

Journal of Health Monitoring · 2021 6(3)
DOI 10.25646/8456
Robert Koch-Institut, Berlin

Christin Heidemann, Christa Scheidt-Nave,
Ann-Kristin Beyer, Jens Baumert,
Roma Thamm, Birga Maier,
Hannelore Neuhauser, Judith Fuchs,
Ronny Kuhnert, Ulfert Hapke

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

Eingereicht: 06.05.2021
Akzeptiert: 09.08.2021
Veröffentlicht: 15.09.2021

Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS

Abstract

Dieser Beitrag betrachtet auf Basis der bundesweiten Befragungsstudie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS), die zwischen April 2019 und September 2020 durchgeführt wurde, ausgewählte Indikatoren der gesundheitlichen Lage der erwachsenen Bevölkerung ab 18 Jahren ($n=22.708$). Dazu zählen Indikatoren zum selbsteingeschätzten Gesundheitszustand, zur depressiven Symptomatik sowie zu körperlichen chronischen Krankheiten und Beschwerden. Im jungen Erwachsenenalter (18–44 Jahre) berichten über 80% eine gute oder sehr gute subjektive Gesundheit. In dieser Lebensphase liegen die meisten chronischen Krankheiten und Beschwerden selten vor, jedoch treten häufig Allergien sowie nicht selten Asthma bronchiale und eine depressive Symptomatik auf. Ab dem mittleren Erwachsenenalter (ab 45 Jahren) zeigt sich ein schrittweiser Prävalenzanstieg chronischer Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen und Arthrose bis in das hohe Erwachsenenalter. Über 60% der älteren Erwachsenen (ab 65 Jahren) geben eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem an, nur noch die Hälfte berichtet eine gute oder sehr gute subjektive Gesundheit. Allergien und depressive Symptome sind in dieser Lebensphase rückläufig. Bei einigen Krankheiten zeigen sich zudem Unterschiede nach Geschlecht und Bildung. Der Beitrag belegt die hohe Public-Health-Relevanz altersassoziierter körperlicher chronischer Erkrankungen und gesundheitsbedingter Einschränkungen im Alltag in einer Gesellschaft des demografischen Wandels, aber auch den Versorgungsbedarf einiger Gesundheitsprobleme bereits im jungen Erwachsenenalter.

📌 **SUBJEKTIVE GESUNDHEIT · DEPRESSIVE SYMPTOMATIK · CHRONISCHE KRANKHEITEN · GESUNDHEITSMONITORING**

1. Einleitung

Als bevölkerungsrepräsentative Gesundheitsbefragung bei Erwachsenen in Deutschland bildet die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) ein wesentliches Standbein des kontinuierlichen Gesundheitsmonitorings am Robert

Koch-Institut (RKI) [1]. Seit 2014/2015 ist der Fragebogen des europäischen Gesundheitssurveys (European Health Interview Survey, EHIS), der alle fünf Jahre zur Bestandsaufnahme der gesundheitlichen Lage in der Bevölkerung ab 15 Jahren durchgeführt wird, in GEDA integriert [2]. Der inhaltliche Fokus der GEDA-Studie zu Gesundheitsproblemen und

GEDA 2019/2020-EHIS

Fünfte Folgerhebung der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Studiendesign: Telefonische Querschnitterhebung

Grundgesamtheit: Deutschsprachige Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten, die über Festnetz oder Mobilfunk erreichbar sind

Stichprobenziehung: Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Verfahren) aus dem Stichprobensystem des ADM (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V.)

Stichprobenumfang: 23.001 Teilnehmende

Datenerhebungszeitraum: April 2019 bis September 2020

GEDA-Erhebungswellen:

- ▶ GEDA 2009
- ▶ GEDA 2010
- ▶ GEDA 2012
- ▶ GEDA 2014/2015-EHIS
- ▶ GEDA 2019/2020-EHIS

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

Krankheiten liegt auf dem selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand, Gesundheitsbeschwerden und dadurch bedingten Einschränkungen im Alltag sowie der psychischen Gesundheit und häufigen nichtübertragbaren Krankheiten. Hintergrund ist, dass chronische Beschwerden und nichtübertragbare Krankheiten sowie ihre Risikofaktoren das Krankheits- und Sterbe geschehen in den europäischen Staaten dominieren und mit der fortbestehenden Bedrohung durch Infektionskrankheiten interagieren [3]. So hat die weite Verbreitung von nichtübertragbaren Krankheiten sowie von Multimorbidität und Gebrechlichkeit in der Bevölkerung schwerwiegende gesundheitliche Folgen der aktuellen COVID-19-Pandemie weltweit entscheidend mitgeprägt [4, 5]. Umgekehrt ist nicht auszuschließen, dass im Gefolge der Pandemie chronische gesundheitliche Einschränkungen auf Bevölkerungsebene zunehmen. Komplikationen von SARS-CoV-2-Infektionen könnten hierbei ebenso eine Rolle spielen wie indirekte gesundheitliche Auswirkungen der Pandemie durch Kontaktbeschränkungen und andere nicht-pharmazeutische Infektionsschutzmaßnahmen [6–8]. Dies bestärkt Forderungen internationaler Gesundheitsorganisationen nach einer gezielten Gesundheitsüberwachung (Surveillance) zur Prävention und Eindämmung nichtübertragbarer Krankheiten und zur Förderung von körperlicher und psychischer Gesundheit auf nationaler und globaler Ebene [9, 10].

Der standardisierte und auf europäischer Ebene konsentiierte EHIS-Fragebogen umfasst insgesamt vier Module zur Erfassung von Gesundheitsstatus, Gesundheitsdeterminanten, Gesundheitsversorgung und Soziodemografie [2]. Drei zentrale Kennzahlen (Indikatoren)

des Gesundheitsstatus bilden das Minimum European Health Module (MEHM): Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (subjektive Gesundheit), Vorliegen chronischer Krankheiten oder lang andauernder Gesundheitsprobleme und Vorliegen gesundheitsbedingter Einschränkungen bei der Ausübung von Alltagsaktivitäten [11]. Über die in GEDA erhobenen Informationen können weitere Indikatoren erfasst werden, darunter einzelne chronische Krankheiten, Unfälle und Verletzungen, depressive Symptomatik und verschiedene funktionelle Aspekte der Gesundheit wie Schmerzen, Mobilitätseinschränkungen und Unterstützungsbedarf bei Aktivitäten im Alltag [2].

Basierend auf Befragungsdaten von GEDA 2019/2020-EHIS gibt der vorliegende Beitrag anhand ausgewählter Indikatoren eine erste Übersicht zur aktuellen Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland. Die Datenerhebung fand zwischen April 2019 und September 2020 statt und schließt daher den Zeitraum der durch die COVID-19-Pandemie bedingten Phase massiver Kontaktbeschränkungen zwischen Mitte März und Anfang Juni 2020 ein. Ziel des Beitrages ist jedoch die Einschätzung der gesundheitlichen Lage über den gesamten Erhebungszeitraum. Dabei werden Ergebnisse zu den oben genannten Indikatoren des Gesundheitsstatus, zu chronischen nichtübertragbaren Krankheiten von besonderer Public-Health-Relevanz und zur depressiven Symptomatik als Indikator der psychischen Gesundheit differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht betrachtet, um Gesundheit in verschiedenen Lebensphasen des Erwachsenenalters abzubilden. Im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheiten werden Unterschiede nach Bildung berichtet.

2. Methode

2.1 Studiendesign und Stichprobe

GEDA ist eine Querschnittbefragung, die auf einer bundesweiten Stichprobe der in Deutschland lebenden Wohnbevölkerung basiert. Die GEDA-Studie wird seit 2008 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom RKI in mehrjährigen Abständen durchgeführt und ist ein Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am RKI [1, 12]. Die fünfte Folgeerhebung, GEDA 2019/2020-EHIS, fand zwischen April 2019 und September 2020 statt. Wie bereits in der Welle 2014/2015 wurde der Fragebogen des EHIS vollständig integriert [2, 13]. Die aktuelle GEDA-Welle wurde als telefonische Befragung mittels eines programmierten, vollstrukturierten Fragebogens durchgeführt (Computer Assisted Telephone Interview, CATI). Sie basiert auf einer Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Verfahren) [14]. Die Grundgesamtheit umfasst die in privaten Haushalten lebende Bevölkerung ab 15 Jahren, deren üblicher Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Deutschland liegt. Insgesamt haben 23.001 Personen mit vollständigen Interviews an der Studie GEDA 2019/2020-EHIS teilgenommen. Zur Beschreibung von Geschlechterunterschieden wurde in GEDA 2019/2020-EHIS die Geschlechtsidentität verwendet. Die Befragten konnten angeben, welchem Geschlecht sie sich zugehörig fühlen. Unter den Befragten ab 15 Jahren waren 12.101 Frauen und 10.838 Männer. 62 Befragte gaben eine andere Geschlechtsidentität an oder machten keine Angaben. In den Auswertungen nach Geschlecht werden diese Personen nicht ausgewiesen. Die Responserate betrug nach den Standards der American Association for Public Opinion Research

(AAPOR) 21,6% (RR3) [15]. Eine ausführliche Darstellung der Methodik sowie Einordnung der Responserate von GEDA 2019/2020-EHIS findet sich bei [Allen et al.](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring [16].

2.2 Indikatoren

Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

Zum Gesundheitszustand wurden drei Indikatoren als Bestandteil des MEHM und zentraler Bestandteil aller landesweiten Surveys zur Gesundheit in der Europäischen Union erhoben [11, 17]. Der Indikator zur subjektiven Gesundheit wird mit folgender Frage zum selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand entsprechend einer Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erfasst: „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“. Die Befragten wurden gebeten, eine von fünf vorgegebenen Antwortmöglichkeiten auszuwählen: „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“. Eine Angabe von „sehr gut“ oder „gut“ wird im Rahmen des bundesweiten Gesundheitsmonitorings als positive Einschätzung der subjektiven Gesundheit definiert. Der Indikator zum Vorliegen einer chronischen Krankheit oder eines lang andauernden gesundheitlichen Problems wurde über die folgende Frage erhoben: „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 umfassen „ja“, „nein“ oder „weiß nicht“. Der Indikator zum Vorliegen einer lang andauernden gesundheitsbedingten Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten (Global Activity

Limitation Indicator, GALI) wurde über eine zweistufige Variante erfasst. Die Eingangsfrage lautete: „Sind Sie durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt? Würden Sie sagen, Sie sind...“ mit den Antwortmöglichkeiten „... stark eingeschränkt“, „... mäßig eingeschränkt“ und „... nicht eingeschränkt“. Befragte, die eine der beiden ersten Antwortmöglichkeiten angaben, wurden weiterhin gefragt: „Wie lange dauern Ihre Einschränkungen bereits an?“. Antwortmöglichkeiten waren „Weniger als 6 Monate“ und „6 Monate oder länger“.

