

Journal of Health Monitoring · 2017 2(3)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-059
Robert Koch-Institut, Berlin

Autorinnen:

Elena von der Lippe, Angela Fehr,
Cornelia Lange

[Hier gelangen Sie zum
Journal of Health Monitoring 2017/3:
»Gesundheitliche Lage der Bevölkerung in Deutschland«
-kapitelweise](#)

Gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten in Deutschland

Abstract

Gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten beeinflussen Lebensqualität und persönliches Wohlbefinden. Der Global Activity Limitation Indicator (GALI) wurde entwickelt, um Trends in Aktivitätseinschränkungen im Zeitverlauf zu beobachten. Die GALI-Frage wird als ein- oder mehrstufige Variante verwendet. In der GEDA 2014/2015-EHIS-Befragung wurde sie erstmalig als dreistufige Frage eingesetzt. Insgesamt geben drei Viertel der Befragten an, keine Aktivitätseinschränkungen zu haben. 18,7% der Frauen und 17,0% der Männer sind in der Ausübung ihrer Alltagsaktivitäten mäßig eingeschränkt. Von einer starken Einschränkung berichten 6,4% der Frauen und 6,8% der Männer. Der Anteil der Befragten mit Einschränkungen steigt im Altersverlauf an und zeigt deutliche Unterschiede nach dem Bildungsstatus. Aufgrund der methodischen Veränderungen können die aktuellen Ergebnisse der GALI-Frage nicht mit den Resultaten aus früheren Befragungswellen derselben Studie verglichen werden.

📌 AKTIVITÄTSEINSCHRÄNKUNGEN · GLOBAL ACTIVITY LIMITATION INDICATOR (GALI) · HEALTHY LIFE YEARS

Einleitung

Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten aufgrund körperlicher oder psychischer Gesundheitsprobleme können die Lebensqualität und das persönliche Wohlbefinden erheblich verringern. In Verbindung mit dem demografischen Wandel und der steigenden Lebenserwartung wird die Zahl der Menschen, die bei alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt sind, zukünftig voraussichtlich zunehmen. Die gewonnenen Lebensjahre können entweder in einem guten oder in einem schlechten Gesundheitszustand verbracht werden [1, 2]. Ein zentrales Ziel gesundheitspolitischer Bestrebungen ist es, die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass sich die Menschen bis ins hohe Alter

eine gute Gesundheit und Lebensqualität bewahren können. Nicht zuletzt daran entscheidet sich auch, ob die steigende Lebenserwartung mit einem Zuwachs an Lebensjahren ohne gesundheitliche Beeinträchtigung verbunden ist. Für Deutschland gibt es Hinweise darauf, dass von einem Trend zum späteren Auftreten von Krankheiten und Einschränkungen auszugehen ist und damit von einer längeren Lebenszeit bei guter Gesundheit [3, 4].

Politische Maßnahmen und Präventionsprogramme, die diese Entwicklungen in den Blick nehmen, sollten sich auf einen Indikator stützen, der den von Einschränkungen betroffenen Anteil der Bevölkerung abbildet. Der Global Activity Limitation Indicator (GALI) wurde entwickelt,

GEDA 2014/2015-EHIS

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

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (13.144 Frauen und 10.872 Männer)

Response rate: 26,9 %

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Die Studie unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurde von der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. 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 schriftliche Einwilligung (informed consent).

Mehr Informationen unter
www.geda-studie.de

um Trends in Aktivitätseinschränkungen über die Zeit hinweg zu beobachten. Mit der GALI-Frage wird die Selbsteinschätzung der Befragten zu Einschränkungen in alltäglichen Tätigkeiten erfasst. Die Daten der GALI-Frage gehen in die Berechnung des Indikators „Gesunde Lebensjahre“ (Healthy Life Years – HLY), auch „behinderungsfreie Lebenserwartung“ genannt, ein. Dieser Indikator gibt Aufschluss darüber, wie viele Jahre der verbleibenden Lebenserwartung ohne gesundheitliche Einschränkungen verbracht werden [5]. Die GALI-Frage ist Teil des sogenannten Mindestmoduls Gesundheit (Minimum European Health Module – MEHM) [6] und wird auch in der EU-Befragung über Einkommen und Lebensbedingungen (European Statistics on Income and Living Conditions – EU-SILC), kurz »Leben in Europa«, erhoben. Ein Überblick über Datenquellen zu Behinderung und Teilhabe findet sich bei Prütz und Lange 2016 [7]. Eine Übersicht zu Gesundheitsindikatoren in Europa kann der [Ausgabe 1/2017](#) des Journal of Health Monitoring entnommen werden [8].

