



MÄRZ 2017
AUSGABE 7

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Journal of Health Monitoring

3	Focus	Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa
24	Focus	Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland
48	Fact sheet	12-Monats-Prävalenz des bekannten Diabetes mellitus in Deutschland
57	Fact sheet	12-Monats-Prävalenz von Bluthochdruck in Deutschland
64	Fact sheet	12-Monats-Prävalenz einer koronaren Herzkrankheit in Deutschland
70	Fact sheet	12-Monats-Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls in Deutschland





MÄRZ 2017
AUSGABE 7

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Journal of Health Monitoring

- | | | |
|-----|--------------------|---|
| 77 | Fact sheet | 12-Monats-Prävalenz von Allergien in Deutschland |
| 83 | Concepts & Methods | „Gesundheit in Deutschland aktuell“ – neue Daten für Deutschland und Europa Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS |
| 91 | Concepts & Methods | Diabetes-Surveillance in Deutschland |
| 105 | Supplement | Fragebogen zur Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“: GEDA 2014/2015-EHIS |

Autorinnen:

Angela Fehr, Cornelia Lange,
Judith Fuchs, Hannelore Neuhauser,
Roma Schmitz

Journal of Health Monitoring · 2017 2(1)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-004.2
Robert Koch-Institut



Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa

Abstract

Der demografische Wandel, neue Gesundheitsbedrohungen, gesundheitliche und Versorgungsungleichheiten in und zwischen Staaten der Europäischen Union (EU) stellen die Gesundheitssysteme in Europa vor große Herausforderungen. Viele Gründe sprechen dafür, vergleichbare Gesundheitsdaten in Europa zu erheben: Sie geben Aufschluss über die Verteilung von Risiko- und Schutzfaktoren, Prävalenzen chronischer Erkrankungen und die Versorgungssituation in den Mitgliedstaaten und unterstützen dadurch die Planung und Umsetzung (gesundheits-)politischer Maßnahmen. Seit 2013 erheben alle EU-Mitgliedstaaten verpflichtend im Rahmen der Europäischen Gesundheitsumfrage (European Health Interview Survey, EHIS) Daten zum Gesundheitszustand, zur gesundheitlichen Versorgung, den Gesundheitsdeterminanten und zur sozioökonomischen Lage ihrer Bürgerinnen und Bürger. In Deutschland ist der EHIS Teil des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (RKI). Das RKI bildet damit die Schnittstelle Deutschlands zu dem hier vorgestellten europäischen Gesundheitsmonitoring. Unterschiedliche Indikatorensysteme stützen das europäische Gesundheitsmonitoring. Zu ihnen zählen die Europäischen Kernindikatoren für Gesundheit (European Core Health Indicators, ECHI), die EU-Sozialindikatoren und die gesundheitsrelevanten Indikatoren der Europäischen Nachhaltigkeitsstrategie. Gespeist werden sie aus Routine- und Befragungsdaten, u.a. dem EHIS oder der EU-Umfrage zu Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC). Unterschiedliche Gesundheitssysteme, sozioökonomische Lagen oder Altersstrukturen müssen bei vergleichenden Auswertungen dieser Daten berücksichtigt werden. So sind Prävalenzunterschiede bei Allergien unter anderem auf die verfügbaren diagnostischen Maßnahmen zurückzuführen. Große Prävalenzunterschiede des Bluthochdrucks in Europa (20 Prozentpunkte bei Frauen, 17 Prozentpunkte bei Männern) hängen u.a. mit dem Bekanntheitsgrad der Hypertonie zusammen. Die Ergebnisse vergleichender Auswertungen können der Planung politischer Maßnahmen sowie dem Erfahrungsaustausch zwischen EU-Staaten dienen. Über eine neue geplante EU-Verordnung sollen zukünftig Gesundheits- und sozialstatistische Erhebungen inhaltlich und zeitlich stärker aufeinander abgestimmt werden. Darüber hinaus soll ein Forschungskonsortium (European Research Infrastructure Consortium, ERIC) geschaffen werden, um das europäische Gesundheitsmonitoring auszubauen und zu verstetigen.

📍 EUROPA · INDIKATOREN · GESUNDHEITSMONITORING · GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG · CHRONISCHE KRANKHEITEN

Infobox 1: Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union, Artikel 168 (Gesundheitswesen)

- (1) „Bei der Festlegung und Durchführung aller Unionspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt. Die Tätigkeit der Union ergänzt die Politik der Mitgliedstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der körperlichen und geistigen Gesundheit gerichtet. Sie umfasst die Bekämpfung der weit verbreiteten schweren Krankheiten, wobei die Erforschung der Ursachen, der Übertragung und der Verhütung dieser Krankheiten sowie Gesundheitsinformation und -erziehung gefördert werden; außerdem umfasst sie die Beobachtung, frühzeitige Meldung und Bekämpfung schwerwiegender grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren. [...]
- (2) Die Union fördert die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in den in diesem Artikel genannten Bereichen und unterstützt erforderlichenfalls deren Tätigkeit. [...]
- (3) Die Union und die Mitgliedstaaten fördern die Zusammenarbeit mit dritten Ländern und den für das Gesundheitswesen zuständigen internationalen Organisationen. [...]

1. Einleitung

Das Thema „Gesundheit“ hat sich als Aktionsfeld für die europäische Politik schrittweise entwickelt. In den 1950er Jahren unterstützte die Vorläuferorganisation der Europäischen Kommission die Mitgliedstaaten bei Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit der Beschäftigten in der Kohle- und Stahlindustrie. Heute umfasst die europäische Gesundheitspolitik Bereiche der Prävention und Kontrolle von Krankheiten ebenso wie Arzneimittelversorgung und Gesundheitsforschung. Allerdings liegt die Hauptzuständigkeit für Gesundheitspolitik und die gesundheitliche Versorgung der europäischen Bürgerinnen und Bürger weiterhin bei den Mitgliedstaaten. Die Europäische Union (EU) unterstützt, koordiniert oder ergänzt entsprechende Maßnahmen der Mitgliedstaaten (Art. 6, Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union - AEUV) [1]. Der Rahmen und die Zielsetzungen dieser ergänzenden Zuständigkeit der EU sind in Art. 168 des AEUV festgelegt; er betont darüber hinaus die Bedeutung von Gesundheit für alle Politikbereiche der Union ([siehe Infobox 1](#)).

Ergänzend dazu und angesichts der Herausforderungen an die Gesundheitssysteme – demografischer Wandel, Migration, Finanzkrise, neu aufkommende Gesundheitsbedrohungen (zum Beispiel Pandemien, Bioterrorismus oder Klimawandel), medizinisch-technologischer Fortschritt – wurde die EU-Gesundheitsstrategie „Gemeinsam für Gesundheit“ entwickelt. Sie unterstützt die Gesamtstrategie Europa 2020, deren Hauptziel es ist, Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit in der EU zu steigern. In diesem Rahmen sollen Investitionen in

die Gesundheitsversorgung auch dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen und soziale Ausgrenzung zu bekämpfen. Die Gesundheitsversorgungssysteme in der EU sollen sich darüber hinaus an übergeordneten Werten, d. h. flächendeckende Versorgung, Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung, Verteilungsgerechtigkeit und Solidarität, orientieren und die Geschlechterperspektive berücksichtigen [3].

Damit die europäischen Gesundheitssysteme angemessen auf die oben genannten Herausforderungen reagieren und Strategien zur Verbesserung der Gesundheit entwickeln können, sind regelmäßige Informationen zur Entwicklung der Lebensbedingungen, des Gesundheitszustands, des gesundheitlichen Verhaltens und der gesundheitlichen Versorgung von Menschen in Europa erforderlich. Gesundheitsdaten für Europa werden vom statistischen Amt der Europäischen Union (Eurostat), der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO-Regionalbüro für Europa) vorgehalten und in regelmäßigen Abständen veröffentlicht. Alle zwei Jahre erscheint der OECD-Bericht „Health at a Glance“ in Kooperation mit der Europäischen Kommission [4]. Das WHO-Regionalbüro für Europa gibt alle drei Jahre den „Europäischen Gesundheitsbericht“ heraus [5].

Die Berichte beruhen auf Indikatoren, die möglichst vergleichbar zwischen den einbezogenen Ländern sein sollten, und quantifizierte Aussagen zum Gesundheitszustand, dem Gesundheitsverhalten und den Determinanten für Gesundheit und Wohlbefinden ermöglichen. Im Folgenden werden EU-Indikatorensysteme und ihre Datenquellen vorgestellt sowie beispielhaft verglei-

(7) Bei der Tätigkeit der Union wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt [2].“

chende Auswertungen aus der zweiten Welle der Europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS 2) für ausgewählte chronische Erkrankungen. Abschließend werden Perspektiven und Limitationen eines europäischen Gesundheitsmonitorings diskutiert.

2. Gesundheitsindikatoren(-systeme) in der EU

Indikatoren sind standardisierte Maßzahlen, anhand derer Prozesse, Ergebnisse oder Veränderungen einmalig oder über einen Zeitraum abgebildet werden können [6–8]. Standardisierte Datenerhebungen auf der Grundlage europäischer Gesundheitsindikatoren sind von wesentlicher Bedeutung für die Gestaltung nationaler und europäischer Forschungs- und Gesundheitspolitiken [9]. Sie tragen zur Identifizierung und Schließung von Datenlücken ebenso bei wie zu einer datengestützten Objektivierung und wissenschaftlichen Orientierung gesundheitspolitischer Diskussionen. Zu den Indikatorensystemen mit Gesundheitsbezug in der EU gehören die Europäischen Kernindikatoren für Gesundheit, die europäischen Sozialindikatoren und die Indikatoren zur öffentlichen Gesundheit der EU-Strategie für nachhaltige Entwicklung. Sie werden im Folgenden näher beschrieben. Zahlreiche Schnittstellen zwischen diesen Systemen existieren, ebenso wie zu themenspezifischen Indikatorensätzen, beispielsweise zum Unfallgeschehen oder der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

2.1 Europäische Kernindikatoren für Gesundheit (ECHI)

Ende der 1990er Jahre beschloss die EU die „Festlegung gemeinschaftlicher Gesundheitsindikatoren“ [10]. In vier aufeinanderfolgenden Projekten (ECHI-1, ECHI-2, ECHIM, JA-ECHIM) wurde zwischen 1998 und 2012 die ECHI-Shortlist mit 88 Indikatoren erarbeitet (European Core Health Indicators/Europäische Kernindikatoren für Gesundheit). ECHI-Indikatoren speisen sich aus einer Fülle von Datenquellen, wobei im Hinblick auf die Vergleichbarkeit von Daten für jeden Indikator eine präferierte Datenquelle (z. B. Eurostat) und ein präferierter Datentyp (z. B. Surveydaten) definiert sind [11]. Ausgewählte Datenquellen für EU-Gesundheitsindikatoren werden in [Abschnitt 3](#) („Datenquellen für die EU-Gesundheitsindikatoren“) näher erläutert. Daten, die auf der Grundlage der ECHI-Indikatoren erhoben wurden, können in aggregierter Form über das öffentlich zugängliche ECHI Data Tool der EU abgerufen, heruntergeladen oder visualisiert werden [12].

Erklärtes Ziel war es, sich bei der Indikatorenauswahl nicht nur an der Datenverfügbarkeit zu orientieren [13]. Dementsprechend unterteilt sich die ECHI-Shortlist in drei Bereiche, die den unterschiedlichen Implementierungsgrad der Indikatoren abbilden: Für 67 Indikatoren („Implementation Section“) stehen Daten aus definierten internationalen Datenquellen im präferierten Datentyp zur Verfügung. Eine Gruppe von 14 Indikatoren („Work-in-Progress-Section“) ist konzeptionell und methodisch weit entwickelt, jedoch bestehen noch letzte Hürden zu ihrer europaweiten Umsetzung. Die dritte Gruppe („Development Section“) bilden Themen von gesundheitspolitischer Relevanz, deren konzeptionelle und methodische Ausar-

Infobox 2: EU-Sozialindikatoren

EU-Sozialindikatoren sind ein Instrument der im Jahr 2000 vom Europäischen Rat verabschiedeten Strategie zur Förderung von Wachstum, wirtschaftlicher Dynamik und sozialem Zusammenhalt in der EU („Lissabon-Strategie“). In der Sozialpolitik besitzt die EU geteilte bzw. koordinierende Zuständigkeit (Art. 4 und 5 AEUV) [1]. Zur Umsetzung der Ziele der Lissabon-Strategie wurde die „Offene Methode der Koordinierung“ (OMK) geschaffen. Sie sieht eine „freiwillige Selbstbeurteilung [der Mitgliedstaaten] auf Basis gemeinsamer Zielvorgaben [...]“ vor [18]. Sozialindikatoren sollen Selbstbeurteilung, Vergleiche und Benchmarking im Gesundheitsbereich bei der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege ermöglichen. Gestützt auf Sozialindikatoren findet seit dem Jahr 2005 die EU-Befragung über Einkommen und Lebensbedingungen (European Survey on Income and Living Conditions, EU-SILC) statt. Sie enthält ein „Mindestmodul zur Gesundheit“ (Minimum European Health Modul, MEHM), bestehend aus sieben Variablen [19].

beitung zu Indikatoren noch diskutiert wird [11]. Die Aufnahme eines neuen Indikators bzw. ein Transfer zwischen den Sektionen erfolgt auf der Grundlage eines konsentierten Kriterienkatalogs. Für alle Indikatoren liegen Dokumentationsbögen und für einen Großteil strukturierte Anmerkungen zu ihrer Vergleichbarkeit vor. Die Mehrheit der implementierten Indikatoren kann, wo angebracht, nach Alter, Geschlecht, Bildung und Region stratifiziert werden.

Die Umsetzung der Indikatoren in die Gesundheitsinformationssysteme der Mitgliedstaaten begann im Jahr 2005. In zahlreichen europäischen Staaten werden ECHI-Indikatoren für das nationale Gesundheitsmonitoring verwendet. Auch im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes werden Daten für Deutschland präsentiert, die nach den Definitionen der ECHI-Shortlist aufbereitet wurden. Die Weiterentwicklung der ECHI-Shortlist ist Gegenstand des aktuell von der EU geförderten BRIDGE Health-Projektes (BRIdging Information and Data Generation for Evidence-based Health policy and research). Das übergeordnete Ziel ist, die Liste der Indikatoren soweit möglich stabil zu halten. Es gibt jedoch verschiedene Gründe, die Aktualisierungen von Indikatoren erforderlich machen, wie Veränderungen der EU-Gesundheitsbefragungen, neue Public-Health-relevante Themen oder geänderte gesundheitspolitische Konzepte. Beispielhaft seien hier Weiterentwicklungen bei den konzeptuellen Ansätzen für Fragen nach Behinderung genannt. Konzentrierten sich diese vormals auf die Behinderung der Befragten, so liegt heute der Fokus auf den Einschränkungen der gesellschaftlichen Teilhabe [14]. [Abbildung 1](#) illustriert die Politikfelder, Sektionen und Daten der ECHI-Indikatoren.

Zu den nichtübertragbaren Erkrankungen, deren Prävalenzen aktuell auf der Grundlage der ECHI-Indikatoren abgebildet werden, zählen die Krebshäufigkeit sowie selbstberichtete Prävalenzen von Asthma, Diabetes mellitus, Depression und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD). Noch in der Entwicklung befinden sich Indikatoren zum akuten Myokardinfarkt (AMI), zu Schlaganfall und zu registerbasierten Prävalenzen von Asthma, COPD, Diabetes mellitus, Demenz und Depression. Auch Todesursachenstatistiken geben Aufschluss über das Krankheitsgeschehen in Europa; über den entsprechenden Indikator der ECHI-Shortlist (Indikator 13) werden 26 Todesursachen nach ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision) abgebildet. Todesursachenstatistiken bieten jedoch keine Angaben zu Krankheitsinzidenzen bzw. -prävalenzen. Dieses Informationsdefizit soll auch mit Blick auf chronische Erkrankungen durch zukünftige europaweite Erhebungen zu diagnosespezifischen Morbiditätsdaten beseitigt werden. Entsprechende Pilotstudien führt Eurostat zurzeit in Zusammenarbeit mit EU-Mitgliedstaaten durch [15].

2.2 Gesundheitsrelevante EU-Sozialindikatoren

Neben den Kernindikatoren zur Gesundheit bildet auch das System der EU-Sozialindikatoren Gesundheitsthemen ab. Sie sind eingebettet in den Kontext der EU-Sozialpolitik und betrachten im Schwerpunkt die Gesundheitsversorgung und die Langzeitpflege (siehe [Infobox 2](#); [Abbildung 2](#)).

Wichtige europäische Indikatorensysteme sind die Europäischen Kernindikatoren für Gesundheit (ECHI), die EU-Sozialindikatoren und die gesundheitsrelevanten Indikatoren der Europäischen Nachhaltigkeitsstrategie.

Unter der Strategie Europa 2020, die im Jahr 2010 auf die Lissabon-Strategie folgte, richtete sich die europäische Aufmerksamkeit verstärkt auf das Thema Gesundheit. Der EU-Jahreswachstumsbericht 2013

betonte die Notwendigkeit zu prüfen, wie die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten die doppelte Herausforderung bewältigen, Zugang zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und



Abbildung 1
ECHI-Shortlist –

Struktur, Datenbestände, Nutzung

Quelle: Eigene Darstellung nach [16, 17]

EU=Europäische Union; OECD=Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung; UN=Vereinte Nationen; WHO=Weltgesundheitsorganisation; ISARE=Indicateurs de Santé dans les Régions d'Europe; Eurostat=Statistisches Amt der Europäischen Union

gleichzeitig eine langfristige Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme sicherzustellen [18, 21]. Darüber hinaus sollten insbesondere Ungleichheiten zwischen Mitgliedstaaten, Regionen und sozioökonomischen Gruppen verringert werden [22]. Ein entsprechend erwei-

terter Indikatorensatz wird zurzeit auf der Ebene der EU unter Beteiligung der Mitgliedstaaten erarbeitet. Grundlage dafür bildet die Methode des „Gemeinsamen Bewertungsrahmens“ (Joint Assessment Framework, JAF) [23]. JAF-Health-Indikatoren sollen die Evidenzba-



EU=Europäische Union

Abbildung 2
EU-Sozialindikatoren –
Gesundheitsthemen, Datenquellen, Nutzung
 Quelle: Eigene Darstellung nach [20]

sierung der gesundheitspolitischen Aktivitäten der EU und der entsprechenden Empfehlungen an die Mitgliedstaaten stärken [24]. Der zurzeit zu entwickelnde Indikatorensatz setzt sich unter anderem aus EU-Sozialindikatoren und Indikatoren der ECHI-Shortlist zusammen. Zu ihnen zählen Outcome-Indikatoren wie die Lebenserwartung, die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre, der selbstberichtete Gesundheitszustand, Kindersterblichkeit und Todesursachen, Indikatoren über Zugänglichkeit und Qualität der Versorgung wie nicht-gedeckte Versorgungsbedarfe, Impfquoten, Vorsorgeuntersuchungen und vermeidbare Krankenhausaufenthalte sowie Indikatoren zu Gesundheitsdeterminanten (Tabak- und Alkoholkonsum, körperliche Aktivität, Übergewicht, Obst- und Gemüseverzehr). Als zusätzliche (sogenannte kontextuelle) Indikatoren werden die verwendeten Ressourcen der Gesundheitssysteme sowie soziodemografische Faktoren abgebildet [25]. Der Indikatorensatz unterscheidet EU-Indikatoren, nationale (NAT) Indikatoren sowie kontextuelle Indikatoren. Nur EU-Indikatoren können für Ländervergleiche zwischen Mitgliedstaaten herangezogen werden.

2.3 Nachhaltigkeitsindikatoren

Im Jahr 2001 verabschiedete der Europäische Rat die EU-Strategie für nachhaltige Entwicklung; sie wurde im Jahr 2006 erneuert. Die Öffentliche Gesundheit ist eines von zehn Themen, die die EU als besondere Herausforderung für eine nachhaltige Entwicklung identifizierte und für die Zielvorgaben, operative Ziele und Maßnahmen benannt werden. Entsprechende Fort-

schritte werden anhand von etwa 130 Indikatoren gemessen [26].

Schwerpunkte des Themenkomplexes „Öffentliche Gesundheit“ sind die Förderung gleicher Gesundheitsbedingungen für alle Bürgerinnen und Bürger und der verbesserte Schutz vor Gesundheitsbedrohungen. Indikatoren wie Lebenserwartung, gesunde Lebensjahre und die Sterberate durch chronische Erkrankungen spielen in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle, aber auch Daten zur Produktion toxischer Chemikalien, zur Belastung durch Luftverunreinigung oder Lärm und zu Arbeitsunfällen. Weitere Indikatoren sind der nicht erfüllte Bedarf an ärztlicher Versorgung sowie das Vorliegen einer lang andauernden Krankheit oder eines lang andauernden Gesundheitsproblems [27]. Die Nachhaltigkeitsindikatoren speisen sich u.a. aus gesundheitlichen Routinedaten sowie aus Sozial- und Wirtschaftserhebungen. Alle zwei Jahre wird ein Überwachungsbericht veröffentlicht; der jüngste Bericht erschien im September 2015 [28].

Aus der vorangehenden Darstellung wurde deutlich, dass Gesundheitsstatistiken der EU auf zahlreiche Erhebungen und Indikatorensätze zurückgreifen. Teilweise sind es genuine Gesundheitserhebungen, teilweise enthalten sie einzelne Module oder Variablen zur Gesundheit unter einem anderen, übergeordneten Themenkomplex. [Tabelle 1](#) gibt einen Überblick über Erhebungen und Indikatoren zu Gesundheit in Europa. Im folgenden Abschnitt werden die wichtigsten Datenquellen für Gesundheitsindikatoren näher beschrieben.

Tabelle 1
Datenbestände für europäische
Gesundheitsstatistiken
 Quelle: [27, 29]

	Schwerpunkt	Gesundheitsindikatoren
EHIS (Europäische Gesundheitsumfrage)*	Gesundheit	Demografie und sozioökonomische Lage, Gesundheitszustand, Gesundheitsfaktoren und Maßnahmen des Gesundheitswesens
EU-SILC (EU-Umfrage zu Einkommen und Lebensbedingungen)*	Einkommen und Lebensbedingungen	Gesundheitszustand und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens (Mindestmodul Gesundheit (MEHM), sieben Variablen)
EU-AKE (EU-Arbeitskräfteerhebung)*	Bedingungen und Trends auf dem Arbeitsmarkt	Zusatzmodule zur Beschäftigung behinderter Menschen (2002, 2011) sowie zu Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsbeschwerden (1999, 2007, 2013)
Gemeinsame Datenerhebung von OECD, Eurostat und der WHO auf dem Gebiet der Gesundheitsausgabenrechnung (System of Health Accounts, SHA)	Gesundheitsausgaben	u. a. Investitionskosten im Gesundheitssektor, Einnahmen aus Gesundheitsfinanzierungsprogrammen, Kostenbeiträge zur Erstellung von Gütern und Dienstleistungen im Gesundheitswesen, Gesundheitsausgaben nach wesentlichen Merkmalen der Leistungsempfänger
Gemeinsame Datenerhebung von OECD, Eurostat und der WHO Europa zu nichtmonetären Gesundheitsleistungen	Ressourcen und Maßnahmen des Gesundheitswesens	Krankenhausentlassungen, -verweildauer, medizinische Verfahren, ausgewählte präventive Maßnahmen und Konsultationen
Todesursachenstatistik	Todesursachen	Todesursachen nach ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
Arbeitsunfallstatistik	Arbeitsunfälle	Nicht-tödliche/tödliche Arbeitsunfälle
Statistik der diagnosespezifischen Morbidität (Pilotphase, reguläre Erfassung ggf. ab 2020)	Krankheitsinzidenzen/ -prävalenzen	Erkrankungen (Liste in der Entwicklung)

* geplante zukünftige Durchführung im gemeinsamen Rahmen für europäische Statistiken: Integrated European Social Statistics, IESS [30]

OECD=Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung; Eurostat=Statistisches Amt der Europäischen Union; WHO=Weltgesundheitsorganisation

3. Datenquellen für die EU-Gesundheitsindikatoren

Bereits bei der Konzeption und Entwicklung europäischer und internationaler Indikatorensysteme wird darauf geachtet, dass die Indikatoren mit Zahlen hinterlegt werden können. So werden aussagekräftige und vergleichbare Daten für alle einbezogenen Länder sichergestellt. Die einzelnen Indikatoren stammen dabei aus

unterschiedlichen Datenquellen und von unterschiedlichen Datenhaltern. Zu diesen zählen das Statistische Amt der EU (Eurostat), die europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) der Weltgesundheitsorganisation [31], die Datenbank der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit (OECD) [32] sowie themenspezifische internationale Berichtssysteme, z. B. zu Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum, zum Unfallgesche-

hen oder zum Umweltmonitoring. Datentypen sind amtliche Statistiken, Befragungs- und Routedaten. So liegen Daten zur Bevölkerung, zu Bevölkerungsvorausschätzungen, zur Mortalität und Lebenserwartung, zur Fertilität, Migration und Staatsbürgerschaft auf der Basis amtlicher Statistiken für alle EU-Mitgliedstaaten bei Eurostat vor. Wichtige Daten zum Arbeitsmarkt und zur Beschäftigung liefert die Europäische Arbeitskräfteerhebung (EU-AKE/EU Labour Force Survey, LFS), die von allen EU-Mitgliedstaaten, zwei EU-Beitrittskandidatenländern und drei Ländern der Europäischen Freihandelszone durchgeführt wird.

Wesentliche Surveydaten für Gesundheitsindikatoren auf europäischer Ebene stammen aus der EU-Befragung über Einkommen und Lebensbedingungen (European Survey on Income and Living Conditions, EU-SILC) und aus der Europäischen Gesundheitsumfrage (European Health Interview Survey, EHIS). Ein Viertel der implementierten ECHI-Indikatoren werden im Rahmen des EHIS erhoben [33].

3.1 EU-Befragung über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC)

Der EU-SILC ist die Referenzquelle der EU für vergleichbare statistische Daten über die Einkommensverteilung und soziale Eingliederung auf europäischer Ebene. Er liefert für die 28 EU-Mitgliedstaaten, für Island, Norwegen, die Schweiz und die Türkei zwei Arten jährlicher Daten:

- ▶ einen bestimmten Zeitpunkt oder eine bestimmte Zeitspanne betreffende Querschnittdaten über Einkommen, Armut, soziale Ausgrenzung und sonstige Lebensbedingungen,
- ▶ Längsschnittdaten über Veränderungen im Zeitablauf auf individueller Ebene, die periodisch über einen bestimmten Zeitraum, in der Regel vier Jahre, beobachtet werden.

EU-SILC beruht nicht auf einem gemeinsamen Fragebogen oder auf einer gemeinsamen Erhebung, sondern auf der Idee eines gemeinsamen „Rahmens“. Letzterer enthält eine harmonisierte Liste primärer (jährlicher) und sekundärer (alle vier Jahre oder in größeren Abständen erhobener) Zielvariablen, die an Eurostat zu übermitteln sind. Ebenso enthalten sind gemeinsame Leitlinien und Verfahren, gemeinsame Konzepte (Haushalt und Einkommen) und Klassifikationen, die der bestmöglichen Vergleichbarkeit der übermittelten Informationen dienen [34]. EU-SILC wurde auf der Basis der EU-Rahmenverordnung 1177/2003 im Jahr 2005 erstmals europaweit implementiert. In der Welle 2014 betrug der Stichprobenumfang in Deutschland 12.744 Haushalte und 22.695 Personen ab 16 Jahren.

Übergeordnetes Ziel und Hauptzweck von EU-SILC ist die Bereitstellung fundierter Entscheidungshilfen für die europäische und nationale Sozialpolitik. Aus EU-SILC werden sowohl monetäre als auch nicht-monetäre Sozialindikatoren ermittelt. Ein wichtiger Sozialindikator, der aus EU-SILC ermittelt wird, ist die Armutsgefährdungsquote [35]. Das in EU-SILC integrierte sogenannte Mindestgesundheitsmodul (Minimum European Health

Seit 2013 erheben alle EU-Mitgliedstaaten verpflichtend Gesundheitsdaten im Rahmen der Europäischen Gesundheitsumfrage (EHIS).

Module) [36] erfragt die selbsteingeschätzte Gesundheit, das Vorhandensein chronischer Krankheiten und dauerhafte Beeinträchtigungen bei alltäglichen Verrichtungen (Global Activity Limitation Indicator, GALI-Frage). Dieses Modul wird auch im EHIS abgefragt; Teile davon sollen perspektivisch auch in weiteren Surveys mit Gesundheitsbezug eingesetzt werden. Die Daten der GALI-Frage gehen in die Berechnung des Indikators „Gesunde Lebensjahre“ (Healthy Life Years, HLY), auch „behinderungsfreie Lebenserwartung“ genannt, ein. Unter der Lissabon-Strategie zählte er zur Kerngruppe der europäischen Strukturindikatoren. Sie bildet heute einen der beiden Leitindikatoren im Thema Öffentliche Gesundheit der EU-Nachhaltigkeitsstrategie. Zudem enthält EU-SILC Fragen zu Gründen nach Verzicht auf einen Arzt- bzw. Zahnarztbesuch, obwohl dieser medizinisch notwendig gewesen wäre [35].

3.2 Europäische Gesundheitsumfrage (EHIS)

2008 wurde in einer EU-Verordnung [37] festgelegt, dass die Mitgliedstaaten Gesundheitsstatistiken zu folgenden Bereichen liefern müssen: Gesundheitszustand und Gesundheitsdeterminanten, Todesursachen, Gesundheitsversorgung sowie Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und andere arbeitsbedingte Gesundheitsschäden. Die Daten zu dem Bereich Gesundheitszustand und Gesundheitsdeterminanten sollen vor allem aus der Europäischen Gesundheitsumfrage (European Health Interview Survey, EHIS) gewonnen werden, der alle fünf Jahre durchgeführt werden soll. Der EHIS ist ein Befragungssurvey und beruht auf den Selbstanga-

ben der Teilnehmenden. Es werden keine Messergebnisse erhoben, wie es in Untersuchungssurveys der Fall ist. Die erste Welle des EHIS wurde zwischen 2006 und 2009 durchgeführt. Sie war nicht verpflichtend. An EHIS₁ nahmen 17 Mitgliedstaaten teil [38]. Deutschland integrierte einen Teil des EHIS-Instruments in die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2010) des Robert Koch-Instituts (RKI) und lieferte Ergebnisse zu einigen Gesundheitsindikatoren an Eurostat.

Die Entwicklung der zweiten, verbindlich durchzuführenden Welle von EHIS startete mit einem intensiven Evaluationsprozess der ersten Welle. So wurden die Module zur psychischen Gesundheit, körperlichen Aktivität sowie zur Erfassung des Alkoholkonsums überarbeitet. Nach einem weiteren zweijährigen Arbeits- und Diskussionsprozess zur Erstellung des verbindlichen Fragenkatalogs wurde im Februar 2013 eine EU-Verordnung erlassen, in der die zu erhebenden Variablen des EHIS, Bezugsjahr und Grundgesamtheit sowie erforderliche Referenz-Metadaten festgelegt sind [39].

Der EHIS ist in vier Themenbereiche untergliedert: Gesundheitszustand (nach eigener Einschätzung), Gesundheitsversorgung, Gesundheitsdeterminanten sowie Hintergrundvariablen zur Demografie und zum sozioökonomischen Status. Um möglichst weitgehend vergleichbare Ergebnisse aus den Mitgliedstaaten zu erhalten, wurde von Eurostat zudem ein ausführliches Manual erarbeitet, das auch einen Musterfragebogen enthält [40]. Der deutschsprachige [Fragebogen](#) ist als Supplement dieser Ausgabe beigefügt. Die Datenerhebung sollte in den Referenzjahren 2013, 2014 oder 2015 erfolgen. In Deutschland wurde EHIS₂ in die

GEDA-Welle 2014/2015 integriert. Zusätzlich zu den EHIS-Fragen wurden in dieser Erhebung weitere nationale Fragen gestellt, um Zeitreihen fortsetzen bzw. Informationen zu spezifischen Public-Health-Aspekten erheben zu können.

