

Gesundheitsberichterstattung - Daten zu nichtübertragbaren Erkrankungen

Robert Koch-Institut | RKI

Nordufer 20
13353 Berlin

Beitragende

Ramona Scheufele¹, Lukas Reitzle¹, Laura Krause¹, & Annett Klingner¹

¹ Robert Koch-Institut | Fachgebiet 24

Zitieren

Robert Koch-Institut. (2025). Gesundheitsberichterstattung - Daten zu nichtübertragbaren Erkrankungen [Data set]. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15535365>

Informationen zum Datensatz und Entstehungskontext

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) am 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 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 weisen die Informationen auf gesundheitliche Problemlagen und Handlungsbedarfe hin. Zum anderen unterstützen die Informationen bei der Entwicklung von Präventionsmaßnahmen und deren Evaluation.

Im Rahmen der Entwicklung einer [NCD-Surveillance](#) am RKI werden das Krankheitsgeschehen wichtiger körperlicher Erkrankungen und psychischer Störungen abgebildet. Neben der Häufigkeit der Erkrankungen und Störungen werden auch die Einflussfaktoren, insbesondere das Gesundheitsverhalten und soziale Determinanten, sowie die gesundheitliche Versorgung und die Krankheitsfolgen beleuchtet. Die NCD-Surveillance führt 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) gibt Nutzerinnen und Nutzern einen einfachen und transparenten Zugang sowohl zu den Ergebnissen der NCD-Surveillance als auch zu weiteren Produkten der Gesundheitsberichterstattung sowie zu weiterführenden Publikationen. Der inhaltliche Fokus liegt dabei zunächst auf den nichtübertragbaren Erkrankungen und deren Einflussfaktoren.

Eines der Kernelemente der Webseite ist die interaktive Visualisierung von Indikatoren. Indikatoren sind 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. Insgesamt werden auf der Webseite aktuell 65 Indikatoren in interaktiven Grafiken dargestellt, die Ergebnisse textlich beschrieben und in einem Fazit eingeordnet. Die Indikatoren wurden in Zusammenarbeit mit der NCD-Surveillance ausgewählt und beschränken sich zunächst auf die erwachsene Bevölkerung.

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 RKI abgebildet. Hierbei wurden bis 2023 insbesondere Daten der Studie [Gesundheit in Deutschland aktuell](#) (GEDA) verwendet. Anfang 2024 startete das RKI die Studienreihe [Gesundheit in Deutschland](#) (Panel), die von nun an kontinuierlich Daten u.a. für die Indikatoren des Webportals der GBE erhebt. Darüber hinaus wurden für einige Indikatoren 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, das heißt 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 sozioökonomischer 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 der Studie [Gesundheit in Deutschland](#)) 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](#) und in der Studie [Gesundheit in Deutschland](#) nur deutschsprachige Personen eingeschlossen, in den Analysen basierend auf Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung sind keine Informationen zu Personen in der privaten Krankenversicherung enthalten. Zum anderen kann es zu Verzerrungen durch die Definition des Indikators in der jeweiligen Datenquelle kommen. Dies bedeutet beispielsweise, dass bei Auswertungen von Befragungsdaten nur bereits bekannte (diagnostizierte) Erkrankungen erfasst werden oder bei Sekundärdaten nur Personen, für welche die Erkrankung auch dokumentiert wurde. Für die Bewertung des zeitlichen Trends ist weiterhin wichtig, dass sich die Studien in ihrer Erhebungsmethode unterscheiden. So basiert die Studie [Gesundheit in Deutschland](#) sowie [GEDA 2014/2015-EHIS](#) auf einer Einwohnermeldeamtsstichprobe mit schriftlicher Befragung, wohingegen die anderen [GEDA-Studien](#) auf telefonischen Stichproben beruhen.

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 Körpergewichts. 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	2. Juli 2025	
Selbsteingeschätzte psychische Gesundheit (ab 18 Jahre)	2010102	20. November 2024	
Psychisches Wohlbefinden (ab 18 Jahre)	2010102	2. Juli 2025	
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	2. Juli 2025	
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	2. Juli 2025	
Kognitive Einschränkungen (ab 18 Jahre)	2050302	20. November 2024	
Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (ab 18 Jahre)	2050303	2. Juli 2025	
Einschränkungen in instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (ab 65 Jahre)	2050304	20. November 2024	
Chronisches Kranksein (ab 18 Jahre)	2050305	2. Juli 2025	



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 Krankenhaufälle (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](#) auf Deutsch und Englisch

Daten zu nichtübertragbaren Erkrankungen

Der Datensatz enthält 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	Beispiel: Influenza: Impfquote (ab 60 Jahre)	Name des Indikators
Kennzahl_ID	integer	Werte: ≥0	ID der Kennzahl bei mehreren Kennzahlen innerhalb des Indikators
Kennzahl_Name	string	Beispiel: Influenza: Impfquote	Name der Kennzahl bei mehreren Kennzahlen innerhalb des Indikators
Kennzahl_Definition	string	Beispiel: Anteil der Erwachsenen ab 60 Jahren mit Influenzaimpfung in der jeweiligen Influenzasaison in %	Definition der Kennzahl inklusive der Maßeinheit
Zeitraum_ISO	string	Beispiel: 2023-09-01-2024-03-31	Zeitraum im ISO-Format (JJJJ-MM-TT--JJJJ-MM-TT: Anfangs- und Enddatum des Bezugszeitraums), auf den sich der Wert bezieht
Zeitraum_Name	string	Beispiel: 2023/24	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.
		Werte: Gesamt,	Textliche Bezeichnung des Geschlechts. Enthält NA,

Geschlecht_Name	string	Weiblich , Männlich Fehlende Werte: NA	wenn der Indikator nicht auf Geschlecht bezogen ist.
Alter_ID	string	Werte: 00+ , 11-13 , 14-17 , 15-24 , 15-29 , 15-59 , 18-24 , ... Fehlende Werte: NA	Altersgruppen in Jahren in der Form "von-bis", z.B. 30-39 = 30-39 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: Alle Altersgruppen , 11-13 Jahre , 14-17 Jahre , 15-24 Jahre , 15-29 Jahre , 15-59 Jahre , 18-24 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 Regionalcodes), 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 , niedrig , mittel , hoch 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.
			Berufliches Qualifikationsniveau. Unterscheidung in 1 = ohne abgeschlossene Berufsausbildung, 2 = betrieblich/schulische Ausbildung und 3 =

Berufliche_Qualifikation_ID	integer	Werte: 0 - 3 Fehlende Werte: NA	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, ohne abgeschlossene Berufsausbildung, betrieblich/schulische Ausbildung, akademische Ausbildung 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: beobachtet, altersstandardisiert	Textliche Bezeichnung der Standardisierung
Wert	number	Beispiel: 59.1 Fehlende Werte: NA	Wert der Kennzahl. Enthält NA, wenn wegen zu hoher Unsicherheit (Unsicherheit = 2) der errechnete Wert nicht veröffentlicht wird.
Unteres_Konfidenzintervall	number	Beispiel: 57.3 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	Beispiel: 60.8 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 schmaler 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)

Anmerkung	string	Beispiel: 2024: Änderung der Erhebungsmethode Fehlende Werte: NA	Hinweise für die Verwendung und Interpretation der Daten
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](#). 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 dem Publikationsdatum ("publication_date") auch der Datenstand in folgendem Format enthalten (Beispiel):

```
"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"
  }
],
```

Zusätzlich beschreiben wir tabellarische Daten mithilfe des [Data Package Standards](#).

Ein Data Package ist eine strukturierte Sammlung von Daten und zugehörigen Metadaten, die den Austausch und die Wiederverwendung von Daten erleichtert. Es besteht aus einer datapackage.json-Datei, die zentrale Informationen wie die enthaltenen Ressourcen, ihre Formate und Schema-Definitionen beschreibt.

Der Data Package Standard wird von der [Open Knowledge Foundation](#) bereitgestellt und ist ein offenes Format, das eine einfache, maschinenlesbare Beschreibung von Datensätzen ermöglicht.

Die Liste der in diesem Repository enthaltenen Daten ist in folgender Datei hinterlegt:

[datapackage.json](#)

Für tabellarische Daten definieren wir zusätzlich ein [Table Schema](#), das die Struktur der Tabellen beschreibt, einschließlich Spaltennamen, Datentypen und Validierungsregeln. Diese Schema-Dateien finden sich unter:

[Metadaten/schemas/](#)

Hinweise zur Nachnutzung der Daten

Offene Forschungsdaten des RKI werden auf [Zenodo.org](#), [GitHub.com](#), [OpenCoDE](#) und [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" ist lizenziert unter der [Creative Commons Namensnennung 4.0 International Public License | CC-BY 4.0 International](#).

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: <https://www.gbe.rki.de/soziale-unterstuetzung>

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

- „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)
- „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)
- „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 22 mit einem Basismodul und bis zu vier Fragebogenmodulen; N = 30.002
 - gültige Werte für den Indikator 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. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-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), 2010 (GEDA 2012), 2013 (GEDA 2014/2015-EHIS), 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) und 2018 (GEDA 2022, GEDA 2023) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands beziehungsweise der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen 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: <https://www.gbe.rki.de/bewegungsverhalten>

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 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 in den Analysen nach Geschlecht nicht gesondert ausgewiesen. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands beziehungsweise der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen 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: <https://www.gbe.rki.de/sitzen>

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 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 in den Analysen nach Geschlecht nicht gesondert ausgewiesen. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands beziehungsweise der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht

vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.

- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen 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: <https://www.gbe.rki.de/aktive-mobilitaet>

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 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 in den Analysen nach Geschlecht nicht gesondert ausgewiesen. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands beziehungsweise der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen 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: <https://www.gbe.rki.de/adipositas-und-uebergewicht>

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 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 in den Analysen nach Geschlecht nicht gesondert ausgewiesen. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands beziehungsweise der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen 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: <https://www.gbe.rki.de/fleischkonsum>

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“, „Mehrals 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 „Mehrals 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: 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 und Bildung ausgewiesen. 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 in den Analysen nach Geschlecht nicht gesondert ausgewiesen. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2020 (GEDA 2022) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2018 (GEDA 2022) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre und Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre und Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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: <https://www.gbe.rki.de/obst-und-gemuesekonsum>

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 Obstsäfte.“
- „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 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 in den Analysen nach Geschlecht nicht gesondert ausgewiesen. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands beziehungsweise der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht

vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.

- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen 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: <https://www.gbe.rki.de/zuckerhaltige-erfrischungsgetraenke>

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 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 in den Analysen nach Geschlecht nicht gesondert ausgewiesen. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur

Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).

- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands beziehungsweise der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen 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: <https://www.gbe.rki.de/riskanter-alkoholkonsum>

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 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 in den Analysen nach Geschlecht nicht gesondert ausgewiesen. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt (Schroedter et al. 2006, beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: UNESCO 2012).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der europäischen Standardbevölkerung 2013 („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands beziehungsweise der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen 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: <https://www.gbe.rki.de/rauschtrinken>

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 alkoholischen Getränken, die jeweils etwa 10 g Reinalkohol 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“
- 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 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 in den Analysen nach Geschlecht nicht gesondert ausgewiesen. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands beziehungsweise der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen 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: <https://www.gbe.rki.de/rauchen>

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 Nichtraucherschutz 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 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 in den Analysen nach Geschlecht nicht gesondert ausgewiesen. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands beziehungsweise der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und

Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den ‚altersstandardisierten‘ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.

- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen 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: <https://www.gbe.rki.de/passivrauchbelastung>

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 Nichtrauchererschutz 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 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 in den Analysen nach Geschlecht nicht gesondert ausgewiesen. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die

Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).

- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Region oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb der jeweiligen Region beziehungsweise Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Regionen beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Regionen beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jede Region wurde im Vergleich zu den übrigen 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: <https://www.gbe.rki.de/diabetes-risiko>

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, geschätzt durch den Deutschen Diabetes-Risiko-Test und angegeben in Prozent (%).

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 ([Dlfe - 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: 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 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 in den Analysen nach Geschlecht nicht gesondert ausgewiesen. 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:** 31.12.2016 (Krankheitswissen und Informationsbedarfe – Diabetes mellitus 2017) und 31.12.2020 (GEDA 2022) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2016 (Krankheitswissen und Informationsbedarfe – Diabetes mellitus 2017) und 2018 (GEDA 2022) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre und Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre und Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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: <https://www.gbe.rki.de/hke-risiko>

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, DIfE 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)
- Kaffeeconsum (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 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 und Bildung ausgewiesen. 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 in den Analysen nach Geschlecht nicht gesondert ausgewiesen. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den

Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2020 (GEDA 2022) verwendet. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2018 (GEDA 2022) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt (Schroedter et al. 2006, beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: UNESCO 2012).

- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre und Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre und Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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: 2. Juli 2025

Link: <https://www.gbe.rki.de/selbsteingeschaetzte-allgemeine-gesundheit>

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“

Panel 2024

- „Im Folgenden geht es um Ihre Gesundheit und mögliche Krankheiten. 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
- Panel 2024:
 - webbasierte und schriftliche Befragungen auf der Basis einer Einwohnermeldeamtsstichprobe mit vier Fragebogenmodulen (A – D), N = 47.676 (relevante Teilstichprobe Fragebogen A: n = 27.199)
 - gültige Werte für den Indikator: n = 27.084

Datenqualität

Die Befragungssurveys des RKI liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren in Privathaushalten. Die Daten beruhen auf zufälligen Stichproben aus der Bevölkerung, was die Aussagekraft der Ergebnisse deutlich erhöht. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist jedoch davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte

oder Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Andererseits könnten Personen mit einem starken Interesse an Gesundheitsthemen überrepräsentiert sein. Diese Effekte werden teilweise durch die unten beschriebenen Gewichtungsverfahren ausgeglichen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews.

