

Gesundheitsberichterstattung - Daten zu nichtübertragbaren Erkrankungen

Robert Koch-Institut | RKI

Nordufer 20
13353 Berlin

Beitragende

Ramona Scheufele¹, Lukas Reitzle¹, Laura Krause¹ und Annett Klingner¹

¹ Robert Koch-Institut | Fachgebiet 24 Gesundheitsberichterstattung

Zitieren

Robert Koch-Institut. (2025). Gesundheitsberichterstattung - Daten zu nichtübertragbaren Erkrankungen. [Data set]. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.137366633>

Informationen zum Datensatz und Entstehungskontext

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) des RKI informiert regelmäßig über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in Deutschland. Das Themenspektrum ist vielfältig und reicht von Gesundheitszustand und Einflussfaktoren auf die Gesundheit über Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitliche Versorgung bis hin zu den damit verbundenen Kosten.

Der Fokus des vorliegenden Datensatzes liegt auf Indikatoren zu nichtübertragbaren Erkrankungen (noncommunicable diseases, **NCD**), wie Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und psychischen Störungen sowie deren Einflussfaktoren.

Administrative und organisatorische Angaben

Das Projekt zur Erstellung der Webseite der Gesundheitsberichterstattung (www.gbe.rki.de) wurde vom Projektteam in [Fachgebiet 24 | Gesundheitsberichterstattung](#) geleitet und koordiniert. Das inhaltliche Rahmenkonzept und die Auswahl und Definition der Indikatoren wurde übergreifend in der [Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring](#) (Abteilung 2) erarbeitet. Die Datenaufbereitung der RKI-Gesundheitsstudien (GSTel und GEDA) wurde maßgeblich von [FG 21 | Epidemiologisches Daten- und Befragungszentrum](#) unterstützt. Die inhaltliche Einordnung und Erstellung der Texte wurden von den jeweils fachlich zuständigen Fachgebieten übernommen. Folgende Fachgebiete haben dabei essenziell mitgewirkt: [FG 24 | Gesundheitsberichterstattung](#), [FG 25 | Körperliche Gesundheit](#), [FG 26 | Psychische Gesundheit](#), [FG 27 | Gesundheitsverhalten](#), [FG 28 | Soziale Determinanten der Gesundheit](#), [ZfKD | Zentrum für Krebsregisterdaten](#) und [FG 33 | Impfprävention, STIKO](#) (Abteilung 3). Fragen hinsichtlich der Webseite (www.gbe.rki.de) können an über das [Kontaktformular](#) auf der Webseite gesendet werden.

Die Veröffentlichung der Daten, die Kuration sowie das Qualitätsmanagement der (Meta-)Daten erfolgt durch das [Fachgebiet MF 4 | Fach- und Forschungsdatenmanagement](#). Fragen zur Datenpublikation können an das Open Data-Team des Fachgebiets MF4 gerichtet werden (OpenData@rki.de).

Entstehungskontext

Die Gesundheitsberichterstattung am RKI hat zum Ziel, verlässliche Informationen zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in Deutschland regelmäßig verschiedenen Zielgruppen bereitzustellen (Ziese et al. 2020). Zum einen sollen die Informationen auf gesundheitliche Problemlagen und Handlungsbedarfe hinweisen. Zum anderen soll die Informationen bei der Entwicklung von Präventionsmaßnahmen und deren Evaluation unterstützen.

Im Rahmen der Entwicklung einer **NCD-Surveillance** am RKI soll das Krankheitsgeschehen wichtiger körperlicher Erkrankungen und psychischer Störungen abgebildet werden. Neben der Häufigkeit der Erkrankungen und Störungen sollen auch die Einflussfaktoren, insbesondere das Gesundheitsverhalten und soziale Determinanten, sowie die gesundheitliche Versorgung und die Krankheitsfolgen beleuchtet werden. Die NCD-Surveillance soll dabei bestehende Surveillance-Projekte am RKI (Diabetes-Surveillance, Mental-Health-Surveillance, Burden of Disease und AdiMon) zusammenführen. Der Gesundheitsberichterstattung kommt dabei die Aufgabe der kontinuierlichen und zeitnahen Berichterstattung zu.

Die Webseite der Gesundheitsberichterstattung (www.gbe.rki.de) soll Nutzerinnen und Nutzern einen einfachen und transparenten Zugang sowohl zu den Ergebnissen der NCD-Surveillance als auch zu den anderen Produkten der Gesundheitsberichterstattung und weiterführenden Publikationen geben. Der inhaltliche Fokus liegt dabei zunächst auf den nichtübertragbaren Erkrankungen und deren Einflussfaktoren.

Eines der Kernelemente der Webseite ist die interaktive Visualisierung von Kennzahlen (Indikatoren), die in Zusammenarbeit mit der NCD-Surveillance ausgewählt wurden und sich zunächst auf die erwachsene Bevölkerung beschränken. Insgesamt werden auf der Webseite aktuell 65 Indikatoren in interaktiven Grafiken dargestellt, die Ergebnisse textlich beschrieben und in einem Fazit eingeordnet. Indikatoren sind dabei epidemiologische Kennzahlen und bilden beispielsweise die Häufigkeit bestimmter Erkrankungen (z. B. *Darmkrebs: Inzidenz* oder *Diabetes mellitus: Prävalenz*) oder Verhaltensweisen (z. B. *Fleischkonsum* oder *Rauschtrinken*) in der Bevölkerung ab. Neben einer hohen Relevanz für Public Health sollen die Indikatoren eindeutig definiert und messbar, über die Zeit vergleichbar, potenziell durch gesundheitspolitische Maßnahmen beeinflussbar und auf Basis einer verlässlichen Datenquelle wiederkehrend abbildbar sein.

Daten und Datenaufbereitung

Datenquellen

Für die Darstellung der Indikatoren werden unterschiedliche Datenquellen genutzt. Dabei soll für jeden Indikator die bestmögliche Datenquelle verwendet werden. Bei der Auswahl der Datenquelle wird darauf geachtet, dass diese möglichst repräsentativ für die Bevölkerung ist, zeitnah zur Verfügung steht und die jeweilige Kennzahl verlässlich abbildet.

Ein großer Teil der Indikatoren wird auf Basis von Primärdaten aus Gesundheitsstudien des Robert Koch-Instituts (RKI) abgebildet. Hierbei wurden insbesondere Daten der Studie GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell (www.rki.de/geda) verwendet, aber auch weitere Studien kamen zum Einsatz. Darüber hinaus wurde für einige Indikatoren auch Daten der amtlichen Statistik (z. B. Todesursachenstatistik, Krankenhausstatistik), Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung oder Daten aus Registern verwendet. Die detaillierte Beschreibung der Datenquellen ist in der Methodik der jeweiligen Indikatoren (siehe [Appendix](#)) zu finden.

Datenaufbereitung und Analyse

Jeder Indikator bildet eine spezifische epidemiologische Kennzahl zu einem spezifischen Thema ab. Zumeist handelt es sich um Prävalenzen, d.h. die Kennzahl bildet den Anteil der Personen mit einer bestimmten Eigenschaft zu einem Zeitpunkt oder innerhalb eines spezifischen Zeitraums ab. Ein Beispiel hierfür ist der Indikator *Obst- und Gemüsekonsum*, der den Anteil von Personen ab 18 Jahren in der Bevölkerung, die täglich Obst und Gemüse verzehren, wiedergibt. Weiterhin werden auch Inzidenzen (Neuerkrankungsraten) oder andere epidemiologische Maßzahlen verwendet.

Die Berechnung der Indikatoren erfolgt stratifiziert nach Berichtsjahr, Geschlecht, Altersgruppe, Bundesland oder Region. Zusätzlich erfolgt wenn möglich eine Stratifizierung nach Bildung basierend auf Individualdaten oder nach regionaler sozioökonomische Deprivation, wenn die Informationen zur Bildung auf individueller Ebene nicht vorliegen. In Abhängigkeit der Datenquelle sind Besonderheiten bei der Berechnung der Indikatoren zu beachten. So findet bei Auswertung der GEDA-Daten beispielsweise eine Gewichtung statt.

Für die Datenaufbereitung der Sekundärdaten wurde die Statistik-Software *R (Version 4.3.0)* und das Package *tidyverse (2.0.0)* verwendet. Die Auswertung von Befragungsdaten des RKI (zum Beispiel Daten aus den [GEDA-Studien](#)) inklusive der Altersstandardisierung erfolgte mit dem Package *srvyr (1.2.0)*.

Die genaue Beschreibung der Definition, Operationalisierung und Berechnung ist in der Methodik des jeweiligen Indikators (siehe [Appendix](#)) beschrieben.

Limitationen und Einordnung des Datensatzes

Limitationen ergeben sich aus den Datenquellen sowie aus der Methodik zur Berechnung der Indikatoren. Zum einen können sich aus der verwendeten Datenquelle Selektionseffekte ergeben. So sind beispielsweise in den GEDA-Studien nur deutschsprachige Personen eingeschlossen oder in den Analysen basierend auf Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung sind keine Informationen zu Personen in der privaten Krankenversicherung enthalten. Weiterhin kann es zu Verzerrungen durch die Definition des Indikators in der jeweiligen Datenquelle kommen. Dies bedeutet beispielsweise bei Auswertungen von Befragungsdaten nur bereits bekannte (diagnostizierte) Erkrankungen erfasst werden oder bei Sekundärdaten nur Personen, für welche die Erkrankung auch dokumentiert wurde.

Auf die spezifischen Limitationen der einzelnen Indikatoren wird in der Beschreibung der Methodik unter „Qualität der Daten“ eingegangen.


Indikatoren

Der inhaltliche Fokus liegt zunächst auf den nichtübertragbaren Erkrankungen und deren Einflussfaktoren. Die Webseite ist thematisch in drei Ebenen gegliedert und die Indikatoren sind jeweils einem Thema auf Ebene 3 zugeordnet:

- Ebene 1 umfasst die vier übergeordneten Themenbereiche „Einflussfaktoren auf die Gesundheit“, „Gesundheitszustand“, „Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung“ und „Rahmenbedingungen“
- Ebene 2 beinhaltet konkrete Themengruppen wie „Gesundheitsverhalten“, „Soziale Einflussfaktoren“ oder „Körperliche Erkrankungen“
- Ebene 3 entspricht spezifischen Themen, wie „Alkoholkonsum“, „Diabetes mellitus“ oder „Ambulante Versorgung“. Auf dieser Ebene werden Informationen in Form von Indikatoren, Berichten und Fachartikeln angeboten sowie auf weitere Angebote zum Thema verlinkt.








Einflussfaktoren auf die Gesundheit



Bestimmte Verhaltensweisen können Einfluss darauf nehmen, wie wahrscheinlich Menschen gesund bleiben oder krank werden. Dazu gehören eine gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung, der Verzicht auf Tabak- und Alkoholkonsum sowie das Einhalten eines gesunden Körpergewichtes. Der Einfluss sozialer Ressourcen und Risiken auf die Gesundheit sowie Lebenserwartung wird durch epidemiologische Studien regelmäßig bestätigt. Menschen mit niedriger Bildung oder niedrigem Einkommen sind vermehrt von chronischen Krankheiten, Funktionseinschränkungen, Unfallverletzungen sowie Behinderungen betroffen.

Indikator	Indikator_ID	Datenstand	Website
Soziale Unterstützung (ab 18 Jahre)	1010301	20. November 2024	
Bewegungsverhalten (ab 18 Jahre)	1020101	20. November 2024	
Sitzen (ab 18 Jahre)	1020102	20. November 2024	
Aktive Mobilität (ab 18 Jahre)	1020103	20. November 2024	
Adipositas und Übergewicht (ab 18 Jahre)	1020201	20. November 2024	
Fleischkonsum (ab 18 Jahre)	1020301	20. November 2024	
Obst- und Gemüsekonsum (ab 18 Jahre)	1020302	20. November 2024	
Zuckerhaltige Erfrischungsgetränke (ab 18 Jahre)	1020303	20. November 2024	
Alkohol: Riskanter Konsum (ab 18 Jahre)	1020401	20. November 2024	
Rauschtrinken (ab 18 Jahre)	1020402	20. November 2024	
Rauchen (ab 18 Jahre)	1020501	20. November 2024	
Passivrauchbelastung (ab 18 Jahre)	1020502	20. November 2024	
Diabetes: 10-Jahres-Risiko (18 – 79 Jahre)	1030101	20. November 2024	
Herz-Kreislauf-Erkrankung: 10-Jahres-Risiko (18 – 79 Jahre)	1030102	20. November 2024	

Gesundheitszustand

Die Gesundheit der Bevölkerung kann anhand unterschiedlicher Themen beschrieben werden. Maßgeblich sind die Häufigkeit von körperlichen Erkrankungen wie koronare Herzkrankheit oder Diabetes mellitus, psychischen Störungen wie Depression und von Unfällen und Verletzungen wie Stürzen. Zur Bewertung des Gesundheitszustands der Bevölkerung werden zusätzlich die subjektiv wahrgenommene Gesundheit und Krankheitsfolgen betrachtet. Letztere umfassen Funktionseinschränkungen sowie auch die Lebenserwartung und Sterblichkeit.






Indikator	Indikator_ID	Datenstand	Website
Selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit (ab 18 Jahre)	2010101	20. November 2024	
Selbsteingeschätzte psychische Gesundheit (ab 18 Jahre)	2010102	20. November 2024	
Koronare Herzkrankheit: Prävalenz (ab 18 Jahre)	2020101	20. November 2024	
Koronare Herzkrankheit: Sterblichkeit	2020102	20. November 2024	
Schlaganfall: Prävalenz (ab 18 Jahre)	2020103	20. November 2024	
Schlaganfall: Sterblichkeit	2020104	20. November 2024	
Diabetes Typ 1: Inzidenz (0 – 17 Jahre)	2020201	20. November 2024	

Diabetes Typ 2: Inzidenz (11 – 17 Jahre)	2020202	20. November 2024	
Diabetes Typ 1: Prävalenz (0 – 17 Jahre)	2020203	20. November 2024	
Diabetes Typ 2: Prävalenz (11 – 17 Jahre)	2020204	20. November 2024	
Diabetes mellitus: Prävalenz (ab 18 Jahre)	2020206	20. November 2024	
Diabetes mellitus: Sterblichkeit	2020207	20. November 2024	
Gestationsdiabetes mellitus: Prävalenz	2020208	20. November 2024	
Brustkrebs: Inzidenz	2020301	20. November 2024	
Brustkrebs: Sterblichkeit	2020302	20. November 2024	
Darmkrebs: Inzidenz	2020303	20. November 2024	
Darmkrebs: Sterblichkeit	2020304	20. November 2024	
COPD: Prävalenz (ab 45 Jahre)	2020401	20. November 2024	
Asthma: Prävalenz (ab 18 Jahre)	2020403	20. November 2024	
Arthrose: Prävalenz (ab 18 Jahre)	2020501	20. November 2024	
Unfallverletzungen (ab 18 Jahre)	2030101	20. November 2024	
Stürze (ab 65 Jahre)	2030102	20. November 2024	
Psychische Störungen: Administrative Prävalenz (ab 18 Jahre)	2040101	20. November 2024	
Depression: Administrative Prävalenz (ab 18 Jahre)	2040201	20. November 2024	
Depressive Symptomatik: Prävalenz (ab 18 Jahre)	2040202	20. November 2024	
Angststörungen: Administrative Prävalenz (ab 18 Jahre)	2040301	20. November 2024	
Angstsymptome: Prävalenz (ab 18 Jahre)	2040302	20. November 2024	
Sterblichkeit	2050101	20. November 2024	
Lebenserwartung	2050103	20. November 2024	
Körperliche Einschränkungen (ab 18 Jahre)	2050301	20. November 2024	
Kognitive Einschränkungen (ab 18 Jahre)	2050302	20. November 2024	
Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (ab 18 Jahre)	2050303	20. November 2024	
Einschränkungen in instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (ab 65 Jahre)	2050304	20. November 2024	
Chronisches Kranksein (ab 18 Jahre)	2050305	20. November 2024	

Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung

Im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention werden die Inanspruchnahme von Angeboten zur Vorsorge und Früherkennung betrachtet, wie beispielsweise Zahnvorsorge- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sowie Impfangebote. Weiterhin wird die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung im ambulanten und stationären Bereich sowie hinsichtlich der Pflege abgebildet. Zusätzlich wird die Qualität der Versorgung für ausgewählte Aspekte dargestellt.

Indikator	Indikator_ID	Datenstand	Website

Zahnvorsorgeuntersuchungen (ab 18 Jahre)	3010101	20. November 2024	
Influenza: Impfquote (ab 60 Jahre)	3010102	17. Dezember 2024	
Darmkrebsfrüherkennung (ab 50/55 Jahre)	3010103	20. November 2024	
Inanspruchnahme allgemeinärztlicher Leistungen (ab 18 Jahre)	3020101	20. November 2024	
Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen (ab 18 Jahre)	3020102	20. November 2024	
Inanspruchnahme von Krankenhausversorgung (ab 18 Jahre)	3020201	20. November 2024	
Pflegeleistungen	3020301	20. November 2024	
Diabetesbedingte Amputationen (ab 15 Jahre)	3020401	20. November 2024	
Diabetes: Ambulant-sensitive Krankenhausfälle (ab 15 Jahre)	3020402	20. November 2024	

Rahmenbedingungen

Neben den individuellen Verhaltensweisen beeinflussen auch die vorliegenden Rahmenbedingungen die Gesundheit der Bevölkerung. So haben gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen, wie beispielsweise die Lebensmittelbesteuerung oder die Tabakkontrollmaßnahmen, Einfluss auf das Ernährungsverhalten beziehungsweise den Tabakkonsum. Weiterhin wirken sich Umweltbedingungen wie die Infrastruktur auf das Verhalten der Menschen aus und bestimmen beispielsweise die Verkehrsmittelnutzung.

Indikator	Indikator_ID	Datenstand	Website
Tabakkontrolle	4010101	20. November 2024	
Lebensmittelbesteuerung	4010102	20. November 2024	
Präventionsausgaben	4010103	20. November 2024	
Verbraucherpreisindex	4020101	20. November 2024	
Armutsrisikoquote	4020102	20. November 2024	
Arbeitslosenquote (15 – 64 Jahre)	4020103	20. November 2024	
Hochschulbildung (ab 25 Jahre)	4020104	20. November 2024	
Verkehrsmittelnutzung	4030101	20. November 2024	

Aufbau und Inhalt des Datensatzes

Der Datensatz enthält die aggregierten und ausgewerteten Daten der Gesundheitsberichterstattung des RKI zu nichtübertragbaren Erkrankungen. Im Datensatz enthalten sind:

- [Daten der Gesundheitsberichterstattung](#) zu nichtübertragbaren Erkrankungen
- Datensatzdokumentation in deutscher Sprache
- Datenschema im [Data Package Standard](#)
- [Metadaten der Publikation](#)
- Lizenz-Dateien mit der [Nutzungslizenz des Datensatzes](#) in deutsch und englisch

Daten zu nichtübertragbaren Erkrankungen

Zentrales Datum des Datensatzes sind die Daten der 65 berichteten Indikatoren zu nichtübertragbaren Erkrankungen. Diese sind im Hauptverzeichnis unter "[GBE_Indikatoren_nichtuebertragbarer_Erkrankungen.tsv](#)" abrufbar und werden in Abhängigkeit der Datenverfügbarkeit regelmäßig aktualisiert.

[GBE_Indikatoren_nichtuebertragbarer_Erkrankungen.tsv](#)

Den einzelnen Indikatoren ist ein expliziter Datenstand zugeordnet. Dieser kann sich für die einzelnen Indikatoren unterscheiden. Die Indikatoren können unabhängig voneinander aktualisiert werden.

Variablen und Variablenausprägungen

Die Datei [GBE_Indikatoren_nichtuebertragbarer_Erkrankungen.tsv](#) enthält die in der folgenden Tabelle abgebildeten Variablen und deren Ausprägungen. Ein maschinenlesbares Datenschema ist im [Data Package Standard](#) in [tableschema_GBE_Indikatoren_nichtuebertragbarer_Erkrankungen.json](#) hinterlegt:

[tableschema_GBE_Indikatoren_nichtuebertragbarer_Erkrankungen.json](#)

Variable	Typ	Ausprägungen	Beschreibung
Indikator_ID	integer	Werte: 1000000 - 9999999	7-stellige ID des Indikators
Indikator_Name	string		Name des Indikators
Kennzahl_ID	integer	Werte: ≥0	ID der Kennzahl bei mehreren Kennzahlen innerhalb des Indikators
Kennzahl_Name	string		Name der Kennzahl bei mehreren Kennzahlen innerhalb des Indikators
Kennzahl_Definition	string		Definition der Kennzahl inklusive der Maßeinheit
Zeitraum_ISO	string		Zeitraum im ISO-Format (JJJJ-MM-TT--JJJJ-MM-TT: Anfangs- und Enddatum des Bezugszeitraums), auf den sich der Wert bezieht
Zeitraum_Name	string		Textliche Bezeichnung des Zeitraums, z.B. JJJJ = Zeitraum eines kompletten Jahres oder JJJJ/JJ für den Zeitraum einer Grippe-Saison
Geschlecht_ID	integer	Werte: 0, 1, 2 Fehlende Werte: NA	ID des Geschlechts (Definition siehe Beschreibung des jeweiligen Indikators): 0 =Gesamt, 1 =Weiblich, 2 =Männlich. Enthält NA, wenn der Indikator nicht auf Geschlecht bezogen ist.
Geschlecht_Name	string	Werte: Weiblich, Männlich, Gesamt Fehlende Werte: NA	Textliche Bezeichnung des Geschlechts. Enthält NA, wenn der Indikator nicht auf Geschlecht bezogen ist.
Alter_ID	string	Werte: 11-13, 14-17, 15-24, 15-29, 15-59, 18-24, 18-29, ... Fehlende Werte: NA	Altersgruppen in Jahren in der Form "von-bis", z.B. 30-39 = 30- bis 39-Jahre, oder in der Form "von+", z.B. 75+ = ≥=75 Jahre. Der Wert 00+ beinhaltet alle Altersgruppen. Enthält NA, wenn der Indikator nicht altersbezogen ist.
Alter_Name	string	Werte: 11-13 Jahre, 14-17 Jahre, 15-24 Jahre, 15-29 Jahre, 15-59 Jahre, 18-24 Jahre, 18-29 Jahre, ... Fehlende Werte: NA	Textliche Bezeichnung der Altersgruppe. Enthält NA, wenn der Indikator nicht altersbezogen ist.