Indikator

Die Prävalenz von Aktivitätseinschränkungen im Alltag wurde in der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2014/2015-EHIS (GEDA 2014/2015-EHIS) durch die Selbstangabe der Befragten in einem schriftlich oder online auszufüllenden Fragebogen erfasst. Darin wurde die Frage gestellt „Sind Sie dauerhaft durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt? (Ja/Nein)“. Diejenigen Personen, die mit „Ja“ antworteten, erhielten zwei weitere Fragen: a) „Wie stark sind Sie bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt? (Stark eingeschränkt/Mäßig

eingeschränkt)“; b) „Wie lange dauern Ihre Einschränkungen bereits an? (Weniger als 6 Monate/6 Monate oder länger)“. Aus diesen Antwortoptionen lassen sich drei Kategorien bilden: „stark eingeschränkt“, „mäßig eingeschränkt“, und „nicht eingeschränkt“. Gaben die Befragten an, seit mehr als 6 Monaten entweder mäßig oder stark in ihren alltäglichen Tätigkeiten eingeschränkt zu sein, gelten sie als gesundheitlich eingeschränkt. Wenn nicht anders vermerkt, bezieht sich der Begriff „Einschränkung“ im Folgenden auf die zusammengefassten Ausprägungen „mäßig eingeschränkt“ sowie „stark eingeschränkt“.

Die hier vorgestellten Analysen basieren auf Daten von 23.752 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren (13.014 Frauen, 10.738 Männer) mit gültigen Angaben zur GALI-Frage. Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Der Kreistyp spiegelt den Grad der Urbanisierung und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse der Teilnehmenden zu klassifizieren [9]. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn sich die Konfidenzintervalle nicht überlappen.

Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/15-EHIS findet sich bei Lange et al. 2017 [10] sowie im Beitrag [Gesundheit in Deutschland aktuell – Neue Daten für Deutschland und Europa](#) in Ausgabe 1/2017 des Journal of Health Monitoring.

Drei Viertel der in der Studie GEDA 2014/2015-EHIS Befragten geben an, keine Aktivitätseinschränkungen zu haben.

Ergebnisse und Einordnung

Insgesamt geben drei Viertel der Befragten an, keine Aktivitätseinschränkungen zu haben. 25,2 % der Frauen und 23,8 % der Männer geben an, aus gesundheitlichen Gründen dauerhaft bei alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt zu sein (Tabelle 1 und Tabelle 2). Von starken Einschränkungen berichten 6,4 % der Frauen und 6,8 % der Männer. Betrachtet man die sowohl stark als auch mäßig eingeschränkten Personen zusammen, so zeigt sich, dass der Anteil der Befragten mit Einschränkungen im Altersverlauf erheblich zunimmt: Während unter

den 18- bis 29-jährigen Frauen 12,0 % und unter den gleichaltrigen Männern 9,5 % von einer Einschränkung berichten, sind es bei den 65-jährigen und älteren Frauen 41,1 % und bei den Männern dieser Altersgruppe 39,4 %. Bei Frauen und Männern zeigen sich im Hinblick auf gesundheitliche Einschränkungen deutliche Unterschiede nach dem Bildungsstatus: Der Anteil von im Alltag eingeschränkten Personen ist bei Frauen und Männern in jeder Alterskategorie in der oberen Bildungsgruppe deutlich niedriger als in der unteren Bildungsgruppe.