Für das Panel und für GEDA 2014/2015-EHIS beruhen die Stichproben auf Einwohnermeldeamtsstichproben anstelle von Telefonstichproben. Zudem wechselte der Erhebungsmodus von Telefoninterview zu webbasiertem oder schriftlichem Fragebogen. Der veränderte Stichprobenzugang führte zu einer höheren Beteiligung von Personen aus der niedrigen Bildungsgruppe, Hochaltrigen (ab 80 Jahre) und Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Der Wechsel zu einem schriftlichen Fragebogen verbessert in der Regel die Datenqualität, da es am Telefon schwierig ist, komplexe Fragen zu beantworten, und müsste die Effekte sozialer Erwünschtheit verringern, sodass bei sensiblen Fragen mit offeneren Antworten gerechnet werden kann. Zeitvergleiche der Ergebnisse zwischen dem Panel sowie GEDA 2014/2015-EHIS mit anderen GEDA-Erhebungen sollten daher 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. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Im GSTel03 und GSTel06 basiert die Gewichtung auf sechs Regionen (Nord, Nordrhein-Westfalen, Mitte, Ost, Bayern und Baden-Württemberg) anstelle des Bundeslands. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. Im Panel 2024 enthielt die Gewichtung auch eine Anpassung für Ein-Personen- vs. Mehr-Personen-Haushalte. Außerdem wurde ein Korrekturfaktor auf Basis der Angaben in der Rekrutierungsstudie für das Panel 2024 berücksichtigt, der die Nicht-Teilnahme an einzelnen Teilwellen bei der wiederholten Befragung im Panel ausgleicht. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2002 (GSTel03), 31.12.2006 (GSTel06), 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), 31.12.2020 (GEDA 2022, GEDA 2023) und 31.12.2023 (Panel 2024) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2003 (GSTel03), 2007 (GSTel06), 2007 (GEDA 2009), 2008 (GEDA 2010), 2010 (GEDA 2012), 2013 (GEDA 2014/2015-EHIS), 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS), 2018 (GEDA 2022, GEDA 2023) und 2021 (Panel 2024) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt

(Schroedter et al. 2006, beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: UNESCO 2012). Im Panel 2024 wurde die Bildung entsprechend dem CASMIN-Index klassifiziert (Brauns et al. 2003).

- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben ('beobachtet'), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäischen Standardbevölkerung 2013](#) ('altersstandardisiert'). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands bzw. der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die 'beobachteten' Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den 'altersstandardisierten' Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer bzw. Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

Weiterführende Links

- [Panel: Gesundheit in Deutschland](#)
- [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: <https://www.gbe.rki.de/selbsteingeschaetzte-psychische-gesundheit>

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 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: 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. 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. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. 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. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands beziehungsweise der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen 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: <https://www.gbe.rki.de/khk-praevalenz>

Die koronare oder auch ischämische Herzkrankheit ist eine chronische Erkrankung des Herzens, die durch eine zunehmende Verengung von meist arteriosklerotisch veränderten Herzkranzgefäßen zur Mangel durchblutung 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. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Im GSTel03 und GSTel06 basiert die Gewichtung auf sechs Regionen (Nord, Nordrhein-Westfalen, Mitte, Ost, Bayern und Baden-Württemberg) anstelle des Bundeslands. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. Dabei werden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2002 (GSTel03), 31.12.2006 (GSTel06), 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 Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2003 (GSTel03), 2007 (GSTel06), 2007 (GEDA 2009), 2008 (GEDA 2010), 2010 (GEDA 2012) und 2013 (GEDA 2014/2015-EHIS) entnommen. Die Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2018 (GEDA 2022, GEDA 2023) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands beziehungsweise der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen 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: <https://www.gbe.rki.de/khk-sterblichkeit>

Die koronare Herzkrankheit (KHK) ist die häufigste Todesursache in Deutschland. Im internationalen Vergleich liegt die Mortalität für 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 – 2019: GISD Release 2022 v1.1, Jahr 2020/2021: GISD Release 2022 v1.2 Fortschreibung) ([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 Sterblichkeit an KHK im IS-GBE](#)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Schlaganfall: Prävalenz (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 2020103

Stand: 20. November 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/schlaganfall-praevalenz>

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. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Im GSTel03 und GSTel06 basiert die Gewichtung auf sechs Regionen (Nord, Nordrhein-Westfalen, Mitte, Ost, Bayern und Baden-Württemberg) anstelle des Bundeslands. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. Dabei werden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2002 (GSTel03), 31.12.2006 (GSTel06), 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 Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2003 (GSTel03), 2007 (GSTel06), 2007 (GEDA 2009), 2008 (GEDA 2010), 2010 (GEDA 2012) und 2013 (GEDA 2014/2015-EHIS) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#),

beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).

- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Region oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb der jeweiligen Region beziehungsweise Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Region beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Region beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jede Region wurde im Vergleich zu den übrigen 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: <https://www.gbe.rki.de/schlaganfall-sterblichkeit>

Der Schlaganfall zählt zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland. 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 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 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 – 2019: GISD Release 2022 v1.1, Jahr 2020/2021: GISD Release 2022 v1.2 Fortschreibung) ([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: <https://www.gbe.rki.de/t1d-inzidenz-unter-18>

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: <https://www.gbe.rki.de/t2d-inzidenz-unter-18>

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: <https://www.gbe.rki.de/t1d-praevalenz-unter-18>

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: <https://www.gbe.rki.de/t2d-praevalenz-unter-18>

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: 2. Juli 2025

Link: <https://www.gbe.rki.de/diabetes-praevalenz>

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“
- Panel 2024:
 - „Hat eine Ärztin/ein Arzt 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 und Panel 2024:
 - 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: n = 15.670
- Panel 2024:
 - webbasierte und schriftliche Befragungen auf der Basis einer Einwohnermeldeamtsstichprobe mit vier Fragebogenmodulen (A – D), N = 47.676 (relevante Teilstichprobe Fragebogen A: n = 27.199)

Datenqualität

Die Befragungssurveys des RKI liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren in Privathaushalten. Die Daten beruhen auf zufälligen Stichproben aus der Bevölkerung, was die Aussagekraft der Ergebnisse deutlich erhöht. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist jedoch davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Andererseits könnten Personen mit einem starken Interesse an Gesundheitsthemen überrepräsentiert sein. Diese Effekte werden teilweise durch die unten beschriebenen Gewichtungsverfahren ausgeglichen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews.

Für das Panel beruht die Stichprobe auf einer Einwohnermeldeamtsstichprobe anstelle einer Telefonstichprobe. Zudem wechselte der Erhebungsmodus von Telefoninterview zu webbasiertem oder schriftlichem Fragebogen. Der veränderte Stichprobenzugang führte zu einer höheren Beteiligung von Personen aus der niedrigen Bildungsgruppe, Hochaltrigen (ab 80 Jahre) und Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Der Wechsel zu einem schriftlichen Fragebogen verbessert in der Regel die Datenqualität, da es am Telefon schwierig ist, komplexe Fragen zu beantworten, und müsste die Effekte sozialer Erwünschtheit verringern, sodass bei sensiblen Fragen mit offeneren Antworten gerechnet werden kann. Zeitvergleiche der Ergebnisse zwischen dem Panel und den GEDA-Erhebungen sollten daher 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 2010 und 2012 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. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Im GSTel03 und GSTel06 basiert die Gewichtung auf sechs Regionen (Nord, Nordrhein-Westfalen, Mitte, Ost, Bayern und Baden-Württemberg) anstelle des Bundeslands. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. Im Panel 2024 enthielt die Gewichtung auch eine Anpassung für Ein-Personen- vs. Mehr-Personen-Haushalte. Außerdem wurde ein Korrekturfaktor auf Basis der Angaben in der Rekrutierungsstudie für das Panel 2024 berücksichtigt, der die Nicht-Teilnahme an einzelnen Teilwellen bei der wiederholten Befragung im Panel ausgleicht. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2002 (GSTel03), 31.12.2006 (GSTel06), 31.12.2008 (GEDA 2010), 31.12.2011 (GEDA 2012), 31.12.2020 (GEDA 2022) und 31.12.2023 (Panel 2024) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2003 (GSTel03), 2007 (GSTel06), 2008 (GEDA 2010), 2011 (GEDA 2012), 2018 (GEDA 2022) und 2021 (Panel 2024) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt (Schroedter et al. 2006, beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: UNESCO 2012). Im Panel 2024 wurde die Bildung entsprechend dem CASMIN-Index klassifiziert (Brauns et al. 2003).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben (‘beobachtet’), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der europäischen Standardbevölkerung 2013 (‘altersstandardisiert’). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands bzw. der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die ‘beobachteten’ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den ‘altersstandardisierten’ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer bzw. Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

Weiterführende Links

- [Panel: Studienreihe „Gesundheit in Deutschland“](#)
- [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: <https://www.gbe.rki.de/diabetes-sterblichkeit>

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 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 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 – 2019: GISD Release 2022 v1.1, Jahr 2020/2021: GISD Release 2022 v1.2 Fortschreibung) ([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 Sterblichkeit an Diabetes im IS-GBE](#)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Gestationsdiabetes mellitus: Prävalenz'

Indikator_ID: 2020208

Stand: 20. November 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/gestationsdiabetes>

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 (GISD) (Jahre 2019 – 2020: GISD Release 2020; Jahre 2021 – 2022: GISD Release 2022 v0.2) ([Michalski et al. 2022](#)). Der GISD 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 GISD 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: <https://www.gbe.rki.de/brustkrebs-inzidenz>

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 Vortherapien, 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: <https://www.gbe.rki.de/brustkrebs-sterblichkeit>

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 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 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 – 2019: GISD Release 2022 v1.1, Jahr 2020/2021: GISD Release 2022 v1.2 Fortschreibung) ([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](#)
- [ICD-10-WHO-Version](#)
- [Todesursachenstatistik](#)
- [Daten zur Sterblichkeit an Brustkrebs im IS-GBE](#)

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Darmkrebs: Inzidenz'

Indikator_ID: 2020303

Stand: 20. November 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/darmkrebs-inzidenz>

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: <https://www.gbe.rki.de/darmkrebs-sterblichkeit>

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 – 2019: GISD Release 2022 v1.1, Jahr 2020/2021: GISD Release 2022 v1.2 Fortschreibung) ([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](#)
- [ICD-10-WHO-Version](#)
- [Todesursachenstatistik](#)
- [Daten zur Sterblichkeit an Darmkrebs im IS-GBE](#)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'COPD: Prävalenz (ab 45 Jahre)'

Indikator_ID: 2020401

Stand: 20. November 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/copd-praevalenz>

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD, engl. „chronic obstructive pulmonary disease“) geht mit einer hohen Krankheitslast einher und zählt in Deutschland 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 der GEDA-Welle 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 in den Analysen nach Geschlecht nicht gesondert ausgewiesen. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) 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) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2013 (GEDA 2014/2015-EHIS) und 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Region oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb der jeweiligen Region beziehungsweise Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Region beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Region beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jede Region wurde im Vergleich zu den übrigen 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: <https://www.gbe.rki.de/asthma-praevalenz>

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:

- „Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden?“
- In einer Liste mit 17 vorgegebenen Erkrankungen konnte „Asthma, einschließlich allergischem Asthma“ 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 in den Analysen nach Geschlecht nicht gesondert ausgewiesen. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) 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 Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2007 (GEDA 2009), 2008 (GEDA 2010), 2010 (GEDA 2012), 2013 (GEDA 2014/2015-EHIS) und 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Region oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb der jeweiligen Region beziehungsweise Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Region beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Region beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jede Region wurde im Vergleich zu den übrigen 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: <https://www.gbe.rki.de/arthrose-praevalenz>

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 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. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands beziehungsweise der jeweiligen

Bildungsgruppe durchgeführt. Die ‚beobachteten‘ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den ‚altersstandardisierten‘ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.

- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen 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: <https://www.gbe.rki.de/unfallverletzungen>

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 der GEDA-Welle 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 in den Analysen nach Geschlecht nicht gesondert ausgewiesen. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) 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) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2013 (GEDA 2014/2015-EHIS) und 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands beziehungsweise der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen 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: <https://www.gbe.rki.de/stuerze>

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: 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. 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 in den Analysen nach Geschlecht nicht gesondert ausgewiesen. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) 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. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre und Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre und Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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: <https://www.gbe.rki.de/psychische-stoerungen-admin-praevalenz>

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.

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). Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) übermittelte aggregierte Ergebnisse für eine Gesamtzahl von 60,7 Millionen erwachsenen Personen im Jahr 2023.

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 die Diagnose einer psychischen Störung erhalten haben. In der Bezugspopulation sind gesetzlich Versicherte ohne Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen nicht enthalten. Beide Limitationen haben jedoch nur geringfügige Auswirkungen auf die Schätzung der administrativen Prävalenz psychischer Störungen ([Grobe und Freerk 2024](#)). Grundsätzlich in den Daten nicht berücksichtigt werden Personen, die nicht gesetzlich versichert sind (2022: 12,1 %) ([Destatis 2024](#)).

Administrative Diagnosen psychischer Störungen reflektieren, welche Rolle diese in der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung, Dokumentation und Abrechnung spielen. Der Kennwert erlaubt nur begrenzt Rückschlüsse auf die Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung.

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: <https://www.gbe.rki.de/depression-admin-praevalenz>

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.

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](#)). Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) übermittelte aggregierte Ergebnisse für eine Gesamtzahl von 60,7 Millionen erwachsenen Personen im Jahr 2023.

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](#)).

Administrative Diagnosen von Depression reflektieren, welche Rolle diese psychische Störung in der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung, Dokumentation und Abrechnung spielt. Der Kennwert erlaubt aber nur begrenzt Rückschlüsse auf die Häufigkeit von Depression in der Bevölkerung.

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: <https://www.gbe.rki.de/depressive-symptomatik>

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: 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: 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 der GEDA-Welle 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. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) 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 Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2013 (GEDA 2014/2015-EHIS), 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) und 2018 (GEDA 2022, GEDA 2023) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands beziehungsweise der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen 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: <https://www.gbe.rki.de/angststoerungen-admin-praevalenz>

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.

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](#)). Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) übermittelte aggregierte Ergebnisse für eine Gesamtzahl von 60,7 Millionen erwachsenen Personen im Jahr 2023.

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 die Diagnose einer Angststörung erhalten haben. In der Bezugspopulation sind gesetzlich Versicherte ohne Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen nicht enthalten. Beide Limitationen haben jedoch nur geringfügige Auswirkungen auf die Schätzung der administrativen Prävalenz von Angststörungen (Grobe und Frek 2024). Grundsätzlich in den Daten nicht berücksichtigt werden Personen, die nicht gesetzlich versichert sind (2022: 12,1 %) (Destatis 2024).

Administrative Diagnosen von Angststörungen reflektieren, welche Rolle diese in der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung, Dokumentation und Abrechnung spielen. Der Kennwert erlaubt nur begrenzt Rückschlüsse auf die Häufigkeit von Angststörungen in der Bevölkerung.

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: <https://www.gbe.rki.de/angstsymptome>

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: 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, 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. 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 in den Analysen nach Geschlecht nicht gesondert ausgewiesen. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2020 (GEDA 2022, GEDA 2023) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2018 (GEDA 2022, GEDA 2023) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Region oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb der jeweiligen Region beziehungsweise Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Region beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Region beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jede Region wurde im Vergleich zu den übrigen 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: <https://www.gbe.rki.de/sterblichkeit>

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 Vollständigkeits- 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 – 2019: GISD Release 2022 v1.1, Jahr 2020/2021: GISD Release 2022 v1.2 Fortschreibung) (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 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).

