

ECHI - Europäische Gesundheitsindikatoren

JEANNETTE KLIMONT

Bereits seit längerem gibt es Bestrebungen, ein nachhaltiges Gesundheitsinformationssystem auf EU-Ebene aufzubauen. Das Projekt „Europäische Gesundheitsindikatoren“ (European Community Health Indicators - ECHI) spielt dabei eine Schlüsselrolle. In der ersten Phase des Projekts wurde die ECHI-Langliste festgelegt, die aus über 200 Indikatoren besteht. Ergebnis der zweiten Phase war die Erstellung der ECHI-Kurzliste (bestehend aus 88 Indikatoren). Die dritte Phase beschäftigte sich mit den Möglichkeiten der Umsetzung der ECHI-Liste. Derzeit ist ECHI in der vierten Phase. Ziel ist es, die Operationalisierung der ECHI-Kurzliste in möglichst vielen EU-Mitgliedsländern voranzutreiben. Österreich hat einen wesentlichen Schritt in diese Richtung durch die Darstellung von 58 ECHI-Indikatoren auf der Website der STATISTIK AUSTRIA unternommen.

Hintergrund

Der Wunsch der Gesundheitspolitiker nach vergleichbaren internationalen Informationen zur öffentlichen Gesundheit veranlasste vor mehr als einem Jahrzehnt die Europäische Kommission (Directorate General for Health and Consumer Affairs DG SANCO), ein Aktionsprogramm zur Gesundheitsberichterstattung zu initiieren. Innerhalb dieses Programms, welches von 1997 bis 2002 lief, wurden zahlreiche Projekte, die sich mit Indikatorenentwicklung beschäftigten, finanziert. Das Projekt ECHI-I (European Community Health Indicators) erlangte insofern eine Schlüsselrolle, da es die Indikatorenvorschläge der verschiedenen Projekte aufgriff und zusammenführte.

Ziel dieses Projekts ist die Erstellung eines Sets von Gesundheitsindikatoren, das die Beobachtung von Gesundheitstrends erlaubt sowie einen Vergleich zwischen den Mitgliedsländern ermöglicht. Ebenso sollen diese Gesundheitsindikatoren eine Messung der Auswirkungen von EU-Gesundheitspolitiken zulassen. Bei Ende des Projekts umfasste die sogenannte ECHI-Langliste mehr als 200 Indikatoren.

Da es nahezu unmöglich ist, alle Indikatoren der Langliste zu implementieren, entschlossen sich die DG SANCO und die ECHI-Experten und -Expertinnen, eine Kurzliste zu erstellen, um die Gesundheitsindikatoren auch realisieren zu können. Dies war Aufgabe des Projekts ECHI-II in Zusammenarbeit mit DG SANCO und deren Arbeitsgruppen innerhalb des Gesundheitsinformationsstrangs.

Die Selektion erfolgte nach der Delphi-Methode. 19 Experten der öffentlichen Gesundheit wählten aus der Langliste 50 Indikatoren der ersten und 50 der zweiten Priorität aus. Danach erfolgte ein Ranking der Indikatoren. Diese Auswahl wurde in der ECHI-Arbeitsgruppe und auf DG-

SANCO-Ebene mehrfach diskutiert und modifiziert, und 2005 wurde die Kurzliste mit 88 Gesundheitsindikatoren festgelegt.

Die nächste Phase, eingebettet in den Aktionsrahmen zur Gesundheitsberichterstattung 2003-2008, wurde vom ECHIM-Projekt koordiniert (wobei M für Monitoring steht). ECHIM identifizierte die nationalen Fachleute für Gesundheitsinformation und begann, die Verfügbarkeit der Daten für die Berechnung der Kurzlist-Indikatoren in den Mitgliedsländern abzubilden. Die Ergebnisse wurden im Bericht „European Health Indicators: Development and Initial Implementation“ zusammengefasst. Der länderspezifische Teil zeigt für alle EU-Länder die Verfügbarkeit von Daten zur Berechnung der ECHI-Gesundheitsindikatoren sowie Angaben zu Datenquelle und Berichterstattung. Für Österreich wurde festgestellt, dass 77% der ECHI-Kurzliste anhand der Daten, die in internationalen Datenbanken verfügbar sind, abgedeckt werden können. Am häufigsten fehlen Daten aus dem Bereich Gesundheitsdeterminanten und Gesundheitseinrichtungen. Weiters wurden Metadaten (Definition, Berechnungsmethode, bevorzugte Datenquelle etc.) für jeden Indikator in strukturierter Art in Form eines ECHI-Informationsblattes („Documentation sheet“) festgelegt.