Frauen	Nicht eingeschränkt		Mäßig eingeschränkt		Stark eingeschränkt		Eingeschränkt (mäßig oder stark)	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	74,8	(73,9–75,8)	18,7	(17,9–19,6)	6,4	(5,8–7,1)	25,2	(24,2–26,1)
18–29 Jahre	88,0	(86,2–89,6)	9,9	(8,5–11,6)	2,0	(1,3–3,1)	12,0	(10,4–13,8)
Untere Bildungsgruppe	82,3	(76,8–86,7)	12,1	(8,6–16,7)	5,6	(3,2–9,6)	17,7	(13,3–23,2)
Mittlere Bildungsgruppe	89,2	(87,1–91,0)	9,7	(8,0–11,7)	1,1	(0,5–2,2)	10,8	(9,0–12,9)
Obere Bildungsgruppe	92,5	(89,1–94,9)	7,1	(4,8–10,4)	0,4	(0,1–1,5)	7,5	(5,1–10,9)
30–44 Jahre	86,4	(84,6–87,9)	11,6	(10,3–13,1)	2,0	(1,5–2,8)	13,6	(12,1–15,4)
Untere Bildungsgruppe	82,9	(77,0–87,5)	12,0	(8,4–16,9)	5,1	(2,8–8,9)	17,1	(12,5–23,0)
Mittlere Bildungsgruppe	84,9	(82,7–86,8)	13,3	(11,5–15,3)	1,8	(1,2–2,8)	15,1	(13,2–17,3)
Obere Bildungsgruppe	91,7	(89,8–93,2)	7,5	(6,0–9,4)	0,8	(0,4–1,6)	8,3	(6,8–10,2)
45–64 Jahre	73,7	(72,0–75,4)	20,5	(19,0–22,1)	5,8	(5,0–6,6)	26,3	(24,6–28,0)
Untere Bildungsgruppe	64,7	(59,8–69,3)	24,2	(20,4–28,6)	11,1	(8,4–14,5)	35,3	(30,7–40,2)
Mittlere Bildungsgruppe	74,5	(72,4–76,4)	20,2	(18,4–22,1)	5,3	(4,5–6,4)	25,5	(23,6–27,6)
Obere Bildungsgruppe	79,4	(76,9–81,7)	18,1	(16,0–20,5)	2,5	(1,7–3,6)	20,6	(18,3–23,1)
≥ 65 Jahre	58,9	(56,7–61,1)	27,6	(25,6–29,6)	13,5	(11,9–15,3)	41,1	(38,9–43,3)
Untere Bildungsgruppe	54,2	(50,6–57,9)	29,1	(25,9–32,5)	16,6	(14,1–19,5)	45,8	(42,1–49,4)
Mittlere Bildungsgruppe	61,6	(58,5–64,6)	26,4	(24,0–28,9)	12,0	(9,9–14,5)	38,4	(35,4–41,5)
Obere Bildungsgruppe	65,7	(60,3–70,7)	26,5	(21,9–31,7)	7,8	(5,4–11,1)	34,3	(29,3–39,7)
Gesamt (Frauen und Männer)	75,5	(74,7–76,3)	17,9	(17,2–18,5)	6,6	(6,2–7,1)	24,5	(23,7–25,3)

KI = Konfidenzintervall

Tabelle 1
12-Monats-Prävalenz gesundheitlicher
Einschränkungen nach Alter und
Bildungsstatus bei Frauen (n=13.014)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Tabelle 2
12-Monats-Prävalenz gesundheitlicher
Einschränkungen nach Alter und
Bildungsstatus bei Männern (n=10.738)
 Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Von einer starken
Einschränkung berichten
6,4 % der Frauen und 6,8 %
der Männer.