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Lebenserwartung'

Indikator_ID: 2050103

Stand: 20. November 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/lebenserwartung>

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 Anzahl an Jahren, die ein Neugeborenes zu erwarten hat, wenn die beobachteten Sterblichkeitsverhältnisse des jeweiligen Jahres über seine gesamte Lebenszeit hinweg konstant blieben.
- **Stratifizierung:** Die Stratifizierung nach Bundesland erfolgt basierend auf Informationen zum Wohnort der Verstorbenen. Die Stratifizierung nach regionaler sozioökonomischer Deprivation erfolgt auf Grundlage des German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) (Jahre 2003 – 2019: GISD Release 2022 v1.1, Jahr 2020/2021: GISD Release 2022 v1.2 Fortschreibung) ([Michalski et al. 2022](#)) und bezieht sich im Unterschied zu den anderen Ergebnissen auf das angegebene Kalenderjahr. 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 Lebenserwartung erfolgt stratifiziert nach niedriger (1. Quintil), mittlerer (2. – 4. Quintil) und hoher Deprivation (5. Quintil). Unterschiede in der Lebenserwartung nach sozioökonomischer Deprivation beziehen sich auf die räumliche Ebene.
- **Berechnungen:** Die Berechnung der Lebenserwartung erfolgt mittels Periodensterbetafeln, welche die Sterblichkeitsverhältnisse in einer Bevölkerung unabhängig von deren Größe und Altersstruktur quantifizieren. In die Berechnung gehen Sterbe- und Überlebensraten eines jeden Altersjahres ein ([Destatis 2024](#)). Die verwendeten Daten für Deutschland insgesamt sowie für die Bundesländer stammen vom Statistischen Bundesamt ([Destatis 2024](#)). Die Berechnung der Lebenserwartung basiert auf einem Zeitraum von drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren, zuletzt 2020 bis 2022. Die Lebenserwartung für die Landkreise und kreisfreien Städte sowie die Quintile der sozioökonomischen Deprivation erfolgte am [Forschungsdatenzentrum](#) von Destatis und basiert auf Einzeljahren, zuletzt für das Jahr 2021 ([Todesursachenstatistik 2003 - Todesursachenstatistik 2021](#)).

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Körperliche Einschränkungen (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 2050301

Stand: 2. Juli 2025

Link: <https://www.gbe.rki.de/koerperliche-einschraenkungen>

Körperliche Einschränkungen können generell verschiedene Funktionen wie das Sehen, Hören, Kauen und Beißen oder auch den Bewegungsapparat betreffen. In der Darstellung wird hier ausschließlich auf die Mobilität fokussiert, da es in der „UN Decade of Healthy Ageing“ ein wichtiges Konzept darstellt. Mobilität, also die Fähigkeit, sich in der Umgebung fortzubewegen, spielt eine wichtige Rolle bei der Durchführung von Alltagsaktivitäten, für die selbständige Lebensführung und die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen (Freiberger et al. 2020). Einschränkungen in der körperlichen Mobilität gehen häufig mit zunehmendem Alter und chronischen Erkrankungen einher und tragen dazu bei, dass Menschen bei der Ausführung grundlegender Aktivitäten Hilfe benötigen, die in schwerwiegenden Fällen vorwiegend in Pflegeheimen erbracht werden kann. Mobilitätseinschränkungen gelten als Risikofaktor für Stürze, eingeschränkte psychische Gesundheit, Abnahme der Funktionsfähigkeit oder Schwierigkeiten beim Zugang zu medizinischer Versorgung (Musich et al. 2018).

Definition

Der Indikator *Körperliche Einschränkungen* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen mit großen Schwierigkeiten beim Laufen oder Treppensteigen oder der Unfähigkeit dies zu tun.

Operationalisierung

Die Erfassung zum Gehen und Treppensteigen basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2014/2015-EHIS

- „Haben Sie Schwierigkeiten einen halben Kilometer (500 Meter) auf ebenem Gelände ohne Gehhilfe zu gehen? Das entspricht etwa der Länge von fünf Fußballfeldern.“
- „Haben Sie Schwierigkeiten eine Treppe mit 12 Stufen hinauf- oder hinabzusteigen?“
- Antwortmöglichkeiten jeweils: „keine Schwierigkeiten“, „einige Schwierigkeiten“, „große Schwierigkeiten“, „Es ist mir nicht möglich/Ich bin dazu nicht in der Lage“

GEDA 2019/2020-EHIS

- „Haben Sie Schwierigkeiten einen halben Kilometer, also 500 Meter auf ebenem Gelände ohne Gehhilfe zu gehen?“
- „Haben Sie Schwierigkeiten eine Treppe mit 12 Stufen hinauf- oder hinabzusteigen?“
- Antwortmöglichkeiten jeweils: „keine“, „einige“, „große Schwierigkeiten“, „Es ist mir nicht möglich“

Panel 2024

- „Haben Sie Schwierigkeiten einen halben Kilometer, also 500 Meter auf ebenem Gelände ohne Gehhilfe zu gehen? Das entspricht etwa der Länge von fünf Fußballfeldern“
- „Haben Sie Schwierigkeiten eine Treppe mit 12 Stufen hinauf- oder hinabzusteigen?“
- Antwortmöglichkeiten jeweils: „keine Schwierigkeiten“, „einige Schwierigkeiten“, „große Schwierigkeiten“, „Es ist mir nicht möglich/Ich bin dazu nicht in der Lage“

Eine Mobilitätseinschränkung besteht, wenn bei mindestens einer der beiden Mobilitätsformen große Schwierigkeiten bestehen oder sie gar nicht möglich ist.

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 = 23.899
- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.706
- Panel 2024:
 - webbasierte und schriftliche Befragungen auf der Basis einer Einwohnermeldeamtsstichprobe mit vier Fragebogenmodulen (A – D), N = 47.676 (relevante Teilstichprobe Fragebogen A: n = 27.199)
 - gültige Werte für den Indikator: n = 27.095

Weiterführende Links

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

Datenqualität

Die Befragungssurveys des RKI liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren in Privathaushalten. Die Daten beruhen auf zufälligen Stichproben aus der Bevölkerung, was die Aussagekraft der Ergebnisse deutlich erhöht. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist jedoch davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Andererseits könnten Personen mit einem starken Interesse an Gesundheitsthemen überrepräsentiert sein. Diese Effekte werden teilweise durch die unten beschriebenen Gewichtungsverfahren ausgeglichen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews.

Für das Panel und für GEDA 2014/2015-EHIS beruhen die Stichproben auf Einwohnermeldeamtsstichproben anstelle von Telefonstichproben. Zudem wechselte der Erhebungsmodus von Telefoninterview zu webbasiertem oder schriftlichem Fragebogen. Der veränderte Stichprobenzugang führte zu einer höheren Beteiligung von Personen aus der niedrigen Bildungsgruppe, Hochaltrigen (ab 80 Jahre) und Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Der Wechsel zu einem schriftlichen Fragebogen verbessert in der Regel die Datenqualität, da es am Telefon schwierig ist, komplexe Fragen zu beantworten, und müsste die Effekte sozialer Erwünschtheit verringern, sodass bei sensiblen Fragen mit offeneren Antworten gerechnet werden kann. Zeitvergleiche der Ergebnisse zwischen dem Panel sowie GEDA 2014/2015-EHIS mit anderen GEDA-Erhebungen sollten daher vorsichtig interpretiert werden.

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung ausgewiesen. In der GEDA-Welle 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. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. Im Panel 2024 enthielt die Gewichtung auch eine Anpassung für Ein-Personen- vs. Mehr-Personen-Haushalte. Außerdem wurde ein Korrekturfaktor auf Basis der Angaben in der Rekrutierungsstudie für das Panel 2024 berücksichtigt, der die Nicht-Teilnahme an einzelnen Teilwellen bei der wiederholten Befragung im Panel ausgleicht. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2014 (GEDA 2014/2015-EHIS), 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) und 31.12.2023 (Panel 2024) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2013 (GEDA 2014/2015-EHIS), 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) und 2021 (Panel 2024) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)). Im Panel 2024 wurde die Bildung entsprechend dem CASMIN-Index klassifiziert ([Brauns et al. 2003](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben (‘beobachtet’), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäischen Standardbevölkerung 2013](#) (‘altersstandardisiert’). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands bzw. der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die ‘beobachteten’ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den ‘altersstandardisierten’ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer bzw. Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Kognitive Einschränkungen (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 2050302

Stand: 20. November 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/kognitive-einschraenkungen>

Kognitive Fähigkeiten umfassen alle geistigen Fähigkeiten und Denkprozesse des menschlichen Gehirns, zum Beispiel planerisches Handeln, Konzentration, Aufmerksamkeit oder das Gedächtnis. „Gesundes kognitives Altern“ ist eine Grundvoraussetzung für ein gesundes Älterwerden und eine unabhängige Lebensführung. Da eine objektive Testung der kognitiven Leistungsfähigkeit in Befragungsstudien nicht möglich ist, kann nur die Selbsteinschätzung einer relevanten Gedächtnisverschlechterung ([Jessen et al. 2007](#)) Hinweise auf die Verbreitung kognitiver Einschränkungen in der Bevölkerung geben. Personen mit einer subjektiven Gedächtnisverschlechterung haben ein erhöhtes Risiko für eine Reihe negativer gesundheitlicher Folgen, zum Beispiel das Auftreten einer Demenzerkrankung, die Verschlechterung kognitiver Fähigkeiten und eine geringere Lebenserwartung ([Pike et al. 2021](#), [Tangen et al. 2019](#)).

Definition

Der Indikator *Kognitive Einschränkungen* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen, die über eine Verschlechterung ihres Gedächtnisses berichten und sich darüber Sorgen machen.

Operationalisierung

Die Erfassung von kognitiven Einschränkungen basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2023:

- „Haben Sie das Gefühl, Ihr Gedächtnis wird schlechter?“
- Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“
- Wenn diese Frage bejaht wurde, wurde anschließend gefragt: „Macht Ihnen das Sorgen?“
- Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“
- Eine subjektive Gedächtnisverschlechterung wird angenommen, wenn berichtet wird, dass das Gedächtnis schlechter wird und dies Sorgen bereitet ([Jessen et al. 2007](#)).

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 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 13, Modul 1 und Welle 14 bis 22, Modul 2: n = 10.026)
 - gültige Werte für den Indikator: n = 9.941

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 und Bildung ausgewiesen. 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. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2020 (GEDA 2023) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2018 (GEDA 2023) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre und Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre und Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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 'Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 2050303

Stand: 2. Juli 2025

Link: <https://www.gbe.rki.de/gali>

Die Alterung der Bevölkerung, die mit Beeinträchtigungen des Gesundheitszustands einhergeht, stellt eine Herausforderung für die Gesellschaft dar, insbesondere dann, wenn die Beeinträchtigungen zu Einschränkungen bei der sozialen Teilhabe in verschiedenen Bereichen des Lebens führen (Van Oyen et al. 2018). Zur Beschreibung der Beschränkungen wird seit etwa 20 Jahren der Indikator zu lang andauernden gesundheitsbedingten Einschränkungen bei der Ausübung von Alltagsaktivitäten (Global Activity Limitation Indicator, GALI) verwendet, der den Anteil der von Einschränkungen betroffenen Bevölkerung abbildet. Der Indikator gehört neben den Indikatoren zur [subjektiven allgemeinen Gesundheit](#) und zum [chronischen Kranksein](#) zu den drei zentralen Kennzahlen des Gesundheitsstatus, die etablierte Bestandteile des „Minimum European Health Module“ (MEHM) sind (Cox et al. 2009).

Definition

Der Indikator *Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen, die durch ein gesundheitliches Problem seit mindestens 6 Monaten mäßig oder stark bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt sind.

Operationalisierung

Die Erfassung von Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2019/2020-EHIS, GEDA 2022, GEDA 2023, Panel 2024

- „Sind Sie durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?“
- Antwortmöglichkeiten: „Stark eingeschränkt“, „Mäßig eingeschränkt“, „Nicht eingeschränkt“
- Wurden bei dieser Frage mäßige oder starke Einschränkungen angegeben, wurde gefragt: „Wie lange dauern Ihre Einschränkungen bereits an?“
- Antwortmöglichkeiten: „Weniger als 6 Monate“, „6 Monate oder länger“
- Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten liegen vor, wenn mäßige oder starke Einschränkungen seit 6 Monaten oder länger angegeben werden.

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 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.651
- 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 2: n = 8.288)
 - gültige Werte für den Indikator aus Welle 1 bis 10, Modul 2: n = 8.267
- 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 2: n = 12.017)
 - gültige Werte für den Indikator aus Welle 11 bis 22, Modul 2: n = 11.982
- Panel 2024:
 - webbasierte und schriftliche Befragungen auf der Basis einer Einwohnermeldeamtsstichprobe mit vier Fragebogenmodulen (A - D), N = 47.676 (relevante Teilstichprobe Fragebogen A: n = 27.199)
 - gültige Werte für den Indikator: n = 26.795

Datenqualität

Die Befragungssurveys des RKI liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren in Privathaushalten. Die Daten beruhen auf zufälligen Stichproben aus der Bevölkerung, was die Aussagekraft der Ergebnisse deutlich erhöht. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist jedoch davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Andererseits könnten Personen mit einem starken Interesse an Gesundheitsthemen überrepräsentiert sein. Diese Effekte werden teilweise durch die unten beschriebenen Gewichtungsverfahren ausgeglichen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews.

Für das Panel beruht die Stichprobe auf einer Einwohnermeldeamtsstichprobe anstelle einer Telefonstichprobe. Zudem wechselte der Erhebungsmodus von Telefoninterview zu webbasiertem oder schriftlichem Fragebogen. Der veränderte Stichprobenzugang führte zu einer höheren Beteiligung von Personen aus der niedrigen Bildungsgruppe, Hochaltrigen (ab 80 Jahre) und Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Der Wechsel zu einem schriftlichen Fragebogen verbessert in der Regel die Datenqualität, da es am Telefon schwierig ist, komplexe Fragen zu beantworten, und müsste die Effekte sozialer Erwünschtheit verringern, sodass bei sensiblen Fragen mit offeneren Antworten gerechnet werden kann. Zeitvergleiche der Ergebnisse zwischen dem Panel und den GEDA-Erhebungen sollten daher vorsichtig interpretiert werden.