Region_ID	string	Werte: 00 , 01 , 02 , 03 , 04 , 05 , 06 , ...	Land, Bundesland bzw. Region: 00 = Deutschland, 01 - 16 Bundesländer, 21 - 25 Zusammenfassung der Bundesländer in fünf Regionen (siehe Tabelle oben), AT - UA europäische Länder nach ISO 3166-1-ALPHA-2
Region_Name	string	Werte: Baden-Württemberg , Bayern , Belgien , Berlin , Bosnien und Herzegowina , Brandenburg , Bremen , ...	Textliche Bezeichnung der Region
Bildung_Casmin_ID	integer	Werte: 0 - 3 Fehlende Werte: NA	Bildungsstatus anhand des CASMIN-Indexes (Brauns et al. 2003). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung des Bildungsstatus in 1 =niedrig, 2 =mittel und 3 =hoch. Die Ausprägung 0 = Gesamt beinhaltet alle Bildungsgruppen. Enthält NA , wenn der Indikator nicht nach Bildung stratifiziert wurde.
Bildung_Casmin_Name	string	Werte: Gesamt , hoch , mittel , niedrig Fehlende Werte: NA	Textliche Bezeichnung der Bildung. Enthält NA , wenn der Indikator nicht nach Bildung stratifiziert wurde.
GISD_ID	integer	Werte: 0 - 3 Fehlende Werte: NA	Regionale sozioökonomische Deprivation auf Grundlage des German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) (Michalski et al. 2022). Der GISD fasst Merkmale der Erwerbs-, Bildungs- und Einkommenssituation für jeden Kreis und jede kreisfreie Stadt in einer Kennzahl zusammen. Die Kreise werden entlang ihrer GISD-Werte in Quintile von niedriger bis hoher sozioökonomischer Deprivation eingeteilt, die über den Wohnort verknüpft werden: Einteilung der Deprivation in 1 =hoch (5. Quintil), 2 =mittel (2. - 4. Quintil) und 3 =niedrig (1. Quintil). Die Ausprägung 0 =Gesamt beinhaltet alle Quintile. Unterschiede in den Werten nach sozioökonomischer Deprivation beziehen sich auf die räumliche Ebene. Enthält NA , wenn der Indikator nicht nach GISD stratifiziert wurde.
GISD_Name	string	Werte: Gesamt , hoch (5. Quintil) , mittel (2.-4. Quintil) , niedrig (1. Quintil) Fehlende Werte: NA	Textliche Bezeichnung der regionalen sozioökonomischen Deprivation. Enthält NA , wenn der Indikator nicht nach GISD stratifiziert wurde.
Berufliche_Qualifikation_ID	integer	Werte: 0 - 3 Fehlende Werte: NA	Berufliches Qualifikationsniveau. Unterscheidung in 1 =ohne abgeschlossene Berufsausbildung, 2 =betrieblich/schulische Ausbildung und 3 =akademische Ausbildung. Die Ausprägung 0 =Gesamt beinhaltet alle beruflichen Qualifikationsniveaus. Enthält NA , wenn der Indikator nicht nach beruflicher Qualifikation stratifiziert wurde.
Berufliche_Qualifikation_Name	string	Werte: Gesamt , akademische Ausbildung , betrieblich/schulische Ausbildung , ohne abgeschlossene Berufsausbildung Fehlende Werte: NA	Textliche Bezeichnung der beruflichen Qualifikation. Enthält NA , wenn der Indikator nicht nach beruflicher Qualifikation stratifiziert wurde.
Standardisierung_ID	integer	Werte: 0 , 3	Art der Standardisierung für die Berechnung des Wertes: 0 = beobachtet 3 = altersstandardisiert

Standardisierung_Name	string	Werte: altersstandardisiert, beobachtet	Textliche Bezeichnung der Standardisierung
Wert	number	Fehlende Werte: NA	Wert der Kennzahl. Enthält NA, wenn wegen zu hoher Unsicherheit (Unsicherheit = 2) der errechnete Wert nicht veröffentlicht wird.
Unteres_Konfidenzintervall	number	Fehlende Werte: NA	Untere Grenze des 95%-Konfidenzintervalls. Enthält NA, wenn wegen zu hoher Unsicherheit (Unsicherheit = 2) der errechnete Wert nicht veröffentlicht wird oder für den Wert kein Konfidenzintervall berechnet wurde.
Oberes_Konfidenzintervall	number	Fehlende Werte: NA	Obere Grenze des 95%-Konfidenzintervalls. Enthält NA, wenn wegen zu hoher Unsicherheit (Unsicherheit = 2) der errechnete Wert nicht veröffentlicht wird oder für den Wert kein Konfidenzintervall berechnet wurde.
Fälle	integer	Werte: ≥0 Fehlende Werte: NA	Anzahl der Fälle (Zähler), auf der die Berechnung des Wertes beruht, für Indikatoren aus Sekundärdatenquellen. Enthält NA, wenn die Datenquelle des Indikators Befragungsstudien sind oder eine Angabe der Fallzahl nicht möglich oder sinnvoll ist.
Stichprobe	integer	Werte: ≥0 Fehlende Werte: NA	Umfang der Stichprobe (ungewichtet) (Nenner), auf der die Berechnung des Wertes beruht, für Indikatoren aus Befragungsstudien. Enthält NA, wenn der Indikator nicht auf Befragungsstudien basiert.
Unsicherheit	integer	Werte: 0, 1, 2 Fehlende Werte: NA	Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmäler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient ≤ 33,5 %). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als ⅓ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient ≤ 16,6 %). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden. Kodierung der Werte ist wie folgt: 0 = `` (verlässlich), 1 = unsicher, 2 = zu unsicher (Wert wird nicht veröffentlicht)
Datenstand	date	Format: YYYY-MM-DD	Datum im ISO-Format, an dem der Indikator zuletzt aktualisiert wurde

Regionalcodes

Die Auswertung nach Region basiert auf den 16 deutschen Bundesländern.

Bei einigen Indikatoren werden die Bundesländer in 5 Regionen zusammengefasst, weil eine detailliertere Auswertung aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht möglich ist.

Region	Region_ID	Zugeordnete Regionen
Nordost	21	Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern

Nordwest	22	Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Bremen
Mitte-Ost	23	Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen
Mitte-West	24	Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland
Süden	25	Baden-Württemberg, Bayern

Formatierung

Die Daten sind im Datensatz als tabseparierte Datei (TSV) enthalten. Der verwendete Zeichensatz der TSV-Datei ist UTF-8. Trennzeichen der einzelnen Werte ist ein Tab "\t".

- Zeichensatz: UTF-8
- TSV-Trennzeichen: Tab "\t"

Metadaten

Zur Erhöhung der Auffindbarkeit sind die bereitgestellten Daten mit Metadaten beschrieben. Über GitHub Actions werden Metadaten an die entsprechenden Plattformen verteilt. Für jede Plattform existiert eine spezifische Metadatendatei, diese sind im Metadatenordner hinterlegt:

[Metadaten/](#)

Versionierung und DOI-Vergabe erfolgt über [Zenodo.org](https://zenodo.org). Die für den Import in Zenodo bereitgestellten Metadaten sind in der [zenodo.json](#) hinterlegt. Die Dokumentation der einzelnen Metadatenvariablen ist unter <https://developers.zenodo.org/representation> nachlesbar.

[Metadaten/zenodo.json](#)

In der zenodo.json ist neben der Publikationsdatum ("publication_date") auch der Datenstand enthalten:

```
"dates": [
  {
    "start": "2023-09-11T15:00:21+02:00",
    "end": "2023-09-11T15:00:21+02:00",
    "type": "Collected",
    "description": "Date when the Dataset was created"
  }
],
```

Hinweise zur Nachnutzung der Daten

Offene Forschungsdaten des RKI werden auf [Zenodo.org](https://zenodo.org), [GitHub.com](https://github.com), [OpenCoDE](https://gitlab.opencode.de) und [Edoc.rki.de](https://edoc.rki.de) bereitgestellt:

- <https://zenodo.org/communities/robertkochinstitut>
- <https://github.com/robert-koch-institut>
- <https://gitlab.opencode.de/robert-koch-institut>
- <https://edoc.rki.de/>

Lizenz

Der Datensatz "Gesundheitsberichterstattung - Daten zu nichtübertragbaren Erkrankungen (NCD)" ist lizenziert unter der [Creative Commons Namensnennung 4.0 International Public License | CC-BY](#) .

Die im Datensatz bereitgestellten Daten sind, unter Bedingung der Namensnennung des Robert Koch-Instituts als Quelle, frei verfügbar. Das bedeutet, jede Person hat das Recht die Daten zu verarbeiten und zu verändern, Derivate des Datensatzes zu erstellen und sie für kommerzielle und nicht kommerzielle Zwecke zu nutzen. Weitere Informationen zur Lizenz finden sich in der [LICENSE](#) bzw. [LIZENZ](#) Datei des Datensatzes.

Appendix

Indikator 'Soziale Unterstützung (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 1010301

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Soziale Unterstützung umfasst emotionale, instrumentelle und informationelle Ressourcen, die einer Person über zwischenmenschliche Beziehungen und Netzwerke zur Verfügung stehen ([Wills und Shinar 2000](#)). Auf emotionaler Ebenen entfaltet sich Unterstützung durch Zuneigung, Fürsorge und Verständnis durch andere. Instrumentelle Unterstützung umfasst Hilfe bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben oder finanzielle Unterstützung. Informationelle Unterstützung meint die Bereitstellung von Wissen und Informationen.

Als wichtige psychosoziale Ressource wirkt soziale Unterstützung direkt oder als Puffer auf die Gesundheit. Personen, die über eine geringe soziale Unterstützung verfügen, leiden häufiger unter chronischem Stress, Depressionen und körperlichen Beschwerden und weisen eine erhöhte Mortalität auf. Sie sind zudem häufiger körperlich inaktiv und zeigen einen höheren Tabak- und Alkoholkonsum ([Borgmann et al. 2017](#)).

Definition

Der Indikator *Soziale Unterstützung* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen mit einer starken sozialen Unterstützung.

Operationalisierung

Die Erfassung des Grades der sozialen Unterstützung wird mittels der etablierten Oslo-3-Item Social Support Scale erfasst ([Dalgard et al. 2006](#)), die auf den folgenden drei Fragen basiert:

GEDA 2009, GEDA 2010, GEDA 2012, GEDA 2014/2015-EHIS, GEDA 2019/2020-EHIS, GEDA 2022, GEDA 2023

- i. „Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?“
 - Antwortmöglichkeiten: „Keine“ (1), „1 bis 2“ (2), „3 bis 5“ (3), „6 oder mehr“ (4)
- ii. „Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?“
 - Antwortmöglichkeiten: „Sehr viel Anteilnahme und Interesse“ (5), „Viel Anteilnahme und Interesse“ (4), „Weder viel noch wenig“ (3), „Wenig Anteilnahme und Interesse“ (2), „Keine Anteilnahme und Interesse“ (1)
- iii. „Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?“
 - Antwortmöglichkeiten: „Sehr einfach“ (5), „Einfach“ (4), „Möglich“ (3), „Schwierig“ (2), „Sehr

schwierig“ (1)

- Anhand der Antworten wird ein Summenscore gebildet (Range: 3 – 14): „Geringe soziale Unterstützung“ wird bei Punktwerten 3 – 8, „mittlere soziale Unterstützung“ bei Punktwerten 9 – 11 und „starke soziale Unterstützung“ bei Punktwerten 12 – 14 angenommen.

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgenden bundesweiten Befragungssurveys des Robert Koch-Instituts:

- GEDA 2009:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 21.262
 - gültige Werte für den Indikator: n = 20.418
- GEDA 2010:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 22.050
 - gültige Werte für den Indikator: n = 21.420
- GEDA 2012:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 19.294
 - gültige Werte für den Indikator: n = 18.651
- GEDA 2014/2015-EHIS:
 - webbasierte und schriftliche Befragungen auf der Basis einer Einwohnermeldeamtsstichprobe, N = 24.016
 - gültige Werte für den Indikator: n = 23.617
- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator: n = 21.863
- GEDA 2022:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, Erhebung unterteilt in Welle 1 bis 10 mit einem Basismodul und bis zu vier Fragebogenmodulen, N = 33.149
 - gültige Werte für den Indikator aus Welle 1 bis 10, Basismodul: n = 31.918
- GEDA 2023:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, Erhebung unterteilt in Welle 11 bis 20 mit einem Basismodul und bis zu vier Fragebogenmodulen; N = 30.002
 - gültige Werte für den Indikator aus Welle 11 bis 13, Basismodul und Welle 14 bis 21, Modul 2 und 3: n = 28.959

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren in Privathaushalten. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews. Zeitvergleiche der Ergebnisse zwischen der GEDA-Welle 2014/2015-EHIS und den übrigen Wellen sollten aufgrund von Unterschieden in der Stichprobenziehung sowie Unterschieden im Erhebungsmodus vorsichtig interpretiert werden.

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung ausgewiesen. In den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt ([Brauns et al. 2003](#)). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmaler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.
- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. In GEDA 2019/2020-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreistyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2007 (GEDA 2009), 31.12.2008 (GEDA 2010), 31.12.2011 (GEDA 2012), 31.12.2014 (GEDA 2014/2015-EHIS), 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) und 31.12.2020 (GEDA 2022, GEDA 2023) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2007 (GEDA 2009), 2008 (GEDA 2010), 2011 (GEDA 2012), 2013 (GEDA 2014/2015-EHIS), 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) und 2018 (GEDA 2022, GEDA 2023) entnommen.
- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.

- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.
 - **Regionale Unterschiede:** Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt wurden mittels Chi-Quadrat-Test unter Adjustierung für multiples Testen ermittelt. Dabei wurden die einzelnen Bundesländer im Vergleich zu den jeweils verbleibenden Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [EHIS: European Health Interview Survey](#)

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Bewegungsverhalten (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 1020101

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Regelmäßige Bewegung, auch körperliche Aktivität genannt, spielt eine wichtige Rolle bei der Prävention und Behandlung nichtübertragbarer Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ-2-Diabetes, Brust- und Darmkrebs. Zudem wirkt sich regelmäßige Bewegung positiv auf die psychische Gesundheit aus und kann dazu beitragen, die Entstehung von [Übergewicht](#) zu verhindern. Die aktuellen Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie die nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung beinhalten für Erwachsene zwei Aspekte ([WHO 2020](#)): Zum einem wird empfohlen, mindestens 150 Minuten in der Woche mit einer mittleren bis hohen Intensität körperlich aktiv zu sein (Ausdaueraspekt). Zum anderen wird empfohlen, an mindestens zwei Tagen der Woche Übungen zur Kräftigung der Muskulatur durchzuführen (Muskelkräftigungsaspekt). Die empfohlene Bewegung kann in unterschiedlichen Lebensbereichen ausgeübt werden, beispielsweise in Form von gezieltem Sporttreiben in der Freizeit oder durch Zurücklegen von alltäglichen Wegstrecken mit dem Fahrrad.

Definition

Der Indikator *Bewegungsverhalten* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen, die mindestens 150 Minuten pro Woche körperlich aktiv sind und an mindestens zwei Tagen der Woche Übungen zur Muskelkräftigung ausüben.

Operationalisierung

Die Erfassung des Bewegungsverhaltens basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2019/2020-EHIS:

Erfassung der körperlichen Aktivität in der Freizeit:

- „An wie vielen Tagen in einer typischen Woche üben Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung Sport, Fitness oder körperliche Aktivität in der Freizeit aus?“
 - Anzahl der Tage pro Woche
 - Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche
- „Wie viel Zeit verbringen Sie insgesamt in einer typischen Woche mit Sport, Fitness oder körperlicher Aktivität in der Freizeit?“
 - Angabe in Minuten bzw. Stunden

Erfassung des Fahrradfahrens zur Fortbewegung:

- „An wie vielen Tagen in einer typischen Woche fahren Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung mit dem Fahrrad, um von Ort zu Ort zu gelangen?“
 - Anzahl der Tage pro Woche/Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche
- „Wie lange fahren Sie an einem typischen Tag mit dem Fahrrad, um von Ort zu Ort zu gelangen?“
 - „10 – 29 Minuten pro Tag“
 - „30 – 59 Minuten pro Tag“
 - „1 Stunde bis unter 2 Stunden pro Tag“
 - „2 Stunden bis unter 3 Stunden pro Tag“
 - „3 Stunden pro Tag und mehr“

Erfassung der Muskelkräftigung:

- „An wie vielen Tagen in einer typischen Woche üben Sie körperliche Aktivitäten aus, die speziell für den Aufbau oder die Kräftigung der Muskulatur gedacht sind? Zum Beispiel: Krafttraining oder Kräftigungsübungen mit Gewichten, Thera-Band, eigenem Körpergewicht, Kniebeugen, Liegestützen oder Sit-ups. Geben Sie hier alle Aktivitäten dieser Art an, selbst wenn Sie sie vorher bereits mit einbezogen haben.“
 - Anzahl der Tage pro Woche
 - Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche

Über die Angabe der Tage pro Woche sowie die Zeit pro Tag wird die Dauer pro Woche berechnet, in der körperliche Aktivität in der Freizeit sowie Radfahren zur Fortbewegung ausgeübt wird. Zudem wird die Häufigkeit von Übungen zur Muskelkräftigung erfragt.

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgendem bundesweiten Befragungssurvey des Robert Koch-Instituts:

- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator zum Bewegungsverhalten (Ausdaueraktivität und Muskelkräftigung): n = 22.389, zur Ausdaueraktivität: n = 22.443, zur Muskelkräftigung: n = 22.632

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews.

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung ausgewiesen. In den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt ([Brauns et al. 2003](#)). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmaler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.
- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. In GEDA 2019/2020-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreistyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2017 entnommen.
- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.
 - **Regionale Unterschiede:** Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt wurden mittels Chi-Quadrat-Test unter Adjustierung für multiples Testen ermittelt. Dabei wurden die einzelnen Bundesländer im Vergleich zu den jeweils verbleibenden

Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [EHIS: European Health Interview Survey](#)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Sitzen (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 1020102

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Der Indikator Sitzen bezieht sich auf sogenanntes sedentäres Verhalten, das Tätigkeiten beinhaltet, die mit einem geringen Energieverbrauch einhergehen. Es sind demnach alle Tätigkeiten gemeint, die meist sitzend oder liegend ausgeführt werden, wobei das Schlafen nicht inbegriffen ist. Negative Gesundheitsfolgen von vermehrtem sedentärem Verhalten können Gebrechlichkeit, körperliche Einschränkungen, eine verminderte kognitive Leistungsfähigkeit sowie Depression sein ([Saunders et al. 2020](#)). Derzeit existieren keine konkreten Empfehlungen zur Dauer des sedentären Verhaltens, die täglich nicht überschritten werden sollte, da diesbezüglich die Studienlage nicht ausreichend ist. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt jedoch grundsätzlich, die Dauer des sedentären Verhaltens zu begrenzen und diese durch Bewegung zu ersetzen ([WHO 2020](#)). Zur besseren Lesbarkeit wird im nachfolgenden Text das Wort „Sitzen“ verwendet, wobei auch liegend ausgeführte Tätigkeiten gemeint sind.

Definition

Der Indikator *Sitzen* ist definiert als Anteil der Erwachsenen, die mindestens acht Stunden am Tag im Wachzustand sitzen oder liegen (sedentäres Verhalten).

Operationalisierung

Die Erfassung des Sitzens basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2019/2020-EHIS:

- „Bei dieser Frage geht es um die Zeit, die Sie gewöhnlicherweise mit Sitzen oder Ruhen verbringen, bei der Arbeit, zu Hause, zur Fortbewegung oder mit Freunden. Zum Beispiel: am Schreibtisch sitzen, mit Freunden zusammensitzen, Auto, Bus, Zug fahren, lesen oder fernsehen. Die Zeit, die Sie mit schlafen verbringen, sollte ausgeschlossen werden. Wie viel Zeit verbringen Sie an einem gewöhnlichen Tag mit Sitzen oder Ruhen?“
- Antwortmöglichkeiten: „Weniger als 4 Stunden pro Tag“, „4 Stunden bis unter 6 Stunden pro Tag“, „6 Stunden bis unter 8 Stunden pro Tag“, „8 Stunden bis unter 10 Stunden pro Tag“, „10 Stunden bis unter 12 Stunden pro Tag“, „12 Stunden pro Tag und mehr“.
- Wurde eine der drei letzten Antwortkategorien bejaht, wird das Sitzen von mindestens acht Stunden am Tag angenommen.

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgendem bundesweiten Befragungssurvey des Robert Koch-Instituts:

- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.560

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [EHIS: European Health Interview Survey](#)

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung ausgewiesen. In den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt ([Brauns et al. 2003](#)). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmaler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.
- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. In

GEDA 2019/2020-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreistyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2017 entnommen.

- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.
 - **Regionale Unterschiede:** Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt wurden mittels Chi-Quadrat-Test unter Adjustierung für multiples Testen ermittelt. Dabei wurden die einzelnen Bundesländer im Vergleich zu den jeweils verbleibenden Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Aktive Mobilität (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 1020103

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Regelmäßige Bewegung spielt eine wichtige Rolle bei der Prävention und Behandlung einer Vielzahl nichtübertragbarer Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ-2-Diabetes und Depression. Derzeit bewegt sich jedoch die deutliche Mehrheit der Erwachsenen in Deutschland zu wenig, um den optimalen Nutzen für die Gesundheit zu erreichen (siehe Indikator Bewegungsverhalten). Das körperlich aktive Zurücklegen von Wegstrecken, auch aktive Mobilität genannt, ist eine gute Möglichkeit, mehr Bewegung in den Alltag zu integrieren. Hierbei werden beispielsweise die Wegstrecken zum Einkaufen, zur Arbeitsstelle oder zu Freizeitaktivitäten körperlich aktiv zurückgelegt. Die häufigsten Formen der aktiven Mobilität sind das zu Fuß gehen und das Fahrradfahren. Durch aktive Mobilität kann auch zum Klimaschutz beigetragen werden, wenn der motorisierte Individualverkehr, unter anderem Auto fahren, durch aktive Mobilität ersetzt wird.

Definition

Der Indikator *Aktive Mobilität* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen, die mindestens eine Stunde in der Woche Wegstrecken zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurücklegen.

Operationalisierung

Die Erfassung der aktiven Mobilität basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2019/2020-EHIS:

- „An wie vielen Tagen in einer typischen Woche gehen Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung zu Fuß, um von Ort zu Ort zu gelangen?“
 - Anzahl der Tage pro Woche/Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche
- „Wie lange gehen Sie an einem typischen Tag zu Fuß, um von Ort zu Ort zu gelangen?“
 - „10 – 29 Minuten pro Tag“
 - „30 – 59 Minuten pro Tag“
 - „1 Stunde bis unter 2 Stunden pro Tag“
 - „2 Stunden bis unter 3 Stunden pro Tag“
 - „3 Stunden pro Tag und mehr“
- „An wie vielen Tagen in einer typischen Woche fahren Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung mit dem Fahrrad, um von Ort zu Ort zu gelangen?“
 - Anzahl der Tage pro Woche/Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche
- „Wie lange fahren Sie an einem typischen Tag mit dem Fahrrad, um von Ort zu Ort zu gelangen?“
 - „10 – 29 Minuten pro Tag“
 - „30 – 59 Minuten pro Tag“
 - „1 Stunde bis unter 2 Stunden pro Tag“
 - „2 Stunden bis unter 3 Stunden pro Tag“
 - „3 Stunden pro Tag und mehr“

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgendem bundesweiten Befragungssurvey des Robert Koch-Instituts:

- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator zu Fuß von Ort zu Ort: n = 22.455, Fahrradfahren von Ort zu Ort: n = 22.609

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews.

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung ausgewiesen. In den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der

Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt ([Brauns et al. 2003](#)). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.

- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmaler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.
- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. In GEDA 2019/2020-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreistyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2017 entnommen.
- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.
 - **Regionale Unterschiede:** Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt wurden mittels Chi-Quadrat-Test unter Adjustierung für multiples Testen ermittelt. Dabei wurden die einzelnen Bundesländer im Vergleich zu den jeweils verbleibenden Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [EHIS: European Health Interview Survey](#)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Adipositas und Übergewicht (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 1020201

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Übergewicht stellt ein über das Normalmaß hinausgehendes Körpergewicht bei einer gegebenen Körpergröße dar. Starkes Übergewicht wird als Adipositas bezeichnet und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als eigenständige Krankheit eingestuft ([WHO 2000](#)). Eine Adipositas ist ein zentraler Risikofaktor für die Entstehung von nichtübertragbaren chronischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Muskel- und Gelenkerkrankungen sowie verschiedenen Krebserkrankungen, und geht mit einem höheren Risiko, frühzeitig zu versterben einher.

Adipositas und die Folgeerkrankungen sind ein bedeutendes Public-Health-Problem und stellen eine große wirtschaftliche Herausforderung dar. Laut Berechnungen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) wird Deutschland zwischen 2020 und 2050 rund 11 % der Gesundheitsausgaben für die Behandlung von Erkrankungen, die im Zusammenhang mit Adipositas stehen, ausgeben ([OECD 2019](#)).

Definition

Der Indikator *Übergewicht* (einschließlich Adipositas) ist definiert als der Anteil der Erwachsenen mit einem Body Mass Index (BMI) von $\geq 25,0 \text{ kg/m}^2$, eine *Adipositas* liegt bei einem BMI von $\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$ vor.

Operationalisierung

Die Erfassung von Körpergröße und Körpergewicht basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2019/2020-EHIS:

- „Wie groß sind Sie, wenn Sie keine Schuhe tragen? Bitte geben Sie Ihre Körpergröße in cm an.“
- „Wie viel wiegen Sie, wenn Sie keine Kleidung und Schuhe tragen? Bitte geben Sie Ihr Körpergewicht in kg an. Interviewerhinweis: Schwangere Frauen geben bitte ihr Gewicht vor der Schwangerschaft an.“
- Der BMI wird aus dem Verhältnis des Körpergewichts einer Person zum Quadrat der Körpergröße (kg/m^2) berechnet.

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgendem bundesweiten Befragungssurvey des Robert Koch-Instituts:

- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.414

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [EHIS: European Health Interview Survey](#)

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung ausgewiesen. In den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt ([Brauns et al. 2003](#)). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmaler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.
- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. In GEDA 2019/2020-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreistyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2017 entnommen.
- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle

wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.

- **Regionale Unterschiede:** Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt wurden mittels Chi-Quadrat-Test unter Adjustierung für multiples Testen ermittelt. Dabei wurden die einzelnen Bundesländer im Vergleich zu den jeweils verbleibenden Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Fleischkonsum (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 1020301

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Ein hoher Konsum von rotem Fleisch wie Rind-, Schweine- und Lammfleisch erhöht das Risiko für Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, Darmkrebs und Typ-2-Diabetes ([Battaglia Richi et al. 2016](#)). Für Geflügelfleisch wurde ein derartiger Zusammenhang nicht nachgewiesen. Auch führt die aktuelle Fleischerzeugung, insbesondere von Rindfleisch, zu hohen Emissionen von sogenannten Treibhausgasen, beeinträchtigt die biologische Vielfalt, erzeugt schädliche Nebenprodukte wie Stickstoff und Phosphor und erfordert einen hohen Verbrauch an Fläche und Wasser ([Willett et al. 2019](#)). Ein verringerter Fleischkonsum und eine stärker pflanzenbasierte Ernährung haben somit Vorteile sowohl für die Gesundheit als auch für die Umwelt und das Klima. Aktuell empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung für Erwachsene einen maximalen Verzehr von 300 Gramm Fleisch pro Woche, inklusive daraus hergestellter Wurstwaren.