Männer	Nicht eingeschränkt		Mäßig eingeschränkt		Stark eingeschränkt		Eingeschränkt (mäßig oder stark)	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	76,2	(75,1–77,2)	17,0	(16,1–17,9)	6,8	(6,2–7,5)	23,8	(22,8–24,9)
18–29 Jahre	90,5	(88,6–92,2)	7,0	(5,6–8,8)	2,5	(1,6–3,7)	9,5	(7,8–11,4)
Untere Bildungsgruppe	87,6	(82,8–91,2)	6,8	(4,3–10,5)	5,6	(3,3–9,5)	12,4	(8,8–17,2)
Mittlere Bildungsgruppe	91,1	(88,6–93,1)	7,6	(5,7–9,9)	1,3	(0,6–2,8)	8,9	(6,9–11,4)
Obere Bildungsgruppe	93,4	(88,5–96,3)	5,2	(3,1–8,7)	1,4	(0,2–9,2)	6,6	(3,7–11,5)
30–44 Jahre	85,9	(83,9–87,8)	11,4	(9,8–13,2)	2,6	(1,8–3,8)	14,1	(12,2–16,1)
Untere Bildungsgruppe	77,2	(68,9–83,8)	14,7	(9,5–22,2)	8,1	(4,4–14,3)	22,8	(16,2–31,1)
Mittlere Bildungsgruppe	84,2	(81,2–86,8)	13,3	(10,9–16,1)	2,5	(1,6–3,9)	15,8	(13,2–18,8)
Obere Bildungsgruppe	92,5	(90,4–94,1)	6,9	(5,3–8,9)	0,6	(0,3–1,5)	7,5	(5,9–9,6)
45–64 Jahre	72,5	(70,6–74,3)	19,6	(18,1–21,3)	7,9	(6,9–9,1)	27,5	(25,7–29,4)
Untere Bildungsgruppe	65,9	(60,7–70,8)	22,0	(18,2–26,3)	12,1	(8,9–16,1)	34,1	(29,2–39,3)
Mittlere Bildungsgruppe	67,9	(65,0–70,6)	22,5	(20,1–25,1)	9,7	(8,2–11,4)	32,1	(29,4–35,0)
Obere Bildungsgruppe	83,2	(81,2–85,1)	13,6	(11,9–15,5)	3,2	(2,3–4,3)	16,8	(14,9–18,8)
≥65 Jahre	60,6	(58,5–62,8)	26,4	(24,5–28,4)	13,0	(11,6–14,6)	39,4	(37,2–41,5)
Untere Bildungsgruppe	57,7	(52,8–62,6)	27,3	(22,9–32,1)	15,0	(12,0–18,6)	42,3	(37,4–47,2)
Mittlere Bildungsgruppe	60,2	(56,9–63,4)	25,7	(23,0–28,6)	14,1	(12,0–16,5)	39,8	(36,6–43,1)
Obere Bildungsgruppe	62,6	(59,2–65,9)	27,3	(24,0–31,0)	10,1	(8,0–12,5)	37,4	(34,1–40,8)
Gesamt (Frauen und Männer)	75,5	(74,7–76,3)	17,9	(17,2–18,5)	6,6	(6,2–7,1)	24,5	(23,7–25,3)

KI = Konfidenzintervall

Einige regionale Unterschiede ergeben sich bei der Betrachtung des Anteils der eingeschränkten Personen ([Abbildung 1](#)). Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt haben Frauen in Baden-Württemberg (21,6 %) eine signifikant niedrigere Prävalenz, Frauen in Brandenburg (32,0 %) dagegen eine signifikant höhere Prävalenz. Entsprechende Unterschiede zum Bundesdurchschnitt zeigen sich bei Männern nicht. Signifikante Unterschiede bei Männern zeigen sich zwischen Baden-Württemberg (21,7 %) und Sachsen-Anhalt (28,6 %). Bei diesen Ergebnissen ist allerdings die unterschiedliche Alterszusam-

ensetzung der Bevölkerung nicht berücksichtigt. Unterschiedliche Altersmuster in den Ländern könnten regionale Unterschiede bei gesundheitlichen Einschränkungen erklären. So zeigen Studien, dass sich die Verschiebung zwischen den Altersgruppen in Ostdeutschland in stärkerem Maße vollzogen hat als in Westdeutschland. Der Anteil der Altersgruppe ab 65 Jahre liegt in Ostdeutschland bei 23 % gegenüber 21 % in Westdeutschland [11].

Die GALI-Frage kann auf unterschiedliche Arten umgesetzt werden. Während in der GEDA 2014/2015-EHIS-

Der Anteil der Befragten mit Einschränkungen steigt im Altersverlauf an und zeigt deutliche Unterschiede nach dem Bildungsstatus.