Im Jahr 2007 wurde das Weißbuch „Gemeinsam für die Gesundheit - ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013“ angenommen. Eine der Aktionen ist die Implementierung eines Gesundheitsmonitorings auf EU-Ebene, wobei als Grundlage die ECHI-Kurzliste dienen soll. Die Joint Action ECHIM (2009-2011) hat sich die Aufgabe gestellt, das ECHI-Indikatorensystem zu einem nachhaltigen Gesundheitsinformationssystem weiterzuentwickeln sowie die Implementierung der ECHI-Kurzliste in möglichst vielen europäischen Ländern voranzutreiben.

Die ECHI-Kurzliste

Bei der Auswahl der Indikatoren der ECHI-Kurzliste wurden folgende Kriterien bedacht:

- Die Liste soll den gesamten Bereich der öffentlichen Gesundheit abdecken, gegliedert in:
 - Demographische und sozio-ökonomische Faktoren („Demographic and socio-economic factors“)
 - Gesundheitszustand („Health status“)
 - Gesundheitsdeterminanten („Health determinants“)
 - Gesundheitsintervention („Health intervention“), gegliedert in:
 - Gesundheitsdienst („Health services“)
 - Gesundheitsförderung („Health promotion“)
- Die Indikatoren sollen den Bedürfnissen der Nutzer dienen, d.h. sie sollen potentielle gesundheitspolitische Aktionen sowohl auf EU- als auch auf Mitgliedslandebene unterstützen.
- Die bereits vorhandenen Indikatorensysteme, wie z.B. WHO-HFA (Health for All) und die Gesundheitsdatenbank der OECD sollen soweit wie möglich genutzt werden.
- Fokussierung auf wichtige öffentliche Gesundheitsprobleme, einschließlich Gesundheitsungleichheiten.
- Fokussierung auf Gesundheitsprobleme, die die größten Möglichkeiten für effektive politische Aktionen haben.

Die Indikatoren der Kurzliste wurden in zwei Sektoren unterteilt, zur Implementierung sowie zur Entwicklung. Der Implementierungssektor beinhaltet jene Indikatoren, für die ein Informationsblatt angelegt werden konnte und für die es Daten in internationalen Datenbanken bzw. in der Mehrzahl der Mitgliedsländer gibt. Im Entwicklungssektor stehen jene Themen, zu denen noch kein Indikator und daher noch kein Informationsblatt festgelegt wurde bzw. wo Datenbedarf besteht.

Warum ECHI?

Gibt es einen zusätzlichen Nutzen der ECHI-Initiative gegenüber den bereits existierenden Indikatorensystemen? Die ECHI-Kurzliste beinhaltet in einer sehr gebündelten, aber umfassenden Art alle Themen der öffentlichen Gesundheitsstatistik, die für Gesundheitspolitiker relevant sind. Dadurch unterscheidet sich ECHI von den Indikatorensystemen der WHO, OECD und Eurostats, welche einen sehr breiten Ansatz haben, sowie von Indikatorensystemen, die auf ein spezielles Thema fokussiert sind (EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction, ECDC - European Centre for Disease Prevention oder EEA - European Environmental Agency).

Ziel von ECHI-II ist die Implementierung der ECHI-Kurzliste in möglichst vielen Mitgliedsländern und somit Nutzung dieses Indikatorensystems. Insbesondere sind folgende Schritte vorgesehen:

- Bekanntmachen der Indikatoren,
- (wenn nötig) Anpassung der vorhandenen Datenquellen und Berechnungsmethoden sowie Schaffung neuer Datenquellen, um die nationale Datenverfügbarkeit und Qualität zu verbessern,
- Integration der ECHI-Kurzliste in das nationale Berichtssystem,
- Nachhaltiger Datenfluss von den Mitgliedsländern zu einer zentralen ECHI-Datenbank,
- Analyse und Interpretation der Ergebnisse für die Gesundheitspolitik und Gesundheitsplanung.

