

# Gesundheit in Deutschland aktuell

## GEDA 2019/2020-EHIS

---

### Robert Koch-Institut | RKI

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
Nordufer 20  
13353 Berlin

### FG 21 | Epidemiologisches Daten- und Befragungszentrum

[Jennifer Allen](#) (Projektleitung)  
[Ronny Kuhnert](#) (Datenmanagement)

---

Robert Koch-Institut (2022): Gesundheit in Deutschland aktuell - GEDA 2019/2020-EHIS, Berlin: Zenodo.  
DOI:[10.5281/zenodo.7214473](https://doi.org/10.5281/zenodo.7214473).

## Einleitung und Ziele

---

Die Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA) ist eine Querschnittbefragung der deutschsprachigen erwachsenen Wohnbevölkerung im Alter ab 15 Jahren, die regelmäßig vom Robert Koch-Institut als Komponente des bundesweiten Gesundheitsmonitorings durchgeführt wird. Für die Welle GEDA 2019/2020-EHIS hat das Robert Koch-Institut in seiner Funktion als nationale datenliefernde Stelle die europäische Gesundheitsbefragung – European Health Interview Survey (EHIS) – durchgeführt. Die entsprechenden Daten werden an Eurostat gemeldet und weitergegeben. Die Durchführung der EHIS-Befragung ist über eine Europäische Rechtsverordnung geregelt (EU Kommission, 2013). Die EHIS-Befragung hat das Ziel, vergleichbare Gesundheitsdaten der EU-Mitgliedsstaaten zu liefern und damit Trendbetrachtungen in der Entwicklung von Gesundheitsindikatoren im europäischen Raum (EU-28) zu ermöglichen. Das EHIS-Befragungsinstrument ist in die GEDA-Welle 2019/2020 integriert worden.

Da die Durchführung der Europäischen Gesundheitsbefragung Aufgabe der einzelnen Mitgliedsstaaten ist und es daher diesen obliegt, Details der Stichprobenplanung, der Übersetzung und Operationalisierung der Fragen sowie der Erhebungsmethodik selbst zu gestalten, hat Eurostat in einem methodischen Manual die grundlegenden Anforderungen definiert (Eurostat, 2013).

Ziel der GEDA-Studie ist es, aktuelle Informationen zum Gesundheitszustand, zu Einflussfaktoren der gesundheitlichen Lage und zur Nutzung des Gesundheitssystems bereitzustellen. Als insgesamt fünfte Welle der GEDA-Studie wurde GEDA 2019/2020-EHIS zwischen April 2019 und September 2020 durchgeführt. Die Zielpopulation der Studie bildet für EHIS die deutschsprachige Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland ab 15 Jahren ab, die in Privathaushalten lebt. Im Datensatz ist im Gegensatz zu den früheren GEDA-Studien die Bevölkerung ab 15 (statt 18) Jahren enthalten. GEDA 2019/2020-EHIS wurde als Telefoninterview durchgeführt. Die Datenerhebung erfolgte als standardisiertes computergestütztes telefonisches Interview per Festnetznummer oder per Mobilfunknummer.

Der vorliegende Datensatz stellt aggregierte Daten und Ergebnisse der Studie als Open Data bereit. Zur wissenschaftlichen Nachnutzung, können Scientific Usefiles der Studie auf [Antrag beim epidemiologischen](#)

Daten- und Befragungszentrum des Robert Koch-Instituts erhalten werden.

## Projektbeteiligte und Rollenbesetzung

Die Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA) wurde vom [Fachgebiet 21 | Epidemiologisches Daten- und Befragungszentrum](#) des RKIs durchgeführt. Darüber hinaus wirken weitere Fachgebiete der [Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring \(Abteilung 2\)](#) in der Erhebung und Auswertung der Daten mit. Inhaltliche Fragen bezüglich der Datenerhebung, der Datenauswertung oder Datenkuration können direkt an das Epidemiologische Daten- und Befragungszentrum unter [edz@rki.de](mailto:edz@rki.de) gestellt werden. Die Veröffentlichung der Daten sowie das Qualitätsmanagement der (Meta-)Daten erfolgen durch das Fachgebiet [MF 4 | Forschungsdatenmanagement](#). Fragen zum Datenmanagement und zur Publikationsinfrastruktur können an das Open Data Team des Fachgebiets MF4 unter [OpenData@rki.de](mailto:OpenData@rki.de) gerichtet werden.

## Studiendesign und Stichprobe

---

### Studiendesign

Den Vorgaben für den EHIS folgend, umfasst die Grundgesamtheit die in Privathaushalten lebende Bevölkerung ab 15 Jahren, deren üblicher Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Deutschland liegt. Hierbei sind sowohl Einpersonen- als auch Mehrpersonenhaushalte inbegriffen, die eigenständig wirtschaften und sich selbständig mit für den Lebensunterhalt notwendigen Dingen versorgen. Diese Definition umfasst keine kollektiven Haushalte wie Krankenhäuser, Pflege- oder Wohnheime, Gefängnisse, Kasernen, religiöse Einrichtungen, Pensionen oder Wohnheime. "Üblicher Aufenthaltsort" beschreibt den Ort, an dem eine Person normalerweise lebt oder ihren Lebensmittelpunkt sieht – ungeachtet vorübergehender Abwesenheit zu Zwecken der Erholung, der beruflichen Tätigkeit, der medizinischen Behandlung oder ähnlichem.

### Stichprobe

Für die Stichprobenziehung wurde das Telefonstichprobensystem des Arbeitskreises Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V. (ADM) genutzt (von der Heyde, 2013). Dieses beruht auf dem sogenannten Dual-Frame-Verfahren, bei dem zwei Auswahlgesamtheiten genutzt werden: eine Mobilfunk- und eine Festnetzgesamtheit. Diese Stichprobenziehung erlaubt eine (nahezu) vollständige Abdeckung der Grundgesamtheit (Gabler & Sand, 2019). Für die zufällige Auswahl der zu interviewenden Person wird ein von Leslie Kish entwickeltes Verfahren zur Zufallsauswahl von Befragungspersonen in Haushalten mit mehreren Personen verwendet, der Kish-Selection-Grid ("Schwedenschlüssel") (Kish, 1949). Hierbei erhalten alle potenziellen Interviewpartner:innen die gleiche Auswahlwahrscheinlichkeit und eine Person wird zufällig vom Computer ausgewählt. Diese wird anhand des erfassten Alters und Geschlechts identifiziert. Alle Teilnehmer:innen der Studie wurden zu Beginn des Telefoninterviews über die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Ziele der Befragung sowie über den Datenschutz informiert und um ihre mündliche Zustimmung zur Durchführung der Befragung gebeten. War die zu befragende Person nicht in der Lage, das telefonische Interview selbst durchzuführen, zum Beispiel aufgrund einer kognitiven oder sensorischen Beeinträchtigung oder aufgrund einer längerfristigen Abwesenheit während der Dauer der Erhebung, wurde davon abgesehen, ein Proxy-Interview (d. h. eine andere Person antwortet im Namen der ausgewählten Person) durchzuführen. Die Themen, die im Rahmen der GEDA-Studie erhoben wurden, sind zum Teil sensibel und teilweise auch sehr subjektiv, sodass davon auszugehen ist, dass nicht alle Angaben von

einem Proxy-Befragten korrekt eingeholt werden können.

Die Datenerhebung erfolgte durch Interviewende eines externen Markt- und Sozialforschungsinstituts (USUMA GmbH). Mitarbeitende des RKI begleiteten den gesamten Erhebungsprozess durch kontinuierliche Supervision und in Form eines umfassenden Feldmonitorings.

## Falldefinition

Von USUMA wurden nur vollständige Interviews geliefert, daher waren die Einschlusskriterien für den Auswertungsdatensatz Angaben bei den Variablen Alter, Geschlecht (age, sex) und Angaben zur Region für die Gewichtung.

## Teilnehmer:innenzahlen, Altersbereich und Feldphase

23.001 Teilnehmer:innen im Alter von 15 bis 99 Jahre sind im Datensatz enthalten, davon sind 10.838 männlich und 12.101 weiblich (Variable Gender). Die Feldlaufzeit war vom 04.04.2019 bis zum 05.09.2020. Die ersten 200 Interviews waren als Pretest konzipiert. Für die vorliegenden Analysen wurden die Studienteilnehmer:innen auf 22.708 Personen ab 18 Jahren eingegrenzt

Altersgruppe	Anzahl	Männer	Frauen	Missing
15 - 24 Jahre	1.467	805	656	6
25 - 34 Jahre	2.047	1.129	908	10
35 - 44 Jahre	2.649	1.269	1.373	7
45 - 54 Jahre	3.853	1.764	2.078	11
55 - 64 Jahre	5.128	2.365	2.756	7
65 - 74 Jahre	4.308	1.984	2.316	8
75 - 84 Jahre	2.966	1.277	1.680	9
85+ Jahre	583	245	334	4
<b>Gesamt</b>	<b>23.001</b>	<b>10.838</b>	<b>12.101</b>	<b>62</b>

Tabelle: Teilnehmer:innenzahlen nach Alter und Geschlechtsidentität (Variable gender)

## Datenprüfungen und Korrekturen

Die GEDA19-Daten wurden einer umfangreichen Konsistenzprüfung unterzogen. Die Datenprüfung umfasste neben formalen ebenso inhaltliche Aspekte. Hauptkriterium für die Datenprüfung waren die Unterlagen von Eurostat (Methodenmanual und Validation-Rules), wenn die Fragen direkt von EHIS vorgegeben waren. Bei den anderen inhaltlichen Fragen wurde der oder die für den jeweiligen Fragebogenteil Verantwortliche an der Entscheidung, wie mit Implausibilitäten umzugehen ist oder wie codiert werden soll, beteiligt. Konnten widersprüchliche Angaben durch das Fehlen ergänzender Informationen nicht korrigiert werden, wurden diese Angaben in der Dateninfo dokumentiert. Zur Gewährleistung eines einheitlichen Vorgehens bei Datenänderungen wurden allgemeine Regeln zur Datenprüfung und -korrektur abgesprochen. Zudem wurden alle Editieranweisungen in einer Datenbank dokumentiert. Datenänderungen geschahen über eine Reihe von Korrektursyntaxen, so dass alle Änderungen nachvollziehbar und dokumentiert sind. Das

Ergebnis der Datenqualitätssicherung ist ein geprüfter, aber nicht vollständig widerspruchsfreier Datensatz. Vollständige Widerspruchsfreiheit ließe sich nur durch ein übermäßiges Glätten des Datensatzes mit der Gefahr der Verfälschung erreichen. Mit Ausnahme von Angaben zum Alter und Geschlecht wurden nur punktuell Abgleiche zwischen verschiedenen Fragebögen durchgeführt. Alle Vorgaben von Eurostat zur Qualitätssicherung wurden eingehalten. Bei stetigen Variablen ist von Nutzer:innen der GEDA19-Daten zu beachten, dass nicht alle Extremwerte („Ausreißer“) aus den Daten eliminiert wurden. Aufgabe der Datenqualitätssicherung ist es, Werte zu eliminieren, die mit hoher Wahrscheinlichkeit falsch sind. Die Frage, ob ein einzelner extremer, aber plausibler Wert etwa eine Regressionsanalyse über Gebühr beeinflusst, ist bei der Auswertung zu überprüfen. Dabei ist auch darauf zu achten, ob eventuell Werte außerhalb des Messbereichs vorliegen.

## Aufbau und Inhalt des Datensatzes

---

Der Datensatz enthält aggregierte Daten der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell". Im Datensatz enthalten sind:

- Aggregierte Daten der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell
- Kontextmaterialien zur Studie
- Lizenz-Dateien mit der Nutzungslizenz des Datensatzes in deutsch und englisch
- Datensatzdokumentation in deutscher Sprache
- Metadaten Datei zum Import in Zenodo

## Formatierung der Daten

Die Daten der Studie sind im Datensatz als kommaseparierte .csv Datei enthalten. Der verwendete Zeichensatz der .csv Datei ist UTF-8. Trennzeichen der einzelnen Werte ist ein Komma ",".

- Zeichensatz: UTF-8
- .csv Trennzeichen: Komma ","

## Metadaten

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

[Metadaten/](#)

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

Über die Metadaten der [nfdi4health.json](#) erfolgt die Integration in den NFDI4Health StudyHub.

[Metadaten/zenodo.json](#)

[Metadaten/nfdi4health.json](#)

## GEDA Daten

---

Die aktuellen Daten der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" sind im Hauptverzeichnis unter "Gesundheit\_in\_Deutschland\_aktuell\_-\_2019-2020-EHIS.csv" abrufbar.