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung ausgewiesen. 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. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. Im Panel 2024 enthielt die Gewichtung auch eine Anpassung für Ein-Personen- vs. Mehr-Personen-Haushalte. Außerdem wurde ein Korrekturfaktor auf Basis der Angaben in der Rekrutierungsstudie für das Panel 2024 berücksichtigt, der die Nicht-Teilnahme an einzelnen Teilwellen bei der wiederholten Befragung im Panel ausgleicht. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS), 31.12.2020 (GEDA 2022, GEDA 2023) und 31.12.2023 (Panel 2024) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS), 2018 (GEDA 2022, GEDA 2023) und 2021 (Panel 2024) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)). Im Panel 2024 wurde die Bildung entsprechend dem CASMIN-Index klassifiziert ([Brauns et al. 2003](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben (‘beobachtet’), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäischen Standardbevölkerung 2013](#) (‘altersstandardisiert’). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands bzw. der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die ‘beobachteten’ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den ‘altersstandardisierten’ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer bzw. Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

Weiterführende Links

- [Panel: Studienreihe „Gesundheit in Deutschland“](#)
- [GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell](#)

- EHIS: European Health Interview Survey

→ Zur Übersicht über alle Indikatoren

Indikator 'Einschränkungen in instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (ab 65 Jahre)'

Indikator_ID: 2050304

Stand: 20. November 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/iadl>

Eine Aktivitätseinschränkung gemäß der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ist die Schwierigkeit oder Unfähigkeit, eine bestimmte Aktivität auszuführen. Die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (iADL) erfassen dabei Einschränkungen in Aktivitäten zur selbständigen Versorgung im eigenen Haushalt. Dieses Konzept umfasst unter anderem Tätigkeiten wie Zubereitung von Mahlzeiten, Telefonieren, Wohnungsreinigung, Einkaufen oder Regelung finanzieller Angelegenheiten (Lawton und Brody 1969). Die iADL erfassen Funktionseinschränkungen unabhängig vom sonstigen Gesundheitszustand und geben Aufschluss über die Fähigkeit von Personen, ihren Alltagsanforderungen nachzukommen. Die Ausübung dieser Tätigkeiten sind jedoch abhängig von gesellschaftlich definierten sozialen Rollenvorgaben in der Verteilung der Hausarbeit. Einschränkungen in den iADL gehen mit verschiedenen gesundheitlichen Folgen einher, nicht zuletzt mit einer erhöhten Mortalität älterer Menschen (Hennessy et al. 2015).

Definition

Der Indikator *Einschränkungen in instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens* ist definiert als der Anteil der Personen ab 65 Jahren, die zum Beispiel beim Erledigen der Hausarbeit oder beim Einkaufen große Schwierigkeiten haben oder dazu nicht in der Lage sind.

Operationalisierung

Die Erfassung von Einschränkungen in instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2014/2015-EHIS

- „Wenn Sie 65 Jahre oder älter sind, denken Sie nun an Tätigkeiten bei der Erledigung des Haushalts. Bitte lassen Sie alle vorübergehenden Probleme außer Acht. Haben Sie normalerweise Schwierigkeiten, eine dieser Tätigkeiten ohne Hilfe auszuführen?“
 - „Mahlzeiten zubereiten“
 - „Das Telefon benutzen“
 - „Einkäufe erledigen“
 - „Medikamenteneinnahme organisieren“
 - „Leichte Hausarbeit erledigen“
 - „Gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen“
 - „Organisation finanzieller und alltäglicher Verwaltungsangelegenheiten“
- Antwortmöglichkeiten jeweils: „Keine Schwierigkeiten“, „Einige Schwierigkeiten“, „Große Schwierigkeiten“, „Es ist mir nicht möglich/Ich bin dazu nicht in der Lage“, „Nicht zutreffend (habe ich nie versucht bzw. getan)“

- „Denken Sie nun an Tätigkeiten bei der Erledigung des Haushalts. Bitte lassen Sie alle vorübergehenden Probleme außer Acht. Haben Sie normalerweise Schwierigkeiten, eine dieser Tätigkeiten ohne Hilfe auszuführen?“
 - „Mahlzeiten zubereiten“
 - „Das Telefon benutzen“
 - „Einkäufe erledigen“
 - „Medikamenteneinnahme organisieren“
 - „Leichte Hausarbeit erledigen“
 - „Gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen“
 - „Organisation finanzieller und alltäglicher Verwaltungsangelegenheiten“
- Antwortmöglichkeiten jeweils: „Keine“, „Einige“, „Große Schwierigkeiten“, „Es ist mir nicht möglich“, „Habe ich nie versucht bzw. getan.“

Eine Einschränkung in den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens besteht, wenn bei mindestens einer der sieben Tätigkeiten große Schwierigkeiten bestehen, diese ohne Hilfe auszuführen oder eine Ausübung gar nicht möglich ist.

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 2014/2015-EHIS:
 - webbasierte und schriftliche Befragungen auf der Basis einer Einwohnermeldeamtsstichprobe, N = 24.016
 - gültige Werte für den Indikator: n = 5.618 Personen ab 65 Jahren
- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator: n = 7.857 Personen ab 65 Jahren

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 und Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, oder dass sie von der Teilnahme ausgeschlossen wurden, wie zum Beispiel Personen mit eingeschränkter Auskunftsfähigkeit und Einwilligungsfähigkeit oder die in Pflegeheimen leben. Dadurch könnte die tatsächliche Verbreitung der iADL-Einschränkungen in Deutschland höher sein.

Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews. Zeitvergleiche der Ergebnisse zwischen GEDA 2014/2015-EHIS und den anderen Wellen sollten aufgrund von Unterschieden in der Stichprobenziehung sowie Unterschieden im Erhebungsmodus vorsichtig

interpretiert werden. So war eine Teilnahme von Personen mit größeren Schwierigkeiten beim Telefonieren in GEDA 2014/2015-EHIS anhand des schriftlichen Fragebogens im Gegensatz zu GEDA 2019/2020-EHIS anhand des Telefoninterviews wahrscheinlich leichter möglich.

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Region und Bildung ausgewiesen. In der GEDA-Welle 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 in den Analysen nach Geschlecht nicht gesondert ausgewiesen. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) 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) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2013 (GEDA 2014/2015-EHIS) und 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Region oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb der jeweiligen Region beziehungsweise Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Region beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Region beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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.

Jede Region wurde im Vergleich zu den übrigen 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 'Chronisches Kranksein (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 2050305

Stand: 2. Juli 2025

Link: <https://www.gbe.rki.de/chronisches-kranksein>

Chronisches Kranksein ist eine Dimension der Gesundheit, die lang andauernde (chronische) Gesundheitsprobleme oder Krankheiten erfasst. Erhoben wird das selbsteingeschätzte Kranksein und damit die subjektive Einschätzung von Befragten darüber, ob bei ihnen eine chronische Krankheit besteht. Diese Kennzahl kann verwendet werden, um den allgemeinen Gesundheitszustand, die Prävalenz von chronischen Krankheiten, gesundheitliche Ungleichheiten und den Bedarf an Gesundheitsversorgung auf Bevölkerungsebene zu bewerten ([Eurostat 2017](#)). In Deutschland dominieren nichtübertragbare chronische körperliche und psychische Erkrankungen das Krankheits- und Sterbegeschehen, zum Beispiel Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Lungenerkrankungen und Depressionen ([WHO 2018](#)). Diese gehen mit einem erhöhten Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen und vorzeitige Sterblichkeit einher und können mit Infektionskrankheiten interagieren.

Definition

Der Indikator *Chronisches Kranksein* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen mit einer chronischen Krankheit oder einem lang andauernden Gesundheitsproblem mit einer Dauer von mindestens sechs Monaten.

Operationalisierung

Die Erfassung des chronischen Krankseins basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2014/2015-EHIS, GEDA 2019/2020-EHIS, GEDA 2022, GEDA 2023, Panel 2024

- „Haben Sie eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem? Damit gemeint sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die mindestens 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern 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 2014/2015-EHIS:
 - webbasierte und schriftliche Befragungen auf der Basis einer Einwohnermeldeamtsstichprobe, N = 24.016
 - gültige Werte für den Indikator: n = 23.841
- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.639
- 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 = 33.032
- 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
 - gültige Werte für den Indikator aus Welle 11 bis 22, Basismodul: n = 29.903
- Panel 2024:
 - webbasierte und schriftliche Befragungen auf der Basis einer Einwohnermeldeamtsstichprobe mit vier Fragebogenmodulen (A – D), N = 47.676 (relevante Teilstichprobe Fragebogen A: n = 27.199)
 - gültige Werte für den Indikator: n = 27.087

Datenqualität

Die Befragungssurveys des RKI liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren in Privathaushalten. Die Daten beruhen auf zufälligen Stichproben aus der Bevölkerung, was die Aussagekraft der Ergebnisse deutlich erhöht. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist jedoch davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Andererseits könnten Personen mit einem starken Interesse an Gesundheitsthemen überrepräsentiert sein. Diese Effekte werden teilweise durch die unten beschriebenen Gewichtungsverfahren ausgeglichen. Darüber hinaus basieren alle Informationen auf Selbstangaben und nicht auf ärztlichen Interviews.

Für das Panel und für GEDA 2014/2015-EHIS beruhen die Stichproben auf Einwohnermeldeamtsstichproben anstelle von Telefonstichproben. Zudem wechselte der Erhebungsmodus von Telefoninterview zu webbasiertem oder schriftlichem Fragebogen. Der veränderte Stichprobenzugang führte zu einer höheren Beteiligung von Personen aus der niedrigen Bildungsgruppe, Hochaltrigen (ab 80 Jahre) und Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Der Wechsel zu einem schriftlichen Fragebogen verbessert in der Regel die Datenqualität, da es am Telefon schwierig ist, komplexe Fragen zu beantworten, und müsste die Effekte sozialer Erwünschtheit verringern, sodass bei sensiblen Fragen mit offeneren Antworten gerechnet werden kann. Zeitvergleiche der Ergebnisse zwischen dem Panel sowie GEDA 2014/2015-EHIS mit anderen GEDA-Erhebungen sollten daher vorsichtig interpretiert werden.

Berechnung

- **Beschreibung und Stratifizierung:** Für den Indikator werden die Kennzahlen für Gesamt sowie nach Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung ausgewiesen. In der GEDA-Welle 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. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. Im Panel 2024 enthielt die Gewichtung auch eine Anpassung für Ein-Personen- vs. Mehr-Personen-Haushalte. Außerdem wurde ein Korrekturfaktor auf Basis der Angaben in der Rekrutierungsstudie für das Panel 2024 berücksichtigt, der die Nicht-Teilnahme an einzelnen Teilwellen bei der wiederholten Befragung im Panel ausgleicht. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2014 (GEDA 2014/2015-EHIS), 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS), 31.12.2021 (GEDA 2022, GEDA 2023) und 31.12.2023 (Panel 2024) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2013 (GEDA 2014/2015-EHIS), 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS), 2018 (GEDA 2022, GEDA 2023) und 2021 (Panel 2024) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)). Im Panel 2024 wurde die Bildung entsprechend dem CASMIN-Index klassifiziert ([Brauns et al. 2003](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben (‘beobachtet’), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäischen Standardbevölkerung 2013](#) (‘altersstandardisiert’). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands bzw. der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die ‘beobachteten’ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den ‘altersstandardisierten’ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer bzw. Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

Weiterführende Links

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

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Zahnvorsorgeuntersuchungen (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 3010101

Stand: 20. November 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/zahnvorsorge>

Die Inanspruchnahme zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen ist neben einer effektiven Mundhygiene, einer zahngesunden Ernährung und der Anwendung von Fluoriden eine wichtige Voraussetzung für den Erhalt der Mundgesundheit ([Sicca et al. 2016](#)). Einmal pro Kalenderhalbjahr haben gesetzlich Versicherte ab 18 Jahren Anspruch auf eine derartige Untersuchung. Sie beinhaltet eine eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, eine Anleitung zur effektiven Mundhygiene sowie Hinweise zur Reduktion von Risikofaktoren. Regelmäßige Zahnvorsorgeuntersuchungen leisten einen wichtigen Beitrag zur Verringerung der oralen Krankheitslast und tragen wesentlich zum Erhalt der Funktionsfähigkeit und zur mundgesundheitsbezogen Lebensqualität bei. Dies ist auch deshalb wichtig, weil Erkrankungen der Mundhöhle, wie etwa Parodontitis, assoziiert sind mit nichtübertragbaren Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen ([Seitz et al. 2019](#)).

Definition

Der Indikator *Zahnvorsorgeuntersuchungen* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen, die in den letzten 12 Monaten zahnärztliche Kontrolluntersuchungen in Anspruch genommen haben.

Operationalisierung

Die Inanspruchnahme von Zahnvorsorgeuntersuchungen basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2009, GEDA 2010, GEDA 2012, GEDA 2022, GEDA 2023

- „Haben Sie in den letzten 12 Monaten an einer Zahnvorsorgeuntersuchung teilgenommen?“
- 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 = 21.216
- GEDA 2010:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 22.050
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.006
- GEDA 2012:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 19.294
 - gültige Werte für den Indikator: n = 19.273
- 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 3, Modul 1: n = 2.472)
 - gültige Werte für den Indikator: n = 2.466
- 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 13, Basismodul und Welle 14 bis 15, Modul 2 und 3: n = 7.976)
 - gültige Werte für den Indikator: n = 7.960

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 2012 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 in den Analysen nach Geschlecht nicht gesondert ausgewiesen. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) 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) und 31.12.2020 (GEDA 2022, GEDA 2023) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurde dem Mikrozensus 2007 (GEDA 2009), 2008 (GEDA 2010), 2010 (GEDA 2012) und 2018 (GEDA 2022, GEDA 2023) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt (Schroedter et al. 2006, beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: UNESCO 2012).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der europäischen Standardbevölkerung 2013 („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands beziehungsweise der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

Weiterführende Links

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

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Influenza: Impfquote (ab 60 Jahre)'

Indikator_ID: 3010102

Stand: 17. Dezember 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/influenzaimpfung>

Die Influenza-Impfung ist als saisonale Impfung im Herbst für alle Personen ab 60 Jahren empfohlen ([RKI 2024](#)). Durch die Impfung sollen Infektionen sowie dadurch verursachte schwere Krankheitsverläufe, Folgeerkrankungen, zum Beispiel bakterielle Lungenentzündung oder Herzinfarkt, und mögliche Todesfälle vermieden werden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Europäische Kommission (EU) einigten sich für die Influenza-Impfung auf eine Zielimpfquote von 75 %, die in den Risikogruppen – darunter ältere Menschen ab 60 Jahre – der Mitgliedstaaten erreicht werden soll.

Definition

Der Indikator *Influenza: Impfquote* ist definiert als der Anteil der gesetzlich Krankenversicherten ab 60 Jahren, für die in einer Saison (September bis März) eine Influenzaimpfung dokumentiert wurde.

Bezugspopulation

Alle gesetzlich Krankenversicherten ab 60 Jahre mit Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung sowohl vor als auch am Ende einer Influenza-Saison ([Rieck et al. 2020](#)).

Datenquelle und Fallzahl

Vertragsärztliche Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) nach § 13 Abs. 5 IfSG. Der Datensatz umfasst die Abrechnungsdaten aller gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland (etwa 85 % der Bevölkerung).

