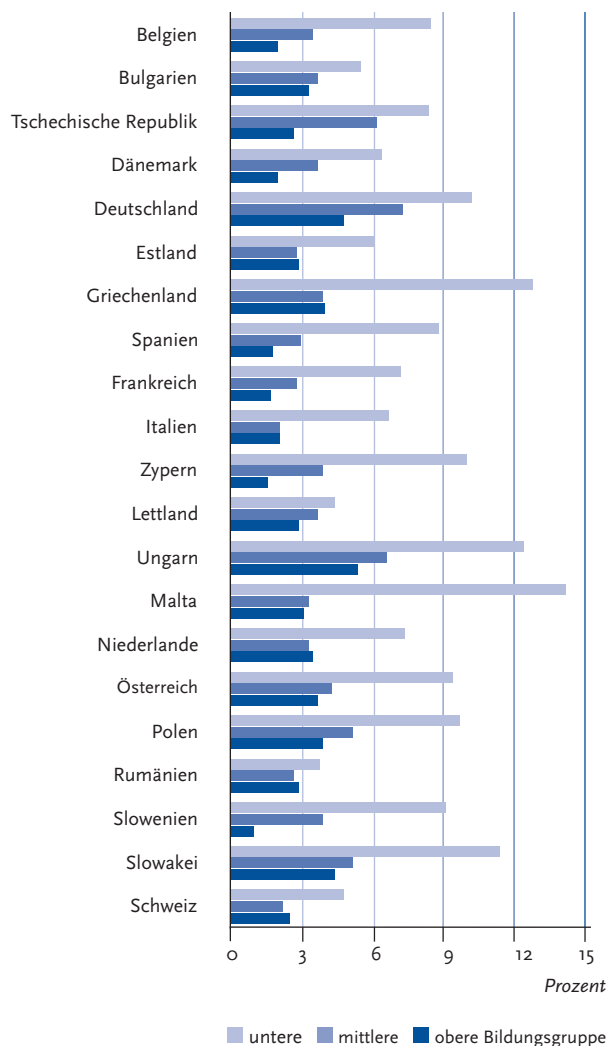
Die kulturelle Vielfalt der Völker Europas umfasst auch die Vielfalt europäischer »Gesundheitskulturen« (Jürges 2006). Diese spiegelt sich beispielsweise in kulturellen Unterschieden bei der Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes wider, sie kann sich aber auch in der Klassifizierung von Krankheiten und Todesursachen niederschlagen (Mathers et al. 2005).

Weiterhin sollten die unterschiedlichen Altersstrukturen in den Staaten der EU berücksichtigt werden. In Ländern mit einem höheren Altersdurchschnitt kann es zu höheren Prävalenzen von altersassoziierten Erkrankungen, z. B. Diabetes mellitus Typ II kommen.

Darüber hinaus bilden sich in den Ergebnissen europäischer Gesundheitserhebungen auch Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung in Europa ab.

Diese und weitere Einflüsse erklären möglicherweise auch die durchgängig höheren Prävalenzen vieler Erkrankungen in den zentral- und westeuropäischen Staaten, im Vergleich zu den ost- und südosteuropäischen Ländern.

Abbildung 3
Prävalenz Diabetes mellitus (Typ I und II) nach Bildung (untere, mittlere, obere Bildungsgruppe) in der EU
 Datenquelle: EHIS



Gesundheitsversorgung international: Das Beispiel Gripeschutzimpfung

Die ECHI-Indikatoren decken auch den Bereich der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitssysteme ab. Dementsprechend können sie vor dem Hintergrund der Weiterentwicklung der nationalen Gesundheitssysteme ebenfalls als Benchmarking-Indikatoren genutzt werden (Harbers et al. 2008). Dies bedeutet, dass z. B. Leistungen der Gesundheitssysteme im Bereich der Prävention verglichen und auf ihre Effektivität untersucht werden können.

Beispielhaft für den Bereich Gesundheitsversorgung wird im Folgenden der ECHI-Indikator zur Inanspruchnahme der saisonalen Influenza-Schutzimpfung (»Gripeschutzimpfung«) bei Personen im Alter ab 65 Jahren dargestellt. Aus den Ergebnissen lassen sich erhebliche Unterschiede in der Inanspruchnahme dieser präventivmedizinischen Leistung zwischen den europäischen Staaten ableiten. Die Schutzimpfung wird in Deutschland bereits für Personen ab 60 Jahren sowie für bestimm-

te Risikogruppen empfohlen (RKI 2011). Sie zielt darauf ab, die durch die saisonale Grippe verursachten schweren und tödlichen Krankheitsverläufe zu verringern. Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt eine Influenza-Impfquote von 75 % bei älteren Menschen (WHO 2003).