Depressive Symptomatik

Als Indikator für psychische Gesundheit wurde das Vorliegen einer depressiven Symptomatik in den letzten zwei Wochen herangezogen, die durch Selbstangabe der Teilnehmenden mit dem international etablierten 8-Item Patient Health Questionnaire (PHQ-8) erfasst wurde [18]. Durch dieses Instrument werden die Symptome einer Major Depression in Anlehnung an das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, 4. Auflage [19]) hinsichtlich ihres Vorkommens innerhalb der letzten zwei Wochen mit „überhaupt nicht“, „an einzelnen Tagen“, „an mehr als der Hälfte der Tage“ oder „beinahe jeden Tag“ bewertet. Das Vorliegen einer depressiven Symptomatik wird ab einem Skalensummenwert von mindestens zehn der maximal 24 Punkte angenommen.

Körperliche chronische Krankheiten und Beschwerden

Die 12-Monats-Prävalenzen von chronischen Krankheiten und Gesundheitsbeschwerden basieren auf den Angaben der Befragten zu folgender Fragestellung: „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 im Fragebogen nachgeschalteten Liste wurde spezifisch nach einzelnen Erkrankungen und Beschwerden gefragt, wobei jeweils „ja“, „nein“ oder „weiß nicht“ als Antwortmöglichkeiten vorgegeben waren. Für den vorliegenden Beitrag berücksichtigt wurden Informationen zu Diabetes mellitus (erfragt als „Zuckerkrankheit/Diabetes, kein Schwangerschaftsdiabetes“), koronarer Herzkrankheit (KHK, erfragt als „Herzinfarkt“, „chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarkts“ und „Koronare Herzerkrankung oder Angina Pectoris“), Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls (erfragt als „Schlaganfall“ und „chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls“), chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD, erfragt als „chronische Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Lungenemphysem“), Asthma bronchiale (erfragt als „Asthma, einschließlich allergischem Asthma“), Allergien (erfragt als „Allergien, wie Heuschnupfen, allergische Reaktionen der Augen oder der Haut, Lebensmittelallergien oder andere Allergien. Nicht gemeint ist allergisches Asthma“) und Arthrose (erfragt als „Arthrose, nicht gemeint ist Arthritis bzw. Gelenkentzündung“).

2.3 Statistische Auswertungen

Die Analysen basieren auf Daten von 22.708 Teilnehmenden im Alter von 18 bis 99 Jahren. Unter den Befragten waren 11.959 Frauen, 10.687 Männer und 62 Befragte, die eine andere oder keine Geschlechtsidentität angaben. Je

Die subjektive Gesundheit wird mit zunehmendem Alter schlechter eingeschätzt und wird bei Frauen seltener als bei Männern mit sehr gut oder gut bewertet.

Indikator werden Teilnehmende ohne Angaben für die dem Indikator zugrunde liegenden Variablen von den Analysen ausgeschlossen (12 bei subjektiver Gesundheit, 69 bei chronischer Krankheit/lang andauerndem gesundheitlichen Problem, 57 bei lang andauernder gesundheitsbedingter Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten, 447 bei depressiver Symptomatik, 34 bei Diabetes, 122 bei KHK, 16 bei Schlaganfall/chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls, 26 bei Asthma bronchiale, 42 bei COPD, 85 bei Allergien und 159 bei Arthrose). Die Ergebnisse werden als Prävalenz in Prozent mit 95%-Konfidenzintervall (95%-KI) für Frauen und Männer getrennt nach Altersgruppe (18–29 Jahre, 30–44 Jahre, 45–64 Jahre, 65–79 Jahre und ≥ 80 Jahre) und nach Bildungsstatus (Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen, ISCED: untere, mittlere, obere Bildungsgruppe) dargestellt.

Um Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur zu korrigieren, wurden die Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt. Im Rahmen der Datengewichtung erfolgte zunächst eine Designgewichtung für die unterschiedlichen Auswahlwahrscheinlichkeiten (Mobilfunk und Festnetz). Anschließend erfolgte eine Anpassung an die amtlichen Bevölkerungszahlen bezogen auf Alter, Geschlecht, Bundesland und Kreistyp (Stand: 31.12.2019). Zusätzlich wurde die Stichprobe an die Bildungsverteilung im Mikrozensus 2017 nach der ISCED-Klassifikation angepasst [20].

Die Analysen wurden mit SAS 9.4 durchgeführt. Um die Gewichtung angemessen bei der Berechnung von Konfidenzintervallen und p-Werten zu berücksichtigen, wurden alle Analysen mit den Surveyprozeduren von SAS berechnet. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied

zwischen Gruppen ausgegangen, wenn der entsprechende p-Wert im „Rao-Scott Chi-Square“-Test kleiner als 0,05 ist.

3. Ergebnisse

3.1 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

Die subjektive Gesundheit wird von 69,9% (95%-KI 69,0%–70,9%) der Teilnehmenden selbst als sehr gut oder gut eingeschätzt, wobei Frauen mit insgesamt 68,6% einen etwas geringeren Anteil aufweisen als Männer mit 71,6%. Von beiden Geschlechtern wird die Gesundheit mit zunehmendem Alter deutlich schlechter eingeschätzt (Tabelle 1). So schätzen in der jüngsten Altersgruppe (18–29 Jahre) 87,2% der Frauen und 88,3% der Männer und in der höchsten Altersgruppe (ab 80 Jahren) 42,5% der Frauen und 52,6% der Männer ihre Gesundheit als sehr gut oder gut ein.

Das Vorliegen einer chronischen Krankheit oder eines lang andauernden gesundheitlichen Problems wird insgesamt von 49,2% (95%-KI 48,2%–50,2%) der Teilnehmenden angegeben; bei Frauen liegt dieser Anteil mit 51,9% etwas höher als bei Männern mit 46,4%. Die Häufigkeit steigt mit zunehmendem Alter von 33,8% bei Frauen und 25,8% bei Männern in der jüngsten Altersgruppe auf 61,9% bei Frauen und 62,0% bei Männern in der höchsten Altersgruppe.

Lang andauernde gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten geben insgesamt 33,4% (95%-KI 32,4%–34,4%) der Teilnehmenden an. Die Prävalenz liegt bei Frauen mit 35,5% höher als bei Männern mit 31,0%. Ein deutlicher Anstieg in der Prävalenz gesundheitsbedingter Einschränkungen ist mit zunehmendem Alter zu erkennen.

Tabelle 1
Prävalenz einer als sehr gut oder gut eingeschätzten subjektiven Gesundheit (n=11.953 Frauen, n=10.681 Männer), einer chronischen Krankheit oder eines lang andauernden gesundheitlichen Problems (n=11.916 Frauen, n=10.662 Männer) und einer lang andauernden gesundheitsbedingten Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten (n=11.929 Frauen, n=10.664 Männer) nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

	Subjektive Gesundheit (sehr gut oder gut)		Chronische Krankheit oder gesundheitliches Problem (mindestens sechs Monate)		Gesundheitsbedingte Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten (stark oder mäßig, mindestens sechs Monate)	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	68,6	(67,2–69,9)	51,9	(50,6–53,3)	35,5	(34,2–36,9)
Altersgruppe						
18–29 Jahre	87,2	(83,5–90,1)	33,8	(29,8–38,0)	16,8	(13,7–20,5)
30–44 Jahre	82,9	(80,1–85,3)	40,9	(37,8–44,0)	21,3	(18,7–24,2)
45–64 Jahre	66,0	(63,9–68,1)	58,6	(56,6–60,6)	39,2	(37,2–41,3)
65–79 Jahre	55,3	(52,6–57,9)	61,9	(59,4–64,5)	46,1	(43,5–48,8)
≥80 Jahre	42,5	(37,9–47,3)	61,9	(57,0–66,6)	63,2	(58,5–67,7)
Bildungsstatus						
Untere Bildungsgruppe	53,5	(49,5–57,5)	56,1	(52,0–60,1)	47,3	(43,3–51,3)
Mittlere Bildungsgruppe	69,1	(67,5–70,7)	53,0	(51,3–54,7)	35,3	(33,7–37,0)
Obere Bildungsgruppe	82,1	(80,6–83,4)	45,2	(43,3–47,1)	24,5	(23,0–26,1)
Männer (gesamt)	71,6	(70,2–72,9)	46,4	(44,9–47,8)	31,0	(29,7–32,4)
Altersgruppe						
18–29 Jahre	88,3	(85,2–90,8)	25,8	(22,6–29,2)	10,5	(8,4–13,1)
30–44 Jahre	84,0	(81,2–86,4)	34,6	(31,6–37,8)	18,5	(16,0–21,3)
45–64 Jahre	65,2	(62,8–67,5)	53,1	(50,8–55,4)	38,8	(36,5–41,3)
65–79 Jahre	57,7	(54,6–60,8)	63,8	(60,9–66,7)	42,9	(39,9–46,0)
≥80 Jahre	52,6	(47,1–58,0)	62,0	(56,6–67,1)	58,1	(52,6–63,4)
Bildungsstatus						
Untere Bildungsgruppe	63,8	(58,5–68,8)	49,1	(43,8–54,4)	39,4	(34,2–44,8)
Mittlere Bildungsgruppe	68,3	(66,4–70,2)	48,0	(46,0–50,1)	33,3	(31,4–35,3)
Obere Bildungsgruppe	81,2	(80,0–82,3)	42,3	(40,8–43,9)	23,1	(21,9–24,5)

KI = Konfidenzintervall

Diese beträgt in der jüngsten Altersgruppe 16,8% bei Frauen und 10,5% bei Männern und in der höchsten Altersgruppe 63,2% bei Frauen und 58,1% bei Männern.

Für alle drei Indikatoren zeigt sich insbesondere bei Frauen ein ausgeprägter Bildungsgradient mit einer niedrigeren Prävalenz einer als sehr gut oder gut eingeschätzten subjektiven Gesundheit und höheren Prävalenzen für das Vorliegen einer chronischen Krankheit oder eines lang

andauernden gesundheitlichen Problems sowie einer lang andauernden gesundheitsbedingten Alltagseinschränkung in der unteren im Vergleich zur oberen Bildungsgruppe. Ein solches Muster bleibt über die Altersgruppen hinweg weitgehend bestehen ([Annex Tabelle 1](#)).

Eine depressive Symptomatik besteht häufiger im jungen und mittleren Erwachsenenalter.