In der EU-Verordnung zu EHIS sind alle Variablen, die erhoben werden sollen, einschließlich der Antwortkategorien aufgeführt. Die Art der Erhebungsmethodik sowie die Details der Durchführung stehen den Ländern frei. So kann der EHIS als eigenständige Erhebung („stand-alone survey“) durchgeführt werden, oder die EHIS-Fragen können in eine nationale Gesundheitsumfrage eingebettet werden. Letzterer Weg wurde in Deutschland beschritten. Ein [Beitrag zur Methodik von GEDA 2014/15-EHIS](#) findet sich in dieser Ausgabe. Ebenfalls verbindlich festgelegt ist die Grundgesamtheit (in privaten Haushalten lebende Personen ab 15 Jahren, deren üblicher Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Hoheitsgebiet des Mitgliedstaats liegt) sowie die von jedem Land zu erreichende Stichprobengröße (insgesamt rund 195.000 Befragte in den EU-Mitgliedstaaten). Zur Datenaufbereitung und Datenqualitätssicherung stellte Eurostat ausführliche Dokumente sowie elektronische Tools zur Verfügung. Im Anschluss an die Mikrodatalieferung an Eurostat erfolgen dort nochmals Plausibilitäts- und Vollständigkeitsprüfungen. Ein ausführlicher Qualitätsbericht, der entlang vorgegebener Kriterien von jedem teilnehmenden Land auszufüllen ist, enthält detaillierte Angaben zum methodischen Vorgehen der einzelnen Länder.

Aus den qualitätsgesicherten Daten berechnet Eurostat Indikatoren, die in der Regel nach Alter,

Geschlecht und Bildungsstatus stratifiziert sind. Diese können auf der Internetseite von Eurostat abgerufen werden [41].

4. Ergebnisse von EHIS: Beispiel „chronische Krankheiten“

EHIS liefert standardisierte und periodisch wiederkehrende, in allen Ländern erhobene Kernindikatoren für ein Gesundheitsmonitoring auf europäischer Ebene. Dabei trägt EHIS vor allem Indikatoren zu den Bereichen Gesundheitsstatus und Gesundheitsdeterminanten bei, für die bislang keine breite und zwischen den einzelnen Ländern vergleichbare Datengrundlage gegeben war. Neben der Verfügbarkeit über die europäischen Indikatorenssysteme (siehe oben) und der Möglichkeit, die Indikatoren über die Eurostat-Datenbank [41] abzurufen, werden die Indikatoren Eingang in die länderspezifische Gesundheitsberichterstattung finden. In Deutschland werden Fact sheets zu spezifischen Indikatoren über das [Journal of Health Monitoring](#) publiziert und über die Zeit auf der Grundlage der fortgeschriebenen Datenerhebung aktualisiert. Die Fact sheets in dieser Ausgabe beziehen sich auf Indikatoren zu ausgewählten chronischen Erkrankungen von besonderer Public-Health-Relevanz: [Koronare Herzkrankheit](#), [Schlaganfall](#), [arterielle Hypertonie](#), [Diabetes mellitus](#) und [Allergien](#). Weitere Indikatoren, darunter Arthrose, Asthma bronchiale und andere chronische Erkrankungen der unteren Atemwege (chronische Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Lungenemphysem) werden in der folgenden Übersicht kurz dargestellt und in nachfolgenden Ausga-

Unterschiedliche Gesundheitssysteme, sozioökonomische Lagen oder Altersstrukturen müssen bei vergleichenden Auswertungen der Daten berücksichtigt werden.

Tabelle 2

Chronische Erkrankungen in EHIS2

Quelle: Deutschsprachiger Fragebogen von GEDA 2014/15-EHIS (s. Supplement zu dieser Ausgabe)

ben des Journals of Health Monitoring schwerpunktmäßig behandelt.

Insgesamt wurden in EHIS Informationen zum Vorliegen von fünfzehn häufigen chronischen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen auf der Grundlage der folgenden Frage erhoben: „Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden?“ (englisch-sprachiger Musterfragebogen: „During the past 12 months, have you had any of the following diseases or conditions?“). Damit wird deutlich, dass hier die selbst wahrgenommene Erkrankung erfasst wird

Chronische Erkrankungen in EHIS2

Asthma, einschließlich allergisches Asthma
Chronische Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Lungenemphysem
Herzinfarkt, chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarktes
Koronare Herzerkrankung oder Angina pectoris
Bluthochdruck
Schlaganfall oder chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls
Arthrose
Beschwerden im unteren Rücken oder sonstige chronische Rückenleiden
Beschwerden im Nacken oder sonstige chronische Beschwerden an der Halswirbelsäule
Zuckerkrankheit/Diabetes (kein Schwangerschaftsdiabetes)
Allergien, wie Heuschnupfen, allergische Reaktionen der Augen oder der Haut, Lebensmittelallergien oder andere Allergien (kein allergisches Asthma)
Leberzirrhose oder andere chronische Lebererkrankungen
Harninkontinenz, Probleme die Blase zu kontrollieren
Chronische Nierenprobleme oder Nierenversagen
Depression

und nicht selbstberichtete ärztliche Diagnosen, Diagnosekriterien auf Basis objektiver Messwerte oder weitere krankheitsspezifische Informationen wie die Einnahme bestimmter Medikamente. Der Bezug auf die letzten 12 Monate wurde gewählt, weil aus gesundheitspolitischer Sicht aktuelle Prävalenzen in der Bevölkerung höheren Informationswert haben als Lebenszeitprävalenzen. Außerdem ist dadurch ein eindeutiger Bezug zu den ECHI-Indikatoren 21 a (selbst berichteter Diabetes), 23 a (selbst berichtete Depression), 26 a (selbst berichtetes Asthma), 27 a (selbst berichtete COPD) und 43 (selbst berichteter Bluthochdruck, jeweils 12-Monats-Prävalenzen) gegeben. [Tabelle 2](#) zeigt die zu erfassenden fünfzehn Erkrankungen im Rahmen der EHIS-2-Befragung.

Was den internationalen Vergleich betrifft, so darf nicht übersehen werden, dass Vergleiche zu den EHIS-Indikatoren über die Ländergrenzen hinweg wie in allen internationalen Indikatorensystemen immer mit Limitationen behaftet sind. Zum einen liegen diese Limitationen in den Indikatoren selbst begründet. Zum anderen müssen – trotz aller Bemühungen zur Vergleichbarkeit der Datenerhebung – immer zahlreiche länderspezifische Unterschiede in Lebenserwartung und Altersstruktur, Organisation und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, sozioökonomische Kontextfaktoren und kulturelle Faktoren bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden [42]. Ein bloßes Benchmarking im Sinne einer eindimensionalen Betrachtung der Rangfolge für einzelne Indikatoren ist daher nicht sinnvoll, zumal bislang keine altersstandardisierten Prävalenzen über die Eurostat-Datenbank abgerufen werden können.

Große Prävalenzunterschiede in Europa zeigen sich bei Arthrose, Bluthochdruck und Allergien.

Vor diesem Hintergrund dienen die [Abbildungen 3](#) und [4](#) dazu, die geschlechtsspezifische Prävalenz der oben genannten, ausgewählten chronischen Erkrankungen in Deutschland im Vergleich zum EU-Durchschnitt, einschließlich der Spannweite zwischen niedrigstem und höchstem Wert, darzustellen. Indikatoren, die sich auf Beschwerden beziehen, sehr niedrige Prävalenzen haben, oder die psychische Gesundheit betreffen, wurden bei dieser Analyse zunächst nicht berücksichtigt.

Es zeigt sich, dass die Prävalenzen in den EU-Mitgliedstaaten je nach Krankheit sehr variieren, die Verteilungsmuster zwischen Frauen und Männern aber kaum differieren. Während die Unterschiede bei Asthma bronchiale und anderen chronischen Erkrankungen der unteren Atemwege sowie bei Herzinfarkt, Schlaganfall, koronarer Herzkrankheit und Diabetes mellitus maximal 10 Prozentpunkte betragen, sind die Prävalenzunterschiede bei Bluthochdruck (20 Prozentpunkte bei Frauen, 17 Prozentpunkte bei Männern), Arthrose (29 Prozentpunkte bei Frauen, 15 Prozentpunkte bei Männern) und Allergien (35 Prozentpunkte bei Frauen, 25 Prozentpunkte bei Männern) wesentlich ausgeprägter.

Für die drei chronischen Erkrankungen mit der höchsten Prävalenz-Spannweite sind im Folgenden alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzen für Deutschland, jeweils wiederum im Vergleich zum EU-Durchschnitt, aufgezeigt ([Abbildung 5](#) und [Abbildung 6](#)). Für alle drei Erkrankungen zeigen sich die aus verschiedenen vorhergehenden Gesundheitssurveys in Deutschland [43–46] bekannten hohen Krankheitsprävalenzen. Bei beiden Geschlechtern liegen die Prävalenzschätzer für Arthrose und Bluthochdruck jeweils leicht, die Präva-

lenzschätzer für Allergien jeweils deutlich über dem EU-Durchschnitt. Ebenfalls in guter Übereinstimmung mit bereits in Deutschland vorliegenden Daten zeigt sich eine deutliche Altersabhängigkeit der Krankheitsprävalenzen: Es finden sich eine konsistente altersassoziierte Zunahme in der Prävalenz von Arthrose und Bluthochdruck und eine altersassoziierte Abnahme in der Prävalenz von Allergien bei Frauen und Männern [43–46]. Dies zeigen auch die Faktenblätter zu [Allergien](#) und [Bluthochdruck](#) in dieser Ausgabe.

Prävalenz von Arthrose

Befragte in Deutschland berichten etwas häufiger als der EU-Durchschnitt, dass sie von Arthrose betroffen sind. Insgesamt liegt bei Männern die Prävalenz-Spannbreite zwischen 1,8% und 17,1% (10,1% EU-weit, Deutschland 12,8%), bei Frauen zwischen 2,7% und 31,8% (18,0% EU-weit, Deutschland 20,9%). Die höheren Prävalenzen in Deutschland im Vergleich zum EU-Durchschnitt zeigen sich in allen Altersgruppen. Arthrose ist weltweit die häufigste Gelenkerkrankung. Sie betrifft überwiegend Personen in der zweiten Lebenshälfte und tritt mit zunehmendem Lebensalter vermehrt auf; Frauen sind häufiger betroffen als Männer [47]. Arthrose ist, im Gegensatz z. B. zu Diabetes mellitus, der im Rahmen von Check-Up-Untersuchungen über Blutzuckermessungen frühzeitig erkannt werden kann, eine Erkrankung, die in der Regel erst dann diagnostiziert wird, wenn Gelenkbeschwerden unterschiedlicher Lokalisation (häufig Hüfte, Knie, Arm und Hand, Schulter, Sprunggelenk, Fuß) vorliegen. Ob und in welchem Umfang diesen Beschwerden ein Gelenkverschleiß zugrunde liegt, kann

Abbildung 3
12-Monats-Prävalenz ausgewählter
Erkrankungen bei Frauen,
Deutschland im Vergleich zur EU 28
 Quelle: EHIS 2014/15

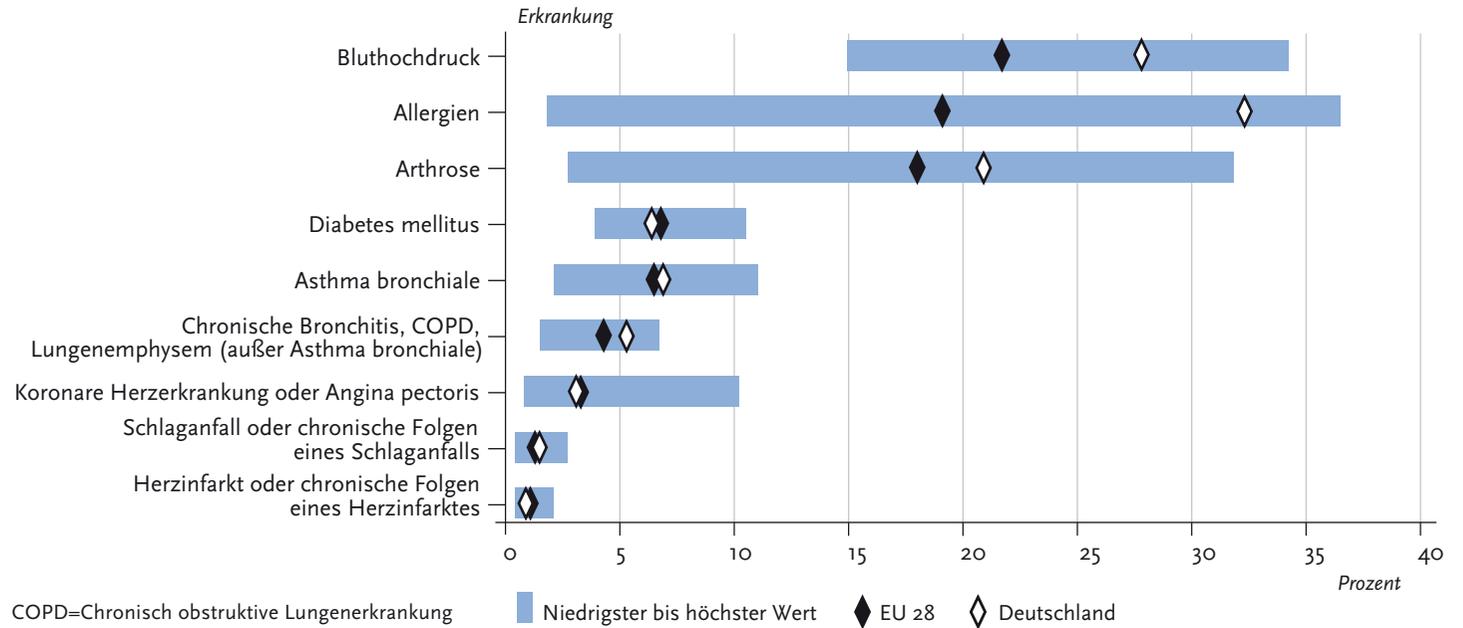


Abbildung 4
12-Monats-Prävalenz ausgewählter
Erkrankungen bei Männern,
Deutschland im Vergleich zur EU 28
 Quelle: EHIS 2014/15

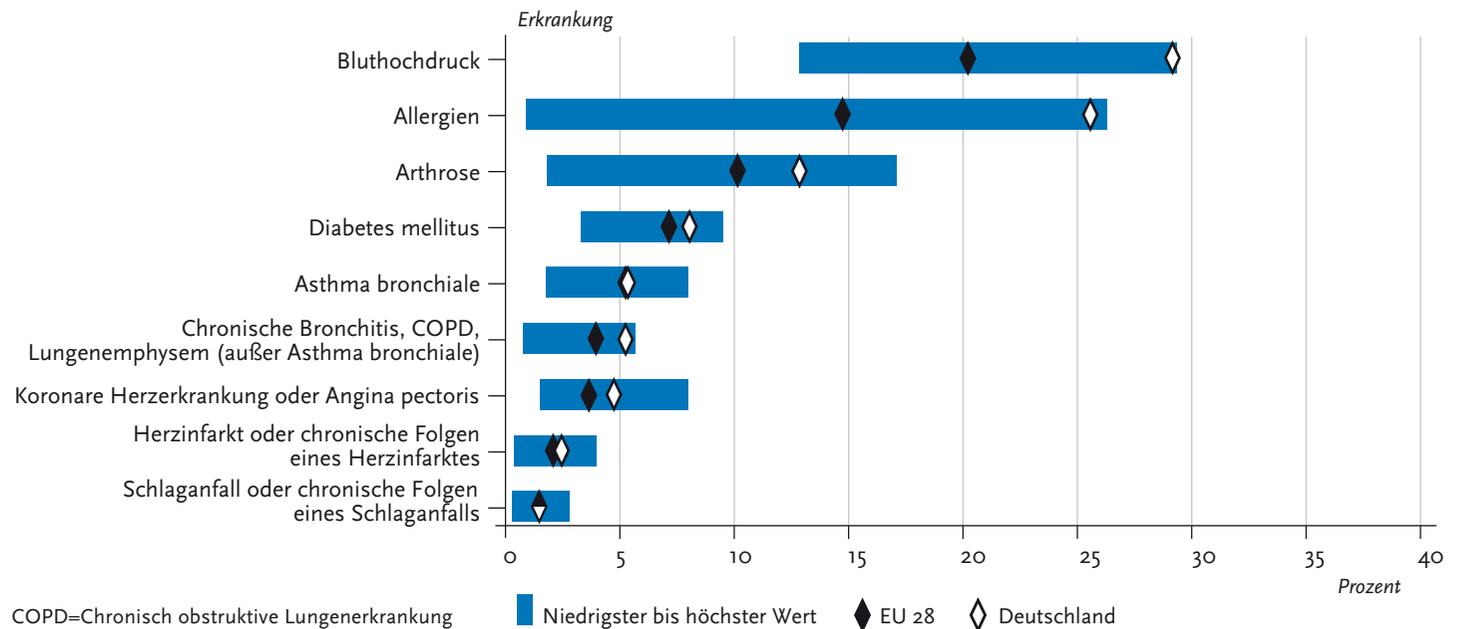


Abbildung 5
12-Monats-Prävalenz von Arthrose,
Bluthochdruck und Allergien bei Frauen,
Deutschland und EU 28, nach Alter
Quelle: EHIS 2014/15

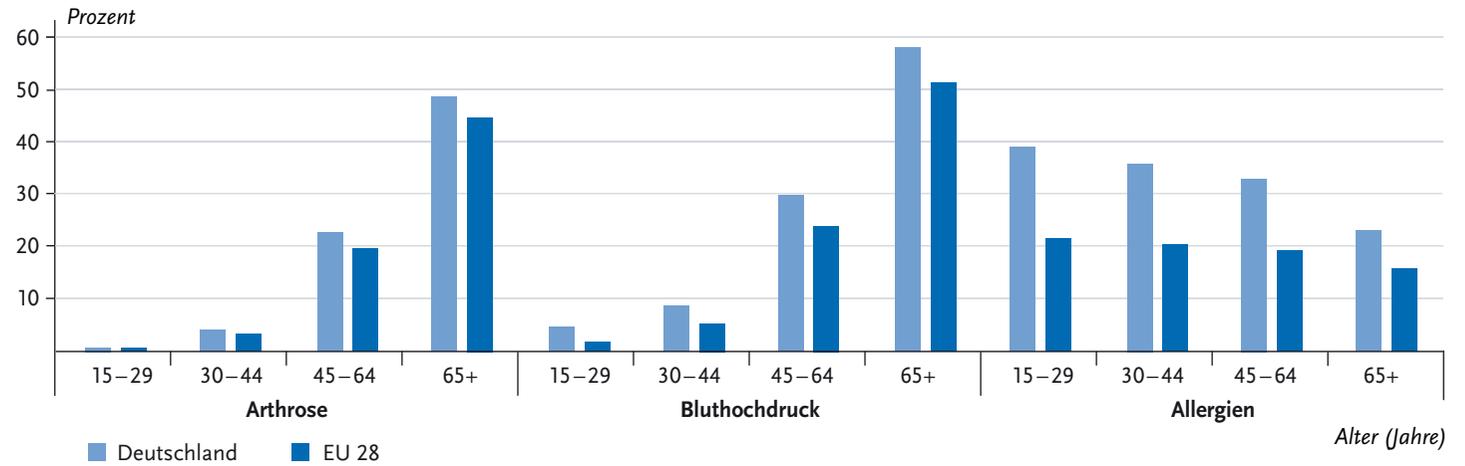
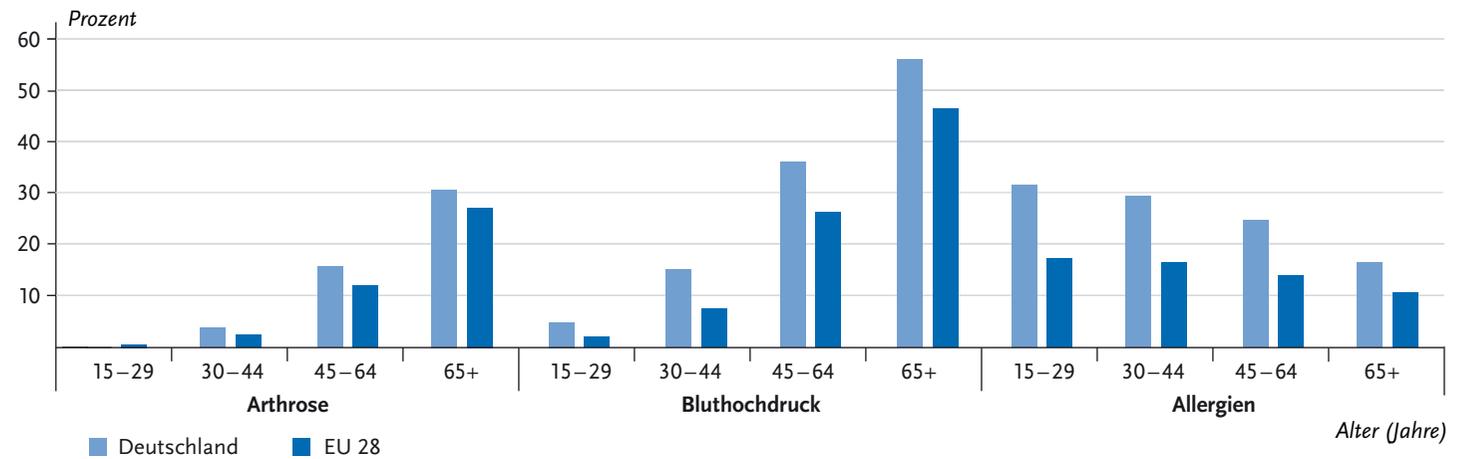


Abbildung 6
12-Monats-Prävalenz von Arthrose,
Bluthochdruck und Allergien bei Männern,
Deutschland und EU 28, nach Alter
Quelle: EHIS 2014/15



im Arztgespräch mit Unterstützung bildgebender Verfahren ermittelt werden. Sowohl die Wahrnehmung von Gelenkbeschwerden als auch die Diagnosestellung differieren in den einzelnen Ländern [48, 49]. Darüber hinaus werden auf die Frage nach „Arthrose“ oft Gelenk-

beschwerden verschiedener Art angegeben, die nicht zwingend auf einer diagnostizierten Arthrose basieren. Als häufige Risikofaktoren für Arthrose gelten Adipositas, frühere Gelenkverletzungen und schwere körperliche Arbeit, die in den EU-Ländern unterschiedlich verteilt

sind. Sie können einzeln und in Kombination zu den abgebildeten Prävalenzunterschieden beitragen.

Prävalenz von Hypertonie

Bei der Hypertonie sind auch aus Untersuchungssurveys große Prävalenzunterschiede zwischen europäischen Ländern bekannt [50]. Da sich nicht nur die Prävalenz der Hypertonie, sondern auch der Bekanntheitsgrad der Hypertonie zwischen europäischen Ländern unterscheidet, ist die große Spannbreite der Prävalenz des EHIS-Indikators „selbstberichtete Hypertonie in den letzten 12 Monaten“ innerhalb der EU nicht verwunderlich. So reicht die Spannbreite bei Männern von 12,9% bis 29,4% (EU-weit 20,2%, Deutschland 29,2%) und bei Frauen von 14,9% bis 34,2% (EU-weit 21,7%, Deutschland 27,8%). Dabei ist aus anderen Studien bekannt, dass die höheren Prävalenzen der selbstberichteten Hypertonie bei Frauen fast durchgehend in dem höheren Bekanntheitsgrad der Hypertonie begründet sind. Dagegen ist die Prävalenz der in Untersuchungssurveys diagnostizierten Hypertonie, die auch die unerkannte Hypertonie mit einschließt, in den meisten Bevölkerungen bei Männern höher [51]. Die EHIS-Prävalenzen für die bekannte Hypertonie sind zum Teil geringfügig, zum Teil erheblich niedriger als Prävalenzen für bekannte Hypertonie aus länderspezifischen Untersuchungssurveys [50]. Ein Grund könnte sein, dass durch die EHIS-Abfrage nicht sichergestellt ist, dass Befragte mit einer medikamentös gut eingestellten Hypertonie die Frage nach Bluthochdruck in den letzten 12 Monaten auch bejahen. Dies wäre bei der Überprüfung und Weiterentwicklung der EHIS-Indikatoren zu diskutieren. Für den

entsprechenden Indikator der ECHI-Shortlist (Indikator 43) wurde dieser Hinweis in die strukturierten Anmerkungen für die Überarbeitung aufgenommen [11].

Prävalenz von Allergien

Mit Blick auf Allergien sind relativ große Prävalenzunterschiede zwischen europäischen Ländern, aber auch weltweit, seit längerem bekannt. Im EU-Durchschnitt liegt die Allergieprävalenz laut Eigeneinschätzung bei 16,9%. Die Spannbreite reicht EU-weit von 1,4% bis 31,6%. Für Deutschland liegt die Prävalenz bei 29,0%. In der Spannbreite könnte einerseits zum Ausdruck kommen, dass das Risiko für Allergien steigt, je keimärmer ein Mensch aufwächst und je weniger sein Immunsystem Gelegenheit hat, sich ausreichend mit Erregern und Allergenen auseinanderzusetzen (Hygienehypothese [52]). Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass Kinder, die auf Bauernhöfen aufwachsen, deutlich seltener von Allergien betroffen sind. Andererseits umfasst der Indikator „Allergie“ eine Vielzahl unterschiedlicher Krankheiten, vermutlich auch sogenannte Pseudoallergien (z. B. Nahrungsmittelunverträglichkeiten), mit vielfältiger Symptomatik und Krankheitschwere. Sowohl die Wahrnehmungsbreite als auch die praktische Anwendung von Allergiediagnostik und -testung sowie von spezifischer Immuntherapie (Hyposensibilisierung) sind in den einzelnen Ländern unterschiedlich [53].

5. Diskussion und Ausblick

Chronische Erkrankungen gehören zu den großen Herausforderungen, auf die sich nicht nur die EU-Mit-

Zur Unterstützung der Planung und Umsetzung gesundheitspolitischer Maßnahmen in Europa sind vergleichbare Gesundheitsdaten notwendig.

gliedstaaten einstellen müssen. Internationale und europäische Vergleiche auf der Grundlage gemeinsamer Indikatoren können die Perspektiven der nationalen Gesundheitsberichterstattung ergänzen und auf (gesundheits-)politischen Handlungsbedarf hinweisen. Sie können ebenfalls die Grundlage für einen Erfahrungsaustausch zwischen EU-Mitgliedstaaten bilden. Hierbei sind jedoch Einschränkungen aus methodischer und struktureller Perspektive zu berücksichtigen, die eine europäische und internationale Vergleichbarkeit erschweren. So können Daten, die für internationale Vergleiche aus Datenbanken von Eurostat, der WHO oder der OECD verarbeitet werden oder die aus speziellen Erhebungen stammen, von den Daten abweichen, die auf nationaler Ebene für denselben Sachverhalt verwendet werden. Des Weiteren können sich aus einem nationalen Datensatz verschiedene Werte für identische Tatbestände (z. B. Sterblichkeitsraten) ergeben, wenn nationale Daten für einen internationalen Vergleich altersstandardisiert wurden. Ebenso können unterschiedliche statistische Verfahren zu Unterschieden zwischen nationalen und internationalen Ergebnissen führen. Für ECHI-Indikatoren, die nicht über die EHIS-Umfrage erfasst werden, für die aber Daten aus anderen internationalen Quellen vorliegen, wurden entsprechende „Hinweise zur Vergleichbarkeit“ (remarks on comparability) erstellt. Sie erläutern diejenigen Faktoren, die bei länderübergreifenden Vergleichen berücksichtigt werden müssen oder die zu Brüchen in Zeitreihen bei der Datenerhebung geführt haben. Ebenfalls müssen kontextuelle Faktoren bei der Interpretation von Länder- und Regionenvergleichen

berücksichtigt werden. Dazu gehören die Heterogenität der Versorgungsstrukturen in Europa, die unterschiedliche Verfügbarkeit relevanter Daten (Informationsungleichheit) ebenso wie kulturelle Unterschiede im Verständnis von und im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Dies zeigen beispielhaft auch die hier vorgestellten Auswertungen der EHIS-Daten.

Zahlreiche Projekte auf europäischer Ebene befördern die Weiterentwicklung von Sozial- und Gesundheitsindikatoren und damit die Verbesserung der Datenlage und Vergleichbarkeit. So stützten sich bisher die unterschiedlichen sozialstatistischen Befragungen in Europa auf eigene Verordnungen. Im Zuge einer Modernisierung der europäischen Sozialstatistik sollen diese Befragungen zukünftig unter dem Dach einer gemeinsamen Rahmenverordnung zusammengeführt werden (Integrated European Social Statistics, IESS). Damit soll eine tragfähige Datengrundlage zur Stärkung der sozialen Ziele der EU geschaffen werden. Der Prozess wurde im Jahr 2014 eingeleitet; er soll zwischen 2017 und 2018 verabschiedet sowie 2019 umgesetzt werden.

Ebenfalls mit dem Ziel, bessere und vergleichbare Informationen über die Gesundheit der Menschen in Europa zu erhalten und gesundheitspolitische Aktivitäten auf diese Evidenz zu stützen, werden aktuell Planungen für die Schaffung eines Europäischen Gesundheitsinformationssystems vorangetrieben. Die bevorzugte Struktur hierfür ist die eines Konsortiums für eine europäische Forschungsinfrastruktur (European Research Infrastructure Consortium on Health Information for Research and Evidence-based Policy, HIREP-ERIC). Ein solches Konsortium ist eine interna-

tionale Einrichtung, die von den an ihr beteiligten Staaten getragen wird und nicht nur Mitgliedern der EU, sondern auch Drittstaaten und Sonderorganisationen offensteht. Wesentliche Vorbereitungen dazu finden im EU-geförderten BRIDGE Health-Projekt (2015–2017) statt (<http://www.bridge-health.eu>). Zu den wichtigsten Aktivitäten wird die Weiterentwicklung der ECHI-Indikatoren gehören und ihre zunehmende Implementierung in die Systeme der EU-Mitgliedstaaten, der EU-Beitrittskandidatenländer sowie der Staaten der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA). Eine nachhaltige EU-Infrastruktur für Gesundheitsinformation bietet den Rahmen, die zeitliche Kontinuität und die Plattform für den Expertenaustausch, die dazu erforderlich sind. Das übergeordnete Ziel ist es, die Verfügbarkeit und die Vergleichbarkeit von gesundheitsrelevanten Daten in Europa zu verbessern, die Wissensbasis für eine Politikberatung zu stärken und den Wissensaustausch in Europa zu fördern.