Definition

Der Indikator *Fleischkonsum* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen, die mindestens dreimal pro Woche Rind-, Schweine- oder Lammfleisch verzehren.

Operationalisierung

Die Erfassung des Konsums von rotem Fleisch basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2022:

- „Wie oft essen Sie Rind-, Schweine- oder Lammfleisch. Nicht gemeint sind Geflügelfleisch oder Wurstwaren.“
- Antwortmöglichkeiten: „Nie oder sehr selten“, „1 – 2-mal pro Woche“, „3 – 4-mal pro Woche“, „5 – 6-mal pro Woche“, „Täglich“, „Mehr als täglich“
- Ein Konsum von rotem Fleisch mindestens dreimal pro Woche wird angenommen, wenn die Frage mit „3 – 4-mal pro Woche“, „5 – 6-mal pro Woche“, „Täglich“ oder „Mehr als täglich“ beantwortet wurde.

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgendem bundesweiten Befragungssurvey des Robert Koch-Instituts:

- GEDA 2022:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, Erhebung unterteilt in Welle 1 bis 10 mit einem Basismodul und bis zu vier Fragebogenmodulen; N = 33.149 (relevante Teilstichprobe Welle 4 bis 10, Modul 2 und Welle 4 bis 7, Modul 4: n = 8.974)
 - gültige Werte für den Indikator aus Modul 2 und 4, Welle 1 bis 10: n = 8.963

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung ausgewiesen. In den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt ([Brauns et al. 2003](#)). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird, d. h. Konfidenzintervall schmaler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$. Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.
- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2020 (GEDA 2022) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2018 entnommen.
- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der

Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.

- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Obst- und Gemüsekonsum (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 1020302

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Obst und Gemüse sind wichtige Bestandteile einer nachhaltigen und gesunden Ernährung. Sie sind wichtige Quellen für Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente, Ballaststoffe und sekundäre Pflanzenstoffe. Bei verhältnismäßig geringem Energiegehalt haben sie eine gute sättigende Wirkung und können so helfen, [Übergewicht](#) zu vermeiden. Ein hoher Obst- und Gemüsekonsum hat eine positive Wirkung auf die Gesundheit und kann das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, verschiedene Krebsarten sowie eine frühzeitige Sterblichkeit verringern ([Aune et al. 2017](#)). Obst und Gemüse sollten täglich in ausreichenden Mengen gegessen werden. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt insgesamt mindestens fünf Portionen am Tag. Dies entspricht bei Erwachsenen etwa 550 g Obst und Gemüse.

Definition

Der Indikator *Obst- und Gemüsekonsum* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen, die mindestens täglich sowohl Obst als auch Gemüse verzehren.

Operationalisierung

Die Erfassung des täglichen Obst- und Gemüsekonsums basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2019/2020-EHIS:

- „Wie oft essen Sie Obst? Mit einzubeziehen ist ebenfalls getrocknetes, Tiefkühl- und Dosenobst. Nicht gemeint sind hier Obstsaften.“
- „Wie oft essen Sie Gemüse oder Salat? Mit einzubeziehen ist getrocknetes, Tiefkühl- und Dosengemüse. Zählen Sie Kartoffeln und Gemüsesäfte bitte nicht mit.“
- Antwortmöglichkeiten jeweils: „Täglich oder mehrmals täglich“, „4 bis 6 Mal pro Woche“, „1 bis 3 Mal pro Woche“, „Weniger als einmal pro Woche“, „nie“
- Ein täglicher Obst- und Gemüsekonsum wird angenommen, wenn beide Fragen mit „täglich oder mehrmals täglich“ beantwortet wurden.

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgendem bundesweiten Befragungssurvey des Robert Koch-Instituts:

- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.677

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [EHIS: European Health Interview Survey](#)

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung ausgewiesen. In den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt ([Brauns et al. 2003](#)). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmaler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.
- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. In

GEDA 2019/2020-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreistyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2017 entnommen.

- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.
 - **Regionale Unterschiede:** Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt wurden mittels Chi-Quadrat-Test unter Adjustierung für multiples Testen ermittelt. Dabei wurden die einzelnen Bundesländer im Vergleich zu den jeweils verbleibenden Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Zuckerhaltige Erfrischungsgetränke (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 1020303

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Zuckerhaltige Erfrischungsgetränke haben eine geringe Sättigungswirkung, obwohl sie gleichzeitig zu einer hohen Zuckeraufnahme führen. Wird der Flüssigkeitsbedarf häufig über solche Getränke gedeckt, kann dies langfristig [Übergewicht und Adipositas](#) sowie Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes begünstigen ([Hu 2013](#)). Der Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke wirkt sich zudem auf die Mundgesundheit aus: Der enthaltene Zucker wird in der Mundhöhle durch Bakterien gespalten, wodurch Säuren entstehen, die den Zahnschmelz angreifen und Karies verursachen. Dieser Effekt wird zusätzlich durch die in zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken häufig enthaltenen Säuren begünstigt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt allen Altersgruppen, nicht mehr als 10 % der Energiezufuhr am Tag über freie Zucker aufzunehmen. Freier Zucker sind alle Mono- und Disaccharide, die Lebensmitteln zugesetzt werden, sowie Zucker, der von Natur aus in Honig, Sirup und Fruchtsäften enthalten ist ([WHO 2015](#)).

Definition

Der Indikator *Zuckerhaltige Erfrischungsgetränke* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen, die solche Getränke mindestens täglich konsumieren.

Operationalisierung

Die Erfassung des täglichen Konsums zuckerhaltiger Getränke basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2019/2020-EHIS:

- „Wie oft trinken Sie zuckerhaltige Getränke wie gesüßte Fruchtsaftgetränke, Limonade, Cola oder andere zuckerhaltige Erfrischungsgetränke? Bitte zählen Sie Light- und Diätgetränke oder Getränke mit Süßstoff nicht mit.“
- Antwortmöglichkeiten: „Täglich oder mehrmals täglich“, „4 bis 6 Mal pro Woche“, „1 bis 3 Mal pro Woche“, „Weniger als einmal pro Woche“, „Nie“
- Ein täglicher Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke wird angenommen, wenn die Frage mit „täglich oder mehrmals täglich“ beantwortet wurde.

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgendem bundesweiten Befragungssurvey des Robert Koch-Instituts:

- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.693

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [EHIS: European Health Interview Survey](#)

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung ausgewiesen. In den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt ([Brauns et al. 2003](#)). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der

Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmaler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.

- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. In GEDA 2019/2020-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreistyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2017 entnommen.
- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.
 - **Regionale Unterschiede:** Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt wurden mittels Chi-Quadrat-Test unter Adjustierung für multiples Testen ermittelt. Dabei wurden die einzelnen Bundesländer im Vergleich zu den jeweils verbleibenden Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Alkohol: Riskanter Konsum (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 1020401

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Alkohol ist eine psychoaktive Substanz, die Abhängigkeit erzeugen kann. Alkoholkonsum zählt weltweit zu den wesentlichen Risikofaktoren für Krankheiten, gesundheitliche Beeinträchtigungen und Todesfälle. Schädlicher Alkoholkonsum steht unter anderem im Zusammenhang mit Lebererkrankungen, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Unfällen und Gewalt ([WHO 2018](#)). Dabei steigen die Risiken mit zunehmenden Konsummengen. Als riskanter Konsum gilt die mittlere Zufuhr pro Tag von mehr als 10 g Reinalkohol bei Frauen und mehr als 20 g bei Männern, dieser Grenzwert wurde für die folgenden Auswertungen herangezogen. Nach aktuellem Kenntnisstand gibt es jedoch kein gesundheitlich unbedenkliches Niveau

des Alkoholkonsums, weshalb aktualisierte Empfehlungen lauten, generell keinen Alkohol zu trinken ([WHO 2023](#)). Zur Reduktion gesundheitsschädlichen Alkoholkonsums in der Bevölkerung hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Strategien auf globaler und europäischer Ebene entwickelt. Das Nationale Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“ orientiert sich teilweise daran.

Definition

Der Indikator *Alkohol: Riskanter Konsum* ist definiert als Anteil der Frauen und Männer mit einem Konsum von mehr als 10 g beziehungsweise 20 g reinen Alkohol pro Tag.

Operationalisierung

Die Erfassung des riskanten Alkoholkonsums basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2019/2020-EHIS:

- „Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Alkoholkonsum. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken, wie Bier, Wein, Sekt, Spirituosen, Schnaps, Cocktails, alkoholische Mischgetränke, Liköre, hausgemachten oder selbstgebrannten Alkohol?“
- Antwortmöglichkeiten: „Täglich oder fast täglich“, „An 5 – 6 Tagen pro Woche“, „An 3 – 4 Tagen pro Woche“, „An 1 – 2 Tagen pro Woche“, „An 2 – 3 Tagen pro Monat“, „Einmal pro Monat“, „Weniger als einmal pro Monat“, „Nicht in den letzten 12 Monaten, da ich keinen Alkohol mehr trinke“, „Nie oder lediglich einige wenige Schlucke in meinem Leben“
- Bei mindestens wöchentlichem Konsum wurde die Trinkmenge auf der Basis von Standardgetränken, differenziert nach Wochentagen (Montag bis Donnerstag) und Wochenende (Freitag bis Sonntag), erfragt
- Darauf basierend wurde der mittlere Konsum in g Reinalkohol pro Tag geschätzt. Ein Konsum von > 10 g reinem Alkohol pro Tag bei Frauen und > 20 g pro Tag bei Männern wird als riskant definiert

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgendem bundesweiten Befragungssurvey des Robert Koch-Instituts:

- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.392

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)

- [EHIS: European Health Interview Survey](#)

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung ausgewiesen. In den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt ([Brauns et al. 2003](#)). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmaler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.
- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. In GEDA 2019/2020-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreistyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2017 entnommen.
- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.
 - **Regionale Unterschiede:** Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt wurden mittels Chi-Quadrat-Test unter Adjustierung für multiples Testen ermittelt. Dabei wurden die einzelnen Bundesländer im Vergleich zu den jeweils verbleibenden Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Rauschtrinken (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 1020402

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Als Rauschtrinken (englisch: Binge-Drinking) wird ein mindestens einmal im Monat stattfindender Konsum von 60 g oder mehr Reinalkohol zu einer Trinkgelegenheit bezeichnet ([WHO 2018](#)). Diese Menge entspricht dem Konsum von sechs Standardgläsern alkoholischer Getränke, die jeweils etwa 10 g Reinalkohol pro Glas enthalten. Rauschtrinken ist ein gesundheitlich besonders riskantes Trinkmuster, das akute Schäden wie Alkoholvergiftungen, Unfälle und Verletzungen verursachen kann. Bei häufigem Rauschtrinken können Alkoholabhängigkeit und vielfältige organische Schäden die Folge sein ([DHS 2015](#)). Hinzu kommen sozioökonomische Folgen für die Betroffenen sowie die Schäden für andere Personen und die Gesellschaft insgesamt. Zur Reduktion gesundheitsschädlichen Alkoholkonsums in der Bevölkerung hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Strategien auf globaler und europäischer Ebene entwickelt. Das Nationale Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“ orientiert sich teilweise daran.

Definition

Der Indikator *Rauschtrinken* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen, die mindestens einmal pro Monat sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einem Anlass trinken.

Operationalisierung

Die Erfassung des Rauschtrinkens basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2019/2020-EHIS:

- „Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einem Anlass getrunken? Zum Beispiel während einer Party, eines Essens, beim Ausgehen mit Freunden oder alleine zu Hause.“ Dieses Verhalten wird als „Rauschtrinken“ bezeichnet.“
- Antwortmöglichkeiten: „Täglich oder fast täglich“, „An 5 – 6 Tagen pro Woche“, „An 3 – 4 Tagen pro Woche“, „An 1 – 2 Tagen pro Woche“, „An 2 – 3 Tagen pro Monat“, „Einmal im Monat“, „Weniger als einmal im Monat“, „Nicht in den letzten 12 Monaten“, „Nie in meinem Leben“, „weiß nicht“
- Wurde „Einmal im Monat“ oder häufiger angekreuzt, wird monatliches Rauschtrinken angenommen.

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgendem bundesweiten Befragungssurvey des Robert Koch-Instituts:

- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.461

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [EHIS: European Health Interview Survey](#)

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung ausgewiesen. In den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt ([Brauns et al. 2003](#)). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmaler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.
- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. In GEDA 2019/2020-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreistyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2017 entnommen.
- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**

- **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.
- **Regionale Unterschiede:** Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt wurden mittels Chi-Quadrat-Test unter Adjustierung für multiples Testen ermittelt. Dabei wurden die einzelnen Bundesländer im Vergleich zu den jeweils verbleibenden Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Rauchen (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 1020501

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Das Rauchen von Tabakprodukten ist in Deutschland das bedeutendste Einzelrisiko für die Gesundheit und führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Das im Tabak enthaltene Nikotin macht abhängig und Erkrankungen, die bei Rauchenden vermehrt auftreten, sind zum Beispiel Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen. An den Folgen des Rauchens sterben in Deutschland jedes Jahr etwa 127.000 Menschen. Für die Versorgung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen sowie möglicher Krankheitsfolgen, die auf das Rauchen zurückzuführen sind, entstehen hohe Kosten ([Effertz 2018](#)).

Um heutige und künftige Generationen vor den gesundheitlichen, gesellschaftlichen, ökologischen und wirtschaftlichen Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens zu schützen, wurde unter Leitung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) ausgehandelt. Deutschland hat den Vertrag 2004 ratifiziert. Seitdem sind verschiedene gesetzliche Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums und zum Nichtraucherchutz ergriffen worden. Begleitet wurden diese Maßnahmen durch das nationale Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ ([BMG 2015](#)).

Definition

Der Indikator *Rauchen* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen, die angeben, täglich oder gelegentlich Tabakprodukte zu rauchen.

Operationalisierung

Die Erfassung des Rauchens basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2019/2020-EHIS:

- „Rauchen Sie Tabakprodukte, einschließlich Tabakerhitzer? Bitte schließen Sie elektronische Zigaretten oder ähnliche Produkte aus.“
- Antwortmöglichkeiten: „Ja, täglich“, „Ja, gelegentlich“, „Nein, nicht mehr“, „Ich habe noch nie geraucht“
- Ausgehend von den Antwortkategorien wurden aktuell Rauchende (täglich oder gelegentlich) analysiert.

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgendem bundesweiten Befragungssurvey des Robert Koch-Instituts:

- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.699

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [EHIS: European Health Interview Survey](#)

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung ausgewiesen. In den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt ([Brauns et al. 2003](#)). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmaler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.
- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. In

GEDA 2019/2020-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreistyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2017 entnommen.

- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.
 - **Regionale Unterschiede:** Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt wurden mittels Chi-Quadrat-Test unter Adjustierung für multiples Testen ermittelt. Dabei wurden die einzelnen Bundesländer im Vergleich zu den jeweils verbleibenden Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Passivrauchbelastung (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 1020502

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

[Tabakrauchen](#) hat nicht nur negative gesundheitliche Folgen für Rauchende, sondern auch für Personen, die Passivrauch ausgesetzt sind, wenn auch in einem geringeren Ausmaß. Auch von Tabakrauch auf Oberflächen (kalter Rauch) werden Schadstoffe in die Raumluft abgegeben. Kinder sind gegenüber Passivrauch besonders gefährdet. In der Schwangerschaft gefährdet Passivrauch die gesunde Entwicklung des Embryos. Die Krankheitskosten der Passivrauchbelastung werden auf 1,3 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt ([Effertz 2018](#)). Um heutige und künftige Generationen vor den gesundheitlichen, gesellschaftlichen, ökologischen und wirtschaftlichen Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens zu schützen, wurde unter Leitung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) ausgehandelt. Deutschland hat den Vertrag 2004 ratifiziert. Seitdem sind verschiedene gesetzliche Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums und zum Nichtraucherchutz ergriffen worden. Begleitet wurden diese Maßnahmen durch das nationale Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ ([BMG 2015](#)).

Definition

Der Indikator *Passivrauchbelastung* ist definiert als der Anteil nichtrauchender Erwachsener, die regelmäßig Passivrauch ausgesetzt sind.

Operationalisierung

Die Erfassung der Passivrauchbelastung basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2019/2020-EHIS:

- „Wie oft sind Sie in geschlossenen Räumen Tabakrauch ausgesetzt?“
- Antwortmöglichkeiten: „Täglich, 1 Stunde oder mehr“, „Täglich, weniger als 1 Stunde“, „Mindestens 1 Mal pro Woche (aber nicht täglich)“, „Weniger als 1 Mal pro Woche“, „Nie oder fast nie“
- Eine regelmäßige Passivrauchbelastung liegt vor, wenn Personen angeben, dass sie täglich oder mindestens einmal pro Woche Passivrauch ausgesetzt sind.

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgendem bundesweiten Befragungssurvey des Robert Koch-Instituts:

- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator: n = 17.823

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [EHIS: European Health Interview Survey](#)

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Region und Bildung ausgewiesen. In den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Region basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt ([Brauns et al. 2003](#)). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmaler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht

erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.

- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. In GEDA 2019/2020-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreistyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2017 entnommen.
- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.
 - **Regionale Unterschiede:** Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Regionen und dem Bundesdurchschnitt wurden mittels Chi-Quadrat-Test unter Adjustierung für multiples Testen ermittelt. Dabei wurden die einzelnen Regionen im Vergleich zu den jeweils verbleibenden Regionen (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Diabetes: 10-Jahres-Risiko (18 - 79 Jahre)'

Indikator_ID: 1030101

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Über 90 % der Personen mit einem Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) in Deutschland sind von einem Typ-2-Diabetes betroffen ([Reitzle et al. 2023](#)). Zu den Risikofaktoren für Typ-2-Diabetes zählen neben dem Alter und einer familiären Krankheitshäufung auch beeinflussbare Faktoren wie beispielsweise [Übergewicht](#) und körperliche Inaktivität. Das individuelle Risiko, in den nächsten zehn Jahren an einem Typ-2-Diabetes zu erkranken (absolutes 10-Jahres-Diabetesrisiko in Prozent), kann mit dem Deutschen Diabetes-Risiko-Test bei Personen ohne bisherige Diabetesdiagnose bestimmt werden ([Schiborn et al. 2022](#)). Der Test fasst hierzu die Informationen zu verschiedenen Risikofaktoren des Typ-2-Diabetes zusammen. Die nicht-klinische Testversion beruht allein auf erfragten Informationen.

Definition

Der Indikator *Diabetes: 10-Jahres-Risiko* ist definiert als geometrischer Mittelwert des absoluten Risikos in der Bevölkerung ohne einen bereits bekannten Diabetes, innerhalb der nächsten 10 Jahre an einem Typ-2-Diabetes zu erkranken.

Operationalisierung

Die Erfassung der einzelnen Komponenten des Deutschen Diabetes-Risiko-Tests (DRT) basiert auf Selbstangaben der Befragten. Die Berechnung der DRT-Punkte beruht auf folgenden Ausprägungen der DRT-Komponenten ([DIfE - Deutscher Diabetes-Risiko-Test](#)):

Krankheitswissen und Informationsbedarfe – Diabetes mellitus 2017 und GEDA 2022

- Alter (< 35, 35 – 39, 40 – 44, 45 – 49, 50 – 54, 55 – 59, 60 – 64, 65 – 69, 70 – 74, \geq 75 Jahre)
- Körpergröße (< 152, 152 – 159, 160 – 167, 168 – 175, 176 – 183, 184 – 191, \geq 192 cm)
- Taillenumfang (< 75, 75-79, 80 – 84, 85 – 89, 90 – 94, 95 – 99, 100 – 104, 105 – 109, 110 – 114, 115 – 119, \geq 120 cm), der berechnet wurde basierend auf Selbstangaben zu Körpergewicht (kg), Körpergröße (cm), Alter (Jahre) und Geschlecht ([Heidemann et al. 2019](#))
- Rauchen (aktuell < 20 oder \geq 20 Zigaretten/Tag, ehemals < 20 oder \geq 20 Zigaretten/Tag, nie)
- Körperliche Aktivität in der Freizeit (< 5 vs. \geq 5 h/Woche)
- Verzehr von Vollkornbrot/Müsli (0, 1, 2, 3, 4, > 4 Scheiben bzw. Portionen/Tag)
- Verzehr von rotem Fleisch (nie oder selten, 1 – 2-mal/Woche, 3 – 4-mal/Woche, 5 – 6-mal/Woche, täglich, mehrmals täglich)
- Kaffeekonsum (0 – 1, 2 – 5, > 5 Tassen/Tag)
- Diagnose Hypertonie (ja/nein)
- Diabetes bei leiblichen Eltern (nein oder nicht bekannt, ja: ein Elternteil, ja: beide Elternteile)
- Diabetes bei mindestens einem leiblichen Geschwisterkind (nein oder nicht bekannt, ja)

Die Summe der DRT-Punkte wird zur Berechnung des absoluten 10-Jahres-Risiko für einen Typ-2-Diabetes in Prozent (%) herangezogen ([Schiborn et al. 2022](#)).

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten von 18 bis 79 Jahren ohne bekannten Diabetes in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgenden bundesweiten Befragungssurveys des Robert Koch-Instituts:

- Krankheitswissen und Informationsbedarfe – Diabetes mellitus 2017:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 2.127 18- bis 79-Jährige ohne bisherige Diabetesdiagnose
 - gültige Werte für den Indikator: n = 2.066
- GEDA 2022:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, Erhebung unterteilt in Welle 1 bis 10 mit einem Basismodul und bis zu vier Fragebogenmodulen; N = 33.149 (relevante Teilstichprobe Welle 4 bis 10, Modul 2, n = 4.594 18- bis 79-Jährige ohne bisherige Diabetesdiagnose)
 - gültige Werte für den Indikator aus Welle 4 bis 10, Modul 2: n = 4.368

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren in Privathaushalten. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews.

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung ausgewiesen. In der Studie Krankheitswissen und Informationsbedarfe – Diabetes mellitus 2017 sowie den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt ([Brauns et al. 2003](#)). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmaler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.
- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2016 (Krankheitswissen und Informationsbedarfe – Diabetes mellitus 2017) und 31.12.2020 (GEDA 2022) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2016 (Krankheitswissen und Informationsbedarfe – Diabetes mellitus 2017) und 2018 (GEDA 2022) entnommen.
- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle

wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [Krankheitswissen und Informationsbedarfe – Diabetes mellitus 2017](#)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Herz-Kreislauf-Erkrankung: 10-Jahres-Risiko (18 - 79 Jahre)'

Indikator_ID: 1030102

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind verschiedene Erkrankungen des Herzens und der Blutgefäße. Bei gestörter Durchblutung des Herzens oder des Gehirns kann ein Herzinfarkt beziehungsweise ein Schlaganfall auftreten. Zahlreiche Faktoren beeinflussen das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, darunter das Alter oder die Ernährung. Das individuelle Risiko, in den nächsten 10 Jahren erstmals an einem Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erkranken (absolutes 10-Jahres Herz-Kreislauf-Erkrankungs-Risiko in Prozent), kann mit dem Herz-Kreislauf-Erkrankungs-Risiko-Test bei Personen ohne bekannten Herzinfarkt oder Schlaganfall bestimmt werden ([Schiborn et al. 2021](#), [Dlfe 2024](#)). Der Test fasst hierzu die Informationen zu verschiedenen Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zusammen. Die nicht-klinische Testversion beruht allein auf erfragten Informationen.

Definition

Der Indikator *Herz-Kreislauf-Erkrankung: 10-Jahres-Risiko* ist definiert als geometrischer Mittelwert des absoluten Risikos in der Bevölkerung ohne einen bereits bekannten Herzinfarkt oder Schlaganfall, in den nächsten 10 Jahren an einem Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erkranken, geschätzt durch den Deutschen Herz-Kreislauf-Erkrankungs-Risiko-Test und angegeben in Prozent (%).