Tabelle 2
Prävalenz der depressiven Symptomatik in den letzten zwei Wochen gemäß PHQ-8 nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus (n=11.703 Frauen, n=10.503 Männer)

Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

3.2 Depressive Symptomatik

Eine depressive Symptomatik innerhalb der letzten zwei Wochen berichten 8,3 % (95 %-KI 7,7 %–9,0 %) der Erwachsenen in Deutschland. Bei den Frauen sind 8,8 % betroffen, bei den Männern 7,5 % (Tabelle 2). In der Altersgruppe der jungen Erwachsenen bis 29 Jahre sind tendenziell mehr Frauen betroffen. Depressive Symptome werden in der Altersgruppe von 65 bis 79 Jahren am seltensten

	Depressive Symptomatik (in den letzten zwei Wochen)	
	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	8,8	(8,0–9,7)
Altersgruppe		
18–29 Jahre	11,6	(8,8–15,1)
30–44 Jahre	8,7	(6,8–10,9)
45–64 Jahre	10,2	(8,8–11,7)
65–79 Jahre	5,0	(3,9–6,3)
≥ 80 Jahre	7,3	(4,9–10,7)
Bildungsstatus		
Untere Bildungsgruppe	13,0	(10,4–16,1)
Mittlere Bildungsgruppe	8,5	(7,4–9,6)
Obere Bildungsgruppe	5,7	(4,8–6,8)
Männer (gesamt)	7,5	(6,7–8,5)
Altersgruppe		
18–29 Jahre	7,3	(5,3–10,0)
30–44 Jahre	7,3	(5,5–9,5)
45–64 Jahre	9,6	(8,0–11,5)
65–79 Jahre	4,4	(3,1–6,3)
≥ 80 Jahre	5,8	(3,8–8,7)
Bildungsstatus		
Untere Bildungsgruppe	13,4	(9,9–17,9)
Mittlere Bildungsgruppe	8,4	(7,1–9,8)
Obere Bildungsgruppe	3,4	(2,8–4,0)

KI=Konfidenzintervall, PHQ-8=8-Item Patient Health Questionnaire

berichtet. Bei Frauen und Männern nimmt die Häufigkeit depressiver Symptome mit steigender Bildung ab. Im Vergleich zur oberen Bildungsgruppe sind bei den Frauen der unteren Bildungsgruppe knapp dreimal so viele und bei den Männern viermal so viele Personen von einer depressiven Symptomatik betroffen. Bei der Betrachtung der depressiven Symptomatik nach Alters- und Bildungsgruppe (Annex Tabelle 2) zeigt sich, dass die Geschlechterunterschiede mit steigendem Alter und bei höherer Bildung geringer sind.

3.3 Körperliche chronische Krankheiten und Beschwerden

Kardiometabolische Erkrankungen

Das Vorliegen eines bekannten Diabetes mellitus (ohne Schwangerschaftsdiabetes) in den letzten zwölf Monaten wird von insgesamt 8,9 % (95 %-KI 8,4 %–9,5 %) der Erwachsenen angegeben, wobei die Prävalenz bei Frauen mit 8,2 % niedriger ist als bei Männern mit 9,6 % (Tabelle 3). Im jungen Erwachsenenalter (bis 44 Jahre) liegt die Prävalenz bei beiden Geschlechtern noch unter 3,5 %, steigt danach mit dem Lebensalter stark an und beträgt in der höchsten Altersgruppe 17,9 % bei den Frauen und 22,3 % bei den Männern.

Das Bestehen einer KHK (d. h. eines Herzinfarktes, chronischer Beschwerden infolge eines Herzinfarktes, einer koronaren Herzerkrankung oder einer Angina pectoris) in den letzten zwölf Monaten berichten insgesamt 5,8 % (95 %-KI 5,4 %–6,3 %) der Erwachsenen, wobei auch hier die Prävalenz bei Frauen mit 5,1 % niedriger ist als bei Männern mit 6,6 %. Eine KHK ist mit unter 1 % bei beiden Geschlechtern im jungen Erwachsenenalter selten und

Die Prävalenzen von Diabetes, koronarer Herzkrankheit, Schlaganfall und seiner Folgebeschwerden sowie der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung steigen ab dem mittleren bis ins hohe Erwachsenenalter deutlich an und sind bei Frauen niedriger oder ähnlich im Vergleich zu Männern.

Tabelle 3
12-Monats-Prävalenz für Diabetes (n=11.942 Frauen, n=10.671 Männer), koronare Herzkrankheit (n=11.904 Frauen, n=10.621 Männer) und Schlaganfall beziehungsweise Beschwerden infolge eines Schlaganfalls (n=11.953 Frauen, n=10.678 Männer) nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus
Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

steigt mit dem Lebensalter stark an bis auf 18,9 % bei den Frauen und 21,9 % bei den Männern der höchsten Altersgruppe.

Einen Schlaganfall oder chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls in den letzten zwölf Monaten geben insgesamt 2,3 % (95 %-KI 2,0 %–2,6 %) der Erwachsenen an; hierbei zeigen sich ähnliche Prävalenzen bei Frauen mit 2,1 % und Männern mit 2,3 %. Im jungen Erwachsenenalter liegt die Prävalenz bei beiden Geschlechtern noch unter

1 % und steigt dann an bis auf 5,5 % bei Frauen im Alter ab 80 Jahren und auf 6,2 % bei Männern bereits im Alter von 65 bis 79 Jahren.

Für die betrachteten kardiometabolischen Erkrankungen ist bei Frauen ein deutlicher Bildungsgradient mit etwa zweifach höheren Prävalenzen in der mittleren Bildungsgruppe und etwa dreifach höheren Prävalenzen in der unteren Bildungsgruppe im Vergleich zur oberen Bildungsgruppe zu beobachten. Dagegen liegen bei Männern zwar

	Diabetes		Koronare Herzkrankheit		Schlaganfall	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	8,2	(7,5–9,1)	5,1	(4,5–5,7)	2,1	(1,7–2,6)
Altersgruppe						
18–29 Jahre	0,8 ¹	(0,2–2,6)			0,6 ²	(0,2–1,4)
30–44 Jahre	3,2	(2,1–4,9)	0,8 ²	(0,5–1,4)		
45–64 Jahre	7,1	(6,0–8,3)	3,6	(2,7–4,6)	1,9	(1,3–2,7)
65–79 Jahre	17,0	(15,0–19,3)	9,2	(7,8–10,9)	3,9	(3,0–5,0)
≥80 Jahre	17,9	(14,4–22,0)	18,9	(15,3–23,1)	5,5	(3,6–8,5)
Bildungsstatus						
Untere Bildungsgruppe	13,5	(11,0–16,4)	9,8	(7,7–12,4)	3,9	(2,6–5,8)
Mittlere Bildungsgruppe	7,9	(7,1–8,8)	4,3	(3,7–5,0)	1,9	(1,5–2,5)
Obere Bildungsgruppe	3,9	(3,4–4,5)	2,3	(1,9–2,8)	0,9	(0,7–1,2)
Männer (gesamt)	9,6	(8,8–10,5)	6,6	(5,9–7,4)	2,3	(1,9–2,8)
Altersgruppe						
18–29 Jahre	0,6	(0,3–1,2)			0,1 ^{1,2}	(0,0–0,4)
30–44 Jahre	2,7	(1,7–4,3)	0,4 ²	(0,2–0,8)		
45–64 Jahre	11,2	(9,7–13,0)	6,4	(5,2–7,7)	2,4	(1,7–3,2)
65–79 Jahre	20,0	(17,7–22,5)	16,5	(14,2–19,1)	6,2	(4,7–8,0)
≥80 Jahre	22,3	(18,1–27,2)	21,9	(17,7–26,8)	5,9	(3,9–8,8)
Bildungsstatus						
Untere Bildungsgruppe	8,8	(6,2–12,3)	6,5	(4,3–9,6)	2,1	(0,9–4,7)
Mittlere Bildungsgruppe	10,8	(9,7–12,2)	7,1	(6,1–8,2)	2,6	(2,1–3,3)
Obere Bildungsgruppe	7,6	(6,9–8,3)	5,8	(5,2–6,5)	1,8	(1,4–2,2)

KI = Konfidenzintervall

¹ Fallzahl beträgt n < 10

² Schätzer bezieht sich auf die Altersgruppe 18–44 Jahre

Die Prävalenz von Asthma unterscheidet sich im Altersgang nicht, während die Prävalenz von Allergien im jungen und mittleren Erwachsenenalter am höchsten ist; beide chronischen Beschwerden sind bei Frauen häufiger als bei Männern.

Tabelle 4
12-Monats-Prävalenz für
chronisch obstruktive Lungenerkrankung
(n=11.940 Frauen, n=10.665 Männer)
und Asthma bronchiale
(n=11.946 Frauen, n=10.675 Männer)
nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus
Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

ebenfalls die geringsten Prävalenzen in der oberen Bildungsgruppe vor, die Unterschiede zwischen der oberen Bildungsgruppe und der mittleren beziehungsweise unteren Bildungsgruppe sind jedoch wesentlich schwächer ausgeprägt und zum Teil statistisch nicht signifikant.

Erkrankungen der unteren Atemwege

Eine bekannte COPD in den letzten zwölf Monaten wird von insgesamt 6,1 % (95 %-KI 5,6 %–6,7 %) der Erwachsenen

	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung		Asthma bronchiale	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	6,5	(5,8–7,2)	9,1	(8,3–9,9)
Altersgruppe				
18–29 Jahre	1,2	(0,5–2,6)	7,4	(5,5–9,9)
30–44 Jahre	3,9	(2,6–5,8)	8,5	(6,9–10,6)
45–64 Jahre	7,7	(6,5–9,0)	10,7	(9,4–12,1)
65–79 Jahre	9,0	(7,7–10,6)	8,6	(7,3–10,0)
≥ 80 Jahre	10,9	(8,1–14,6)	7,9	(5,6–11,0)
Bildungsstatus				
Untere Bildungsgruppe	9,4	(7,3–12,1)	10,0	(7,9–12,6)
Mittlere Bildungsgruppe	6,4	(5,6–7,3)	9,0	(8,1–10,1)
Obere Bildungsgruppe	3,4	(2,9–4,0)	8,1	(7,1–9,1)
Männer (gesamt)	5,8	(5,1–6,6)	7,0	(6,3–7,7)
Altersgruppe				
18–29 Jahre	1,5	(0,8–2,9)	6,5	(4,9–8,5)
30–44 Jahre	2,4	(1,5–3,7)	6,7	(5,4–8,3)
45–64 Jahre	7,5	(6,1–9,1)	7,2	(6,0–8,7)
65–79 Jahre	10,4	(8,4–12,7)	7,4	(5,9–9,1)
≥ 80 Jahre	9,4	(6,7–13,0)	6,7	(4,5–10,0)
Bildungsstatus				
Untere Bildungsgruppe	8,6	(6,0–12,4)	7,3	(5,0–10,5)
Mittlere Bildungsgruppe	6,4	(5,4–7,5)	7,4	(6,4–8,6)
Obere Bildungsgruppe	3,5	(3,1–4,1)	6,1	(5,4–6,9)

KI = Konfidenzintervall

berichtet. Es zeigen sich ähnliche Prävalenzen bei Frauen (6,5 %) und Männern (5,8 %) (Tabelle 4). Die COPD-Prävalenz steigt mit dem Lebensalter von unter 2 % bei beiden Geschlechtern im Alter von 18 bis 29 Jahren bis auf 10,9 % bei Frauen im Alter ab 80 Jahren und 10,4 % bei Männern im Alter von 65 bis 79 Jahren an. Bei beiden Geschlechtern sind deutliche Bildungsunterschiede zu beobachten mit höheren Prävalenzen in der unteren und mittleren Bildungsgruppe im Vergleich zur oberen Bildungsgruppe.