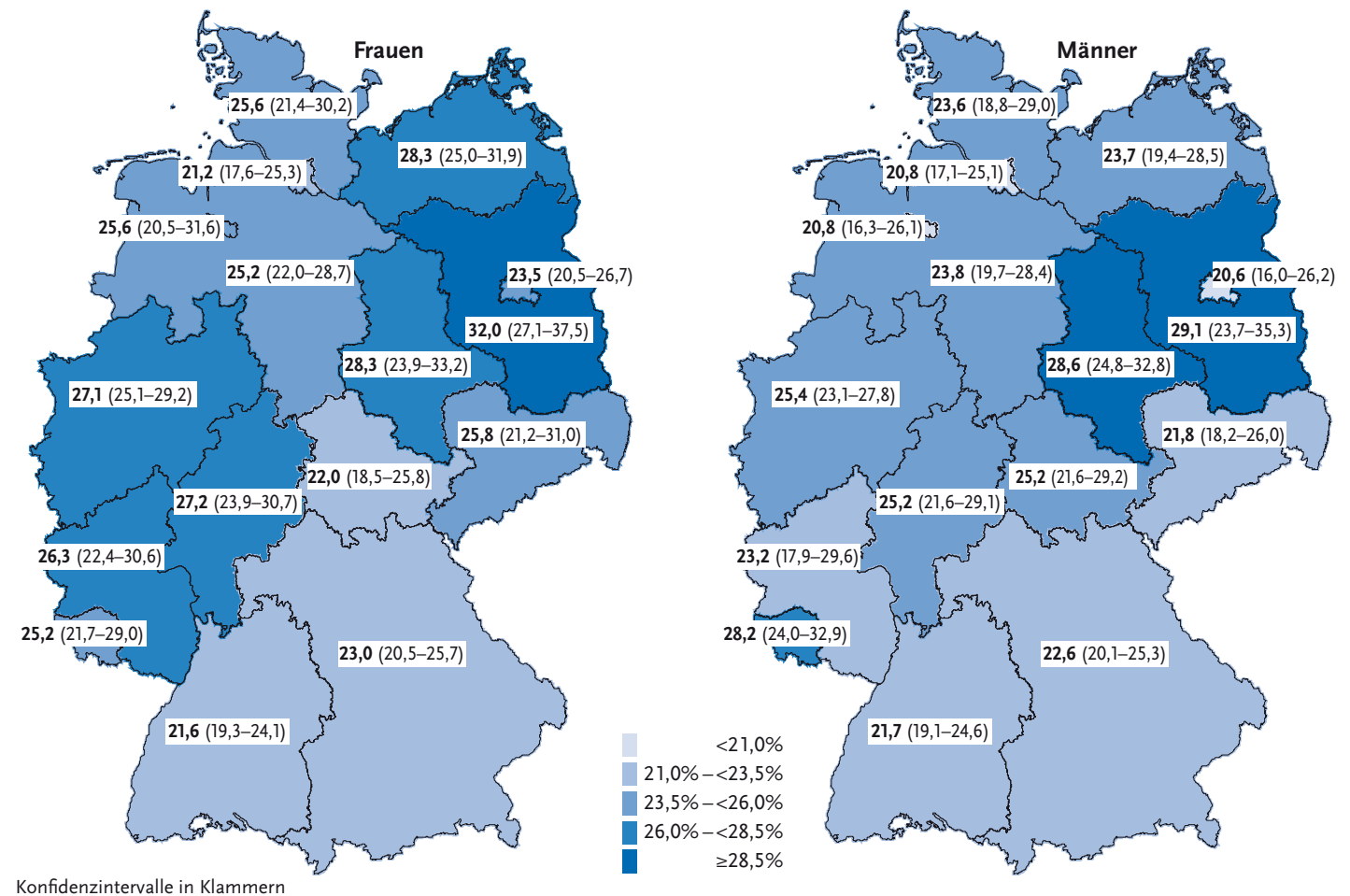


Abbildung 1
12-Monats-Prävalenz gesundheitlicher
Einschränkungen (stark und mäßig einge-
schränkt) nach Geschlecht und Bundesland
(n=13.014 Frauen, n=10.738 Männer)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Es bestehen teilweise signifikante Unterschiede in Aktivitätseinschränkungen zwischen den Bundesländern.

Dies gilt sowohl für die GEDA-Studie als auch für die EU-SILC-Erhebung. Deutlich wird jedoch, dass sich bei beiden Erhebungen ähnliche Veränderungen im Vergleich zu den vorherigen Befragungen zeigen. In GEDA 2014/2015-EHIS beläuft sich der Anteil der Befragten, die nicht eingeschränkt sind, auf 75,5%; in GEDA 2012 machte er 67,1 % aus. Der Anteil der stark bzw. erheblich (GEDA 2012) eingeschränkten Teilnehmenden veränderte sich zwischen GEDA 2012 (11,3 %) und GEDA 2014/2015-EHIS (6,6 %), ebenso wie der Anteil an mäßig eingeschränkten Befragten (GEDA 2012 21,7%; GEDA 2014/2015-EHIS 17,9%). Die für Deutschland veröffentlichten Ergebnisse der EU-SILC-Studie zeigen, dass sich der Anteil der Bevölkerung mit Aktivitätseinschränkungen in 2015 auf 21,2 % belief (Frauen 21,7 %, Männer 20,6 %) [15]. Im Jahr 2014 berichteten dagegen 36,2 % der Befragten von Aktivitätseinschränkungen [16]. Unabhängig voneinander weisen die Daten von EU-SILC 2015 und von GEDA 2014/2015-EHIS somit Veränderungen in ähnlicher Größenordnung zu ihren vorherigen Wellen auf. Diese Ergebnisse zeigen, dass der Indikator unter anderem stark sensibel gegenüber Formulierungsänderungen ist [17]. Dieser Aspekt wird weiter analysiert und diskutiert, um eventuelle Verbesserungspotenziale zu identifizieren.