Operationalisierung

Die Erfassung der Komponenten des Tests für das erstmalige Auftreten von Herzinfarkt oder Schlaganfall basiert auf Selbstangaben der Befragten. Die Berechnung der Punkte beruht auf folgenden Ausprägungen der Herz-Kreislauf-Erkrankungs-Risiko-Test-Komponenten:

GEDA 2022:

- Alter (< 35, 35 – 39, 40 – 44, 45 – 49, 50 – 54, 55 – 59, 60 – 64, 65 – 69, 70 – 74, ≥ 75 Jahre)
- Geschlecht (weiblich, männlich)
- Taillenumfang (< 75, 75 – 79, 80 – 84, 85 – 89, 90 – 94, 95 – 99, 100 – 104, 105 – 109, 110 – 114, 115 – 119, ≥ 120 cm), der berechnet wurde basierend auf Selbstangaben zu Körpergewicht (kg), Körpergröße (cm), Alter (Jahre) und Geschlecht ([Heidemann et al. 2019](#))
- Rauchen (aktuell < 20 oder ≥ 20 Zigaretten/Tag, ehemals < 20 oder ≥ 20 Zigaretten/Tag, nie)
- Hypertoniediagnose (ja, nein)
- Diabetesdiagnose (ja, nein)

- Herz-Kreislauf-Erkrankung bei leiblichen Eltern (nein oder nicht bekannt, ja – ein Elternteil, ja – beide Elternteile)
- Herz-Kreislauf-Erkrankung bei mindestens einem leiblichen Geschwisterkind (nein oder nicht bekannt, ja)
- Verzehr von Vollkornbrot/Müsli (0, 1, 2, 3, 4, > 4 Scheiben bzw. Portionen/Tag)
- Verzehr von rotem Fleisch (nie oder selten, 1 – 2 mal/Woche, 3 – 4 mal/Woche, 5 – 6 mal/Woche, täglich, mehrmals täglich)
- Kaffeekonsum (0 – 1, 2 – 5, > 5 Tassen/Tag)
- Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke (nie oder nicht täglich, 1-2, 3, 4, > 4 Gläser/Tag)
- Verzehr von Pflanzenöl (0 – 0,5, > 0,5-1, > 1-2, > 2 Esslöffel/Tag)

Die Summe der Punkte wird zur Berechnung des absoluten 10-Jahres-Herz-Kreislauf-Erkrankungs-Risikos in Prozent herangezogen ([Schiborn et al. 2021](#)).

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung von 18 bis 79 Jahren in Privathaushalten ohne bekannten Herzinfarkt oder Schlaganfall in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgendem bundesweiten Befragungssurvey des Robert Koch-Instituts:

- GEDA 2022:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, Erhebung unterteilt in Welle 1 bis 10 mit einem Basismodul und bis zu vier Fragebogenmodulen; N = 33.149 (relevante Teilstichprobe Welle 4 bis 10, Modul 2, N = 4.783 18- bis 79-Jährige ohne bisherige Herzinfarkt- oder Schlaganfalldiagnose)
 - gültige Werte aus Welle 4 bis 10, Modul 2, für den Indikator: n = 4.430

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews.

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Region und Bildung ausgewiesen. In den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburts Geschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Region basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt ([Brauns et al. 2003](#)). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der

Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmaler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.

- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2020 (GEDA 2022) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2018 entnommen.
- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [DIfE: Deutscher Herz-Kreislauf-Erkrankungs-Risiko-Test](#)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 2010101

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Die selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit ist die globale Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands einer Person auf der Grundlage der subjektiven Wahrnehmung, einschließlich der körperlichen, sozialen und emotionalen Funktionsfähigkeit und krankheitsrelevanter Aspekte und Symptome ([Cox et al. 2009](#)). Eine negativere Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheit ist mit einem häufigeren Vorliegen gesundheitlicher Beschwerden und chronischer Krankheiten verbunden und gilt als wichtiger Prädiktor für Funktionseinschränkungen, kognitive Beeinträchtigungen, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Sterblichkeit. Die selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit ist ein fester Bestandteil des Minimum European Health Module (MEHM) ([Cox et al. 2009](#)). Im

Kontext der öffentlichen Gesundheit wird sie von der Europäischen Kommission zum Monitoring des Gesundheitszustands einer Bevölkerung und zur Verfolgung dessen Veränderungen in den europäischen Ländern empfohlen ([European Commission 2015](#)).

Definition

Der Indikator *Selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen mit einem sehr guten oder guten subjektiven allgemeinen Gesundheitszustand.

Operationalisierung

Die Erfassung der selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheit basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GSTel03 und GSTel06

- „Zuerst ein paar allgemeine Fragen zu Ihrer Gesundheit. Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht?“

GEDA 2009, GEDA 2010 und GEDA 2012

- „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht?“

GEDA 2014/2015-EHIS

- „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?
- Antwortmöglichkeiten. „Sehr gut“, „Gut“, „Mittelmäßig“, „Schlecht“, „Sehr schlecht“

GEDA 2019/2020-EHIS, GEDA 2022 und GEDA 2023

- „Ich möchte Ihnen jetzt Fragen zu Ihrer Gesundheit stellen. Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er...“
- Antwortmöglichkeiten. „Sehr gut“, „Gut“, „Mittelmäßig“, „Schlecht“, „Sehr schlecht“

Basierend auf den Antworten wird eine dichotome Variable zur positiven Einschätzung der subjektiven Gesundheit (sehr gut/gut versus mittelmäßig bis sehr schlecht) gebildet.

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgenden bundesweiten Befragungssurveys des Robert Koch-Instituts:

- GSTel03:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 8.318
 - gültige Werte für den Indikator: n = 8.313
- GSTel06:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 5.542

- gültige Werte für den Indikator: n = 5.538
- GEDA 2009:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 21.262
 - gültige Werte für den Indikator: n = 21.230
- GEDA 2010:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 22. 050
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.029
- GEDA 2012:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 19.294
 - gültige Werte für den Indikator: n = 19.285
- GEDA 2014/2015-EHIS:
 - webbasierte und schriftliche Befragungen auf der Basis einer Einwohnermeldeamtsstichprobe, N = 24.016
 - gültige Werte für den Indikator: n = 23.906
- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.696
- GEDA 2022:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, Erhebung unterteilt in Welle 1 bis 10 mit einem Basismodul und bis zu vier Fragebogenmodulen, N = 33.149
 - gültige Werte für den Indikator aus Welle 1 bis 10, Basismodul: n = 33.123
- GEDA 2023:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, Erhebung unterteilt in Welle 11 bis 20 mit einem Basismodul und bis zu vier Fragebogenmodulen; N = 30.002
 - gültige Werte für den Indikator aus Welle 11 bis 22, Basismodul: n = 29.969

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren in Privathaushalten. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews. Zeitvergleiche der Ergebnisse zwischen der GEDA-Welle 2014/2015-EHIS und den übrigen Wellen sollten aufgrund von Unterschieden in der Stichprobenziehung sowie Unterschieden im Erhebungsmodus vorsichtig interpretiert werden.

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung ausgewiesen. In den Studien GSTel03, GSTel06 sowie den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt ([Brauns et al. 2003](#)). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmaler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.
- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. In GEDA 2019/2020-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreistyp) berücksichtigt. Dabei werden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2007 (GEDA 2009), 31.12.2008 (GEDA 2010), 31.12.2011 (GEDA 2012), 31.12.2014 (GEDA 2014/2015-EHIS), 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) und 31.12.2020 (GEDA 2022, GEDA 2023) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2007 (GEDA 2009), 2008 (GEDA 2010), 2011 (GEDA 2012), 2013 (GEDA 2014/2015-EHIS), 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) und 2018 (GEDA 2022, GEDA 2023) entnommen. Beim GSTel03 wurde die Stichprobe an die Bevölkerung innerhalb der Regionen (Nord, NRW, Mitte, Ost, Bayern und Baden-Württemberg), beim GSTel06 innerhalb der Bundesländer nach Altersgruppen und Geschlecht angepasst (Stichtag GSTel03: 31.12.2001, GSTel06: 31.12.2004).
- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.
 - **Regionale Unterschiede:** Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt wurden mittels Chi-Quadrat-Test unter Adjustierung für multiples Testen ermittelt. Dabei wurden die einzelnen Bundesländer im Vergleich zu den jeweils verbleibenden Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [EHIS: European Health Interview Survey](#)
- [GSTel03: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003](#)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Selbsteingeschätzte psychische Gesundheit (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 2010102

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Die selbsteingeschätzte psychische Gesundheit hängt zuverlässig mit anderen Gesundheitsindikatoren zusammen, wie der [selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheit](#), der Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung, [körperlichen Einschränkungen](#) oder [Symptome psychischer Störungen](#) ([Ahmad et al. 2014](#)). Daher kann die selbsteingeschätzte psychische Gesundheit zwar keine spezifischen Indikatoren zu Einschränkungen oder Erkrankungen ersetzen, ist aber sehr gut geeignet, um die allgemeine subjektive Wahrnehmung zu bewerten und liefert Hinweise für den Bedarf an Unterstützungs- und Versorgungsangeboten. Sie erfasst mehr als die reine Abwesenheit von psychischen Störungen, sondern einen wichtigen positiven Aspekt von psychischer Gesundheit ([WHO 1946](#)). Die positive psychische Gesundheit ist von grundlegender Bedeutung für unsere kollektive und individuelle Fähigkeit zu denken, zu fühlen, miteinander zu interagieren, mit Herausforderungen umzugehen, unseren Lebensunterhalt zu verdienen sowie das Leben sinnvoll zu gestalten und zu genießen.

Definition

Der Indikator *Selbsteingeschätzte psychische Gesundheit* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen, die ihre eigene psychische Gesundheit im Allgemeinen als ausgezeichnet oder sehr gut einschätzen.

Operationalisierung

Die Erfassung der selbsteingeschätzten psychischen Gesundheit basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2022 und GEDA 2023

- „Wie würden Sie Ihren psychischen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“
- Antwortmöglichkeiten: „ausgezeichnet“, „sehr gut“, „gut“, „weniger gut“, „schlecht“
- Basierend auf den Antworten wird eine dichotome Variable zur positiven Einschätzung der selbsteingeschätzten psychischen Gesundheit (ausgezeichnet/sehr gut versus gut/weniger gut/schlecht) gebildet.

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgenden bundesweiten Befragungssurveys des Robert Koch-Instituts:

- GEDA 2022:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, Erhebung unterteilt in ein Basismodul und bis zu vier Fragebogenmodulen, Welle 1 bis 10; N = 33.149
 - gültige Werte für den Indikator aus Welle 1 bis 10, Basismodul: n = 33.067
- GEDA 2023:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, Erhebung unterteilt in Welle 11 bis 22 mit einem Basismodul und bis zu vier Fragebogenmodulen; N = 30.002 (relevante Teilstichprobe Welle 11 bis 13, Basismodul und Welle 14 bis 22, Modul 3 N = 20.969)
 - gültige Werte für den Indikator aus Welle 11 bis 13, Basismodul und Welle 14 bis 22, Modul 3: n = 20.929

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren in Privathaushalten. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [Mental Health Surveillance: MHS-Dashboard](#)

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung ausgewiesen. In den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt ([Brauns et al. 2003](#)). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmaler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.

- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2020 (GEDA 2022, GEDA 2023) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2018 (GEDA 2022, GEDA 2023) entnommen.
- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.
 - **Regionale Unterschiede:** Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt wurden mittels Chi-Quadrat-Test unter Adjustierung für multiples Testen ermittelt. Dabei wurden die einzelnen Bundesländer im Vergleich zu den jeweils verbleibenden Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Koronare Herzkrankheit: Prävalenz (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 2020101

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Die koronare oder auch ischämische Herzkrankheit ist eine chronische Erkrankung des Herzens, die durch eine zunehmende Verengung von meist arteriosklerotisch veränderten Herzkranzgefäßen zur Mangeldurchblutung des Herzmuskelgewebes führt. Zur koronaren Herzkrankheit zählt auch die sogenannte Angina pectoris (Brustenge) und auch der Herzinfarkt. Wesentliche Risikofaktoren für die koronare Herzkrankheit sind [Rauchen](#), [Adipositas](#), Bewegungsarmut, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck und [Diabetes](#). Das Risiko einer koronaren Herzerkrankung kann durch Verhaltens- und Verhältnisänderungen sowie durch Therapien vorbestehender Erkrankungen entscheidend beeinflusst werden. Die koronare Herzerkrankung ist die führende Ursache für Morbidität und [Mortalität](#) in Deutschland und verursacht die höchsten Krankheitskosten ([Porst et al. 2022](#), [Destatis 2024](#)).

Definition

Der Indikator *Koronare Herzkrankheit: Prävalenz* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen mit einer jemals ärztlich diagnostizierten koronaren Herzerkrankung (Durchblutungsstörungen am Herzen, Verengung der Herzkranzgefäße, Angina pectoris, Herzinfarkt).

Operationalisierung

Die Erfassung der koronaren Herzkrankheit basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GSTel03 und GSTel06

- „Wurden bei Ihnen jemals von einem Arzt Durchblutungsstörungen am Herzen oder Verengungen der Herzkranzgefäße, also eine Angina pectoris festgestellt?“
- Darüber hinaus wurde gefragt: „Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt ein Herzinfarkt festgestellt?“
- Antwortmöglichkeiten jeweils: „Ja“, „Nein“

GEDA 2009, GEDA 2010 und GEDA 2012

- „Wurden bei Ihnen jemals von einem Arzt Durchblutungsstörungen am Herzen oder eine Verengung der Herzkranzgefäße festgestellt? Hinweis: Wird auch koronare Herzerkrankung oder Angina pectoris genannt.“
- Darüber hinaus wurde gefragt: „Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt ein Herzinfarkt festgestellt?“
- Antwortmöglichkeiten jeweils: „Ja“, „Nein“

GEDA 2014/2015-EHIS

- „Wurde eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden jemals ärztlich diagnostiziert?“
- In einer Liste mit 17 vorgegebenen Erkrankungen konnte „Herzinfarkt“ und „Koronare Herzerkrankung oder Angina Pectoris“ angekreuzt werden.
- Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgenden bundesweiten Befragungssurveys des Robert Koch-Instituts:

- GSTel03:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 8.318
 - gültige Werte für den Indikator: n = 8.244
- GSTel06:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 5.542
 - gültige Werte für den Indikator: n = 5.516
- GEDA 2009:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 21.262
 - gültige Werte für den Indikator: n = 21.165
- GEDA 2010:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 22.050

- gültige Werte für den Indikator: n = 21.946
- GEDA 2012:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 19.294
 - gültige Werte für den Indikator: n = 19.206
- GEDA 2014/2015-EHIS:
 - webbasierte und schriftliche Befragungen auf der Basis einer Einwohnermeldeamtsstichprobe, N = 24.016
 - gültige Werte für den Indikator: n = 21.064

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren in Privathaushalten. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews. Zeitvergleiche der Ergebnisse zwischen der GEDA-Welle 2014/2015-EHIS und den übrigen Wellen sollten aufgrund von Unterschieden in der Stichprobenziehung sowie Unterschieden im Erhebungsmodus vorsichtig interpretiert werden.

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung ausgewiesen. In den Studien GSTel03, GSTel06 sowie den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt ([Brauns et al. 2003](#)). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmäler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.
- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Dabei werden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2007 (GEDA 2009), 31.12.2008 (GEDA 2010), 31.12.2011 (GEDA 2012) und 31.12.2014 (GEDA 2014/2015-EHIS) verwendet. Die

Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2007 (GEDA 2009), 2008 (GEDA 2010), 2011 (GEDA 2012) und 2013 (GEDA 2014/2015-EHIS) entnommen. Beim GSTel03 wurde die Stichprobe an die Bevölkerung innerhalb der Regionen (Nord, NRW, Mitte, Ost, Bayern und Baden-Württemberg), beim GSTel06 innerhalb der Bundesländer nach Altersgruppen und Geschlecht angepasst (Stichtag GSTel03: 31.12.2001, GSTel06: 31.12.2004).

- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.
 - **Regionale Unterschiede:** Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt wurden mittels Chi-Quadrat-Test unter Adjustierung für multiples Testen ermittelt. Dabei wurden die einzelnen Bundesländer im Vergleich zu den jeweils verbleibenden Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [EHIS: European Health Interview Survey](#)
- [GSTel03: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003](#)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Koronare Herzkrankheit: Sterblichkeit'

Indikator_ID: 2020102

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Die koronare Herzkrankheit (KHK) ist weltweit die häufigste Todesursache. Im internationalen Vergleich liegt die Sterblichkeit an KHK in Deutschland über dem europäischen Durchschnitt ([OECD 2022](#), [Eurostat 2024](#)). Die KHK ist eine chronische Erkrankung, bei der es zu einer Verengung der Herzkranzgefäße kommt ([Koronare Herzkrankheit: Prävalenz](#)). Die Folge ist eine Minderdurchblutung des Herzens. Der Herzinfarkt stellt eine lebensbedrohliche Akutkomplikation der KHK dar. Durch die Minderdurchblutung des Herzmuskels kann es hierbei zu dauerhaften Schäden am Herzmuskelgewebe kommen. Als weitere Krankheitsfolgen tragen vor allem Herzinsuffizienz (Herzschwäche) und Herzrhythmusstörungen zur hohen Sterblichkeit der KHK bei. In den letzten Jahrzehnten ist die KHK-Sterblichkeit in den meisten Industrieländern deutlich gesunken. Die Gründe für diese Trendentwicklung werden auf einen Rückgang in der Häufigkeit wichtiger Risikofaktoren und auf Verbesserungen in der medizinischen Versorgung zurückgeführt ([Ahmadi et al. 2022](#)).

Definition

Der Indikator *Koronare Herzkrankheit: Sterblichkeit* ist definiert als die Anzahl der Sterbefälle, bei denen eine koronare Herzkrankheit (ICD-10-WHO-Code: I20 – I25) als zum Tode führendes Grundleiden (Todesursache) kodiert wurde, pro 100.000 Personen in einem Jahr.

Bezugspopulation

Bevölkerung mit ständigem Wohnsitz in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Todesursachenstatistik der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder umfasst alle Sterbefälle von Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland mit Angaben zu Alter, Geschlecht, Wohnsitz und der zugrundeliegenden Todesursache (Grundleiden) – kodiert nach [ICD-10-WHO- Version](#).

Datenqualität

Die Statistik der Sterbefälle ist eine Vollerhebung mit Auskunftspflicht. Sie umfasst alle Sterbefälle in der Wohnbevölkerung, die in Deutschland standesamtlich registriert werden, unabhängig vom Sterbeort. Ist der Sterbeort im Ausland, wird der Sterbefall erfasst, sofern er nachträglich standesamtlich beurkundet wird. Es finden mehrstufige Vollständigkeit- und Plausibilitätskontrollen statt, sodass eine hohe Zuverlässigkeit gegeben ist ([Destatis 2024](#)).

In der unikausalen Todesursachenstatistik wird für jeden Todesfall das zum Tode führende Grundleiden kodiert, auch wenn mehrere Erkrankungen zum Tod geführt haben könnten. Weitere Angaben aus der Todesbescheinigung werden in der amtlichen Todesursachenstatistik nicht berücksichtigt. Die Qualität der kodierten Todesursachen variiert in Abhängigkeit der Dokumentation eines validen Grundleidens und wird gemäß einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Deutschland als „mittel“ eingestuft ([WHO 2005](#), [Zack et al. 2017](#)).

Berechnung

- **Beschreibung:** Quotient aus der Anzahl aller Sterbefälle an einer KHK (ICD-Code: I20 – I25) und der Anzahl aller Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland.
- **Stratifizierung:** Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der verstorbenen Person. Die Stratifizierung nach regionaler sozioökonomischer Deprivation erfolgt auf Grundlage des German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) (Jahre 2003 – 2020: GISD Release 2020, Jahr 2021: GISD Release 2022 v0.2) ([Michalski et al. 2022](#)). Der GISD fasst Merkmale der Erwerbs-, Bildungs- und Einkommenssituation für jeden Kreis und jede kreisfreie Stadt in einer Kennzahl zusammen. Die Kreise werden entlang ihrer GISD-Werte in Quintile von niedriger bis hoher sozioökonomischer Deprivation eingeteilt, die über den Wohnort der verstorbenen Person mit den Mortalitätsdaten verknüpft werden. Die Berechnung der Mortalitätsraten erfolgt stratifiziert nach niedriger (1. Quintil), mittlerer (2. – 4. Quintil) und hoher (5. Quintil) Deprivation. Unterschiede in der Mortalität nach sozioökonomischer Deprivation beziehen sich auf die räumliche Ebene.
- **Altersstandardisierung:** Mit der [europäischen Standardbevölkerung 2013](#) als Bezugspopulation erfolgte eine Altersstandardisierung unter Verwendung von 5-Jahres-Altersgruppen mit Ausnahme von < 1, 1 – 4 Jahre und ≥ 90 Jahre. Für die Auswertungen nach GISD wird die Altersgruppe ≥ 85 Jahre als höchste Altersgruppe verwendet.
- **Berechnungen:** Für die Berechnung der Sterberaten insgesamt sowie nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesland wurde die Durchschnittsbevölkerung als Bezugspopulation verwendet ([Destatis 2024](#)). Für die Auswertung nach GISD wurde der Bevölkerungsdurchschnitt eines Jahres (Mittelwert der Bevölkerung zum 31.12. des Vorjahres und des dargestellten Jahres) verwendet und

die Berechnung erfolgte im [Forschungsdatenzentrum](#) der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder ([Todesursachenstatistik 2003](#) - [Todesursachenstatistik 2021](#)).

Weiterführende Links

- [ICD-10-WHO- Version](#)
- [Todesursachenstatistik](#)
- [Daten zur KHK-Sterblichkeit im IS-GBE](#)

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Schlaganfall: Prävalenz (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 2020103

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Bei einem Schlaganfall handelt es sich um eine plötzlich auftretende Schädigung von Hirnarealen, die infolge eines Gefäßverschlusses (ischämischer Schlaganfall) oder durch eine Hirnblutung (hämorrhagischer Schlaganfall) entsteht. Das Risiko von Gefäßverschlüssen ist insbesondere bei arteriosklerotisch geschädigten Hals- oder Hirnschlagadern erhöht. Hirnblutungen treten hingegen häufig bei Hirnarterien auf, welche durch einen langjährigen Bluthochdruck geschädigt wurden. In Folge eines Schlaganfalls wird die Funktion des Gehirns beeinträchtigt. Schlagartig treten vor allem Lähmungen (meist in einer Körperhälfte), Sprach-, Seh- und Gleichgewichtsstörungen auf. Wie bei der koronaren Herzkrankheit sind [Rauchen](#), [Adipositas](#), Bewegungsarmut, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck und [Diabetes](#) zentrale Risikofaktoren für einen Schlaganfall. Schlaganfälle sind eine Hauptursache einer bleibenden Behinderung im Erwachsenenalter und zählen zu den häufigsten [Todesursachen](#) ([Destatis 2024](#)).

Definition

Der Indikator *Schlaganfall: Prävalenz* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen mit einem Schlaganfall im Verlauf ihres bisherigen Lebens.

Operationalisierung

Die Erfassung des Schlaganfalls basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GSTel03 und GSTel06

- „Wurden bei Ihnen jemals von einem Arzt ein Schlaganfall diagnostiziert?“
- Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“, „Weiß nicht/nicht sicher“

GEDA 2009, GEDA 2010 und GEDA 2012

- „Wurden bei Ihnen jemals von einem Arzt ein Schlaganfall festgestellt?“
- Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“

GEDA 2014/2015-EHIS

- „Wurde eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden jemals ärztlich diagnostiziert?“
- In einer Liste mit 17 vorgegebenen Erkrankungen konnte „Schlaganfall“ angekreuzt werden.
- Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgenden bundesweiten Befragungssurveys des Robert Koch-Instituts:

- GSTel03:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 8.318
 - gültige Werte für den Indikator: n = 8.311
- GSTel06:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 5.542
 - gültige Werte für den Indikator: n = 5.535
- GEDA 2009:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 21.262
 - gültige Werte für den Indikator: n = 21.239
- GEDA 2010:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 22.050
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.023
- GEDA 2012:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 19.294
 - gültige Werte für den Indikator: n = 19.282
- GEDA 2014/2015-EHIS:
 - webbasierte und schriftliche Befragungen auf der Basis einer Einwohnermeldeamtsstichprobe, N = 24.016
 - gültige Werte für den Indikator: n = 20.920

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren in Privathaushalten. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen

Interviews. Zeitvergleiche der Ergebnisse zwischen der GEDA-Welle 2014/2015-EHIS und den übrigen Wellen sollten aufgrund von Unterschieden in der Stichprobenziehung sowie Unterschieden im Erhebungsmodus vorsichtig interpretiert werden.