Das Bestehen eines Asthma bronchiale (einschließlich eines allergischen Asthmas) in den letzten zwölf Monaten geben insgesamt 8,0 % (95 %-KI 7,5 %–8,6 %) der Erwachsenen an, wobei Frauen mit 9,1 % häufiger als Männer mit 7,0 % betroffen sind. Die Prävalenz liegt über alle Altersgruppen hinweg bei Frauen und Männern jeweils auf einem ähnlichen Niveau. Unterschiede nach Bildung sind statistisch nicht signifikant.

Allergien

Das Vorliegen (irgend)einer Allergie (ausgenommen allergisches Asthma) in den letzten zwölf Monaten berichten mit 30,9 % (95 %-KI 30,0 %–31,8 %) fast ein Drittel der Erwachsenen, wobei Frauen mit 34,7 % deutlich häufiger betroffen sind als Männer mit 27,0 % (Tabelle 5). Eine Allergie wird vor allem im jungen und mittleren Erwachsenenalter (Frauen bis 64 Jahre, Männer bis 44 Jahre) angegeben. Zudem geben Frauen der oberen Bildungsgruppe häufiger an, betroffen zu sein als Frauen der unteren Bildungsgruppe.

Tabelle 5 (links)
12-Monats-Prävalenz für Allergien
 nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus
 (n=11.918 Frauen, n=10.645 Männer)
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

Tabelle 6 (rechts)
12-Monats-Prävalenz für Arthrose
 nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus
 (n=11.859 Frauen, n=10.630 Männer)
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

Arthrose ist in der älteren Bevölkerung eine der häufigsten chronischen Erkrankungen und liegt bei Frauen häufiger als bei Männern vor.

	Allergien	
	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	34,7	(33,4–36,0)
Altersgruppe		
18–29 Jahre	37,9	(33,8–42,1)
30–44 Jahre	41,0	(37,9–44,1)
45–64 Jahre	37,3	(35,3–39,3)
65–79 Jahre	27,4	(25,2–29,7)
≥80 Jahre	20,1	(16,5–24,2)
Bildungsstatus		
Untere Bildungsgruppe	31,0	(27,4–34,8)
Mittlere Bildungsgruppe	35,2	(33,6–36,9)
Obere Bildungsgruppe	36,7	(34,9–38,5)
Männer (gesamt)	27,0	(25,7–28,3)
Altersgruppe		
18–29 Jahre	39,3	(35,6–43,0)
30–44 Jahre	32,7	(29,7–35,7)
45–64 Jahre	23,9	(22,0–25,9)
65–79 Jahre	17,3	(15,3–19,5)
≥80 Jahre	16,1	(12,6–20,4)
Bildungsstatus		
Untere Bildungsgruppe	25,6	(21,2–30,5)
Mittlere Bildungsgruppe	26,4	(24,6–28,2)
Obere Bildungsgruppe	28,9	(27,4–30,4)

KI = Konfidenzintervall

Arthrose

Das Vorliegen einer Arthrose in den letzten zwölf Monaten geben insgesamt 17,1 % (95 %-KI 16,4 %–17,8 %) der Erwachsenen an, wobei Frauen mit 21,6 % deutlich häufiger als Männer mit 12,4 % betroffen sind (Tabelle 6). Die Prävalenz überschreitet im jungen Erwachsenenalter bei beiden Geschlechtern 5 % nicht wesentlich, steigt danach mit dem Lebensalter jedoch stark an bis auf 47,3 % bei den ältesten Frauen und 31,6 % bei den ältesten Männern. Während bei Frauen ein deutlicher Bildungsgradient

	Arthrose	
	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	21,6	(20,5–22,7)
Altersgruppe		
18–29 Jahre	1,1 ¹	(0,4–2,9)
30–44 Jahre	5,1	(3,8–6,7)
45–64 Jahre	23,9	(22,1–25,8)
65–79 Jahre	39,7	(37,2–42,4)
≥80 Jahre	47,3	(42,4–52,1)
Bildungsstatus		
Untere Bildungsgruppe	31,2	(27,7–34,9)
Mittlere Bildungsgruppe	21,0	(19,8–22,4)
Obere Bildungsgruppe	13,5	(12,5–14,6)
Männer (gesamt)	12,4	(11,5–13,4)
Altersgruppe		
18–29 Jahre	1,1 ¹	(0,5–2,6)
30–44 Jahre	3,5	(2,5–5,1)
45–64 Jahre	15,4	(13,8–17,2)
65–79 Jahre	23,2	(20,7–26,0)
≥80 Jahre	31,6	(26,7–36,9)
Bildungsstatus		
Untere Bildungsgruppe	13,3	(10,0–17,4)
Mittlere Bildungsgruppe	12,8	(11,5–14,1)
Obere Bildungsgruppe	11,4	(10,5–12,3)

KI = Konfidenzintervall

¹ Fallzahl beträgt n < 10

ersichtlich ist, mit der niedrigsten Prävalenz in der oberen und der höchsten Prävalenz in der unteren Bildungsgruppe, zeigt sich bei Männern kein bildungsbezogener Prävalenzunterschied.

4. Diskussion

Der vorliegende Beitrag legt aktuelle Daten zu ausgewählten Indikatoren der körperlichen und psychischen Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland vor, die als Teil des

EHIS im Rahmen der bundesweiten GEDA-Studie alle fünf Jahre erhoben werden.

Orientiert an Lebensphasen werden die Ergebnisse differenziert nach fünf Altersgruppen und getrennt für Frauen und Männer betrachtet. Ab einem Alter von 45 Jahren zeigt sich ein deutlicher Rückgang der Prävalenz einer als gut oder sehr gut eingeschätzten subjektiven Gesundheit bis auf 43 % bei Frauen und 53 % bei Männern und eine deutliche Zunahme von seit mindestens sechs Monaten andauernden gesundheitsbedingten Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten bis auf 63 % bei Frauen und 58 % bei Männern. Die Prävalenz des Vorliegens (irgend)einer chronischen Krankheit oder eines lang andauernden gesundheitlichen Problems seit mindestens sechs Monaten steigt eher graduell im Altersgang bei beiden Geschlechtern an. Unter den einzelnen betrachteten chronischen Krankheiten zeigen KHK, Diabetes, COPD und Arthrose einen charakteristischen Anstieg im mittleren Lebensalter (ab 45 Jahren) mit 12-Monats-Prävalenzen, die in der höchsten Altersgruppe bei beiden Geschlechtern rund 6 % für Schlaganfall, jeweils etwa 20 % für Diabetes und KHK, etwa 10 % für COPD sowie für Arthrose 47 % bei Frauen und 32 % bei Männern betragen. Depressive Symptome in den letzten zwei Wochen sind dagegen mit Prävalenzen zwischen 7 % und 12 % bei beiden Geschlechtern insbesondere im jungen und mittleren Erwachsenenalter häufig. Ähnliches gilt für Allergien, die mit einer 12-Monats-Prävalenz von rund 40 % am häufigsten im jungen und mittleren Erwachsenenalter bei Frauen und im jungen Erwachsenenalter bei Männern berichtet werden. Lediglich für Asthma bronchiale werden bei beiden Geschlechtern keine signifikanten Unterschiede der 12-Monats-Prävalenz im Altersgang beobachtet.

Abgesehen von Asthma bronchiale und Allergien zeigt sich für alle betrachteten Gesundheitsindikatoren ein Bildungsgradient zuungunsten von Erwachsenen mit niedrigerem Bildungsstand. Dies ist für die meisten Indikatoren insbesondere bei Frauen und für Arthrose nur bei Frauen ausgeprägt. Für Allergien ist umgekehrt eine höhere Prävalenz für Frauen mit höherem Bildungsstand zu beobachten.

4.1 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

Die subjektive Gesundheit spiegelt vor allem das persönliche Wohlbefinden eines Menschen wider. Eine negative Selbsteinschätzung der Gesundheit ist mit häufigerem Vorliegen chronischer Krankheiten und gesundheitlicher Beschwerden verbunden [21–23] und gilt darüber hinaus als wichtiger Prädiktor für vorzeitige Sterblichkeit [24]. In der vorliegenden Studie schätzen insgesamt etwa 70 % der Erwachsenen in Deutschland ihre subjektive Gesundheit als sehr gut oder gut ein; etwa die Hälfte berichtet eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem und ein Drittel eine starke oder mäßige lang andauernde gesundheitsbedingte Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten, jeweils bestehend seit mindestens sechs Monaten. Im Lebensverlauf wird die subjektive Gesundheit mit zunehmendem Alter negativer eingeschätzt, das Vorliegen chronischer Krankheiten oder gesundheitlicher Probleme sowie gesundheitsbedingter Einschränkungen wird entsprechend zunehmend häufiger angegeben. Dieses Muster im Lebensverlauf weist auf den deutlichen Zusammenhang der selbsteingeschätzten subjektiven Gesundheit mit dem tatsächlichen Gesundheitszustand hin. Das heißt, je häufiger chronische Krankheiten,

gesundheitliche Probleme oder gesundheitsbedingte Einschränkungen berichtet werden, desto negativer wird der eigene Gesundheitszustand eingeschätzt; dies steht auch im Einklang mit anderen Studien [21–23]. Im Vergleich zu früheren RKI-Surveys zeigen sich ähnliche Anteile von Frauen und Männern mit sehr guter oder guter Selbsteinschätzung der subjektiven Gesundheit in den drei telefonischen Befragungssurveys GEDA 2009 bis 2012 und etwas geringere Anteile in der Studie GEDA 2014/2015-EHIS, die auf schriftlich oder online erhobenen Daten beruhte [25]. Die Erhebung der Indikatoren zu chronischen Krankheiten oder lang andauernden gesundheitlichen Problemen sowie zu lang andauernden gesundheitsbedingten Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten weicht in früheren GEDA-Wellen von der hier verwendeten ab, was zeitliche Vergleiche nur eingeschränkt zulässt. Die vorliegende Studie zeigt bei allen drei Indikatoren geschlechts-, alters- und bildungsspezifische Unterschiede in der jeweiligen Prävalenz, woraus sich Ansätze für Verbesserungen in Bezug auf zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen sowie Gesundheitsförderung und -versorgung ableiten lassen.