Datenqualität

Der Datensatz enthält ausschließlich Abrechnungsdaten der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung aller gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland. Impfungen, die im betrieblichen Kontext, in Apotheken oder im stationären Bereich durchgeführt wurden, sind in dem Datensatz nicht enthalten.

Berechnung

- **Beschreibung:** Quotient aus der Anzahl der geimpften Personen ab 60 Jahren und der Anzahl aller Personen ab 60 Jahren in der Bezugspopulation mit Gewichtung nach Bevölkerungsgröße ([Rieck et al. 2020](#)).
- **Stratifizierung:** Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Versicherten.

Weiterführende Links

- [VacMap – Dashboard zum Impfgeschehen in Deutschland](#)
- [Webseite der KV-Impfsurveillance](#)

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Darmkrebsfrüherkennung (ab 50/55 Jahre)'

Indikator_ID: 3010103

Stand: 20. November 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/darmkrebsfrueherkennung>

Darmkrebs gehört zu den häufigsten Krebserkrankungen bei Erwachsenen in Deutschland, etwa jede neunte Krebsneuerkrankung betrifft den Dickdarm (Kolon) bzw. Mastdarm (Rektum). Das Erkrankungsrisiko steigt mit dem Alter, die Mehrzahl der Betroffenen erhält die Diagnose jenseits des 70. Lebensjahres. Darmkrebs ist bei beiden Geschlechtern die dritthäufigste **Krebstodesursache** (RKI 2023). Zu den wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren für Darmkrebs gehören **Rauchen** und **Adipositas**, gefolgt von Bewegungsmangel, ballaststoffarmer Ernährung, Alkoholkonsum und häufiger Verzehr von rotem beziehungsweise verarbeitetem **Fleisch**. Zur Früherkennung von Darmkrebs im Rahmen des gesetzlichen Darmkrebs-Screening-Programms können Personen im Alter von 50 bis 54 Jahren jährlich und ab 55 Jahren alle zwei Jahre einen immunologischen Test auf verstecktes Blut im Stuhl durchführen lassen. Ab 50 Jahren (Männer) beziehungsweise 55 Jahren (Frauen) sieht das Krebsfrüherkennungsprogramm eine Darmspiegelung (Koloskopie) vor, die bei unauffälligem Befund nach zehn Jahren wiederholt werden kann (G-BA 2023).

Hinweis: Im Januar 2025 gab es eine Anpassung der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (G-BA 2025). Danach haben Frauen und Männer ab 50 Jahren die gleiche Wahl zwischen einer Darmspiegelung (mit einer Wiederholung nach 10 Jahren) und einem alle zwei Jahre durchgeführten immunologischen Test auf verstecktes Blut im Stuhl.

Definition

Der Indikator *Darmkrebsfrüherkennung* ist definiert als der Anteil der Männer ab 50 Jahren und der Frauen ab 55 Jahren, die angeben, in den letzten zehn Jahren eine Koloskopie in Anspruch genommen zu haben.

Operationalisierung

Die Erfassung der Inanspruchnahme von Koloskopien basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2019/2020-EHIS:

- „Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine Darmspiegelung bzw. Koloskopie durchgeführt?“
- Antwortmöglichkeiten: „Innerhalb der letzten 12 Monate“, „Vor 1 bis weniger als 5 Jahren“, „Vor 5 bis weniger als 10 Jahren“, „Vor 10 Jahren oder mehr“, „Nie“
- Ausgewiesen wird die Inanspruchnahme der letzten Koloskopie innerhalb der letzten 10 Jahre für Frauen ab 55 Jahren und für Männer ab 50 Jahren.

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 55 Jahren bei Frauen beziehungsweise 50 Jahren bei Männern 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 = 13.945 Frauen ab 55 Jahren und Männer ab 50 Jahren

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. 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 in den Analysen nach Geschlecht nicht gesondert ausgewiesen. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) berücksichtigt. Dabei wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2019 (GEDA 2019/2020-EHIS) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands beziehungsweise der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Inanspruchnahme allgemeinärztlicher Leistungen (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 3020101

Stand: 20. November 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/allgemeinaerztliche-versorgung>

Die ambulante Versorgung umfasst alle Behandlungsleistungen, die außerhalb von Kliniken erbracht werden. Den größten Bereich bildet die ambulante ärztliche Versorgung, in Deutschland vor allem durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Bei vielen gesundheitlichen Beschwerden stellt die allgemein- und hausärztliche Versorgung als erste Anlaufstelle im professionellen medizinischen Versorgungssystem Behandlungsbedarf fest, führt Untersuchungen und Behandlungen durch und veranlasst bei Bedarf weitere Leistungen im Gesundheits- und Sozialwesen (Prütz und Rommel 2017, Prütz et al. 2021).

Definition

Der Indikator *Inanspruchnahme allgemeinärztlicher Leistungen* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen, die in den 12 Monaten Allgemeinärztinnen und -ärzte oder Hausärztinnen und -ärzte aufgesucht haben.

Operationalisierung

Die Erfassung der Inanspruchnahme allgemeinärztlicher Leistungen basiert auf Selbstangaben der Befragten:

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

- „Wann haben Sie zuletzt einen Allgemeinmediziner oder Hausarzt konsultiert, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen? Bitte beziehen Sie Besuche in der Praxis, Hausbesuche und Beratungen am Telefon mit ein.“
- Antwortmöglichkeiten: „Vor weniger als 12 Monaten“, „Vor 12 Monaten oder länger“, „Nie“
- Die erste Antwortoption wurde den letzten beiden gegenübergestellt, um die 12-Monats-Pärvalenz der Inanspruchnahme allgemeinärztlicher Leistungen zu erhalten.

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 = 23.911
- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.681
- 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 2: n = 8.288)
 - gültige Werte für den Indikator: n = 8.265
- 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 2: n = 12.017)
 - gültige Werte für den Indikator: n = 11.994

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 der GEDA-Welle 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. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) 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 Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2013 (GEDA 2014/2015-EHIS), 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) und 2018 (GEDA 2022, GEDA 2023) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt (Schroedter et al. 2006, beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: UNESCO 2012).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der europäischen Standardbevölkerung 2013 („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands beziehungsweise der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen 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 'Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 3020102

Stand: 20. November 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/fachaerztliche-versorgung>

Die ambulante Versorgung umfasst alle Behandlungsleistungen, die außerhalb von Kliniken erbracht werden. Den größten Bereich bildet die ambulante ärztliche Versorgung, in Deutschland vor allem durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Bei vielen gesundheitlichen Beschwerden stellt die allgemeinärztliche Versorgung medizinischen Behandlungsbedarf fest. Fachärztinnen und Fachärzte übernehmen die Verordnung und Durchführung von spezialisierten Diagnosen und Therapien ([Prütz und Rommel 2017](#), [Prütz et al. 2021](#)).

Definition

Der Indikator *Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen, die in den 12 Monaten Fachärztinnen und -ärzte aufgesucht haben.

Operationalisierung

Die Erfassung der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen basiert auf Selbstangaben der Befragten:

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

- „Wann waren Sie zuletzt bei einem Facharzt, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen? Nicht gemeint sind Besuche beim Zahnarzt oder beim Allgemeinmediziner/Hausarzt.“
- Antwortmöglichkeiten: „Vor weniger als 12 Monaten“, „Vor 12 Monaten oder länger“, „Nie“
- Die erste Antwortoption wurde den letzten beiden gegenübergestellt, um die 12-Monats-Pävalenz der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen zu erhalten.

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 = 23.861
- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.648
- 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 2: n = 8.288)
 - gültige Werte für den Indikator: n = 8.252
- 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 2: n = 12.017)
- gültige Werte für den Indikator: n = 11.998

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 der GEDA-Welle 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 in den Analysen nach Geschlecht nicht gesondert ausgewiesen. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) 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 Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2013 (GEDA 2014/2015-EHIS), 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) und 2018 (GEDA 2022, GEDA 2023) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands beziehungsweise der jeweiligen

Bildungsgruppe durchgeführt. Die ‚beobachteten‘ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den ‚altersstandardisierten‘ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.

- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen 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 'Inanspruchnahme von Krankenhausversorgung (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 3020201

Stand: 20. November 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/krankenhausversorgung>

Neben der ambulanten Versorgung, die meist in Arztpraxen und medizinischen Versorgungszentren stattfindet, ist die stationäre Versorgung in Krankenhäusern eine wichtige Säule des Gesundheitssystems. Zu den Aufgaben der Krankenhäuser gehören neben der Versorgung von Patientinnen und Patienten auch die klinische Forschung und die Ausbildung in den Gesundheitsberufen beziehungsweise die Lehre. Im Jahr 2022 wurde knapp ein Viertel der Gesundheitsausgaben in Deutschland für Leistungen der Krankenhäuser aufgewendet ([Destatis 2024](#)).

Definition

Der Indikator *Inanspruchnahme von Krankenhausversorgung* ist definiert als der Anteil der Erwachsenen, die in den letzten 12 Monaten mindestens eine Nacht im Krankenhaus verbracht haben.

Operationalisierung

Die Erfassung von Krankenhausaufenthalten basiert auf Selbstangaben der Befragten:

GEDA 2009, GEDA 2010, GEDA 2012:

- „Wie viele Nächte haben Sie in den letzten 12 Monaten in Krankenhaus gelegen? Hinweis: Wir meinen als Patient, nicht als Begleitung.“
- Alle Angaben ≥ 1 Nacht wurden als Krankenhausaufenthalt gezählt.

GEDA 2014/2015-EHIS

- „Haben Sie in den letzten 12 Monaten als stationärer Patient, das heißt über Nacht oder länger, im Krankenhaus gelegen? Nicht gemeint sind Aufenthalte in Notfallstationen oder als ambulanter Patient ohne Übernachtung.“
- Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“

GEDA 2019/2020-EHIS

- „In den nächsten Fragen geht es um Krankenhausaufenthalte. Bitte beziehen Sie alle Arten von Krankenhäusern ein. Nicht gemeint sind Krankenhausaufenthalte wegen einer Entbindung. Haben Sie in den letzten zwölf Monaten als stationärer Patient, das heißt über Nacht oder länger, im Krankenhaus gelegen? Nicht gemeint sind Aufenthalte in Notfallstationen oder als ambulanter Patient ohne Übernachtung.“
- 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 = 20.221
- GEDA 2010:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 22. 050
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.021
- GEDA 2012:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz, N = 19.294
 - gültige Werte für den Indikator: n = 19.273
- GEDA 2014/2015-EHIS:
 - webbasierte und schriftliche Befragungen auf der Basis einer Einwohnermeldeamtsstichprobe, N = 24.016
 - gültige Werte für den Indikator: n = 23.901
- GEDA 2019/2020-EHIS:
 - telefonische Befragungen mit Festnetz und Mobilfunk, N = 23.001
 - gültige Werte für den Indikator: n = 22.704

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 in den Analysen nach Geschlecht nicht gesondert ausgewiesen. 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 das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen in jedem Survey ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtungen passen die Surveys an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland und Bildung an. Beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS wurde zusätzlich die regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) 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 Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2007 (GEDA 2009), 2008 (GEDA 2010), 2010 (GEDA 2012), 2013 (GEDA 2014/2015-EHIS) und 2017 (GEDA 2019/2020-EHIS) entnommen. Die Bildungsgruppen wurden auf Basis der ISCED-Klassifikation bestimmt ([Schroedter et al. 2006](#), beginnend mit GEDA 2014/2015-EHIS: [UNESCO 2012](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben („beobachtet“), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäische Standardbevölkerung 2013](#) („altersstandardisiert“). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands beziehungsweise der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die „beobachteten“ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den „altersstandardisierten“ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer beziehungsweise Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.

- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen 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 'Pflegeleistungen'

Indikator_ID: 3020301

Stand: 20. November 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/pflegeleistungen>

Mit steigendem Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung in Deutschland wächst auch der Anteil der Pflegebedürftigen ([Matzk et al. 2023](#), [Destatis 2021](#)). Pflegebedürftige Menschen sind gesundheitlich eingeschränkt, was mit Schwierigkeiten zum Beispiel in der Mobilität und der selbstständigen Lebensführung einhergehen kann; sie benötigen daher Hilfe und Unterstützung. Diese Unterstützungsleistungen werden überwiegend durch Angehörige erbracht, im höheren Lebensalter auch in stationären Einrichtungen ([Demografieportal 2024](#)). Die Kosten dafür werden im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung abgedeckt. Durch die Alterung der Bevölkerung wird erwartet, dass es zu einer größer werdenden Lücke bei der Versorgung von Pflegebedürftigen kommen kann ([Blüher et al. 2021](#)). Daher ist es relevant, zu beobachten, wie sich die Anzahl der Pflegebedürftigen weiter entwickeln wird und welche Altersgruppen besonders betroffen sind.

Definition

Der Indikator *Pflegeleistungen* ist definiert als der Anteil der ambulant oder stationär versorgten Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung. Eine Person gilt nach SGB-XI, § 14 (1) als pflegebedürftig, wenn sie gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.

Bezugspopulation

Die Gesamtbevölkerung Deutschlands.

Datenquelle

Die Daten zu den Pflegeleistungsempfängerinnen und -empfängern nach Sozialgesetzbuch (SGB-XI, § 14 (1)) werden durch das Statistische Bundesamt zur Verfügung gestellt. Der Datensatz enthält Informationen zu Alter, Geschlecht, Wohnort und Art der Pflegeleistung, welche durch die Träger der

Pflegeversicherung und die privaten Versicherungsunternehmen gemäß § 2 Absatz 2 Nr. 2 der Pflegestatistik-Verordnung übermittelt werden.

Datenqualität

Die Voraussetzung für den Erhalt von Leistungen der Pflegeversicherung ist, dass eine Pflegebedürftigkeit (ein Pflegegrad) beispielsweise durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen festgestellt wird. Alle Personen mit einem Pflegegrad von 2 oder mehr haben einen Anspruch auf den Erhalt von Pflegeleistungen, die in Form von Pflegegeld (für pflegeleistende Angehörige) und/oder Pflegesachleistungen (für den Bezug ambulanter oder stationärer Pflege) erfolgt. Der Pflegegrad muss aktiv beantragt werden. Personen, bei denen noch keine Bewilligung vorliegt oder die keinen Pflegegrad beantragen, aber pflegebedürftig sind, sind im Datensatz nicht enthalten.

Berechnung

- **Beschreibung:** Quotient aus der Anzahl der Personen, die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung erhalten, und der Bevölkerung in Deutschland.
- **Stratifizierung:** Die Stratifizierung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Personen, die Pflegeleistungen erhalten. Bei der Art der Pflegeleistungen wird zwischen dem Bezug von ambulanten (zu Hause und teilstationär erhaltenen) beziehungsweise stationären (in Pflegeheimen, Pflege-Wohngemeinschaften erhaltenen) Pflegeleistungen unterschieden.
- **Altersstandardisierung:** Es erfolgt eine direkte Altersstandardisierung mit der [europäischen Standardbevölkerung 2013](#) als Bezugspopulation unter Verwendung von 5-Jahres-Altersgruppen, beginnend bei 0 – 4 Jahre bis 85 – 89 Jahre sowie ≥ 90 Jahre.