[Gesundheit\\_in\\_Deutschland\\_aktuell\\_-\\_2019-2020-EHIS.csv](#)

## Variablen

Die bereitgestellten GEDA-Daten differenzieren grundlegend nach drei übergeordneten Merkmalen:

- Gesundheitsindikatoren (Indikator, Frequency, Frequency\_ges, Percent, UpperCL, LowerCL, Standard)
- Räumliche Zuordnung (Bundesland, BundeslandID)
- Demografische Zuordnung (Altersgruppe, Bildungsgruppe, Gender)

Eine zentrale Bedeutung kommt der Variable "Indikator" zu. Insgesamt werden Daten zu 42 verschiedenen Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung ausgewiesen. Diese ergeben den Überblick über den allgemeinen Gesundheitszustand in Deutschland. Eine detailliertere Beschreibung der einzelnen Indikatoren ist im Abschnitt [Indikatorenbeschreibung](#) zu finden.

Darüber hinaus wird die Indikatorenbeschreibung, so wie eine erste Interpretation der Daten in einer separaten Metadaten-Datei "2019\_Gesundheit\_in\_Deutschlandaktuell\_Variablen.csv", bereitgestellt.

[Kontextmaterialien/2021-10-15\\_Gesundheit\\_in\\_Deutschland\\_aktuell\\_Indikatorenbeschreibung.csv](#)

## Variablenausprägungen

Die GEDA Daten enthalten die in der folgenden Tabelle abgebildeten Variablen und deren Ausprägungen:

Variable	Typ	Ausprägung	Beschreibung
Altersgruppe	Text	18 - 29 Jahre 30 - 44 Jahre 45 - 64 Jahre 65+ 50 - 54 Jahre 55 - 59 Jahre 60 - 64 Jahre 65 - 79 Jahre 80+ Gesamt	Altersgruppe der Studienteilnehmer:innen
Gender	Text	Frauen Männer Gesamt	Geschlechtsidentität der Studienteilnehmer:innen
Bildungsgruppe	Text	Untere Mittlere Obere Gesamt	Bildungsabschluss kodiert nach ISCED11 (Internationale Standardklassifikation des Bildungswesens) der Studienteilnehmer:innen

Variable	Typ	Ausprägung	Beschreibung
Frequency	Natürliche Zahl	>0	Fälle innerhalb der Stichprobe, ungewichtet
Frequency_ges	Natürliche Zahl	>0	Gesamtumfang der Stichprobe, ungewichtet
Percent	Rationale Zahl	[ 0.000 ; 100.000 ]	Mittelwert des Anteils der Fälle innerhalb der Stichprobe
LowerCL	Rationale Zahl	[ 0.000 ; 100.000 ]	Untere Grenze des Konfidenzintervalls des Anteils der Fälle innerhalb der Stichprobe
UpperCL	Rationale Zahl	[ 0.000 ; 100.000 ]	Obere Grenze des Konfidenzintervalls des Anteils der Fälle innerhalb der Stichprobe
Bundesland	Text	Deutschland Baden-Württemberg Bayern Berlin Brandenburg Bremen Hamburg Hessen Mecklenburg-Vorpommern Niedersachsen Nordrhein-Westfalen Rheinland-Pfalz Saarland Sachsen Sachsen-Anhalt Schleswig-Holstein Thüringen	Wohnort der Studienteilnehmer:innen, aufgeschlüsselt nach Bundesländern zuzüglich der Ausweisung für das gesamte Bundesgebiet

Variable	Typ	Ausprägung	Beschreibung
Standard	Boolean	0 : nein 1 : ja	Eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht wurde innerhalb der Bundesländer und innerhalb der Bildungsgruppen durchgeführt. Dazu wurde die europäische Standardbevölkerung 2013 verwendet. Damit sind die Bundesländer und die Prävalenzen in den drei Bildungsgruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbar.
Indikator	Text	AMarztB , Akrausch , Akrisiko_k BBdors112 , BBdors212 , ENcolaBtgl ENgemDtgl , ENobgemtgl , ENobstDtgl EnsafftBtgl , GVzahnsa_k , GZmehm1_k GZmehm2D_k3 , GZmehm3C , IAarzt14B_k IAarzt1B_k , IAarzt8C , IAcholus_k IAdiabus_k , IAfa_k , IAhypus_k IAkfutyp2B_lz_k , IAkfutyp4B_lz_k2 IAther2B , Iakhs , KAgfa , IAnotkhs KAgfkaB , KAgfmk , KHBSa12 KHab12 , KHalgi112 , KHcb12B KHdge12 , KHdiabB12 , KHmyokhk12 PAadiposB , PAnormalB , PAueberB PAunterB , PKPHQ8_k6 , RCpass4B_k2 RCstatE_k3	Gesundheitsindikatoren der Studie. Eine detaillierte Beschreibung der Indikatoren befindet sich im Abschnitt <a href="#">Indikatorenbeschreibung</a>
BundeslandId	Text	00 : Deutschland 01 bis 16 : Bundesland ID	Identifikationsnummer des Wohnorts der Studienteilnehmer:innen, basierend auf dem Amtlichen Gemeindegemeinschaftsschlüssel (AGS). Zusätzlich der Ausweisung für das gesamte Bundesgebiet ( 00 )

## Indikatorenbeschreibung

AMarztB - Medikamenteneinnahme

Selbstangabe der Befragten: „Haben Sie in den letzten zwei Wochen Medikamente eingenommen, die Ihnen von einer Ärztin oder einem Arzt verschrieben wurden? Nicht gemeint sind die Pille oder andere Hormonpräparate zur Empfängnisverhütung“.

Antwortmöglichkeiten: „ja“, „nein“, „weiß nicht“ und „keine Angabe“

### **Ergebnisse - Medikamenteneinnahme**

Die Arzneimittelversorgung ist ein wesentlicher Bestandteil der Therapie von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Störungen und Erkrankungen. Die Anwendungsprävalenz ärztlich verordneter Medikamente im Jahr 2019 ist im Vergleich zu 2014/2015 ähnlich geblieben (55,5 % vs. 55,1 %).

Signifikante geschlechtsbezogene Unterschiede in der Anwendung ärztlich verschriebener Medikamente waren sowohl in GEDA 2014/2015-EHIS als auch in GEDA 2019/2020-EHIS zu verzeichnen, vor allem in den jüngeren Altersgruppen (unter 65 Jahren), mit höheren Anwendungsprävalenzen bei Frauen als bei Männern. Ab 65 Jahren glichen sich die Prävalenzraten bei Frauen und Männern an.

[Prütz F, Rommel A, Thom J, Du Y, Sarganas G et al. \(2021\) Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 6\(3\): 49–71. DOI 10.25646/8554](#)

[Knopf H, Prütz F, Du Y \(2017\) Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2\(4\):109-116.](#)

### **Akrausch - Alkohol: Rauschtrinken**

Selbstangabe der Befragten: „Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einem Anlass getrunken? Zum Beispiel während einer Party, eines Essens, beim Ausgehen mit Freunden oder alleine zu Hause.“ Dieses Verhalten wird als „Rauschtrinken“ bezeichnet.

Antwortmöglichkeiten: „Täglich oder fast täglich“, „An 5 - 6 Tagen pro Woche“, „An 3 - 4 Tagen pro Woche“, „An 1 - 2 Tagen pro Woche“, „An 2 - 3 Tagen im Monat“, „Einmal im Monat“, „Weniger als einmal im Monat“, „Nicht in den letzten 12 Monaten“, „Nie in meinem Leben“, „Weiß nicht“. Dargestellt ist der Anteil von Personen, die mindestens einmal im Monat Rauschtrinken.

### **Ergebnisse - Alkohol: Rauschtrinken**

Bei Männern war der Anteil von Personen mit regelmäßigen Rauschtrinken mit 39 % deutlich höher als bei Frauen mit 22 %. In jüngeren Altersgruppen war dieses Verhalten sowohl bei Frauen als auch bei Männern häufiger anzutreffen als in älteren.

So praktizierte jeder zweite Mann im Alter von 18 bis 29 Jahren regelmäßiges Rauschtrinken. Im Alter ab 65 Jahren war es immer noch fast ein Drittel der Männer.

Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bildungsgruppen, zeigten sich bei Frauen keine Bildungsunterschiede beim Rauschtrinken. Bei Männern war der Anteil Rauschtrinker in der mittleren und oberen Bildungsgruppe deutlich höher als in der unteren.

Ein Trendvergleich zwischen den GEDA-Wellen ist aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden bzw. unterschiedlicher Fragestellungen derzeit nicht möglich.

[Lange C, Manz K, Kuntz B \(2017\) Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Rauschtrinken. Journal of Health Monitoring 2\(2\):74–81. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-03](#)

[Robert Koch-Institut \(Hrsg\) \(2014\) Rauschtrinken. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. RKI, Berlin \[www.rki.de/geda\]\(http://www.rki.de/geda\) \(Stand: 25.10.2014\)](#)

### **Akrisiko\_k - Alkohol: Riskanter Konsum**

Selbstangabe der Befragten: „Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Alkoholkonsum. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken, wie Bier, Wein, Sekt, Spirituosen, Schnaps, Cocktails, alkoholische Mischgetränke, Liköre, hausgemachten oder selbstgebrannten Alkohol?“ Antwortkategorien: „Täglich oder fast täglich“, „An 5 bis 6 Tagen pro Woche“, „An 3 bis 4 Tagen pro Woche“, „An 1 bis 2 Tagen pro Woche“, „An 1 bis 3 Tagen pro Monat“, „Einmal pro Monat“, „Weniger als einmal pro Monat“, „Nicht in den letzten 12 Monaten, da ich keinen Alkohol mehr trinke“, „Nie, oder lediglich einige wenige Schlucke in meinem Leben“

Bei mindestens wöchentlichem Konsum wurde die Trinkmenge auf der Basis von Standardgetränken, differenziert nach Wochentagen (Montag bis Donnerstag) und Wochenenden (Freitag bis Sonntag), erfragt. Daraus wurde der mittlere Konsum in g Reinalkohol pro Tag geschätzt. Ein Konsum von > 10 g reinem Alkohol pro Tag bei Frauen und > 20 g pro Tag bei Männern wird als riskant definiert. Dargestellt ist der Anteil Personen mit riskantem Alkoholkonsum.

### **Ergebnisse - Alkohol: Riskanter Konsum**

16 % der Männer wiesen einen riskanten Alkoholkonsum auf. Bei Frauen traf das auf 11 % zu.

Im Vergleich der Altersgruppen fällt auf: Bei Männern im Alter von 45 bis 64 Jahren und ab 65 Jahren war der Anteil mit riskantem Alkoholkonsum am größten (17 % bzw. 18 %). Bei Frauen im Alter von 30 bis 44 Jahren war der Anteil mit riskantem Alkoholkonsum am geringsten (9 %).

Bei Frauen war mit höherer Bildungsgruppe ein höherer Anteil mit riskantem Alkoholkonsum zu verzeichnen. Bei Männern waren diese Bildungsunterschiede weniger stark ausgeprägt, aber auch zu beobachten. Häufig ist ein günstigeres Gesundheitsverhalten bei Menschen mit höherer Bildung gegenüber denjenigen mit niedrigerer Bildung beschrieben. Der riskante Alkoholkonsum stellt hier eine Ausnahme dar.

Ein Trendvergleich zwischen den GEDA-Wellen ist aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden bzw. unterschiedlicher Fragestellungen derzeit nicht möglich.

[Lange C, Manz K, Kuntz B \(2017\) Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen. Journal of Health Monitoring 2\(2\): 66–73. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-03](#)

[Finger JD, Hoebel J, Kuntz B et al. \(2019\) Bildungsunterschiede in der Prävalenz verhaltensbezogener Risikofaktoren in Deutschland und der EU – Ergebnisse des European Health Interview Survey \(EHIS\) 2. Journal of Health Monitoring 4\(4\):31–51.](#)

[Robert Koch-Institut \(Hrsg\) \(2014\) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin](#)

### **ENco1aBtg1 - Ernährung: Täglich zuckerhaltige Erfrischungsgetränke**

Selbstangabe der Befragten: „Wie oft trinken Sie zuckerhaltige Getränke wie gesüßte Fruchtsaftgetränke, Limonade, Cola oder andere zuckerhaltige Erfrischungsgetränke? Bitte zählen Sie Light- und Diätgetränke oder Getränke mit Süßstoff nicht mit.“

Antwortmöglichkeiten: „Täglich oder mehrmals täglich“, „Vier bis Sechs Mal pro Woche“, „Ein bis Drei Mal pro Woche“, „Weniger als einmal pro Woche“, „Nie“

Der Anteil derjenigen, die einen täglichen oder mehrmals täglichen Verzehr angaben, wurde analysiert.

### **Ergebnisse - Ernährung: Täglich zuckerhaltige Erfrischungsgetränke**

Etwa 12 % der Erwachsenen tranken täglich zuckerhaltige Erfrischungsgetränke. Dieser Anteil war bei Männern mit 17 % deutlich größer als mit 8 % bei Frauen.