4.2 Depressive Symptomatik

Eine depressive Symptomatik tritt nicht nur bei Depressionen auf, sondern kann auch Begleit- oder Folgesymptomatik anderer psychischer Störungen oder körperlicher Erkrankungen sein oder auf unterschwellige Formen einer Depression verweisen. Bei der depressiven Symptomatik ist daher zu beachten, dass der auf dem PHQ-8-Instrument basierende Indikator mit annähernd allen Bereichen der psychischen Gesundheit korreliert und insgesamt acht

Symptombereiche abdeckt. Aus Platzgründen wird in diesem Beitrag jedoch nur der Gesamtwert dargestellt. Von einer depressiven Symptomatik sind insbesondere im jungen Erwachsenenalter eher Frauen betroffen. Frühere Trendanalysen ergaben, dass es zum Teil erhebliche Veränderungen innerhalb verschiedener Altersgruppen geben kann. Eine Arbeit zur Major Depression konnte zum Beispiel zeigen, dass sich die Prävalenz der Depression bei Frauen im Alter von 18 bis 34 Jahren im Zeitraum von 1998 bis 2011 von 8,8% auf 15,6% nahezu verdoppelt hatte, gleichzeitig jedoch in der Altersgruppe der 50- bis 65-jährigen Frauen von 9,8% auf 5,0% zurückgegangen war [26]. Dass jüngere Frauen häufiger von depressiven Symptomen betroffen sind als Frauen höheren Alters zeigte sich auch in Auswertungen zu GEDA 2014/2015-EHIS [27]. Die aktuellen Auswertungen zur selbstberichteten depressiven Symptomatik in den letzten zwei Wochen replizieren diesen Befund, was für eine Verfestigung der Risiken für jüngere Frauen spricht. Bei den Männern zeigen sich, wie bereits bei GEDA 2014/2015-EHIS, keine auffälligen Unterschiede in den Altersgruppen bis 64 Jahre. Erst im Alter ab 65 Jahren geht die Prävalenz, wie auch bei den Frauen, zurück. Die Unterschiede der Prävalenz depressiver Symptome in den Bildungsgruppen haben in der Tendenz eher zu- als abgenommen. Ob das eher an einer Verschlechterung der Situation für die Menschen in der unteren Bildungsgruppe oder an einer Verbesserung der Situation für höhere Bildungsgruppen liegt, lässt sich ohne vertiefende Trendanalysen nicht beurteilen. Die Komplexität der möglichen Hintergründe und Wirkzusammenhänge wird zum Beispiel im aktuellen Frauengesundheitsbericht [28] und dem Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit [29] des RKI diskutiert.

In jedem Fall ist das ein möglicher Hinweis darauf, dass zwischenzeitlich entwickelte präventive Ansätze, wie zum Beispiel die Erweiterung des Arbeitsschutzgesetzes durch die Gefährdungsbeurteilung (Ziffer 6 im § 5 Arbeitsschutzgesetz, ArbSchG) dahingehend überprüft werden sollten, inwieweit sie auch die Bevölkerung in unteren Bildungsgruppen erreichen.

4.3 Körperliche chronische Krankheiten und Beschwerden

Kardiometabolische Erkrankungen

Die durch eine gestörte Regulierung des Blutzuckerspiegels gekennzeichnete Stoffwechselkrankheit Diabetes mellitus spielt ab dem mittleren Erwachsenenalter eine bedeutende Rolle. So zeigen die Ergebnisse zur 12-Monats-Prävalenz, dass im Altersbereich 45 bis 64 Jahre fast jede zehnte und ab 65 Jahren sogar jede fünfte Person einen bekannten Diabetes berichtet. Frauen sind insgesamt etwas seltener als Männer betroffen und die untere beziehungsweise mittlere Bildungsgruppe häufiger als die obere Bildungsgruppe. Diese alters-, geschlechts- und bildungsspezifischen Unterschiede sind auch aus vorherigen Studien bekannt [30–32]. Jenseits des 45. Lebensjahres tritt Diabetes meist als Typ-2-Diabetes auf. Im jüngeren Erwachsenenalter kommt bei Frauen dem Schwangerschaftsdiabetes eine Bedeutung zu, der in GEDA 2019/2020-EHIS explizit durch die Fragestellung ausgeschlossen wurde. Unberücksichtigt in der vorliegenden Studie sind zudem unerkannte Diabetesfälle, welche mit etwa 2 % zur Gesamtprävalenz des Diabetes in der erwachsenen Bevölkerung beitragen [30]. Im Zeitverlauf über die letzten Dekaden hat die Prävalenz des unerkannten Diabetes zwar

abgenommen, die Prävalenz des bekannten Diabetes jedoch zugenommen [33]. Auch im Vergleich zu GEDA 2014/2015-EHIS liegt der aktuelle Prävalenzschätzer etwas höher [31]. Dem können verschiedene Faktoren zugrunde liegen, wie eine frühzeitigere Diabetesdiagnose, verbesserte Versorgungsmöglichkeiten eines bekannten Diabetes sowie die demografische Alterung der Bevölkerung [33]. Wie im Rahmen der am RKI aufgebauten Diabetes-Surveillance für Deutschland beschrieben, führen eine Diabeteserkrankung und ihre Begleit- und Folgeerkrankungen zu einer verminderten Lebensqualität, weniger gesunden Lebensjahren sowie einer geringeren Lebenserwartung [34, 35]. Neben einer optimalen medizinischen und an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierten Versorgung sind daher auch verstärkte primärpräventive verhaltens- und verhältnisbasierte Maßnahmen notwendig, um die Entstehung von Diabetes zu vermeiden und folglich die Diabetesprävalenz in der Bevölkerung zu verringern.

Mit fast drei Millionen Fällen waren Krankheiten des Kreislaufsystems 2019 der häufigste Grund für eine stationäre Aufnahme und mit über 330.000 Todesfällen auch die häufigste Todesursache. Im Rahmen von GEDA 2019/2020-EHIS wurden Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht umfassend erfragt, sondern nur anhand der festgelegten EHIS-Indikatoren. Die hier beschriebenen 12-Monats-Prävalenzen für die KHK von 5,1 % für Frauen und 6,6 % für Männer unterscheiden sich leicht von den altersstandardisierten KHK-Prävalenzen von 3,9 % für Frauen und 8,0 % für Männer, die auf Basis der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten von 2018 für Deutschland berechnet wurden [36]. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die geringe Fallzahl der Männer aus der unteren Bildungsgruppe in der

GEDA-Studie zu einer Unterschätzung der KHK-Prävalenz bei Männern geführt haben könnte. Diese geringe Fallzahl könnte auch dazu beigetragen haben, dass der für KHK bekannte Gradient im Sozialstatus bei den Männern nicht deutlich ausgeprägt ist. Bei den Frauen zeigt er sich deutlich [37]. Wie die zitierte Untersuchung und auch die GEDA-Daten zeigen, erkrankten Männer häufiger an einer KHK als Frauen. Dies ist in vielen Studien belegt [38]. Die Frage nach einem Schlaganfall in den letzten zwölf Monaten oder nach chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls wurde in GEDA 2019/2020-EHIS von 2,1 % der Frauen und 2,3 % der Männer bejaht. In GEDA 2014/2015-EHIS lagen die Prävalenzen etwas niedriger [39], aufgrund der methodischen Unterschiede zwischen beiden Erhebungen sind Vergleiche jedoch vorsichtig zu interpretieren. Weiterhin liegt die 12-Monats-Prävalenz erwartungsgemäß unter der Lebenszeitprävalenz des Schlaganfalls bei 40- bis 79-jährigen Frauen von 2,5 % beziehungsweise Männern von 3,3 %, die in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) erhoben wurde [40]. Auch beim Schlaganfall zeigt sich in Übereinstimmung mit vorherigen Erhebungen ein Alters- und Bildungsgradient [39], der nicht so stark ausgeprägt ist wie bei der KHK. Limitierend sei auch hier die geringere Teilnahme vor allem in der Gruppe der Männer mit niedrigem Bildungsstand genannt und das Problem der Eignung des EHIS-Indikators für eine bevölkerungsbezogene Erfassung der Schlaganfallhäufigkeit im europäischen Vergleich, wie auch schon bei GEDA 2014/2015-EHIS diskutiert [39]. Daten zu kardiovaskulären Erkrankungen, wie hier erhoben, tragen dazu bei, das Ausmaß der Erkrankungen in der Bevölkerung zu bestimmen,

gezielt Präventions- und Versorgungsangebote zu planen und in ihrer Wirkung zu beobachten.

Erkrankungen der unteren Atemwege

Bei der COPD kommt es auf Basis einer irreversiblen und chronisch fortschreitenden Schädigung des Lungengewebes zu einer dauerhaften Verengung der Atemwege, Überblähung der Lunge und Behinderung des Gasaustausches mit der Folge von Atemnot. Aufgrund der schwierigen Erfassung einer COPD wird in der GEDA-Studie in Übereinstimmung mit internationalen epidemiologischen Studien eine Frage mit verschiedenen Begrifflichkeiten (chronische Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Lungenemphysem) zugrunde gelegt [41]. Dabei ist zu beachten, dass Einschätzungen zur Prävalenz von COPD über Selbstangaben deutlich niedriger ausfallen als Schätzungen auf der Grundlage von Lungenfunktionsprüfungen, die auch Frühstadien erkennen lassen [41]. Der in GEDA 2019/2020-EHIS verwendete Indikator wurde bereits in GEDA 2014/2015-EHIS erhoben. Obwohl eine direkte Vergleichbarkeit zwischen den beiden Erhebungswellen vor allem aufgrund des veränderten Stichprobendesigns limitiert ist, sind die Ergebnisse insbesondere bei Männern sehr ähnlich und zeigen für beide Geschlechter ansteigende 12-Monats-Prävalenzen ab dem 45. Lebensjahr [41]. Erwartungsgemäß zeigen sich bei beiden Geschlechtern Bildungsunterschiede in der Prävalenz von COPD, die Ungleichheiten hinsichtlich der Hauptrisikofaktoren (d.h. Tabak- und Schadstoffexposition) reflektieren. Bei Frauen ist die Prävalenz im Vergleich zu GEDA 2014/2015-EHIS angestiegen [41]. Es ist gut möglich, dass sich hier geschlechtsbezogene Veränderungen im Rauchverhalten mit Rückgang des

Raucheranteils bei Männern und lange weiter ansteigendem Anteil bei Frauen niederschlagen. Eine Angleichung der COPD-Mortalitätsraten von Frauen und Männern sowie der Neuerkrankungs- und Mortalitätsraten an bösartigen Tumoren der Lunge, der Bronchien und der Lufttröhre wird schon seit längerem beobachtet [42]. Die COPD zählt zu den häufigsten Ursachen für vorzeitige Sterblichkeit, Einschränkungen von Lebensqualität und gesundheitsbedingter Beeinträchtigung bei der Ausübung von Alltagsaktivitäten [41]. Auf epidemiologischer Ebene sind daher ein kontinuierliches Gesundheitsmonitoring und die Einbettung von COPD in eine Surveillance nichtübertragbarer Erkrankungen zentrale Bausteine zur Förderung von Public Health.