Weiterführende Links

- [Daten zu Pflegeleistungen im IS-GBE](#)
- [Statistisches Bundesamt: Pflege](#)
- [Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Pflegestatistik](#)

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Diabetesbedingte Amputationen (ab 15 Jahre)'

Indikator_ID: 3020401

Stand: 20. November 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/diabetes-amputationen>

Diabetes kann im Krankheitsverlauf zu Durchblutungsstörungen und Nervenschädigungen an den Extremitäten führen. Bei nicht rechtzeitiger oder nicht adäquater Versorgung beispielsweise eines diabetischen Fußsyndroms kann die Amputation unterer Extremitäten notwendig werden. Der Indikator *Diabetesbedingte Amputationen* ist Teil des von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) veröffentlichten Berichts Health at a Glance ([OECD 2023](#)), welcher alle zwei Jahre erscheint und diabetesbedingte Major-Amputationen (Amputationen oberhalb des Knöchels) betrachtet. Amputationen führen zu einer starken Einschränkung der gesundheitlichen Lebensqualität und hohen Kosten für das Gesundheitssystem ([Pscherer et al. 2012](#)). Zudem sind sie ein Indikator für die Versorgungsqualität von Diabetes.

Definition

Der Indikator *Diabetesbedingte Amputationen* ist definiert als Anzahl an Amputationen oberhalb des Sprunggelenks (OPS: 5-864/5-865.0) bei Personen ab 15 Jahren mit Haupt- oder Nebendiagnose (E10.-/ E11.-/ E13.-/ E14.-) bezogen auf 100.000 Personen ab 15 Jahren.

Bezugspopulation

Wohnbevölkerung Deutschlands ab 15 Jahren.

Datenquelle

Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamts ([Destatis 2023](#)), die alle etwa 19 Millionen stationär behandelten Fälle pro Jahr in Deutschland einschließt.

Datenqualität

Die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) beinhaltet Informationen über alle Krankenhausaufenthalte in Deutschland. Sie umfasst unter anderem Haupt- und Nebendiagnosen, Operationen und Prozeduren sowie Informationen zu Alter, Geschlecht und Wohnort der Patientinnen und Patienten. Die Daten werden auf Fallbasis dokumentiert, sodass wiederholte Krankenhausaufenthalte einer Person als mehrere Fälle gewertet werden. Die Datenqualität hängt von der Kodierpraxis und weiteren Dokumentationseffekten ab.

Weiterführende Links

- [Statistisches Bundesamt: Qualitätsbericht - Entgeltsysteme im Krankenhaus - DRG-Statistik und PEPP-Statistik](#)

Berechnung

- **Beschreibung:** Anzahl der Major-Amputationsfälle (OPS-Codes 5 – 864/5 – 865.0) bezogen auf 100.000 Personen. Es wurden Verlegungen aus einer Rehabilitationseinrichtung oder einem anderen Akutkrankenhaus, Sterbefälle während des Aufenthalts, Entlassungen innerhalb von 24 Stunden, Tumorerkrankungsfälle von Knochen der unteren Extremität (ICD-Code: C40.2/C40.3), Fälle mit traumatischen Amputationen der unteren Extremität (ICD-Code: S78.-/S88.-/S98.-/T05.3 – 5/T13.6) oder Fälle im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder Geburt ausgeschlossen.
- **Stratifizierung:** Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort. Die Stratifizierung nach regionaler sozioökonomischer Deprivation erfolgt auf Grundlage des German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) (Jahre 2019 – 2020: GISD Release 2020, Jahre 2021 – 2022: 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 Person mit der Krankenhausstatistik verknüpft werden. Die Berechnung der Amputationsraten erfolgt stratifiziert nach niedriger (1. Quintil), mittlerer (2. – 4. Quintil) und hoher (5. Quintil) Deprivation. Unterschiede in den Amputationsraten 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 beginnend bei 15 – 19 Jahre bis 80 – 84 Jahre sowie ≥ 85 Jahre.

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Diabetes: Ambulant-sensitive Krankenhausfälle (ab 15 Jahre)'

Indikator_ID: 3020402

Stand: 20. November 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/diabetes-krankenhausfaelle>

Diabetes kann aufgrund von Komplikationen oder Blutzuckerentgleisungen eine stationäre Behandlung erfordern. Diese Krankenhausfälle sind ambulant-sensitiv, das heißt, diese Fälle wären durch eine angemessene und rechtzeitige ambulante Versorgung potenziell vermeidbar. Der Indikator *Ambulant-sensitive Krankenhausfälle* ist international etabliert und wird alle zwei Jahre als Teil des von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) veröffentlichten Berichts *Health at a Glance* im internationalen Vergleich publiziert (OECD 2023). Auf der Grundlage der OECD-Definition werden nur Krankenhausaufnahmen mit der Hauptdiagnose Diabetes einbezogen, da der Indikator die ambulante Versorgungsqualität messen soll. Stationäre Fälle mit Diabetes als Nebendiagnose, die aufgrund der zunehmenden Prävalenz des Diabetes im Alter auf viele Behandlungsfälle zutreffen (Lehmann et al. 2019), werden nicht berücksichtigt.

Definition

Der Indikator *Diabetes: Ambulant-sensitive Krankenhausfälle* ist definiert als Anzahl an stationären Behandlungsfällen von Personen ab 15 Jahren mit Hauptbehandlungsdiagnose Diabetes (E10.-/ E11.-/ E13.-/ E14.-) bezogen auf 100.000 Personen ab 15 Jahren.

Bezugspopulation

Wohnbevölkerung Deutschlands ab 15 Jahren.

Datenquelle und Fallzahl

Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamts (Destatis 2023), die alle etwa 19 Millionen stationär behandelten Fälle pro Jahr in Deutschland einschließt.

Datenqualität

Die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) beinhaltet Informationen über alle Krankenhausaufenthalte in Deutschland. Sie umfasst unter anderem Haupt- und Nebendiagnosen, Operationen und Prozeduren sowie Informationen zu Alter, Geschlecht und Wohnort der Patientinnen und Patienten. Die Daten werden auf Fallbasis dokumentiert, sodass wiederholte Krankenhausaufenthalte einer Person als mehrere Fälle gewertet werden. Die Datenqualität hängt von der Kodierpraxis und weiteren Dokumentationseffekten ab.

Weiterführende Links

- [Statistisches Bundesamt: Qualitätsbericht - Entgeltsysteme im Krankenhaus - DRG-Statistik und PEPP-Statistik](#)

Berechnung

- **Beschreibung:** Anzahl an Krankenhausfällen aufgrund der Hauptdiagnose Diabetes (E10.-/ E11.-/ E13.-/ E14.-) bezogen auf 100.000 Personen. Es wurden Verlegungen aus einer Rehabilitationseinrichtung oder einem anderen Akutkrankenhaus, Sterbefälle während des Aufenthalts, Entlassungen innerhalb von 24 Stunden oder Fälle im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder Geburt ausgeschlossen.
- **Stratifizierung:** Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort. Die Stratifizierung nach regionaler sozioökonomischer Deprivation erfolgt auf Grundlage des German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) (Jahre 2019 – 2020: GISD Release 2020; Jahre 2021 – 2022: 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 Person mit der Krankenhausstatistik verknüpft werden. Die Berechnung der Rate von ambulant-sensitiven Krankenhausfällen erfolgt stratifiziert nach niedriger (1. Quintil), mittlerer (2. – 4. Quintil) und hoher (5. Quintil) Deprivation. Unterschiede in den Raten 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 beginnend bei 15 – 19 Jahre bis 80 – 84 Jahre sowie ≥ 85 Jahre.

→ Zur Übersicht über alle Indikatoren

Indikator 'Tabakkontrolle'

Indikator_ID: 4010101

Stand: 20. November 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/tabakkontrolle>

Das **Rauchen** von Zigaretten und anderen Tabakprodukten ist einer der wichtigsten Risikofaktoren für die Entstehung von nichtübertragbaren Erkrankungen wie Lungenkrebs, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Herz-Kreislauf-Erkrankung und Typ-2-Diabetes (HHS 2014). Maßnahmen zur Senkung des Anteils an Rauchenden in der Bevölkerung können einen wesentlichen Beitrag zur Verminderung der Krankheitslast liefern. Die europäische Tabakkontrollskala quantifiziert die Umsetzung von gesetzlichen Maßnahmen mit dem Ziel der Reduktion des Tabakkonsums und **Passivrauchens** auf der Ebene der einzelnen europäischen Länder und ermöglicht damit einen internationalen Vergleich (TCS 2021).

Definition

Der Indikator *Tabakkontrolle* ist definiert über die Tabakkontrollskala nach Joossens et al. 2006, welche die Umsetzung von Maßnahmen zur Tabakkontrolle auf Länderebene anhand eines Punktesystems misst.

Datenquelle

Berichte der Tabakkontrollskala, die regelmäßig unter <https://www.tobaccocontrolscales.org/> veröffentlicht und durch Gesundheitsprogramme der Europäischen Union unter Schirmherrschaft der Association of European Cancer Leagues (ECL) und des Institut Catala d'Oncologia (ICO) gefördert werden.

Datenqualität

Die Tabakkontrollskala ist ein Bewertungsinstrument zur Evaluation der Tabakkontrollpolitik europäischer Länder, welches mithilfe eines internationalen Gremiums entwickelt wurde. In regelmäßigen Abständen (alle 2 bis 3 Jahre) werden die Komponenten der Tabakkontrollskala durch Expertinnen und Experten der teilnehmenden europäischen Länder bewertet. Weil bisher relativ wenig Evidenz zur Effektivität von politischen Maßnahmen zur Tabakkontrolle vorliegt, ist die Wertigkeit der Maßnahmenbereiche weiterhin Gegenstand von Diskussionen (TCS). Die quantitative Bewertung der umgesetzten politischen Maßnahmen zur Tabakkontrolle ist außerdem teilweise nur eingeschränkt möglich. Des Weiteren werden bisher mit der Tabakkontrollskala nicht alle relevanten Bereiche der Tabakkontrolle abgebildet, sodass das Instrument fortlaufend weiterentwickelt wird, beispielsweise durch eine Ergänzung von zwei Komponenten im Jahr 2019 (Joossens et al. 2020).

Berechnung

- **Beschreibung:** Gesamtpunktzahl der Bewertung der sechs (2003 bis 2016) beziehungsweise acht Maßnahmenbereiche (seit 2019) der Tabakkontrollskala nach Joossens et al. 2006 entsprechend ihrer Wertigkeit für die jeweilige Effektivität. Die maximale Gesamtpunktzahl beträgt 100 Punkte. Eine höhere Gesamtpunktzahl entspricht einer höheren Tabakkontrolle. Zu beachten ist, dass sich die Gewichtung der Komponenten seit 2019 leicht verändert hat, da 2019 die Komponenten „Bekämpfung des illegalen Tabakhandels“ und „Beschränkung des Einflusses der Tabakindustrie“ neu hinzugefügt wurden (Joossens et al. 2020).
- Die Maßnahmenbereiche sind aktuell:
 - „Preis“ (maximal 30 Punkte),
 - „Konsumverbot im öffentlichen Raum“ (maximal 22 Punkte),
 - „Ausgaben für öffentliche Informationskampagnen“ (maximal 10 Punkte),
 - „Werbeverbote“ (maximal 13 Punkte),
 - „Gesundheitswarnungen“ (maximal 10 Punkte),
 - „Behandlung und Rauchentwöhnung“ (maximal 10 Punkte),
 - „Bekämpfung des illegalen Tabakhandels“ (maximal 3 Punkte),
 - „Beschränkung des Einflusses der Tabakindustrie“ (maximal 2 Punkte).

Weiterführende Links

- [Tabakkontrollskala](#)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Lebensmittelbesteuerung'

Indikator_ID: 4010102

Stand: 20. November 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/lebensmittelbesteuerung>

Die Lebensmittelbesteuerung basiert auf gesetzlich vorgeschriebenen Umsatzsteuersätzen (umgangssprachlich auch Mehrwertsteuer genannt) für Lebensmittel und Getränke in Deutschland und wirkt sich auf die Lebensmittelpreise aus. Da Lebensmittelpreise das Einkaufsverhalten beeinflussen können, insbesondere von finanziell schlechter gestellten Personen (Rao et al. 2013), wird die Besteuerung für ausgewählte Lebensmittelgruppen beschrieben, deren Konsum das Risiko für nichtübertragbare Erkrankungen und damit verbundene gesundheitliche Einschränkungen beeinflusst (Schwingshackl et al. 2019). Durch die Besteuerung von Lebensmitteln entsprechend ihres

gesundheitlichen Werts sollte der Lebensmittelpreis so verändert werden, dass eine Ernährung mit Lebensmitteln, die als gesundheitsfördernd gelten, für die gesamte Bevölkerung möglich ist (Alagiyawanna et al. 2015).

Definition

Der Indikator *Lebensmittelbesteuerung* wird separat für Lebensmittel und Getränke berichtet und ist definiert als Steuerbelastung in Cent pro 100 Cent Lebensmittel- beziehungsweise Getränkepreis.

Bezug

Basierend auf deutschlandweit geltenden Gesetzen.

Datenquelle

Umsatzsteuergesetz (UStG) gemäß der Bekanntmachung vom 21.02.2005, zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 29.06.2020 (§12 Abs. 2 UStG 2005, [Zweites Corona-Steuerhilfegesetz 2020](#)).

Berechnung

- **Beschreibung:** Allgemeiner und ermäßigter Umsatzsteuersatz in Deutschland seit 1990.

Datenqualität

Das Umsatzsteuergesetz bietet Informationen zu der in Deutschland erhobenen Umsatzsteuer.

Weiterführende Links

- [§12 Abs. 2 UStG 2005](#)
- [Zweites Corona-Steuerhilfegesetz 2020](#)

[→ Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Präventionsausgaben'

Indikator_ID: 4010103

Stand: 20. November 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/praeventionsausgaben>

Prävention zielt darauf ab, die Krankheitslast durch gezielte Maßnahmen zu verringern. Maßnahmen können vor der Krankheitsentstehung ansetzen (Primärprävention), der frühzeitigen Erkennung von Krankheiten dienen (Sekundärprävention) oder Komplikationen beziehungsweise das Wiederauftreten einer Erkrankung verzögern oder verhindern (Tertiärprävention) (Franzkowiak 2022). Präventionsausgaben sind Grundlage für die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen. Bundesweite Angaben zu Gesundheitsausgaben insgesamt liegen durch die Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) vor (NPK 2023). Die darin enthaltenen Ausgaben für „Prävention und Gesundheitsschutz“ fassen alle Leistungen im Gesundheitswesen zusammen, die bereits im Vorfeld oder Frühstadium einer Erkrankung greifen und deren Entstehen oder weitere Verbreitung vorbeugen sollen.