Etwa jeder Fünfte Mann im Alter bis 64 Jahren trank täglich Erfrischungsgetränke. Erst in der Altersgruppe ab 65 Jahren war dieser Anteil mit 9 % deutlich geringer. Bei Frauen nahm mit steigender Altersgruppe der Anteil mit täglichem Konsum dieser Getränke ab, insbesondere unter 45- bis 64-Jährigen war er geringer als bei 18- bis 29-Jährigen.

Der Konsum unterschied sich stark zwischen den Bildungsgruppen mit einem höheren Anteil in der unteren Bildungsgruppe (Männer 22 %, Frauen 13 %) gegenüber der oberen Bildungsgruppe (Männer 11 %, Frauen 4 %).

In früheren GEDA-Erhebungen wurde dieser Indikator nicht erfasst.

[Rabenberg M, Mensink GBM \(2013\) Limo, Saft & Co – Konsum zuckerhaltiger Getränke in Deutschland. GBE kompakt 1/2013. 4. Robert Koch-Institut, Berlin.](#)

### **ENgemDtgl1 - Ernährung: Täglich Gemüse**

Selbstangabe der Befragten: „Wie oft essen Sie Gemüse oder Salat? Mit einzubeziehen ist getrocknetes, Tiefkühl- und Dosengemüse. Zählen Sie Kartoffeln und Gemüsesäfte bitte nicht mit“. Antwortmöglichkeiten: „Täglich oder mehrmals täglich“, „4 bis 6 Mal pro Woche“, „1 bis 3 Mal pro Woche“, „Weniger als einmal pro Woche“, „Nie“

Der Anteil derjenigen, die einen täglichen oder mehrmals täglichen Verzehr angaben, wurde analysiert.

### **Ergebnisse - Ernährung: Täglich Gemüse**

Fast die Hälfte der Frauen und zwei Drittel der Männer konsumierten nicht täglich Gemüse, obwohl drei Portionen pro Tag empfohlen werden.

Personen in der oberen Bildungsgruppe verzehrten häufiger täglich Gemüse (Frauen 67 %, Männer 42 %) als Personen in der mittleren (Frauen 54 %, Männer 32 %) und unteren Bildungsgruppe (Frauen 51 %, Männer 35 %). Auch in früheren Erhebungen war ein solcher bildungsspezifischer Unterschied zu beobachten.

Im Vergleich zu GEDA 2012, erreichten inzwischen mehr Frauen einen täglichen Gemüseverzehr (damals 52 %), insbesondere in der Altersgruppe 30 bis 44 Jahre und ab 65 Jahren. Bei den Männern ist der Anteil, der täglich Gemüse verzehrte, unverändert.

[Richter A, Schienkiewitz A, Starker A, Krug S, Domanska O et al. \(2021\) Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS.](#)

[Journal of Health Monitoring 6\(3\): 28–48. DOI 10.25646/8460](#)

[Gert B.M. Mensink, Anja Schienkiewitz, Cornelia Lange \(2017\) Gemüsekonsum bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2\(2\). DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-029](#)

### **ENobgemtg1 - Ernährung: Täglich Obst und Gemüse**

Selbstangabe der Befragten: „Wie oft essen Sie Obst? Mit einzubeziehen ist ebenfalls getrocknetes, Tiefkühl- und Dosenobst. Nicht gemeint sind hier Obstsäfte“ und „Wie oft essen Sie Gemüse oder Salat? Mit einzubeziehen ist getrocknetes, Tiefkühl- und Dosengemüse. Zählen Sie Kartoffeln und Gemüsesäfte bitte nicht mit“.

Diejenigen, die bei beiden Fragen einen (mehrmals) täglichen Verzehr angaben, wurden als Gruppe definiert und analysiert. Wenn eine der beiden Angaben fehlte, wurde die Indikatorvariable als fehlend kodiert.

### **Ergebnisse - Ernährung: Täglich Obst und Gemüse**

Der Verzehr von ausreichend Obst und Gemüse ist ein entscheidendes Element einer ausgewogenen und gesunden Ernährung.

Einen täglichen Verzehr von Obst und Gemüse gaben mit 45 % nahezu doppelt so viele Frauen wie Männer (24 %) an.

Im Alter von 18 bis 64 Jahren war der Anteil derjenigen, die diese Empfehlung erreichte, relativ gleichbleibend. Ab 65 Jahren gelang es dann etwas mehr Frauen und Männern täglich Obst und Gemüse zu essen.

Personen der oberen Bildungsgruppe konsumierten häufiger täglich Obst und Gemüse als Personen in der mittleren oder unteren Bildungsgruppe.

Im Vergleich zu GEDA 12 verzehrten inzwischen etwas mehr Erwachsene täglich Obst und Gemüse (damals 42 % der Frauen und 21 % der Männer). Insbesondere Männer in der Altersgruppe 18 bis 44 Jahre erreichten dies inzwischen häufiger.

[Richter A, Schienkiewitz A, Starker A, Krug S, Domanska O et al. \(2021\) Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 6\(3\):28–48. DOI 10.25646/846](#)

[Robert Koch-Institut \(2014\) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin](#)

### **ENobstDtg1 - Ernährung: Täglich Obst**

Selbstangabe der Befragten: „Wie oft essen Sie Obst? Mit einzubeziehen ist ebenfalls getrocknetes, Tiefkühl- und Dosenobst. Nicht gemeint sind hier Obstsäfte“.

Antwortmöglichkeiten: „Täglich oder mehrmals täglich“, „4 bis 6 Mal pro Woche“, „1 bis 3 Mal pro Woche“, „Weniger als einmal pro Woche“, „Nie“

Der Anteil derjenigen, die einen täglichen oder mehrmals täglichen Verzehr angaben, wurde analysiert.

### **Ergebnisse - Ernährung: Täglich Obst**

Ein Drittel der Frauen und über die Hälfte der Männer konsumierten nicht täglich Obst, obwohl zwei Portionen pro Tag empfohlen werden.

Der Anteil, der täglich Obst verzehrte, stieg mit zunehmendem Alter an: Unter jungen Erwachsenen (18 bis 29 Jahre) verzehrten 56 % der Frauen und 38 % der Männer täglich Obst. Im Alter ab 65 Jahren verzehrten 75 % der Frauen und 60 % der Männer täglich Obst. Auch in früheren Erhebungen war ein solcher Anstieg zu beobachten.

Seit GEDA 2012 sank der Anteil in der Bevölkerung, der täglich Obst isst, geringfügig. Bei Frauen betrug dieser damals 70 % und bei Männern 48 %. Der Rückgang ist bei beiden Geschlechtern vor allem in der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre und ab 65 Jahren zu beobachten.

[Richter A, Schienkiewitz A, Starker A, Krug S, Domanska O et al. \(2021\) Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 6\(3\): 28–48. DOI 10.25646/8460](#)

[Gert B.M. Mensink, Anja Schienkiewitz, Cornelia Lange \(2017\) Obstkonsum bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2\(2\). DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-028](#)

[Robert Koch-Institut \(2014\) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin](#)

#### **EnsaftBtg1 - Ernährung: Täglich Obst- oder Gemüsesaft**

Selbstangabe der Befragten: „Wie oft trinken Sie Obst- oder Gemüsesaft mit 100% Fruchtgehalt? Bitte zählen Sie Getränke aus Sirup oder gesüßte Fruchtsaftgetränke nicht mit.“

Antwortmöglichkeiten: „Täglich oder mehrmals täglich“, „4 bis 6 Mal pro Woche“, „1 bis 3 Mal pro Woche“, „Weniger als einmal pro Woche“, „Nie“

Der Anteil derjenigen, die einen täglichen oder mehrmals täglichen Konsum angaben, wurde analysiert.

#### **Ergebnisse - Ernährung: Täglich Obst- oder Gemüsesaft**

Einen täglichen Konsum von Obst- oder Gemüsesaft gaben 12 % der Männer und 11 % der Frauen an.

Unter den 18- bis 29-Jährigen tranken 8 % der Frauen und 9 % der Männer täglich Saft. Dieser Anteil nahm mit dem Alter zu. Ab 65 Jahren waren es 15 % der Frauen und 16 % der Männer.

Bezüglich Bildungsunterschieden, war nur bei Männern in der mittleren Gruppe ein etwas kleinerer Anteil mit dieser Verzehrgewohnheit zu beobachten.

Der tägliche Konsum hat sich seit GEDA 2012 bei beiden Geschlechtern geringfügig verringert (2012: 14 % bei Frauen und 13 % bei Männern), insbesondere unter den 30- bis 64-jährigen Frauen (2012: jeweils 14 %).

Obst und Gemüsesäfte enthalten wichtige Vitamine und Mineralstoffe, jedoch häufig auch viel Zucker, ohne die sättigende Wirkung von frischem Obst und Gemüse zu haben. Bei der „fünf am Tag“- Empfehlung wird deshalb der Konsum von frischem Obst und Gemüse als günstiger erachtet.

[Rabenberg M, Mensink GBM \(2013\) Limo, Saft & Co – Konsum zuckerhaltiger Getränke in Deutschland. GBE kompakt 1/2013. 4. Robert Koch-Institut, Berlin.](#)

## **GVzahnsa\_k - Mundgesundheit**

Selbstangaben der Befragten: „Wie würden Sie den Zustand Ihrer Zähne und Ihres Zahnfleischs beschreiben?“

Antwortmöglichkeiten: „Sehr gut“, „Gut“, „Mittelmäßig“, „Schlecht“, „Sehr schlecht“.

Für die Analysen wurde eine Dichotomisierung der Antwortkategorien in „sehr gut/gut“ vs. „mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht“ vorgenommen.

### **Ergebnisse - Mundgesundheit**

Mundgesundheit ist ein zentraler Bestandteil der allgemeinen Gesundheit und von großer Bedeutung für Wohlbefinden und Lebensqualität.

Fast drei Viertel der Erwachsenen (71,3 %) schätzten ihre Mundgesundheit als sehr gut oder gut ein, etwas mehr als ein Viertel (28,7 %) als mittelmäßig bis sehr schlecht.

Männer (32,7 %) berichteten häufiger eine mittelmäßige bis sehr schlechte Mundgesundheit als Frauen (24,9 %).

Mit zunehmendem Alter stieg der Anteil derjenigen, die eine mittelmäßige bis sehr schlechte Mundgesundheit berichteten, deutlich an und stagnierte ab dem Alter von 45 Jahren auf hohem Niveau.

Zudem zeigte sich ein ausgeprägter Bildungsgradient: Personen der unteren Bildungsgruppe (38,4 %) schätzten ihre Mundgesundheit häufiger als mittelmäßig bis sehr schlecht ein als Personen der mittleren und der oberen Bildungsgruppe (29,1 % bzw. 20,4 %).

Es zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede nach Bundesländern.

Krause L, Seeling S, Starker A (2021) Selbstwahrgenommene Mundgesundheit und assoziierte Faktoren bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse aus GEDA 2019/2020-EHIS. Bundesgesundheitsbl 64: 967–976. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03376-z>

## **GZmehm1\_k - Subjektive Gesundheit**

Selbstangaben der Befragten: „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“

Antwortmöglichkeiten: „Sehr gut“, „Gut“, „Mittelmäßig“, „Schlecht“, „Sehr schlecht“.

Die Angabe von „sehr gut“ oder „gut“ wird als positive Einschätzung der subjektiven Gesundheit definiert.

### **Ergebnisse - Subjektive Gesundheit**

Die subjektive Gesundheit ist einer der drei zentralen Indikatoren zum Gesundheitszustand aus dem Minimum European Health Module (MEHM) und spiegelt vor allem das persönliche Wohlbefinden eines Menschen wider. Eine negativere Selbsteinschätzung der Gesundheit ist mit häufigerem Vorliegen chronischer Krankheiten und gesundheitlicher Beschwerden sowie vorzeitiger Sterblichkeit verbunden.

Etwa 70 % der Erwachsenen in Deutschland schätzten ihre subjektive Gesundheit als sehr gut oder gut ein, Frauen etwas weniger häufig als Männer.

Mit zunehmendem Alter wird der Anteil mit positiv eingeschätzter subjektiver Gesundheit geringer. In der unteren Bildungsgruppe wurde die subjektive Gesundheit deutlich schlechter eingeschätzt (Frauen 54 %, Männer 64 %) als in der oberen Bildungsgruppe (Frauen 82 %, Männer 81 %).

[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](#)

### **GZmehm2D\_k3 - Einschränkung durch Krankheit**

Selbstangabe der Befragten: „Sind Sie durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt? Würden Sie sagen, Sie sind...“

Antwortmöglichkeiten: „Stark eingeschränkt“, „Mäßig eingeschränkt“, „Nicht eingeschränkt“

Befragte, die eine der beiden ersten Antwortmöglichkeiten angaben, wurden weiterhin gefragt: „Wie lange dauern Ihre Einschränkungen bereits an?“.