Umsetzung der ECHI-Kurzliste in Österreich

Die ECHI-Kurzliste ist in Österreich ein auf nationaler und regionaler gesundheitspolitischer Ebene bekanntes Indikatorensystem. Zur breiteren Nutzung werden nun die Indikatoren, sofern Daten für Österreich vorhanden sind, auf der Website der STATISTIK AUSTRIA (in englisch) dargestellt. Da es sich um eine international verwendete Indikatorenliste handelt, wurde auf eine Übersetzung der Indikatoren ins Deutsche verzichtet (siehe „Nützliche Links“).

Für 63 der insgesamt 88 ECHI-Indikatoren steht ein Informationsblatt zur Verfügung. Von diesen 63 Indikatoren konnten 58 für Österreich berechnet werden. Das Indikatoren-Informationsblatt enthält Informationen zu: Definition, Berechnungsmethode, relevante Dimensionen, bevorzugte Datenquelle, Periodizität, Begründung, Bemerkungen, Referenzen, noch zu lösende Probleme.

Auf die genannte internationale Datenquelle wird soweit wie möglich zurückgegriffen. Ist jedoch eine bessere nationale Datenquelle vorhanden bzw. liefert die nationale Datenquelle die Möglichkeit einer differenzierteren Darstellung, so wird die nationale Datenquelle verwendet. Bei der Darstellung der ECHI-Indikatoren auf der Homepage der STATISTIK AUSTRIA werden neben der Datenpräsentation auch Metadaten-Informationen gegeben. Diese Metadaten-Informationen beinhalten Name des Indikators, Verlinkung zum Informationsblatt und zur nationalen Datenquelle sowie sonstige Anmerkungen.

In der *Tabelle* sind die 88 ECHI-Indikatoren gelistet, angereichert mit Informationen zur Datenverfügbarkeit und zum Informationsblatt.

Nützliche Links

- Darstellung der ECHI-Liste auf der Website der STATISTIK AUSTRIA:
<http://www.statistik.at> > Statistiken > Gesundheit > Europäische Gesundheitsindikatoren > englische Website
- ECHIM project website:
<http://www.echim.org/>
- ECHIM products website:
<http://www.healthindicators.eu/>
- ECHI-Indikatoren bei DG SANCO:
<http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/>