Literatur

1. Grupp CD (2012) Politikbereiche der Europäischen Union. Herausgeber „aktion europa“ (Bundesregierung, Europäische Kommission, Europäisches Parlament), Berlin
2. Europäische Union (2009) Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union, Amtsblatt der Europäischen Union C 326, S. 47–390
3. Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2007) Weißbuch. Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013, Brüssel
4. Organisation for Economic Co-operation and Development/ European Union (OECD/EU) (2016) Health at a Glance: Europe 2016. OECD Publishing, Paris
5. Weltgesundheitsorganisation (WHO) Regionalbüro für Europa (2015) Der Europäische Gesundheitsbericht 2015. Der Blick über die Ziele hinaus - neue Dimensionen der Evidenz. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
6. Thelen J, Kirsch N, Hoebel J (2012) Gesundheit in Europa - Daten des Gesundheitsmonitorings der EU. GBE kompakt 3(6) Robert Koch-Institut Berlin
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012_6_EU-Gesundheitsmonitoring.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 02.03.2013)
7. The Virtual Knowledge Centre to End Violence against Women and Girls (2017) Indicators.
<http://www.endvawnow.org/en/articles/336-indicators.html> (Stand: 07.02.2017)
8. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) (2003) Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder.
http://www.gbe-bund.de/pdf/Indikatorenatz_der_Laender_2003.pdf (Stand: 01.03.2017)
9. European Commission, Directorate-General Health and Food Safety (2017) Public health. Health indicators. Policy.
http://ec.europa.eu/health/indicators/policy_en (Stand: 01.03.2017)
10. Europäische Union (1997) Beschluß Nr. 1400/97/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30. Juni 1997 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft für Gesundheitsberichterstattung innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1997–2001). Amtsblatt Vol L 193, S. 0001 - 0010
11. Verschuuren M, Achterberg PW, Herbers MM, Vijge E, van der Wilk EA, Kramers PGN (2012) ECHI Indicator development and documentation - Joint Action for ECHIM Final Report Part II. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), Bilthoven
12. European Commission (2017) ECHI Data Tool.
http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators_en (Stand: 01.03.2017)
13. Verschuuren M, Gissler M, Kilpelainen K et al. (2013) Public health indicators for the EU: the joint action for ECHIM (European Community Health Indicators & Monitoring). Arch Public Health 71(1):12
14. Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2008) Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen (2010) Europäische Strategie zugunsten von Menschen mit Behinderungen 2010–2020: Erneueretes Engagement für ein barrierefreies Europa
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:52010DC0636&from=DE> (Stand: 02.03.2017)

15. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2015) Morbidity statistics - methodology http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Morbidity_statistics_-_methodology (Stand: 01.03.2017)
16. European Commission, Directorate-General Health and Food Safety (2017) Public health. Health indicators. ECHI. http://ec.europa.eu/health/indicators/echi_en (Stand: 05.01.2017)
17. European Commission (2016) The European Core Health Indicators (ECHI). Fact Sheet. http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/indicators/docs/echi_factsheet2_en.pdf (Stand: 05.01.2017)
18. Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2008) Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. „Ein erneuertes Engagement für ein soziales Europa: Verstärkung der offenen Koordinierungsmethode für Sozialschutz und soziale Eingliederung“ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=celex:52008DCo418> (Stand 01.03.2017)
19. Jörger N (2003) Strukturindikatoren - Messung der Fortschritte im Rahmen der Lissabonner Strategie. Wirtschaft und Statistik 12:1083-1090
20. Europäische Kommission (2017) Beschäftigung, Soziales und Integration. EU-Sozialindikatoren. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=756&langId=de> (Stand 01.03.2017)
21. Scherb J (2012) Lissabon-Strategie (Lissabon-Prozess). In: Bergmann J (Hrsg) Handlexikon der Europäischen Union, Nomos, Baden-Baden
22. Europäische Kommission (2014) Mitteilung der Kommission zu wirksamen, zugänglichen und belastbaren Gesundheitssystemen. https://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_de.pdf (Stand 01.03.2017)
23. European Commission, Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG, The Employment Committee, The Social Protection Committee (2010) Foundations and structures for a Joint Assessment Framework (JAF), including an Employment Performance Monitor (EPM) to monitor the Employment Guidelines under Europe 2020. COM-EMCO-SPC report, Brüssel
24. European Commission, Social Protection Committee, Indicators' Sub-group (2014) Towards a Joint Assessment Framework in the Area of Health. Work in progress: 2014 update. <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=13723&langId=en> (Stand: 01.03.2017)
25. European Commission, Social Protection Committee, Indicators' Sub-group (o.D.) Guiding principles for the selection of indicators and statistics. <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=10422&langId=en> (Stand: 02.03.2017)
26. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Indikatoren für nachhaltige Entwicklung. <http://ec.europa.eu/eurostat/de/web/sdi/indicators> (Stand: 1.12.2016)
27. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Indikatoren für nachhaltige Entwicklung: Öffentliche Gesundheit. <http://ec.europa.eu/eurostat/de/web/sdi/indicators/public-health> (Stand: 1.12.2016)
28. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2015) Sustainable development in the European Union – 2015 monitoring report of the EU Sustainable Development Strategy. Statistical books. Publications Office of the European Union, Luxembourg
29. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2017) Eurostat Health Methodology. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/methodology> (Stand: 10.01.2017)
30. Europäische Union (2016) Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zur Schaffung eines gemeinsamen Rahmens für europäische Statistiken über Personen und Haushalte auf der Grundlage von Einzelpersonendaten aus Stichprobenerhebungen http://eur-lex.europa.eu/procedure/DE/2016_264 (Stand: 01.03.2017)
31. Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2017) Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB). <http://www.euro.who.int/de/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db> (Stand: 01.03.2017)
32. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2016) OECD Health Statistics 2016. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> (Stand: 08.02.2017)
33. Public Health Evaluation and Impact Assessment Consortium (PHEIAC) (2013) Evaluation of the use and impact of the European Community Health Indicators ECHI by Member States - Final Report. http://ec.europa.eu/health/indicators/docs/echi_report_v20131031.pdf (Stand: 02.03.2017)
34. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Eurostat Income and Living Conditions. Overview. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/overview> (Stand: 23.11.2016)

35. Statistisches Bundesamt (2016) Wirtschaftsrechnungen. Leben in Europa (EU-SILC). Einkommen und Lebensbedingungen in Deutschland und der Europäischen Union. 2014. Fachserie 15 Reihe 3. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
36. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2017) Eurostat Glossary. Statistics Explained. Minimum European Health Module. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Minimum_European_Health_Module_%28MEHM%29 (Stand: 02.03.2016)
37. Europäische Union (2008) Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 2008 zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz (Text von Bedeutung für den EWR). In: Europäische Union (Hrsg), ABl. L 354 vom 31.12.2008, Vol 1338/2008
38. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2017) Eurostat Glossary: European health interview survey (EHIS) http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_%28EHIS%29 (Stand: 07.02.2017)
39. Europäische Union (2013) Verordnung (EU) Nr. 141/2013 der Kommission vom 19. Februar 2013 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz in Bezug auf Statistiken auf der Grundlage der Europäischen Gesundheitsumfrage (EHIS). In: Europäische Union (Hrsg), ABl. L 47 vom 20.2.2013, S. 20–48
40. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2013) European Health Interview Survey (EHIS wave 2). Methodological manual. Methodologies and Working papers. Publications Office of the European Union, Luxembourg
41. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2017) Eurostat Database Health. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database> (Stand: 06.01.2017)
42. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Wo steht Deutschland im europäischen Vergleich? Gesundheit in Deutschland, Kapitel 10. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/10_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 01.03.2017)
43. Fuchs J, Rabenberg M, Scheidt-Nave C. (2013) Prävalenz ausgewählter muskuloskelettaler Erkrankungen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(678-686) <http://edoc.rki.de/docviews/abstract.php?lang=ger&id=2980> (Stand: 01.03.2017)
44. Langen U, Schmitz R, Steppuhn H (2013) Häufigkeit allergischer Erkrankungen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) Bundesgesundheitsbl 56:698-706 <https://edoc.rki.de/oa/articles/reSp8YqnpVo/PDF/2oxkoigE-oFU4w.pdf> (Stand: 01.03.2017)
45. Neuhauser H, Thamm M, Ellert U (2013) Blutdruck in Deutschland 2008–2011. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56:795-801 <http://edoc.rki.de/oa/articles/re8KOEo8EndiU/PDF/27o1T-skanfuvA.pdf> (Stand: 01.03.2017)
46. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA12.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 01.03.2017)
47. Zhang Y JJ-M (2010) Epidemiology of osteoarthritis. Clin Geriatr Med 26(3):355-369
48. Schaap LA, Peeters GM, Dennison EM et al. (2011) European Project on OsteoArthritis (EPOSA): methodological challenges in harmonization of existing data from five European population-based cohorts on aging. BMC Musculoskelet Disord 12:272
49. eumusc.net. (2012) Musculoskeletal Health in Europe. Report v5.0. <http://www.eumusc.net/myUploadData/files/Musculoskeletal%20Health%20in%20Europe%20Report%20v5.pdf> (Stand: 02.03.2017)
50. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN et al. (2016) Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies From 90 Countries. Circulation 134(6):441-450
51. Sarganas G, Neuhauser HK (2016) The persisting gender gap in hypertension management and control in Germany: 1998 and 2008–2011. Hypertens Res 39(6):457-466
52. Strachan DP (1989) Hay fever, hygiene, and household size. British Medical Journal 299(6710):1259-1260
53. Ring J, Bachert C, Bauer CP et al. (Hrsg) (2010) Weißbuch Allergie in Deutschland. Urban&Vogel, München

Corrigendum zu Seite 18

In der ursprünglichen Version des Beitrags wurde im Abschnitt „Prävalenz von Allergien“ statt der Gesamtprävalenz für Frauen und Männer nur die Prävalenz für Frauen berichtet. Der Satz wurde in der vorliegenden Version wie folgt korrigiert: „Im EU-Durchschnitt liegt die Allergieprävalenz laut Eigeneinschätzung bei 16,9%. Die Spannweite reicht EU-weit von 1,4% bis 31,6%. Für Deutschland liegt die Prävalenz bei 29,0%.“



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

Impressum**Journal of Health Monitoring****Institution der beteiligten Autorinnen**

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

Korrespondenzadresse

Dr. Cornelia Lange

Robert Koch-Institut

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

General-Pape-Str. 62–66

12101 Berlin

E-Mail: LangeC@rki.de

Interessenkonflikt

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

Herausgeber

Robert Koch-Institut

Nordufer 20

13353 Berlin

Redaktion

Dr. Franziska Prütz, Martina Rabenberg,

Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,

Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese

Robert Koch-Institut

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

General-Pape-Str. 62–66

12101 Berlin

Tel.: 030-18 754-3400

E-Mail: healthmonitoring@rki.de

www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise

Fehr A, Lange C, Fuchs J et al. (2017) Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa.

Journal of Health Monitoring 2(1): 3–23

DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-004.2

ISSN 2511-2708



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

Autorinnen und Autoren:

Laura Frank¹, Rahsan Yesil-Jürgens¹,
Oliver Razum², Kayvan Bozorgmehr³,
Liane Schenk⁴, Andreas Gilsdorf¹,
Alexander Rommel¹, Thomas Lampert¹

Journal of Health Monitoring · 2017 2(1)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-005
Robert Koch-Institut

¹ Robert Koch-Institut, Berlin

² Universität Bielefeld

³ Universitätsklinikum Heidelberg

⁴ Charité-Universitätsmedizin Berlin

Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland

Abstract

Aufgrund von Krieg und Zerstörung mussten in den letzten Jahren viele Menschen ihre Heimat verlassen und eine große Anzahl an Asylsuchenden und Flüchtlingen suchte in europäischen Ländern Schutz. In den Jahren 2015 und 2016 haben in Deutschland insgesamt mehr als eine Million Menschen Asyl beantragt. Dies wiederum stellt die bestehenden Strukturen der gesundheitlichen Versorgung vor große Herausforderungen. Aus Sicht von Public Health stellt sich die Frage nach der Gesundheit und dem Versorgungsbedarf von Asylsuchenden und Flüchtlingen. Der vorliegende Beitrag beschreibt zum einen Ausmaß und gesetzliche Rahmenbedingungen der Zuwanderung nach Deutschland in den vergangenen zwei Jahren. Zum anderen widmet er sich der Frage nach der Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen.

Dabei fällt auf, dass zur gesundheitlichen Situation dieser Bevölkerungsgruppe bislang keine repräsentativen Daten vorliegen. Die bisherigen Studien weisen geringe Fallzahlen auf, sind regional begrenzt und schwer vergleichbar. Des Weiteren werden die medizinischen Erstaufnahmeuntersuchungen in den Bundesländern nicht hinreichend standardisiert durchgeführt. Die bestehenden Befunde legen nahe, dass Versorgungs- und Handlungsbedarf vor allem in den Bereichen der psychischen Erkrankungen, der chronischen Erkrankungen sowie bei Kindern asylsuchender Familien besteht. In der Bestandsaufnahme wird deutlich, dass eine überregionale und systematische Erfassung von validen Informationen notwendig ist, um Prävention und Versorgung bedarfsgerecht ausrichten zu können. Aktuell zielen zahlreiche Initiativen darauf ab, die Datenlage in Deutschland zu verbessern. Perspektivisch werden die neu angestoßenen Initiativen die Datenlage zur gesundheitlichen Lage von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland spürbar verbessern und können über den Transfer in Politik und Gesellschaft zu sachlichen Debatten und evidenzbasierten Entscheidungen beitragen.

ASYLUSUCHENDE · FLÜCHTLINGE · MEDIZINISCHE VERSORGUNG · ÜBERTRAGBARE ERKRANKUNGEN · NICHTÜBERTRAGBARE ERKRANKUNGEN



Infobox: Asylsuchende und Flüchtlinge

Asylsuchende und Flüchtlinge sind Teilgruppen der Bevölkerung mit Migrationshintergrund (d. h. die betreffende Person selbst oder mindestens ein Elternteil ist nach Deutschland zugewandert). Als Asylsuchende werden im Folgenden alle Personen bezeichnet, die sich in Deutschland aufhalten und sich gerade im Asylprozess befinden oder eine Duldung gemäß § 60a Aufenthaltsgesetz haben. Dies schließt alle Asylsuchenden, Asylbewerberinnen und Asylbewerber und geduldete Personen und damit auch Minderjährige ein. Als Flüchtlinge werden im Folgenden alle Personen bezeichnet, die nach der Genfer Flüchtlingskonvention „Schutz vor Verfolgung aufgrund ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung suchen“ (§ 3 Abs.1 Asylgesetz).

1. Einleitung

Die Zahl der Menschen, die aufgrund von Krieg, Verfolgung oder anderen Notsituationen flüchten und Schutz in Deutschland suchen, ist im Laufe der Jahre 2015 und 2016 stark angestiegen. Auch wenn die Zahlen aufgrund der stärkeren Sicherung der Außengrenzen der europäischen Union (EU) und der Unterbrechung der wichtigsten Fluchtrouten derzeit rückläufig sind, bestehen weitgehend unveränderte Herausforderungen für die Versorgung und Integration von Asylsuchenden und Flüchtlingen (siehe Infobox [Asylsuchende und Flüchtlinge](#)). Aus Sicht von Public Health steht dabei die Frage nach der Gesundheit und dem Bedarf an gesundheitlicher Versorgung im Vordergrund. Ebenso ist danach zu fragen, inwieweit die Versorgungsstrukturen und -angebote sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen den zum Teil spezifischen Bedarfen von Asylsuchenden und Flüchtlingen gerecht werden.

Bislang fehlt es in Deutschland wie auch in den meisten anderen EU-Ländern an Daten, die Auskunft über die gesundheitliche Situation und die Versorgungsbedarfe von Asylsuchenden und Flüchtlingen geben könnten. Der Großteil der vorliegenden Studien weist nur kleine Fallzahlen auf und ist lokal begrenzt [1]. Die Daten werden zumeist nicht einheitlich erfasst und sind daher nur schwer miteinander vergleichbar [2]. Gleichzeitig wurden kürzlich zahlreiche Initiativen angestoßen, um eine belastbare Datengrundlage für die gesundheitswissenschaftliche Forschung und Gesundheitsberichterstattung sowie für politische Entscheidungen und Maßnahmen zu schaffen. Diese Initiativen

zielen unter anderem auf eine Vereinheitlichung der Daten ab, die im Rahmen der Erstaufnahmeuntersuchungen erhoben werden, und auf die Nutzung von Leistungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen. Mit Blick auf Asylsuchende und Flüchtlinge, die länger in Deutschland bleiben, wird auch eine Erweiterung großangelegter Studien, wie der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts, angestrebt.

Der vorliegende Beitrag führt die Erkenntnisse zur gesundheitlichen Situation und Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland zusammen. Diese Bestandsaufnahme verdeutlicht, welche Daten- und Informationsdefizite bestehen und welche Schwierigkeiten sich aus den rechtlichen Rahmenbedingungen für die Datennutzung aber auch für die gesundheitliche Versorgung ergeben. Schlussendlich werden die Initiativen zur Verbesserung der Datenlage detaillierter beschrieben. Doch zunächst werden einleitend die Besonderheiten des Asylantragsverfahrens in Deutschland sowie die Entwicklung der Asylantrags- und Flüchtlingszahlen erörtert.

2. Die rechtlichen Rahmenbedingungen des Asylverfahrens

Das Asylrecht für politisch Verfolgte ist ein im Grundgesetz (Artikel 16a Grundgesetz (GG)) verankertes Grundrecht. Der Ablauf des Asylverfahrens ist im Asylgesetz (AsylG) geregelt und in [Abbildung 1](#) vereinfacht dargestellt. Sobald eine Person mit ausländischer Staatsangehörigkeit das Anliegen äußert, Asyl in Deutschland zu beantragen, zum Beispiel bei den Grenzbehörden, den

Ausländerbehörden, den Sicherheitsbehörden oder den Aufnahmeeinrichtungen, wird sie registriert und an die nächstgelegene Erstaufnahmeeinrichtung des jeweiligen Bundeslandes verwiesen. Diese kümmert sich um die Unterbringung der Asylsuchenden und informiert die nächstgelegene Außenstelle des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge. Dort müssen die Asylsuchenden anschließend persönlich einen Asylantrag stellen. Zuvor stellt das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge jedoch am Einzelfall fest, ob ein anderes Land als Deutschland nach der so genannten Dublin-III-Verordnung (Verordnung (EU) Nr. 604/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013) für die Prüfung des Asylantrags zuständig ist und ob der/die Asylsuchende dorthin überstellt werden kann (im Folgenden „Dublin-Verfahren“). In der Regel ist dies das Land, über welches die Europäische Union als erstes betreten wurde. Durch die stark gestiegene Zahl von Asylsuchenden insbesondere in den südeuropäischen Staaten mit EU-Außengrenzen (Griechenland, Italien) wird diese Regelung jedoch kaum noch umgesetzt. Nur noch sehr wenige Asylsuchende werden daher nach dem Dublin-Verfahren in andere Länder überstellt. Wenn man aus einem EU-Mitgliedstaat oder einem sicheren Drittstaat nach Deutschland einreist, erhält man nach der „Drittstaatenregelung“ aus dem Jahr 1993 in Deutschland kein Asyl aufgrund von politischer Verfolgung. Eine Anerkennung als Flüchtling nach der Genfer Flüchtlingskonvention ist hingegen auch in einem solchen Fall möglich.

Minderjährige Schutzsuchende, die ohne Begleitung eines für sie verantwortlichen Erwachsenen nach Deutschland kommen (unbegleitete Minderjährige),

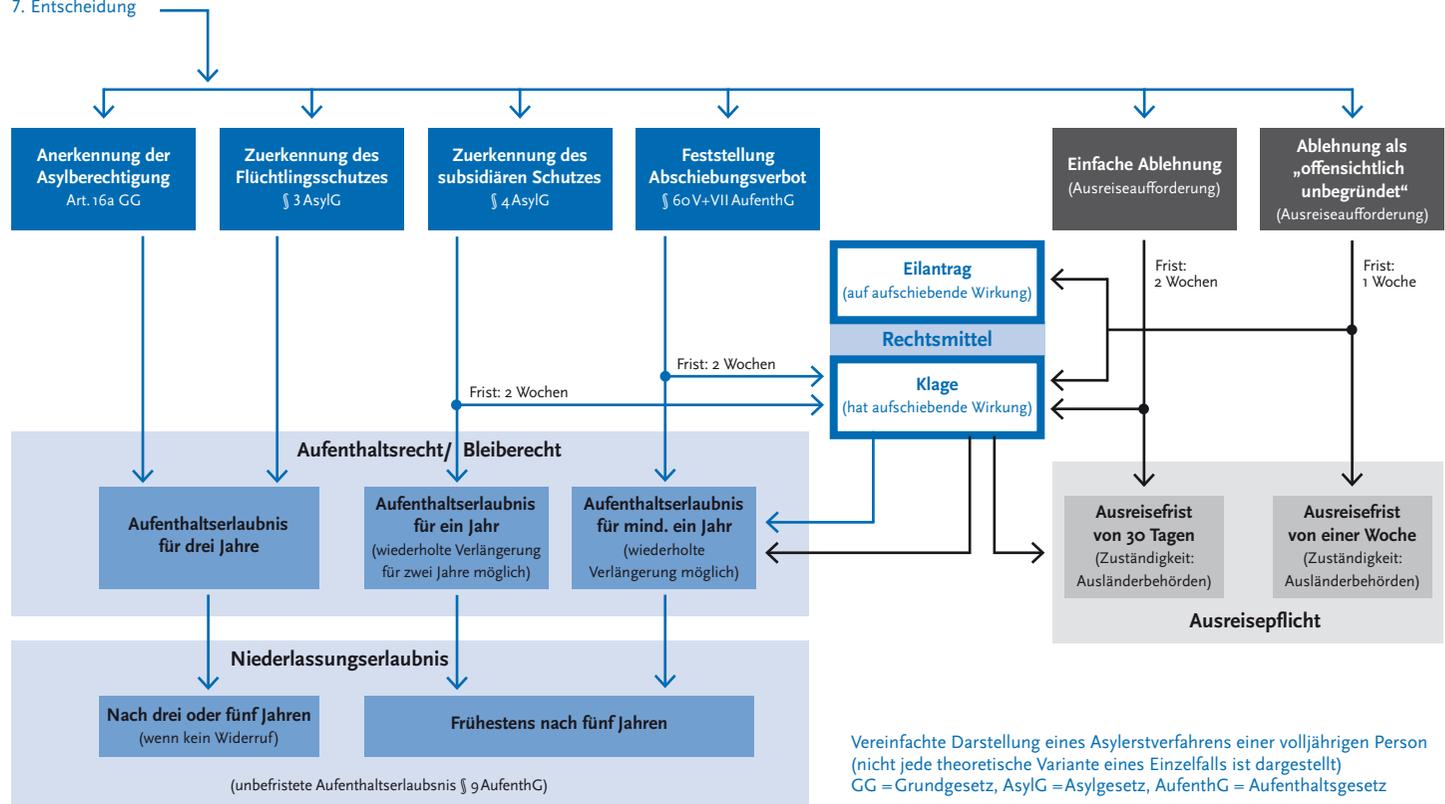
nimmt das örtlich zuständige Jugendamt gemäß §§ 42, 42a Sozialgesetzbuch (SGB) VIII in Obhut und stellt sie unter Vormundschaft. In einem anschließenden „Clearingverfahren“ wird die Situation des unbegleiteten Minderjährigen umfassend abgeklärt. Hierzu zählen die Feststellung der Identität, die Suche nach Familienangehörigen, in Zweifelsfällen die Abklärung des Alters, die Einschätzung der gesundheitlichen Lage, die Klärung des Aufenthaltsstatus und die Entscheidung, ob ein Asylantrag gestellt wird.

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge entscheidet über jeden Asylantrag nach einer inhaltlichen Prüfung und einer persönlichen Anhörung. Zu den sogenannten Sachentscheidungen gehören die Anerkennung als Asylberechtigter gemäß Artikel 16a GG, die Anerkennung als Flüchtling gemäß § 3 Absatz 1 AsylG, die Gewährung von subsidiärem Schutz gemäß § 4 Absatz 1 AsylG oder die Ablehnung des Asylantrags ([Abbildung 1](#)) [3]. Personen, die als Asylberechtigter oder Flüchtling anerkannt wurden, erhalten eine Aufenthaltserlaubnis für drei Jahre. Danach wird in der Regel eine Niederlassungserlaubnis, das heißt ein unbefristeter Aufenthalt, in Deutschland erteilt [3]. Wird eine Person mit ausländischer Staatsangehörigkeit nicht als „Flüchtling“ anerkannt, so erlangt sie „subsidiären Schutz“, wenn ihr in ihrem Herkunftsland ernsthafter Schaden droht. Die Aufenthaltserlaubnis beträgt in diesem Fall lediglich ein Jahr, kann aber verlängert werden. Wird ein Asylantrag abgelehnt, so prüft das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, ob im Herkunftsland eine konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht. In diesem Fall wird ein Abschiebungsverbot nach § 60 Absatz 5 oder 7 des

Aufenthaltsgesetzes (AufenthG) genehmigt. Kann auch kein Abschiebungsverbot gewährt werden, so erfolgt die Ausreiseaufforderung mit Abschiebungsandrohung. Wird ein Asylantrag als „unbegründet“ oder „offensichtlich unbegründet“ abgelehnt, so beträgt die Ausreisefrist 30 Tage beziehungsweise eine Woche. Der/Die Asylsuchende kann Einspruch gegen die Entscheidung des

Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge erheben. Neben den Sachentscheidungen gibt es die formellen Entscheidungen. Hierzu gehören die Entscheidungen nach dem Dublin-Verfahren, Verfahrenseinstellungen wegen Antragsrücknahme durch den Asylsuchenden und Entscheidungen im Folgeantragsverfahren dahingehend, dass kein weiteres Asylverfahren durchgeführt wird [4].

1. Ankunft und Registrierung in Deutschland
2. Erstverteilung der Asylbegehrenden (EASY) auf die Bundesländer
3. Meldung und Unterbringung in der zuständigen Aufnahmeeinrichtung
4. Persönliche Asylantragstellung beim Bundesamt
5. Prüfung des Dublin-Verfahrens
6. Persönliche Anhörung beim Bundesamt
7. Entscheidung



Vereinfachte Darstellung eines Asylverfahrens einer volljährigen Person (nicht jede theoretische Variante eines Einzelfalls ist dargestellt)
 GG = Grundgesetz, AsylG = Asylgesetz, AufenthG = Aufenthaltsgesetz

Abbildung 1
Ablauf des deutschen Asylverfahrens
 Quelle: modifiziert nach Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [3, 5]

3. Die zeitliche Entwicklung der Asylantragszahlen

Nach Angaben des Bundesinnenministeriums kamen im Jahr 2015 890.000 Asylsuchende nach Deutschland [6]. Vorherige Schätzungen waren von bis zu 1,1 Millionen Asylsuchenden ausgegangen. Die Differenz zwischen diesen beiden Zahlen resultiert insbesondere aus Doppelregistrierungen im System der Erstverteilung der Asyl begehrenden (EASY). Im EASY-System werden die Asylsuchenden ausschließlich nach den Kriterien Herkunftsland und Zielort erfasst und anonymisiert auf die Bundesländer verteilt. Weiter- oder Rückreisen berücksichtigt das EASY-System nicht [6]. Das Datenaustauschverbesserungsgesetz, das seit Februar 2016 gilt, reduziert mittlerweile das Risiko von Mehrfacherfassungen, indem die biometrischen Daten von Asylsuchenden in der Regel erhoben werden, sobald diese ein formloses Asylgesuch äußern [7].

Des Weiteren lag die Zahl der EASY-Registrierungen im Jahr 2015 deutlich über den etwa 480.000 Asylanträgen. Eine Erklärung hierfür ist, dass aufgrund von personellen Engpässen beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge Asylanträge nur verzögert entgegengenommen und bearbeitet wurden. Inzwischen hat sich dieses Verhältnis umgekehrt. Die Zahl der neu eingereisten Asylsuchenden ist zwar deutlich zurückgegangen, da nun aber viele der noch ausstehenden Anträge bearbeitet werden, bewegt sich die Zahl der Asylanträge auf einem hohen Niveau. Im Jahr 2015 wurden insgesamt 476.649 Asylanträge, darunter 441.899 Asylerst- und 34.750 Asylfolgeanträge, gestellt [4]. Die Antragszahlen sind im Vergleich zum Vorjahr um 155,3 % angestiegen. Im Jahr 2016 waren es 745.545 Anträge, darunter 722.370 Erst- und 23.175 Folgeanträge [8]. Dies bedeutet eine Erhöhung der Asylantragszahlen um 56,4 % im Vergleich

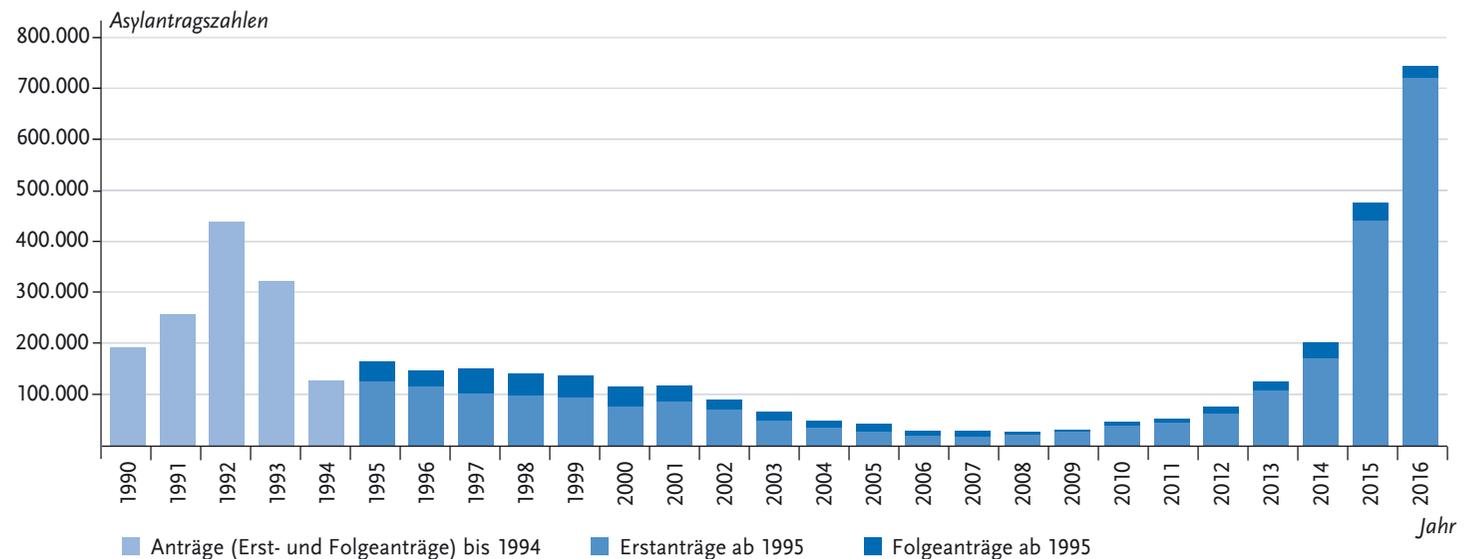


Abbildung 2
Entwicklung der Asylantragszahlen
seit 1990 in Deutschland
Quelle: Bundesamt für Migration
und Flüchtlinge [8]

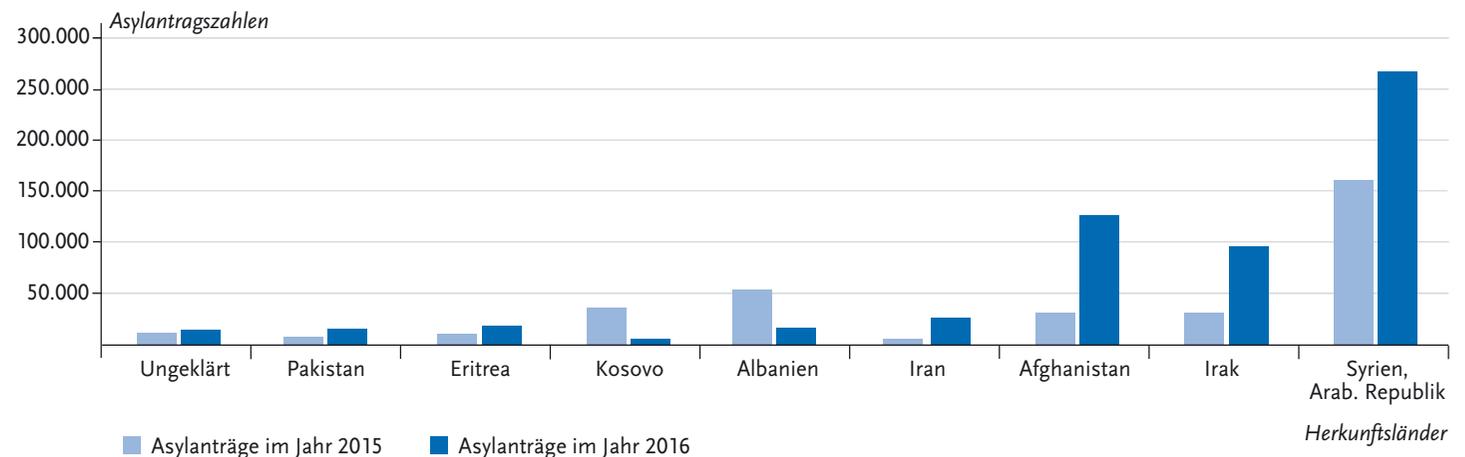
zu 2015. Ende Dezember 2016 gab es aber immer noch 433.719 anhängige Asylverfahren beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [9]. **Abbildung 2** beschreibt die langfristige Entwicklung der Antragszahlen, die bereits im Jahr 1992 einen ersten Höhepunkt erreichten, dann aber unter anderem nach Einführung der Drittstaatenregelung im Jahr 1993 bis zum Jahr 2008 deutlich gesunken sind. Seitdem zeigt sich wieder eine jährliche Steigerung der Asylantragszahlen.