Antwortmöglichkeiten: „Weniger als 6 Monate“, „6 Monate oder länger“

### **Ergebnisse - Einschränkung durch Krankheit**

Das Vorliegen einer lang andauernden gesundheitsbedingten Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten ist einer der drei zentralen Indikatoren zum Gesundheitszustand aus dem Minimum European Health Module (MEHM). Zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen zählen hierbei vor allem Schwierigkeiten in der Ausübung alltäglicher Aktivitäten (z.B. sich anziehen, waschen oder bewegen, Essen und Trinken, Einnahme von Medikamenten).

Ein Drittel der Erwachsenen in Deutschland berichtete eine starke oder mäßige lang andauernde gesundheitsbedingte Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten seit mindestens sechs Monaten.

Frauen berichteten hierbei etwas häufiger gesundheitsbedingte Einschränkungen als Männer. Mit zunehmendem Alter stieg der Anteil gesundheitsbedingter Einschränkungen deutlich an.

In der unteren Bildungsgruppe wurden gesundheitsbedingter Einschränkungen deutlich häufiger genannt als in der oberen Bildungsgruppe.

[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](#)

### **GZmehm3C - Chronische Krankheit**

Selbstangaben der Befragten: „Haben Sie eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem? Damit gemeint sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die mindestens 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden.“

Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“, „Weiß nicht“

### **Ergebnisse - Chronische Krankheit**

Das Vorliegen einer chronischen Krankheit oder eines lang andauernden gesundheitlichen Problems ist einer der drei zentralen Indikatoren zum Gesundheitszustand aus dem Minimum European Health Module (MEHM). Chronische Krankheiten zählen dabei in den Industriestaaten, zunehmend jedoch auch in den weniger wohlhabenden Ländern, zu den häufigsten und gesundheitsökonomisch bedeutsamsten Gesundheitsproblemen.

Etwa jeder zweite Erwachsene in Deutschland war von einer chronischen Krankheit oder einem lang andauernden gesundheitlichen Problem (mindestens sechs Monate) betroffen, Frauen etwas häufiger als Männer.

Mit zunehmendem Alter wurde das Vorliegen einer chronischen Krankheit oder eines lang andauernden gesundheitlichen Problems seit mind. sechs Monaten deutlich häufiger angegeben.

Erwachsene der unteren Bildungsgruppe berichteten deutlich häufiger eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem (Frauen 56 %, Männer 49 %) als in der oberen Bildungsgruppe (Frauen 45 %, Männer 42 %).

[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](#)

#### **IAarzt14B\_k - Inanspruchnahme: Zahnmedizinische Versorgung**

Selbstangabe der Befragten: "Wann waren Sie zuletzt bei einem Zahnarzt, Kieferorthopäden oder einem anderen zahnmedizinischen Spezialisten, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?"

Antwortmöglichkeiten: "Vor weniger als 6 Monaten", "Vor 6 bis weniger als 12 Monaten", "Vor 12 Monaten oder länger", "Nie"

Um den Indikator 12-Monats- Prävalenz der zahnmedizinischen Inanspruchnahme (ja / nein) zu erhalten, werden die ersten und die letzten beiden Antwortkategorien zusammengefasst

#### **Ergebnisse - Inanspruchnahme: Zahnmedizinische Versorgung**

Der regelmäßige Besuch einer zahnmedizinischen Praxis trägt dazu bei, dass Fehlstellungen und Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates frühzeitig erkannt und geeignete Maßnahmen eingeleitet werden.

Rund 80 % der Erwachsenen hatten innerhalb eines Jahres zahnmedizinische Leistungen in Anspruch genommen. Bei Frauen war die Inanspruchnahme höher als bei Männern (85,8 % bzw. 78,4 %). Im Altersgang war die Inanspruchnahme relativ konstant. Im hohen Erwachsenenalter (80 Jahre und älter) nahm sie jedoch bei Frauen ab und das Geschlechterverhältnis kehrte sich um.

Zudem zeigte sich ein deutlicher Bildungsgradient: Erwachsene der oberen Bildungsgruppe (87,0 %) nahmen häufiger zahnmedizinische Leistungen in Anspruch als Personen der mittleren und unteren Bildungsgruppe (82,1 % bzw. 75,0 %). Zwischen den Bundesländern waren keine statistisch bedeutsamen Unterschiede festzustellen.

#### **IAarzt1B\_k - Inanspruchnahme: Allgemeinärztliche oder hausärztliche Versorgung**

Selbstangabe der Befragten: „Wann haben Sie zuletzt einen Allgemeinmediziner oder Hausarzt konsultiert, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?“

Antwortmöglichkeiten: "Vor weniger als 12 Monaten", "Vor 12 Monaten oder länger", "Nie"

Daraus wurde eine dichotome Variable gebildet, die Befragte mit haus- bzw. allgemeinärztlicher Inanspruchnahme in den letzten zwölf Monaten von Befragten ohne entsprechende Inanspruchnahme unterscheidet.

### **Ergebnisse - Inanspruchnahme: Allgemeinärztliche oder hausärztliche Versorgung**

Für die Erkennung und Behandlung von Gesundheitsproblemen spielt die allgemein- und hausärztliche Versorgung eine wichtige Rolle.

Rund 80 % der Bevölkerung nahmen innerhalb eines Jahres allgemein- bzw. hausärztliche Leistungen in Anspruch. Die Inanspruchnahme war bei Frauen (84,2 %) höher als bei Männern (79,5 %). Sie nahm tendenziell mit dem Alter zu und Geschlechterunterschiede glichen sich an: 84,3 % der Frauen und 76,4 % der Männer von 18 bis 29 Jahren, 87,6 % der Frauen und 91,1 % der Männer ab 80 Jahren konsultierten allgemein- bzw. hausärztliche Praxen.

Darüber hinaus bestand ein Bildungsgradient mit einer höheren Inanspruchnahme bei niedrigerer Bildung: In der oberen Bildungsgruppe betrug die Inanspruchnahme 79,4 %, in der unteren 84,8%.

Prütz F, Rommel A, Thom J, Du Y, Sarganas G et al. (2021) Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 6(3):49–71. DOI 10.25646/8554

### **IAarzt8C - Inanspruchnahme: Psycholog:in**

Selbstangabe der Befragten: „Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Psychologen, Psychotherapeuten oder Psychiater, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?“

Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“, „Weiß nicht“

### **Ergebnisse - Inanspruchnahme: Psycholog:in**

12,7 % der Frauen und 8,9 % der Männer berichteten eine Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen in den vergangenen zwölf Monaten.

Die Häufigkeit unterschied sich zwischen den Lebensphasen. Von Personen ab 65 Jahren wurde die geringste Nutzung der betreffenden Angebote angegeben (Frauen 5,3 %, Männer 3,8 %). Bei Frauen fiel der Wert im Alter 18 bis 29 Jahre mit 9,2 % fast viermal so hoch aus. Bei Männern wurde in der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre am häufigsten von Kontakt zu den benannten Berufsgruppen berichtet, mit 11,6 % etwa dreimal so häufig wie bei 65-Jährigen und Älteren.

Gleichermaßen zeigten sich Geschlechterunterschiede im Vergleich der Bildungsgruppen. So ließ sich bei Frauen kein Bildungsgradient nachweisen, wohingegen Männer in der unteren Bildungsgruppe (13,0 %) in etwa doppelt so häufig wie in der oberen Bildungsgruppe (6,7 %) spezialisierte Versorgung für psychische Beschwerden oder Störungen aufsuchten.

Prütz F, Rommel A, Thom J, Du Y, Sarganas G et al. (2021) Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health*

### **IAcho1us\_k - Vorsorge: Blutfettwertbestimmung**

Selbstangabe der Befragten: „Wann wurden Ihre Blutfettwerte bzw. Cholesterinwerte zuletzt von medizinischem Fachpersonal bestimmt?“

Antwortmöglichkeiten: „Innerhalb der letzten 12 Monate“, „Vor 1 bis weniger als 3 Jahren“, „Vor 3 bis weniger als 5 Jahren“, „Vor 5 Jahren oder mehr“ und „Nie“.

Basierend auf den Antworten wurde eine dichotome Variable zur Kontrolle von Blutfettwerten in den letzten zwölf Monaten gebildet (ja/nein).

### **Ergebnisse - Vorsorge: Blutfettwertbestimmung**

Kontrolluntersuchungen von Blutfettwerte spielen eine wichtige Rolle für die Prävention, Diagnose und das Management von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes. Eine regelmäßige ärztliche Gesundheitsuntersuchung kann bei Menschen ohne bekannte Störungen des Fettstoffwechsels (Hyperlipidämie) erhöhte Werte feststellen.

Unsere Analysen zeigen, dass Die Mehrheit der Erwachsenen ließ in den letzten zwölf Monaten eine Bestimmung der Blutfettwerte von medizinischem Fachpersonal durchführen. Die Teilnahmequote an den Kontrolluntersuchungen nahm mit dem Lebensalter zu. Dabei zeigte sich ein signifikanter Geschlechts- und Bildungsunterschied.

Prütz F, Rommel A, Thom J, Du Y, Sarganas G et al. (2021) Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 6(3): 49–71. DOI 10.25646/8554

### **IAdiabus\_k - Vorsorge: Blutzuckermessung**

Selbstangabe der Befragten: „Wann wurde Ihr Blutzucker zuletzt von medizinischem Fachpersonal gemessen?“

Antwortmöglichkeiten: „Innerhalb der letzten 12 Monate“, „Vor 1 bis weniger als 3 Jahren“, „Vor 3 bis weniger als 5 Jahren“, „Vor 5 Jahren oder mehr“, „Nie“.

Basierend auf den Antworten wurde eine dichotome Variable zur Kontrolle von Blutzucker in den letzten zwölf Monaten gebildet (ja/nein).

### **Ergebnisse - Vorsorge: Blutzuckermessung**

Kontrolluntersuchungen von Blutzuckerwerten spielen eine wichtige Rolle für die Prävention, Diagnose und das Management von Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Eine regelmäßige ärztliche Gesundheitsuntersuchung kann bei Menschen ohne bekannten Diabetes erhöhte Werte des Blutzuckers feststellen.

Die Mehrheit der Erwachsenen ließ sich in den letzten 12 Monaten die Blutzuckerwerte durch medizinisches Fachpersonal kontrollieren. Die Teilnahmequote an den Kontrolluntersuchungen nahm mit dem Lebensalter zu. Dabei zeigt sich ein signifikanter Geschlechtsunterschied.

[Prütz F, Rommel A, Thom J, Du Y, Sarganas G et al. \(2021\) Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 6\(3\): 49–71. DOI 10.25646/8554](#)

### **IAfa\_k - Inanspruchnahme: Fachärztliche Versorgung**

Selbstangabe der Befragten: „Wann waren Sie zuletzt bei einem Facharzt, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?“

Antwortmöglichkeiten: "Vor weniger als 12 Monaten", "Vor 12 Monaten oder länger", "Nie"

Daraus wurde eine dichotome Variable gebildet, die Befragte mit fachärztlicher Inanspruchnahme in den letzten zwölf Monaten von Befragten ohne unterscheidet.

### **Ergebnisse - Inanspruchnahme: Fachärztliche Versorgung**

Rund 60 % der Erwachsenen nahmen innerhalb eines Jahres die fachärztliche Versorgung in Anspruch. Die Inanspruchnahme war bei Frauen mit 67,8 % deutlich höher als bei Männern mit 53,3 %.

Es zeigte sich tendenziell eine Zunahme mit dem Alter: 79,6 % der 18- bis 29-jährigen Frauen und 76,4 % der gleichaltrigen Männer konsultierten eine Fachärztin oder einen Facharzt. Die höchsten Werte wurden mit 88,5 % von den 65- bis 79-jährigen Frauen und mit 91,1 % von den 80-jährigen und älteren Männern erreicht. Mit dem Alter nivellierten sich die Geschlechterunterschiede.

Zudem bestand bei Frauen und Männern ein Bildungsgradient mit einer höheren fachärztlichen Inanspruchnahme bei Personen aus oberen Bildungsgruppen.

[Prütz F, Rommel A, Thom J, Du Y, Sarganas G et al. \(2021\) Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 6\(3\):49–71. DOI 10.25646/8554](#)

### **IAhypus\_k - Vorsorge: Blutdruckmessung**

Selbstangabe der Befragten: „Wann wurde Ihr Blutdruck zuletzt von medizinischem Fachpersonal gemessen?“

Antwortmöglichkeiten: „Innerhalb der letzten 12 Monate“, „Vor 1 bis weniger als 3 Jahren“, „Vor 3 bis weniger als 5 Jahren“, „Vor 5 Jahren oder mehr“, „Nie“

Basierend auf den Antworten wurde eine dichotome Variable zur Kontrolle von Blutdruck in den letzten zwölf Monaten gebildet (ja/nein).