Definition

Der Indikator *Präventionsausgaben* ist definiert als der Anteil der Präventionsausgaben an den Gesundheitsausgaben pro Person in Deutschland.

Datenquelle

Die Gesundheitsausgabenrechnung gibt eine Übersicht über die Struktur und Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitswesen. Dabei werden die Ausgaben im Gesundheitswesen nach Ausgabenträger, Leistungsarten und Einrichtungen zusammengefasst ([Destatis 2024](#)).

Datenqualität

Die Berechnung der Gesundheitsausgaben erfolgt auf Basis von 35 Datenquellen. Dabei handelt es sich überwiegend um Geschäfts- und Rechnungsergebnisse, statistische und finanzielle Berichte, Haushaltspläne und Branchenberichte. Die Statistiken unterliegen den Qualitätskriterien der amtlichen Statistik oder werden von den Datenhaltern validiert. Bei zeitlichen Trends ist zu beachten, dass keine Inflationsbereinigung stattfindet. Weitere Informationen zur Datenqualität sind an anderer Stelle zusammengefasst ([Destatis 2024](#); [Stahl 2020](#)). Eine Trennung der Präventionsausgaben hinsichtlich Ausgaben für Primärprävention und Sekundärprävention ist nicht möglich.

Berechnung

- **Beschreibung:** Unter den Ausgaben für Prävention/Gesundheitsschutz in der Gesundheitsausgabenrechnung werden alle Leistungen zusammengefasst, die das Entstehen oder die Verbreitung von Krankheiten im Vorfeld oder Frühstadium verhindern sollen. Dabei werden auch die von den Ministerien, den Gesundheitsämtern und sonstigen Institutionen erbrachten Überwachungs- und Aufsichtsfunktionen berücksichtigt ([Destatis 2024](#)).
- **Berechnungen:**
 - Beobachtete relative Werte: Quotient aus den Ausgaben für Prävention pro Person und den Gesundheitsausgaben pro Person
 - Beobachtete absolute Werte: Summe der Ausgaben für Prävention pro Person.

Weiterführende Links

- [Destatis - Gesundheitsausgaben](#)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Verbraucherpreisindex'

Indikator_ID: 4020101

Stand: 20. November 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/verbraucherpreisindex>

Der Verbraucherpreisindex misst die „durchschnittliche Preisentwicklung aller Waren und Dienstleistungen, die private Haushalte für Konsumzwecke kaufen“ ([Destatis 2024](#)). Die jährliche Veränderung des Verbraucherpreisindex (Vergleich zum Vorjahr) wird umgangssprachlich als Teuerungsbeziehungsweise Inflationsrate bezeichnet. Da Lebensmittelpreise das Einkaufsverhalten beeinflussen können, insbesondere von finanziell schlechter gestellten Personen ([Rao et al. 2013](#)), wird der

Verbraucherpreisindex für ausgewählte Lebensmittelgruppen, die in Zusammenhang mit nichtübertragbaren Erkrankungen stehen ([Schwingshackl et al. 2019](#)), dargestellt. Zur Einordnung der Ergebnisse werden zudem der Verbraucherpreisindex für alle Nahrungsmittel und alkoholfreien Getränke insgesamt sowie für Mineralwasser berichtet.

Definition

Der Indikator *Verbraucherpreisindex* ist definiert als durchschnittliche prozentuale Preisveränderung in einem bestimmten Jahr mit Bezug zu einem Basisjahr; berichtet für Fleisch und Fleischwaren, Fertiggerichte, Süßwaren, Obst, Gemüse, Erfrischungsgetränke (ohne Mineralwasser), Mineralwasser sowie zusammenfassend für Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke insgesamt.

Bezug

Nach dem Inlandskonzept werden alle Ausgaben, die in Deutschland getätigt werden, dargestellt ([Destatis 2024](#)).

Datenquelle

Die Berechnungen des Verbraucherpreisindex werden durch das Statistische Bundesamt (Destatis) durchgeführt und basieren auf Güterpreisen, die monatlich ebenfalls durch Destatis erhoben werden.

Datenqualität

Der Verbraucherpreisindex wird jährlich mit Bezug zu einem festgelegten Basisjahr (aktuelles Basisjahr 2020) berechnet. Vergleiche mit Werten aus den vorhergehenden Jahren mit einem anderen Basisjahr sind daher nur eingeschränkt möglich. Weitere Informationen zur Datenqualität sind an anderer Stelle zusammengefasst ([Destatis 2024](#)).

Berechnung

- **Beschreibung:** Der Verbraucherpreisindex für Deutschland misst die durchschnittliche Preisentwicklung aller Waren und Dienstleistungen, die private Haushalte für Konsumzwecke kaufen, im Vergleich zu einem definierten Basisjahr. Dabei werden Konsumbereiche (z. B. Nahrungsmittel) und Unterbereiche (z. B. Gemüse, Fleisch und Fleischwaren) differenziert. Weitere Informationen sind unter ([Destatis 2024](#)) zu finden. Für die Berechnung des Verbraucherpreisindexes werden Gewichtungen verwendet ([Destatis 2023](#)). Der Verbraucherpreisindex der oben aufgeführten Lebensmittelgruppen ist für die Jahre 2015 bis 2023 mit 2020 (Verbraucherpreisindex = 100) als Basisjahr dargestellt. Für die Beschreibung der prozentualen Veränderung der Preise im Zeitraum von 2015 bis 2023 erfolgte eine Umrechnung der Daten mit Basisjahr 2020 auf das Basisjahr 2015.

Weiterführende Links

- [Verbraucherpreisindex](#)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Armutsrisikoquote'

Indikator_ID: 4020102

Stand: 20. November 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/armutsrisikoquote>

Menschen, die aufgrund eines geringen Einkommens von Armut betroffen oder bedroht sind, erfahren materielle und strukturelle Benachteiligung, haben verminderte Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe und haben erhöhte Risiken für gesundheitliche Beeinträchtigungen, chronische Erkrankungen und vorzeitige Sterblichkeit. Die Armutsrisikoquote (auch Armutsgefährdungsquote) beschreibt den Anteil in der Bevölkerung, der unter der Armutsrisikogrenze lebt. Die Armutsrisikogrenze wird dann unterschritten, wenn das anhand von Anzahl und Alter der Haushaltsmitglieder bedarfsgewichtete Haushaltseinkommen (Netto-Äquivalenzeinkommen) weniger als 60 % des mittleren Einkommens der Gesamtbevölkerung beträgt (relative Armut) (Lampert et al. 2019, Lampert et al. 2017).

Definition

Der Indikator *Armutsrisikoquote* ist definiert als Anteil der Bevölkerung mit einem Netto-Äquivalenzeinkommen von weniger als 60 % des mittleren Netto-Äquivalenzeinkommens der Bevölkerung in Hauptwohnsitzhaushalten.

Bezugspopulation

Personen in Hauptwohnsitzhaushalten in Deutschland.

Datenquelle

Der Mikrozensus (www.mikrozensus.de) ist die größte jährliche Haushaltsbefragung, die von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder gemeinschaftlich durchgeführt wird. Es wird rund 1 % der Bevölkerung in Deutschland, die in privaten Haushalten und Gemeinschaftsunterkünften lebt, zu ihren Arbeits- und Lebensbedingungen befragt.

Datenqualität

Die regionalen Unterschiede im Einkommensniveau werden nicht berücksichtigt. Eine solche Berücksichtigung regionaler Unterschiede ist möglich, wenn statt des Bundesmedians des Einkommens, der Landesmedian des jeweiligen Bundeslandes verwendet wird. Diese Daten sind bei [Destatis](https://www.destatis.de) verfügbar. Aufgrund einer Neugestaltung des Mikrozensus, sind die Ergebnisse ab dem Erhebungsjahr 2020 nur eingeschränkt mit den Mikrozensus-Ergebnissen aus den Vorjahren vergleichbar. Die Neugestaltung ab 2020 betraf das Fragenprogramm, die Konzeption der Stichprobe sowie die Einführung eines Online-Fragebogens für die Datengewinnung ([Destatis - Neuregelung ab 2020](#)).

Berechnung

- **Beschreibung:** Quotient aus der Anzahl der Personen unterhalb der Armutsrisikogrenze und der Gesamtbevölkerung. Nähere Informationen zum Schwellenwert für die Armutsrisikogefährdung sind an anderer Stelle aufgeführt ([Destatis et al. 2021](#)).
- **Stratifizierung:** Der Bildungsstatus wurde anhand der International Standard Classification of Education (ISCED) ([Eurostat 2022](#)) ausgewiesen, in die Angaben zu schulischer und beruflicher Qualifizierung der Person mit dem höchsten Einkommen im Haushalt eingehen und eine Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Bildungsgruppe ermöglicht. Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Person.
- **Berechnungen:** Die Ergebnisse des Mikrozensus werden auf die Bevölkerung hochgerechnet. Weitere Informationen zum Hochrechnungsverfahren finden sich im Qualitätsbericht des Mikrozensus ([Destatis 2024](#))

Weiterführende Links

- [Mikrozensus](#)
- [Destatis – Einkommen und Lebensbedingungen, Armutsgefährdung](#)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Arbeitslosenquote (15 - 64 Jahre)'

Indikator_ID: 4020103

Stand: 20. November 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/arbeitslosenquote>

In einer Vielzahl von nationalen und internationalen Studien wurde nachgewiesen, dass Personen in Arbeitslosigkeit im Vergleich zu Erwerbstätigen einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen, insbesondere in Bezug auf die psychische Gesundheit. Von Arbeitslosigkeit betroffene Personen erfahren materielle Benachteiligungen und haben geringere Chancen der gesellschaftlichen Teilhabe. Sie sind häufiger von körperlichen Beschwerden und Beeinträchtigungen betroffen und insbesondere häufiger von psychischen Störungen wie Depressionen oder Angststörungen. Dabei ist das Zusammenwirken von Arbeitslosigkeit und Gesundheit komplex. Gesundheitliche Beeinträchtigungen treten nicht nur als Folge von Arbeitslosigkeit auf, sondern vermindern ebenso die Chancen einer Integration in den Arbeitsmarkt (Paul und Moser 2009, Kroll et al. 2016).

Definition

Der Indikator *Arbeitslosenquote* ist definiert als Anteil der Arbeitslosen an allen zivilen Erwerbspersonen mit Wohnsitz in Deutschland.

Bezugspopulation

Alle zivilen Erwerbspersonen mit Hauptwohnsitz in Deutschland.

Datenquelle

Statistik der Bundesagentur für Arbeit (<https://statistik.arbeitsagentur.de/>) zur Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf und zur qualifikationsspezifischen Arbeitslosenquote.

Datenqualität

Für die Ermittlung qualifikationsspezifischer Arbeitslosenquoten entsteht aus methodischen Gründen eine Zeitverzögerung in den Bezugsgrößen, sodass die Bezugsgröße (Anzahl der Beschäftigten) etwa ein Jahr älter ist als die Arbeitslosenzahl im Nenner. Zudem müssen für fehlende Angaben zum Qualifikationsniveau Schätzverfahren verwendet werden (Bundesagentur für Arbeit 2017).

Aufgrund der Neukonzeption des Mikrozensus im Jahr 2020 sind Vergleiche mit Vorjahresergebnissen nach beruflicher Qualifikation ab dem Jahr 2022 nur noch eingeschränkt möglich (Destatis - Neuregelung ab 2020).

Berechnung

- **Beschreibung:** Die Arbeitslosenquote der Bundesagentur für Arbeit setzt die Zahl der registrierten Arbeitslosen in Beziehung zur Zahl aller zivilen Erwerbspersonen. Als arbeitslos gelten Personen, die vorübergehend nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, das 15 Wochenstunden und mehr umfasst, die eine versicherungspflichtige Beschäftigung von mindestens 15 Wochenstunden suchen, die den Vermittlungsbemühungen der Agenturen für Arbeit beziehungsweise der Träger der Grundsicherung zur Verfügung stehen und sich dort persönlich oder nach § 141 SGB III elektronisch arbeitslos gemeldet haben ([Bundesagentur für Arbeit 2022](#)). Alle zivilen Erwerbspersonen sind die Summe aller zivilen Erwerbstätigen (einschließlich Selbständigen und mithelfenden Familienangehörigen) und Arbeitslosen. Die Arbeitslosenquote bezieht sich auf Personen mit Wohnsitz im Bundesgebiet.
- **Stratifizierung:** Die Arbeitslosenquote wird nach dem beruflichen Qualifikationsniveau ausgewiesen, welches wiedergibt, ob die von Arbeitslosigkeit betroffenen Personen keine Berufsausbildung, eine schulisch/betriebliche oder eine akademische Ausbildung abgeschlossen haben. Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Person.

Weiterführende Links

- [Statistik der Bundesagentur für Arbeit](#)
- [Mikrozensus](#)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Hochschulbildung (ab 25 Jahre)'

Indikator_ID: 4020104

Stand: 20. November 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/hochschulbildung>

Bildung ist eine wichtige Ressource für Gesundheit. Sie fördert Chancen auf soziale und wirtschaftliche Teilhabe, legt einen Grundstein für gesunde Lebens- und Arbeitsbedingungen wie auch eine gesunde Lebensweise. Ein hoher formaler Bildungserfolg wie der Abschluss eines Hochschulstudiums geht mit Vorteilen in der Arbeitswelt einher, indem er zum Beispiel Zugang zu beruflichen Positionen mit hoher Autonomie, Anerkennung und Entlohnung bei vergleichsweise geringen Gesundheitsrisiken fördert. Außerdem begünstigt Bildung die Entwicklung von Kompetenzen zur Krankheitsvorbeugung und -bewältigung. Gesundheitsprobleme und Erkrankungen, die mit dauerhaften Einschränkungen im Alltag oder Beruf einhergehen, sind unter Personen mit Hochschulbildung weniger verbreitet als unter Personen mit mittleren oder niedrigen Bildungsabschlüssen ([Lampert et al. 2021](#)). Dies spiegelt sich in einer geringeren vorzeitigen Sterblichkeit und einer längeren Lebenserwartung höherer Bildungsgruppen wider ([IHME-CHAIN Collaborators 2024](#)).

Definition

Der Indikator *Hochschulbildung* ist definiert als Anteil der Personen mit Fachhochschul- oder Hochschulabschluss an der Gesamtbevölkerung ab 25 Jahren.

Bezugspopulation

Bevölkerung Deutschlands im Alter ab 25 Jahren, die in Privathaushalten oder Gemeinschaftsunterkünften lebt.