Asthma bronchiale ist eine chronische Atemwegserkrankung, die durch Symptome wie pfeifende Atmung, Kurzatmigkeit und Luftnot sowie ein Engegefühl in der Brust oder auch Husten gekennzeichnet ist. Ähnlich wie bei Allergien spielen auch bei Asthma verschiedene Erkrankungsmechanismen eine Rolle und es gibt allergische und nichtallergische Formen [43]. Die insgesamt bei 8% der Erwachsenen liegende 12-Monats-Prävalenz von Asthma zeigt in der aktuellen Untersuchung keine Altersabhängigkeit, jedoch einen aus vielen epidemiologischen Studien bereits bekannten Geschlechterunterschied mit größerer Betroffenheit von Frauen (9% versus 7% bei Männern). Neben der Geschlechtsabhängigkeit ist die bekannte Tendenz höherer Prävalenzen in den unteren Bildungsgruppen in der vorliegenden Untersuchung auch zu beobachten, wenngleich sie hier keine statistische Signifikanz erreicht. In GEDA 2014/2015-EHIS lag die Asthmaprävalenz etwas niedriger [44]. Asthma bronchiale ist eine der häufigsten

chronischen Erkrankungen weltweit. Steigende Betroffenenzahlen erfordern weitere Anstrengungen im Bereich Prävention, Diagnostik und Versorgung.

Allergien

Allergiesymptome wie Fließschnupfen, Niesattacken, brennende und tränende Augen, Atembeschwerden bis hin zu Atemnot oder quälender Juckreiz der Haut werden durch überschießende Reaktionen des Immunsystems auf an sich harmlose Stoffe (Allergene) aus der Umwelt hervorgerufen. Klinisch zeigen sich verschiedene Krankheitsentitäten, zum Beispiel allergischer Schnupfen (Heuschnupfen), allergisches Asthma bronchiale, Neurodermitis, allergisches Kontaktekzem und Nahrungsmittelallergie [45]. Der im vorliegenden Beitrag dargestellte Indikator „Allergien“ bildet (im Gegensatz zu berichteten ärztlichen Diagnosen) die Selbsteinschätzung ab, aktuell, das heißt in den letzten zwölf Monaten vor der Erhebung, von (irgend)einer allergischen Erkrankung außer Asthma bronchiale betroffen zu sein. Im Ergebnis zählt sich fast ein Drittel der erwachsenen Frauen und Männer in Deutschland zur Gruppe der von Allergien Betroffenen. Gegenüber der letzten GEDA-Erhebung (GEDA 2014/2015-EHIS) hat die 12-Monats-Prävalenz von Allergien insgesamt zugenommen [46]. Frauen sind mit 35% erwartungsgemäß häufiger betroffen als Männer mit 27%. Auch die beobachteten höheren Allergieprävalenzen bei Frauen mit höherem Bildungsstand gelten als bekannt, wobei hier insbesondere Aspekte von Sozialisation, Wahrnehmung und ärztlichem Inanspruchnahmeverhalten von Bedeutung sind. Eine differenzierte Abfrage einzelner allergischer Erkrankungen würde spezifischere Untersuchungen assoziierter Faktoren wie Alter, Geschlecht und Bildungsstand

erlauben. Für die Betroffenen von Allergien wird diskutiert, dass strukturelle Verbesserungen im Gesundheitssystem wie etwa ein strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm, DMP) Allergie, wie es dies bereits für Asthma und COPD gibt, sehr hilfreich wären [45].

Arthrose

Arthrose ist eine degenerative Erkrankung, bei der der Gelenkknorpel zerstört wird und die angrenzenden Muskeln, Kapseln und Bänder beeinträchtigt werden [47]. Gerade in der älteren Bevölkerung ist Arthrose stark verbreitet, sie ist eine der häufigsten Erkrankungen im Alter. Im Vergleich zu den Ergebnissen aus GEDA 2014/2015-EHIS hat sich die 12-Monats-Prävalenz von Arthrose nur geringfügig verändert [48]. Frauen leiden signifikant häufiger an Arthrose als Männer; Ursachen dafür sind zum Beispiel hormonelle, stoffwechselbedingte oder ernährungsbedingte Unterschiede [49]. Der deutlich ausgeprägte Bildungsgradient bei Frauen kann möglicherweise auf den Zusammenhang beruflich bedingter schwerer körperlicher Belastungen auf die Arthrose-Entstehung hinweisen [50, 51]. Durch die mit der Arthrose zusammenhängenden Schmerzen und Funktionseinbußen kann es zu einer Einschränkung der Lebensqualität kommen. Als Vorsorgemaßnahmen gelten die Vermeidung von Übergewicht sowie der Überbelastung der Gelenke [50, 51].

4.4 Stärken und Limitationen

Der kurze Bezugszeitraum der für ein harmonisiertes europäisches Gesundheitsmonitoring eingeführten EHIS-Indikatoren [13, 17] sowie die hohe Fallzahl von GEDA 2019/2020-

EHIS ermöglichen es, aktuelle psychische und körperliche Belastungen und die aktuelle subjektive Gesundheit und deren lebensphasenspezifische Muster bei Erwachsenen in Deutschland widerzuspiegeln. Der relativ kurze Bezugszeitraum und die Selbsteinschätzung zum Vorliegen der abgefragten EHIS-Indikatoren führen jedoch zu teilweise deutlich abweichenden Prävalenzen im Vergleich zu anderen Studien des Gesundheitsmonitorings und zu epidemiologischen Studien, die in der Regel die Lebenszeitprävalenz ärztlich diagnostizierter Erkrankungen basierend auf ärztlichen Interviews oder Untersuchungen erheben.

Bei Prävalenzvergleichen von GEDA 2019/2020-EHIS mit dem fünf Jahre zuvor durchgeführten GEDA 2014/2015-EHIS sind trotz weitgehend gleicher Operationalisierung der meisten Indikatoren die Unterschiede im Studiendesign zu beachten, die zu einem unterschiedlichen Einschluss an Teilnehmenden (z. B. Unterschieden in der Verteilung des Bildungsstatus) geführt haben können. Während GEDA 2014/2015-EHIS ein Survey mit selbstauszufüllenden Papier- oder Online-Fragebögen auf Basis einer Einwohnermeldeamtstichprobe darstellte [2], ist GEDA 2019/2020-EHIS ein Survey mit telefonischer Befragung auf Basis einer Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern [16]. Trotz Gewichtung der jeweiligen Studienpopulation nach Alter, Geschlecht, Region und Bildungsstatus gemäß der Bevölkerungszusammensetzung zum entsprechenden Befragungszeitpunkt – worauf für GEDA 2019/2020-EHIS in einem Beitrag von [Allen et al.](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring näher eingegangen wird [16] – sind Abweichungen der Studienpopulation bezüglich anderer Charakteristika nicht auszuschließen. Einschränkungen in der Vergleichbarkeit mit früheren GEDA-Erhebungswellen

(Infobox), die als telefonische Befragungen auf Basis von Zufallsstichproben von Festnetznummern durchgeführt wurden, ergeben sich für die meisten Indikatoren durch die von EHIS abweichende Operationalisierung. Weiterhin fällt der Befragungszeitraum von GEDA 2019/2020-EHIS zum Teil in die COVID-19-Pandemie. Die vorliegenden Ergebnisse beruhen auf der Annahme, dass die Stichprobe durch die Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie keine systematischen Verzerrungen aufweist. Zudem zeigen erste Analysen keinen systematischen Selektionsbias zwischen den Teilstichproben der Vergleichszeiträume April 2019 bis Mitte März 2020 (Beginn der umfangreichen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie) und Mitte März bis September 2020. Dennoch kann eine veränderte Teilnahmebereitschaft und deren Einfluss auf die Ergebnisse nicht vollständig ausgeschlossen werden. Durch die Inanspruchnahme von Kurzarbeit oder die Ausweitung flexibler Heimarbeit könnten beispielsweise einzelne Bevölkerungsgruppen besser oder schlechter telefonisch erreicht worden sein.

Die vorliegende Studie umfasst Indikatoren, die aufgrund ihrer relativ hohen Prävalenz in der Bevölkerung ausgewählt wurden, und die zudem ein möglichst breites Spektrum an gesundheitlichen Beschwerden abbilden. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass die Indikatoren unterschiedliche Zeitfenster umfassen.

4.5 Fazit

Die hier vorgelegten aktuellen Daten des bundesweiten Gesundheitsmonitorings aus der Studie GEDA 2019/2020-EHIS belegen die hohe Public-Health-Relevanz alters-

assoziierter nichtübertragbarer Krankheiten und gesundheitsbedingter Einschränkungen bei der Ausübung von Alltagsaktivitäten in einer Gesellschaft des demografischen Wandels. Ein umfassender Versorgungsbedarf bei Gesundheitsproblemen ist dennoch nicht auf die Gruppe der älteren Menschen begrenzt. Allergien und eine depressive Symptomatik liegen bei Frauen und Männern insbesondere im jungen und mittleren Erwachsenenalter vor und Asthma bronchiale tritt über alle Altersgruppen ähnlich häufig auf. Nach wie vor bestehen zum Teil deutliche bildungsspezifische Unterschiede in der Prävalenz von guter subjektiver Gesundheit, depressiven Symptomen, gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag und jenen nichtübertragbaren Krankheiten, die zu den führenden Ursachen vorzeitiger Sterblichkeit zählen, insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und COPD. In Kenntnis der wichtigen vermeidbaren Risikofaktoren, die diesen Erkrankungen gemeinsam sind, hat das bundesweite Gesundheitsmonitoring die Aufgabe, auch die Entwicklung zu Risikofaktoren und Ressourcen sowie zu Maßnahmen zur Förderung von gesundem Verhalten und gesunder Gestaltung der Lebenswelt zeitnah abzubilden. Internationale Gesundheitsziele wie die Nachhaltigkeitsziele der Agenda 2030 der Vereinten Nationen können hier eine Richtschnur sein, müssen jedoch auf die speziellen Herausforderungen der einzelnen Staaten und Regionen ausgerichtet werden [52]. Präventionsmaßnahmen müssen vor allem dahingehend überprüft werden, inwieweit sie auch benachteiligte Gruppen wie weniger Gebildete in der Bevölkerung erreichen. Eine wichtige Aufgabe des Gesundheitsmonitorings in diesem Zusammenhang ist, methodische Vergleichbarkeit über die Zeit zu sichern. Eine regionalisierte Analyse auf Bundeslandebene

konnte im Rahmen dieser ersten Auswertung noch nicht vorgenommen werden. Für die Zukunft bietet die GEDA-Studie die Perspektive, regionalisierte Datenanalysen noch weiter auszubauen, um in Zusammenarbeit mit den Bundesländern auch tiefer gegliederte subregionale Analysen zu ermöglichen. Darüber hinaus werden auch europäische Vergleiche möglich sein, wenn alle europäischen Daten aus dieser Erhebungswelle des EHIS vorliegen.