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Region und Bildung ausgewiesen. In den Studien GSTel03, GSTel06 sowie den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Region basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt ([Brauns et al. 2003](#)). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmaler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.
- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Dabei werden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2007 (GEDA 2009), 31.12.2008 (GEDA 2010), 31.12.2011 (GEDA 2012) und 31.12.2014 (GEDA 2014/2015-EHIS) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2007 (GEDA 2009), 2008 (GEDA 2010), 2011 (GEDA 2012) und 2013 (GEDA 2014/2015-EHIS) entnommen. Beim GSTel03 wurde die Stichprobe an die Bevölkerung innerhalb der Regionen (Nord, NRW, Mitte, Ost, Bayern und Baden-Württemberg), beim GSTel06 innerhalb der Bundesländer nach Altersgruppen und Geschlecht angepasst (Stichtag GSTel03: 31.12.2001, GSTel06: 31.12.2004).
- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.
 - **Regionale Unterschiede:** Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Regionen und dem

Bundesdurchschnitt wurden mittels Chi-Quadrat-Test unter Adjustierung für multiples Testen ermittelt. Dabei wurden die einzelnen Regionen im Vergleich zu den jeweils verbleibenden Regionen (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [EHIS: European Health Interview Survey](#)
- [GSTel03: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003](#)

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Schlaganfall: Sterblichkeit'

Indikator_ID: 2020104

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Der Schlaganfall zählt weltweit zu den häufigsten Todesursachen. Es kommt bei einem Schlaganfall zunächst zu einer plötzlich auftretenden Funktionsstörung des Gehirns ([Schlaganfall: Prävalenz](#)). Häufigste Ursache ist die Durchblutungsstörung eines gehirnversorgenden Gefäßes, das durch ein Blutgerinnsel verschlossen wird (ischämischer Schlaganfall). Seltener kann ein Schlaganfall durch eine Hirnblutung nach dem Zerreißen von Hirngefäßen verursacht werden (hämorrhagischer Schlaganfall). In beiden Fällen sterben infolge Nervenzellen im betroffenen Areal des Gehirns ab. Der Schaden vergrößert sich in Abhängigkeit von der Zeit, wird irreversibel und kann unter anderem zu dauerhaften Lähmungen sowie zu Sensibilitäts- oder Sprachstörungen bis hin zur Bewusstlosigkeit führen. Die Schlaganfall-Sterblichkeit geht seit vielen Jahren zurück, was mit dem Rückgang in der Häufigkeit wichtiger Risikofaktoren sowie mit Verbesserungen in der medizinischen Versorgung des Schlaganfalls in Verbindung gebracht wird ([Rücker et al. 2018](#), [Prendes et al. 2024](#)).

Definition

Der Indikator *Schlaganfall: Sterblichkeit* ist definiert als die Anzahl der Sterbefälle, bei denen ein Schlaganfall (ICD-10-WHO-Code: I60 – I64) als zum Tode führendes Grundleiden (Todesursache) kodiert wurden, pro 100.000 Personen in einem Jahr.

Bezugspopulation

Bevölkerung mit ständigem Wohnsitz in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Todesursachenstatistik der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder umfasst alle Sterbefälle von Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland mit Angaben zu Alter, Geschlecht, Wohnsitz und der zugrundeliegenden Todesursache (Grundleiden) – kodiert nach [ICD-10-WHO-Version](#).

Datenqualität

Die Statistik der Sterbefälle ist eine Vollerhebung mit Auskunftspflicht. Sie umfasst alle Sterbefälle in der Wohnbevölkerung, die in Deutschland standesamtlich registriert werden, unabhängig vom Sterbeort. Ist der Sterbeort im Ausland, wird der Sterbefall erfasst, sofern er nachträglich standesamtlich beurkundet wird. Es finden mehrstufige Vollständigkeit- und Plausibilitätskontrollen statt, sodass eine hohe Zuverlässigkeit gegeben ist ([Destatis 2024](#)).

In der unikausalen Todesursachenstatistik wird für jeden Todesfall das zum Tode führende Grundleiden kodiert, auch wenn mehrere Erkrankungen zum Tod geführt haben könnten. Weitere Angaben aus der Todesbescheinigung werden in der amtlichen Todesursachenstatistik nicht berücksichtigt. Die Qualität der kodierten Todesursachen variiert in Abhängigkeit der Dokumentation eines validen Grundleidens und wird gemäß einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Deutschland als „mittel“ eingestuft ([WHO 2005](#), [Zack et al. 2017](#)).

Berechnung

- **Beschreibung:** Quotient aus der Anzahl aller Sterbefälle an einem Schlaganfall (ICD-Code I60 – I64) und der Anzahl aller Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland.
- **Stratifizierung:** Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der verstorbenen Person. Die Stratifizierung nach regionaler sozioökonomischer Deprivation erfolgt auf Grundlage des German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) (Jahre 2003 – 2020: GISD Release 2020, Jahr 2021: GISD Release 2022 v0.2) ([Michalski et al. 2022](#)). Der GISD fasst Merkmale der Erwerbs-, Bildungs- und Einkommenssituation für jeden Kreis und jede kreisfreie Stadt in einer Kennzahl zusammen. Die Kreise werden entlang ihrer GISD-Werte in Quintile von niedriger bis hoher sozioökonomischer Deprivation eingeteilt, die über den Wohnort der verstorbenen Person mit den Mortalitätsdaten verknüpft werden. Die Berechnung der Mortalitätsraten erfolgt stratifiziert nach niedriger (1. Quintil), mittlerer (2. – 4. Quintil) und hoher (5. Quintil) Deprivation. Unterschiede in der Mortalität nach sozioökonomischer Deprivation beziehen sich auf die räumliche Ebene.
- **Altersstandardisierung:** Mit der [europäischen Standardbevölkerung 2013](#) als Bezugspopulation erfolgte eine Altersstandardisierung unter Verwendung von 5-Jahres-Altersgruppen mit Ausnahme von < 1, 1 – 4 Jahre und ≥ 90 Jahre. Für die Auswertungen nach GISD wird die Altersgruppe ≥ 85 Jahre als höchste Altersgruppe verwendet.
- **Berechnungen:** Für die Berechnung der Sterberaten insgesamt sowie nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesland wurde die Durchschnittsbevölkerung als Bezugspopulation verwendet ([Destatis 2024](#)). Da Daten in Altersgruppen mit Fallzahlen zwischen 1 und 3 aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht bereitgestellt werden, wurde für diese Gruppen eine Fallzahl von 1 und eine Sterberate von 0 angenommen. Für die Auswertung nach GISD wurde der Bevölkerungsdurchschnitt eines Jahres (Mittelwert der Bevölkerung zum 31.12. des Vorjahres und des dargestellten Jahres) verwendet und die Berechnung erfolgte im [Forschungsdatenzentrum](#) der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder ([Todesursachenstatistik 2003 - Todesursachenstatistik 2021](#)).

Weiterführende Links

- [ICD-10-WHO-Version](#)
- [Todesursachenstatistik](#)
- [Daten zur Sterblichkeit an Zerebrovaskulären Erkrankungen im IS-GBE](#)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Diabetes Typ 1: Inzidenz (0 - 17 Jahre)'

Indikator_ID: 2020201

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Diabetes mellitus bezeichnet eine Gruppe chronischer Stoffwechselerkrankungen, die durch einen erhöhten Blutzuckerspiegel gekennzeichnet sind. Bei Typ-1-Diabetes handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung, bei der das Immunsystem aufgrund einer fehlgeleiteten Reaktion insulinproduzierende Zellen in der Bauchspeicheldrüse zerstört, was zu einem absoluten Insulinmangel führt. Die Krankheitsentstehung wird vermutlich durch genetische und Umweltfaktoren bestimmt. Über Schädigungen von großen und kleinen Blutgefäßen und Nervenfasern erhöht Diabetes das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der Augen und der Nieren sowie [Amputationen](#). Die Erkrankung vermindert sowohl die Lebensqualität als auch die Lebenserwartung der Betroffenen ([DiMeglio et al. 2018](#)). In den letzten Jahrzehnten war weltweit ein Anstieg der Rate an Kindern und Jugendlichen, die einen Typ-1-Diabetes neu entwickeln, um 3 % bis 4 % pro Jahr zu beobachten ([Tuomilehto et al. 2020](#)).

Definition

Der Indikator *Diabetes Typ 1: Inzidenz* ist definiert als die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit einer registrierten oder dokumentierten Neuerkrankung an einem Typ-1-Diabetes pro 100.000 Kinder und Jugendliche in der Bevölkerung und Jahr.

Bezugspopulation

Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 17 Jahren mit Wohnsitz in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Bundesweite und regionale Diabetesregister (Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation (DPV-Register), Erhebungseinheit für Seltene Pädiatrische Erkrankungen in Deutschland (ESPED-Inzidenzregister), Diabetesregister in Nordrhein-Westfalen, Sächsisches Diabetesregister). Grundlage ist der Datenbestand 03/2023 der DPV-Datenbank.

Datenqualität

Die Diabetesregister stellen von freiwillig teilnehmenden Praxen beziehungsweise Kliniken übermittelte ambulante beziehungsweise stationäre Diagnosedaten und Informationen zur Therapieform von gesetzlich und privat Krankenversicherten zu unterschiedlichen Diabetestypen und Altersgruppen bereit. Die Datenqualität hängt von der Dokumentationspraxis ab, die einer gründlichen Plausibilitätsprüfung unterliegt. Die Annäherung an eine Vollerfassung für die Bezugspopulation erfolgt durch statistische Verfahren und resultiert in korrigierten Schätzungen.

Berechnung

- **Beschreibung:** Die Anzahl der Erkrankungen pro 100.000 Kinder und Jugendliche von 0 bis 17 Jahren in Deutschland im Beobachtungszeitraum von 2014 bis 2022.
- **Hochrechnung/Gewichtung:** Für die bundesweiten Schätzungen wurden die Fortschreibungsdaten des Statistischen Bundesamtes auf der Grundlage des Zensus 2011 verwendet. Ergebnisse mit 95 %-Konfidenzintervallen wurden unter Annahme einer Poissonverteilung der Fälle nach der Personenjahre-Methode geschätzt ([Woodward 2013](#), [Sahai und Khurshid 1993](#)).
- **Standardisierung:** Alters- und geschlechtsstandardisierte Schätzungen mit einer Gleichgewichtung für das Geschlecht und einer Altersgewichtung entsprechend der Altersspanne der Altersgruppen.
- **Absolute Zahlen:** Die Summe der absoluten Zahlen von beiden Geschlechtern entspricht nicht unbedingt exakt der absoluten Zahl für die entsprechende Gesamtgruppe, da die Schätzungen aus

separaten log-linearen Modellen abgeleitet sind.

- **Rundung:** Aufgrund von Rundung kann es bei den Ergebnissen zu Ungenauigkeiten im Nachkommastellenbereich kommen.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Als unsicher markiert werden Werte, wenn die Untergrenze des Konfidenzintervalls weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$).

Weiterführende Links

- [DPV-Register](#)

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Diabetes Typ 2: Inzidenz (11 - 17 Jahre)'

Indikator_ID: 2020202

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Diabetes mellitus bezeichnet eine Gruppe chronischer Stoffwechselerkrankungen, die durch einen erhöhten Blutzuckerspiegel gekennzeichnet sind. Im Gegensatz zu Typ-1-Diabetes ist Typ-2-Diabetes durch einen relativen Insulinmangel gekennzeichnet und steht meist mit einem ungünstigen Lebensstil in Zusammenhang. [Übergewicht](#), Bewegungsmangel und [Rauchen](#) zählen hierbei zu den wichtigsten Risikofaktoren. Über Schädigungen von großen und kleinen Blutgefäßen und Nervenfasern erhöht Diabetes das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der Augen und der Nieren sowie [Amputationen](#). Die Erkrankung vermindert sowohl die Lebensqualität als auch die Lebenserwartung der Betroffenen. Wenngleich sich Typ-2-Diabetes am häufigsten erst im mittleren und höheren Erwachsenenalter manifestiert, können auch Kinder und Jugendliche davon betroffen sein ([van Dieren et al. 2010](#)).

Definition

Der Indikator *Diabetes Typ 2: Inzidenz* ist definiert als die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit einer registrierten oder dokumentierten Neuerkrankung an einem Typ-2-Diabetes pro 100.000 Kinder und Jugendliche in der Bevölkerung und Jahr.

Bezugspopulation

Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 17 Jahren mit Wohnsitz in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Bundesweite und regionale Diabetesregister (Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation (DPV-Register), Erhebungseinheit für Seltene Pädiatrische Erkrankungen in Deutschland (ESPED-Inzidenzregister), Diabetesregister in Nordrhein-Westfalen, Sächsisches Diabetesregister). Grundlage ist der Datenbestand 03/2023 der DPV-Datenbank.

Datenqualität

Die Diabetesregister stellen von freiwillig teilnehmenden Praxen beziehungsweise Kliniken übermittelte ambulante beziehungsweise stationäre Diagnosedaten und Informationen zur Therapieform von gesetzlich und privat Krankenversicherten zu unterschiedlichen Diabetestypen und Altersgruppen bereit. Die Datenqualität hängt von der Dokumentationspraxis ab, die einer gründlichen Plausibilitätsprüfung unterliegt. Die Annäherung an eine Vollerfassung für die Bezugspopulation erfolgt durch statistische Verfahren und resultiert in korrigierten Schätzungen.

Berechnung

- **Beschreibung:** Die Anzahl der Erkrankungen pro 100.000 Kinder und Jugendliche von 11 bis 17 Jahren in Deutschland im Beobachtungszeitraum von 2014 bis 2022.
- **Hochrechnung/Gewichtung:** Für die bundesweiten Schätzungen wurden die Fortschreibungsdaten des Statistischen Bundesamtes auf der Grundlage des Zensus 2011 verwendet. Ergebnisse mit 95 %-Konfidenzintervallen wurden unter Annahme einer Poissonverteilung der Fälle nach der Personenjahre-Methode geschätzt ([Woodward 2013](#), [Sahai und Khurshid 1993](#)).
- **Standardisierung:** Alters- und geschlechtsstandardisierte Schätzungen mit einer Gleichgewichtung für das Geschlecht und einer Altersgewichtung entsprechend der Altersspanne der Altersgruppen.
- **Absolute Zahlen:** Die Summe der absoluten Zahlen von beiden Geschlechtern entspricht nicht unbedingt exakt der absoluten Zahl für die entsprechende Gesamtgruppe, da die Schätzungen aus separaten log-linearen Modellen abgeleitet sind.
- **Rundung:** Aufgrund von Rundung kann es bei den Ergebnissen zu Ungenauigkeiten im Nachkommastellenbereich kommen.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Als unsicher markiert werden Werte, wenn die Untergrenze des Konfidenzintervalls weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$).

Weiterführende Links

- [DPV-Register](#)

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Diabetes Typ 1: Prävalenz (0 - 17 Jahre)'

Indikator_ID: 2020203

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Diabetes mellitus bezeichnet eine Gruppe chronischer Stoffwechselerkrankungen, die durch einen erhöhten Blutzuckerspiegel gekennzeichnet sind. Bei Typ-1-Diabetes handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung, bei der das Immunsystem aufgrund einer fehlgeleiteten Reaktion insulinproduzierende Zellen in der Bauchspeicheldrüse zerstört, was zu einem absoluten Insulinmangel führt. Die Krankheitsentstehung wird vermutlich durch genetische und Umweltfaktoren bestimmt. Über Schädigungen von großen und kleinen Blutgefäßen und Nervenfasern erhöht Diabetes das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der Augen und der Nieren sowie [Amputationen](#). Die Erkrankung vermindert sowohl die Lebensqualität als auch die Lebenserwartung der Betroffenen ([DiMeglio et al. 2018](#)). Mit weltweit etwa 1,5 Millionen Betroffenen unter 20 Jahren ist Typ-1-Diabetes eine der häufigsten chronischen Stoffwechselerkrankungen im Kindes- und Jugendalter ([Gregory et al. 2021](#)).

Definition

Der Indikator *Diabetes Typ 1: Prävalenz* ist definiert als die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit einem registrierten oder dokumentierten Typ-1-Diabetes pro 100.000 Kinder und Jugendliche in der Bevölkerung.

Bezugspopulation

Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 17 Jahren mit Wohnsitz in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Bundesweite und regionale Diabetesregister (Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation (DPV-Register), Erhebungseinheit für Seltene Pädiatrische Erkrankungen in Deutschland (ESPED-Inzidenzregister), Diabetesregister in Nordrhein-Westfalen, Sächsisches Diabetesregister). Grundlage ist der Datenbestand 03/2023 der DPV-Datenbank.

Datenqualität

Die Diabetesregister stellen von freiwillig teilnehmenden Praxen beziehungsweise Kliniken übermittelte ambulante beziehungsweise stationäre Diagnosedaten und Informationen zur Therapieform von gesetzlich und privat Krankenversicherten zu unterschiedlichen Diabetestypen und Altersgruppen bereit. Die Datenqualität hängt von der Dokumentationspraxis ab, die einer gründlichen Plausibilitätsprüfung unterliegt. Die Annäherung an eine Vollerfassung für die Bezugspopulation erfolgt durch statistische Verfahren und resultiert in korrigierten Schätzungen.

Berechnung

- **Beschreibung:** Die Anzahl der Erkrankungen pro 100.000 Kinder und Jugendliche von 0 bis 17 Jahren in Deutschland im Beobachtungszeitraum von 2014 bis 2022.
- **Hochrechnung/Gewichtung:** Für die bundesweiten Schätzungen wurden die Fortschreibungsdaten des Statistischen Bundesamtes auf der Grundlage des Zensus 2011 verwendet. Ergebnisse mit 95 %-Konfidenzintervallen wurden unter Annahme einer Poissonverteilung der Fälle nach der Personenjahre-Methode geschätzt ([Woodward 2013](#), [Sahai und Khurshid 1993](#)).
- **Standardisierung:** Alters- und geschlechtsstandardisierte Schätzungen mit einer Gleichgewichtung für das Geschlecht und einer Altersgewichtung entsprechend der Altersspanne der Altersgruppen.
- **Absolute Zahlen:** Die Summe der absoluten Zahlen von beiden Geschlechtern entspricht nicht unbedingt exakt der absoluten Zahl für die entsprechende Gesamtgruppe, da die Schätzungen aus separaten log-linearen Modellen abgeleitet sind.
- **Rundung:** Aufgrund von Rundung kann es bei den Ergebnissen zu Ungenauigkeiten im Nachkommastellenbereich kommen.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Als unsicher markiert werden Werte, wenn die Untergrenze des Konfidenzintervalls weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$).

Weiterführende Links

- [DPV-Register](#)

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Diabetes Typ 2: Prävalenz (11 - 17 Jahre)'

Indikator_ID: 2020204

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Diabetes mellitus bezeichnet eine Gruppe chronischer Stoffwechselerkrankungen, die durch einen erhöhten Blutzuckerspiegel gekennzeichnet sind. Im Gegensatz zu Typ-1-Diabetes ist Typ-2-Diabetes durch einen relativen Insulinmangel gekennzeichnet und steht meist mit einem ungünstigen Lebensstil in Zusammenhang. [Übergewicht](#), Bewegungsmangel und [Rauchen](#) zählen hierbei zu den wichtigsten Risikofaktoren. Über Schädigungen von großen und kleinen Blutgefäßen und Nervenfasern erhöht Diabetes das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der Augen und der Nieren sowie [Amputationen](#). Die Erkrankung vermindert sowohl die Lebensqualität als auch die Lebenserwartung der Betroffenen. Wenngleich sich Typ-2-Diabetes am häufigsten erst im mittleren und höheren Erwachsenenalter manifestiert, können auch Kinder und Jugendliche davon betroffen sein ([van Dieren et al. 2010](#)).

Definition

Der Indikator *Diabetes Typ 2: Prävalenz* ist definiert als die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit einem registrierten oder dokumentierten Typ-2-Diabetes pro 100.000 Kinder und Jugendliche in der Bevölkerung.

Bezugspopulation

Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 17 Jahren mit Wohnsitz in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Bundesweite und regionale Diabetesregister (Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation (DPV-Register), Erhebungseinheit für Seltene Pädiatrische Erkrankungen in Deutschland (ESPED-Inzidenzregister), Diabetesregister in Nordrhein-Westfalen, Sächsisches Diabetesregister). Grundlage ist der Datenbestand 03/2023 der DPV-Datenbank.

Datenqualität

Die Diabetesregister stellen von freiwillig teilnehmenden Praxen beziehungsweise Kliniken übermittelte ambulante beziehungsweise stationäre Diagnosedaten und Informationen zur Therapieform von gesetzlich und privat Krankenversicherten zu unterschiedlichen Diabetestypen und Altersgruppen bereit. Die Datenqualität hängt von der Dokumentationspraxis ab, die einer gründlichen Plausibilitätsprüfung unterliegt. Die Annäherung an eine Vollerfassung für die Bezugspopulation erfolgt durch statistische Verfahren und resultiert in korrigierten Schätzungen.

Berechnung

- **Beschreibung:** Die Anzahl der Erkrankungen pro 100.000 Kinder und Jugendliche von 11 bis 17 Jahren in Deutschland im Beobachtungszeitraum von 2014 bis 2022.
- **Hochrechnung/Gewichtung:** Für die bundesweiten Schätzungen wurden die Fortschreibungsdaten des Statistischen Bundesamtes auf der Grundlage des Zensus 2011 verwendet. Ergebnisse mit 95 %-Konfidenzintervallen wurden unter Annahme einer Poissonverteilung der Fälle nach der Personenjahre-Methode geschätzt ([Woodward 2013](#), [Sahai und Khurshid 1993](#)).
- **Standardisierung:** Alters- und geschlechtsstandardisierte Schätzungen mit einer Gleichgewichtung für das Geschlecht und einer Altersgewichtung entsprechend der Altersspanne der Altersgruppen.
- **Absolute Zahlen:** Die Summe der absoluten Zahlen von beiden Geschlechtern entspricht nicht unbedingt exakt der absoluten Zahl für die entsprechende Gesamtgruppe, da die Schätzungen aus separaten log-linearen Modellen abgeleitet sind.

- **Rundung:** Aufgrund von Rundung kann es bei den Ergebnissen zu Ungenauigkeiten im Nachkommastellenbereich kommen.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Als unsicher markiert werden Werte, wenn die Untergrenze des Konfidenzintervalls weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$).

Weiterführende Links

- [DPV-Register](#)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Diabetes mellitus: Prävalenz (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 2020206

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Diabetes mellitus bezeichnet eine Gruppe chronischer Stoffwechselerkrankungen, die durch einen erhöhten Blutzuckerspiegel gekennzeichnet sind. Über 90 % der Personen mit Diabetes sind von einem Typ-2-Diabetes betroffen, der meist mit einem ungünstigen Lebensstil in Zusammenhang steht und sich vorwiegend im mittleren oder höheren Erwachsenenalter manifestiert. Der Typ-1-Diabetes stellt eine Autoimmunerkrankung dar und entwickelt sich meist bereits im Kindes- beziehungsweise Jugendalter. Der [Gestationsdiabetes](#) tritt erstmals in der Schwangerschaft auf und bildet sich danach in der Regel wieder zurück ([Pleus et al. 2023](#)), ist jedoch mit weiteren Risiken für Mutter und Kind verbunden. Die gesundheitspolitische Relevanz des Diabetes ergibt sich aus seiner weltweit zunehmenden Verbreitung und den gesundheitlichen Folgen. Insbesondere ein unerkannter oder unzureichend behandelter Diabetes erhöht das Risiko für Begleit- und Folgeerkrankungen, vermindert die Lebensqualität und verringert die Lebenserwartung ([van Dieren et al. 2010](#)).

Definition

Der Indikator *Diabetes mellitus: Prävalenz* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen mit einem jemals ärztlich diagnostizierten Diabetes. Ausgenommen sind Frauen, bei denen ausschließlich die Diagnose eines Schwangerschaftsdiabetes angenommen werden kann.

Operationalisierung

Die Erfassung des Diabetes basiert auf Selbstangaben der Befragten:

- GSTel03, GSTel06, GEDA 2010 und GEDA 2012:
 - „Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Zuckerkrankheit oder Diabetes festgestellt?“
 - Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“
- GEDA 2022:
 - „Hat ein Arzt oder eine Ärztin jemals eine Zuckerkrankheit oder einen Diabetes bei Ihnen festgestellt?“
 - Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“

Die Erfassung eines ausschließlichen Schwangerschaftsdiabetes basiert auf Selbstangaben der Befragten:

- GSTel03 und GSTel06

- Wurde die obere Frage zum Vorliegen eines Diabetes bejaht, wurde bei Frauen gefragt: „War das während einer Schwangerschaft?“
- Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“
- Um einen ausschließlichen Schwangerschaftsdiabetes annehmen zu können, wurde anschließend die folgende Frage herangezogen: „Haben Sie auch jetzt Diabetes?“
- Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“
- GEDA 2010 und GEDA 2012:
 - Wurde die obere Frage zum Vorliegen eines Diabetes bejaht, wurde bei Frauen gefragt: „War das während einer Schwangerschaft?“
 - Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“
 - Um einen ausschließlichen Schwangerschaftsdiabetes annehmen zu können, wurde anschließend die folgende Frage herangezogen: „Bestand die Zuckerkrankheit bei Ihnen auch in den letzten 12 Monaten?“
 - Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“
- GEDA 2022:
 - Wurde die obere Frage zum Vorliegen eines Diabetes bejaht, wurde bei Frauen gefragt: „Waren Sie zum Zeitpunkt der Diagnose schwanger?“
 - Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“
 - Um einen ausschließlichen Schwangerschaftsdiabetes annehmen zu können, wurde anschließend die folgende Frage herangezogen: „Bestand der Diabetes auch in den letzten 12 Monaten?“
 - Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren in Deutschland.