Zu den zuwanderungsstärksten Ländern in den Jahren 2015 und 2016 gehörten Syrien, Afghanistan und der Irak (**Abbildung 3**). Im Jahr 2016 entfielen drei Viertel aller gestellten Asylerstanträge auf diese drei Länder (Syrien 36,9 %, Afghanistan 17,6 %, Irak 13,3 %) [8]. Ein deutliches Absinken der Asylantragszahlen ist zwischen 2015 und 2016 bei Menschen aus Albanien und Kosovo zu erkennen, die im Herbst 2015 zu sicheren Herkunftsländern erklärt wurden [10].

Die Mehrheit der Asylerstantragsteller in den Jahren 2015 (69,2 %) [4] und 2016 (65,7 %) [8] war männlich. Diese Geschlechterverteilung zeigte sich über alle Altersjahrgänge, lediglich in der Altersgruppe „65 Jahre und älter“ war der Anteil an Antragstellerinnen größer (2015: 53,4 %, 2016: 54,2 %). Die Mehrheit der Antragstellenden war unter 30 Jahre (2015: 71,1 %, 2016: 73,8 %) und ein Drittel dieser Asylsuchenden war jünger als 18 Jahre [4, 8].

Besonders die Zahl der Asylerstanträge von unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden hat sich im Jahr 2015 im Vergleich zu 2014 mit insgesamt 14.439 Anträgen mehr als verdreifacht. Die meisten unbegleiteten Minderjährigen kamen 2015 aus Afghanistan (32,9 %), gefolgt von Syrien (27,6 %), Eritrea (9,3 %) und dem Irak (9,3 %) [4]. Für das Jahr 2016 ist ein weiterer Anstieg dieser Zahlen auf 35.939 Asylerstanträge von unbegleiteten Minderjährigen zu sehen [11].

Abbildung 3
Entwicklung der Asylantragszahlen
der zugangsstärksten Herkunftsländer
in den Jahren 2015 und 2016
Quelle: Bundesamt für Migration
und Flüchtlinge [4, 9]



3.1 Entscheidungen über Asylanträge im Jahr 2015 und 2016 vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge

Die nachfolgende Übersicht gibt Auskunft über die Entscheidungen und Entscheidungsquoten der Asylanträge des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge für die Jahre 2015 und 2016 (Tabelle 1). Bezieht man die Entscheidungen zugunsten eines Bleiberechts (Asyl- und Flüchtlingsanerkennung, subsidiärer Schutz und Abschiebungsverbot) auf die Gesamtzahl der Entscheidungen im entsprechenden Zeitraum, ergibt sich die „Gesamtzuschutzquote“ [4]. Insgesamt wurden im Jahr 2015 282.726 Asylanträge entschieden, mit einer Gesamtzuschutzquote von 49,8% [12]. Im Vergleich hierzu stieg im Jahr 2016 sowohl die Anzahl der entschiedenen Asylanträge auf 695.733 als auch die Gesamtzuschutzquote auf 62,4% [8]. Die Gesamtzuschutzquote fällt je nach Herkunftsland sehr unterschiedlich aus. Bei Personen aus Syrien lag sie im Jahr 2016 bei 98,0%, bei Personen aus Albanien hingegen bei 0,4% [9].

Die meisten Menschen, deren Asylantrag erfolgreich war, erhalten den Status als anerkannter Flüchtling. Nur ein geringer Anteil bekommt nach dem Grundgesetz Asyl gewährt. Von allen Asylsuchenden, deren Asylantrag im Jahr 2015 entschieden wurde, wurden 48,5% als Flüchtling anerkannt (Tabelle 1). Unter diesen erhielten wiederum nur 0,7% die Rechtstellung als Asylberechtigte. Im Jahr 2016 lagen diese beiden Quoten bei 36,8% beziehungsweise 0,3%. Der Anteil an Personen, denen subsidiärer Schutz gewährt wurde, ist im Jahr 2016 hingegen auf 22,1% gestiegen (2015: 0,6%) [8].

3.2 Die Verteilung von Asylsuchenden auf die Bundesrepublik Deutschland

Die Zuteilung von Asylsuchenden zu einer Erstaufnahmeeinrichtung in die Bundesländer hängt zum einen von den aktuellen Aufnahmekapazitäten ab. Da die Außenstellen des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge zudem für verschiedene Herkunftsländer

Tabelle 1
Entscheidungen und Entscheidungsquoten über Asylanträge im Jahr 2015 und 2016
Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [8]

	2015		2016	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Entscheidungen über Asylanträge gesamt	282.726		695.733	
Gesamtzuschutzquote	140.915	49,8%	433.920	62,4%
Sachentscheidungen				
Rechtstellung als Flüchtling (§ 3 Abs.1 AsylG, Art. 16a GG)	137.136	48,5%	256.136	36,8%
darunter Anerkennungen als Asylberechtigte (Art. 16a GG und Familienasyl)	2.029	0,7%	2.120	0,3%
Gewährung von subsidiärem Schutz (§ 4 Abs.1 AsylG)	1.707	0,6%	153.700	22,1%
Feststellung eines Abschiebungsverbotes (§ 60 Abs. 5 o. 7 AufenthG)	2.072	0,7%	24.084	3,5%
Ablehnungen (unbegründet und offensichtlich unbegründet abgelehnt)	91.514	32,4%	173.846	25,0%
Formelle Entscheidungen	50.297	17,8%	87.967	12,6%

Die Datenlage zur gesundheitlichen Situation und zur Versorgung von Asylsuchenden muss verbessert werden, um verlässliche Informationen zu erhalten.

der Asylsuchenden zuständig sind, wird die Zuteilung zum anderen auch vom Ort der jeweiligen Außenstelle mitbestimmt. Zudem gibt es Aufnahmequoten für

die einzelnen Bundesländer gemäß des sogenannten „Königsteiner Schlüssels“ (gemäß § 45 AsylG). Er regelt die Verteilung der Asylwerber auf die Erstaufnahmeeinrichtungen der Bundesländer. Dieser berechnet sich jährlich anhand der Steuereinnahmen und der Bevölkerungszahlen des jeweiligen Bundeslandes. Seit dem 1. November 2015 werden auch unbegleitete Minderjährige nach dem Königsteiner Schlüssel bundesweit verteilt (gemäß § 42c, 42d SGB VIII) [13]. Zunächst nehmen die Jugendämter vor Ort die unbegleiteten Minderjährigen in Obhut. Danach sollen die Bundes- und Landesverwaltungsämter die Minderjährigen im Umkreis des betreffenden Jugendamtes unterbringen. Wenn das Bundesland seine Quote schon erfüllt hat, wird der unbegleitete Minderjährige auf das nächstgelegene Land verteilt.

In [Abbildung 4](#) ist die Verteilung der Asylsuchenden nach dem Königsteiner Schlüssel für das Jahr 2015 dargestellt. Die Zuteilung erfolgt proportional zur Bevölkerungszahl der einzelnen Bundesländer. Daher ergibt sich der höchste Anteil mit 21,2 % für Nordrhein-Westfalen und der geringste mit 0,9 % für Bremen. Die Verteilungsregelung berücksichtigt allerdings nicht die unterschiedlichen gesundheitlichen und sozialen Bedarfe der Asylsuchenden: Besonders vulnerable Gruppen wie Kinder, Ältere und Frauen mit besonderen Bedarfen finden sich in größerer Zahl in Bundesländern mit niedrigerem Steueraufkommen wie Bremen, Berlin und Nordrhein-Westfalen [14].

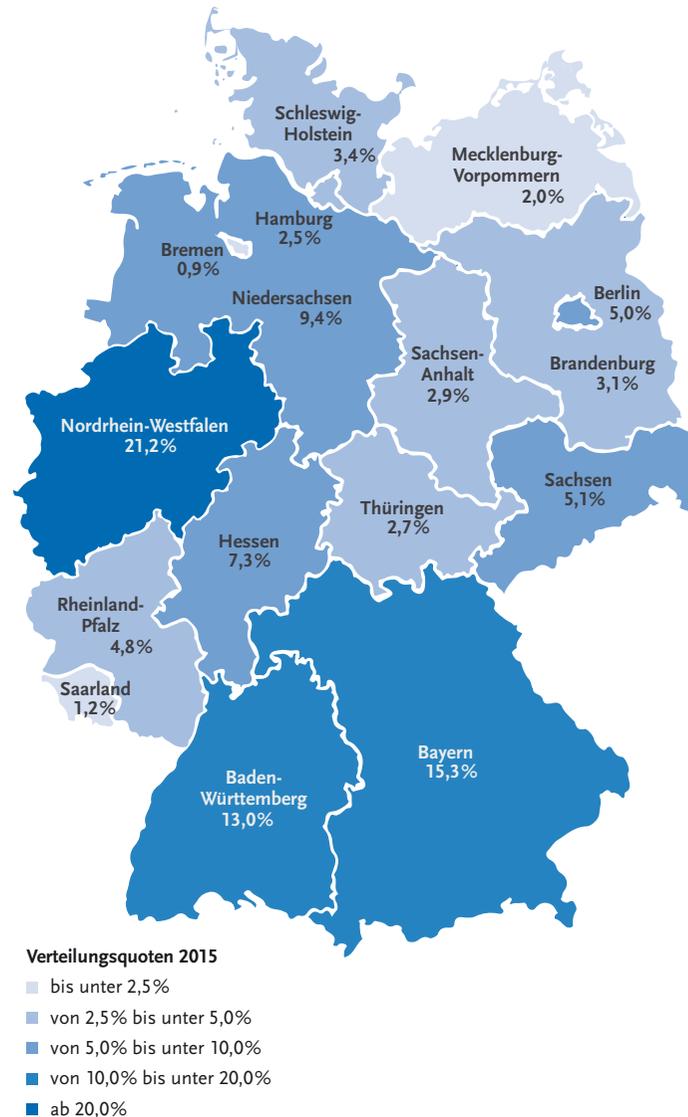


Abbildung 4
Verteilungsquoten von Asylsuchenden nach dem Königsteiner Schlüssel in 2015

Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [4]

Asylsuchende sind grundsätzlich durch die gleichen Infektionskrankheiten gefährdet wie die in Deutschland lebende Bevölkerung.

4. Der aktuelle Forschungs- und Wissenstand zur Gesundheit von Asylsuchenden und Flüchtlingen

Bislang stehen keine repräsentativen Daten zur gesundheitlichen Situation und Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland zur Verfügung [2]. Eine wichtige Datenquelle könnten die Erstaufnahmeuntersuchungen sein, der sich Asylsuchende gemäß § 62 AsylG und § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG) vor oder unmittelbar nach der Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft unterziehen müssen. Die Untersuchungen dienen dem Erkennen von akut übertragbaren Erkrankungen, wie zum Beispiel der ansteckungsfähigen Lungentuberkulose. Das Robert Koch-Institut hat eine Empfehlung für Mindeststandards für die standardisierte Erstaufnahmeuntersuchung gemäß Asylgesetz erstellt [15]. Die Untersuchung auf Lungentuberkulose soll bundesweit durchgeführt werden, weitere Untersuchungen liegen im Ermessen der obersten Landesgesundheitsbehörde der Bundesländer. Daher variiert der Umfang und Inhalt der Erstuntersuchung zwischen den Bundesländern stark [16] und die Daten können nicht flächendeckend ausgewertet werden und sind schwer vergleichbar [2]. Für die folgende Darstellung der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden und Flüchtlingen kann daher nur auf eine eingeschränkte Datenlage zurückgegriffen werden.

4.1 Übertragbare Erkrankungen

Asylsuchende sind grundsätzlich durch die gleichen Infektionskrankheiten gefährdet wie die in Deutschland

lebende Bevölkerung. Sie sind jedoch aufgrund der schwierigen Lebensbedingungen während der Flucht, eines möglicherweise unvollständigen Impfschutzes, der teils höheren Prävalenzen in den Herkunftsländern und infolge des räumlich beengten Aufenthaltes in Massenunterkünften besonders vulnerabel für Infektionskrankheiten. Das Robert Koch-Institut sieht derzeit weiterhin keine erhöhte Infektionsgefährdung der Allgemeinbevölkerung durch Asylsuchende [17]. In Erstaufnahmeeinrichtungen besteht jedoch generell eine große Sorge vor Ausbrüchen übertragbarer Erkrankungen. Eine Analyse der Meldedaten zu Ausbrüchen von Infektionserkrankungen gemäß Infektionsschutzgesetz in Gemeinschaftsunterkünften von Asylsuchenden im Zeitraum von 2004 bis 2014 zeigte eine steigende Anzahl an Ausbrüchen über diesen Zeitraum [18]. Deutlich wurde auch, dass sich die Erkrankten in den meisten Fällen in Deutschland angesteckt hatten. Dem Robert Koch-Institut wurden in dem beobachteten Zeitraum insgesamt 119 Ausbrüche mit 615 Fällen in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende gemäß Infektionsschutzgesetz übermittelt. Hierbei traten Windpocken am häufigsten auf (29%), gefolgt von Skabies (18%), Masern (12%), Tuberkulose und Rotavirus-Gastroenteritis (8%) sowie anderen Krankheiten (<5%). Eine Ausbreitung der Ausbrüche über die Gemeinschaftsunterkünfte hinaus wurde nur in Einzelfällen beschrieben. Durch frühzeitige Impfungen, Aufklärungen und Hygienemaßnahmen wäre der überwiegende Anteil dieser Ausbrüche vermeidbar gewesen [18].

Seit Ende 2015 erstellt das Robert Koch-Institut pro Kalenderwoche einen Bericht zur Verteilung von

Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden, die gemäß Infektionsschutzgesetz gemeldet und danach an das Robert Koch-Institut übermittelt wurden [19]. Von der 1. bis zur 52. Kalenderwoche 2016 (Datenstand 18.01.2017) wurden 6.326 Fälle bei Asylsuchenden übermittelt. Dies entspricht 1,9% der insgesamt übermittelten Fälle meldepflichtiger Infektionskrankheiten (329.974) in der Gesamtbevölkerung. Seit Jahresanfang 2016 ist ein leichter Rückgang dieser Fallzahlen zu beobachten. Die unzureichende Datenlage zur aktuellen Anzahl der Asylsuchenden und geographischen Verteilung in Deutschland erschwert den Bezug der gemeldeten absoluten Fallzahlen auf die Bevölkerung. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass in der Gesamtbevölkerung keine systematischen Untersuchungen auf Infektionserkrankungen erfolgen. Damit ist ein Vergleich der Inzidenzen bzw. Prävalenzen zwischen Asylsuchenden und anderen Bevölkerungsgruppen schwierig.

Dass die Prävalenz einzelner Infektionserkrankungen bei Asylsuchenden höher als in der ansässigen Bevölkerung ist, lässt sich beispielhaft anhand von Hepatitis B-Daten zeigen: Die Prävalenz des HBV-Oberflächenantigens (HBsAg) als wichtigster Marker einer Hepatitis B war unter ankommenden Asylsuchenden in Deutschland mit 2,3% deutlich höher als in der Gesamtbevölkerung [20]. Unter anderem aufgrund entsprechender Screening-Programme werden bei Asylsuchenden vermehrt Tuberkulose- und Hepatitis B- und C-Fälle gefunden. Von anderen schwerwiegenden importierten Infektionskrankheiten wie zum Beispiel Läuserückfallfieber wird nur vereinzelt berichtet [17].

Da die Inhalte der Screening-Programme in den Bundesländern mit Ausnahme der vorgeschriebenen Untersuchung auf Lungentuberkulose stark variieren [16, 21], können die Prävalenzen für Infektionserkrankungen zwischen verschiedenen Studien sehr unterschiedlich sein: Eine Studie mit 102 unbegleiteten Minderjährigen im Alter von 12 bis 18 Jahren in Bielefeld berichtete eine hohe Prävalenz (58,8%) an Infektionskrankheiten: Dies war vor allem auf eine hohe Prävalenz von *Helicobacter pylori*-Infektionen zurückzuführen. Die Prävalenz für eine Tuberkulose lag bei etwa einem Prozent [22]. Das Bremer Gesundheitsprogramm hingegen berichtete für die Zeiträume von 2001 bis 2008 [23] sowie von 2011 bis 2014 [24] nur geringe Prävalenzen für Infektionserkrankungen bei Asylsuchenden.

Weiterhin stehen vor allem Magen-Darm-Infektionen und impfpräventable Krankheiten im Vordergrund. Bisherige Studien zeigen, dass der Impfstatus bei Asylsuchenden häufig nicht durchgehend erhoben wird [21] und insbesondere Kleinkinder oft unvollständig geimpft sind [25]. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt deswegen Asylsuchende mit unvollständigem oder unbekanntem Impfschutz frühzeitig zu impfen [26]. Derzeit gibt es Informationsmaterial zu Impfungen in 19 Fremdsprachen [27]. Einen Überblick über epidemiologisch relevante Infektionskrankheiten [28] sowie die Impfeempfehlungen stellt das Robert Koch-Institut auf seiner Internetseite zur Verfügung [19].

Dennoch werden deutliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung der STIKO-Empfehlungen beobachtet, wie beispielsweise bezüglich der Empfehlungen zur Polio-Impfung und zum Stuhlscreening auf Polioviren

im Kontext des Polioausbruches in Syrien 2013 [29]. Eine Evaluation der Umsetzung dieser Empfehlungen ergab deutliche Unterschiede zwischen den Erstaufnahmeeinrichtungen [30]. Die Umsetzung war umso schwieriger, je größer die Einrichtung war. Personalmangel und Sprachbarrieren wurden als Haupthindernisse bei der Umsetzung genannt [30].

4.2 Nichtübertragbare Erkrankungen

Mit nichtübertragbaren Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronischen Atemwegserkrankungen und psychischen Störungen ist eine hohe Krankheitslast für die Bevölkerung in Deutschland verbunden. In den bisherigen Studien zu nichtübertragbaren Erkrankungen bei Asylsuchenden in Deutschland lag der Fokus bisher auf den psychischen Erkrankungen [1].

Psychische Erkrankungen

Einige Flüchtlinge und Asylsuchende aus Konflikt- und Kriegsgebieten haben vor ihrer Flucht in ihren Heimatländern Kriegserfahrungen, politische Verfolgung, Folter, Überfälle und sexuelle Übergriffe erlebt. Zu diesen traumatisierenden Erlebnissen in den Herkunftsländern kommt der lange Weg der Flucht. Da Asylsuchende und Flüchtlinge mehrere Transitländer durchqueren müssen, sind sie häufig Monate oder sogar Jahre unterwegs. Neben der Bedrohung des eigenen Lebens erleben einige den Verlust von Angehörigen oder werden Augenzeugen vom Tod anderer Flüchtenden. Unbegleitete Minderjährige sind beson-

ders von Überfällen und sexuellen Übergriffen auf der Flucht bedroht [31].

Traumatische Erlebnisse können das Risiko für eine Traumafolgestörung erhöhen [32]. Dazu gehören die posttraumatische Belastungsstörung, Depressionen, Angststörungen, chronische Schmerzen und somatoforme Störungen. Darüber hinaus sind Postmigrationsstressoren wie zum Beispiel die Anhörung und die Dauer des Asylverfahrens, die Trennung von den engsten Bezugspersonen oder auch Diskriminierung und Sprachschwierigkeiten Risikofaktoren für psychische Erkrankungen [32].

Wie die Daten aus dreizehn Gemeinschaftsunterskünften in Baden-Württemberg mit insgesamt 104 begleiteten Minderjährigen zeigen, haben viele der Betroffenen traumatische Ereignisse erlebt: 41,3 % dieser Kinder waren Zeugen körperlicher Angriffe, 37,5 % hatten kriegerische Auseinandersetzungen erlebt, 25,0 % hatten Leichen gesehen, 15,4 % erlebten selbst einen körperlichen Angriff und 4,8 % waren sexuell missbraucht worden [33]. Im Vergleich zu begleiteten Minderjährigen erleiden unbegleitete Minderjährige rund doppelt so häufig traumatische Erlebnisse. In einer Studie aus den Niederlanden berichteten von 1.187 begleiteten Kindern 23,2 % körperlich misshandelt und 8,3 % sexuell missbraucht worden zu sein. Unter den 1.100 unbegleiteten Minderjährigen lagen diese Werte mit 63,3 % beziehungsweise 20,3 % deutlich höher. Hierbei hatten 39,3 % der weiblichen und 12,1 % der männlichen unbegleiteten Minderjährigen sexuelle Missbrauchserfahrungen erlebt [34].

Für posttraumatische Belastungsstörungen wurden bei begleiteten und unbegleiteten Minderjährigen in

Ein prioritärer Versorgungsbedarf besteht besonders in den Bereichen der psychischen und chronischen Erkrankungen sowie bei Kindern.

Deutschland Prävalenzen von 14,0% bis 60,0% [35, 36] und für Depressionen von 6,2% bis 33,5% berichtet [35]. Eine systematische Übersichtsarbeit zu psychischen Erkrankungen bei Asylsuchenden (Minderjährige und Erwachsene) verdeutlicht, dass die Prävalenzschätzer für posttraumatische Belastungsstörungen sowohl in institutionsbasierten Stichproben (6,7%–76,7%) als auch in populationsbasierten Stichproben (16,4–54,9%) stark variieren [1]. Die stark abweichenden Prävalenzen haben verschiedenen Gründe. Zum einen spielen die Fallzahlen sowie die Art der Stichprobenziehung und die Zusammensetzung der Stichprobe eine große Rolle. Zum anderen beeinflussen die heterogenen Herkunftsländer und Kulturkreise sowie die eingesetzten Methoden und Messinstrumente die Diagnosestellung für eine posttraumatische Belastungsstörung [1]. Insbesondere kulturell oder sprachlich nicht adaptierte Screening- und Diagnostikinstrumente stellen eine Herausforderung bei der Erfassung von posttraumatischen psychischen Erkrankungen dar [35]. Daher können Fehldiagnosen nicht ausgeschlossen werden. Dennoch ist festzuhalten, dass die Prävalenzen bei Asylsuchenden im Vergleich zur Bevölkerung Deutschlands um ein Vielfaches höher sind. Repräsentative Untersuchungen ergaben für die Gesamtheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland eine Lebenszeitprävalenz von 1,3% für posttraumatische Belastungsstörungen [37] und eine Prävalenz von 5,4% für Depressionen [38].

Darüber hinaus leiden viele Asylsuchende und Flüchtlinge an Beschwerden wie zum Beispiel Rücken-, Kopf oder Nackenschmerzen, die häufig zusammen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung auftreten [39]. Diese Beschwerden fanden sich bei 16,9% [24] bezie-

ungsweise bei 25,4% [23] der Untersuchten in den ärztlichen Sprechstunden in den Gemeinschaftsunterkünften des Bremer Gesundheitsprogramms („Bremer Modell“). Sie können ein Hinweis für eine hohe psychische Belastung sein [24]. Hierunter fallen Reaktionen auf Stress während der Flucht oder in der Zeit der Einreise sowie auf die belastende Aufenthaltssituation und die unklare Bleibeperspektive.

Andere nichtübertragbare Erkrankungen

Auch die Datenlage zu anderen nichtübertragbaren chronischen Erkrankungen wie zum Beispiel Krebs, chronische Atemwegserkrankungen, Diabetes mellitus und Herz-Kreislaufkrankungen ist noch sehr unzureichend [1]. Ein Grund hierfür ist, dass derzeit überwiegend junge Menschen (<30 Jahre) Asyl in Deutschland suchen, die vergleichsweise selten an chronischen Erkrankungen leiden. So berichtet eine Studie aus Bielefeld niedrige Prävalenzen für nichtübertragbare chronische Erkrankungen bei 102 unbegleiteten Minderjährigen: Die Prävalenz für Asthma betrug 3,9%, eine Fettstoffwechselstörung mit einer extremen Adipositas wurde bei zwei Minderjährigen und eine Entzündung des Knochenmarks (Osteomyelitis) sowie ein Post-Polio-Syndrom bei jeweils nur einer Person diagnostiziert [22].

Darüber hinaus liefern die ärztlichen Sprechstunden, die in den Bremer Gemeinschaftsunterkünften des Bremer Modells auf freiwilliger Basis in Anspruch genommen werden können, für den Analysezeitraum zwischen 2011 und 2014 Daten zu verschiedenen Erkrankungen bei Asylsuchenden [24]: Mit 29,6% kamen „Faktoren, die zur Inanspruchnahme des Gesundheits-

Für eine adäquate gesundheitliche Versorgung sollte ein frühzeitiger und niedrighschwelliger Zugang zum Gesundheitssystem erwogen werden.

wesens führen“ am häufigsten in der Sprechstunde vor. Dazu zählten zum Beispiel Erstuntersuchungen ohne Krankheitsbefund, Impfberatung sowie Beratung von Schwangeren. Zu den häufigsten Diagnosen nach ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision) gehörten Krankheiten des Atmungssystems mit 18,1%. Hierbei handelte es sich überwiegend um akute Erkältungskrankheiten, an denen sich die Asylsuchenden zumeist in den Unterkünften angesteckt haben. Mit 16,9% folgten unklare, andernorts nicht klassifizierte Symptome, vor allem unspezifische Schmerzsymptome ohne erkennbare organische Ursache wie zum Beispiel Kopfschmerzen. Weiterhin traten Krankheiten des Verdauungssystems (6,1%) auf, die unter anderem auf die ungewohnte und unregelmäßige Ernährung oder psychosomatisch bedingt auf psychische Belastungen zurückgeführt werden können [24]. Zu den weiteren Diagnosen gehörten Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (je 6,0%) sowie der Haut und Unterhaut (3,6%). Des Weiteren variierte die Häufigkeit von akuten Zahnproblemen, die vor oder während der Flucht nicht behandelt werden konnten, stark nach dem Herkunftsland [24]. Einen pathologischen Zahnstatus wiesen auch etwa 20% der 102 unbegleiteten Minderjährigen in Bielefeld auf [22, 36]. Darüber hinaus wurden bei den weiblichen unbegleiteten Minderjährigen Eisenmangelanämien mit 29,2% deutlich häufiger diagnostiziert als bei den männlichen unbegleiteten Minderjährigen mit 14,1% [22].

5. Die medizinische Versorgung und der Zugang zum Gesundheitssystem

Die kontinuierliche gesundheitliche Versorgung von erkrankten Asylsuchenden stellt das deutsche Gesundheitssystem vor besondere Herausforderungen [20]. Eine Befragung aller Gesundheitsämter zur gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland zeigte, dass die Versorgung von Personen mit psychischen oder schwerwiegenden chronischen Erkrankungen aus Sicht der Befragten nicht ausreichend sichergestellt ist. Auch die Versorgung von Kindern asylsuchender Familien ist im Vergleich zu unbegleiteten Minderjährigen danach bislang nur in einem geringeren Ausmaß gewährleistet [21].

Aufgrund eines je nach Bundesland mehr oder weniger eingeschränkten Zugangs zu medizinischen Leistungen in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts, ist nach Ansicht vieler Akteure eine adäquate Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen nicht flächendeckend gewährleistet [40–42]. Der rechtliche Anspruch für die Gesundheitsversorgung sowie der Zugang zum deutschen Gesundheitssystem und die damit verbundenen Probleme werden im Folgenden näher erläutert.

5.1 Die gesundheitliche Versorgung nach Asylbewerberleistungsgesetz

Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden ist über das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt. Nach § 4 Absatz 1 haben Asylsuchende einen Anspruch auf eine Gesundheitsversorgung bei akut

Der Zugang zum Gesundheitssystem ist bundesweit nicht einheitlich geregelt.

behandelbaren Erkrankungen und Schmerzen. In diesen Fällen sind laut Gesetz „die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.“

Chronische Erkrankungen, die ohne Behandlung zu akuten Notfällen werden oder zu einer Verschlechterung der Gesundheit führen, können ebenfalls nach dem Asylbewerberleistungsgesetz behandelt werden. Ohne Einschränkungen sind medizinische Leistungen wie Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen zu gewähren. Zudem erhalten werdende Mütter gemäß § 4 Absatz 2 AsylbLG ärztliche und pflegerische Hilfe sowie Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel. Eine Vervollständigung des Impfschutzes für alle Asylsuchenden soll frühzeitig angeboten werden (gemäß § 4 Absatz 3 AsylbLG).

Darüber hinaus regelt § 6 Absatz 1 AsylbLG, dass sonstige Leistungen gewährt werden können, „wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich [...] sind.“ Weiterhin wird gemäß § 6 Absatz 2 „Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt.“

Die Einschränkungen des Behandlungsanspruches bei Krankheit für Asylsuchende gegenüber gesetzlich Krankenversicherten durch die § 4 und 6 AsylbLG und ihre Umsetzung in der Praxis werden häufig kritisiert [41–43]. Ein wichtiger Kritikpunkt ist, dass Asylsuchende ohne elektronische Gesundheitskarte jeden Arztbesuch vorab bei der zuständigen Behörde, zum Beispiel beim Sozialamt, beantragen müssen, um einen Behandlungsschein für den Arzt zu erhalten. Ob ein Antrag auf Krankenbehandlung bewilligt oder abgelehnt wird, liegt dann häufig im Ermessen von medizinisch nicht fachkundigem Personal [41].

5.2 Die gesundheitliche Versorgung mittels elektronischer Gesundheitskarte

Spätestens nach einem Aufenthalt von 15 Monaten haben Asylsuchende Anspruch auf den vollen Leistungsumfang und erhalten bei einer gesetzlichen Krankenversicherung eine elektronische Gesundheitskarte nach SGB XII [40]. Es besteht damit aber keine echte Mitgliedschaft in der Krankenversicherung, da das zuständige Sozialamt der Krankenversicherung die Behandlungskosten nach § 264 des SGB V zuzüglich einer fünfprozentigen Verwaltungspauschale erstattet [40].