ECHI-Kurzliste und Verfügbarkeit der Indikatoren für Österreich

Gesundheitsindikatoren	Informationsblatt	Indikator berechnet	Gesundheitsindikatoren	Informationsblatt	Indikator berechnet
A Demographic and socio-economic factors			D Health interventions: health services		
1. Population by sex/age	Ja	Ja	46. Total alcohol consumption	Ja	Ja
2. Birth rate, crude	Ja	Ja	47. Hazardous alcohol consumption	Nein	-
3. Mother's age distribution	Ja	Ja	48. Use of illicit drugs	Ja	Ja
4. Total fertility rate	Ja	Ja	49. Consumption/availability of fruit	Ja	Nein
5. Population projections	Ja	Ja	50. Consumption/availability of vegetables	Ja	Nein
6. Population by education	Ja	Ja	51. Breastfeeding	Nein	-
7. Population by occupation	Ja	Ja	52. Physical activity	Nein	-
8. Total unemployment	Ja	Ja	53. Work-related health risks	Nein	-
9. Population below poverty line and income inequality	Ja	Ja	54. Social support	Nein	-
B Health status			55. PM10 (particulate matter) exposure	Ja	Ja
10. Life expectancy	Ja	Ja	D Health interventions: health services		
11. Infant mortality	Ja	Ja	56. Vaccination coverage in children	Ja	Ja
12. Perinatal mortality	Ja	Ja	57. Influenza vaccination rate in elderly	Ja	Ja
13. Disease-specific mortality; Eurostat, 65 causes	Ja	Ja	58. Breast cancer screening	Ja	Ja
14. Drug-related deaths	Ja	Ja	59. Cervical cancer screening	Ja	Ja
15. Smoking-related deaths	Ja	Nein	60. Colon cancer screening	Ja	Ja
16. Alcohol-related deaths	Nein	-	61. Timing of first antenatal visits among pregnant women	Nein	-
17. Excess mortality by heatwaves	Nein	-	62. Hospital beds	Ja	Ja
18. Selected communicable diseases	Ja	Ja	63. Physicians employed	Ja	Ja
19. HIV/AIDS	Ja	Ja	64. Nurses employed	Ja	Ja
20. Cancer incidence	Ja	Ja	65. Mobility of professionals	Nein	-
21. Diabetes	Ja	Ja	66. Medical technologies: MRI units and CT scans	Ja	Ja
22. Dementia	Nein	-	67. Hospital in-patient discharges, limited diagnoses	Ja	Ja
23. Depression	Ja	Ja	68. Hospital daycases, limited diagnoses	Ja	Ja
24. Acute myocardial infarction (AMI)	Ja	Nein	69. Hospital daycase/in-patient discharge ratio, limited diagnoses	Ja	Ja
25. Stroke	Ja	Nein	70. Average length of stay (ALOS), limited diagnoses	Ja	Ja
26. Asthma	Ja	Ja	71. General practitioner (GP) utilisation	Ja	Ja
27. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)	Ja	Ja	72. Other outpatient visits	Ja	Ja
28. (Low) birth weight	Ja	Ja	73. Surgeries: PTCA, hip, cataract	Ja	Ja
29. Injuries: home/leisure, violence	Ja	Ja	74. Medicine use, selected groups	Nein	-
30. Injuries: road traffic	Ja	Ja	75. Patient mobility	Nein	-
31. Injuries: workplace	Ja	Ja	76. Insurance coverage	Ja	Ja
32. Suicide attempt	Nein	-	77. Expenditures on health	Ja	Ja
33. Self-perceived health	Ja	Ja	78. Survival rates cancer	Ja	Ja
34. Self-reported chronic morbidity	Ja	Ja	79. 30-day in-hospital case-fatality AMI and stroke	Ja	Ja
35. Long-term activity limitations	Ja	Ja	80. Equity of access to health care services	Ja	Ja
36. Physical and sensory functional limitations	Nein	-	81. Waiting times for elective surgeries	Nein	-
37. General musculoskeletal pain	Nein	-	82. Surgical wound infections	Nein	-
38. Psychological distress	Nein	-	83. Cancer treatment quality	Nein	-
39. Psychological well-being	Nein	-	84. Diabetes control	Nein	-
40. Health expectancy: Healthy Life Years (HLY)	Ja	Ja	E Health interventions: health promotion		
41. Health expectancy, others	Ja	Ja	85. Policies on environmental tobacco smoke (ETS) exposure	Ja	Ja
C Determinants of health			86. Policies on healthy nutrition	Nein	-
42. Body mass index/obesity	Ja	Ja	87. Policies and practices on healthy lifestyles	Nein	-
43. Blood pressure	Ja	Ja	88. Integrated programmes in settings, including workplace, schools, hospital	Nein	-
44. Regular smokers	Ja	Ja			
45. Pregnant women smoking	Nein	-			

Q: ECHIM (<http://www.healthindicators.eu/>)

Summary

About a decade ago the European Commission decided to establish a sustainable health monitoring system at EU level. The European Community Health Indicators (ECHI) projects play an essential role in the development of this monitoring system.

In the first phase, more than 200 indicators were comprised in the ECHI long list. The aim of the second phase was to create a shortlist for priority implementation. The third phase resulted in mapping the availabilities of implementation in the EU Member States. ECHI is currently in its fourth phase, with the effort to operationalize the ECHI shortlist in as many EU Member States as possible in a sustainable way. Austria did a step ahead with implementing 58 ECHI shortlist indicators on the website of STATISTICS AUSTRIA.