Datenquelle

Die Ergebnisse basieren auf folgenden bundesweiten Befragungssurveys des Robert Koch-Instituts

- GSTel03:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 8.318
 - gültige Werte für den Indikator: n = 8.283
- GSTel06:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 5.542
 - gültige Werte für den Indikator: n = 5.513
- GEDA 2010:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 22.050
 - gültige Werte für den Indikator: n = 21.918
- GEDA 2012:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 19.294
 - gültige Werte für den Indikator: n = 19.210
- GEDA 2022:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, Erhebung unterteilt in Welle 1 bis 10 mit einem Basismodul und bis zu vier Fragebogenmodulen, N = 33.149 (relevante Teilstichprobe aus Welle 1 bis 3, Basismodul und Welle 4 bis 10, Modul 2: n = 15.763)
 - gültige Werte für den Indikator aus Welle 1 bis 3, Basismodul und Welle 4 bis 10, Modul 2: n = 15.670

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren in Privathaushalten. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews.

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Region und Bildung ausgewiesen. In den Studien GSTel03, GSTel06 sowie den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Region basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt ([Brauns et al. 2003](#)). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmaler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.
- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Dabei werden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2008 (GEDA 2010), 31.12.2011 (GEDA 2012) und 31.12.2020 (GEDA 2022) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2008 (GEDA 2010), 2011 (GEDA 2012) und 2018 (GEDA 2022) entnommen. Beim GSTel03 wurde die Stichprobe an die Bevölkerung innerhalb der Regionen (Nord, NRW, Mitte, Ost, Bayern und Baden-Württemberg), beim GSTel06 innerhalb der Bundesländer nach Altersgruppen und Geschlecht angepasst (Stichtag GSTel03: 31.12.2001, GSTel06: 31.12.2004).
- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-

Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.

- **Regionale Unterschiede:** Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Regionen und dem Bundesdurchschnitt wurden mittels Chi-Quadrat-Test unter Adjustierung für multiples Testen ermittelt. Dabei wurden die einzelnen Regionen im Vergleich zu den jeweils verbleibenden Regionen (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [GSTel03: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003](#)

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Diabetes mellitus: Sterblichkeit'

Indikator_ID: 2020207

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Diabetes mellitus bezeichnet eine Gruppe chronischer Stoffwechselerkrankungen, die durch einen erhöhten Blutzuckerspiegel gekennzeichnet sind, und gehört zu den häufigsten Todesursachen weltweit, insbesondere in Ländern mit hohem und niedrigem Einkommen ([WHO 2020](#)). Ein Versterben an Diabetes tritt vor allem aufgrund von diabetesbedingten Langzeitkomplikationen (z. B. Nieren- oder neurologische Komplikationen) oder Akutkomplikationen (z. B. schwere Hypoglykämien) auf. Die Sterberaten stiegen weltweit von 1990 bis Mitte der 2000er-Jahre kontinuierlich an. Seitdem ist in Entwicklungsländern ein Plateau, in entwickelten Ländern hingegen in der Tendenz ein Rückgang zu erkennen ([Balooch Hasankhani et al. 2023](#)). Eine verringerte Sterblichkeit an Diabetes könnte auf Verbesserungen in der Prävention von diabetesbedingten Komplikationen zurückzuführen sein.

Definition

Der Indikator *Diabetes mellitus: Sterblichkeit* ist definiert als die Anzahl der Sterbefälle, bei denen ein Diabetes mellitus (ICD-10-WHO-Code: E10 – E14) als zum Tode führendes Grundleiden (Todesursache) kodiert wurden, pro 100.000 Personen in einem Jahr.

Bezugspopulation

Bevölkerung mit ständigem Wohnsitz in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Todesursachenstatistik der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder umfasst alle Sterbefälle von Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland mit Angaben zu Alter, Geschlecht, Wohnsitz und der zugrundeliegenden Todesursache (Grundleiden) – kodiert nach [ICD-10-WHO-Version](#).

Datenqualität

Die Statistik der Sterbefälle ist eine Vollerhebung mit Auskunftspflicht. Sie umfasst alle Sterbefälle in der Wohnbevölkerung, die in Deutschland standesamtlich registriert werden, unabhängig vom Sterbeort. Ist der Sterbeort im Ausland, wird der Sterbefall erfasst, sofern er nachträglich standesamtlich beurkundet wird. Es finden mehrstufige Vollständigkeit- und Plausibilitätskontrollen statt, sodass eine hohe Zuverlässigkeit gegeben ist ([Destatis 2024](#)).

In der unikausalen Todesursachenstatistik wird für jeden Todesfall das zum Tode führende Grundleiden kodiert, auch wenn mehrere Erkrankungen zum Tod geführt haben könnten. Weitere Angaben aus der Todesbescheinigung werden in der amtlichen Todesursachenstatistik nicht berücksichtigt. Die Qualität der kodierten Todesursachen variiert in Abhängigkeit der Dokumentation eines validen Grundleidens und wird gemäß einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Deutschland als „mittel“ eingestuft ([WHO 2005](#), [Zack et al. 2017](#)).

Berechnung

- **Beschreibung:** Quotient aus der Anzahl aller Sterbefälle an Diabetes mellitus (ICD-Code: E10 – E14) und der Anzahl aller Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland.
- **Stratifizierung:** Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der verstorbenen Person. Die Stratifizierung nach regionaler sozioökonomischer Deprivation erfolgt auf Grundlage des German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) (Jahre 2003 – 2020: GISD Release 2020, Jahr 2021: GISD Release 2022 v0.2) ([Michalski et al. 2022](#)). Der GISD fasst Merkmale der Erwerbs-, Bildungs- und Einkommenssituation für jeden Kreis und jede kreisfreie Stadt in einer Kennzahl zusammen. Die Kreise werden entlang ihrer GISD-Werte in Quintile von niedriger bis hoher sozioökonomischer Deprivation eingeteilt, die über den Wohnort der verstorbenen Person mit den Mortalitätsdaten verknüpft werden. Die Berechnung der Mortalitätsraten erfolgt stratifiziert nach niedriger (1. Quintil), mittlerer (2. – 4. Quintil) und hoher (5. Quintil) Deprivation. Unterschiede in der Mortalität nach sozioökonomischer Deprivation beziehen sich auf die räumliche Ebene.
- **Altersstandardisierung:** Mit der [europäischen Standardbevölkerung 2013](#) als Bezugspopulation erfolgte eine Altersstandardisierung unter Verwendung von 5-Jahres-Altersgruppen mit Ausnahme von < 1, 1 – 4 Jahre und ≥ 90 Jahre. Für die Auswertungen nach GISD wird die Altersgruppe ≥ 85 Jahre als höchste Altersgruppe verwendet.
- **Berechnungen:** Für die Berechnung der Sterberaten insgesamt sowie nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesland wurde die Durchschnittsbevölkerung als Bezugspopulation verwendet ([Destatis 2024](#)). Für die Auswertung nach GISD wurde der Bevölkerungsdurchschnitt eines Jahres (Mittelwert der Bevölkerung zum 31.12. des Vorjahres und des dargestellten Jahres) verwendet und die Berechnung erfolgte im [Forschungsdatenzentrum](#) der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder ([Todesursachenstatistik 2003 - Todesursachenstatistik 2021](#)).

Weiterführende Links

- [ICD-10-WHO-Version](#)
- [Todesursachenstatistik](#)
- [Daten zur Diabetes-Sterblichkeit im IS-GBE](#)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Gestationsdiabetes mellitus: Prävalenz'

Indikator_ID: 2020208

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Beim Schwangerschaftsdiabetes oder Gestationsdiabetes mellitus (GDM) handelt es sich um eine erstmals in der Schwangerschaft diagnostizierte Störung des Blutzuckerstoffwechsels. Diese bildet sich bei den meisten Frauen nach der Geburt zurück, erhöht aber das Risiko für Geburtskomplikationen bei Mutter und Kind ([Metzger et al. 2008](#)) sowie das Risiko der Mutter, später an einem Typ-2-Diabetes zu erkranken ([Rayanagoudar et al. 2016](#)). Wichtige potenziell vermeidbare Risikofaktoren für das Auftreten eines Gestationsdiabetes sind Adipositas und eine starke Gewichtszunahme in der Schwangerschaft sowie Bewegungsmangel. Diese Risikofaktoren als auch der Gestationsdiabetes selbst kommen in sozioökonomisch benachteiligten Gruppen häufiger vor.

Definition

Der Indikator *Gestationsdiabetes mellitus: Prävalenz* ist definiert als der Anteil der Frauen mit Klinikgeburt (inklusive Totgeburten) in einem Jahr, bei denen die Diagnose eines Gestationsdiabetes im Mutterpass oder die ICD-10 Diagnose O24.4 während des Klinikaufenthalts der Geburt dokumentiert ist.

Bezugspopulation

Alle Frauen mit Klinikgeburt in Deutschland nach Ausschluss von Frauen mit vorbestehendem Diabetes (etwa 1 % aller Frauen).

Datenquelle und Fallzahl

Stationäre Qualitätssicherung Geburtshilfe (Perinatalmedizin) am Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) seit 2015 auf Basis der Perinatalstatistik der Länder (<https://iqtig.org/qs-verfahren/peri/>). Dieser Datensatz enthält Informationen zu allen rund 700.000 stationären Geburten pro Jahr in Deutschland.

Datenqualität

Der Datensatz enthält ausschließlich Informationen zu Klinikgeburten, da die Daten von den Krankenhäusern übermittelt werden. Geburten außerhalb des Krankenhauses, die einen sehr kleinen Anteil von unter 2 % darstellen, sind darin nicht enthalten. Da eine unvollständige Dokumentation des Gestationsdiabetes im Mutterpass nicht ausgeschlossen werden kann, ist eine Unterschätzung der Prävalenz möglich.

Berechnung

- **Beschreibung:** Quotient aus der Anzahl aller Frauen mit Klinikgeburt und dokumentiertem Gestationsdiabetes und der Anzahl zu allen Frauen mit Klinikgeburt nach Ausschluss von Frauen mit vorbestehendem Diabetes.
- **Stratifizierung:** Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Standort des Krankenhauses, in welchem die Entbindung stattgefunden hat. Die Stratifizierung nach regionaler sozioökonomischer Deprivation erfolgt auf Grundlage des German Index of Socioeconomic Deprivation (GSD) (Jahre 2019 – 2020: GSD Release 2020; Jahre 2021 – 2022: GSD Release 2022 v0.2) ([Michalski et al. 2022](#)). Der GSD liefert Informationen zu allen Land- und Stadtkreisen und teilt diese in Quintile von niedriger bis hoher sozioökonomischer Deprivation ein. Die Berechnung erfolgt stratifiziert nach niedriger (1. Quintil), mittlerer (2. – 4. Quintil) und hoher Deprivation (5. Quintil) nach Linkage des GSD mit dem Wohnort der Schwangeren auf Ebene der vierstelligen Postleitzahl (ökologische Korrelation).
- **Altersstandardisierung:** Es erfolgt eine direkte Altersstandardisierung unter Verwendung folgender

Altersgruppen: < 20 Jahre, in 5-Jahres-Altersgruppen für den Altersbereich zwischen 20 und 44 Jahren, ≥ 45 Jahre mit der Population der Klinikgeburten des Jahres 2021.

Weiterführende Links

- Qualitätssicherung Perinatalmedizin: <https://iqtig.org/qs-verfahren/peri/>

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Brustkrebs: Inzidenz'

Indikator_ID: 2020301

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Brustkrebs ist die mit Abstand häufigste Krebserkrankung der Frau. Auf Basis der aktuellen Inzidenzraten erkrankt etwa eine von acht Frauen im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Brustkrebs bei Männern ist dagegen sehr selten. Risikofaktoren für Brustkrebs sind unter anderem höheres Alter, dichtes oder verändertes Brustgewebe, bestimmte Vorerkrankungen und Vorthérapien, erbliche Veranlagungen, hormonelle Risikofaktoren sowie gewisse Lebensgewohnheiten wie [Übergewicht](#), Alkoholkonsum und [Rauchen](#). Das gesetzliche Krebsfrüherkennungsprogramm bietet Frauen verschiedene Untersuchungen an. Dazu gehört auch das Mammographie-Screening, an dem Frauen im Alter zwischen 50 und 75 Jahren alle zwei Jahre teilnehmen können ([RKI 2023](#)). Weitere Informationen zum Krebsgeschehen in Deutschland finden sich unter www.krebsdaten.de.

Definition

Der Indikator *Brustkrebs: Inzidenz* ist definiert als die absolute Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen an Brustkrebs (ICD-10: C50) pro 100.000 Personen in der Bevölkerung.

Bezugspopulation

Bevölkerung mit Wohnsitz in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Schätzung der Inzidenz von Krebs in Deutschland auf Basis der epidemiologischen Landeskrebsregisterdaten.

Datenqualität

Für Bundesländer, in denen für bestimmte Zeiträume noch keine oder nur unvollständige Daten zu Neuerkrankungen vorlagen, wurde die Inzidenz auf Basis der Brustkrebssterblichkeit im jeweiligen Bundesland geschätzt. Regionale Unterschiede und zeitliche Trends bei Männern sind aufgrund der kleinen Fallzahlen mit Vorsicht zu interpretieren.

Berechnung

- **Beschreibung:** Auf der Grundlage der Daten der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland

schätzt das Zentrum für Krebsregisterdaten die Zahl aller jährlich in Deutschland neu aufgetretenen Krebserkrankungen. Die bundesweiten Neuerkrankungszahlen ergeben sich aus den Ergebnissen eines gemischten Poisson-Regressionsmodells. Das Modell berücksichtigt die jeweilige krebspezifische Mortalität, die Bevölkerungsgröße und das Diagnosejahr. Außerdem werden Abweichungen in der Inzidenz zwischen den Registern durch zufällige Effekte modelliert. Zur Anwendung der Regression werden die Daten nach Geschlecht, Register, Diagnose und Altersgruppe stratifiziert (RKI 2019). Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter und Bundesland ausgewiesen.

- **Stratifizierung:** Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort bei Erstdiagnose.
- **Altersstandardisierung:** Mit der [europäischen Standardbevölkerung 2013](#) als Bezugspopulation erfolgte eine Altersstandardisierung unter Verwendung von 0 – 14 Jahre sowie anschließend von 5-Jahres-Altersgruppen ab 15 – 19 Jahre bis 80 – 84 Jahre sowie ≥ 85 Jahre.

Weiterführende Links

- [Zentrum für Krebsregisterdaten – www.krebsdaten.de](http://www.krebsdaten.de)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Brustkrebs: Sterblichkeit'

Indikator_ID: 2020302

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Brustkrebs ist die häufigste Todesursache unter den Krebserkrankungen bei Frauen. Dennoch haben die meisten Patientinnen eine gute Prognose, da die Tumore häufig in frühen Stadien erkannt werden. Die Überlebensaussichten sind für Frauen mit Brustkrebs in einem frühen Stadium (Stadium I) ähnlich wie für in-situ Karzinome nicht eingeschränkt. Im fortgeschrittenen Stadium (Stadium III und IV) sinken die Überlebensaussichten, liegen aber immer noch höher, als bei den meisten Krebsarten in vergleichbaren Stadien (RKI 2016). Durch Verbesserungen in der Versorgung und Therapie von Brustkrebs ist die Sterblichkeit über die letzten Jahrzehnte kontinuierlich gesunken (RKI 2023). Weitere Informationen zum Krebsgeschehen in Deutschland finden sich unter www.krebsdaten.de.

Definition

Der Indikator *Brustkrebs: Sterblichkeit* ist definiert als die Anzahl der Sterbefälle, bei denen Brustkrebs (ICD-10-WHO-Code: C50) als zum Tode führendes Grundleiden (Todesursache) kodiert wurde, pro 100.000 Personen in einem Jahr.

Bezugspopulation

Bevölkerung mit ständigem Wohnsitz in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Todesursachenstatistik der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder umfasst alle Sterbefälle von Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland mit Angaben zu Alter, Geschlecht, Wohnsitz und der zugrundeliegenden Todesursache (Grundleiden) – kodiert nach [ICD-10-WHO-Version](#).

Datenqualität

Die Statistik der Sterbefälle ist eine Vollerhebung mit Auskunftspflicht. Sie umfasst alle Sterbefälle in der Wohnbevölkerung, die in Deutschland standesamtlich registriert werden, unabhängig vom Sterbeort. Ist der Sterbeort im Ausland, wird der Sterbefall erfasst, sofern er nachträglich standesamtlich beurkundet wird. Es finden mehrstufige Vollständigkeit- und Plausibilitätskontrollen statt, sodass eine hohe Zuverlässigkeit gegeben ist ([Destatis 2024](#)).

In der unikausalen Todesursachenstatistik wird für jeden Todesfall das zum Tode führende Grundleiden kodiert, auch wenn mehrere Erkrankungen zum Tod geführt haben könnten. Weitere Angaben aus der Todesbescheinigung werden in der amtlichen Todesursachenstatistik nicht berücksichtigt. Die Qualität der kodierten Todesursachen variiert in Abhängigkeit der Dokumentation eines validen Grundleidens und wird gemäß einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Deutschland als „mittel“ eingestuft ([WHO 2005](#), [Zack et al. 2017](#)).

Berechnung

- **Beschreibung:** Quotient aus der Anzahl aller Sterbefälle an Brustkrebs (ICD-Code: C50) und der Anzahl aller Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland.
- **Stratifizierung:** Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der verstorbenen Person. Die Stratifizierung nach regionaler sozioökonomischer Deprivation erfolgt auf Grundlage des German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) (Jahre 2003 – 2020: GISD Release 2020, Jahr 2021: GISD Release 2022 v0.2) ([Michalski et al. 2022](#)). Der GISD fasst Merkmale der Erwerbs-, Bildungs- und Einkommenssituation für jeden Kreis und jede kreisfreie Stadt in einer Kennzahl zusammen. Die Kreise werden entlang ihrer GISD-Werte in Quintile von niedriger bis hoher sozioökonomischer Deprivation eingeteilt, die über den Wohnort der verstorbenen Person mit den Mortalitätsdaten verknüpft werden. Die Berechnung der Mortalitätsraten erfolgt stratifiziert nach niedriger (1. Quintil), mittlerer (2. – 4. Quintil) und hoher (5. Quintil) Deprivation. Unterschiede in der Mortalität nach sozioökonomischer Deprivation beziehen sich auf die räumliche Ebene.
- **Altersstandardisierung:** Mit der [europäischen Standardbevölkerung 2013](#) als Bezugspopulation erfolgte eine Altersstandardisierung unter Verwendung von 0 – 14 Jahre sowie anschließend von 5-Jahres-Altersgruppen ab 15 – 19 Jahre bis 80 – 84 Jahre sowie ≥ 85 Jahre.
- **Berechnungen:** Für die Berechnung der Sterberaten insgesamt sowie nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesland wurde die Durchschnittsbevölkerung als Bezugspopulation verwendet ([Destatis 2024](#)). Für die Auswertung nach GISD wurde der Bevölkerungsdurchschnitt eines Jahres (Mittelwert der Bevölkerung zum 31.12. des Vorjahres und des dargestellten Jahres) verwendet und die Berechnung erfolgte im [Forschungsdatenzentrum](#) der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder ([Todesursachenstatistik 2003 - Todesursachenstatistik 2021](#)).

Weiterführende Links

- [Zentrum für Krebsregisterdaten – www.krebsdaten.de](#)
- [ICD-10-WHO-Version](#)
- [Todesursachenstatistik](#)
- [Daten zur Brustkrebs-Sterblichkeit im IS-GBE](#)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Darmkrebs: Inzidenz'

Indikator_ID: 2020303

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Etwa jede neunte Krebserkrankung in Deutschland betrifft den Dickdarm (Kolon) beziehungsweise den Mastdarm (Rektum). Die Diagnose Darmkrebs wird im Laufe des Lebens bei einer von 19 Frauen und einem von 15 Männern gestellt. Etwa zwei Drittel der Erkrankung werden im Dickdarm entdeckt. Die wichtigsten Risikofaktoren für Darmkrebs sind [Rauchen](#), [Übergewicht](#), Bewegungsmangel, eine ballaststoffarme Ernährung sowie Alkoholkonsum. Im Rahmen des gesetzlichen Früherkennungsprogramms kann im Alter von 50 bis 54 Jahren jährlich und ab 55 Jahren alle zwei Jahre ein immunologischer Test auf verstecktes Blut im Stuhl in Anspruch genommen werden. Alternativ sieht das Krebsfrüherkennungsprogramm für Männer ab 50 Jahren und Frauen ab 55 Jahren eine [Darmspiegelung](#) (Koloskopie) vor. Bei einer Darmspiegelung können Ärztinnen und Ärzte Krebsvorstufen entfernen und so Darmkrebs vorbeugen ([RKI 2023](#), [RKI 2016](#)). Weitere Informationen zum Krebsgeschehen in Deutschland finden sich unter www.krebsdaten.de.

Definition

Der Indikator *Darmkrebs: Inzidenz* ist definiert als die absolute Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen an Darmkrebs (ICD-10: C18 – C20) pro 100.000 Personen in der Bevölkerung.

Bezugspopulation

Bevölkerung mit Wohnsitz in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Schätzung der Inzidenz von Krebs in Deutschland auf Basis der epidemiologischen Landeskrebsregisterdaten.

Datenqualität

Für Bundesländer, in denen für bestimmte Zeiträume noch keine oder nur unvollständige Daten zu Neuerkrankungen vorlagen, wurde die Inzidenz auf Basis der Darmkrebssterblichkeit im jeweiligen Bundesland geschätzt.

Berechnung

- **Beschreibung:** Auf der Grundlage der Daten der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland schätzt das Zentrum für Krebsregisterdaten die Zahl aller jährlich in Deutschland neu aufgetretenen Krebserkrankungen. Die bundesweiten Neuerkrankungszahlen ergeben sich aus den Ergebnissen eines gemischten Poisson-Regressionsmodells. Das Modell berücksichtigt die jeweilige krebspezifische Mortalität, die Bevölkerungsgröße und das Diagnosejahr. Außerdem werden Abweichungen in der Inzidenz zwischen den Registern durch zufällige Effekte modelliert. Zur Anwendung der Regression werden die Daten nach Geschlecht, Register, Diagnose und Altersgruppe stratifiziert ([RKI 2019](#)). Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter und Bundesland ausgewiesen.
- **Stratifizierung:** Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort bei Erstdiagnose.
- **Altersstandardisierung:** Mit der [europäischen Standardbevölkerung 2013](#) als Bezugspopulation erfolgte eine Altersstandardisierung unter Verwendung von 0 – 14 Jahre sowie anschließend von 5-Jahres-Altersgruppen ab 15 – 19 Jahre bis 80 – 84 Jahre sowie ≥ 85 Jahre.

Weiterführende Links

- [Zentrum für Krebsregisterdaten – www.krebsdaten.de](http://www.krebsdaten.de)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Darmkrebs: Sterblichkeit'

Indikator_ID: 2020304

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Darmkrebs – gemeint ist hier Krebs im Dick- und Mastdarm – ist die dritthäufigste Todesursache unter den Krebserkrankungen. Die altersstandardisierten Sterberaten gehen bei beiden Geschlechtern kontinuierlich zurück. Die Überlebensraten sinken mit zunehmendem Alter und in höheren Tumorstadien, insbesondere nach Fernmetastasierung (Stadium IV) ([RKI 2023](#)). Im Rahmen des gesetzlichen Früherkennungsprogramms kann im Alter von 50 bis 54 Jahren jährlich und ab 55 Jahre alle zwei Jahre ein immunologischer Test auf verstecktes Blut im Stuhl in Anspruch genommen werden. Alternativ sieht das Krebsfrüherkennungsprogramm für Männer ab 50 Jahren und Frauen ab 55 Jahren (Frauen) eine [Darmspiegelung](#) (Koloskopie) vor ([RKI 2023](#)). Weitere Informationen zum Krebsgeschehen in Deutschland finden sich unter www.krebsdaten.de.