Datenquelle

Der Mikrozensus (www.mikrozensus.de) ist die größte jährliche Haushaltsbefragung, die von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder gemeinschaftlich durchgeführt wird. Es wird rund 1 % der Bevölkerung in Deutschland, die in privaten Haushalten und Gemeinschaftsunterkünften lebt, zu ihren Arbeits- und Lebensbedingungen befragt.

Datenqualität

Aufgrund einer Neugestaltung des Mikrozensus sind die Ergebnisse ab dem Erhebungsjahr 2020 nur eingeschränkt mit den Mikrozensus-Ergebnissen aus den Vorjahren vergleichbar. Die Neugestaltung ab 2020 betraf das Fragenprogramm, die Konzeption der Stichprobe sowie die Einführung eines Online-Fragebogens für die Datengewinnung ([Destatis - Neuregelung ab 2020](#)).

Berechnung

- **Beschreibung:** Anteil von Personen im Alter ab 25 Jahren, die über einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluss verfügen. Die Zuordnung entspricht dabei der CASMIN-Klassifikation (Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations) der Stufe 3 (Kategorien „3a_voc, 3a_gen“: Fachhochschule, Verwaltungsfachhochschule, Ingenieurschule, Berufsakademie sowie „3b_low, 3b_high“: Hochschule) und spiegelt damit eine abgeschlossene Tertiärbildung, also ein hohes formales Bildungsniveau wider.
- **Stratifizierung:** Die Darstellung nach Bundesland basiert auf dem Wohnort der Person.
- **Berechnungen:** Die Ergebnisse des Mikrozensus werden auf die Bevölkerung hochgerechnet. Weitere Informationen zum Hochrechnungsverfahren finden sich im Qualitätsbericht des Mikrozensus ([Destatis 2024](#))

Weiterführende Links

- [Mikrozensus](#)
- [Destatis – Bildungsstand](#)

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Verkehrsmittelnutzung'

Indikator_ID: 4030101

Stand: 20. November 2024

Link: <https://www.gbe.rki.de/verkehrsmittelnutzung>

Die Wahl des Verkehrsmittels beeinflusst das Bewegungsverhalten zum Zurücklegen von Wegstrecken eines Menschen. Körperliche Inaktivität, die sich auf jegliche Art der Bewegung in unterschiedlichen Bereichen, wie in der Freizeit, im Arbeitsumfeld, im Haushalt und auch beim Zurücklegen von Wegen von Ort zu Ort bezieht, stellt einen wichtigen Risikofaktor für die Entwicklung von Übergewicht und nichtübertragbaren Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Demenz dar ([Katzmarzyk et al. 2022](#), [Schönbach et al. 2020](#)).

Definition

Der Indikator *Verkehrsmittelnutzung* ist definiert als prozentuale Aufteilung (Anteile) der einzelnen Verkehrsmittel, mit denen die Wege von der Bevölkerung hauptsächlich zurückgelegt werden, bezogen auf die gesamte Verkehrsleistung.

Bezugspopulation

Wohnbevölkerung in Deutschland (ohne Alterseinschränkung) basierend auf einer Einwohnermeldestichprobe (2002, 2008, 2017) und einer zusätzlichen Telefonstichprobe (2017).

Datenquelle

Mobilität in Deutschland (MiD) ist eine bundesweite Befragung von Haushalten zu ihrem Verkehrsverhalten. Sie wird im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) durchgeführt. Angaben von 316.361 befragten Personen liegen vor. Im Rahmen der Befragung wurden fast eine Million Wege erhoben (Nobis et al. 2018). In den Grafiken werden die Fallzahlen für die zurückgelegten Wege angezeigt. Für Kinder unter 10 Jahren erfolgte eine Elternbefragung. Für Kinder und Jugendliche ab 10 Jahren war sowohl eine Elternbefragung als auch eine Selbstbefragung möglich (infas 2017).

Datenqualität

Die veröffentlichten Tabellen geben alle Anteile ohne Nachkommastelle an. Dadurch kann es rundungsbedingt zu Abweichungen von 100 Prozent kommen, die in den veröffentlichten Berichten und Abbildungen korrigiert werden, um eine 100-Prozent-Summe für die Modal-Split-Verteilungen sicherzustellen (infas 2017). Erstmals kamen in MiD 2017 statistische Imputationsverfahren für die Berechnung der Mobilitätskennwerte „Hauptverkehrsmittel“ zum Einsatz, da im Vergleich zu 2002 und 2008 vermehrt fehlende und unplausible Angaben enthalten sind (Bäumer et al. 2019).

Weiterführende Links

- **Mobilität in Deutschland** - <https://www.mobilitaet-in-deutschland.de/>

Berechnung

- **Beschreibung:** Modal Split des genutzten Hauptverkehrsmittels: Für jeden von den Befragten zurückgelegten Weg wurden alle genutzten Verkehrsmittel erfasst. Bei der Nennung von nur einem Verkehrsmittel war dieses das Hauptverkehrsmittel; Frage 1 und Frage 2 (Eggs et al. 2018). Für Wege, die aus mehreren Etappen bestanden und für die unterschiedliche Verkehrsmittel genutzt wurden, wurde das Verkehrsmittel, mit dem wahrscheinlich die längste Teilstrecke zurückgelegt wurde, als Hauptverkehrsmittel klassifiziert (Nobis et al. 2018). Aufgrund von geringeren Anteilen werden die Ergebnisse für Moped/Mofa/Motorrad auf dieser Seite nicht grafisch dargestellt.
 - „Welche Verkehrsmittel haben Sie im Laufe des Weges alle genutzt?“ (Mehrfachnennungen möglich)
 - Antwortmöglichkeiten: „Zu Fuß“, „Elektrofahrrad/Pedelec“, „Fahrrad“, „Moped/Mofa“, „Motorrad“, „Moped/Mofa/Motorrad“, „Eigener oder anderer privater PKW“, „Carsharing-Fahrzeug“, „LKW“, „Stadtbus/Regionalbus“, „U-Bahn/Stadtbahn“, „Straßenbahn“, „S-Bahn/Nahverkehrszug“, „Anrufsammeltaxi/Rufbus o.ä.“, „Taxi“, „Schiff/Fähre“, „Fernzug (z.B. ICE, InterCity, EuroCity)“, „Fernbus im Linienverkehr“, „Reisebus nicht im Linienverkehr“, „Flugzeug“, „Anderes Verkehrsmittel“
 - Anschließend wurde gefragt: „Bei Wegen mit PKW, Motorrad oder LKW: Waren Sie auf diesem Weg Fahrer oder Mitfahrer?“
 - Antwortmöglichkeiten: „Fahrer“, „Mitfahrer“, „Beides (Fahrerwechsel)“
- **Stratifizierung:** Für den Indikator sind die Anteile nach Geschlecht (weiblich und männlich), Alter und

Bundesland ausgewiesen. Die Darstellung nach Bundesland basiert auf den Wohnorten der Befragten.

- **Gewichtung:** Um repräsentative Ergebnisse für die Grundgesamtheit zu erhalten, wurden Gewichtungsfaktoren (z. B. Alter, Geschlecht, Haushaltsgröße, Bildung) verwendet. Die Gewichte sind fallzahlnormiert. Des Weiteren wurden zur Hochrechnung auf die gesamtdeutsche Bevölkerung Hochrechnungsfaktoren verwendet. Weitere Informationen sind im Nutzerhandbuch MiD zusammengefasst ([Nobis et al. 2018](#)).

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)

Indikator 'Psychisches Wohlbefinden (ab 18 Jahre)'

Indikator_ID: 2010201

Stand: 2. Juli 2025

Link: <https://www.gbe.rki.de/psychisches-wohlbefinden>

Psychische Gesundheit umfasst neben Krankheitssymptomen auch die Positive Psychische Gesundheit (PPG). Psychisches Wohlbefinden ist ein zentraler Indikator von PPG und beschreibt, wie gut sich eine Person fühlt und ihr Leben bewertet (sog. hedonisches Wohlbefinden), wie erfüllt oder wirksam sie sich in der Bewältigung ihres Alltags und ihrer Ziele wahrnimmt (sog. eudaimonisches Wohlbefinden) und wie zufrieden sie mit ihren sozialen Beziehungen (sog. soziales Wohlbefinden) ist. Psychisches Wohlbefinden ist mit einer besseren körperlichen und psychischen Gesundheit sowie einer erhöhten Lebensqualität assoziiert ([Peitz et al. 2024](#)). Im bevölkerungsbezogenen Monitoring kann das psychische Wohlbefinden als Indikator für Gesundheitsförderung und Prävention genutzt werden. Die regelmäßige Beobachtung des Indikators wird von der OECD ausdrücklich empfohlen ([OECD 2023](#)) und dient als Gradmesser des nationalen Wohlbefindens und gesellschaftlichen Wachstums ([Hicks et al. 2013](#)).

Definition

Der Indikator *psychisches Wohlbefinden* ist definiert als

- mittleres psychisches Wohlbefinden bei Erwachsenen (Wertebereich: 7 – 35),
- Anteil der Erwachsenen mit einem niedrigen psychischen Wohlbefinden (Wertebereich: 7 – 23),
- Anteil der Erwachsenen mit einem hohen psychischen Wohlbefinden (Wertebereich: 32 – 35).

In Anlehnung an die Verteilung innerhalb der in Deutschland lebenden Erwachsenen (d.h., Normwerte) kann zwischen einem niedrigen (≤ 23) und einem hohen psychischen Wohlbefinden (≥ 32) unterschieden werden.

Operationalisierung

Die Erfassung des psychischen Wohlbefindens basiert auf Selbstangaben der Befragten. Es wurde erhoben mit der Kurzversion der Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (SWEMWBS, [Stewart-Brown et al 2009](#)), die aus sieben Fragen besteht und sich auf die letzten zwei Wochen bezieht.

Panel 2024

„Wählen Sie bitte die Antwortmöglichkeit, die Ihre Erfahrung während der letzten zwei Wochen am besten beschreibt“:

- „Ich habe mich in Bezug auf die Zukunft optimistisch gefühlt“

- „Ich habe mich nützlich gefühlt“
- „Ich habe mich entspannt gefühlt“
- „Ich bin mit Problemen gut umgegangen“
- „Ich konnte klar denken“
- „Ich habe mich anderen Menschen nahe gefühlt“
- „Ich war in der Lage, Entscheidungen zu treffen“
- Antwortoptionen jeweils: „niemals“, „selten“, „manchmal“, „häufig“ und „immer“

Psychisches Wohlbefinden setzt sich aus den folgenden drei Komponenten zusammen :

- *Positive Gefühle* (hedonisches Wohlbefinden; SWEMWBS Fragen 1 und 3; Mittelwert 3,3 von 5),
- *Persönliches Gelingen* (eudaimonisches Wohlbefinden; SWEMWBS Fragen 4, 5 und 7; Mittelwert 4,0 von 5) und
- *Zwischenmenschliche Beziehungen* (soziales Wohlbefinden; beinhaltet SWEMWBS Fragen 2 und 6; Mittelwert 3,7 von 5).

Daten zu den Komponenten werden nicht dargestellt. Sie sind enthalten im Datensatz [„Gesundheitsberichterstattung - Daten zu nichtübertragbaren Erkrankungen“](#).

Bezugspopulation

Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten ab 18 Jahren in Deutschland.

Datenquelle und Fallzahl

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

- Panel 2024:
 - webbasierte und schriftliche Befragungen auf der Basis einer Einwohnermeldeamtsstichprobe mit vier Fragebogenmodulen (A – D), N = 47.676 (relevante Teilstichprobe aus Fragebogen C: n = 27.102)
 - gültige Werte für den Indikator: n = 26.712

Weiterführende Links

- [Panel: Studienreihe „Gesundheit in Deutschland“](#)
- [Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale](#)

Datenqualität

Die Befragungssurveys des RKI liefern repräsentative Ergebnisse für die deutschsprachige Wohnbevölkerung Deutschlands ab 18 Jahren in Privathaushalten. Die Daten beruhen auf zufälligen Stichproben aus der Bevölkerung, was die Aussagekraft der Ergebnisse deutlich erhöht. Wie bei allen bevölkerungsbezogenen Studien ist jedoch davon auszugehen, dass einige Personengruppen unterrepräsentiert sind, wie Personen der niedrigen Bildungsgruppe, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Andererseits könnten Personen mit einem starken Interesse an Gesundheitsthemen überrepräsentiert sein. Diese Effekte werden teilweise durch die unten beschriebenen Gewichtungungsverfahren ausgeglichen. 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. Im Panel 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. 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 des Surveys von der zugrundeliegenden Bezugspopulation durch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft oder das Stichprobendesign zu korrigieren, wurde bei den Berechnungen ein Gewichtungsfaktor verwendet. Diese Gewichtung passt den Survey an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland, Bildung, regionale Siedlungsstruktur (Kreis- oder Gemeindetyp) sowie Ein-Personen- vs. Mehr-Personen-Haushalte an. Außerdem wurde ein Korrekturfaktor auf Basis der Angaben in der Rekrutierungsstudie für das Panel 2024 berücksichtigt, der die Nicht-Teilnahme an einzelnen Teilwellen bei der wiederholten Befragung im Panel ausgleicht. Es wurden die Daten des Statistischen Bundesamts zum Stichtag 31.12.2023 (Panel 2024) verwendet. Die Informationen zu Haushalten und zur Bildungsverteilung wurden dem Mikrozensus 2021 (Panel 2024) entnommen. Die Bildung wurde entsprechend dem CASMIN-Index klassifiziert ([Brauns et al. 2003](#)).
- **Alters- und Geschlechtsstandardisierung:** Die Ergebnisse werden in zwei Versionen gezeigt: auf das jeweilige Erhebungsjahr gewichtet, wie oben beschrieben (‘beobachtet’), sowie standardisiert nach Alter und Geschlecht entsprechend der [europäischen Standardbevölkerung 2013](#) (‘altersstandardisiert’). Für Darstellungen nach Bundesland oder Bildungsgruppe wurde die Standardisierung innerhalb des jeweiligen Bundeslands bzw. der jeweiligen Bildungsgruppe durchgeführt. Die ‘beobachteten’ Ergebnisse bilden die tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung innerhalb der Erhebungsjahre, Bundesländer bzw. Bildungsgruppen ab. Sie sind damit zum Beispiel zur Analyse von Fragen des Versorgungsbedarfs und dessen Veränderung über die Zeit geeignet. Bei den ‘altersstandardisierten’ Ergebnissen sind die Erhebungsjahre, Bundesländer bzw. Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar. Dies erleichtert das Aufzeigen von Unterschieden, die sich nicht allein durch Alter und Geschlecht erklären lassen.
- **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. Jedes Bundesland wurde im Vergleich zu den übrigen Bundesländern (zusammengefasst) getestet. Die Einteilung in der Karte erfolgt anhand von fünf äquidistanten Kategorien.

→ [Zur Übersicht über alle Indikatoren](#)