Die in der Abbildung 4 dargestellte Impfquote für die saisonale Influenza-Schutzimpfung im Alter ab 65 Jahren zeigt eine beträchtliche Spanne von 1,7 % Geimpfter in Estland bis 75,0 % derselben Altersgruppe in den Niederlanden. Der Durchschnittswert aller 20 Länder, für die Daten berichtet wurden, beträgt 35,1 %. Geschlechterspezifisch ergibt sich kein erkennbarer Trend; die durchschnittlichen Quoten der Männer liegen mit 35,9 % knapp über denen der Frauen mit 34,6 %.

Auffällig ist hierbei das Muster, das sich aus dem Vergleich der Influenza-Impfquoten der »alten« gegenüber den »jungen« EU-Staaten zeigt. Ost- und südosteuropäische Staaten wie Estland, Lettland und Bulgarien weisen einstellige Impfquoten auf, Länder wie Polen, Rumänien und Tschechien Quoten zwischen 10 % und 20 %. In den »älteren« EU-Staaten liegen die Impfquoten mit z. B. 30 % in Österreich und Finnland deutlich darüber. Den Spitzenwert bei der saisonalen Gripeschutzimpfung berichten mit 75 % die Niederlande. Deutschland liegt mit einer Impfquote von 56,2 % nach Frankreich und Italien auf Rang vier.

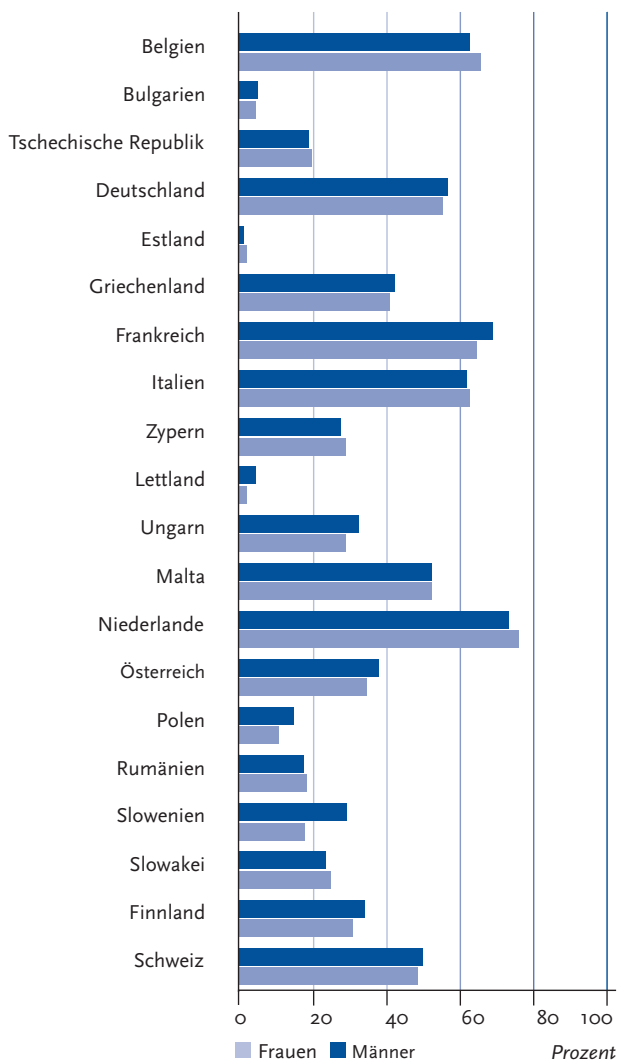
Auch bei den Impfquoten haben unterschiedliche Angebots- und Versorgungsstrukturen (z. B. Ärztedichte, Zugangswege, Verfügbarkeit von Vakzinen) sowie Unterschiede in der Organisation und Durchführung präventiver Maßnahmen in den Ländern der EU einen maßgeblichen Einfluss.