Definition

Der Indikator *Darmkrebs: Sterblichkeit* ist definiert als die Anzahl der Sterbefälle, bei denen Darmkrebs (ICD-10-WHO-Code: C18 – C20) als zum Tode führendes Grundleiden (Todesursache) kodiert wurde, pro 100.000 Personen in einem Jahr.

Bezugspopulation

Bevölkerung mit ständigem Wohnsitz in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Todesursachenstatistik der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder umfasst alle Sterbefälle von Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland mit Angaben zu Alter, Geschlecht, Wohnsitz und der zugrundeliegenden Todesursache (Grundleiden) – kodiert nach [ICD-10-WHO-Version](#).

Datenqualität

Die Statistik der Sterbefälle ist eine Vollerhebung mit Auskunftspflicht. Sie umfasst alle Sterbefälle in der Wohnbevölkerung, die in Deutschland standesamtlich registriert werden, unabhängig vom Sterbeort. Ist der Sterbeort im Ausland, wird der Sterbefall erfasst, sofern er nachträglich standesamtlich beurkundet wird. Es finden mehrstufige Vollständigkeits- und Plausibilitätskontrollen statt, sodass eine hohe Zuverlässigkeit gegeben ist ([Destatis 2024](#)).

In der unikausalen Todesursachenstatistik wird für jeden Todesfall das zum Tode führende Grundleiden kodiert, auch wenn mehrere Erkrankungen zum Tod geführt haben könnten. Weitere Angaben aus der Todesbescheinigung werden in der amtlichen Todesursachenstatistik nicht berücksichtigt. Die Qualität der

kodierten Todesursachen variiert in Abhängigkeit der Dokumentation eines validen Grundleidens und wird gemäß einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Deutschland als „mittel“ eingestuft ([WHO 2005](#), [Zack et al. 2017](#)).

Berechnung

- **Beschreibung:** Quotient aus der Anzahl aller Sterbefälle an Darmkrebs (ICD-Code: C18 – C20) und der Anzahl aller Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland.
- **Stratifizierung:** Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der verstorbenen Person. Die Stratifizierung nach regionaler sozioökonomischer Deprivation erfolgt auf Grundlage des German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) (Jahre 2003 – 2020: GISD Release 2020, Jahr 2021: GISD Release 2022 v0.2) ([Michalski et al. 2022](#)). Der GISD fasst Merkmale der Erwerbs-, Bildungs- und Einkommenssituation für jeden Kreis und jede kreisfreie Stadt in einer Kennzahl zusammen. Die Kreise werden entlang ihrer GISD-Werte in Quintile von niedriger bis hoher sozioökonomischer Deprivation eingeteilt, die über den Wohnort der verstorbenen Person mit den Mortalitätsdaten verknüpft werden. Die Berechnung der Mortalitätsraten erfolgt stratifiziert nach niedriger (1. Quintil), mittlerer (2. – 4. Quintil) und hoher (5. Quintil) Deprivation. Unterschiede in der Mortalität nach sozioökonomischer Deprivation beziehen sich auf die räumliche Ebene.
- **Altersstandardisierung:** Mit der [europäischen Standardbevölkerung 2013](#) als Bezugspopulation erfolgte eine Altersstandardisierung unter Verwendung von 0 – 14 Jahre sowie anschließend von 5-Jahres-Altersgruppen ab 15 – 19 Jahre bis 80 – 84 Jahre sowie ≥ 85 Jahre.
- **Berechnungen:** Für die Berechnung der Sterberaten insgesamt sowie nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesland wurde die Durchschnittsbevölkerung als Bezugspopulation verwendet ([Destatis 2024](#)). Für die Auswertung nach GISD wurde der Bevölkerungsdurchschnitt eines Jahres (Mittelwert der Bevölkerung zum 31.12. des Vorjahres und des dargestellten Jahres) verwendet und die Berechnung erfolgte im [Forschungsdatenzentrum](#) der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder ([Todesursachenstatistik 2003](#) - [Todesursachenstatistik 2021](#)).

Weiterführende Links

- [Zentrum für Krebsregisterdaten – www.krebsdaten.de](#)
- [ICD-10-WHO-Version](#)
- [Todesursachenstatistik](#)
- [Daten zur Darmkrebs-Sterblichkeit im IS-GBE](#)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'COPD: Prävalenz (ab 45 Jahre)'

Indikator_ID: 2020401

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD, engl. „chronic obstructive pulmonary disease“) geht mit einer hohen Krankheitslast einher und zählt sowohl in Deutschland als auch weltweit zu den führenden Todesursachen ([Porst et al. 2023](#)). Die Erkrankung ist durch chronische Entzündung und oft fortschreitende Verengung der Atemwege sowie Zerstörung des Lungengewebes (Lungenparenchyms) gekennzeichnet. Charakteristisch ist das Bestehen von chronischem Husten und Auswurf (chronische Bronchitis) sowie von dauerhaften Erweiterungen der Lungenbläschen (Lungenemphysem), die oft in Kombination miteinander auftreten. COPD entsteht auf der Basis eines komplexen Zusammenspiels

zwischen genetischen Faktoren und Umweltfaktoren. Tabakrauchen – sowohl aktiv als auch passiv – stellt den bedeutendsten Risikofaktor dar. Daneben können auch Störungen der Lungenentwicklung, wiederholte Atemwegsinfektionen in der frühen Kindheit oder Belastungen durch Luftschadstoffe zur Entwicklung einer COPD beitragen (BÄK et al. o.J.).

Definition

Der Indikator *COPD: Prävalenz* ist definiert als der Anteil der Personen ab 45 Jahren mit einer chronischen Bronchitis, chronisch obstruktiven Lungenerkrankung oder einem Lungenemphysem in den letzten 12 Monaten.

Operationalisierung

Die Erfassung der COPD basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2014/2015-EHIS

- „Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden?“
- In einer Liste mit 17 vorgegebenen Erkrankungen konnte „Chronische Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Lungenemphysem“ angekreuzt werden.
- Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“

GEDA 2019/2020-EHIS

- „Es geht nun um dauerhafte Krankheiten und chronische Gesundheitsprobleme. Bitte berücksichtigen Sie dabei keine vorübergehenden gesundheitlichen Probleme. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden?“
- In einer Liste mit 18 vorgegebenen Erkrankungen konnte „Chronische Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Lungenemphysem“ ausgewählt werden.
- Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 45 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgenden bundesweiten Befragungssurveys des Robert Koch-Instituts:

- GEDA 2014/2015-EHIS:
 - webbasierte und schriftliche Befragungen auf der Basis einer Einwohnermeldeamtsstichprobe, N = 24.016
 - gültige Werte für den Indikator: n = 23.791 Personen ab 45 Jahren
- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.414 Personen ab 45 Jahre

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren in Privathaushalten. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews. Zeitvergleiche der Ergebnisse zwischen der GEDA-Welle 2014/2015-EHIS und den übrigen Wellen sollten aufgrund von Unterschieden in der Stichprobenziehung sowie Unterschieden im Erhebungsmodus vorsichtig interpretiert werden.

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Region und Bildung ausgewiesen. In den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben (Pöge et al. 2022). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Region basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt (Brauns et al. 2003). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmaler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.
- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. In GEDA 2019/2020-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreistyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2014 (GEDA 2014/2015-EHIS) und 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) 2023) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2013 (GEDA 2014/2015-EHIS) und 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) entnommen.
- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.

- **Regionale Unterschiede:** Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Regionen und dem Bundesdurchschnitt wurden mittels Chi-Quadrat-Test unter Adjustierung für multiples Testen ermittelt. Dabei wurden die einzelnen Regionen im Vergleich zu den jeweils verbleibenden Regionen (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [EHIS: European Health Interview Survey](#)

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Asthma: Prävalenz (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 2020403

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Asthma bronchiale ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung der Atemwege, die durch eine reversible Verengung der Bronchien gekennzeichnet ist. Typische Beschwerden, die in ihrer Intensität und Häufigkeit variieren, sind anfallsartige Kurzatmigkeit oder Atemnot, ein Engegefühl in der Brust, hörbare Atemgeräusche (Giemen, Pfeifen, Brummen) vor allem beim Ausatmen und ein starker Reizhusten. Im Krankheitsverlauf kann es zu akuten Verschlechterungsepisoden (Exazerbationen) kommen, die zu einer notfallmäßigen Krankenhausbehandlung führen können. Auslöser für Asthmabeschwerden können in der Luft enthaltene Stoffe wie bestimmte Allergene oder Tabakrauch und andere Schadstoffe sein. Zu weiteren auslösenden Faktoren zählen körperliche Aktivität oder virale Infektionen der Atemwege ([Lommatzsch et al. 2023](#)). Asthma zählt zu den häufigsten nichtübertragbaren Erkrankungen weltweit und verursacht erhebliche individuelle Einschränkungen sowie Belastungen des Gesundheitssystems ([WHO 2019](#)).

Definition

Der Indikator *Asthma: Prävalenz* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen mit Asthma (Bronchialasthma, Lungenasthma, allergisches Asthma) in den letzten 12 Monaten.

Operationalisierung

Die Erfassung von Asthma basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2009, GEDA 2010 und GEDA 2012:

- „Wurde bei Ihnen jemals Asthma bronchiale von einem Arzt festgestellt? Hinweis: Synonyme für Asthma bronchiale: Bronchialasthma, Lungenasthma, allergisches Asthma“
- Wurde diese Frage bejaht, wurde anschließend gefragt: „Bestand das Asthma bei Ihnen auch in den letzten 12 Monaten?“
- Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“

GEDA 2014/2015-EHIS:

- „Wurde eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden jemals ärztlich diagnostiziert?“
- In einer Liste mit 17 vorgegebenen Erkrankungen konnte „Schlaganfall“ angekreuzt werden.
- Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“

GEDA 2019/2020-EHIS:

- „Es geht nun um dauerhafte Krankheiten und chronische Gesundheitsprobleme. Bitte berücksichtigen Sie dabei keine vorübergehenden gesundheitlichen Probleme. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden?“
- In einer Liste mit 18 vorgegebenen Erkrankungen konnte „Asthma, einschließlich allergischem Asthma“ ausgewählt werden.
- Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgenden bundesweiten Befragungssurveys des Robert Koch-Instituts:

- GEDA 2009:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 21.262
 - gültige Werte für den Indikator: n = 21.189
- GEDA 2010:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 22. 050
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.000
- GEDA 2012:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 19.294
 - gültige Werte für den Indikator: n = 19.261
- GEDA 2014/2015-EHIS:
 - webbasierte und schriftliche Befragungen auf der Basis einer Einwohnermeldeamtsstichprobe, N = 24.016
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.671
- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.682

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren in Privathaushalten. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen

Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews. Zeitvergleiche der Ergebnisse zwischen der GEDA-Welle 2014/2015-EHIS und den übrigen Wellen sollten aufgrund von Unterschieden in der Stichprobenziehung sowie Unterschieden im Erhebungsmodus vorsichtig interpretiert werden.

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Region und Bildung ausgewiesen. In den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben (Pöge et al. 2022). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Region basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt (Brauns et al. 2003). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmaler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.
- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. In GEDA 2019/2020-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreistyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2007 (GEDA 2009), 31.12.2008 (GEDA 2010), 31.12.2011 (GEDA 2012), 31.12.2014 (GEDA 2014/2015-EHIS) und 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2007 (GEDA 2009), 2008 (GEDA 2010), 2011 (GEDA 2012), 2013 (GEDA 2014/2015-EHIS) und 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) entnommen.
- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.
 - **Regionale Unterschiede:** Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Regionen und dem

Bundesdurchschnitt wurden mittels Chi-Quadrat-Test unter Adjustierung für multiples Testen ermittelt. Dabei wurden die einzelnen Regionen im Vergleich zu den jeweils verbleibenden Regionen (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [EHIS: European Health Interview Survey](#)

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Arthrose: Prävalenz (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 2020501

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Arthrose ist weltweit die häufigste Gelenkerkrankung und der Anteil der Betroffenen wird weiter zunehmen ([Hunter und Zeinstra 2019](#)). Arthrose tritt überwiegend bei Personen in der zweiten Lebenshälfte und mit zunehmendem Lebensalter vermehrt auf. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Arthrose verursacht Gelenkschmerzen und Einschränkungen der Gelenkbeweglichkeit, die im Verlauf der Erkrankung zunehmen und wiederum mit Einschränkungen der körperlichen Funktionsfähigkeit einhergehen, die zu einem Verlust an Lebensqualität ([Salaffi et al. 2005](#)), Einschränkungen in Autonomie und [Einschränkungen in instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens](#) führen. Arthrose ist nicht heilbar, kann aber durch körperliche Aktivität, Reduktion von Übergewicht, Physiotherapie und durch Medikation in ihren Auswirkungen begrenzt werden. Arthrose führt zu erheblichen direkten und indirekten Kosten für das Gesundheitssystem, besonders durch Operation und Gelenkersatz von häufig betroffenen Gelenken, wie Knie und Hüfte, sowie durch krankheitsbedingte Arbeitsausfälle.

Definition

Der Indikator *Arthrose: Prävalenz* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen mit Arthrose in den letzten 12 Monaten.

Operationalisierung

Die Erfassung von Arthrose basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2019/2020-EHIS:

- „Es geht nun um dauerhafte Krankheiten und chronische Gesundheitsprobleme. Bitte berücksichtigen Sie dabei keine vorübergehenden gesundheitlichen Probleme. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden?“
- In einer Liste mit 18 vorgegebenen Erkrankungen konnte „Arthrose. Nicht gemeint ist Arthritis, bzw. Gelenkentzündung“ ausgewählt werden.
- Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgendem bundesweiten Befragungssurvey des Robert Koch-Instituts:

- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.549

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [EHIS: European Health Interview Survey](#)

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung ausgewiesen. In den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt ([Brauns et al. 2003](#)). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmäler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.
- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. In GEDA 2019/2020-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreistyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-

EHIS) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2017 entnommen.

- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.
 - **Regionale Unterschiede:** Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt wurden mittels Chi-Quadrat-Test unter Adjustierung für multiples Testen ermittelt. Dabei wurden die einzelnen Bundesländer im Vergleich zu den jeweils verbleibenden Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Unfallverletzungen (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 2030101

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Die Vermeidung von Unfällen hat große Bedeutung, sowohl für die Betroffenen und ihre Familien als auch gesamtgesellschaftlich. Nach Schätzungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin verletzen sich jährlich etwa 9 Millionen Menschen bei Unfällen (letzte Schätzung von 2015). Im Jahr 2022 wurden in Deutschland mehr als 32.000 Menschen bei Unfällen getötet (ICD-10: V01 – X59) ([Destatis 2024](#)). Das Unfallgeschehen in Deutschland lässt sich auf der Basis amtlicher Statistiken nur unvollständig abbilden, eine gesetzliche Grundlage für die Erfassung gibt es nur für einige Bereiche, zum Beispiel Arbeits- und Verkehrsunfälle. Im Europäischen Gesundheitssurvey (European Health Interview Survey, EHIS) wird alle fünf Jahre erfragt, ob die Teilnehmenden in den letzten 12 Monaten Unfallverletzungen im Verkehr, zu Hause und in der Freizeit erlitten haben. Damit ergibt sich ein Überblick über die Situation in Deutschland. Hinweise auf gefährdete Personengruppen und Orte können abgeleitet werden, denn: Ein Unfall ist kein Zufall.

Definition

Der Indikator *Unfallverletzungen* ist definiert als Anteil der Erwachsenen mit mindestens einer Unfallverletzung im Verkehr, zu Hause oder in der Freizeit in den letzten 12 Monaten. Ob eine medizinische Versorgung erfolgte, spielt keine Rolle.

Operationalisierung

Die Erfassung von Unfallverletzungen basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2014/2015-EHIS und GEDA 2019/2020-EHIS

- „Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Verletzung aufgrund einer der folgenden Unfälle?“
(Interviewerhinweis: Auch gemeint sind Verletzungen verursacht durch Vergiftungen, durch Tiere, auch Insekten. Nicht gemeint sind willentliche Verletzungen durch andere Personen.)
 - „Verkehrsunfall“
 - „Unfall zu Hause“
 - „Freizeitunfall“
- Antwortmöglichkeiten jeweils: „Ja“, „Nein“

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgenden bundesweiten Befragungssurveys des Robert Koch-Instituts:

- GEDA 2014/2015-EHIS:
 - webbasierte und schriftliche Befragungen auf der Basis einer Einwohnermeldeamtsstichprobe, N = 24.016
 - gültige Werte für den Indikator: n = 23.641 (Gesamt), n = 23.236 (Verkehrsunfall), n = 23.317 (Unfall zu Hause), n = 23.405 (Freizeitunfall)
- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.700 (Gesamt), n = 22.704 (Verkehrsunfall), n = 22.701 (Unfall zu Hause), n = 22.702 (Freizeitunfall)

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren in Privathaushalten. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews. Zeitvergleiche der Ergebnisse zwischen der GEDA-Welle 2014/2015-EHIS und den übrigen Wellen sollten aufgrund von Unterschieden in der Stichprobenziehung sowie Unterschieden im Erhebungsmodus vorsichtig interpretiert werden.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [EHIS: European Health Interview Survey](#)

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung ausgewiesen. In den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA

2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt ([Brauns et al. 2003](#)). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.

- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmaler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.
- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. In GEDA 2019/2020-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreistyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2014 (GEDA 2014/2015-EHIS) und 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) 2023) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2013 (GEDA 2014/2015-EHIS) und 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) entnommen.
- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.
 - **Regionale Unterschiede:** Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt wurden mittels Chi-Quadrat-Test unter Adjustierung für multiples Testen ermittelt. Dabei wurden die einzelnen Bundesländer im Vergleich zu den jeweils verbleibenden Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Stürze (ab 65 Jahre)'

Indikator_ID: 2030102

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Stürze spielen im Alter eine bedeutsame Rolle, da sie zu schwerwiegenden Verletzungen führen können; sie ereignen sich auf Basis des Zusammenwirkens von biologischen, verhaltensbezogenen, umweltbezogenen und sozioökonomische Risikofaktoren (WHO 2007). Alter, Multimorbidität, Polypharmazie (die gleichzeitige Einnahme von fünf oder mehr Medikamenten), Mobilitäts- und Seheinschränkungen sind dabei bekannte Risikofaktoren für Stürze (Rubenstein 2006). Sturzereignisse und ihre Folgen können die Lebensqualität beeinträchtigen und ein höheres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko sowie eine Belastung für die Gesundheits- und Sozialsysteme darstellen. Stürze können zu langfristigen körperlichen Behinderungen, schwerer Abhängigkeit und Krankenhausaufenthalten führen, sowie zu Sturzangst, die wiederum zur Beschränkung körperlicher Aktivität und zu verringerten sozialen Kontakten führen kann.

Definition

Der Indikator *Stürze* ist definiert als der Anteil der Personen ab 65 Jahren, die angeben, in den letzten 12 Monaten einmal beziehungsweise mehrmals gestürzt zu sein.

Operationalisierung

Die Erfassung von Stürzen basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2019/2020-EHIS und GEDA 2022

- „Sind Sie innerhalb der letzten 12 Monate gefallen, gestolpert oder ausgerutscht, sodass Sie Ihr Gleichgewicht verloren haben und auf dem Boden oder einer tieferen Ebene gelandet sind?“
- Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“
- Wurde die Frage bejaht, wurde gefragt: „Falls ja: „Wie oft ist dies innerhalb der letzten 12 Monate passiert?“
- Antwortmöglichkeiten: „1 Mal“, „2 Mal“, „Mehr als 2 Mal“
- Einfach- beziehungsweise Mehrfachstürze liegen vor, wenn die Frage mit „1 Mal“ oder „2 Mal/Mehr als 2 Mal“ beantwortet wurde.

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 65 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgenden bundesweiten Befragungssurveys des Robert Koch-Instituts:

- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator: n = 7.849 Personen ab 65 Jahren
- GEDA 2022:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, Erhebung unterteilt in Welle 1 bis 10 mit einem Basismodul und bis zu vier Fragebogenmodulen, N = 33.149 (relevante Teilstichprobe Welle 1 bis 7, Modul 1: n = 12.937)

- gültige Werte für den Indikator aus Welle 1 bis 7, Modul 1: n = 2.148 Personen ab 65 Jahren (Einfachstürze); n = 2.147 Personen ab 65 Jahren (Mehrfachstürze)

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren in Privathaushalten. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews.

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter und Bildung ausgewiesen. In den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt ([Brauns et al. 2003](#)). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.
- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmaler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.
- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. In GEDA 2019/2020-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreistyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) und 31.12.2020 (GEDA 2022) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) und 2018 (GEDA 2022) entnommen.
- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-

Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [EHIS: European Health Interview Survey](#)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Psychische Störungen: Administrative Prävalenz (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 2040101

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Psychische Störungen sind definiert als Veränderungen von Wahrnehmung, Denken, Fühlen und Verhalten, die Leid und Funktionseinschränkungen in wichtigen Lebensbereichen verursachen. Weltweit zählen sie zu den Erkrankungen mit der größten Krankheitslast ([IHME 2024](#)). Diagnosesysteme unterscheiden verschiedene Klassen psychischer Störungen, beispielsweise Depression, Angststörungen, Schizophrenie, posttraumatische Belastungsstörung, Störungen durch Alkohol oder illegale Drogen sowie organisch bedingte Störungen wie Demenz. Die vielfältigen Ursachen psychischer Störungen liegen auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene, wobei die sozialen Determinanten besonders einflussreich und veränderbar sind ([Kirkbride et al. 2024](#)).

Der Anteil der gesetzlich Versicherten, bei denen die Diagnose einer psychischen Störung in der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung dokumentiert wurde, wird als administrative Prävalenz oder auch Diagnoseprävalenz bezeichnet. Sie wird davon beeinflusst, dass viele Betroffene keine professionelle Hilfe aufgrund der psychischen Beschwerden aufsuchen ([Mack et al. 2014](#)) und psychische Störungen im Gesundheitssystem sowohl übersehen als auch überdiagnostiziert werden.

Definition

Der Indikator *Psychische Störungen: Administrative Prävalenz* ist definiert als der Anteil der gesetzlich versicherten Erwachsenen mit Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung, bei denen im jeweiligen Jahr einmalig oder mehrmals eine Diagnose einer psychischen Störung in der ambulanten Versorgung dokumentiert wurde (ICD-10-Code: F00 – F99).

Bezugspopulation

Alle gesetzlich versicherten Erwachsenen mit Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung (in 2023 etwa 60,7 Millionen).

Datenquelle und Fallzahl

Bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V aller gesetzlich krankenversicherter Personen, die in den jeweiligen Jahren vertragsärztliche einschließlich vertragspsychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen haben ([Versorgungsatlas.de 2024](#)). Der Datensatz des Zentralinstituts

für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) umfasste 2012 eine Gesamtzahl von 57,6 Millionen und 2023 von 60,7 Millionen erwachsene Personen.

Weiterführende Links

- [Versorgungsatlas](#)

Datenqualität

Der Datensatz enthält Diagnosen aus der ambulanten vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Nicht als Fall erfasst werden damit Personen, die ausschließlich in der stationären oder selektivvertraglichen Versorgung oder der ambulanten Behandlung im Krankenhaus eine Depressionsdiagnose erhalten haben. In der Bezugspopulation sind gesetzlich Versicherte ohne Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen nicht enthalten. Beide Limitationen haben jedoch nur geringfügige Auswirkungen auf die Prävalenzschätzung für Depressionsdiagnosen ([Grobe und Frerk 2024](#)). Grundsätzlich in den Daten nicht berücksichtigt werden Personen, die nicht gesetzlich versichert sind (2022: 12,1 %) ([Destatis 2024](#)).

Berechnung

- **Beschreibung:** Quotient aus der Anzahl der gesetzlich versicherten Erwachsenen mit ambulanter Diagnose einer psychischen Störung und der Anzahl der gesetzlich versicherten Erwachsenen mit Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung.
- **Stratifizierung:** Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Versicherten.
- **Altersstandardisierung:** Mit der [europäischen Standardbevölkerung 2013](#) als Bezugspopulation erfolgte eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht unter Verwendung von 18 – 19 Jahre sowie anschließend von 5-Jahres-Altersgruppen ab 20 – 24 Jahre bis 85 – 89 Jahre sowie ≥ 90 Jahre.

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Depression: Administrative Prävalenz (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 2040201

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Depressionen sind definiert durch Niedergeschlagenheit, Verlust von Interesse und Freude und schnelle Ermüdbarkeit in Verbindung mit weiteren Symptomen wie verändertem Schlaf- und Essverhalten, veränderter Psychomotorik, Konzentrationsproblemen, Selbstzweifeln bis hin zu Suizidgedanken. Diese Beschwerden sind weit verbreitet und werden stark durch belastende Lebensereignisse oder -umstände beeinflusst ([Lund et al. 2018](#)). Da Depressionen die Lebensqualität, Funktionsfähigkeit und Teilhabe einschränken, sind sie durch eine hohe individuelle und gesellschaftliche Krankheitslast gekennzeichnet. Sie treten häufig gemeinsam mit anderen psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen auf. In Verbindung mit diesen Komorbiditäten sowie in Zusammenhang mit Suizidalität sind Depressionen mit einem erhöhten Sterberisiko assoziiert ([RKI 2021](#)).