Der Zugang zum Gesundheitssystem ist bundesweit nicht einheitlich geregelt. In einigen Bundesländern erhalten Asylsuchende eine elektronische Gesundheitskarte schon vor Ablauf der 15 Monate, in Bremen beispielsweise seit 2005 schon etwa drei Monate nach ihrer Registrierung [23]. Der Leistungsumfang entspricht bis auf einige Beschränkungen dem Leistungs-

spektrum der gesetzlich krankenversicherten Mitglieder. Zu den Leistungen, die nicht übernommen werden, gehören künstliche Befruchtung, Disease-Management-Programme, Entbindungs- und Mutterschaftsgeld und Leistungen im Ausland. Weiterhin besteht in der Regel kein Anspruch auf Psychotherapie, Vorsorgekuren und Rehabilitationsmaßnahmen, Sehhilfen, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen [44]. Im Einzelfall können diese Leistungen aber nach Begutachtung bewilligt werden. Im Jahr 2012 führte auch Hamburg die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende ein. Zu den Leistungseinschränkungen in Hamburg gehören Langzeitpsychotherapien, Rehabilitationsmaßnahmen, Zahnersatz und Leistungen im Ausland [40].

Durch das im Oktober 2015 beschlossene Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz wurde die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende schon vor Ablauf der 15 Monate erleichtert. Die Bundesländer entscheiden, ob sie das Gesetz nutzen oder die bestehenden Strukturen beibehalten. Ist dies der Fall, sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, eine Rahmenvereinbarung mit dem Land zu schließen. Voraussetzung dafür ist, dass die Vereinbarung sich mindestens auf Ebene der Landkreise oder der kreisfreien Städte erstreckt [40]. Die Kommunen können frei entscheiden, ob sie sich diesen Rahmenvereinbarungen anschließen. Diese Rahmenvereinbarungen regeln den Leistungsumfang, die Abrechnungsmodalitäten und die Abrechnungsprüfung der Leistungen sowie den Ersatz der Aufwendungen und der Verwaltungskosten der Krankenkassen [40].

Seit Einführung des Gesetzes haben auch Schleswig-Holstein und Berlin flächendeckend eine elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende eingeführt und erleichtern somit den Zugang zum Gesundheitssystem. In Nordrhein-Westfalen sind bislang 20 Kommunen der Rahmenvereinbarung zwischen Land und Kommunen beigetreten. Da sich der Leistungsumfang dennoch an den Vorgaben der § 4 und § 6 AsylBLG orientiert, haben Asylsuchende auch in diesen Bundesländern im Vergleich zu gesetzlich Krankenversicherten nur einen eingeschränkten Anspruch auf medizinische Leistungen [40]. Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, das Saarland, Brandenburg und Thüringen haben Rahmenvereinbarungen mit den Krankenkassen abgeschlossen, denen aber viele Kommunen noch nicht beigetreten sind. Hessen befindet sich derzeit noch in Gesprächen mit den gesetzlichen Krankenkassen und kommunalen Spitzenverbänden [45]. Bayern, Sachsen, Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt haben sich mittlerweile gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte entschieden [45].

Einsparungen können nach aktuellem Wissensstand mit der Einschränkung des Zugangs zu medizinischen Leistungen für Asylsuchende kaum erzielt werden: Erfahrungen aus der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg, legen im Gegenteil nahe, dass durch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende die Leistungsausgaben pro Kopf gleich geblieben sind, während beträchtliche Summen an administrativen Kosten eingespart werden konnten [46]. Weiterhin zeigt eine Studie mit Daten des Statistischen Bundesamtes der Jahre 1994

Die unklare Kostenübernahme von Sprachmittlung ist eine Barriere für die Inanspruchnahme von Psychotherapien.

bis 2013, dass die jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben für die medizinische Versorgung bei Asylsuchenden mit eingeschränktem Zugang höher ausfielen als bei Asylsuchenden mit vollem Leistungsanspruch [47]. Neben humanitären Gründen finden sich also auch ökonomische Argumente, die dafür sprechen, die Schwellen im Zugang zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abzubauen.

5.3 Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung

Psychiatrische Behandlungen zählen laut Asylbewerberleistungsgesetz zur Akutversorgung. Dagegen ist die Psychotherapie für gewöhnlich nicht im Leistungsumfang enthalten. Für die Bewilligung einer Psychotherapie wird daher oft der § 6 AsylbLG herangezogen, nach dem zumindest eine Kurzzeittherapie erstattet werden kann. Eine weitere Hürde für die Beantragung einer Psychotherapie stellt die Kostenerstattung für Sprachmittlung (Übersetzung) während der Therapiesprache dar [32]. Asylsuchende, über deren Asylantrag noch nicht entschieden wurde, können eine Übernahme der Leistungen für Sprachmittlung nach § 4 und § 6 AsylbLG über das Sozialamt beantragen [48]. Minderjährige Asylsuchende haben die größten Chancen auf eine Kostenübernahme. Besonders für Anerkannte und Asylsuchende, die länger als 15 Monate in Deutschland sind, ist es dagegen schwierig, Leistungen für Sprachmittlung zu erhalten. Da Deutsch in den Sozialgesetzbüchern als Amtssprache festgelegt ist, übernehmen die gesetzlichen Krankenversicherungen die Kosten nicht. Jedoch können

Leistungen für Sprachmittlung nach § 73 SGB XII oder ggf. nach § 53 SGB XII beim Sozialamt beantragt werden, hierbei handelt es sich jedoch um Ermessensleistungen [35]. Daher ist ein wesentlicher Hinderungsgrund für die Inanspruchnahme von Psychotherapien die unzureichende geregelte Kostenübernahme von Leistungen für Sprachmittlung [32, 35].

Die psychotherapeutische Behandlung erfolgt in Deutschland bisher vor allem in spezialisierten psychosozialen Behandlungszentren. Derzeit sind in der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) 26 psychosoziale Behandlungszentren in Deutschland vernetzt [49]. Ein Viertel der Klientinnen und Klienten in den Zentren sind Minderjährige, davon sind ungefähr 45% unbegleitet [49]. Das geringe Angebot und der erschwerte Zugang zu psychotherapeutischen und psychosozialen Strukturen verhindern eine frühzeitige Behandlung der oft schwer traumatisierten Menschen. Daher erhalten bislang nur wenige Asylsuchende Zugang zu einer Therapie. Eine Analyse der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer ergab, dass 15% der Psychotherapieanträge durch die Sozialbehörden abgelehnt wurden. Bei gesetzlich Krankenversicherten traf dies nur auf 1% bis 3% der Anträge zu [49].

Des Weiteren gibt es in den Zentren ein Ungleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage. Es müssen jedes Jahr deutlich mehr Asylsuchende abgelehnt werden als aufgenommen werden können. Daher gibt es lange Wartelisten und nur 5% der Klientinnen und Klienten aus den psychosozialen Zentren können jedes Jahr an niedergelassene Therapeutinnen und Thera-

peuten weitervermittelt werden [49]. Weiterhin bedarf es der Entwicklung von sprachlich und kulturell adaptierten Screening- und Diagnostikinstrumenten, um Asylsuchende mit einer hohen psychischen Belastung und somit erhöhtem Erkrankungsrisiko frühzeitig zu erkennen [35]. Außerdem besteht ein erhöhter Bedarf an speziell geschultem und weitergebildetem Fachpersonal, vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie [35]. Für die Behandlung von traumatisierten Asylsuchenden wird ein multimodales und dolmetschergestütztes Behandlungskonzept empfohlen, in dem eine Psychotherapie von Sozialarbeit, medizinischer Versorgung und aufenthaltsrechtlicher Beratung begleitet wird [32].

6. Diskussion

Die stark gestiegene Zuwanderung von Asylsuchenden stellt das Gesundheitssystem in Deutschland vor große Herausforderungen. Erste Ergebnisse legen einen besonderen Versorgungsbedarf in Bezug auf psychische und chronische Erkrankungen sowie bei Kindern asylsuchender Familien nahe [1, 21]. Vor diesem Hintergrund wird von vielen Akteuren für wichtig erachtet, das Recht auf Zugang zu gesundheitlichen Leistungen für Asylsuchende möglichst frühzeitig dem der übrigen Bevölkerung anzugleichen [41, 50]. Des Weiteren lassen sich in der Literatur einige Bereiche identifizieren, in denen von vielen Akteuren ein besonderer Handlungsbedarf gesehen wird:

- ▶ Weitgehende Einigkeit besteht darin, die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission bei Asylsuchenden

zeitnah umzusetzen [18, 21, 26, 30]. Hier gibt es Hinweise, dass potenzielle Hindernisse in großen Erstaufnahmeeinrichtungen aufgrund von Personal- und Sprachbarrieren bestehen [30].

- ▶ Es besteht offenbar ein hoher Informationsbedarf bei Asylsuchenden in Bezug auf Themen wie Impfen und Schwangerschaft [24]. Aus Sicht der Gesundheitsämter sind Informationsmaterialien zu Themen wie Orientierung im Gesundheitswesen, lokale Anlaufstellen zu Gesundheitsfragen, impfpräventable Erkrankungen, sexuell übertragbare Erkrankungen, Ernährung während der Schwangerschaft/Stillzeit, Zahnhygiene bei Kindern, psychischen Erkrankungen, Suchtverhalten sowie Tuberkulose relevant [21].
- ▶ Ein erhöhter Handlungsbedarf besteht nach Auffassung vieler Beobachter im Bereich der psychischen Gesundheit [31, 32, 35, 51]. Ein sehr hoher Bedarf trafe danach auf wenig entwickelte Versorgungsstrukturen. Als problematisch wird das Fehlen sprachlich und kulturell validierter Screeninginstrumente gesehen [35]. Zudem sei aufgrund des AsylbLG der Zugang zu Behandlungen erschwert. Bewilligte Therapien würden durch fehlende Fachkräfte und überlastete Behandlungsstrukturen sowie die unklare Kostenübernahme von Leistungen wie Sprachmittlung zusätzlich erschwert [32, 35, 51].
- ▶ Empfohlen wird von vielen Seiten zudem die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte [41, 52]. Sie würde helfen Verwaltungskosten einzusparen und die Inanspruchnahme von Leistungen durch Asylsuchende zu vereinfachen [41]. Ein entscheidender Vorteil sei demnach, dass Arztbesuche nicht vorab

bei den Sozialbehörden beantragt werden müssten und über den Behandlungsbedarf direkt das medizinische Personal entscheiden kann [41].

Um Versorgungslücken oder -bedarfe zu erkennen, sind verlässliche Informationen erforderlich. Bisherige Studien beruhen aber häufig auf geringen Fallzahlen, sind regional begrenzt und kaum belastbar [1]. Die starke Heterogenität in Bezug auf unterschiedliche Studienpopulationen und Erhebungsinstrumente verhindert eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse [1]. Fehlende Vergleichsgrößen mit Bezug zur Allgemeinbevölkerung erschweren zudem die Einordnung von Gesundheitsproblemen unter Asylsuchenden und Flüchtlingen. Auch fehlen in den Daten zumeist wichtige Differenzierungsmerkmale. Asylsuchende sind eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe mit unterschiedlichen Ressourcen, gesundheitlichen Problemlagen und medizinischen Bedarfen. So erfolgt in den bestehenden Untersuchungen in der Regel keine Unterscheidung zwischen Frauen und Männern, sodass eine gendersensitive Betrachtungsweise bislang kaum möglich ist. Angesichts der großen Heterogenität dieser Gruppe wäre eine differenziertere Betrachtung wie zum Beispiel nach Herkunftsland, kulturellem Hintergrund oder möglichen Fluchtursachen wünschenswert.

Mitverantwortlich für den derzeit noch unzureichenden Informationsstand ist aber auch das Vorgehen bei den Gesundheitsuntersuchungen in den Erstaufnahmeeinrichtungen [2, 21]. Die relevanten Informationen werden nicht immer regelhaft erhoben und weitergegeben [21]. Auch unterscheidet sich das inhaltliche Spektrum

der Untersuchungen zwischen den Bundesländern [16]. Daher sind in der jüngeren Vergangenheit wichtige Initiativen entstanden, welche die Informationsgrundlage zur Gesundheit von Asylsuchenden und Flüchtlingen verbessern wollen und eine enge Vernetzung wichtiger Akteure anstreben. So werden im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projekts RESPOND der Universitätsklinik Heidelberg Bevölkerungssurveys zur Gesundheit und Versorgung von Asylsuchenden in Baden-Württemberg durchgeführt [53]. Die vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte „Dateninitiative Gesundheit und medizinische Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen“ des Universitätsklinikums Heidelberg sucht zudem nach Möglichkeiten der Vereinheitlichung der Dokumentation der medizinischen Versorgungsangebote in Aufnahmeeinrichtungen der Bundesländer [54]. Ziel ist es, Gesundheitsprobleme schnell zu erkennen und die Informationen für eine routinemäßige Berichterstattung und wissenschaftliche Analysen zu nutzen. Das Fortschrittskolleg „FlüGe – Herausforderungen und Chancen globaler Flüchtlingsmigration für die Gesundheitsversorgung in Deutschland“ an der Universität Bielefeld bearbeitet darüber hinaus spezifische Fragestellungen zur gesundheitlichen Situation und Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen [55]. Daneben fördert das Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung Nordrhein-Westfalen zwei weitere Projekte an der Universität Bielefeld zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende.

Darüber hinaus führt das Robert Koch-Institut im Rahmen des Infektionsschutzes Projekte durch. Beispielsweise verbessert die syndromische Surveillance in Notunterkünften für Asylsuchende in Berlin und die Auswertung aus medizinischen Versorgungspunkten das Verständnis für Behandlungsursachen. Zudem wird das Wissen zum Vorkommen multiresistenter Erreger sowie zu Hepatitis und Tuberkulose erweitert und eine bessere Grundlage für Empfehlungen geschaffen. Um den Informationsbedürfnissen im Sinne des Infektionsschutzgesetzes in Zeiten stärkerer Zuwanderung künftig schneller und besser gerecht zu werden, wird derzeit außerdem das Deutsche Elektronische Meldesystem für den Infektionsschutz (DEMIS) eingeführt und damit das Meldewesen modernisiert.

Im Mittelpunkt der Initiativen am Robert Koch-Institut stehen aber nicht allein Asylsuchende und Flüchtlinge. Auch zu Menschen mit Migrationshintergrund, die schon länger in Deutschland leben oder als Nachkommen von Zuwanderern bereits in Deutschland geboren sind, liegen nur unzureichende Informationen vor. So ist es im Rahmen der bevölkerungsrepräsentativen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts in der Basiserhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS-Basiserhebung, 2003–2006) zwar gelungen, Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund proportional einzu beziehen [56]. Für die Folgeerhebung KiGGS Welle 1 (2009–2012) und die Surveys „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) und „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS₁) gilt dies aber nicht gleichermaßen [57].

Daher strebt das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Vorhaben „Maßnahmen zur Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund“ die Weiterentwicklung des Gesundheitsmonitorings und der Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut an. Zum einen werden die Zugangswege und Rekrutierungsmaßnahmen, aber auch die Inhalte und die Erhebungsinstrumente überprüft und weiterentwickelt, um die Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund in das Gesundheitsmonitoring zu verbessern. Zum anderen werden die Nutzungsmöglichkeiten von Routinedaten, aber auch von Daten des Mikrozensus und des Sozio-oekonomischen Panels berücksichtigt.

Perspektivisch werden die aufgeführten Initiativen die Informationsgrundlage zur gesundheitlichen Lage von Asylsuchenden aber auch von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland spürbar verbessern. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes wird wichtige Vorarbeiten leisten, um, basierend auf bestehenden Erfahrungen [56, 58, 59], ein Berichtskonzept zu entwickeln, das zentrale Themen und Datenquellen benennt, den Transfer der Befunde in Politik und Gesellschaft sicherstellt und den gesellschaftlichen Debatten ebenso wie politischen Initiativen als Grundlage dient.

Literatur

1. Bozorgmehr K, Mohsenpour A, Saure D et al. (2016) Systematische Übersicht und "Mapping" empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 59(5):599-620
2. Razum O, Bunte A, Gilsdorf A et al. (2016) Gesundheitsversorgung von Geflüchteten - Zu gesicherten Daten kommen. Dtsch Arztebl Int 113(4): A-130
3. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2016) Ablauf des deutschen Asylverfahrens. Ein Überblick über die einzelnen Verfahrensschritte und rechtlichen Grundlagen. BAMF, Nürnberg (Stand August 2016)
4. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2016) Das Bundesamt in Zahlen 2015 Asyl. BAMF, Nürnberg
5. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2016) Ablauf des deutschen Asylverfahrens. BAMF, Nürnberg. http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Asyl/schema-ablauf-asylverfahren.pdf?__blob=publicationFile (Stand 19.01.2017)
6. Bundesministerium des Inneren (2016) 890.000 Asylsuchende im Jahr 2015, Pressemitteilung vom 30.09.2016. <http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2016/09/asylsuchende-2015.html> (Stand 19.01.2017)
7. Bundesregierung (2016) EASY und Asylantrag - das ist der Unterschied, Pressemitteilung vom 25.5.2016. <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2016/05/2016-05-24-easy-asylantrag-unterschied.html> (Stand 19.01.2017)
8. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2016) Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe Dezember 2016. BAMF, Nürnberg
9. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2016) Asylgeschäftsstatistik für den Monat Dezember 2016. BAMF, Nürnberg
10. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) Migration nach Deutschland - sichere Herkunftsländer. BAMF, Nürnberg <http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Asylverfahren/BesondereVerfahren/SichereHerkunftsl%C3%A4nder/sichere-herkunftsl%C3%A4nder-node.html> (Stand 19.01.2017)
11. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2016) Zugangszahlen zu unbegleiteten Minderjährigen. <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Asyl/um-zahlen-entwicklung.html?nn=7525966> (Stand 19.01.2017)
12. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2015) Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe Dezember 2015. BAMF, Nürnberg
13. Bundesfachverband unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge e.V. U (2015) Vorläufige Inobhutnahme – Was ändert sich zum 01.11.2015? <http://www.b-umf.de/images/ablauf-vorl.-inobhutnahme.pdf> (Stand 19.01.2017)
14. Bozorgmehr K, Szecsenyi J, Stock C et al. (2016) Europe's response to the refugee crisis: why relocation quotas will fail to achieve 'fairness' from a health perspective. Eur J Public Health 26(1):5-6
15. Robert Koch-Institut (2015) Standardisierte Erstaufnahmeuntersuchung gemäß Asylgesetz, Mindeststandard aus Sicht des RKI. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Inhalt/Erstaufnahmeuntersuchung_Tab.html (Stand 19.01.2017)
16. Wahedi K, Nost S, Bozorgmehr K (2017) Die Gesundheitsuntersuchung von Asylsuchenden: Eine bundesweite Analyse der Regelungen in Deutschland § 62 Asylverfahrensgesetz. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 60(1):108-117
17. Robert Koch-Institut (2016) Dem Robert Koch-Institut übermittelte meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden in Deutschland <http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Asylsuchende.html> (Stand 19.01.2017)
18. Kühne A, Gilsdorf A (2016) Ausbrüche von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende 2004-2014 in Deutschland. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 59(5):570-577
19. Robert Koch-Institut (2016) Asylsuchende und Gesundheit. <http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Asylsuchende.html> (Stand 19.01.2017)

20. Hampel A, Solbach P, Cornberg M et al. (2016) Aktuelle Seroprävalenz, Impfstatus und prädiktiver Wert der Leberenzyme für Hepatitis B bei Flüchtlingen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 59(5):578-583
21. Bozorgmehr K, Nost S, Thaiss HM et al. (2016) Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden : Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 59(5):545-555
22. Marquardt L, Krämer A, Fischer F et al. (2016) Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. Trop Med Int Health 21(2):210-218
23. Jung F (2011) Das Bremer Modell- Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Bericht 08/2011 Gesundheitsamt Bremen, Bremen. <http://www.gesundheitsamt.bremen.de/publikationen-3093#G-BE%20INFO> (Stand 19.01.2017)
24. Mohammadzadeh Z, Jung F, Lelgemann M (2016) Gesundheit für Flüchtlinge - das Bremer Modell. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 59(5):561-569
25. Brockmann SO, Wjst S, Zelmer U et al. (2016) ÖGD-Initiative zur Verbesserung der Durchimpfung bei Asylsuchenden. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 59(5):592-598
26. Robert Koch-Institut (2015) Konzept zur Umsetzung frühzeitiger Impfungen bei Asylsuchenden nach Ankunft in Deutschland. Empfehlung des Robert Koch-Instituts Epidemiologisches Bulletin 41/2015 http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/41_15.pdf?__blob=publicationFile (Stand 19.01.2017)
27. Robert Koch-Institut (2015) Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/materialien_fremdsprachig_node.html (Stand 19.01.2017)
28. Beermann S, Rexroth U, Kirchner M et al. (2015) Asylsuchende und Gesundheit in Deutschland: Überblick über epidemiologisch relevante Infektionskrankheiten. Dtsch Arztebl Int 112(42): A-1717
29. Ständige Impfkommision (STIKO) (2017) Mitteilung der Ständigen Impfkommision (STIKO) am RKI zur Impfung gegen Poliomyelitis. Epidemiologisches Bulletin 47/2013 http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/47_13.pdf?__blob=publicationFile (Stand 19.01.2017)
30. Zeitlmann N, George M, Falkenhorst G (2016) Polioimpfung und Stuhlscreening in deutschen Erstaufnahmeeinrichtungen für Asylsuchende, November 2013-Januar 2014 : Was wurde umgesetzt? Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 59(5):584-591
31. Bühring P (2015) Traumatisierte Flüchtlinge: Krieg, Verlust und Gewalt. Dtsch Arztebl Int 112(40): A-1603
32. Böttche M, Heeke C, Knaevelsrud C (2016) Sequenzielle Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei kriegstraumatisierten erwachsenen Flüchtlingen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 59(5):621-626
33. Ruf M, Schauer M, Elbert T (2010) Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern. Z Klin Psychol Psychother 39:151-160
34. Bean T, Derluyn I, Eurelings-Bontekoe E et al. (2007) Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. J Nerv Ment Dis 195(4):288-297
35. Metzner F, Reher C, Kindler H et al. (2016) Psychotherapeutische Versorgung von begleiteten und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen und Asylbewerbern mit Traumafolgestörungen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 59(5):642-651
36. Spallek J, Tempes J, Ricksgers H et al. (2016) Gesundheitliche Situation und Versorgung unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge - eine Näherung anhand qualitativer und quantitativer Forschung in der Stadt Bielefeld. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 59(5):636-641
37. Perkonig A, Kessler RC, Storz S et al. (2000) Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. Acta Psychiatr Scand 101(1):46-59
38. Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S et al. (2007) Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 50(5-6):871-878
39. Liedl A, Knaevelsrud C (2008) Chronic pain and PTSD: the Perpetual Avoidance Model and its treatment implications. Torture 18(2):69-76

40. Wächter-Raquet M (2016) Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge. Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_Gesundheitskarte_Fluechtlinge_2016.pdf
(Stand 19.01.2017)
41. Razum O, Wenner J, Bozorgmehr K (2016) Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. *Gesundheitswesen* 78(11):711-714
42. Bühring P (2016) Asylsuchende und Flüchtlinge - Therapiefreiheit ist nicht gesichert. *Dtsch Arztebl Int* 113(24): A-1147
43. Klinkhammer G, Korzilius H (2014) Asytleistungen in Deutschland: Flüchtlinge sind Patienten dritter Klasse. *Dtsch Arztebl Int* 111(13): A-540
44. Classen GFB, Das Bremer Modellprojekt Krankenversicherungs-Chipkarten zur medizinischen Versorgung nach §§ 4 und 6 AsylbLG.
http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Bremer_Modell_Medizin_AsyblG.pdf (Stand 19.01.2017)
45. Wächter-Raquet (2016) Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge. Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Integrierte_Krankenversicherung/Ueberblick_Gesundheitskarte_Fluechtlinge_Mai2016.pdf
(Stand 19.01.2017)
46. Burmester F, (2014) Auswirkungen der Zusammenarbeit mit der AOK Bremen/Bremerhaven aus Sicht der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration. In: Gesundheitsversorgung Ausländer Best Practice Beispiele aus Hamburg, Hamburg
<http://www.hamburg.de/contentblob/4465734/data/gesundheitsversorgung-auslaender.pdf>
(Stand 19.01.2017)
47. Bozorgmehr K, Razum O (2015) Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013. *PLoS One* 10(7):e0131483
48. Classen G, Flüchtlingsrat Berlin (2011) Die Finanzierung ambulanter Psychotherapien für Flüchtlinge.
http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Psychotherapie_fuer_Fluechtlinge.pdf (Stand 19.01.2017)
49. Baron J, Schriefers S (2015) Versorgungsbericht - Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF eV)
http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2015/09/Versorgungsbericht_mit-Umschlag_2015.compressed.pdf
(Stand 19.01.2017)
50. Razum O, Bozorgmehr K (2016) Restricted entitlements and access to health care for refugees and immigrants: The example of Germany. *Global Social Policy* Vol. 16(3) 321-324
51. Böttche M, Stammel N, Knaevelsrud C (2016) Psychotherapeutische Versorgung traumatisierter geflüchteter Menschen in Deutschland. *Nervenarzt* 87(11):1136-1143
52. Robert Bosch Expertenkommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik (2016) Themendossier: Zugang zu Gesundheitsleistungen und Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge und Asylbewerber: Von der Erstversorgung bis zur psychosozialen Behandlung. Robert Bosch Stiftung, Gütersloh
53. Universitätsklinikum Heidelberg (o.J.) RESPOND - Improving regional health system responses to the challenges of migration through tailored interventions for asylum-seekers and refugees.
<https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/RESPOND-Improving-regional-health-system-responses-to-the-challenges-of-migration-through-tailored.141896.o.html?&L=0>
(Stand 19.01.2017)
54. Universitätsklinikum Heidelberg (o.J.) Sentinel Surveillance der Gesundheit und primärmedizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften in Deutschland.
<https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Sentinel-Surveillance-der-Gesundheit-und-primarmedizinischen-Versorgung-von-Asylsuchenden-in-Erstau.141902.o.html?&L=0>
(Stand 19.01.2017)
55. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften (o.J.) Herausforderungen und Chancen globaler Flüchtlingsmigration für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. NRW Fortschrittskolleg.
http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag2/fluege_nrw/
(Stand 19.01.2017)
56. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003 - 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, RKI.
57. Sass AC, Grüne B, Brettschneider AK et al. (2015) Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Gesundheitsveys des Robert Koch-Instituts Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 58(6):533-542

58. Razum O, Zeeb H, Meesmann U et al. (2008) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut (Hrsg), RKI, Berlin http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration.pdf?__blob=publicationFile (Stand 20.02.2017)
-
59. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile (Stand 20.02.2017)

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen und Autoren

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

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissen-schaften

Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemein-medizin und Versorgungsforschung

Charité-Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizi-nische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

Korrespondenzadresse

Laura Frank

Robert Koch-Institut

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

General-Pape-Str. 62–66

12101 Berlin

E-Mail: FrankL@rki.de

Interessenkonflikt

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

Herausgeber

Robert Koch-Institut

Nordufer 20

13353 Berlin

Redaktion

Dr. Franziska Prütz, Martina Rabenberg,

Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,

Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese

Robert Koch-Institut

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

General-Pape-Str. 62–66

12101 Berlin

Tel.: 030-18 754-3400

E-Mail: healthmonitoring@rki.de

www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise

Frank L, Yesil-Jürgens R, Razum O et al. (2017)

Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von

Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland.

Journal of Health Monitoring 2(1):24–47

DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-005

ISSN 2511-2708



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



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

Autorinnen und Autor:

Christin Heidemann, Ronny Kuhnert,
Sabine Born, Christa Scheidt-Nave

Journal of Health Monitoring · 2017 2(1)

DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-008

Robert Koch-Institut, Berlin

12-Monats-Prävalenz des bekannten Diabetes mellitus in Deutschland

Abstract

Bei der Stoffwechselkrankheit Diabetes mellitus ist die Regulierung des Blutzuckerspiegels chronisch gestört, was unbehandelt zu schwerwiegenden Folgeerkrankungen führen kann. In den Jahren 2014/15 berichteten insgesamt 7,0 % der Frauen und 8,6 % der Männer ab 18 Jahren das Vorliegen eines Diabetes mellitus in den letzten 12 Monaten (ohne Berücksichtigung eines ausschließlich in der Schwangerschaft aufgetretenen Diabetes). Es existieren deutliche Unterschiede in der 12-Monats-Prävalenz innerhalb der erwachsenen Bevölkerung: Der bekannte Diabetes nimmt mit steigendem Alter deutlich zu, wobei besonders häufig Personen der unteren Bildungsgruppe und Personen aus den Bundesländern Sachsen-Anhalt und Brandenburg betroffen sind. Um im Rahmen einer umfassenden und kontinuierlichen Diabetesberichterstattung eine datengestützte Entscheidungsgrundlage für die Gesundheitspolitik in Deutschland zu schaffen, wird am Robert Koch-Institut derzeit ein Diabetes-Surveillance-System aufgebaut.

📌 DIABETES MELLITUS · PRÄVALENZ · GESUNDHEITSSURVEY · DEUTSCHLAND · ERWACHSENE

Einleitung

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ist eine Stoffwechselerkrankung, bei der die Regulierung des Blutzuckerspiegels gestört ist [1]. Folge sind chronisch erhöhte Blutzuckerkonzentrationen, die unbehandelt zu Schäden an Blutgefäßen und Nerven führen können. Dies erhöht das Risiko für Begleit- und Folgeerkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenfunktionsstörungen, Netzhautschädigungen und diabetisches Fußsyndrom [2] und führt zu Verminderungen in Lebensqualität und Lebenserwartung [3, 4]. Die Versorgung von Personen mit Diabetes und der Ressourcenverlust durch Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung verursa-

chen hohe direkte und indirekte Kosten für das Gesundheitssystem [5].

Die wichtigsten Formen des Diabetes sind Typ-1-, Typ-2- und Schwangerschaftsdiabetes [6]. Typ-1-Diabetes ist eine Autoimmunerkrankung und entwickelt sich vorwiegend im Kindes- und Jugendalter. Von Typ-2-Diabetes, der häufigsten Erkrankungsform, sind hingegen meist Erwachsene jenseits des 40. Lebensjahres betroffen. Neben einer genetischen Veranlagung sind eine ungünstige Ernährungsweise, Bewegungsmangel und daraus resultierendes Übergewicht wesentliche Risikofaktoren des Typ-2-Diabetes. Ein Schwangerschaftsdiabetes bleibt meist nur über

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

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

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamtstichproben - zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (10.872 Männer, 13.144 Frauen)

Response rate: 26,9 %

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Über Ziele und Inhalte der Studie und den Datenschutz wurden die Teilnehmenden informiert und gaben ihr informiertes Einverständnis zur Studienteilnahme

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

den Zeitraum der Schwangerschaft bestehen, steigert jedoch das Risiko im höheren Lebensalter an Typ-2-Diabetes zu erkranken [7].

Indikator

Die 12-Monats-Prävalenz des Diabetes mellitus wurde in der Studie GEDA 2014/2015-EHIS durch die Selbstanzeige der Befragten in einem schriftlich oder online ausgefüllten Fragebogen erfasst. Darin wurde die Frage gestellt „Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden?“. In der nachgeschalteten Liste verschiedener Erkrankungen konnte „Zuckerkrankheit/Diabetes (kein Schwangerschaftsdiabetes)“ angegeben werden. Ein Schwangerschaftsdiabetes wird somit durch die Art der Frageformulierung ausgeschlossen. Es kann jedoch keine Unterscheidung zwischen Typ-1- und Typ-2-Diabetes vorgenommen werden.

Die Analyse basiert auf 23.345 Teilnehmenden ab 18 Jahren mit vorliegenden Angaben zur 12-Monats-Prävalenz des Diabetes (671 Teilnehmende mit fehlender Angabe wurden ausgeschlossen). Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur hinsichtlich Geschlecht und Alter innerhalb der Bundesländer (Stand: 31.12.2014) sowie hinsichtlich Gemeindetyp und Bildung korrigiert. Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/15-EHIS findet sich im Beitrag „[Gesundheit in Deutschland aktuell – neue Daten für Deutschland und Europa](#)“ in dieser Ausgabe [8]. Der Bildungsstatus wurde anhand der Internationalen Standardklassifika-

tion für das Bildungswesen (ISCED) definiert [9]. Unterschiede mit p-Werten $< 0,05$ werden als statistisch signifikant angesehen.