### **Ergebnisse - Vorsorge: Blutdruckmessung**

Kontrolluntersuchungen des Blutdrucks spielen eine wichtige Rolle für die Prävention, Diagnose und das Management von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes. Eine regelmäßige ärztliche Gesundheitsuntersuchung kann bei Menschen ohne bekannten Bluthochdruck (Hypertonie) erhöhte Werte feststellen.

Bei der großen Mehrheit der Erwachsenen wurde in den letzten zwölf Monaten der Blutdruck durch medizinisches Fachpersonal gemessen, bei Frauen häufiger als bei Männern.

Mit zunehmendem Alter stieg der Anteil der Erwachsenen, die in den letzten 12 Monaten eine Blutdruckmessung durch medizinisches Fachpersonal durchführen ließen, an, Bildungsunterschiede wurden nicht beobachtet.

[Prütz F, Rommel A, Thom J, Du Y, Sarganas G et al. \(2021\) Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 6\(3\): 49–71. DOI 10.25646/8554](#)

#### **IAkfutyp2B\_1z\_k - Vorsorge: Test auf Blut im Stuhl**

Selbstangabe der Befragten: „Wann wurde bei Ihnen zuletzt ein Test auf verstecktes Blut im Stuhl durchgeführt?“

Antwortmöglichkeiten: „Innerhalb der letzten 12 Monate“, „Vor 1 bis weniger als 2 Jahren“, „Vor 2 bis weniger als 3 Jahren“, „Vor 3 Jahren oder mehr“, „Nie“

Die vorliegende Auswertung weist die Inanspruchnahme innerhalb der letzten zwei Jahre für Frauen und Männer ab einem Alter von 55 Jahren aus. Sie orientiert sich am empfohlenen Untersuchungsintervall gemäß der Krebsfrüherkennungsrichtlinie.

#### **Ergebnisse - Vorsorge: Test auf Blut im Stuhl**

42 % der Befragten hatten innerhalb der letzten zwei Jahre einen Stuhlbluttest, wobei es kaum Geschlechterunterschiede gab (Frauen: 43 %, Männer: 42 %).

Die Inanspruchnahme nahm bei den Frauen mit dem Alter ab. Frauen ab 65 Jahre gaben signifikant seltener einen Test an als Frauen der jüngeren Altersgruppen. Bei den Männern war dieser Altersgradient nicht zu beobachten. Es bestanden keine Bildungsunterschiede bei der Inanspruchnahme.

Der Stuhlbluttest kann sowohl zur Früherkennung von Darmkrebs als auch zur Abklärung von Symptomen eingesetzt werden. Der Anlass für die Untersuchungen wurde in GEDA 2019/2020-EHIS nicht erhoben, sodass nicht abschließend beurteilt werden kann, wie hoch der Anteil der präventiven Untersuchungen ist.

Ein Trendvergleich mit früheren GEDA-Wellen ist nicht möglich, da der Test auf Blut im Stuhl zur Darmkrebsfrüherkennung seit Juni 2019 im Rahmen des bundesweit organisierten Darmkrebscreenings angeboten wird, inklusive regelmäßiger Einladungen verbunden mit begleitenden Informationen über die jeweiligen Untersuchungen.

[Prütz F, Rommel A, Thom J, Du Y, Sarganas G et al. \(2021\) Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 6\(3\):49–71. DOI 10.25646/8554](#)

[Gemeinsamer Bundesausschuss \(2020\) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme in der Fassung vom 19. Juli 2018 zuletzt geändert am 18. Juni 2020](#)

#### **IAkfutyp4B\_1z\_k2 - Vorsorge: Darmspiegelung**

Selbstangabe der Befragten: „Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine Darmspiegelung bzw. Koloskopie durchgeführt?“

Antwortmöglichkeiten: „Innerhalb der letzten 12 Monate“, „Vor 1 bis weniger als 5 Jahren“, „Vor 5 bis weniger als 10 Jahren“, „Vor 10 Jahren oder mehr“, „Nie“

Die vorliegende Auswertung weist die Inanspruchnahme der letzten Darmspiegelung innerhalb der letzten zehn Jahre für Männer ab einem Alter von 50 Jahren und für Frauen ab einem Alter von 55 Jahren aus. Sie orientiert sich am empfohlenen Untersuchungsintervall gemäß der Krebsfrüherkennungsrichtlinie, die sich für Frauen und Männer unterscheidet.

### **Ergebnisse - Vorsorge: Darmspiegelung**

Bei Frauen ab 55 Jahren gaben 59 % eine Darmspiegelung innerhalb der letzten zehn Jahre an. Frauen der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen wiesen gegenüber den höheren Altersgruppen die geringste Inanspruchnahme auf.

Bei Männern ab 50 Jahren gaben mehr als die Hälfte (53 %) eine Darmspiegelung innerhalb der letzten zehn Jahre an. Mehr ältere als jüngere Männer gaben an, diese Untersuchung in Anspruch genommen zu haben.

Bei beiden Geschlechtern bestanden keine Bildungsunterschiede bei der Inanspruchnahme.

Eine Darmspiegelung kann sowohl zur Früherkennung von Darmkrebs als auch zur Abklärung von Symptomen eingesetzt werden. Der Anlass der Untersuchungen wurde in GEDA 2019/2020-EHIS nicht erhoben, sodass nicht abschließend beurteilt werden kann, wie hoch der Anteil der präventiven Untersuchungen ist.

Ein Trendvergleich mit früheren GEDA-Wellen ist nicht möglich, da die Darmspiegelung zur Darmkrebsfrüherkennung seit Juni 2019 im Rahmen des bundesweit organisierten Darmkrebscreenings angeboten wird.

Prütz F, Rommel A, Thom J, Du Y, Sarganas G et al. (2021) Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 6(3):49–71. DOI 10.25646/8554

Gemeinsamer Bundesausschuss (2020) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme in der Fassung vom 19. Juli 2018 zuletzt geändert am 18. Juni 2020

### **IAnotkhs - Inanspruchnahme: Notaufnahme im Krankenhaus**

Selbstangabe der Befragten: "Haben Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund eines medizinischen Notfalls die Rettungsstelle/Notaufnahme eines Krankenhauses in Anspruch genommen?" Antwortmöglichkeiten: "Ja", "Nein"

Die Befragten wurden gebeten, Notfälle anderer Personen, z.B. der eigenen Kinder, nicht zu berücksichtigen.

### **Ergebnisse - Inanspruchnahme: Notaufnahme im Krankenhaus**

Notaufnahmen und Rettungsstellen an Krankenhäusern sind eine der ersten Anlaufstellen, die Personen mit medizinischen Notfällen rund um die Uhr offen stehen. Sie sind damit ein wichtiger Leistungsbereich der medizinischen Versorgung.

Die Ergebnisse zeigen, dass Notaufnahmen und Rettungsstellen an Krankenhäusern mit 12,7 % von einem beträchtlichen Teil der Bevölkerung binnen eines Jahres in Anspruch genommen werden.

Vor allem bei Frauen verändert sich die Inanspruchnahme mit dem Alter. Im Vergleich zum mittleren Lebensalter findet sich eine höhere Inanspruchnahme in jüngeren wie auch in älteren Lebensjahren. Bei den Männern finden sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Altersgruppen.

Unterschiede nach Bildungsstand oder Bundesland zeigten sich nicht.

### **IAtHer2B - Inanspruchnahme: Physiotherapie**

Selbstangabe der Befragten: "Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Physiotherapeuten, Chiropraktiker oder Osteopathen um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?"

Antwortmöglichkeiten: "Ja", "Nein"

### **Ergebnisse - Inanspruchnahme: Physiotherapie**

Physiotherapie zielt darauf ab, die körperliche Funktionsfähigkeit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen. Etwa ein Viertel (25,1 %) der Bevölkerung suchte binnen eines Jahres eine Physiotherapeutin oder einen Physiotherapeuten auf.

Die Inanspruchnahme war bei Frauen höher als bei Männern (29,6% vs. 20,3%). Vor allem bei Frauen nahm die Nutzung physiotherapeutischer Leistungen bis ins mittlere Alter deutlich zu und ging im höheren Alter tendenziell wieder zurück. Unter den 45- bis 64-Jährigen erreichte sie mit 35,0 % bei den Frauen und 22,1 % bei den Männern den höchsten Wert.

Zwischen den Bundesländern zeigten sich keine statistisch belastbaren Unterschiede. Ein moderater Zusammenhang bestand aber mit Bildung zugunsten einer häufigeren Nutzung von Physiotherapie in der oberen Bildungsgruppe.

Dies steht im Gegensatz zu sozialen Unterschieden bei möglichen Ursachen bei der Verschreibung von Physiotherapie: So sind Rückenschmerzen bei Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status häufiger als bei Personen mit hohem Status.

Rommel A, Kroll LE (2017) Individual and regional determinants for physical therapy utilization in Germany: multilevel analysis of national survey data. *Physical therapy* 97(5):512-523

Rommel A, Prütz F (2017) Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(4):101-108. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2907> (Stand: 13.12.2017)

Rommel A, Hintzpeter B, Urbanski D (2018) Inanspruchnahme von Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(4):22-37. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5870> (Stand: 03.01.2019)

### **Iakhs - Inanspruchnahme: Stationäre Versorgung**

Selbstangabe der Befragten: "Haben Sie in den letzten 12 Monaten als stationärer Patient, das heißt über Nacht oder länger, im Krankenhaus gelegen?"

Antwortmöglichkeiten: "Ja" oder "Nein"

### **Ergebnisse - Inanspruchnahme: Stationäre Versorgung**

Neben der ambulanten ist die stationäre Versorgung in Krankenhäusern eine wichtige Säule des Gesundheitssystems. 17,4 % der erwachsenen Bevölkerung – 17,8 % der Frauen und 17,0 % der Männer – verbrachte innerhalb eines Jahres mindestens eine Nacht im Krankenhaus.

Die Zunahme der Inanspruchnahme mit dem Alter wird mit der altersbedingt steigenden Morbidität erklärt. Am höchsten war die Inanspruchnahme bei Frauen ab 80 (26,6 %) und bei Männern zwischen 65 und 79 Jahren (26,9 %). Dass Frauen in den jüngeren Altersgruppen (18 > 29 und 30 > 44 Jahre) die stationäre Versorgung stärker in Anspruch nehmen als Männer, wird auf Krankenhausaufenthalte vor und nach der Geburt zurückgeführt.

Für die Inanspruchnahme nach Bildung zeigt sich kein einheitliches Muster. Es gibt eine Tendenz zu einer höheren stationären Inanspruchnahme in den unteren Bildungsgruppen. Dies trifft für Frauen eher zu als für Männer, gilt aber nicht für alle Altersgruppen.

[Prütz F, Rommel A \(2017\) Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2\(4\): 95–100. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-117](#)

### **KArbeit - Körperliche Aktivität: Arbeitsbezogene Aktivität**

Selbstangabe der Teilnehmenden: „Wenn Sie arbeiten, welche der folgenden Antwortmöglichkeiten beschreibt am besten was Sie tun?“ Hierbei umfasst der Begriff „Arbeit“ sowohl bezahlte als auch unbezahlte Tätigkeiten (z.B. Studium, Hausarbeit).

Antwortkategorien: Vorwiegend sitzen oder stehen, Vorwiegend gehen oder mäßig anstrengende körperliche Tätigkeiten, Vorwiegend schwere körperliche Arbeit oder körperlich beanspruchende Tätigkeiten, Ich führe keine arbeitsbezogenen Tätigkeiten aus.

Basierend auf den Antworten wurde eine dichotome Variable zur Ausführung sitzender bzw. stehender Tätigkeiten (ja/nein) gebildet. Grundlage sind die Fragen des EHIS-PAQ.

### **Ergebnisse - Körperliche Aktivität: Arbeitsbezogene Aktivität**

39 % der Erwachsenen saßen oder standen vorwiegend bei der Arbeit: 40 % der Männer und 37 % der Frauen. Von den 18- bis 29-Jährigen führten nahezu die Hälfte (49 %) sitzende oder stehende Arbeitstätigkeiten aus – im Altersverlauf nahm dieser Anteil insbesondere bei Frauen kontinuierlich ab.

Der Anteil der Personen, die bei der Arbeit vorwiegend saßen oder standen, war in der oberen Bildungsgruppe mehr als doppelt so groß wie in der unteren Bildungsgruppe (57 % vs. 24 %); altersstandardisiert: 56 % vs. 27 %).

Im Vergleich zu GEDA 2014/2015 hat der Anteil der Personen mit sitzender oder stehender Arbeit um etwa 10 Prozentpunkte abgenommen. Diese Reduktion lässt sich überwiegend auf eine Zunahme des Anteils der Personen in GEDA 2019/2020 zurückführen, die keine arbeitsbezogenen Tätigkeiten ausführen.