Ausblick

Die gemeinschaftliche Aktion ECHIM verfolgt bereits seit mehreren Jahren das Ziel, einen Standard für das Gesundheitsmonitoring und die Gesundheitsberichterstattung in der EU zu etablieren, der auf einheitlichen Indikatoren basiert (Kilpeläinen et al. 2008). Die hier vorgestellten ECHI-Indikatoren stützen sich überwiegend auf Ergebnisse des ersten Europäischen Gesundheitsinterview Surveys (EHIS), der auf freiwilliger Basis im Rahmen des Europäischen Statistischen Systems durchgeführt und von der europäischen Statistikbehörde Eurostat koordiniert wurde. Die nationalen Erhebungen mit einem einheitlichen Fragebogen wurden zwischen 2006 und 2009 durchgeführt (Eurostat 2011b). Daten aus weiteren EU-Ländern, die nicht an der EHIS Erhebung beteiligt waren, wurden im Rahmen der ECHI-Pilotdatensammlung durch das RKI erfasst.

Die hier vorgestellten ECHI-Indikatoren präsentieren exemplarisch ausgewählte Ergebnisse des europäischen Gesundheitsmonitorings, das auf gemeinschaftlich entwickelten Standards beruht. Der Mehrwert dieser Entwicklungen zeigt sich beispielsweise daran, dass diese Standards

Abbildung 4
Impfquote für die saisonale Influenza-Schutzimpfung im Alter ab 65 Jahren
 Datenquelle: EHIS



land bereits heute über die dafür erforderlichen Instrumente.

Die aktuellsten ECHI-konformen Indikatoren für Deutschland werden über das Informationssystem des Statistischen Bundesamtes bereitgestellt (www.gbe-bund.de). Die Daten der ECHIM-Pilotdatensammlung sollen Ende 2012 in ein neues Gesundheitsinformationssystem der Europäischen Kommission integriert und für die Erstellung neuer europäischer Gesundheitsinformationen genutzt werden. Darüber hinaus fließen die Daten auch in die europäische Ausgabe des Gesundheitsberichts der OECD (OECD, 2012) ein. Die Ergebnisberichte der gemeinschaftlichen Aktion ECHIM sind über das Internetangebot des Projektes verfügbar (www.echim.org).

Jürgen Thelen, Dr. Nils Kirsch, Jens Hoebel

Robert Koch-Institut
 Abteilung für Epidemiologie und
 Gesundheitsberichterstattung

bereits in mehreren europäischen Staaten für den Aufbau eines bevölkerungsbezogenen Gesundheitsmonitorings (z. B. Zypern und Malta) genutzt wurden. Darüber hinaus wurden die ECHI-Indikatoren bereits in mehreren Ländern für die Erstellung sogenannter Benchmarking Berichte genutzt (Frankreich, Niederlande). In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes stellen die ECHI-Indikatoren eine wertvolle Quelle für internationale Vergleiche dar.

Damit das europäische Gesundheitsmonitoring als kontinuierliches System die Untersuchung der Gesundheit der Bevölkerung und der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme ermöglicht, sind u. a. weitere EHIS-Erhebungen erforderlich, die idealerweise in periodischen Abständen wiederholt werden sollten. Für die zweite EHIS-Erhebung, die zwischen 2013 und 2015 durchgeführt werden soll, wird daher eine einheitliche Rechtsgrundlage geschaffen. Nur so lässt sich die erforderliche Harmonisierung der Erhebungsinstrumente und –methoden gewährleisten. Mit dem bestehenden Gesundheitsmonitoring des RKI verfügt Deutsch-