Ergebnisse und Einordnung

Das Vorliegen eines Diabetes mellitus (ohne Schwangerschaftsdiabetes) in den letzten 12 Monaten wird von 7,7 % der Erwachsenen ab 18 Jahren berichtet, wobei die Prävalenz bei Frauen mit 7,0 % niedriger ist als bei Männern mit 8,6 % ([Tabelle 1](#)).

Der Vergleich mit Ergebnissen aus dem zuletzt telefonisch durchgeführten Befragungssurvey des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2012 (GEDA 2012) bei Erwachsenen ab 18 Jahren zeigt mit 7,7 % eine insgesamt vergleichbar hohe 12-Monats-Prävalenz [10]. Die geschlechtsspezifischen Prävalenzen lassen jedoch geringe und entgegengesetzt gerichtete Abweichungen erkennen. So liegt die Prävalenz aus GEDA 2012 bei Frauen mit 7,5 % etwas höher und bei Männern mit 7,9 % etwas niedriger als in GEDA 2014/2015-EHIS [10]. Diese Abweichungen liegen vermutlich größtenteils in der anderen Frageformulierung begründet. Einerseits wurde in GEDA 2012 nach dem Bestehen eines ärztlich festgestellten Diabetes in den letzten 12 Monaten gefragt, was zu geringeren Prävalenzen geführt haben könnte. Andererseits wurde ein Schwangerschaftsdiabetes nicht ausgeschlossen, was die höhere Prävalenz lediglich bei den Frauen erklären könnte. Einen Anhaltspunkt zur Größenordnung des Schwangerschaftsdiabetes liefert die Studie zur Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland (DEGS1, 2008–2011): Demnach betrug die Prävalenz eines bislang ausschließlich in der Schwangerschaft auf-

Das Vorliegen eines Diabetes mellitus (ohne Schwangerschaftsdiabetes) in den letzten 12 Monaten wurde von 7,7 % der Erwachsenen (7,0 % der Frauen und 8,6 % der Männer) berichtet.

getretenen, ärztlich festgestellten Diabetes bei Frauen im Alter von 18 bis 79 Jahren 1,2 %. Dies entspricht einem Anteil von 16,3 % an der Lebenszeitprävalenz des Diabetes bei Frauen [11].

Bei Betrachtung des zeitlichen Verlaufs ist ein deutlicher Anstieg der Lebenszeitprävalenz des ärztlich festgestellten Diabetes zwischen den telefonischen Befragungssurveys der Jahre 2003 (GSTelo3) und 2009 (GEDA 2009) bei Erwachsenen ab 18 Jahren zu erkennen: von 6,8 % auf 9,3 % bei Frauen bzw. von 5,4 % auf 8,2 % bei Männern [12, 10]. Ein deutlicher Anstieg der Lebenszeitprävalenz des ärztlich festgestellten Diabetes zeigt sich zudem zwischen den Untersuchungsur-

veys der Jahre 1997–99 (BGS98) und 2008–11 (DEGS 1) bei 18- bis 79-Jährigen [11]. Des Weiteren weisen auch Daten der gesetzlichen Krankenkassen auf eine Prävalenzzunahme des diagnostizierten Diabetes innerhalb des Zeitraumes 2000 und 2010 hin [13–15]. Dagegen wurden keine weiteren relevanten Prävalenzänderungen zwischen den telefonischen Befragungssurveys der Jahre 2009 bis 2012 (GEDA 2009, GEDA 2010, GEDA 2012) beobachtet. Im Gegensatz zu den Frauen können bei den Männern zwar tendenzielle Zunahmen der 12-Monats- und Lebenszeitprävalenz zwischen 2009 und 2012 beobachtet werden, diese sind jedoch statistisch nicht signifikant (Lebens-

Frauen	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	7,0	(6,4–7,6)
18–29 Jahre	1,1	(0,6–1,9)
Untere Bildungsgruppe	2,7	(1,1–6,5)
Mittlere Bildungsgruppe	0,6	(0,3–1,2)
Obere Bildungsgruppe	0,5	(0,1–1,6)
30–44 Jahre	1,4	(0,9–2,1)
Untere Bildungsgruppe	3,7	(1,7–8,1)
Mittlere Bildungsgruppe	1,3	(0,8–2,2)
Obere Bildungsgruppe	0,4	(0,2–1,0)
45–64 Jahre	5,2	(4,5–6,1)
Untere Bildungsgruppe	8,5	(6,3–11,3)
Mittlere Bildungsgruppe	5,0	(4,0–6,1)
Obere Bildungsgruppe	3,1	(2,2–4,1)
≥ 65 Jahre	17,6	(15,9–19,6)
Untere Bildungsgruppe	20,5	(17,5–23,8)
Mittlere Bildungsgruppe	15,6	(13,3–18,4)
Obere Bildungsgruppe	15,9	(11,9–20,8)
Gesamt (Frauen und Männer)	7,7	(7,3–8,2)

Männer	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	8,6	(7,9–9,2)
18–29 Jahre	0,5	(0,2–1,0)
Untere Bildungsgruppe	0,3	(0,1–1,3)
Mittlere Bildungsgruppe	0,6	(0,2–1,4)
Obere Bildungsgruppe	0,5	(0,1–3,3)
30–44 Jahre	2,0	(1,4–2,9)
Untere Bildungsgruppe	2,0	(0,7–5,5)
Mittlere Bildungsgruppe	2,3	(1,4–3,7)
Obere Bildungsgruppe	1,6	(0,9–2,9)
45–64 Jahre	9,3	(8,2–10,6)
Untere Bildungsgruppe	16,9	(13,0–21,7)
Mittlere Bildungsgruppe	9,7	(8,1–11,7)
Obere Bildungsgruppe	5,9	(4,8–7,3)
≥ 65 Jahre	21,1	(19,1–23,2)
Untere Bildungsgruppe	24,0	(19,7–28,9)
Mittlere Bildungsgruppe	21,3	(18,4–24,5)
Obere Bildungsgruppe	19,4	(16,6–22,6)
Gesamt (Frauen und Männer)	7,7	(7,3–8,2)

* n= 52 fehlende Werte bei Stratifizierung nach Bildungsstatus; KI= Konfidenzintervall

Tabelle 1
12-Monats-Prävalenz des bekannten Diabetes mellitus (ohne Schwangerschaftsdiabetes) nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus (n=23.345 *)

Ab dem 45. Lebensjahr steigt die 12-Monats-Prävalenz des bekannten Diabetes bei beiden Geschlechtern mit dem Lebensalter deutlich an.

zeitprävalenz: 9,3 %, 8,8 %, 9,0 % bei Frauen; 8,2 %, 8,5 %, 8,7 % bei Männern [10]; 12-Monats-Prävalenz: 7,5 %, 7,1 %, 7,5 % bei Frauen; 7,2 %, 7,6 %, 7,9 % bei Männern [10, 16, 17]).

Für die Interpretation der beobachteten Prävalenzentwicklung des bekannten Diabetes sind verschiedene Faktoren relevant. So ist bis zu etwa ein Drittel der Prävalenzzunahme innerhalb der ersten Dekade dieses Jahrhunderts auf die demografische Alterung der Bevölkerung zurückzuführen [11, 12, 13]. Jedoch auch nach Berücksichtigung der veränderten Altersstruktur bleibt die Zunahme des bekannten Diabetes statistisch signifikant [11, 12]. Ein weiterer erklärender Faktor kann eine frühere Diabetesdiagnose sein, die aus erhöhter Aufmerksamkeit von ärztlicher Seite (z. B. aufgrund der Einführung des Disease Management Programms für Typ-2-Diabetes [18]) oder aus Änderungen der diagnostischen Kriterien [19, 20] resultieren kann. Im Ergebnis würde dadurch der Anteil diagnostizierter Fälle ansteigen, während der Anteil unerkannter Fälle sinkt. Einen Hinweis auf eine möglicherweise verbesserte Früherkennung liefert die beobachtete Prävalenzabnahme des unerkannten Diabetes [21]. Zudem können eine verbesserte Versorgung von an Diabetes Erkrankten, z. B. durch Einführung des Disease Management Programms [18] und der Module zur Nationalen Versorgungs-Leitlinie (NVL) Typ-2-Diabetes [22], und eine damit verbundene längere Überlebenszeit den Anteil diagnostizierter Fälle erhöhen. Anhaltspunkte für eine zumindest teilweise verbesserte Versorgung sind, dass die Anteile von 45- bis 79-jährigen von Diabetes Betroffenen mit erreichtem Therapieziel für den Laborparameter HbA_{1c},

mit einer Blutzucker-Selbstkontrolle bzw. mit einer ärztlichen Augen- und Fußuntersuchung zugenommen haben [23]. Weiterhin spielt die zeitliche Entwicklung von verhaltensassoziierten Risikofaktoren eine Rolle für die Dynamik der Diabetesprävalenz. Diese zeigen jedoch zum Teil gegenläufige Trends, die eine Beurteilung von Veränderungen des Diabetes-Risikos insgesamt erschweren – so hat z. B. die Prävalenz von Adipositas zugenommen, die Prävalenz von sportlicher Inaktivität dagegen abgenommen [24, 25].

Weiterführende Analysen der Daten von GEDA 2014/2015-EHIS mit Stratifizierung nach Alter und Bildung zeigen erhebliche Unterschiede der 12-Monats-Prävalenz des bekannten Diabetes innerhalb der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands. So beträgt die 12-Monats-Prävalenz bei beiden Geschlechtern bis zum 45. Lebensjahr nicht mehr als 2,0 % und steigt danach mit dem Lebensalter deutlich an: auf 5,2 % bei Frauen und 9,3 % bei Männern in der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre sowie auf 17,6 % bei Frauen und 21,1 % bei Männern in der Altersgruppe ab 65 Jahren. Zudem liegt bei Personen der unteren Bildungsgruppe häufiger ein bekannter Diabetes vor als bei denen der oberen Bildungsgruppe. Während dieser Unterschied bei Frauen über alle Altersgruppen hinweg ausgeprägt ist, wird dies bei Männern erst ab der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre ersichtlich (Tabelle 1). Deutlich höhere Prävalenzen bei zunehmendem Alter bzw. in der unteren Bildungsgruppe wurden auch für den unerkannten Diabetes beobachtet [21, 26].

Im Vergleich zur durchschnittlichen Prävalenz der 16 Bundesländer sind signifikant höhere 12-Monats-Präva-

Erwachsene der unteren Bildungsgruppe berichten häufiger das Vorliegen eines Diabetes in den vergangenen 12 Monaten als Erwachsene der hohen Bildungsgruppe.

lenzen des bekannten Diabetes bei Frauen in Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Thüringen und Saarland sowie bei Männern in Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Rheinland-Pfalz zu beobachten (Abbildung 1). Signifikant unter dem Durchschnitt liegende 12-Monats-Prävalenzen sind bei Frauen in Bremen, Schleswig-Holstein, Hessen,

Baden-Württemberg und Bayern sowie bei Männern in Hamburg und Baden-Württemberg festzustellen. Auch nach der Berücksichtigung von Unterschieden hinsichtlich Altersstruktur und Bildungsstatus in den einzelnen Bundesländern bleiben die meisten der beobachteten Unterschiede zur durchschnittlichen Prävalenz bestehen

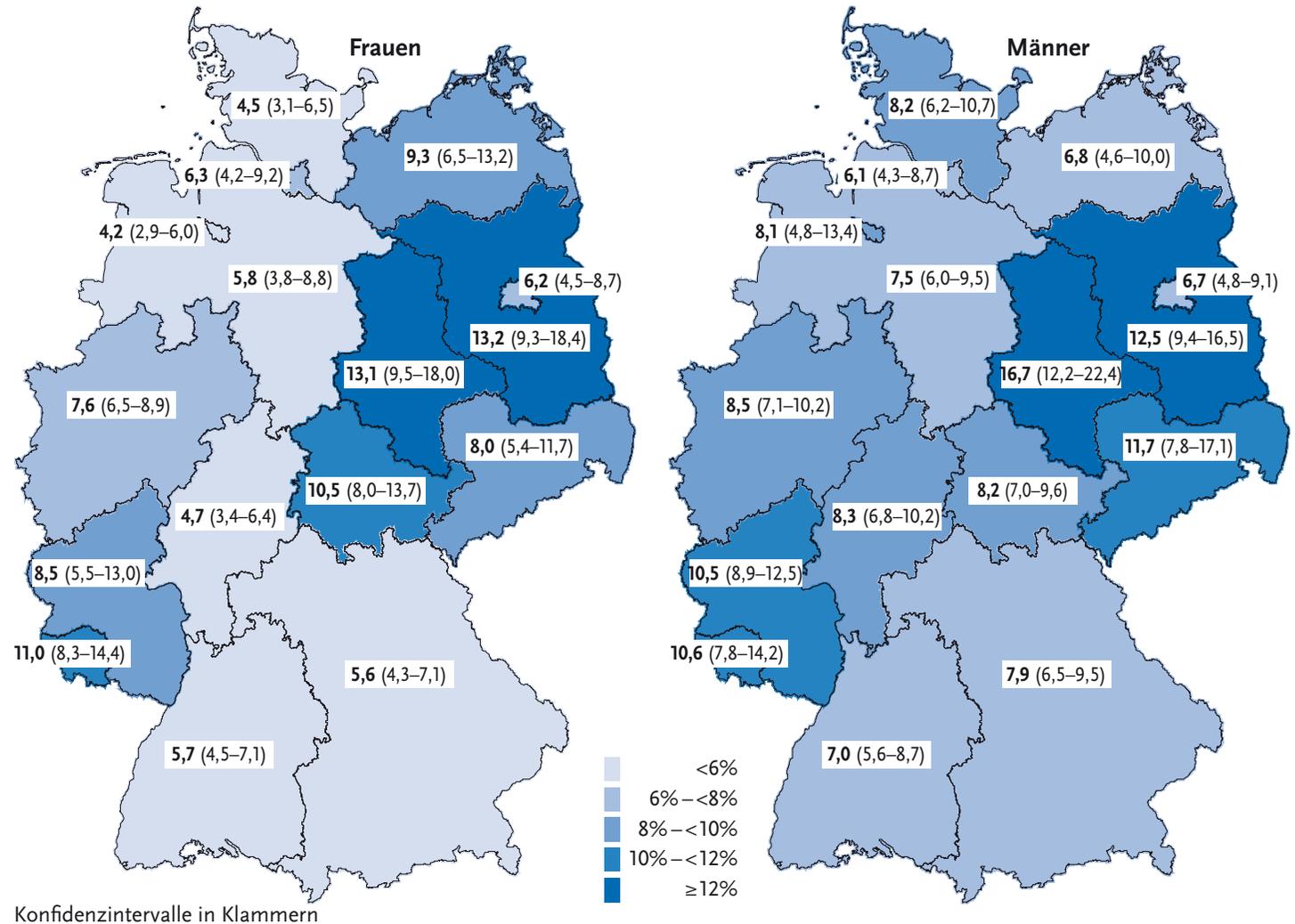


Abbildung 1

12-Monats-Prävalenz des bekannten Diabetes (ohne Schwangerschaftsdiabetes) bei Frauen und Männern nach Bundesland (n=23.345)

Im Vergleich zur durchschnittlichen Prävalenz liegen in Sachsen-Anhalt und Brandenburg bei beiden Geschlechtern deutlich höhere 12-Monats-Prävalenzen des bekannten Diabetes vor.

(mit Ausnahme von Rheinland-Pfalz, Hamburg und Baden-Württemberg bei Männern). Ähnliche Prävalenzmuster wurden für das Vorliegen eines jemals ärztlich festgestellten Diabetes in einer gepoolten Analyse von GEDA-Daten der Jahre 2009, 2010 und 2012 [27] und das Vorliegen eines diagnostizierten Diabetes in einer Analyse von AOK-Krankenversichertendaten des Jahres 2010 [28] beobachtet. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Prävalenz des bekannten Diabetes auch innerhalb eines Bundeslandes sehr unterschiedlich ausgeprägt sein kann [14, 29]. Der Vergleich von EHIS-Daten auf europäischer Ebene im aktuellen OECD-/EU-Bericht „Health at a Glance: Europe 2016“ sowie im Beitrag „Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa“ in dieser Ausgabe zeigt, dass die in Deutschland beobachtete 12-Monats-Prävalenz des bekannten Diabetes insgesamt etwa dem europäischen Durchschnitt entspricht [30, 31]. Bei der Interpretation der unterschiedlichen Prävalenzen des bekannten Diabetes innerhalb Deutschlands bzw. Europas sind neben der Altersstruktur bereits erwähnte Faktoren wie die Relation diagnostizierter Fälle zu unerkannten Fällen, Versorgungssituation und Risikofaktorenlast relevant, die in den verschiedenen Bundesländern bzw. verschiedenen europäischen Ländern jeweils unterschiedlich ausgeprägt sein können.

Zusammenfassend betrachtet ist Diabetes mellitus eine in der erwachsenen deutschen Bevölkerung insgesamt häufig vorliegende Erkrankung, wobei besonders Frauen und Männer ab 45 Jahre, der unteren Bildungsgruppe und aus den Bundesländern Sachsen-Anhalt und Brandenburg betroffen sind. Diese Bevölkerungsgruppen

sollten in verstärktem Maße durch Präventions-, Früherkennungs- und Versorgungsmaßnahmen erreicht werden. Um eine fortlaufende und umfassende Diabetesberichterstattung und eine datengestützte Entscheidungsgrundlage für die Gesundheitspolitik in Deutschland zu schaffen, wird am Robert Koch-Institut derzeit ein Diabetes-Surveillance-System aufgebaut. Dabei werden geeignete Indikatoren zur Abbildung des Krankheitsgeschehens auf Basis verfügbarer Daten sowie bestehende Datennutzungsbarrieren und Datenlücken identifiziert. Das Konzept und der aktuelle Stand der Diabetes-Surveillance werden in einem [Concepts-and-Methods-Beitrag](#) in dieser Ausgabe ausführlich dargestellt [32].

Literatur

1. Zaccardi F, Webb DR, Yates T et al. (2016) Pathophysiology of type 1 and type 2 diabetes mellitus: a 90-year perspective. *Postgrad Med J* 92(1084):63-69
2. van Dieren S, Beulens JW, van der Schouw YT et al. (2010) The global burden of diabetes and its complications: an emerging pandemic. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 17 Suppl 1:S3-8
3. Schunk M, Reitmeir P, Schipf S et al. (2012) Health-related quality of life in subjects with and without Type 2 diabetes: pooled analysis of five population-based surveys in Germany. *Diabet Med* 29(5):646-653
4. Paprott R, Schaffrath Rosario A, Busch MA et al. (2015) Association between hemoglobin A1c and all-cause mortality: results of the mortality follow-up of the German National Health Interview and Examination Survey 1998. *Diabetes Care* 38(2):249-256
5. Ulrich S, Holle R, Wacker M et al. (2016) Cost burden of type 2 diabetes in Germany: results from the population-based KORA studies. *BMJ Open* 6(11):e012527
6. Müller-Wieland D, Petermann A, Nauck M et al. (2016) Definition, Klassifikation und Diagnostik des Diabetes mellitus. *Diabetologie* 11(Suppl 2):S78-81

7. Bellamy L, Casas JP, Hingorani AD et al. (2009) Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 373(9677):1773–1779
8. Saß AC, Finger JD, Allen J et al. (2017) „Gesundheit in Deutschland aktuell“ – neue Daten für Deutschland und Europa. Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 2 (1): 83–90. Robert Koch-Institut, Berlin. www.rki.de/journalhealthmonitoring (Stand: 15.03.2016)
9. Statistische Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Glossar: Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED). http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de
10. Robert Koch-Institut (RKI) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA12.pdf?__blob=publicationFile (Stand 27.02.2017)
11. Heidemann C, Du Y, Schubert I et al. (2013) Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5/6):668-677 <http://edoc.rki.de/oa/articles/reStimZmeS2/PDF/28z6BcQzEazE.pdf> (Stand: 27.02.2017)
12. Heidemann C, Du Y, Scheidt-Nave C (2011) Diabetes mellitus in Deutschland. *GBE kompakt* 2(3):1-7. Robert-Koch-Institut, Berlin. www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 01.11.2016)
13. Koster I, Schubert I, Huppertz E (2012) [Follow up of the CoDiM-Study: Cost of diabetes mellitus 2000–2009]. *Dtsch Med Wochenschr* 137(19):1013-1016
14. Boehme MW, Buechele G, Frankenhauser-Mannuss J et al. (2015) Prevalence, incidence and concomitant co-morbidities of type 2 diabetes mellitus in South Western Germany – a retrospective cohort and case control study in claims data of a large statutory health insurance. *BMC Public Health* 15:855
15. Tamayo T, Brinks R, Hoyer A et al. (2016) The Prevalence and Incidence of Diabetes in Germany. *Dtsch Arztebl Int* 113(11):177-182
16. Robert Koch-Institut (RKI) (2010) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA09.pdf?__blob=publicationFile (Stand 27.02.2017)
17. Robert Koch-Institut (RKI) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.pdf?__blob=publicationFile (Stand 27.02.2017)
18. Fuchs S, Henschke C, Blumel M et al. (2014) Disease management programs for type 2 diabetes in Germany: a systematic literature review evaluating effectiveness. *Dtsch Arztebl Int* 111(26):453-463
19. World Health Organization (1999) Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Report of a WHO consultation. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. World Health Organization, Geneva. <http://www.who.int/iris/handle/10665/66040> (Stand: 22.11.2016)
20. Kerner W, Brückel J (2010) Definition, Klassifikation und Diagnostik des Diabetes mellitus. *Diabetologie* 5(Suppl 2):S109-112
21. 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
22. Weikert B, Weinbrenner S, Meyerrose B et al. (2011) Nationale VersorgungsLeitlinien Diabetes – Evidenzbasierte Entscheidungshilfen zum Thema Typ-2-Diabetes für den deutschen Versorgungsbereich. *Diabetes aktuell* 9:70-74
23. Du Y, Heidemann C, Schaffrath Rosario A et al. (2015) Changes in diabetes care indicators: findings from German National Health Interview and Examination Surveys 1997–1999 and 2008–2011. *BMJ Open Diabetes Res Care* 3(1):e000135
24. Robert Koch-Institut (RKI) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/02_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 01.11.2016)
25. Finger JD, Busch MA, Du Y et al. (2016) Time Trends in Cardio-metabolic Risk Factors in Adults. *Dtsch Arztebl Int* 113(42):712-719
26. Tamayo T, Schipf S, Meisinger C et al. (2014) Regional differences of undiagnosed type 2 diabetes and prediabetes prevalence are not explained by known risk factors. *PLoS One* 9(11):e113154
27. Diederichs C, Neuhauser H, Kroll LE et al. (2017) Regionale Unterschiede in der Prävalenz von kardiovaskulären Risikofaktoren bei Männern und Frauen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*: 60(2):151-162

28. Muller N, Heller T, Freitag MH et al. (2015) Healthcare utilization of people with type 2 diabetes in Germany: an analysis based on health insurance data. *Diabet Med* 32(7):951-957

29. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2014) Bayrischer Diabetesbericht. Kuhn J, Enke M, Reisig V, Söh K (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit). https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/themen/diabetis_mellitus_bayern.htm (Stand: 18.01.2016)

30. Fehr A, Lange C, Fuchs J et al. (2017) Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa. *Journal of Health Monitoring* 2 (1):3–23. Robert Koch-Institut, Berlin. www.rki.de/journalhealthmonitoring (Stand: 18.03.2016)

31. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD)/European Union (EU) (2016) Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle. Chapter 3: Diabetes prevalence. OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en> (Stand: 29.11.2016)

32. Gabrys L, Schmidt C, Heidemann C et al. (2017) Diabetes-Surveillance in Deutschland – Hintergrund, Konzept, Ausblick. *Journal of Health Monitoring* 2 (1): 91–104. Robert Koch-Institut, Berlin. www.rki.de/journalhealthmonitoring (Stand: 15.03.2016)

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen und des Autors

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

Korrespondenzadresse

Dr. Christin Heidemann

Robert Koch-Institut

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

General-Pape-Str. 62–66

12101 Berlin

E-Mail: HeidemannC@rki.de

Interessenkonflikt

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

Herausgeber

Robert Koch-Institut

Nordufer 20

13353 Berlin

Redaktion

Dr. Franziska Prütz, Martina Rabenberg,

Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,

Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese

Robert Koch-Institut

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

General-Pape-Str. 62–66

12101 Berlin

Tel.: 030-18 754-3400

E-Mail: healthmonitoring@rki.de

www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise

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

DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-008

ISSN 2511-2708



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



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

Autorinnen und Autor:

Hannelore Neuhauser, Ronny Kuhnert,
Sabine Born

Journal of Health Monitoring · 2017 2(1)

DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-007

Robert Koch-Institut, Berlin

12-Monats-Prävalenz von Bluthochdruck in Deutschland

Abstract

Bluthochdruck (Hypertonie) gehört zu den wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ist damit eine wesentliche Determinante der häufigsten Todesursachen im Erwachsenenalter. Nach Ergebnissen der Studie GEDA 2014/2015-EHIS hat fast jeder dritte Erwachsene in Deutschland einen bekannten, ärztlich diagnostizierten Bluthochdruck. Männer sind in der Gruppe der unter 65-Jährigen häufiger betroffen. In der Gruppe der ab 65-Jährigen haben bei beiden Geschlechtern fast zwei Drittel einen Bluthochdruck. Insbesondere bei Frauen besteht ein Bildungsgradient mit höheren Prävalenzen von bekanntem Bluthochdruck bei Personen der unteren Bildungsgruppe. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ist die Prävalenz der bekannten Hypertonie bei Männern in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt sowie bei Frauen in allen ostdeutschen Bundesländern außer Berlin höher. Niedrigere Prävalenzen als im Bundesdurchschnitt finden sich bei Männern in Bremen.

BLUTHOCHDRUCK · ERWACHSENE · DEUTSCHLAND · GESUNDHEITSMONITORING · GEDA

Einleitung

Bluthochdruck (Hypertonie) gehört zu den wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ist damit eine wesentliche Determinante der häufigsten Todesursachen im Erwachsenenalter. Meistens entsteht eine Hypertonie durch das Zusammenwirken von Erbanlagen, Alter, Geschlecht und verschiedenen ungünstigen Ernährungs- und Lebensbedingungen. Dazu zählen Übergewicht, hoher Kochsalz- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und Stress. Selten ist der Bluthochdruck die Folge von anderen Erkrankungen. Es handelt sich um einen Risikofaktor, der durch die Umstellung von Lebensgewohnheiten sowie eine konsequente medikamentöse Therapie entscheidend beeinflusst werden kann [1].

Indikator

In der Studie GEDA 2014/2015-EHIS wurden drei standardisierte Fragen zum Bluthochdruck online oder schriftlich von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern beantwortet. Das Vorliegen eines bekannten, ärztlich diagnostizierten Bluthochdrucks in den letzten 12 Monaten wird definiert durch die positive Beantwortung der Frage „Wurde bei Ihnen jemals Bluthochdruck von einem Arzt diagnostiziert?“ sowie der positiven Beantwortung einer der folgenden Fragen „Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Bluthochdruck bzw. Hypertonie?“ oder „Nehmen Sie derzeit blutdrucksenkende Mittel ein?“ Es wurden keine aktuellen Blutdruckwerte erfragt. Die Analyse basiert auf Angaben von 23.967 Teilnehmenden ab 18 Jahren (49 Teilnehmende mit fehlenden Angaben wurden ausgeschlossen) und wurde mit einem

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

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

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamtstichproben - zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (10.872 Männer, 13.144 Frauen)

Response rate: 26,9 %

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Über Ziele und Inhalte der Studie und den Datenschutz wurden die Teilnehmenden informiert und gaben ihr informiertes Einverständnis zur Studienteilnahme

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

Tabelle 1

12-Monats-Prävalenz des bekannten, ärztlich diagnostizierten Bluthochdrucks nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus (n=23.967)

Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerung in Deutschland (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Gemeindetyp und Bildung korrigiert. Die Bildungsgruppen wurden dabei nach einer standardisierten Vorgehensweise (International Standard Classification of Education – ISCED) gebildet, die die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse berücksichtigt [2]. Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/15-EHIS findet sich im Beitrag „[Gesundheit in Deutschland aktuell – neue Daten für Deutschland und Europa](#)“ [3] in dieser Ausgabe, ebenso der [Fragebogen GEDA 2014/2015-EHIS](#).

Frauen	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	30,9	(29,8–32,1)
18–29 Jahre	4,2	(3,1–5,6)
Untere Bildungsgruppe	6,5	(3,9–10,5)
Mittlere Bildungsgruppe	4,0	(2,7–5,8)
Obere Bildungsgruppe	1,4	(0,7–3,0)
30–44 Jahre	9,0	(7,8–10,4)
Untere Bildungsgruppe	12,3	(8,2–18,0)
Mittlere Bildungsgruppe	9,6	(8,0–11,4)
Obere Bildungsgruppe	5,6	(4,3–7,3)
45–64 Jahre	31,6	(29,9–33,5)
Untere Bildungsgruppe	37,4	(33,1–41,8)
Mittlere Bildungsgruppe	32,0	(29,7–34,3)
Obere Bildungsgruppe	25,4	(22,8–28,2)
≥ 65 Jahre	63,8	(61,5–66,1)
Untere Bildungsgruppe	66,4	(62,8–69,9)
Mittlere Bildungsgruppe	62,9	(59,4–66,2)
Obere Bildungsgruppe	58,0	(53,4–62,4)
Gesamt (Frauen und Männer)	31,8	(31,0–32,7)

KI= Konfidenzintervall

Einordnung der Ergebnisse

Nach den Ergebnissen der Studie GEDA 2014/2015-EHIS hat fast jeder dritte Erwachsene (30,9 % der Frauen und 32,8 % der Männer) einen bekannten, ärztlich diagnostizierten Bluthochdruck ([Tabelle 1](#)). Die Prävalenz des bekannten Bluthochdrucks steigt mit zunehmendem Alter an. Fast zwei Drittel der 65-Jährigen und Älteren (63,8 % der Frauen und 65,1 % der Männer) haben einen bekannten Bluthochdruck.

Ein Zusammenhang zwischen dem bekannten Bluthochdruck und dem Bildungsstatus findet sich bei Frauen in allen Altersgruppen. Frauen der oberen Bildungsgruppe haben signifikant seltener einen bekannten Blut-

Männer	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	32,8	(31,6–33,9)
18–29 Jahre	4,4	(3,3–6,0)
Untere Bildungsgruppe	5,4	(3,2–8,9)
Mittlere Bildungsgruppe	4,5	(3,1–6,6)
Obere Bildungsgruppe	2,3	(1,0–5,2)
30–44 Jahre	14,5	(12,8–16,5)
Untere Bildungsgruppe	12,7	(8,5–18,5)
Mittlere Bildungsgruppe	17,5	(14,9–20,3)
Obere Bildungsgruppe	9,9	(7,9–12,2)
45–64 Jahre	38,3	(36,4–40,1)
Untere Bildungsgruppe	42,7	(37,9–47,7)
Mittlere Bildungsgruppe	40,1	(37,4–42,8)
Obere Bildungsgruppe	33,5	(30,9–36,2)
≥ 65 Jahre	65,1	(62,9–67,1)
Untere Bildungsgruppe	65,5	(60,5–70,3)
Mittlere Bildungsgruppe	65,2	(61,9–68,4)
Obere Bildungsgruppe	64,5	(61,4–67,5)
Gesamt (Frauen und Männer)	31,8	(31,0–32,7)

Fast jeder dritte Erwachsene hat nach Ergebnissen der Studie GEDA 2014/2015-EHIS einen bekannten, ärztlich diagnostizierten Bluthochdruck.

hochdruck als Frauen der unteren Bildungsgruppe. Bei Männern findet sich ein solcher Zusammenhang in der Altersgruppe der 45- bis 64-jährigen.