[Finger JD, Mensink G, Lange C et al. \(2017\) Arbeitsbezogene körperliche Aktivität bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2\(2\). DOI 10.17886/rki-gbe-2017-026](#)

[Finger JD, Tafforeau J, Gisle L et al. \(2015\) Development of the European Health Interview Survey. Physical Activity Questionnaire \(EHIS-PAQ\) to monitor physical activity in the European Union. Archives of public health 73:59. DOI 0.1186/s13690-015-0110-z](#)

### **KAcyc1 - Körperliche Aktivität: Fahrradfahren von Ort zu Ort**

Selbstangabe der Teilnehmenden: „An wie vielen Tagen in einer typischen Woche fahren Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung mit dem Fahrrad, um von Ort zu Ort zu gelangen?“

Antwortkategorien: Anzahl der Tage pro Woche

Selbstangabe der Teilnehmenden: „Wie lange fahren Sie an einem typischen Tag mit dem Fahrrad, um von Ort zu Ort zu gelangen?“

Antwortkategorien: 10-29 Minuten pro Tag, 30-59 Minuten pro Tag, 1 Stunde bis unter 2 Stunden pro Tag, 2 Stunden bis unter 3 Stunden pro Tag, 3 Stunden pro Tag und mehr

Basierend auf den Antworten wurde eine dichotome Variable zum Fahrradfahren von Ort zu Ort von mindestens 1 Stunde pro Woche (ja/nein) gebildet. Grundlage sind die Fragen des EHIS-PAQ.

### **Ergebnisse - Körperliche Aktivität: Fahrradfahren von Ort zu Ort**

26 % der Erwachsenen legten für mindestens 1 Stunde pro Woche Wegstrecken von Ort zu Ort mit dem Fahrrad zurück, Männer häufiger als Frauen (29 % vs. 23 %).

Frauen ab 65 Jahren legten mit einem Anteil von 18 % seltener Wegstrecken mit dem Fahrrad zurück als jüngere Frauen. Bei Männern zeigten sich nur geringer Unterschiede zwischen den Altersgruppen.

Je höher die Bildungsgruppe desto höher war der Anteil der Erwachsenen, die mindestens 1 Stunde pro Woche Fahrrad fahren. Insbesondere bei Frauen der unteren Bildungsgruppe war die Differenz zwischen der unteren und der oberen Bildungsgruppe ausgeprägt (14 % vs. 30 %).

[Finger JD, Tafforeau J, Gisle L et al. \(2015\) Development of the European Health Interview Survey. Physical Activity Questionnaire \(EHIS-PAQ\) to monitor physical activity in the European Union. Archives of public health 73:59. DOI 0.1186/s13690-015-0110-z](#)

### **KAgfa - Körperliche Aktivität: Ausdaueraktivität und Muskelkräftigung**

Selbstangabe der Befragten: Mehrere Fragen zur körperlichen Aktivität in einer typischen Woche, der Fortbewegung sowie während der Freizeit.

Für den Indikator wird die Dauer pro Woche berücksichtigt, in der die Befragten mindestens mäßig anstrengende körperliche Aktivität in der Freizeit sowie Radfahren zur Fortbewegung ausgeübt haben. Zudem wird die Häufigkeit der Ausführung von Übungen zur Muskelkräftigung berücksichtigt.

Der Indikator gilt als erfüllt bei einer Dauer von mindestens 150 Minuten pro Woche und einem Ausführen von Übungen zur Muskelkräftigung an mindestens zwei Tagen pro Woche. (Erfüllen der Bewegungsempfehlung der Weltgesundheitsorganisation). Als Grundlage dienen die Fragen des European Health Interview Survey – Physical Activity Questionnaire (EHIS-PAQ).

### **Ergebnisse - Körperliche Aktivität: Ausdaueraktivität und Muskelkräftigung**

26 % der Erwachsenen erreichten die Empfehlung zur Ausdaueraktivität und zur Muskelkräftigung; Männer häufiger als Frauen (29 % vs. 23 %).

Im Altersverlauf nahm der Anteil der Frauen und Männer ab, der die Empfehlung erreichte. Bei Frauen erreichten in der Altersgruppe von 18 bis 29 Jahren 34 % die Empfehlung und im Alter ab 65 Jahren lediglich 15 %. Bei Männern erreichten in der Altersgruppe von 18 bis 29 Jahren 51 % die Empfehlung, ab einem Alter von 45 Jahren etwa 21 %.

Ein Bildungsgradient zu Ungunsten der Personen aus der niedrigen Bildungsgruppe zeigt sich bei Frauen und Männern. Die Ergebnisse der GEDA 2014/2015-EHIS sowie internationale Ergebnisse bestätigen die beobachteten Unterschiede zwischen Frauen und Männern, im Altersverlauf sowie zwischen den Bildungsgruppen. Ein Trendvergleich zwischen den GEDA-Wellen ist aufgrund methodischer Unterschiede nur eingeschränkt möglich.

[Richter A, Schienkiewitz A, Starker A et al. \(2021\) Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 6\(3\): 28-48. DOI 10.25646/8460](#)

[Finger JD, Mensink GBM, Lange C et al. \(2017\) Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2\(2\): 37 – 44. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-027](#)

#### **KAgfkaB - Körperliche Aktivität: Ausdaueraktivität**

Selbstangabe der Befragten: „An wie vielen Tagen in einer typischen Woche üben Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung Sport, Fitness oder körperliche Aktivität in der Freizeit aus?“ „Wie viel Zeit verbringen Sie insgesamt in einer typischen Woche mit Sport, Fitness oder körperlicher Aktivität in der Freizeit?“ Hierbei sollte an Aktivitäten gedacht werden, die zu einem leichten Anstieg der Atem- oder Herzfrequenz führen.

„An wie vielen Tagen in einer typischen Woche fahren Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung mit dem Fahrrad, um von Ort zu Ort zu gelangen?“ Wie lange fahren Sie an einem typischen Tag mit dem Fahrrad, um von Ort zu Ort zu gelangen?

Selbstangabe der Befragten: Mehrere Fragen zur körperlichen Aktivität in einer typischen Woche, der Fortbewegung sowie während der Freizeit.

Für den Indikator werden die Angaben zur körperlichen Aktivität in der Freizeit und der Fortbewegung mit dem Fahrrad aufsummiert. Bei einer Dauer von mindestens 150 Minuten pro Woche gilt er als erfüllt (Bewegungsempfehlung der WHO). Basis sind Fragen des EHIS-PAQ.

#### **Ergebnisse - Körperliche Aktivität: Ausdaueraktivität**

48 % der erwachsenen Bevölkerung erreichten die Empfehlung zur Ausdaueraktivität, Männer häufiger als Frauen (51 % vs. 45 %). Der Anteil verringerte sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit zunehmendem Alter. So ist der Anteil derjenigen, der die Empfehlung erfüllte, in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen am höchsten und in der Altersgruppe der ab 65-Jährigen am niedrigsten.

Frauen und Männer der höchsten Bildungsgruppe erreichten die Empfehlung im Vergleich zur mittleren und unteren Bildungsgruppe häufiger. Bei Frauen sind die Bildungsunterschiede stärker ausgeprägt als bei Männern.

Die Ergebnisse aus GEDA- 2014/2015-EHIS bestätigen ein selteneres Erreichen der Empfehlung von Frauen im Vergleich zu Männern sowie die beobachteten Alters- und Bildungsunterschiede. Ein

Trendvergleich zwischen den GEDA-Wellen ist aufgrund methodischer Unterschiede nur eingeschränkt möglich.

[Richter A, Schienkiewitz A, Starker A et al. \(2021\) Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 6\(3\): 28 - 48. DOI 10.25646/8460](#)

[Finger JD, Mensink GBM, Lange C et al. \(2017\) Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2\(2\): 37 – 44. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-027](#)

### **KAgfmk - Körperliche Aktivität: Muskelkräftigung**

Selbstangabe der Befragten: „An wie vielen Tagen in einer typischen Woche üben Sie körperliche Aktivitäten aus, die speziell für den Aufbau oder die Kräftigung der Muskulatur gedacht sind? Zum Beispiel: Krafttraining oder Kräftigungsübungen mit Gewichten, Thera-Band, eigenem Körpergewicht, Kniebeugen, Liegestützen oder Sit-ups.“

Antwortmöglichkeiten: „Tage pro Woche, „Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche“ Der Indikator beschreibt das Erreichen der Empfehlung zur Muskelkräftigung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [1]. Die Empfehlung gilt als erreicht, wenn mindestens an zwei Tagen der Woche Übungen zur Muskelkräftigung ausgeführt werden. Ein Trendvergleich zwischen den GEDA-Wellen ist aufgrund methodischer Unterschiede nur eingeschränkt möglich.

### **Ergebnisse - Körperliche Aktivität: Muskelkräftigung**

Etwas mehr als ein Drittel (36 %) der erwachsenen Bevölkerung erreichten die Empfehlung zur Muskelkräftigung. Männer erreichten diese Empfehlung häufiger als Frauen (39 % vs. 34 %).

Mit zunehmendem Alter wurden Aktivitäten zur Muskelkräftigung seltener durchgeführt. Der Anteil, der Frauen und Männer, der diese Empfehlung erreichte, nahm ab. Während unter jungen Männern (18- bis 29-Jahre) noch 61 % die Empfehlung erreichten, halbierte sich dieser Anteil im Alter ab 45 Jahren nahezu.

Zudem zeigt sich, dass der Anteil der Frauen, der die Empfehlung erreichte, von der niedrigen zur hohen Bildungsgruppe stieg. Diese Bildungsunterschiede sind bei den altersstandardisierten Ergebnissen der Männer ebenfalls signifikant. Die Ergebnisse aus GEDA 2014/2015-EHIS bestätigen ein selteneres Erreichen der Empfehlung von Frauen im Vergleich zu Männern sowie die beobachteten Alters- und Bildungsunterschiede.

[Richter A, Schienkiewitz A, Starker A et al. \(2021\) Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 6\(3\): 28 - 48. DOI 10.25646/8460](#)

[Finger JD, Mensink GBM, Lange C et al. \(2017\) Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2\(2\): 37 – 44. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-027](#)

### **KAspo2 - Körperliche Aktivität: Freizeitbezogene Aktivität**

Selbstangabe der Teilnehmenden: „An wie vielen Tagen in einer typischen Woche üben Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung Sport, Fitness oder körperliche Aktivität in der Freizeit aus?“ Hierbei sollte an

Aktivitäten gedacht werden, welche zu mindestens einem leichten Anstieg der Atem- oder Herzfrequenz führen.

Antwortkategorien: Anzahl der Tage pro Woche

Selbstangabe der Teilnehmenden: „Wie viel Zeit verbringen Sie insgesamt in einer typischen Woche mit Sport, Fitness oder körperlicher Aktivität in der Freizeit?“

Antwortkategorien: Angabe von Minuten bzw. Stunden pro Woche

Basierend auf den Antworten wurde eine dichotome Variable zur körperlichen Aktivität in der Freizeit von mindestens 2 Stunden pro Woche (ja/nein) gebildet. Als Grundlage sind die Fragen EHIS-PAQ.

### **Ergebnisse - Körperliche Aktivität: Freizeitbezogene Aktivität**

49 % der erwachsenen Bevölkerung führten für mindestens 2 Stunden in der Woche körperlich-sportliche Aktivitäten in der Freizeit aus, Männer häufiger als Frauen (51 % vs. 47 %). Je höher die Altersgruppe, umso niedriger war der Anteil der Personen mit einer freizeitbezogenen körperlich-sportlichen Aktivität von mindestens 2 Stunden. In der Altersgruppe der ab 65-Jährigen waren noch 36 % der Frauen und 42 % der Männer in diesem Maße aktiv. Zudem zeigte sich ein Bildungsgradient zu Ungunsten von Personen aus der unteren Bildungsgruppen. Diese waren mit einem Anteil von 35 % im Vergleich zu Personen aus der oberen Bildungsgruppe (58 %) deutlich seltener für mindestens 2 Stunden pro Woche in der Freizeit aktiv.

[Finger JD, Tafforeau J, Gisle L et al. \(2015\) Development of the European Health Interview Survey. Physical Activity Questionnaire \(EHIS-PAQ\) to monitor physical activity in the European Union. Archives of public health 73:59. DOI 0.1186/s13690-015-0110-z](#)

### **KAw1k2 - Körperliche Aktivität: Zu Fuß gehen von Ort zu Ort**

Selbstangabe der Teilnehmenden: „An wie vielen Tagen in einer typischen Woche gehen Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung zu Fuß, um von Ort zu Ort zu gelangen?“

Antwortkategorien: Anzahl der Tage pro Woche

Selbstangabe der Teilnehmenden: „Wie lange gehen Sie an einem typischen Tag zu Fuß, um von Ort zu Ort zu gelangen?“

Antwortkategorien: 10-29 Minuten pro Tag, 30-59 Minuten pro Tag, 1 Stunde bis unter 2 Stunden pro Tag, 2 Stunden bis unter 3 Stunden pro Tag, 3 Stunden pro Tag und mehr

Basierend auf den Antworten wurde eine dichotome Variable zum von Ort zu Ort Gehen von mindestens 2 Stunden pro Woche (ja/nein) gebildet. Grundlage sind die Fragen des EHIS-PAQ.