Der Anteil der gesetzlich Versicherten, bei denen die Diagnose einer Depression in der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung dokumentiert wurde, wird als administrative Prävalenz oder auch Diagnoseprävalenz bezeichnet. Sie wird davon beeinflusst, dass nicht alle Betroffenen professionelle Hilfe

aufsuchen ([Nübel et al. 2019](#)) und Depressionen im Gesundheitssystem sowohl übersehen als auch überdiagnostiziert werden ([Mitchell et al. 2009](#)).

Definition

Der Indikator *Depression: Administrative Prävalenz* ist definiert als der Anteil der gesetzlich versicherten Erwachsenen mit Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung, bei denen im jeweiligen Jahr einmalig oder mehrmals die Diagnose einer Depression in der ambulanten Versorgung dokumentiert wurde (ICD-10-Code: F32, F33, F34.1).

Bezugspopulation

Alle gesetzlich versicherten Erwachsenen mit Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung (in 2023 etwa 60,7 Millionen).

Datenquelle und Fallzahl

Bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V aller gesetzlich krankenversicherter Personen, die in den jeweiligen Jahren vertragsärztliche einschließlich vertragspsychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen haben ([Versorgungsatlas.de 2024](#)). Der Datensatz des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) umfasste 2012 eine Gesamtzahl von 57,6 Millionen und 2023 von 60,7 Millionen erwachsene Personen.

Weiterführende Links

- [Versorgungsatlas](#)

Datenqualität

Der Datensatz enthält Diagnosen aus der ambulanten vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Nicht als Fall erfasst werden damit Personen, die ausschließlich in der stationären oder selektivvertraglichen Versorgung oder der ambulanten Behandlung im Krankenhaus eine Depressionsdiagnose erhalten haben. In der Bezugspopulation sind gesetzlich Versicherte ohne Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen nicht enthalten. Beide Limitationen haben jedoch nur geringfügige Auswirkungen auf die Prävalenzschätzung für Depressionsdiagnosen ([Grobe und Frerk 2024](#)). Grundsätzlich in den Daten nicht berücksichtigt werden Personen, die nicht gesetzlich versichert sind (2022: 12,1 %) ([Destatis 2024](#)).

Berechnung

- **Beschreibung:** Quotient aus der Anzahl der gesetzlich versicherten Erwachsenen mit ambulanter Diagnose einer Depression und der Anzahl der gesetzlich versicherten Erwachsenen mit Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung.
- **Stratifizierung:** Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Versicherten.
- **Altersstandardisierung:** Mit der [europäischen Standardbevölkerung 2013](#) als Bezugspopulation erfolgte eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht unter Verwendung von 18 – 19 Jahre sowie anschließend von 5-Jahres-Altersgruppen ab 20 – 24 Jahre bis 85 – 89 Jahre sowie ≥ 90 Jahre.

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Depressive Symptomatik: Prävalenz (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 2040202

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Depressionen sind definiert durch Niedergeschlagenheit, Verlust von Interesse und Freude sowie schnelle Ermüdbarkeit in Verbindung mit weiteren Symptomen wie verändertem Schlaf- und Essverhalten, veränderter Psychomotorik, Konzentrationsproblemen, Selbstzweifeln bis hin zu Suizidgedanken. Diese Beschwerden sind weit verbreitet und werden stark durch belastende Lebensereignisse oder -umstände beeinflusst (Lund et al. 2018). Da Depressionen die Lebensqualität, Funktionsfähigkeit und Teilhabe einschränken, sind sie durch eine hohe individuelle und gesellschaftliche Krankheitslast gekennzeichnet. Sie treten häufig gemeinsam mit anderen psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen auf. In Verbindung mit diesen Komorbiditäten sowie in Zusammenhang mit Suizidalität sind Depressionen mit einem erhöhten Sterberisiko assoziiert (RKI 2021).

Die Verbreitung depressiver Symptome in der Bevölkerung wird per Fragebogen erfasst. Damit kann das Vorliegen einer aktuellen depressiven Symptomatik festgestellt werden, jedoch aufgrund fehlender Ein- und Ausschlussdiagnostik keine depressive Störung gemäß klinischen Standards.

Definition

Der Indikator *Depressive Symptomatik: Prävalenz* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen mit einer depressiven Symptomatik in den letzten zwei Wochen gemäß Fragebogen.

Operationalisierung

Die Erfassung von depressiven Symptomen in der Bevölkerung basiert auf Selbstangaben der Befragten und wird mit dem standardisierten Inventar „Gesundheitsfragebogen für Patienten“ (Patient Health Questionnaire-8, PHQ-8) erfasst (Kroenke et al. 2009):

GEDA 2014/2015-EHIS, GEDA 2019/2020-EHIS, GEDA 2022, GEDA 2023

- „Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?“
 - „Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten“
 - „Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit“
 - „Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf“
 - „Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben“
 - „Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen“
 - „Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben“
 - „Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, zum Beispiel beim Zeitunglesen oder Fernsehen“
 - „Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?“
- Antwortmöglichkeiten jeweils: „Überhaupt nicht“ (Wert 0), „An einzelnen Tagen“ (Wert 1), „An mehr als der Hälfte der Tage“ (Wert 2) und „Beinahe jeden Tag“ (Wert 3)
- Die numerischen Werte der acht Antworten werden zu einem Skalensummenwert von 0 bis 24 addiert. Das Vorliegen einer depressiven Symptomatik wird ab einem Skalensummenwert von mindestens 10 angenommen.

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgenden bundesweiten Befragungssurveys des Robert Koch-Instituts:

- GEDA 2014/2015-EHIS:
 - webbasierte und schriftliche Befragungen auf der Basis einer Einwohnermeldeamtsstichprobe, N = 24.016
 - gültige Werte für den Indikator: n = 23.602
- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.261
- GEDA 2022:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, Erhebung unterteilt in Welle 1 bis 10 mit einem Basismodul und bis zu vier Fragebogenmodulen; N = 33.149 (relevante Teilstichprobe Welle 1 bis 10, Modul 3: n = 8.322)
 - gültige Werte für den Indikator aus Welle 1 bis 10, Modul 3: n = 7.986
- GEDA 2023:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, Erhebung unterteilt in Welle 11 bis 22 mit einem Basismodul und bis zu vier Fragebogenmodulen; N = 30.002 (relevante Teilstichprobe Welle 11 bis 22, Modul 3: n = 12.015)
 - gültige Werte für den Indikator aus Welle 11 bis 22, Modul 3: n = 11.606

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren in Privathaushalten. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews. Zeitvergleiche der Ergebnisse zwischen der GEDA-Welle 2014/2015-EHIS und den übrigen Wellen sollten aufgrund von Unterschieden in der Stichprobenziehung sowie Unterschieden im Erhebungsmodus vorsichtig interpretiert werden.

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung ausgewiesen. In den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie

enthalten. Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt ([Brauns et al. 2003](#)). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.

- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmäler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.
- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. In GEDA 2019/2020-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreistyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2014 (GEDA 2014/2015-EHIS), 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) und 31.12.2020 (GEDA 2022, GEDA 2023) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2013 (GEDA 2014/2015-EHIS), 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) und 2018 (GEDA 2022, GEDA 2023) entnommen.
- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.
 - **Regionale Unterschiede:** Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt wurden mittels Chi-Quadrat-Test unter Adjustierung für multiples Testen ermittelt. Dabei wurden die einzelnen Bundesländer im Vergleich zu den jeweils verbleibenden Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [EHIS: European Health Interview Survey](#)
- [Mental Health Surveillance: MHS-Dashboard](#)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Angststörungen: Administrative Prävalenz (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 2040301

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Angst und die sie begleitenden körperlichen und psychischen Reaktionen machen Menschen wachsam und handlungsbereit, um akute Bedrohungs- oder Stresssituationen besser bewältigen zu können. Wenn Ängste, Sorgen oder Befürchtungen jedoch angesichts der realen Bedrohung unverhältnismäßig oder unangemessen, langandauernd und stark beeinträchtigend sind, werden sie als Angststörung beschrieben. Je nach Auslöser und Art der Angstreaktion werden unter anderem Panikstörung, soziale Phobie und generalisierte Angststörung unterschieden. Die Krankheitslast von Angststörungen wird aufgrund von hoher Prävalenz und Chronifizierungsrisiko, häufiger Komorbidität (insbesondere mit Depressionen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen) und erhöhter Sterblichkeit als hoch eingeschätzt ([WHO 2023](#), [Yang et al. 2021](#)).

Der Anteil der gesetzlich Versicherten, bei denen die Diagnose einer Angststörung in der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung dokumentiert wurde, wird als administrative Prävalenz oder auch Diagnoseprävalenz bezeichnet. Sie wird davon beeinflusst, dass die meisten Betroffenen keine professionelle Hilfe aufgrund der psychischen Beschwerden aufsuchen und Angststörungen im Gesundheitssystem häufig übersehen werden ([Alonso et al. 2018](#), [Heinig et al. 2021](#)).

Definition

Der Indikator *Angststörungen: Administrative Prävalenz* ist definiert als der Anteil der gesetzlich versicherten Erwachsenen mit Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung, bei denen im jeweiligen Jahr einmalig oder mehrmals die Diagnose einer Angststörung in der ambulanten Versorgung dokumentiert wurde (ICD-10-Code F40, F41).

Bezugspopulation

Alle gesetzlich versicherten Erwachsenen mit Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung (in 2023 etwa 60,7 Millionen).

Datenquelle und Fallzahl

Bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V aller gesetzlich krankenversicherter Personen, die in den jeweiligen Jahren vertragsärztliche einschließlich vertragspsychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen haben ([Versorgungsatlas.de 2024](#)). Der Datensatz des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) umfasste 2012 eine Gesamtzahl von 57,6 Millionen und 2023 von 60,7 Millionen erwachsene Personen.

Weiterführende Links

- [Versorgungsatlas](#)

Datenqualität

Der Datensatz enthält Diagnosen aus der ambulanten vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Nicht als Fall erfasst werden damit Personen, die ausschließlich in der stationären oder selektivvertraglichen Versorgung oder der ambulanten Behandlung im Krankenhaus eine Depressionsdiagnose erhalten haben. In der Bezugspopulation sind gesetzlich Versicherte ohne Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen nicht enthalten. Beide Limitationen

haben jedoch nur geringfügige Auswirkungen auf die Prävalenzschätzung für Depressionsdiagnosen ([Grobe und Frerk 2024](#)). Grundsätzlich in den Daten nicht berücksichtigt werden Personen, die nicht gesetzlich versichert sind (2022: 12,1 %) ([Destatis 2024](#)).

Berechnung

- **Beschreibung:** Quotient aus der Anzahl der gesetzlich versicherten Erwachsenen mit ambulanter Diagnose einer Angststörung und der Anzahl der gesetzlich versicherten Erwachsenen mit Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung.
- **Stratifizierung:** Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Versicherten.
- **Altersstandardisierung:** Mit der [europäischen Standardbevölkerung 2013](#) als Bezugspopulation erfolgte eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht unter Verwendung von 18 – 19 Jahre sowie anschließend von 5-Jahres-Altersgruppen ab 20 – 24 Jahre bis 85 – 89 Jahre sowie ≥ 90 Jahre.

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Angstsymptome: Prävalenz (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 2040302

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Angst und die sie begleitenden körperlichen und psychischen Reaktionen machen Menschen wachsam und handlungsbereit, um akute Bedrohungs- oder Stresssituationen besser bewältigen zu können. Wenn Ängste, Sorgen oder Befürchtungen jedoch angesichts der realen Bedrohung unverhältnismäßig, langandauernd und stark beeinträchtigend sind, werden sie als Angststörung beschrieben. Je nach Auslöser und Art der Angstreaktion werden unter anderem Panikstörung, soziale Phobie und generalisierte Angststörung unterschieden. Die Krankheitslast von Angststörungen wird aufgrund von hoher Prävalenz und Chronifizierungsrisiko, häufiger Komorbidität (insbesondere mit Depressionen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen) und vermehrter Sterblichkeit als hoch eingeschätzt ([Yang et al. 2021](#), [WHO 2023](#)).

Die Verbreitung der Angstsymptome „Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung“ und „unkontrollierbare Sorgen“ in der Bevölkerung wird per Fragebogen erfasst. Damit kann eine auffällige Belastung durch zwei Angstsymptome festgestellt werden, jedoch aufgrund fehlender Ein- und Ausschlussdiagnostik keine Angststörung gemäß klinischen Standards.

Definition

Der Indikator *Angstsymptome: Prävalenz* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen mit einer auffälligen Belastung durch Angstsymptome in den letzten zwei Wochen gemäß Fragebogen.

Operationalisierung

Die Erfassung von zwei Angstsymptomen in der Bevölkerung basiert auf Selbstangaben der Befragten und wird mit dem standardisierten Kurzinventar „Generalized Anxiety Disorder-2“ (GAD-2) erfasst ([Kroenke et al. 2007](#)):

GEDA 2022 und GEDA 2023

- „Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden

beeinträchtigt?“

- „Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung“
- „Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren“
- Antwortmöglichkeiten jeweils: „Überhaupt nicht“ (Wert 0), „An einzelnen Tagen“ (Wert 1), „An mehr als der Hälfte der Tage“ (Wert 2), „Beinahe jeden Tag“ (Wert 3)
- Die numerischen Werte der zwei Antworten werden zu einem Skalensummerwert von 0 bis 6 addiert. Das Vorliegen einer auffälligen Belastung durch Angstsymptome wird ab einem Skalensummerwert von mindestens 3 angenommen.

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Ergebnisse basieren auf folgenden bundesweiten Befragungssurveys des Robert Koch-Instituts:

- GEDA 2022:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, Erhebung unterteilt in Welle 1 bis 10 mit einem Basismodul und bis zu vier Fragebogenmodulen; N = 33.149
 - gültige Werte für den Indikator aus Welle 1 bis 10, Basismodul: n = 32.725
- GEDA 2023:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, Erhebung unterteilt in Welle 11 bis 22 mit einem Basismodul und bis zu vier Fragebogenmodulen; N = 30.002 (relevante Teilstichprobe Welle 11 bis 13, Basismodul und Welle 14 bis 22, Modul 3: n = 20.969)
 - gültige Werte für den Indikator aus Welle 11 bis 13, Basismodul und Welle 14 bis 22, Modul 3: n = 20.776

Datenqualität

Die RKI-Befragungssurveys liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren in Privathaushalten. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews.

Weiterführende Links

- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)
- [Mental Health Surveillance: MHS-Dashboard](#)

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Region und Bildung ausgewiesen. In den GEDA-Wellen 2009 bis 2014/2015-EHIS wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie männlich oder weiblich sind. Seit GEDA 2019/2020-EHIS werden das Geburtseschlecht und die geschlechtliche Identität erhoben ([Pöge et al. 2022](#)). In den Analysen nach Geschlecht werden Personen ausgewiesen, die sich als weiblich oder männlich

identifizieren. Genderdiverse Menschen, die sich diesen Kategorien nicht zuordnen, werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht gesondert ausgewiesen, sind jedoch in der Gesamt-Kategorie enthalten. Die Darstellung nach Region basiert auf dem Wohnort der Befragten. Der Bildungsstatus wird anhand des CASMIN-Indexes bestimmt (Brauns et al. 2003). Dieser verwendet Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung und ermöglicht die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe.

- **Umgang mit unsicheren Werten:** Voraussetzung für die stratifizierte Darstellung eines Indikators ist, dass die Fallzahl in der Gruppe mindestens 5 beträgt und die statistische Unsicherheit in der Schätzung der Kennziffer als akzeptabel angesehen wird (Konfidenzintervall schmaler als 25 Prozentpunkte und Variationskoeffizient $\leq 33,5\%$). Letzteres bedeutet, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens die Hälfte des Schätzers betragen muss. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, werden die Werte nicht berichtet („zu wenige Daten“). Berichtet, jedoch als unsicher markiert, werden Werte, die auf weniger als 10 Fällen basieren, deren Konfidenzintervall breiter als 20 Prozentpunkte ist oder wenn die Untergrenze weniger als $\frac{2}{3}$ des Schätzers beträgt (Variationskoeffizient $\leq 16,6\%$). Aufgrund der Unsicherheit sollten diese Werte mit Vorsicht interpretiert werden.
- **Gewichtung:** Um Abweichungen der Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder Auswahlwahrscheinlichkeit zu korrigieren, wurde für die Berechnung des Indikators in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese berücksichtigen die Ziehungswahrscheinlichkeit der Teilnehmenden und passen außerdem die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2020 (GEDA 2022, GEDA 2023) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2018 (GEDA 2022, GEDA 2023) entnommen.
- **Altersstandardisierung:** Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer sowie innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die [europäische Standardbevölkerung 2013](#) verwendet. Es werden sowohl die Ergebnisse mit als auch die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung ausgewiesen. Die Ergebnisse ohne Altersstandardisierung bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab und sind damit zum Beispiel geeignet, um Fragen des Versorgungsbedarfs zu beantworten. Bei den Ergebnissen mit Altersstandardisierung sind die Bundesländer und die Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dadurch können Unterschiede aufgezeigt werden, die sich nicht durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **Berechnung:**
 - **Konfidenzintervalle:** Die zufallsbedingte Variabilität der Ergebnisse kann den 95 %-Konfidenzintervallen in den Tabellen und Abbildungen entnommen werden. Die Konfidenzintervalle wurden mit der Logit-Methode berechnet. Dabei wurde die Streuung der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt.
 - **Regionale Unterschiede:** Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Regionen und dem Bundesdurchschnitt wurden mittels Chi-Quadrat-Test unter Adjustierung für multiples Testen ermittelt. Dabei wurden die einzelnen Regionen im Vergleich zu den jeweils verbleibenden Regionen (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Sterblichkeit'

Indikator_ID: 2050101

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Die Sterblichkeit ist einer der grundlegenden Indikatoren der Demografie. Anhand der Sterblichkeit in einer Bevölkerung kann man Rückschlüsse auf ihren Gesundheitszustand ziehen. Eine kontinuierliche Beobachtung der Sterblichkeit hilft, ungünstige Veränderungen in der Bevölkerung frühzeitig zu erkennen und eröffnet die Möglichkeit, dagegen vorzugehen. Studien haben gezeigt, dass erhebliche Unterschiede in der Sterblichkeitsrate zwischen wohlhabenden und deprivierten Regionen bestehen ([Tetzlaff et al. 2024](#)). Die Sterblichkeit ist auch Grundlage für die Berechnung anderer Maßzahlen, zum Beispiel für die Lebenserwartung. Außerdem kann sie für Vergleiche mit anderen europäischen Ländern genutzt werden und liefert dabei mögliche Erklärungen für Differenzen in der gesundheitlichen Lage und im zeitlichen Verlauf.

Definition

Der Indikator *Sterblichkeit* ist definiert als die Anzahl der Sterbefälle pro 100.000 Personen in einem Jahr.

Bezugspopulation

Bevölkerung mit ständigem Wohnsitz in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Statistik der Sterbefälle umfasst alle Sterbefälle von Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland mit Angaben zu Alter, Geschlecht und Wohnsitz.

Datenqualität

Die Statistik der Sterbefälle ist eine Vollerhebung mit Auskunftspflicht. Sie umfasst alle Sterbefälle in der Wohnbevölkerung, die in Deutschland standesamtlich registriert werden, unabhängig vom Sterbeort. Ist der Sterbeort im Ausland, wird der Sterbefall erfasst, sofern er nachträglich standesamtlich beurkundet wird. Es finden mehrstufige Vollständigkeit- und Plausibilitätskontrollen statt, sodass eine hohe Zuverlässigkeit gegeben ist ([Destatis 2024](#)).

Weiterführende Links

- [Sterbefälle und Lebenserwartung](#)
- [Todesursachenstatistik](#)
- [Daten zur Sterblichkeit im IS-GBE](#)

Berechnung

- **Beschreibung:** Quotient aus der Anzahl aller Sterbefälle und der Anzahl aller Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland.
- **Stratifizierung:** Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der verstorbenen Person. Die Stratifizierung nach regionaler sozioökonomischer Deprivation erfolgt auf Grundlage des German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) (Jahre 2003 – 2020: GISD Release 2020, Jahr 2021: GISD Release 2022 v0.2) ([Michalski et al. 2022](#)). Der GISD fasst Merkmale der Erwerbs-, Bildungs- und Einkommenssituation für jeden Kreis und jede kreisfreie Stadt in einer Kennzahl zusammen. Die Kreise werden entlang ihrer GISD-Werte in Quintile von niedriger bis hoher sozioökonomischer Deprivation eingeteilt, die über den Wohnort der verstorbenen Person mit den Mortalitätsdaten verknüpft werden. Die Berechnung der Mortalitätsraten erfolgt stratifiziert nach niedriger (1. Quintil), mittlerer (2. – 4. Quintil) und hoher (5. Quintil) Deprivation. Unterschiede in der Mortalität nach sozioökonomischer Deprivation beziehen sich auf die räumliche Ebene.
- **Altersstandardisierung:** Mit der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) als Bezugspopulation

erfolgte eine Altersstandardisierung unter Verwendung von 5-Jahres-Altersgruppen mit Ausnahme von < 1, 1 – 4 Jahre und ≥ 90 Jahre. Für die Auswertungen nach GSD wird die Altersgruppe ≥ 85 Jahre als höchste Altersgruppe verwendet.

- **Berechnungen:** Für die Berechnung der Sterberaten insgesamt sowie nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesland wurde die Durchschnittsbevölkerung als Bezugspopulation verwendet ([Destatis 2024](#)). Für die Auswertung nach GSD wurde der Bevölkerungsdurchschnitt eines Jahres (Mittelwert der Bevölkerung zum 31.12. des Vorjahres und des dargestellten Jahres) verwendet und die Berechnung erfolgte im [Forschungsdatenzentrum](#) der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder ([Todesursachenstatistik 2003](#) - [Todesursachenstatistik 2021](#)).

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Lebenserwartung'

Indikator_ID: 2050103

Stand: 20. November 2024

[Link zur Website](#)

Die Lebenserwartung bei Geburt stellt ein wichtiges zusammenfassendes Maß zur Beschreibung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung dar. Der Indikator gibt an, wie viele Lebensjahre ein Neugeborenes durchschnittlich zu erwarten hat, wenn die beobachteten Sterblichkeitsverhältnisse des jeweiligen Jahres über seine gesamte Lebenszeit hinweg konstant blieben. In Deutschland ist die Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten deutlich angestiegen, wobei erhebliche regionale und soziale Unterschiede in Deutschland existieren. So betrug die Differenz der Lebenserwartung zwischen der niedrigsten und höchsten Einkommensgruppe im Zeitraum von 1992 bis 2016 bei Frauen 4,4 Jahre und bei Männern 8,6 Jahre. Im europäischen Vergleich der Lebenserwartungen liegt Deutschland im Mittelfeld, allerdings hinter den meisten west-, nord- und südeuropäischen Ländern ([Nowossadeck et al. 2019](#), [Lampert et al. 2019](#)).

Definition

Der Indikator *Lebenserwartung* gibt an, wie viele Lebensjahre ein Neugeborenes bei Geburt durchschnittlich zu erwarten hat, wenn die beobachteten Sterblichkeitsverhältnisse des jeweiligen Jahres über die gesamte Lebenszeit hinweg konstant blieben.

Bezugspopulation

Bevölkerung mit ständigem Wohnsitz in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

Die Daten der Statistik der Sterbefälle und der Todesursachenstatistik (1,066 Millionen Sterbefälle im Jahr 2022) sowie der Fortschreibung des Bevölkerungsstandes (84,4 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner) kommen von den Statistischen Ämtern der Länder und des Bundes.

Datenqualität

Die Statistik der Sterbefälle ist eine Vollerhebung mit Auskunftspflicht. Sie umfasst alle Sterbefälle in der Wohnbevölkerung, die in Deutschland standesamtlich registriert werden, unabhängig vom Sterbeort. Ist der Sterbeort im Ausland, wird der Sterbefall erfasst, sofern er nachträglich standesamtlich beurkundet

wird. Es finden mehrstufige Vollständigkeit- und Plausibilitätskontrollen statt, sodass eine hohe Zuverlässigkeit gegeben ist ([Destatis 2024](#)).

Weiterführende Links

- [Sterbefälle und Lebenserwartung](#)
- [Todesursachenstatistik](#)
- [Daten zur Lebenserwartung im IS-GBE](#)

Berechnung

- **Beschreibung:** Die Lebenserwartung bei Geburt beschreibt die durchschnittliche