Literatur

- Agardh E, Allebeck P, Hallqvist J, Moradi T, Sidorchuk A (2011) Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Epidemiol.* 40(3): 804–818
- Anandan C, Nurmatov U, van Schayck O C P, Sheikh A (2010) Is the prevalence of asthma declining? Systematic review of epidemiological studies. *Allergy* 2010; 65(2): 152–167
- Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese, T (2009) Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Berlin, Robert Koch-Institut
<http://www.rki.de/gbe> (Stand: 03.12.2012)
- Deckl S, Rebeggiani L (2012) LEBEN IN EUROPA/ EU-SILC 2010. Bundesergebnisse für Sozialindikatoren über Einkommen, Armut und Lebensbedingungen – Deutschland im Vergleich zur Europäischen Union. In: *Wirtschaft und Statistik*, Heft 2: 152 ff.
- DeSalvo KB, Blosler N, Reynolds K et al. (2006) Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med* 21: 267–275
- EUGLOREH (2007) European Health Report: EUGLOREH - The status of health in the European Union: Towards a healthier Europe, Chapter 5.9 Asthma and allergic rhinitis
<http://www.eugloreh.it> (Stand: 03.12.2012)
- Eurostat (2011a) Synthesis report on EHIS quality assessment criteria, Department of Health Information and Research, Malta
- Eurostat (2011b) European health interview survey (EHIS) – collection round 2008, Reference Metadata in Euro SDMX Metadata Structure, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/EN/hlth_ehis_esms.htm (Stand: 03.12.2012)
- Eurostat (2012a) Selbstwahrgenommene Gesundheit nach Geschlecht, Altersklasse und Beschäftigungsstatus
http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_01&lang=de (Stand: 03.12.2012)
- Eurostat (2012b) Overweight and Obesity – BMI statistics
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics (Stand: 03.12.2012)
- European Commission (2007) A Strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity related health issues. White Paper, COM(2007) 279 final
http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_en.pdf (Stand: 03.12.2012)
- European Commission (2010) Income and living conditions in Europe. Atkinson AB, Marlier E (Eds.). Publications Office of the European Union, Luxembourg
<http://bookshop.europa.eu/en/income-and-living-conditions-in-europe-pbKS3110555/> (Stand: 03.12.2012)
- Harbers MM, Van der Wilk EA, Kramers PGN, Kuunders MMAP, Verschuuren M, Eliyahu H, Achterberg P (2008) Dare to Compare! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators (ECHI). RIVM report number 270051011. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten
<http://www.rivm.nl/en/Library/Scientific/Reports/2008/november/> (Stand: 03.12.2012)
- Jürges H (2006) True health vs. response styles: Exploring cross-country differences in self-reported health. DIW, Discussion Paper, Berlin
- Kilpeläinen K, Aromaa A and the ECHIM Core Group (Hrsg) (2008) European Health Indicators: Development and initial implementation. Final Report of the ECHIM Project. National Public Health Institute Finland, Helsinki
<http://www.echim.org/finalreport.html> (Stand: 03.12.2012)
- Kramers P (2003) The ECHI Project. Health Indicators for the European Community. *Eur J Public Health* 13:101–6
- Kramers P (2005) (Ed.) Public health indicators for the European Union: context, selection, definition. Final report by the ECHI project phase II. National Institute for Public Health and the Environment, Centre for Public Health Forecasting, Bilthoven
- Kurth, B-M (2012) Erste Ergebnisse aus der »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS). *Bundesgesundheitsbl* 55:980–990
<http://www.degs-studie.de> (Stand: 03.12.2012)
- Mathers C, Ma Fat D, Inoue M, et al. (2005) Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bull World Health Organ* 83:171–7
- Miilunpalo S et al. (1997) Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *J Clin Epidemiol* 50: 90–93
- Nowossadeck E (2012) Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin, GBE kompakt 3(2)
<http://www.rki.de/gbe-kompakt> (Stand: 03.12.2012)
- OECD (2012) Health at a Glance: Europe 2012. OECD Publishing
http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2012_en.pdf (Stand: 03.12.2012)
- Pleis JR, Lucas JW, Ward BW (2009) Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey. *National Center for Health Statistics. Vital Health Stat* 10 (242)
- RKI - Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
<http://www.rki.de/gbe> (Stand: 03.12.2012)
- RKI - Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2011) Epidemiologisches Bulletin, 1. August 2011/Nr.30
<http://www.rki.de> (Stand: 03.12.2012)
- Sacerdote C, Ricceri F, Rolandsson O, et al. (2012) Lower educational level is a predictor of incident type 2 diabetes in European countries: The EPIC-InterAct study. *Int. J. Epidemiol.* 41(4): 1162–1173
- Verschuuren M, Kramers P, Gudfinnsdottir G, Aromaa A (2010) Providing a solid evidence base for policy makers: ECHI initiative. *Eurohealth* 2010, 16: 4–7
- WHO - World Health Organisation (1995) Physical status: The use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series 854: 9
- WHO - World Health Organisation (2003) Resolution of the World Health Assembly (WHA 56.19). Prevention and control of influenza pandemics and annual epidemics. WHA 10th plenary meeting 28.05.2003
- WHO - World Health Organisation (2010) Der Europäische Gesundheitsbericht 2009. Gesundheit und Gesundheitssysteme, WHO/Europa, Kopenhagen

Impressum

GBE kompakt

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Martina Rabenberg, Dr. Livia Ryl
Robert Koch-Institut
Abt. für Epidemiologie und
Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Straße 62
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/gbe

Zitierweise

Thelen J, Kirsch N, Hoebel J (2012)
Gesundheit in Europa -
Daten des Gesundheitsmonitorings der EU.
Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin.
GBE kompakt 6/2012
www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 17.12.2012)

ISSN 2191-4974

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