Der demografische Wandel und die steigende Lebenserwartung erfordern angepasste Präventions- und Versorgungsangebote. Regelmäßig erhobene Daten zu gesundheitsbedingten Aktivitätseinschränkungen und zum Ausmaß und zur Dauer solcher Einschränkungen können einen Beitrag dazu leisten, bedarfsorientierte Prävention und Versorgung zu stärken, gegebenenfalls auch auf regionaler Ebene.

Literatur

1. Jagger C (2000) Compression or expansion of morbidity--what does the future hold? Age and Ageing 29(2):93-94
2. Fries JF (2003) Measuring and monitoring success in compressing morbidity. Ann Intern Med 139(5 Pt 2):455-459
3. Trachte F, Sperlich S, Geyer S (2015) Kompression oder Expansion der Morbidität? Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 48(3):255-262
4. Unger R, Schulze A (2013) Können wir (alle) überhaupt länger arbeiten? Trends in der gesunden Lebenserwartung nach Sozialschicht in Deutschland. Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 38(3):545-564
5. European Commission (2017) Healthy Life Years http://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years/hly_en (Stand: 04.05.2017)
6. European Health Expectancy Monitoring Unit (2010). The Minimum European Health Module. EHEMU Technical report 2010. http://www.eurohex.eu/ehleis/pdf/Reports_2010/2010TR4.6_Health%20Module.pdf (Stand: 02.06.2017)
7. Prütz F, Lange C (2016) Daten zu Behinderung und Teilhabe in Deutschland. Anforderungen, Auswertungsmöglichkeiten und Ergebnisse. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 59(9):1103-1116
8. Fehr A, Lange C, Fuchs J et al. (2017) Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa. Journal of Health Monitoring 2(1):3-23 <http://edoc.rki.de/oa/articles/reulXZevuohOI/PDF/2906upeulXLc.pdf> (Stand: 03.07.2017)
9. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index> (Stand: 13.01.2017)
10. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (in press) Implementation of the European Health Interview Survey (EHIS) in Germany. Further development of the German Health Update (GEDA) Archives of Public Health
11. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2016) Bevölkerungsentwicklung. Daten, Fakten, Trends zum demografischen Wandel. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden
12. Robert Koch-Institut (2011) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Beiträge zur

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reQXTR7OSGFRg/PDF/2odqmVRMM57G6.pdf
(Stand: 03.07.2017)

13. Robert Koch-Institut (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/remDCCtjOJxI/PDF/21TgK-GZEOWNCY.pdf (Stand: 03.07.2017)
14. Robert Koch-Institut (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/recJuHnzacx8A/PDF/28Gs-WuNtFjVqY.pdf (Stand: 03.07.2017)
15. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2014) Leben in Europa. Einkommen und Lebensbedingungen in Deutschland und der Europäischen Union. Fachserie 15 Reihe 3. Destatis, Wiesbaden
16. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2015) Leben in Europa. Einkommen und Lebensbedingungen in Deutschland und der Europäischen Union. Fachserie 15 Reihe 3. Destatis, Wiesbaden
17. Thelen J, Kroll L, Ziese T (2010) Qualitätsaspekte europäischer Gesundheitsindikatoren am Beispiel des Indikators „Gesunde Lebensjahre“. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) (Hrsg) EU-Gesundheitspolitik im nicht-harmonisierten Bereich. Aktuelle Entwicklungen der Offenen Methode der Koordinierung. Nanos Verlag, Bonn, S. 179-199

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen

Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenzadresse

Dr. Elena von der Lippe
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: vonderLippeE@rki.de

Interessenkonflikt

Die korrespondierende Autorin gibt für sich und die Koautorinnen an, dass kein Interessenkonflikt besteht

Förderungshinweis

Die GEDA-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Hinweis

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

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

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

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise

von der Lippe E, Fehr A, Lange C (2017) Gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(3):89–96. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-059

ISSN 2511-2708



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