Korrespondenzadresse

Dr. Christin Heidemann
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: HeidemannC@rki.de

Zitierweise

Heidemann C, Scheidt-Nave C, Beyer AK, Baumert J, Thamm R et al. (2021)
Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS.
Journal of Health Monitoring 6(3):3–27.
DOI 10.25646/8456

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Datenschutz und Ethik

GEDA 2019/2020-EHIS unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Durchführung des Studienvorhabens zugestimmt (Antragsnummer EA2/070/19). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre mündliche Einwilligung (informed consent).

Förderungshinweis

GEDA 2019/2020-EHIS wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Die Autorinnen und Autoren danken Stefan Damerow, Jennifer Allen, Johannes Lemcke, Franziska Prütz und Alexander Rommel der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts für die Erstellung von Textbausteinen zur Beschreibung der Studie GEDA 2019/2020-EHIS sowie von Limitationen, die sich durch den Einschluss der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie in den Befragungszeitraum der GEDA-Studie ergeben haben könnten.

Literatur

1. Lange C, Jentsch F, Allen J et al. (2015) Data Resource Profile: German Health Update (GEDA) – the health interview survey for adults in Germany. *Int J Epidemiol* 44(2):442–450
2. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). *Arch Public Health* 75:40
3. Katzmarzyk PT, Salbaum JM, Heymsfield SB (2020) Obesity, non-communicable diseases, and COVID-19: A perfect storm. *Am J Hum Biol* 32(5):e23484
4. Stefan N, Birkenfeld AL, Schulze MB (2021) Global pandemics interconnected – obesity, impaired metabolic health and COVID-19. *Nat Rev Endocrinol* 17(3):135–149
5. Clark A, Jit M, Warren-Gash C et al. (2020) Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. *Lancet Glob Health* 8(8):e1003–e1017
6. Chang AY, Cullen MR, Harrington RA et al. (2020) The impact of novel coronavirus COVID-19 on noncommunicable disease patients and health systems: a review. *J Intern Med* 289(4):450–462
7. Scheidt-Nave C, Barnes B, Beyer AK et al. (2020) Versorgung von chronisch Kranken in Deutschland – Herausforderungen in Zeiten der COVID-19-Pandemie. *Journal of Health Monitoring* 5(S10):2–28. <https://edoc.rki.de/handle/176904/7033> (Stand: 10.03.2021)
8. Gaertner B, Fuchs J, Möhler R et al. (2021) Zur Situation älterer Menschen in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie: Ein Scoping Review. *Journal of Health Monitoring* 6(S4):2–39. <https://edoc.rki.de/handle/176904/7915> (Stand: 29.04.2021)
9. Kluge HHP, Wickramasinghe K, Rippin HL et al. (2020) Prevention and control of non-communicable diseases in the COVID-19 response. *Lancet* 395(10238):1678–1680
10. World Health Organization and the United Nations Development Programme (2020) Responding to non-communicable diseases during and beyond the COVID-19 pandemic. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Non-communicable_diseases-Actions-2020.1 (Stand: 10.03.2021)
11. Cox B, van Oyen H, Cambois E et al. (2009) The reliability of the Minimum European Health Module. *Int J Public Health* 54(2):55–60
12. Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. *Bundesgesundheitsbl* 52:557–570
13. European Commission, Eurostat (2018) European Health Interview Survey (EHIS wave 3). Methodological manual. European Commission, Luxembourg
14. von der Heyde C (2013) Das ADM-Stichprobensystem für Telefonbefragungen. https://www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstichproben_DE-2013.pdf (Stand: 29.04.2021)
15. American Association for Public Opinion Research (AAPOR) (2016) Standard definitions – final disposition codes of case codes and outcome rates for surveys. AAPOR, Deerfield
16. Allen J, Born S, Damerow S et al. (2021) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. *Journal of Health Monitoring* 6(3):72–87. www.rki.de/johm-2021 (Stand: 15.09.2021)
17. Fehr A, Lange C, Fuchs J et al. (2017) Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa. *Journal of Health Monitoring* 2(1):3–23. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2578.2> (Stand: 15.03.2021)
18. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL et al. (2009) The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord* 114(1/3):163–173
19. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington, DC
20. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2017) Mikrozensus 2017. DOI: 10.21242/12211.2017.00.00.1.1.1, eigene Berechnungen
21. Wu S, Wang R, Zhao Y et al. (2013) The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health* 13:320
22. Latham K, Peek CW (2013) Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 68(1):107–116
23. Ul-Haq Z, Mackay DF, Pell JP (2014) Association between physical and mental health-related quality of life and adverse outcomes; a retrospective cohort study of 5,272 Scottish adults. *BMC Public Health* 14:1197
24. Lorem G, Cook S, Leon DA et al. (2020) Self-reported health as a predictor of mortality: A cohort study of its relation to other health measurements and observation time. *Sci Rep* 10(1):4886

25. Lampert T, Schmidtke C, Borgmann LS et al. (2018) Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 3(2):1–8. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5689> (Stand: 29.04.2021)
26. Bretschneider J, Janitza S, Jacobi F et al. (2018) Time trends in depression prevalence and health-related correlates: results from population-based surveys in Germany 1997–1999 vs. 2009–2012. *BMC Psychiatry* 18(1):394
27. Bretschneider J, Kuhnert R, Hapke U (2017) Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. 2(3):81–88. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2788> (Stand: 29.04.2021)
28. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2020) Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Gesundheitliche_Lage_der_Frauen_2020.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 29.04.2021)
29. Robert Koch-Institut (Hrsg) (im Druck) Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland Teil 1 – Erwachsenenalter. Erkennen – Bewerten – Handeln. RKI, Berlin
30. Heidemann C, Du Y, Paprott R et al. (2016) Temporal changes in the prevalence of diagnosed diabetes, undiagnosed diabetes and prediabetes: findings from the German Health Interview and Examination Surveys in 1997–1999 and 2008–2011. *Diabet Med* 33(10):1406–1414
31. Heidemann C, Kuhnert R, Born S et al. (2017) 12-Monats-Prävalenz des bekannten Diabetes mellitus in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(1):48–56. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2580> (Stand: 09.03.2021)
32. Schmidt C, Reitzle L, Dress J et al. (2020) Prävalenz und Inzidenz des dokumentierten Diabetes mellitus – Referenzauswertung für die Diabetes-Surveillance auf Basis von Daten aller gesetzlich Krankenversicherten. *Bundesgesundheitsbl* 63(1):93–102
33. Heidemann C, Scheidt-Nave C (2017) Prävalenz, Inzidenz und Mortalität von Diabetes mellitus bei Erwachsenen in Deutschland – Bestandsaufnahme zur Diabetes-Surveillance. *Journal of Health Monitoring* 2(3):105–129. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2781> (Stand: 09.03.2021)
34. Nationale Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut (2019) Diabetes in Deutschland – Bericht der Nationalen Diabetes-Surveillance 2019. Robert Koch-Institut, Berlin. <http://www.rki.de/diabetes-bericht> (Stand: 14.06.2021)
35. Baumert J, Heidemann C, Reitzle L et al. (2021) Gesunde Lebensjahre bei Personen mit und ohne Diabetes in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 6(2):46–53. <https://edoc.rki.de/handle/176904/8396> (Stand: 03.08.2021)
36. Holstiege J, Akmatov MK, Steffen A et al. (2020) Die ischämische Herzerkrankung in der vertragsärztlichen Versorgung – Zeitliche Trends und regionale Variationen. *Versorgungsatlas-Bericht Nr 20/04*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin. <https://www.versorgungsatlas.de//themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert?tab=6&uid=109&cHash=bbb4137bdc8268e1e829-199cfc818e2> (Stand: 17.03.2021)
37. Albert MA, Glynn RJ, Buring J et al. (2006) Impact of traditional and novel risk factors on the relationship between socioeconomic status and incident cardiovascular events. *Circulation* 114(24):2619–2626
38. Bots SH, Peters SAE, Woodward M (2017) Sex differences in coronary heart disease and stroke mortality: a global assessment of the effect of ageing between 1980 and 2010. *BMJ Glob Health* 2(2):e000298
39. Busch MA, Kuhnert R (2017) 12-Monats-Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(1):70–76. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2583> (Stand: 18.03.2021)
40. Busch MA, Schienkiewitz A, Nowossadeck E et al. (2013) Prävalenz des Schlaganfalls bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl* 56(5/6):656–660
41. Steppuhn H, Kuhnert R, Scheidt-Nave C (2017) 12-Monats-Prävalenz der bekannten chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(3):46–54. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2783> (Stand: 29.04.2021)
42. Steppuhn H, Buda S, Wienecke A et al. (2017) Zeitliche Trends in der Inzidenz und Sterblichkeit respiratorischer Krankheiten von hoher Public-Health-Relevanz in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(3):3–35. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2780> (Stand: 29.04.2021)
43. Gillissen A, Welte TH (2014) Weißbuch Lunge 2014: Herausforderungen, Zukunftsperspektiven, Forschungsansätze – Zur Lage und Zukunft der Pneumologie in Deutschland. Frisch Texte Verlag, Herne

44. Steppuhn H, Kuhnert R, Scheidt-Nave C (2017) 12-Monats-Prävalenz von Asthma bronchiale bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(3):36–45.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2782> (Stand: 18.03.2021)

45. Klimek L, Vogelberg C, Werfel TH (Hrsg) (2018) Weißbuch Allergie in Deutschland. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin

46. Schmitz R, Kuhnert R, Thamm M (2017) 12-Monats-Prävalenz von Allergien in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(1):77–82.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2584> (Stand: 18.03.2021)

47. Arnold I (2016) Arthrose: Was gibt es Neues? *Dtsch Arztebl International* 113(44):1976–1982

48. Fuchs J, Kuhnert R, Scheidt-Nave C (2017) 12-Monats-Prävalenz von Arthrose. *Journal of Health Monitoring* 2(3):55–60.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2784> (Stand: 29.04.2021)

49. Ferre IM, Roof MA, Anoushiravani AA et al. (2019) Understanding the Observed Sex Discrepancy in the Prevalence of Osteoarthritis. *JBS Reviews* 7(9):e8