Betrachtet man regionale Unterschiede, so ist im Vergleich zum Bundesdurchschnitt die Prävalenz der bekannten Hypertonie bei Männern in Mecklenburg-

Vorpommern und Sachsen-Anhalt sowie bei Frauen in allen ostdeutschen Bundesländern außer Berlin höher. Niedrigere Prävalenzen als im Bundesdurchschnitt finden sich bei Männern in Bremen ([Abbildung 1](#)).

Da bevölkerungsweite Untersuchungssurveys mit standardisierten Blutdruckmessungen mit hohen

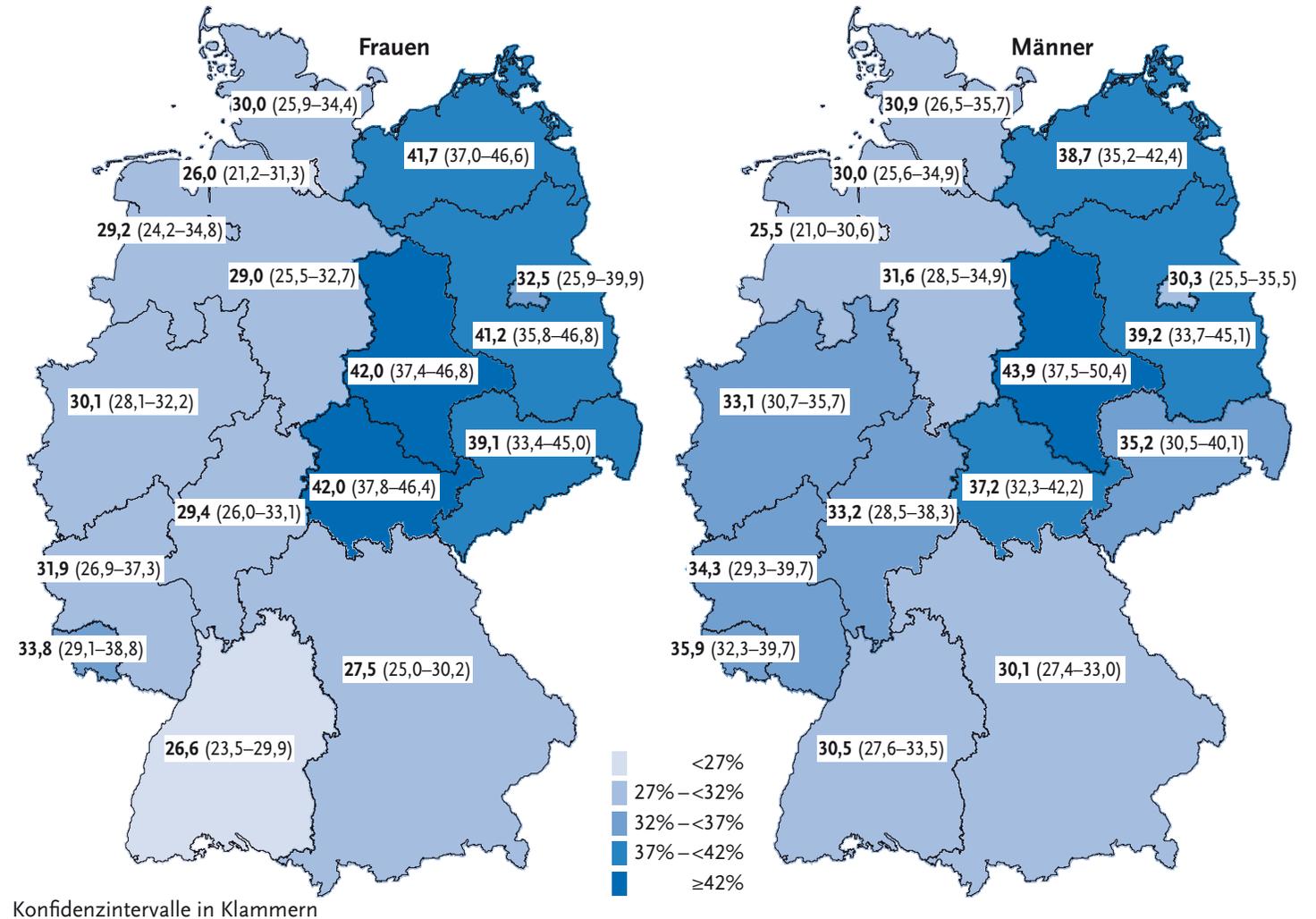


Abbildung 1
12-Monats-Prävalenz des bekannten, ärztlich diagnostizierten Bluthochdrucks nach Geschlecht und Bundesland
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Die Prävalenz des bekannten Bluthochdrucks steigt mit zunehmendem Alter an. Fast zwei Drittel der ab 65-Jährigen haben einen bekannten Bluthochdruck.

Kosten und Aufwand verbunden sind, werden sie nur in größeren Zeitabständen durchgeführt. Aus Befragungssurveys wie GEDA 2014/2015-EHIS können dagegen in kürzeren Zeitabständen Prävalenzen des bekannten Bluthochdrucks ermittelt werden. Diese hängen jedoch maßgeblich von drei Faktoren ab: dem Bekanntheitsgrad der Hypertonie in der Bevölkerung (der nur aus Untersuchungssurveys ermittelt werden kann), der Hypertonie-Prävalenz in der Bevölkerung (einschließlich der unerkannten Hypertonie), sowie methodischen Besonderheiten der Befragung (in erster Linie die Operationalisierung des Begriffs Bluthochdruck und die Einbindung von Informationen zur medikamentösen Behandlung der Hypertonie, da Betroffene mit einer medikamentös gut eingestellten Hypertonie die Frage nach dem aktuellen Bestehen eines Bluthochdrucks unter Umständen verneinen).

Nach Ergebnissen des letzten bundesweiten Untersuchungssurveys, der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011), war über 80% der Teilnehmenden mit Bluthochdruck dieser auch bekannt. Der Bekanntheitsgrad war höher bei Frauen als bei Männern (86,8 vs. 78,3%) und höher bei älteren als bei jüngeren Erwachsenen [4]. Die aus GEDA 2014/2015-EHIS ermittelten Prävalenzen einer selbstberichteten bekannten Hypertonie sind höher als die in DEGS1 2008–2011 ermittelten Prävalenzen für eine bekannte Hypertonie [4]. Allerdings ist die obere Altersgrenze für die berichteten DEGS1-Prävalenzen 79 Jahre und nicht nach oben offen. Zudem wurde in DEGS1 nur als bekannte Hypertonie gewertet, wenn zusätzlich zur selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Hypertonie auch die gemessenen Blut-

druckwerte oder die mitgebrachte Medikation den Bluthochdruck bestätigten. Weiterhin sind die DEGS1-Prävalenzen Punktprävalenzen, während die GEDA 2014/2015-EHIS-Prävalenzen 12-Monats-Prävalenzen sind. Gegen eine Zunahme der Hypertonieprävalenz spricht, dass aktuelle Daten aus verschiedenen Studien einen kontinuierlich und konsistent abnehmenden Blutdrucktrend in Deutschland und generell in Westeuropa in den letzten beiden Dekaden belegen [1, 4–6].

Im Vergleich mit den Ergebnissen von GEDA 2012 [7] ist die 12-Monats-Prävalenz des bekannten, ärztlich diagnostizierten Bluthochdrucks in GEDA 2014/2015-EHIS etwas höher. Dies könnte allerdings auch auf methodische Unterschiede der beiden Surveys zurückzuführen sein. Bei der Indikatordefinition wurde zwar bezüglich Einbindung der Medikationsangaben und der Einschränkung auf eine ärztlich diagnostizierte Hypertonie ähnlich vorgegangen, allerdings waren genaue Fragenformulierungen und Reihenfolge in den beiden Studien unterschiedlich, so dass keine vollständige Vergleichbarkeit gegeben ist.

Der hier analysierte Indikator für bekannten Bluthochdruck, der aus drei Fragen zum Bluthochdruck zusammengesetzt ist, erweitert und präzisiert die einfache Selbstangabe zum Vorliegen eines Bluthochdrucks in den letzten 12 Monaten, die im Rahmen des European Health Interview Survey (EHIS) erhoben wurde. Nur so konnten 621 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (2,5% der Befragten) sinnvoll zugeordnet werden, die das Vorliegen eines Bluthochdrucks in den letzten 12 Monaten verneinten, jedoch gleichzeitig angaben, dass bei ihnen in der Vergangenheit eine Hypertonie ärztlich festgestellt worden ist und dass

Frauen der oberen Bildungsgruppe haben signifikant seltener einen bekannten Bluthochdruck als Frauen der unteren Bildungsgruppe. Bei Männern findet sich ein solcher Zusammenhang in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen.

aktuell blutdrucksenkende Mittel eingenommen werden. Hier kann angenommen werden, dass eine medikamentös gut eingestellte Hypertonie vorliegt, die von den Betroffenen nicht mehr als aktueller Bluthochdruck eingeordnet wird. Wünschenswert erscheint daher eine Einschränkung auf einen (jemals) ärztlich diagnostizierten Bluthochdruck, da bei einer Befragung der Begriff Bluthochdruck ansonsten nicht weiter definiert ist und das Antwortverhalten der Befragten vielfachen Einflüssen unterliegt, die nicht weiter entschlüsselt werden können.

Die beobachteten höheren Prävalenzen des bekannten Bluthochdrucks in einigen ostdeutschen Bundesländern stehen im Einklang mit Ergebnissen der DEGS₁-Studie [8]. Hier ist zu beachten, dass sich die positive Entwicklung im Nordosten Deutschlands, die sich in einem deutlich gestiegenen Bekanntheits-, Behandlungs- und Kontrollgrad der Hypertonie zeigt [1], in dem Indikator bekannte Hypertonie aus GEDA 2014/2015-EHIS nicht differenzieren lässt (ein höherer Bekanntheitsgrad erhöht die Prävalenz der bekannten Hypertonie, ein höherer Behandlungs- und Kontrollgrad senkt zwar das Risiko in der Bevölkerung, beeinflusst jedoch die Prävalenz der bekannten Hypertonie nicht).

Die höheren Prävalenzen von bekanntem Bluthochdruck bei Frauen der unteren Bildungsgruppe stehen in Einklang mit den GEDA-2012-Ergebnissen [7] sowie mit den DEGS₁-Analysen zum Zusammenhang der Hypertonieprävalenz und dem Sozialstatus [9]. Analysen mit den DEGS₁-Daten zeigen jedoch, dass sich der Bekanntheits-, Behandlungs- und Kontrollgrad der Hypertonie nicht nach Sozialstatus unterscheidet.

Insgesamt gibt es zu wenig bundesweite bevölkerungsbezogene Daten zum Blutdruck in Deutschland [1]. Dabei erscheint das Monitoring der bekannten Hypertonie mittels eines Befragungssurveys wie dem GEDA 2014/2015-EHIS eine gute Möglichkeit, um in den Intervallen zwischen Untersuchungssurveys aktuelle Trends bei der bekannten Hypertonie zu erfassen. Allerdings sind zur Überprüfung und Zuordnung dieser Trends Untersuchungen mit standardisierten Blutdruckmessungen und operationalisierter und nachvollziehbarer Hypertoniedefinition erforderlich, da sich die (selbstberichtete) bekannte Hypertonie in einem Befragungssurvey nur mit eingeschränkter Validität erheben lässt [10]. Eine Verbesserung der Validität durch Einbindung der Medikamentenangaben und durch Einschränkung auf eine ärztlich diagnostizierte Hypertonie ist bei der Fortentwicklung der EHIS-Indikatoren zu diskutieren, da diese aktuell lediglich die Selbstangabe einer Hypertonie in den letzten 12 Monaten als Indikator für Bluthochdruck vorsehen.

Ein differenzierter Vergleich der Blutdrucksituation in Deutschland und ein Vergleich zwischen verschiedenen europäischen Ländern erfordert allerdings die Analyse verschiedener Blutdruckindikatoren, insbesondere zusätzlich zu den o.g. Befragungsdaten standardisierte Messwerte des mittleren systolischen und diastolischen Blutdrucks zur Erfassung der Prävalenz von bekannter und unerkannter Hypertonie sowie des Bekanntheits-, Behandlungs- und Kontrollgrades der Hypertonie. Die alleinige ländervergleichende Auswertung der Selbstangaben zum Vorliegen eines Bluthochdrucks in den letzten 12 Monaten (aktueller EHIS-Indikator für Bluthochdruck,

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ist die Prävalenz der bekannten Hypertonie bei Männern in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt sowie bei Frauen in allen ostdeutschen Bundesländern außer Berlin höher.

wie sie im Beitrag „Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa“ [11] in dieser Ausgabe gezeigt wird, d. h. ohne Hinzunahme der Angaben zur Einnahme blutdrucksenkender Medikamente und ohne Eingrenzung auf eine ärztlich festgestellte Hypertonie) zeigt große Länderunterschiede, die zu einem erheblichen Teil methodisch bedingt sein können. Eine künftige Erweiterung und Präzisierung des aktuellen EHIS-Indikators wurde daher vorgeschlagen. Aktuelle internationale systematische Übersichtsarbeiten basierend auf Untersuchungssurveys [6, 12] zeigen eine weiterhin vergleichsweise hohe Prävalenz der Hypertonie in Deutschland bei einem allerdings recht hohen Anteil an kontrollierter Hypertonie und einem deutlich gesunkenen mittleren Blutdruck in der Bevölkerung. Diese internationalen Analysen zeigen, dass das Monitoring des Blutdrucks auf Bevölkerungsebene komplex ist. In Deutschland wurde daher eine Initiative gestartet, um unter Einbeziehung der Daten des bundesweiten Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts und Daten aus bevölkerungsbasierten regionalen Studien eine umfassende Analyse der Blutdrucksituation durchzuführen, die fortgeführt werden sollte [1].

Literatur

1. Neuhauser H, Diederichs C, Boeing H et al. (2016) Bluthochdruck in Deutschland. Daten aus sieben bevölkerungsbasierten epidemiologischen Studien (1994–2012). Deutsches Ärzteblatt 113(48):809–815
2. Eurostat (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de (Stand 24.02.2017)
3. Saß AC, JD Finger JD, JAllen J et al. (2017) "Gesundheit in Deutschland aktuell" – neue Daten für Deutschland und Europa. Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS. Journal of Health Monitoring 2(1): 83–90
4. Neuhauser HK, Adler C, Rosario AS et al. (2015) Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in Germany 1998 and 2008–11. J Hum Hypertens 29(4):247–253
5. Finger JD, Busch MA, Du Y et al. (2016) Time Trends in Cardiometabolic Risk Factors in Adults. Dtsch Arztebl Int 113(42):712–719
6. Noncommunicable Disease Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2017) Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. Lancet 389 (10064):37–55
7. Robert Koch-Institut (RKI) (2014) Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA12.pdf?__blob=publicationFile (Stand 24.02.2017)
8. Diederichs C, Neuhauser H (2014) Regional variations in hypertension prevalence and management in Germany: results from the German Health Interview and Examination Survey (DEGS1). J Hypertens 32(7):1405–1413; discussion 1414
9. Neuhauser H, Sarganas G (2015) Hoher Blutdruck: Ein Thema für alle. Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin GBE kompakt 6(4) http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2015_4_bluthochdruck.pdf?__blob=publicationFile (Stand 24.02.2017)
10. Tormo MJ, Navarro C, Chirlaque MD et al. (2000) Validation of self diagnosis of high blood pressure in a sample of the Spanish EPIC cohort: overall agreement and predictive values. EPIC Group of Spain. J Epidemiol Community Health 54(3):221–226
11. Fehr A, Lange C, Fuchs J et al. (2017) Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa. Journal of Health Monitoring 2(1): 3–23
12. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN et al. (2016) Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies From 90 Countries. Circulation 134(6):441–450

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen und des Autors
Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenzadresse
PD Dr. Hannelore Neuhauser
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: NeuhauserH@rki.de

Interessenkonflikt

Die korrespondierende Autorin gibt für sich und die Koautorin und den Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

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

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise

Neuhauser H, Kuhnert R, Born S (2017)
12-Monats-Prävalenz von Bluthochdruck in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(1): 57–63
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-007
ISSN 2511-2708



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



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

Autoren:

Markus A. Busch, Ronny Kuhnert

Journal of Health Monitoring · 2017 2(1)

DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-009

Robert Koch-Institut, Berlin

12-Monats-Prävalenz einer koronaren Herzkrankheit in Deutschland

Abstract

Nach Ergebnissen der Studie GEDA 2014/2015-EHIS bestand bei 3,7% der Frauen und 6,0% der Männer in Deutschland in den letzten 12 Monaten eine koronare Herzkrankheit (KHK; definiert als Herzinfarkt, chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarktes oder Angina pectoris). Diese 12-Monats-Prävalenz einer KHK liegt bei beiden Geschlechtern in den Altersgruppen unter 45 Jahren noch deutlich unter 1%, steigt danach aber rasch und überproportional auf bis zu 16,0% bei Frauen und 24,1% bei Männern im Alter ab 75 Jahren an. Frauen der unteren Bildungsgruppe haben eine deutlich höhere Prävalenz (7,3%) im Vergleich zu Frauen der oberen Bildungsgruppe (1,2%). Bei Männern bestehen geringere bildungsbezogene Unterschiede (6,5% vs. 5,2%). Die hier ausgewerteten Indikatoren wurden im Rahmen des European Health Interview Survey (EHIS) 2014/2015 erstmals eingesetzt, so dass Vergleichsdaten bisher nicht vorliegen.

HERZINFARKT · KORONARE HERZKRANKHEIT · KRANKHEITSFOLGEN · GESUNDHEITSMONITORING · DEUTSCHLAND

Einleitung

Die koronare oder ischämische Herzkrankheit (KHK) ist eine chronische Herzerkrankung, bei der eine Arteriosklerose zu einer zunehmenden Verengung der Herzkranzgefäße führt. In der Folge kommt es zur Mangel durchblutung des Herzmuskelgewebes [1]. Häufiges Symptom im fortgeschrittenen Stadium ist die sogenannte Angina pectoris (Brustenge), das anfallsartige Auftreten von Schmerzen hinter dem Brustbein. Herzinfarkt, Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen stellen andere häufige Komplikationen der KHK dar, die mit einer hohen Sterblichkeit einhergehen und zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes führen.

Die KHK ist in Deutschland und weltweit die häufigste Todesursache [1, 2] und ein hoher Kostenfaktor

für Gesundheitssysteme [3, 4]. In Deutschland sinken die Neuerkrankungsrate und die Sterblichkeit an koronarer Herzkrankheit seit einigen Jahrzehnten kontinuierlich [1]. Zu dieser Entwicklung tragen vermutlich vor allem Verbesserungen im Gesundheitsverhalten (Nicht-rauchen, körperliche Aktivität, ausgewogene Ernährung) und im kardiometabolischen Risikoprofil (Bluthochdruck, Blutzucker, Fettstoffwechsel) [5] sowie in der Versorgung des akuten Herzinfarktes [6] bei. Durch die Veränderungen der Sterblichkeit und Neuerkrankungsrate (Inzidenz) wird letztlich auch die Häufigkeit der koronaren Herzkrankheit in der Bevölkerung (Prävalenz) beeinflusst. Außerdem kann die Veränderung in der Bevölkerungsstruktur mit einer Zunahme des Anteils an älteren Personen im Rahmen des demografischen Wandels zu einem zahlenmäßigen Anstieg der korona-

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

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

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamtstichproben - zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (10.872 Männer, 13.144 Frauen)

Response rate: 26,9 %

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Über Ziele und Inhalte der Studie und den Datenschutz wurden die Teilnehmenden informiert und gaben ihr informiertes Einverständnis zur Studienteilnahme

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

ren Herzkrankheit in der Bevölkerung führen [1]. Eine regelmäßige Erhebung der alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenz ist daher unabdingbar, um rechtzeitig positive und negative Trends zu erkennen und Präventionspotentiale sowie Bedarfe für medizinische Versorgung in der Bevölkerung zu ermitteln.

Für das europäische Gesundheitsmonitoring wurden zwei Indikatoren eingeführt, mit denen die Häufigkeit des Herzinfarktes und dessen chronische Folgen sowie einer chronischen KHK oder Angina pectoris in den Ländern der Europäischen Union (EU) im Zeitverlauf erfasst werden können [7]. Im Rahmen des European Health Interview Survey (EHIS) 2014/2015 wurden durch die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2014/2015 des Robert Koch-Instituts auch in Deutschland erstmals Daten zu diesen Indikatoren erhoben [8]. Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa werden in einem [Focus-Beitrag](#) in dieser Ausgabe [9] ausführlich dargestellt.

Indikator

In GEDA 2014/2015-EHIS wurden zahlreiche Erkrankungen und Beschwerden mit der Frage „Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden?“ und einer daran anschließenden Krankheitsliste erfasst. Dabei sollten die teilnehmenden Personen auch Angaben zum Vorliegen von „Herzinfarkt“, „chronischen Beschwerden infolge eines Herzinfarktes“ und „koronarer Herzerkrankung oder Angina pectoris“ in den letzten 12 Monaten machen. [Der Fragebogen von GEDA 2014/2015-EHIS](#) konnte schriftlich oder online ausgefüllt werden.

Die beiden für die hier vorgestellten Auswertungen herangezogenen Indikatoren des europäischen Gesundheitsmonitorings sind definiert als (1.) das Vorliegen entweder eines Herzinfarktes oder chronischer Beschwerden infolge eines Herzinfarktes in den letzten 12 Monaten und (2.) das Vorliegen einer koronaren Herzerkrankung/Angina pectoris in den letzten 12 Monaten [7]. Da Herzinfarkt und chronische KHK bzw. Angina pectoris letztlich Manifestationen derselben Erkrankung der Herzkranzgefäße sind und zwischen den beiden Gesundheitsproblemen große Überschneidungen bestehen, werden die beiden EHIS-Indikatoren für die folgenden Auswertungen als KHK zusammengefasst. Diese zusammenfassende Definition der KHK als Herzinfarkt oder andere KHK-Manifestation ist international in der Gesundheitsberichterstattung etabliert [1, 3, 10–12].

Die Analysen basieren auf Daten von 22.639 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren mit gültigen Angaben zu den 12-Monats-Prävalenzen von Herzinfarkt oder chronischen Beschwerden infolge eines Herzinfarktes und einer koronaren Herzkrankheit/Angina pectoris, nachdem 1.377 Teilnehmende (5,7 % der Gesamtstichprobe) wegen fehlender Angabe ausgeschlossen wurden. Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Gemeindetyp und Bildung korrigiert.

Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die Angaben der Teilnehmenden zur Bildung vergleichbar zu machen [13]. Eine ausführliche Darstellung der

Bei 3,7 % der Frauen und 6,0 % der Männer in Deutschland bestand in den letzten 12 Monaten eine koronare Herzkrankheit (definiert als Herzinfarkt, chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarktes oder Angina pectoris).

Methodik von GEDA 2014/15-EHIS findet sich im Beitrag „Gesundheit in Deutschland aktuell – neue Daten für Deutschland und Europa“ [8] in dieser Ausgabe.

Ergebnisse und Einordnung

Bei insgesamt 3,7 % der Frauen und 6,0 % der Männer bestand in den letzten 12 Monaten eine koronare Herzkrankheit (KHK; definiert als Herzinfarkt, chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarktes oder Angina pectoris) (Tabelle 1). Diese 12-Monats-Prävalenz einer KHK liegt bei Personen unter 45 Jahren deutlich unter 1 % und steigt danach überproportional an bis auf 16,0 % bei Frauen und 24,1 % bei Männern ab 75 Jahren. Frauen der unteren Bildungsgruppe berichten deutlich häufiger eine KHK in den letzten 12 Monaten (7,3 %) als solche der oberen Bildungsgruppe (1,2 %). Bei Männern bestehen geringere bildungsbezogene Unterschiede (6,5 % gegenüber 5,2 %).

Frauen	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	3,7	(3,3–4,2)
Alter		
18–44 Jahre	0,2	(0,1–0,4)
45–54 Jahre	0,9	(0,6–1,5)
55–64 Jahre	3,4	(2,5–4,6)
65–74 Jahre	7,1	(5,6–8,8)
≥ 75 Jahre	16,0	(13,3–19,2)
Bildung		
Untere Bildungsgruppe	7,3	(6,1–8,7)
Mittlere Bildungsgruppe	3,1	(2,5–3,7)
Obere Bildungsgruppe	1,2	(0,8–1,8)
Gesamt (Frauen und Männer)	4,8	(4,5–5,2)

KI= Konfidenzintervall

Die hier einbezogenen Indikatoren entstammen dem europäischen Gesundheitsmonitoring [1, 11, 12, 14]. Die Ergebnisse für den aggregierten KHK-Indikator bestätigen die bekannten Zusammenhänge der KHK mit höherem Lebensalter, männlichem Geschlecht und niedrigerem sozioökonomischen Status bei Erwachsenen in Deutschland [1, 14]. Im europäischen Vergleich zeigt sich eine nur sehr geringe Variabilität in der 12-Monats-Prävalenz eines Herzinfarktes oder seiner chronischen Folgen bzw. der koronaren Herzkrankheit zwischen den EU-Ländern [9].

Ein direkter Vergleich der Prävalenzen für die neuen EHIS-Indikatoren mit anderen epidemiologischen Daten ist aus mehreren methodischen Gründen nur eingeschränkt möglich. Zum einen wurde hier erstmals der Herzinfarkt zusammen mit chronischen Beschwerden infolge eines Herzinfarktes erfasst. Durch den Einbezug chronischer Beschwerden wird dieser gemischte Indi-

Männer	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	6,0	(5,5–6,5)
Alter		
18–44 Jahre	0,4	(0,2–0,7)
45–54 Jahre	3,4	(2,5–4,6)
55–64 Jahre	7,7	(6,2–9,4)
65–74 Jahre	13,0	(11,2–15,0)
≥ 75 Jahre	24,1	(21,1–27,4)
Bildung		
Untere Bildungsgruppe	6,5	(5,3–8,0)
Mittlere Bildungsgruppe	6,2	(5,4–7,1)
Obere Bildungsgruppe	5,2	(4,5–6,1)
Gesamt (Frauen und Männer)	4,8	(4,5–5,2)

Tabelle 1

12-Monats-Prävalenz einer KHK (Herzinfarkt, chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarktes oder chronische KHK/Angina pectoris) nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus (n=22.639)

Quelle: GEDA 2014/205-EHIS

Die 12-Monats-Prävalenz einer koronaren Herzkrankheit steigt mit dem Alter überproportional an bis auf rund 16 % bei Frauen und rund 24 % bei Männern ab 75 Jahren.

Frauen der unteren Bildungsgruppe berichten deutlich häufiger eine KHK als solche der oberen Bildungsgruppe. Bei Männern bestehen geringere bildungsbezogene Unterschiede.

kator stärker durch die subjektive Wahrnehmung der Teilnehmenden beeinflusst, die wiederum wahrscheinlich von Bildungsstand, Geschlecht und anderen Faktoren abhängig ist. Zum anderen wurde für die neuen EHIS-Indikatoren erstmals nicht ausdrücklich nach ärztlich diagnostizierten Erkrankungen gefragt, wie es sonst international in Gesundheitssurveys üblich ist [11, 12, 14]. Auch dieser Umstand führt wahrscheinlich dazu, dass die Prävalenz stärker durch subjektive Wahrnehmungen und eigene Erklärungsmodelle der Teilnehmenden beeinflusst wird.

Darüber hinaus wurden in EHIS statt der in epidemiologischen Studien und in der Gesundheitsberichterstattung in der Regel herangezogenen Lebenszeitprävalenzen [1, 11, 12, 14] erstmals 12-Monats-Prävalenzen erfasst und für Vergleiche zwischen den europäischen Ländern herangezogen. Die Lebenszeitprävalenz einer KHK wurde für Deutschland zuletzt anhand der Studien GEDA 2009–2012 auf 6,6 % bei Frauen und 9,6 % bei Männern geschätzt [1], wobei sich keine Hinweise auf Änderung der Prävalenz in den letzten 12 Jahren oder auf große Unterschiede zu anderen Ländern ergaben [1, 14]. Dass die hier vorgestellten Prävalenzen bei Männern und Frauen deutlich unter diesen Lebenszeitprävalenzen liegen, kann durch den kurzen Referenzzeitraum von 12 Monaten erklärt werden. Dass die 12-Monats-Prävalenzen trotz Einbezug von chronischen Beschwerden nach Herzinfarkt deutlich niedriger liegen, könnte auf einen hohen Anteil von Personen ohne Folgebeschwerden nach einem überlebten Herzinfarkt hindeuten. Wie oben dargestellt, ist die Validität des gemischten Indikators

mit Einbezug selbst wahrgenommener Beschwerden jedoch schwer zu beurteilen.

Der in EHIS eingesetzte Fragebogen war das Resultat eines umfassenden Abstimmungsprozesses zwischen den 28 europäischen Ländern [7–9]. Hinsichtlich der Fragen zu chronischen Erkrankungen wurde dabei entschieden, dass anders als sonst üblich nicht ärztlich diagnostizierte Erkrankungen, sondern selbst wahrgenommene Erkrankungen und im Falle von Herzinfarkt und Schlaganfall auch chronische Beschwerden erfasst werden sollen, weil hierfür eine höhere Public-Health-Bedeutung sowie eine gewisse Unabhängigkeit von regionalen Versorgungsunterschieden angenommen wurde [7, 9, 15]. Ferner sollten 12-Monats-Prävalenzen erfasst werden, um aktuelle Belastungen durch die Erkrankungen abbilden zu können und Recall-Bias bei der Datenerhebung zu vermindern [7, 9, 15]. Die oben dargestellten methodischen Schwierigkeiten und die mangelnde Vergleichbarkeit mit anderen Datenquellen machen es jedoch unwahrscheinlich, dass die EHIS-Indikatoren zu Herzinfarkt und koronarer Herzkrankheit, ebenso wie die Indikatoren zum Schlaganfall (siehe dazu das [Fact sheet](#) in dieser Ausgabe [15]), in anderen Studien außerhalb von EHIS eingesetzt werden.

Trotz der beschriebenen Einschränkungen haben die neuen EHIS-Indikatoren einen Wert für das harmonisierte, indikatorengestützte Gesundheitsmonitoring der EU, welches helfen kann, regionale Ungleichheiten, positive und negative Trends und Präventionspotentiale in den europäischen Bevölkerungen zu ermitteln und gesundheitspolitische Handlungsbedarfe aufzuzeigen.