### **Ergebnisse - Körperliche Aktivität: Zu Fuß gehen von Ort zu Ort**

53 % der Erwachsenen legten mindestens für 2 Stunden pro Woche Wegstrecken zu Fuß zurück. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Ein Unterschied zwischen den Altersgruppen bestand nur bei Männern: 18- bis 29-jährige Männer legten häufiger mindestens für 2 Stunden pro Woche Wegstrecken zu Fuß zurück als 45- bis 64-Jährige (57 % vs. 50 %).

Zwischen den Bildungsgruppen bestanden ebenfalls keine signifikanten Unterschiede.

Finger JD, Tafforeau J, Gisle L et al. (2015) Development of the European Health Interview Survey. Physical Activity Questionnaire (EHIS-PAQ) to monitor physical activity in the European Union. Archives of public health 73:59. DOI 0.1186/s13690-015-0110-z

### **KHBBsa12 - Schlaganfall**

Selbstangabe der Befragten: „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. Der Indikator Schlaganfall wurde erfragt als: „Schlaganfall“ und „chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls“.

Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“, „Weiß nicht“

### **Ergebnisse - Schlaganfall**

2,1 % der Frauen und 2,4 % der Männer berichteten in GEDA 2019/2020 einen Schlaganfall. In GEDA 2014/2015-EHIS lagen die Prävalenzen etwas niedriger, aufgrund methodischer Unterschiede zwischen beiden Erhebungen sind Vergleiche jedoch vorsichtig zu interpretieren.

Die 12-Monats-Prävalenz des Schlaganfalls liegt 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.

Auch beim Schlaganfall zeigt sich in Übereinstimmung mit vorherigen Erhebungen ein Alters- und Bildungsgradient, der nicht so stark ausgeprägt ist wie bei der koronaren Herzkrankheit.

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

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. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-010

Busch MA 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) Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 56(5-6):656-660

### **KHab12 - Asthma**

Selbstangaben der Befragten: „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. Der Indikator Asthma bronchiale wurde erfragt als „Asthma, einschließlich allergischem Asthma“.

Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“, „Weiß nicht“

### Ergebnisse - Asthma

Asthma bronchiale ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen weltweit.

Die in Deutschland insgesamt bei 8 % der Erwachsenen liegende 12-Monats-Prävalenz von Asthma zeigt keine Altersabhängigkeit, bei beiden Geschlechtern liegt die Asthmaprävalenz über alle Altersgruppen hinweg auf einem ähnlichen Niveau.

Es lässt sich jedoch ein bereits bekannter Geschlechterunterschied mit größerer Betroffenheit von Frauen (9 % versus 7 % bei Männern) beobachten.

Im Bundeslandvergleich altersstandardisierter Häufigkeiten sind keine nennenswerten Abweichungen vom Bundesdurchschnitt festzustellen, außer eines niedrigeren Asthmatikeranteils bei Frauen aus Bayern.

In GEDA 2014/2015-EHIS lag die Asthmaprävalenz etwas niedriger.

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 10.25646/845

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)

### KHa1gi112 - Allergien

Selbstangaben der Befragten: „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. Der Indikator Allergien wurde erfragt als „Allergien, wie Heuschnupfen, allergische Reaktionen der Augen oder der Haut, Lebensmittelallergien oder andere Allergien. Nicht gemeint ist allergisches Asthma“.

Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“, „Weiß nicht“

### Ergebnisse - Allergien

Fast ein Drittel der erwachsenen Frauen und Männer in Deutschland war von Allergien betroffen. Frauen sind mit 35 % häufiger betroffen als Männer mit 27 %.

Im jungen und mittleren Erwachsenenalter ist die 12-Monats-Prävalenz mit rund 40 % am höchsten.

Gegenüber GEDA 2014/2015-EHIS hat die 12-Monats-Prävalenz von Allergien insgesamt zugenommen.

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 10.25646/845

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>

### **KHcb12B - Chronische Bronchitis (COPD)**

Selbstangabe der Befragten: „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. Der Indikator chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) wurde erfragt als „chronische Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Lungenemphysem“.

Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“, „Weiß nicht“

### **Ergebnisse - Chronische Bronchitis (COPD)**

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) zählt zu den häufigsten Ursachen für vorzeitige Sterblichkeit, Einschränkungen von Lebensqualität und gesundheitsbedingter Beeinträchtigung bei der Ausübung von Alltagsaktivitäten.

Etwa 6 % der Erwachsenen berichteten eine COPD in den letzten 12 Monaten.

Eine ähnliche Häufigkeit mit Zunahme im Altersgang zeigte sich in GEDA2014/15-EHIS; allerdings ist eine direkte Vergleichbarkeit zwischen den beiden Erhebungswellen vor allem aufgrund des veränderten Stichprobendesigns nur begrenzt möglich.

Zu beachten ist auch, dass Einschätzungen zur Prävalenz von COPD über Selbstangaben deutlich niedriger ausfallen als Schätzungen auf der Grundlage von Lungenfunktionsprüfungen, die auch Frühstadien erkennen lassen.

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 10.25646/845

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. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-053

### **KHdge12 - Arthrose**

Selbstangabe der Befragten: „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. Der Indikator Arthrose wurde erfragt als „Arthrose, nicht gemeint ist Arthritis bzw. Gelenkentzündung“.

Antwortkategorien: „Ja“, „Nein“, „Weiß nicht“

### **Ergebnisse - Arthrose**

Arthrose ist weltweit die am häufigsten vorkommende Gelenkerkrankung, die durch Schmerzen und Funktionseinbußen zu Einschränkungen in der Lebensqualität führt. Als präventive Maßnahmen gelten die Vermeidung von Übergewicht und Gelenkverletzungen, zur Therapie werden je nach Schweregrad Krankengymnastik, orthopädische Hilfsmittel, Medikamente oder Operationen verordnet, um die Krankheitslast zu verringern (Michael et al. 2010).

In Deutschland berichteten 17 % der Erwachsenen vom Vorliegen einer Arthrose in den letzten 12 Monaten. Ab dem mittleren Erwachsenenalter war ein deutlicher Anstieg in der Prävalenz zu beobachten.

Bei Frauen ist bei Arthrose ein deutlicher Bildungsgradient mit niedrigster Prävalenz in der oberen und höchster Prävalenz in unteren Bildungsgruppe zu beobachten, bei Männern sind die Bildungsunterschiede geringer.

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 10.25646/845

Michael, Joern W.-P.; Schlüter-Brust, Klaus U.; Eysel, Peer (2010) Epidemiologie, Ätiologie, Diagnostik und Therapie der Gonarthrose. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107(9): 152-62; DOI: 10.3238/arztebl.2010.0152

#### **KHdiabB12 - Diabetes**

Selbstangabe der Befragten: „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. Der Indikator Diabetes wurde erfragt als „Zuckerkrankheit/Diabetes, kein Schwangerschaftsdiabetes“.

Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“, „Weiß nicht“

#### **Ergebnisse - Diabetes**

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 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.

Im Vergleich zu GEDA 2014/2015-EHIS liegt die aktuelle Prävalenzschätzung etwas höher. Zu beachten ist, dass der relativ kurze Bezugszeitraum von 12 Monaten und die Selbsteinschätzung zum Vorliegen eines bekannten Diabetes zu abweichenden Prävalenzen im Vergleich zu anderen Studien des Gesundheitsmonitorings, die in der Regel die Lebenszeitprävalenz ärztlich diagnostizierter Erkrankungen erheben, führen können.

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 10.25646/845

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

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.

## **KHmyokhk12 - Koronare Herzerkrankung**

Selbstangaben der Befragten: „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. Der Indikator wurde erfragt als „Herzinfarkt“, „chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarkts“ und „Koronare Herzerkrankung oder Angina Pectoris“.

Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Nein“, „Weiß nicht“.

## **Ergebnisse - Koronare Herzerkrankung**

Die Prävalenzen für Koronare Herzerkrankung (KHK) von 5,1 % für Frauen und 6,6 % für Männer unterschieden sich leicht von den altersstandardisierten Prävalenzen von 3,9 % für Frauen und 8,0 % für Männer der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten von 2018 für Deutschland.

Dies könnte damit zusammenhängen, dass die geringe Fallzahl der Männer aus der unteren Bildungsgruppe in der GEDA19/20-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 war. Bei den Frauen zeigte er sich hingegen deutlich.

Die vorliegende Studie zeigte, dass Männer häufiger an einer KHK erkrankten als Frauen. Dieses Muster ist in vielen Studien belegt worden.

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 10.25646/845

Holstiege J, Akmatov MK, Steffen A, Bätzing J. Die ischämische Herzerkrankung in der vertragsärztlichen Versorgung – Zeitliche Trends und regionale Variationen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 20/04. Berlin 2020.

Albert MA 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

## **PAadiposB - Körpergewicht: Adipositas**

Selbstangabe der Befragten: „Wie groß sind Sie, wenn Sie keine Schuhe tragen? Bitte geben Sie Ihre Körpergröße in cm an.“; „Wie viel wiegen Sie, wenn Sie keine Kleidung und Schuhe tragen? Bitte geben Sie Ihr Körpergewicht in kg an. Schwangere Frauen geben bitte ihr Gewicht vor der Schwangerschaft an.“

Der Indikator Adipositas wird definiert als ein Body Mass Index (BMI) von 30 kg/m<sup>2</sup> und mehr. Der BMI wird aus dem Verhältnis des Körpergewichts einer Person zum Quadrat der Körpergröße (kg/m<sup>2</sup>) berechnet.

### **Ergebnisse - Körpergewicht: Adipositas**

Das Vorliegen einer Adipositas erhöht das Risiko für Diabetes, Schlaganfall, Herz- und verschiedene Krebserkrankungen.

In Deutschland lag bei 19 % der Frauen und Männer eine Adipositas vor. Ähnliche Anteile finden sich auch in der amtlichen Statistik (Mikrozensus), deren Daten ebenfalls auf Selbstangaben der Befragten beruhen und sich damit von Anteilen aus Messdaten unterscheiden.

Im Vergleich zu GEDA 2012 zeigte sich sowohl für Frauen als auch Männer ein statistisch signifikanter Anstieg um zwei Prozentpunkte.

Der Anteil von Personen, die von einer Adipositas betroffen waren, nahm im Lebensverlauf stetig zu: Während in der Altersgruppe 18 bis 29 Jahre 10 % der Frauen und 9 % der Männer eine Adipositas aufwiesen, stieg dieser Anteil bei den 45 bis 64-Jährigen auf 23 % bei Frauen und auf 24 % bei Männern.

Bei 26 % der Frauen und Männer der unteren Bildungsgruppe aber nur bei 11 % bzw. 15 % der Frauen und Männer der oberen Bildungsgruppe lag eine Adipositas vor.

[Schienkiewitz A, Mensink GBM, Kuhnert R et al. \(2017\) Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2\(2\): 21 – 28. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-025](#)

[Schienkiewitz A, Kuhnert R, Blume M, Mensink GBM \(2022\) Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. J Health Monit 7\(3\): 23–31. DOI 10.25646/10292](#)

### **PA<sub>norma1B</sub> - Körpergewicht: Normalgewicht**

Selbstangabe der Befragten: „Wie groß sind Sie, wenn Sie keine Schuhe tragen? Bitte geben Sie Ihre Körpergröße in cm an.“; „Wie viel wiegen Sie, wenn Sie keine Kleidung und Schuhe tragen? Bitte geben Sie Ihr Körpergewicht in kg an. Schwangere Frauen geben bitte ihr Gewicht vor der Schwangerschaft an.“

Der Indikator Normalgewicht wird definiert als ein Body Mass Index (BMI) zwischen 18,5 und weniger als 25 kg/m<sup>2</sup> und mehr. Der Body Mass Index (BMI) wird aus dem Verhältnis des Körpergewichts einer Person zum Quadrat der Körpergröße (kg/m<sup>2</sup>) berechnet.

### **Ergebnisse - Körpergewicht: Normalgewicht**

Das Halten eines Normalgewichts senkt das Risiko für Bluthochdruck, Diabetes, Schlaganfall, Herz- und verschiedene Krebserkrankungen.

In Deutschland wiesen 50 % der Frauen und 38 % der Männer einen normalen BMI auf. Ähnliche Prävalenzen finden sich auch in der amtlichen Statistik (Mikrozensus), deren Daten ebenfalls auf Selbstangaben der Befragten beruhen und sich damit von Anteilen aus Messdaten unterscheiden. Im Vergleich zu GEDA 2012 zeigte sich keine statistisch signifikante Veränderung.