50. Schneider S, Schmitt G, Mau H et al. (2005) Prävalenz und Korrelate der Osteoarthrose in der BRD. Repräsentative Ergebnisse des ersten Bundesgesundheitsurvey. *Orthopäde* 34(8):782–790

51. Luong MLN, Cleveland RJ, Nyrop KA et al. (2012) Social determinants and osteoarthritis outcomes. *Aging health* 8(4):413–437

52. Neuhauser H, Wildner M (2020) Gains and losses in translation of SDGs at sub-national levels. *Lancet* 396(10256):954–955

Annex Tabelle 1
Prävalenz einer als sehr gut oder gut eingeschätzten subjektiven Gesundheit (n=11.953 Frauen, n=10.681 Männer), einer chronischen Krankheit oder eines lang andauernden gesundheitlichen Problems (n=11.916 Frauen, n=10.662 Männer) und einer lang andauernden gesundheitsbedingten Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten (n=11.929 Frauen, n=10.664 Männer) nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

	Subjektive Gesundheit (sehr gut oder gut)		Chronische Krankheit oder gesundheitliches Problem (mindestens sechs Monate)		Gesundheitsbedingte Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten (stark oder mäßig, mindestens sechs Monate)	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	68,6	(67,2–69,9)	51,9	(50,6–53,3)	35,5	(34,2–36,9)
Altersgruppe und Bildungsstatus						
18–29 Jahre	87,2	(83,5–90,1)	33,8	(29,8–38,0)	16,8	(13,7–20,5)
Untere Bildungsgruppe	78,1	(67,1–86,2)	36,8	(26,8–48,0)	25,4	(16,6–36,9)
Mittlere Bildungsgruppe	87,4	(82,4–91,1)	33,9	(28,7–39,6)	16,3	(12,5–21,0)
Obere Bildungsgruppe	95,0	(91,4–97,1)	31,3	(24,9–38,4)	10,6	(7,0–15,5)
30–44 Jahre	82,9	(80,1–85,3)	40,9	(37,8–44,0)	21,3	(18,7–24,2)
Untere Bildungsgruppe	74,1	(61,8–83,5)	34,4	(23,5–47,3)	25,5	(16,3–37,6)
Mittlere Bildungsgruppe	81,0	(77,1–84,4)	44,7	(40,4–49,1)	23,3	(19,7–27,4)
Obere Bildungsgruppe	89,6	(86,5–92,1)	37,6	(34,0–41,3)	16,4	(13,6–19,7)
45–64 Jahre	66,0	(63,9–68,1)	58,6	(56,6–60,6)	39,2	(37,2–41,3)
Untere Bildungsgruppe	50,4	(42,8–58,0)	67,4	(59,6–74,4)	49,3	(41,6–56,9)
Mittlere Bildungsgruppe	65,5	(63,0–68,0)	59,6	(57,1–62,0)	40,7	(38,3–43,3)
Obere Bildungsgruppe	78,6	(76,5–80,6)	49,0	(46,6–51,5)	27,7	(25,5–29,9)
65–79 Jahre	55,3	(52,6–57,9)	61,9	(59,4–64,5)	46,1	(43,5–48,8)
Untere Bildungsgruppe	46,1	(39,2–53,1)	62,4	(55,3–69,0)	52,4	(45,3–59,3)
Mittlere Bildungsgruppe	56,4	(53,4–59,3)	61,8	(58,9–64,6)	44,5	(41,6–47,5)
Obere Bildungsgruppe	67,6	(64,6–70,5)	62,1	(59,0–65,0)	40,8	(37,8–44,0)
≥ 80 Jahre	42,5	(37,9–47,3)	61,9	(57,0–66,6)	63,2	(58,5–67,7)
Untere Bildungsgruppe	37,9	(29,9–46,7)	61,1	(52,2–69,4)	66,5	(57,9–74,1)
Mittlere Bildungsgruppe	46,1	(40,8–51,4)	62,3	(56,8–67,4)	60,3	(54,9–65,4)
Obere Bildungsgruppe	53,4	(46,5–60,0)	65,1	(58,4–71,4)	58,5	(51,6–65,0)

KI = Konfidenzintervall

Fortsetzung nächste Seite

Annex Tabelle 1 Fortsetzung
Prävalenz einer als sehr gut oder gut eingeschätzten subjektiven Gesundheit (n=11.953 Frauen, n=10.681 Männer), einer chronischen Krankheit oder eines lang andauernden gesundheitlichen Problems (n=11.916 Frauen, n=10.662 Männer) und einer lang andauernden gesundheitsbedingten Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten (n=11.929 Frauen, n=10.664 Männer) nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

	Subjektive Gesundheit (sehr gut oder gut)		Chronische Krankheit oder gesundheitliches Problem (mindestens sechs Monate)		Gesundheitsbedingte Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten (stark oder mäßig, mindestens sechs Monate)	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	71,6	(70,2–72,9)	46,4	(44,9–47,8)	31,0	(29,7–32,4)
Altersgruppe und Bildungsstatus						
18–29 Jahre	88,3	(85,2–90,8)	25,8	(22,6–29,2)	10,5	(8,4–13,1)
Untere Bildungsgruppe	80,9	(72,4–87,3)	31,8	(24,4–40,3)	14,8	(9,6–22,2)
Mittlere Bildungsgruppe	89,8	(85,8–92,8)	23,5	(19,5–28,0)	9,8	(7,2–13,1)
Obere Bildungsgruppe	94,4	(90,8–96,6)	25,0	(20,0–30,7)	7,4	(4,7–11,5)
30–44 Jahre	84,0	(81,2–86,4)	34,6	(31,6–37,8)	18,5	(16,0–21,3)
Untere Bildungsgruppe	74,3	(61,8–83,8)	32,7	(22,0–45,5)	25,1	(15,7–37,5)
Mittlere Bildungsgruppe	80,4	(76,4–83,9)	39,1	(34,6–43,8)	22,1	(18,5–26,3)
Obere Bildungsgruppe	92,8	(90,6–94,5)	29,5	(26,2–33,1)	10,9	(8,7–13,6)
45–64 Jahre	65,2	(62,8–67,5)	53,1	(50,8–55,4)	38,8	(36,5–41,3)
Untere Bildungsgruppe	47,4	(37,4–57,6)	66,8	(56,5–75,7)	61,9	(51,5–71,3)
Mittlere Bildungsgruppe	60,1	(56,8–63,4)	55,8	(52,5–59,0)	42,8	(39,5–46,2)
Obere Bildungsgruppe	80,4	(78,4–82,2)	43,6	(41,2–46,0)	23,6	(21,7–25,7)
65–79 Jahre	57,7	(54,6–60,8)	63,8	(60,9–66,7)	42,9	(39,9–46,0)
Untere Bildungsgruppe	48,5	(34,3–62,9)	67,4	(52,0–79,8)	55,0	(40,3–68,9)
Mittlere Bildungsgruppe	53,1	(48,7–57,5)	65,8	(61,5–69,8)	45,0	(40,7–49,4)
Obere Bildungsgruppe	68,1	(65,3–70,7)	59,9	(57,1–62,6)	36,3	(33,6–39,0)
≥ 80 Jahre	52,6	(47,1–58,0)	62,0	(56,6–67,1)	58,1	(52,6–63,4)
Untere Bildungsgruppe	54,5	(34,9–72,8)	67,0	(46,4–82,7)	63,7	(43,1–80,2)
Mittlere Bildungsgruppe	48,0	(40,5–55,5)	62,1	(54,5–69,1)	58,8	(51,2–66,0)
Obere Bildungsgruppe	58,6	(53,2–63,8)	60,4	(55,0–65,6)	54,2	(48,9–59,5)

KI = Konfidenzintervall

Annex Tabelle 2
Prävalenz der depressiven Symptomatik in den
letzten zwei Wochen gemäß PHQ-8 nach
Geschlecht, Alter und Bildungsstatus
(n=11.703 Frauen, n=10.503 Männer)
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	8,8	(8,0–9,7)
Altersgruppe und Bildungsstatus		
18–29 Jahre	11,6	(8,8–15,1)
Untere Bildungsgruppe	24,0	(15,2–35,6)
Mittlere Bildungsgruppe	10,3	(7,1–14,6)
Obere Bildungsgruppe	4,4	(2,2–8,5)
30–44 Jahre	8,7	(6,8–10,9)
Untere Bildungsgruppe	13,6	(7,1–24,4)
Mittlere Bildungsgruppe	9,4	(6,9–12,7)
Obere Bildungsgruppe	5,4	(3,7–8,0)
45–64 Jahre	10,2	(8,8–11,7)
Untere Bildungsgruppe	18,0	(12,8–24,7)
Mittlere Bildungsgruppe	9,5	(7,9–11,3)
Obere Bildungsgruppe	6,6	(5,4–8,1)
65–79 Jahre	5,0	(3,9–6,3)
Untere Bildungsgruppe	6,0	(3,4–10,5)
Mittlere Bildungsgruppe	4,5	(3,4–5,9)
Obere Bildungsgruppe	5,3	(3,9–7,1)
≥80 Jahre	7,3	(4,9–10,7)
Untere Bildungsgruppe	7,9	(3,9–15,4)
Mittlere Bildungsgruppe	7,1	(4,8–10,4)
Obere Bildungsgruppe	5,9	(3,4–10,1)

KI=Konfidenzintervall, PHQ-8=8-Item Patient Health Questionnaire

¹ Fallzahl beträgt n < 10

	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	7,5	(6,7–8,5)
Altersgruppe und Bildungsstatus		
18–29 Jahre	7,3	(5,3–10,0)
Untere Bildungsgruppe	12,5	(7,4–20,4)
Mittlere Bildungsgruppe	6,6	(4,2–10,1)
Obere Bildungsgruppe	3,0	(1,6–5,3)
30–44 Jahre	7,3	(5,5–9,5)
Untere Bildungsgruppe	11,9 ¹	(5,6–23,4)
Mittlere Bildungsgruppe	9,2	(6,6–12,6)
Obere Bildungsgruppe	2,9	(1,9–4,5)
45–64 Jahre	9,6	(8,0–11,5)
Untere Bildungsgruppe	18,6	(11,5–28,6)
Mittlere Bildungsgruppe	11,3	(9,0–14,1)
Obere Bildungsgruppe	3,6	(2,7–4,6)
65–79 Jahre	4,4	(3,1–6,3)
Untere Bildungsgruppe	11,9 ¹	(4,4–28,3)
Mittlere Bildungsgruppe	3,9	(2,6–5,8)
Obere Bildungsgruppe	2,7	(1,9–3,8)
≥80 Jahre	5,8	(3,8–8,7)
Untere Bildungsgruppe	5,0 ¹	(0,9–24,3)
Mittlere Bildungsgruppe	5,5	(3,0–9,7)
Obere Bildungsgruppe	7,0	(4,5–10,8)

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

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

Satz

Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis

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



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



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