Der Anteil mit Normalgewicht nahm im Lebensverlauf stetig ab: Während in der Altersgruppe 18 bis 29 Jahre 67 % der Frauen und 61 % der Männer ein Normalgewicht aufwiesen, sank dieser Anteil bei den 65-Jährigen und Älteren auf 41 % bei den Frauen und auf 31 % bei den Männern.

Ein Normalgewicht lag bei 60 % der Frauen der oberen Bildungsgruppe vor, jedoch nur bei 43 % der unteren Bildungsgruppe. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bildungsgruppen waren diese Bildungsunterschiede auch bei Männern zu beobachten.

[Richter A, Schienkiewitz A, Starker A, Krug S, Domanska O et al. \(2021\) Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 6\(3\): 28–48. DOI 10.25646/8460](#)

[Schienkiewitz A, Kuhnert R, Blume M, Mensink GBM \(2022\) Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. J Health Monit 7\(3\): 23–31. DOI 10.25646/10292](#)

### **PAueberB - Körpergewicht: Übergewicht**

Selbstangabe der Befragten: „Wie groß sind Sie, wenn Sie keine Schuhe tragen? Bitte geben Sie Ihre Körpergröße in cm an.“, „Wie viel wiegen Sie, wenn Sie keine Kleidung und Schuhe tragen? Bitte geben Sie Ihr Körpergewicht in kg an. Schwangere Frauen geben bitte ihr Gewicht vor der Schwangerschaft an.“

Der Indikator Übergewicht (einschließlich Adipositas) wird definiert als ein Body Mass Index (BMI) von 25 kg/m<sup>2</sup> und mehr. Für eine bessere Lesbarkeit wird im Ergebnisteil auf den Zusatz „einschließlich Adipositas“ verzichtet. Der BMI wird aus dem Verhältnis des Körpergewichts einer Person zum Quadrat der Körpergröße (kg/m<sup>2</sup>) berechnet.

### **Ergebnisse - Körpergewicht: Übergewicht**

Übergewicht erhöht das Risiko für Diabetes, Schlaganfall, Herz- und verschiedene Krebserkrankungen.

In Deutschland lag bei 47% der Frauen und 61% der Männer ein Übergewicht vor. Ähnliche Anteile finden sich auch in der amtlichen Statistik (Mikrozensus), deren Daten ebenfalls auf Selbstangaben der Befragten beruhen und sich damit von Anteilen aus Messdaten unterscheiden. Im Vergleich zu GEDA2012 zeigte sich keine statistisch signifikante Veränderung.

Der Anteil an Frauen und Männern mit Übergewicht nahm im Lebensverlauf stetig zu: während in der Altersgruppe 18 bis 29 Jahre 26% der Frauen und 37% der Männer ein Übergewicht aufwiesen, stieg dieser Anteil bei den 65-Jährigen und Älteren auf 56% bei Frauen und auf 68% bei Männern.

Ein Übergewicht lag bei 53% der Frauen der unteren Bildungsgruppe, aber nur bei 35 % der oberen Bildungsgruppe vor. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bildungsgruppen waren diese Bildungsunterschiede auch bei Männern zu beobachten.

[Schienkiewitz A, Mensink GBM, Kuhnert R et al. \(2017\) Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2\(2\): 21 – 28. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-025](#)

[Schienkiewitz A, Kuhnert R, Blume M, Mensink GBM \(2022\) Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. J Health Monit 7\(3\): 23–31. DOI 10.25646/10292](#)

### **PAunterB - Körpergewicht: Untergewicht**

Der Indikator Untergewicht wird definiert als ein Body Mass Index (BMI) von weniger als 18,5 kg/m<sup>2</sup> (1). Der BMI wird aus dem Verhältnis des Körpergewichts einer Person zum Quadrat der Körpergröße (kg/m<sup>2</sup>) berechnet.

### **Ergebnisse - Körpergewicht: Untergewicht**

Untergewicht kann unterschiedliche Ursachen haben, und kann bei gleichzeitig auftretenden Mangelerscheinungen die Gesundheit gefährden.

In Deutschland lag bei 3,4 % der Frauen und 1,3 % der Männer ein Untergewicht vor. Ähnliche Prävalenzen finden sich auch in der amtlichen Statistik (Mikrozensus. Im Vergleich zu GEDA2012 zeigte sich ein statistisch signifikanter Anstieg für Frauen um 0,7 Prozentpunkte und für Männer um 0,8 Prozentpunkte.

Der Anteil an Personen mit Untergewicht nahm im Lebensverlauf stetig ab: Während in der Altersgruppe 18 bis 29 Jahre 7,2 % der Frauen und 2,7% der Männer ein Untergewicht aufwiesen, sank dieser Anteil bei den 65-Jährigen und Älteren auf 2,6 % bei Frauen und auf 0,4 % bei Männern.

Ein Untergewicht lag bei 3,8 % der Frauen der unteren Bildungsgruppen, aber nur bei 2,1 % der oberen Bildungsgruppen vor. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bildungsgruppen waren diese Bildungsunterschiede auch bei Männern zu beobachten.

[Richter A, Schienkiewitz A, Starker A, Krug S, Domanska O et al. \(2021\) Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 6\(3\): 28–48. DOI 10.25646/8460](#)

[Schienkiewitz A, Kuhnert R, Blume M, Mensink GBM \(2022\) Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. J Health Monit 7\(3\): 23–31. DOI 10.25646/10292](#)

[Statistisches Bundesamt: Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit – Körpermaße der Bevölkerung. 2017. Wiesbaden \(2018\)](#)

### **PKPHQ8\_k6 - Depressive Symptomatik (PHQ-8)**

Selbstangabe der Teilnehmenden: „Die folgenden Fragen befassen sich mit Ihrem seelischen Befinden und Ihrer Stimmungslage in den letzten 2 Wochen. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?“

Das Instrument PHQ-8 erfasst das Auftreten von Symptomen einer Depression innerhalb der letzten zwei Wochen mit „überhaupt nicht“, „an einzelnen Tagen“, „an mehr als der Hälfte der Tage“ oder „beinahe jeden Tag“.

Das Vorliegen einer depressiven Symptomatik wird ab einem Skalensummenwert von mindestens zehn der maximal 24 Punkte angenommen.

Das Instrument erfasst das Auftreten von Symptomen einer Depression innerhalb der letzten zwei Wochen mit „überhaupt nicht“, „an einzelnen Tagen“, „an mehr als der Hälfte der Tage“ oder „beinahe jeden Tag“.

Das Vorliegen einer depressiven Symptomatik wird ab einem Skalensummenwert von mindestens zehn der maximal 24 Punkte angenommen.

### **Ergebnisse - Depressive Symptomatik (PHQ-8)**

Eine depressive Symptomatik innerhalb der letzten zwei Wochen berichteten 8,3 % (95 %-KI 7,7 % - 9,0 %) der Erwachsenen in Deutschland. Bei den Frauen waren 8,8 % betroffen, bei den Männern 7,5 %.

In der Altersgruppe der jungen Erwachsenen bis 29 Jahre waren tendenziell mehr Frauen betroffen. Am seltensten wurden depressive Symptome in der Altersgruppe von 65 bis 79 Jahren berichtet.

Bei Frauen und Männern nahm die Häufigkeit depressiver Symptome mit steigender Bildung ab. Im Vergleich zur oberen Bildungsgruppe waren 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 zeigt sich, dass die Geschlechterunterschiede mit steigendem Alter und bei höherer Bildung geringer sind.

[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](#)

[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. doi: 10.1016/j.jad.2008.06.026. Epub 2008 Aug 27.](#)

[Bretschneider J, Kuhnert R, Hapke U \(2017\) Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2\(3\): 81–88. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-058](#)

#### **RCpass4B\_k2 - Rauchen: Passivrauchbelastung**

Selbstangabe der Befragten: „Wie oft sind Sie in geschlossenen Räumen Tabakrauch ausgesetzt? Mit geschlossenen Räumen meinen wir z.B.: zu Hause, auf der Arbeit, in öffentlichen Gebäuden oder im Restaurant.“

Antwortkategorien: „Täglich, 1 Stunde oder mehr“, „Täglich, weniger als 1 Stunde“, „Mindestens 1 Mal pro Woche (aber nicht täglich)“, „Weniger als 1 Mal pro Woche“, „Nie oder fast nie“

Eine regelmäßige Passivrauchbelastung liegt vor, wenn Personen angeben, dass sie täglich oder mindestens 1 Mal pro Woche Passivrauch ausgesetzt sind. Ausgewiesen wird die regelmäßige Passivrauchbelastung von Nicht-Rauchenden.

#### **Ergebnisse - Rauchen: Passivrauchbelastung**

8 % der Bevölkerung, die selbst nicht rauchten, waren regelmäßig einer Passivrauchbelastung ausgesetzt. Für Männer traf das häufiger zu als für Frauen (11 % vs. 6 %).

Die höchste Exposition wurde bei jungen Erwachsenen festgestellt: Bei Frauen im Alter von 18 bis 29 Jahren gaben 16 % eine regelmäßige Passivrauchbelastung an. Bei Männern traf das außerdem noch auf die Gruppe der 30- bis 44-Jährigen zu (19 % bzw. 15 %). Mit zunehmendem Alter nahm die Passivrauchbelastung ab, besonders ab dem 65. Lebensjahr.

Bezüglich der Passivrauchbelastung bei Männern waren deutlich ausgeprägte Bildungsunterschiede festzustellen: Männer der oberen Bildungsgruppe waren signifikant seltener von regelmäßiger Passivrauchbelastung betroffen als Personen der unteren und mittleren Bildungsgruppe. Bei Frauen bestand dieser Gradient nicht.

Ein Trendvergleich der regelmäßigen Passivrauchbelastung mit früheren GEDA-Wellen ist aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden bzw. unterschiedlicher Fragestellungen derzeit nicht möglich.

Robert Koch-Institut (RKI) (2020) Rauchen – Gesundheit A bis Z. <https://www.rki.de/rauchen>

### RCstatE\_k3 - Rauchen: Tabakprodukte

Selbstangabe der Befragten: „Rauchen Sie Tabakprodukte, einschließlich Tabakerhitzer? Bitte schließen Sie elektronische Zigaretten oder ähnliche Produkte aus.“

Antwortkategorien: „Ja, täglich“, „Ja, gelegentlich“, „Nein, nicht mehr“, „Ich habe noch nie geraucht“

Dargestellt ist der Anteil derjenigen, die aktuell rauchen (täglich oder gelegentlich).

### Ergebnisse - Rauchen: Tabakprodukte

Fast ein Viertel der Frauen (24 %) und mehr als ein Drittel der Männer (34 %) rauchten täglich oder gelegentlich.

Beim Altersvergleich fällt auf, dass vor allem Jüngere rauchten: Bei Männern waren es 41 % in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen, in der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen sogar 45 %, also fast jeder Zweite. Bei den Frauen waren es in diesen Altersgruppen 30 %.

Rauchen war bei beiden Geschlechtern in der unteren Bildungsgruppe deutlich häufiger verbreitet als in der mittleren oder oberen Bildungsgruppe.

Ein Trendvergleich zwischen den GEDA-Wellen [1,2] ist aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden bzw. unterschiedlicher Fragestellungen nur eingeschränkt möglich.

Robert Koch-Institut (RKI) (2020) Rauchen – Gesundheit A bis Z. <https://www.rki.de/rauchen>

## Hinweise zur Nachnutzung der Daten

Offene Forschungsdaten des RKI werden auf GitHub.com, Zenodo.org und Edoc.rki.de bereitgestellt:

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

Darüber hinaus können die Scientific Usefiles der Studie auf [Antrag beim Epidemiologisches Daten- und Befragungszentrum](#) zur wissenschaftlichen Nachnutzung erhalten werden.

[https://www.rki.de/DE/Content/Forsch/FDZ/Datenangebot/GEDA\\_inhalt.html](https://www.rki.de/DE/Content/Forsch/FDZ/Datenangebot/GEDA_inhalt.html)

## Lizenz

Der Datensatz "Gesundheit in Deutschland aktuell - GEDA 2019/2020-EHIS" ist lizenziert unter der [Creative Commons Namensnennung 4.0 International Public License | CC-BY 4.0 International](#).

Die im Datensatz bereitgestellten Daten sind, unter Bedingung der Namensnennung des Robert Koch-Instituts als Quelle, frei verfügbar. Das bedeutet, jede\_r hat das Recht die Daten zu verarbeiten und zu

verändern, Derivate des Datensatzes zu erstellen und sie für kommerzielle und nicht kommerzielle Zwecke zu nutzen. Weitere Informationen zur Lizenz finden sich in der [LICENSE](#) bzw. [LIZENZ](#) Datei des Datensatzes.