Literatur

1. Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2015) Kapitel 2.3.1: Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt. In: Gesundheit in Deutschland Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/02_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 24.02.2017)
2. Global Burden of Disease (GBD) 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators (2016) Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 388(10053):1459-1544
3. Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R et al. (2012) European Cardiovascular Disease Statistics 2012. European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology, Sophia Antipolis
4. Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2009) GBE-Themenheft 48 - Krankheitskosten. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Krankheitskosten.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 24.02.2017)
5. Finger JD, Busch MA, Du Y et al. (2016) Zeitliche Trends kardio-metaboler Risikofaktoren bei Erwachsenen. *Dtsch Arztebl International* 113(42):712-719
6. Deutsche Herzstiftung e.V. (2015) Deutscher Herzbericht 2015. Deutsche Herzstiftung, Frankfurt am Main
7. Eurostat (2013) European Health Interview Survey (EHIS wave 2): Methodological manual.
<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926729/KS-RA-13-018-EN.PDF/26c7ea80-01d8-420e-bdc6-e9d5f6578e7c> (Stand: 10.02.2017)
8. Saß A, Finger JD, Allen J et al. (2017) "Gesundheit in Deutschland aktuell" – neue Daten für Deutschland und Europa. Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 2(1): 83–90
www.rki.de/journalhealthmonitoring
9. Fehr A, Lange C, Fuchs J et al. (2017) Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa. *Journal of Health Monitoring* 2(1): 3–23
www.rki.de/journalhealthmonitoring
10. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS et al. (2016) Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation* 133(4):e38-360
11. Townsend N, Bhatnagar P, Wilkins E et al. (2015) Cardiovascular disease statistics, 2015. British Heart Foundation, London
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2011) Prevalence of coronary heart disease - United States, 2006–2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 60(40):1377-1381
13. Eurostat (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED).
http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de (Stand: 01.03.2017)
14. Gosswald A, Schienkewitz A, Nowossadeck E et al. (2013) Prävalenz von Herzinfarkt und koronarer Herzkrankheit bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5-6):650-655
<http://edoc.rki.de/oa/articles/rewg2Eob4gX1/PDF/28vWvl57D-zAA.pdf> (Stand 28.02.2017)
15. Busch M, Kuhnert R (2017) Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(1): 70–76
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autoren

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

Korrespondenzadresse

Dr. Markus A. Busch
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: BuschM@rki.de

Interessenkonflikt

Der korrespondierende Autor gibt für sich und den Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

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

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise

Busch MA, Kuhnert R (2017) 12-Monats-Prävalenz einer koronaren Herzkrankheit in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(1): 64–69
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-009
ISSN 2511-2708



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



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

Autoren:

Markus A. Busch, Ronny Kuhnert

Journal of Health Monitoring · 2017 2(1)

DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-010

Robert Koch-Institut, Berlin

12-Monats-Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls in Deutschland

Abstract

Der Schlaganfall ist weltweit die zweithäufigste Todesursache und eine wichtige Ursache für Behinderung im Erwachsenenalter. Nach Ergebnissen der Studie GEDA 2014/2015-EHIS hatten insgesamt 1,6% der Erwachsenen in Deutschland (1,7% der Frauen und 1,5% der Männer) in den letzten 12 Monaten einen Schlaganfall oder chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls. Die 12-Monats-Prävalenz dieser Gesundheitsprobleme liegt bei beiden Geschlechtern in den Altersgruppen unter 55 Jahren noch deutlich unter 1%, steigt danach aber rasch und überproportional auf bis zu 6,3% im Alter ab 75 Jahren an. Frauen der unteren Bildungsgruppe haben eine deutlich höhere Prävalenz (3,6%) im Vergleich zu Frauen der oberen Bildungsgruppe (0,6%); bei Männern bestanden nur geringe Unterschiede nach Bildungsstatus. Der hier ausgewertete Indikator (12-Monats-Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden nach Schlaganfall) wurde im Rahmen des European Health Interview Survey (EHIS) 2014/2015 erstmals eingesetzt, so dass zeitliche Vergleichsdaten aus Deutschland nicht vorliegen.

📍 SCHLAGANFALL · KRANKHEITSFOLGEN · GESUNDHEITSMONITORING · ALLGEMEINBEVÖLKERUNG · DEUTSCHLAND

Einleitung

Als Schlaganfall werden gefäßbedingte Erkrankungen des Gehirns zusammengefasst, deren gemeinsames Merkmal eine plötzlich auftretende Schädigung von Hirngewebe infolge eines Gefäßverschlusses (ischämischer Schlaganfall) oder einer Hirnblutung (hämorrhagischer Schlaganfall) ist [1, 2]. Etwa 80–85% der Schlaganfälle sind ischämische Schlaganfälle, die auf einem akuten Verschluss eines Hirngefäßes durch ein Blutgerinnsel beruhen. Ischämischen Schlaganfällen liegt zumeist eine Arteriosklerose von Hals- oder Hirnschlagadern oder Blutgerinnsel aus dem Herzen durch Vorhofflimmern oder Herzklappenerkrankungen zugrun-

de [1, 3, 4]. Hämorrhagische Schlaganfälle sind hingegen vor allem auf Zerreißen (Rupturen) kleiner Arterien in den tiefen Regionen des Gehirns infolge einer langjährigen Gefäßschädigung durch Bluthochdruck zurückzuführen. Aufgrund der Mangel durchblutung oder Blutung im Hirngewebe kommt es zu einer lokalen oder allgemeinen Funktionsstörung des Gehirns, die sich durch das schlagartige Auftreten von neurologischen Symptomen äußert. Hierzu zählen vor allem Lähmungen und Gefühlsstörungen von Arm, Bein oder Gesicht (meist in einer Körperhälfte), Sprachstörungen, Sehstörungen, Gleichgewichtsstörungen, Bewusstlosigkeit und heftige Kopfschmerzen.

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

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

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamtstichproben - zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (10.872 Männer, 13.144 Frauen)

Response rate: 26,9 %

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Über Ziele und Inhalte der Studie und den Datenschutz wurden die Teilnehmenden informiert und gaben ihr informiertes Einverständnis zur Studienteilnahme

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

Der Schlaganfall ist weltweit und in Deutschland die zweithäufigste Todesursache [2, 5, 6] und eine der häufigsten Ursachen von Behinderung im Erwachsenenalter [2, 6, 7]. Innerhalb des ersten Jahres nach einem Schlaganfall versterben etwa ein Viertel bis ein Drittel der betroffenen Menschen [1, 8, 9]. Von den überlebenden Personen haben bis zu 40 % längerfristig Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens, zum Beispiel bei der Fortbewegung, der Körperpflege oder dem selbstständigen Ankleiden und Essen [1, 2, 10–12]. Solche Alltagseinschränkungen erfordern häufig eine pflegerische Versorgung. So nahm in Auswertungen von Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland der Anteil der Personen, die Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, nach einem Schlaganfall um 13–19 Prozentpunkte zu [13, 14].

Die Sterblichkeits- und Neuerkrankungsraten des Schlaganfalls in hochentwickelten westlichen Ländern fallen seit vielen Jahren kontinuierlich [1, 2]. Aufgrund des demografischen Wandels und der Alterung der Bevölkerungen ist dennoch ein Anstieg der absoluten Zahlen betroffener Personen mit Schlaganfall in der Bevölkerung zu beobachten, der sich wahrscheinlich noch fortsetzen wird [1, 2].

Informationen zur Krankheitslast durch Schlaganfall in der Bevölkerung werden für die Planung von Versorgung und Prävention benötigt. Für das europäische Gesundheitsmonitoring wurde daher ein Indikator eingeführt, mit dem die Häufigkeit von Schlaganfall und dessen Folgen in den Ländern der Europäischen Union (EU) im Zeitverlauf erfasst werden kann [15]. Im Rahmen des European Health Interview

Survey (EHIS) 2014/2015 wurden durch die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2014/2015 des Robert Koch-Instituts auch in Deutschland erstmals Daten zu diesem Indikator erhoben [16]. Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa werden in einem [Focus-Beitrag](#) in dieser Ausgabe [17] ausführlich dargestellt.

Methode

In GEDA 2014/2015-EHIS wurden zahlreiche Erkrankungen und Beschwerden mit der Frage „Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden?“ und einer daran anschließenden Krankheitsliste erfasst. Dabei sollten die teilnehmenden Personen auch Angaben zum Vorliegen von „Schlaganfall“ oder „chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls“ in den letzten 12 Monaten machen. Der [Fragebogen von GEDA 2014/2015-EHIS](#) konnte schriftlich oder online ausgefüllt werden.

Der für die hier vorgestellten Auswertungen herangezogene Indikator aus dem europäischen Gesundheitsmonitoring ist definiert als das Vorliegen eines Schlaganfalls oder chronischer Beschwerden infolge eines Schlaganfalls in den letzten 12 Monaten [15].

Die Analysen basieren auf Daten von 22.599 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren ohne Altersbegrenzung nach oben mit gültigen Angaben zur 12-Monats-Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls, nachdem 1.417 Teilnehmende (5,9 % der Gesamtstichprobe) wegen fehlender Angabe ausgeschlossen wurden. Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der

1,7% der Frauen und 1,5% der Männer berichten, dass sie in den letzten 12 Monaten einen Schlaganfall oder chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls hatten.

Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Gemeindetyp und Bildung korrigiert. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die Angaben der Teilnehmenden zur Bildung vergleichbar zu machen [18]. Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/15-EHIS findet sich im Beitrag „Gesundheit in Deutschland aktuell – neue Daten für Deutschland und Europa“ [16] in dieser Ausgabe.

Ergebnisse und Einordnung

Insgesamt berichten 1,7% der Frauen und 1,5% der Männer über 18 Jahren, dass sie in den letzten 12 Monaten einen Schlaganfall oder chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls hatten. Die 12-Monats-Prävalenz eines Schlaganfalls oder chronischer Beschwerden infolge eines Schlaganfalls liegt bei Personen unter 55 Jahren bei unter 1%. Danach steigt sie überproportional an bis auf 6,4% bei Frauen und 6,1% bei Männern im Alter von 75 Jahren und älter. Frauen der unteren Bildungsgruppe berichten deutlich häufiger einen Schlaganfall oder chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls in den letzten 12 Monaten (3,6%) als solche der oberen Bildungsgruppe (1,3%). Bei Männern bestehen dagegen nur geringere bildungsbezogene Unterschiede.

Der hier vorgestellte Indikator zur 12-Monats-Prävalenz des Schlaganfalls oder chronischer Beschwerden infolge eines Schlaganfalls entstammt dem europäischen Gesundheitsmonitoring und wurde in Deutschland erstmals durch die Studie GEDA 2014/2015-EHIS bevölkerungsweit erhoben. Die Ergebnisse bestätigen

die bekannten Zusammenhänge von Schlaganfall mit höherem Lebensalter und niedrigem sozioökonomischem Status [2, 19]. In Übereinstimmung mit Daten zur Lebenszeitprävalenz des Schlaganfalls fand sich kein relevanter Geschlechtsunterschied [2]. Im europäischen Vergleich zeigt sich eine nur sehr geringe Variabilität in der 12-Monats-Prävalenz eines Schlaganfalls oder seiner chronischen Folgen zwischen den EU-Ländern [17].

Ein direkter Vergleich der vorgestellten Prävalenzen für den neuen EHIS-Indikator mit anderen epidemiologischen Daten ist aus methodischen Gründen nicht möglich. Zum einen wurden für diesen Indikator erstmals die Häufigkeiten von Schlaganfall und chronischen Beschwerden durch einen Schlaganfall zusammen erfasst. Durch den Einbezug chronischer Beschwerden wird der gemischte Indikator stärker durch die subjektive Wahrnehmung der Teilnehmenden beeinflusst, die wiederum wahrscheinlich von Bildungsstand, Geschlecht und anderen Faktoren abhängig ist. Zum anderen wurde für die neuen EHIS-Indikatoren erstmals nicht ausdrücklich nach ärztlich diagnostizierten Erkrankungen gefragt, wie es sonst international in Gesundheitssurveys üblich ist [20–22].

Anders als in EHIS wird statt der 12-Monats-Prävalenz in epidemiologischen Studien und in der Gesundheitsberichterstattung in der Regel die Lebenszeitprävalenz des ärztlich diagnostizierten Schlaganfalls berichtet und für Vergleiche herangezogen [2, 22, 23]. Diese wurde für Deutschland zuletzt anhand der Studien GEDA 2009–2012 auf 2,4% bei Frauen und 2,6% bei Männern geschätzt [2]. Für Deutschland zeigen sich weiterführend keine Hinweise auf Änderung der Präva-

Die 12-Monats-Prävalenz eines Schlaganfalls oder chronischer Beschwerden infolge eines Schlaganfalls liegt bei Personen unter 55 Jahren bei unter 1 % und steigt danach überproportional an bis auf etwa 6 % bei über 75-Jährigen.

Tabelle 1
12-Monats-Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus (n=22.599)

Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

lenz seit 1998 oder auf große Unterschiede im Vergleich zu anderen Ländern [2, 20].

Werden „Chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls“ separat betrachtet, liegt die 12-Monats-Prävalenz in GEDA 2014/2015-EHIS für Frauen und Männer bei jeweils 1,1 % (Daten nicht dargestellt). Diese Prävalenz erscheint für sich genommen plausibel, wenn man von etwa 40 % chronischer Behinderung nach einem Schlaganfall [1, 2] und einer Lebenszeitprävalenz von 2,5 % [2, 20] ausgeht. Wie oben dargestellt, ist die Validität von Angaben zu selbst wahrgenommenen Beschwerden jedoch schwer zu beurteilen.

Der in EHIS eingesetzte Fragebogen war das Resultat eines umfassenden Abstimmungsprozesses zwischen den 28 EU-Ländern. Hinsichtlich der Fragen zu chronischen Erkrankungen wurde dabei entschieden, dass anders als sonst üblich nicht ärztlich diagnostizierte Erkrankungen, sondern selbst wahrgenommene Erkrankun-

gen, und im Falle von Herzinfarkt und Schlaganfall auch chronische Beschwerden erfasst werden sollen, weil hierfür eine höhere Public-Health-Bedeutung sowie eine gewisse Unabhängigkeit von regionalen Versorgungsunterschieden angenommen wurde [15–17, 24]. Ferner sollten 12-Monats-Prävalenzen erfasst werden, um aktuelle Belastungen durch die Erkrankungen abbilden zu können und Recall-Bias bei der Datenerhebung zu vermeiden [15–17, 24]. Die oben dargestellten methodischen Schwierigkeiten und die mangelnde Vergleichbarkeit mit anderen Datenquellen machen es jedoch unwahrscheinlich, dass die EHIS-Indikatoren zum Schlaganfall, ebenso wie die Indikatoren zu Herzinfarkt und koronarer Herzkrankheit (siehe dazu das [Fact sheet](#) in dieser Ausgabe [24]), in anderen Studien außerhalb von EHIS eingesetzt werden.

Trotz der beschriebenen Einschränkungen haben die neuen EHIS-Indikatoren einen Wert für das harmoni-

Frauen	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	1,7	(1,4–2,0)
Alter		
18–44 Jahre	0,3	(0,1–0,6)
45–54 Jahre	0,5	(0,2–1,0)
55–64 Jahre	1,3	(0,8–2,0)
65–74 Jahre	3,4	(2,5–4,7)
≥ 75 Jahre	6,4	(4,8–8,5)
Bildung		
Untere Bildungsgruppe	3,6	(2,7–4,7)
Mittlere Bildungsgruppe	1,2	(0,9–1,6)
Obere Bildungsgruppe	0,6	(0,4–1,1)
Gesamt (Frauen und Männer)	1,6	(1,4–1,8)

KI= Konfidenzintervall

Männer	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	1,5	(1,3–1,8)
Alter		
18–44 Jahre	0,1	(0,0–0,4)
45–54 Jahre	0,9	(0,5–1,5)
55–64 Jahre	1,6	(1,1–2,5)
65–74 Jahre	3,8	(2,8–5,2)
≥ 75 Jahre	6,1	(4,7–8,0)
Bildung		
Untere Bildungsgruppe	1,9	(1,3–2,6)
Mittlere Bildungsgruppe	1,5	(1,2–2,0)
Obere Bildungsgruppe	1,3	(1,0–1,7)
Gesamt (Frauen und Männer)	1,6	(1,4–1,8)

Frauen der unteren Bildungsgruppe berichten deutlich häufiger einen Schlaganfall oder chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls in den letzten 12 Monaten als solche der oberen Bildungsgruppe. Bei Männern bestehen geringere bildungsbezogene Unterschiede.

sierte, indikatorengestützte Gesundheitsmonitoring der EU, welches helfen kann, regionale Ungleichheiten, positive und negative Trends und Präventionspotentiale in den europäischen Bevölkerungen zu ermitteln und gesundheitspolitische Handlungsbedarfe aufzuzeigen.

Literatur

- Hankey GJ (2016) Stroke. Lancet Sep 13. [Epub ahead of print]
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015) Kapitel 2.3.2: Schlaganfall. In: Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 43–50
- Palm F, Urbanek C, Wolf J et al. (2012) Etiology, risk factors and sex differences in ischemic stroke in the Ludwigshafen Stroke Study, a population-based stroke registry. *Cerebrovasc Dis* 33(1):69-75
- Kolominsky-Rabas PL, Weber M, Gefeller O et al. (2001) Epidemiology of ischemic stroke subtypes according to TOAST criteria: incidence, recurrence, and long-term survival in ischemic stroke subtypes: a population-based study. *Stroke* 32(12):2735-2740
- Global Burden of Disease (GBD) 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators (2016) Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 388(10053):1459-1544
- Plass D, Vos T, Hornberg C et al. (2014) Trends in disease burden in Germany: results, implications and limitations of the Global Burden of Disease study. *Dtsch Arztebl Int* 111(38):629-638
- Global Burden of Disease (GBD) 2015 DALYs and HALE Collaborators (2016) Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 388(10053):1603-1658
- Kolominsky-Rabas PL, Sarti C, Heuschmann PU et al. (1998) A Prospective Community-Based Study of Stroke in Germany – The Erlangen Stroke Project (ESPro): Incidence and Case Fatality at 1, 3, and 12 Months. *Stroke* 29(12):2501-2506
- Palm F, Urbanek C, Rose S et al. (2010) Stroke Incidence and Survival in Ludwigshafen am Rhein, Germany: The Ludwigshafen Stroke Study (LuSSt). *Stroke* 41(9):1865-1870
- Luengo-Fernandez R, Paul NL, Gray AM et al. (2013) Population-Based Study of Disability and Institutionalization After Transient Ischemic Attack and Stroke. 10-Year Results of the Oxford Vascular Study 44(10):2854-2861
- Crichton SL, Bray BD, McKeivitt C et al. (2016) Patient outcomes up to 15 years after stroke: survival, disability, quality of life, cognition and mental health. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 87(10):1091-1098
- Feigin VL, Barker-Collo S, Parag V et al. (2010) Auckland Stroke Outcomes Study. Part 1: Gender, stroke types, ethnicity, and functional outcomes 5 years poststroke. *Neurology* 75(18):1597-1607
- van den Bussche H, Berger K, Kemper C et al. (2010) Inzidenz, Rezidiv, Pflegebedürftigkeit und Mortalität von Schlaganfall. *Akt Neurol* 37(03):131-135
- Günster C (2011) Schlaganfallversorgung in Deutschland – Inzidenz, Wiederaufnahmen, Mortalität und Pflegerisiko im Spiegel von Routinedaten. In: Günster C, Klose J, Schmacke N (Hrsg) Versorgungs-Report 2011 – Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen. Schattauer, Stuttgart, S. 147–163
- Eurostat (2013) European Health Interview Survey (EHIS wave 2): Methodological manual. <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926729/KS-RA-13-018-EN.PDF/26c7ea80-01d8-420e-bdc6-egd5f6578e7c> (Stand 27.02.2017)
- Saß A, Finger JD, Allen J et al. (2017) „Gesundheit in Deutschland aktuell“ – neue Daten für Deutschland und Europa. Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 2(1): 83–90 www.rki.de/journalhealthmonitoring
- Fehr A, Lange C, Fuchs J et al. (2017) Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa. *Journal of Health Monitoring* 2(1): 3–23 www.rki.de/journalhealthmonitoring
- Eurostat (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED). http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de (Stand 27.02.2017)
- Marshall IJ, Wang Y, Crichton S et al. (2015) The effects of socioeconomic status on stroke risk and outcomes. *Lancet Neurol* 14(12):1206-1218

20. Busch MA, Schienkiewitz A, Nowossadeck E et al. (2013) [Prävalenz des Schlaganfalls bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)]. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 56(5/6):656-660 <http://edoc.rki.de/oa/articles/rebn4RY6HaHvI/PDF/25wm-giFNsWBCw.pdf>

21. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2011) Prevalence of coronary heart disease - United States, 2006–2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 60(40):1377-1381

22. Townsend N, Bhatnagar P, Wilkins E et al. (2015) Cardiovascular disease statistics, 2015. British Heart Foundation, London

23. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS et al. (2016) Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation 133(4):e38-360

24. Busch M, Kuhnert R (2017) Prävalenz einer koronaren Herzkrankheit in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(1): 64–69 www.rki.de/journalhealthmonitoring

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autoren

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

Korrespondenzadresse

Dr. Markus A. Busch
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: BuschM@rki.de

Interessenkonflikt

Der korrespondierende Autor gibt für sich und den Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

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

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise

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
ISSN 2511-2708



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



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

Autorin und Autoren:

Roma Schmitz, Ronny Kuhnert,
Michael Thamm

Journal of Health Monitoring · 2017 2(1)

DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-011.2

Robert Koch-Institut, Berlin

12-Monats-Prävalenz von Allergien in Deutschland

Abstract

Stark gestiegene Krankheitshäufigkeiten in den letzten Jahrzehnten haben Allergien in den Fokus von Public Health gerückt. In der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2014/2015-EHIS) gaben 28,1 % der Befragten an, aktuell von einer allergischen Erkrankung außer Asthma betroffen zu sein. Allergien werden häufiger von Frauen als von Männern berichtet und von jüngeren Erwachsenen und Erwachsenen im mittleren Alter häufiger als von Älteren ab 65 Jahre. Erwachsene der oberen Bildungsgruppe geben häufiger als Erwachsene der unteren Bildungsgruppe an, dass sie von Allergien betroffen sind. Allergische Reaktionen treten an verschiedenen Organsystemen auf. Besonders betroffen sind Haut und Schleimhäute, Atemwege und Darm. Allergische Symptome schränken die Lebensqualität der Betroffenen oft erheblich ein. Aus diesem Grund ist eine frühzeitige Diagnostik und angemessene Versorgung für Allergikerinnen und Allergiker von großer Bedeutung.

📌 ALLERGIEN · ERWACHSENE · DEUTSCHLAND · GESUNDHEITSMONITORING · GEDA

Einleitung

Fließschnupfen, Niesattacken, brennende und tränende Augen, Atembeschwerden bis hin zu Atemnot oder quälender Juckreiz der Haut sind bekannte Symptome von Allergien. Ausgelöst werden sie durch überschießende Reaktionen des körpereigenen Immunsystems auf an sich harmlose Stoffe (Allergene) in der Umwelt. Inhalations-, Nahrungsmittel- und Kontaktallergene sind weit verbreitet. Allergene sind typischerweise Eiweiße oder Eiweißverbindungen mit unterschiedlichen chemischen und physikalischen Eigenschaften. Allergische Reaktionen treten in verschiedenen Organsystemen auf. Haut und Schleimhäute (Heuschnupfen, Neurodermitis, allergisches Kontaktekzem) sowie Atemwege (Asthma bronchiale), Mundhöhle und Darm (Nahrungsmittelallergie) sind am häufigsten betroffen. Für Typ-I-Allergien

(„Sofort-Typ“) wie Heuschnupfen und Neurodermitis ist die Produktion allergenspezifischer Immunglobulin-E-Antikörper (IgE) charakteristisch. Sind diese IgE im Blut nachweisbar, spricht man von allergischer Sensibilisierung (Atopie). Bei anderen allergischen Erkrankungsbildern, zum Beispiel dem allergischen Kontaktekzem, werden die allergischen Reaktionen über spezifische weiße Blutkörperchen (T-Zellen) vermittelt, und die Reaktionen finden verzögert statt (Typ-IV-Allergien) [1].

Seit den 1970er Jahren ist die Allergiehäufigkeit in Deutschland stark gestiegen [2–7]. Schätzungen belaufen sich auf insgesamt bis zu 30 Millionen Betroffene, deren individuelle Lebensqualität und Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigt sein kann [8]. Chronifizieren allergische Erkrankungen, gehen sie in der Regel mit einem hohen Versorgungsbedarf einher. Wenn eine Allergen-

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

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

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamtstichproben - zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (10.872 Männer, 13.144 Frauen)

Response rate: 26,9 %

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Über Ziele und Inhalte der Studie und den Datenschutz wurden die Teilnehmenden informiert und gaben ihr informiertes Einverständnis zur Studienteilnahme

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

vermeidung nicht oder nur schwer möglich ist, sind Allergikerinnen und Allergiker je nach individueller Ausprägung angewiesen auf die medikamentöse Behandlung ihrer einzelnen Beschwerden sowie die Anwendung der spezifischen Immuntherapie als bislang einzige kausale Therapie. Umfassende Berechnungen der Krankheitskosten für das gesamte allergische Krankheitsgeschehen liegen in Deutschland nicht vor.

Indikator

In der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2014“ (GEDA 2014/2015-EHIS) wird das Vorliegen einer allergischen Erkrankung in den letzten 12 Monaten durch die Selbstangabe der Befragten in einem schriftlich oder online ausgefüllten [Fragebogen](#) erfasst. Der Indikator wurde definiert durch die positive Beantwortung der Frage „Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Allergien, wie Heuschnupfen, allergische Reaktionen der Augen oder der Haut, Lebensmittelallergien oder andere Allergien (kein allergisches Asthma)?“ Mit diesem Indikator wird also der Anteil der Befragten erfasst, die selbst einschätzen, aktuell von einer allergischen Erkrankung außer Asthma betroffen zu sein (12-Monats-Prävalenz).

Die Analyse basiert auf Angaben von 23.342 Teilnehmerinnen und Teilnehmern ab 18 Jahren mit vorliegenden Angaben zur 12-Monats-Prävalenz von Allergien (674 Teilnehmende mit fehlenden Angaben wurden ausgeschlossen) und wurde mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerung in Deutschland (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Gemeindetyp und Bildung korri-

giert. Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/15-EHIS findet sich im Beitrag „[Gesundheit in Deutschland aktuell – neue Daten für Deutschland und Europa](#)“ [9] in dieser Ausgabe. Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa werden in einem [Focus-Beitrag](#) ebenfalls in dieser Ausgabe ausführlich dargestellt [10].

Ergebnisse und Einordnung

28,1% der Erwachsenen gaben an, aktuell von Allergien (ausgenommen allergisches Asthma) betroffen zu sein. Dabei sind Frauen mit 31,6% deutlich häufiger betroffen als Männer mit 24,5%. Frauen und Männer im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter (bis 65 Jahre) geben häufiger Allergien an als ältere Menschen. Bei Frauen und Männern der oberen Bildungsgruppe ist die Zahl derjenigen, die von Allergien betroffen sind, besonders hoch, vor allem bei Erwachsenen im mittleren Alter von 30- bis 64 Jahren. In den [Tabellen](#) wird die 12-Monats-Prävalenz für Allergien bei 18- bis 79-jährigen Erwachsenen ausgewiesen. Dabei wird nach Geschlecht, Alter und Bildungshintergrund (ISCED-Klassifikation; niedrig, mittel, hoch [11]) stratifiziert.

Allergien werden einerseits durch genetische Faktoren verursacht. Andererseits werden seit Langem verschiedene nicht-genetische Ursachen intensiv erforscht, die in Zusammenhang mit der deutlichen Zunahme allergischer Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten stehen. Dazu zählen eine reduzierte Exposition mit Mikroorganismen und infektiösen Keimen sowie der Rückgang parasitärer Erkrankungen, eine erhöhte Allergenexposition, Umweltverschmutzung und Verände-

Etwa ein Drittel der Frauen und ein Viertel der Männer sind aktuell von Allergien (ausgenommen allergisches Asthma) betroffen.

rungen in der Darmflora, aber auch veränderte Ernährungs-, Wohn- und Reisegewohnheiten [12–14]. Die Ergebnisse der GEDA 2014/2015-EHIS-Studie zeigen, dass laut Selbsteinschätzung etwa ein Drittel der Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren an einer allergischen Erkrankung leidet. Die höhere Allergiehäufigkeit bei Frauen im Vergleich zu Männern sowie bei Personen der oberen Bildungsgruppe gilt als bekannt [15].

Wenngleich keine gezielte Abfrage nach einzelnen allergischen Erkrankungen erfolgte, wird ein beachtliches Krankheitspotenzial deutlich. Es kann davon ausgegangen werden, dass jeder positiven Antwort auf die Abfrage ein gewisser Leidensdruck mit entsprechender medika-

mentöser Behandlung zumindest der Symptome zugrunde liegt. Bei der Einschätzung der Höhe der Prävalenz ist jedoch auch zu beachten, dass die Abgrenzung von Allergien zu sogenannten Pseudoallergien, insbesondere Nahrungsmittelunverträglichkeiten, für medizinische Laien mitunter schwierig ist, da ähnliche Symptome auftreten können. Dies ist einer der Gründe, warum in nationalen und internationalen breit angelegten epidemiologischen Studien neben der Abfrage einzelner allergischer Erkrankungen häufig auch erhoben wird, ob die allergische Erkrankung ärztlich diagnostiziert worden ist. So wurde beispielsweise in der europaweiten ECHRS-Studie (European Community Respiratory Health

Frauen	%	(95%-KI)
Frauen (gesamt)	31,6	(30,5–32,7)
18–29 Jahre	38,7	(36,4–41,0)
Untere Bildungsgruppe	36,2	(30,6–42,2)
Mittlere Bildungsgruppe	39,8	(36,8–42,9)
Obere Bildungsgruppe	37,9	(33,2–42,9)
30–44 Jahre	34,8	(32,5–37,1)
Untere Bildungsgruppe	25,5	(19,6–32,4)
Mittlere Bildungsgruppe	35,3	(32,3–38,5)
Obere Bildungsgruppe	38,5	(35,0–42,2)
45–64 Jahre	32,4	(30,7–34,2)
Untere Bildungsgruppe	32,6	(28,4–37,0)
Mittlere Bildungsgruppe	31,2	(29,0–33,5)
Obere Bildungsgruppe	36,4	(33,6–39,4)
≥ 65 Jahre	23,3	(21,2–25,5)
Untere Bildungsgruppe	21,5	(18,4–24,9)
Mittlere Bildungsgruppe	24,8	(21,8–28,1)
Obere Bildungsgruppe	24,1	(20,1–28,7)
Gesamt (Frauen und Männer)	28,1	(27,3–29,0)

KI= Konfidenzintervall

Männer	%	(95%-KI)
Männer (gesamt)	24,5	(23,4–25,7)
18–29 Jahre	31,4	(28,8–34,1)
Untere Bildungsgruppe	29,4	(23,5–36,0)
Mittlere Bildungsgruppe	32,3	(28,7–36,1)
Obere Bildungsgruppe	32,0	(26,4–38,1)
30–44 Jahre	28,2	(25,9–30,6)
Untere Bildungsgruppe	24,8	(18,2–32,8)
Mittlere Bildungsgruppe	26,4	(23,5–29,5)
Obere Bildungsgruppe	33,2	(29,9–36,7)
45–64 Jahre	23,6	(22,1–25,3)
Untere Bildungsgruppe	21,6	(17,5–26,4)
Mittlere Bildungsgruppe	22,1	(19,9–24,5)
Obere Bildungsgruppe	27,3	(24,9–29,9)
≥ 65 Jahre	16,2	(14,6–18,0)
Untere Bildungsgruppe	15,0	(11,5–19,2)
Mittlere Bildungsgruppe	15,9	(13,5–18,6)
Obere Bildungsgruppe	17,5	(15,0–20,2)
Gesamt (Frauen und Männer)	28,1	(27,3–29,0)



Tabelle 1
12-Monats-Prävalenz für Allergien bei
18- bis 79-jährigen Erwachsenen
nach Geschlecht, Alter und
Bildungshintergrund (n=23.342)
 Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Der Anteil von Allergikerinnen und Allergikern ist im Erwachsenenalter bis 65 Jahre größer als bei älteren Menschen.

Besonders viele Frauen und Männer der oberen Bildungsgruppe sind von Allergien betroffen.

Survey) oder der für die deutsche Erwachsenenbevölkerung repräsentativen DEGS₁-Studie (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland) verfahren.

Die DEGS₁-Daten, die von 2008 bis 2011 im Rahmen eines computerassistierten ärztlichen Interviews erhoben wurden, ergaben eine 12-Monats-Prävalenz von fast 20 % für das Auftreten mindestens einer von sieben abgefragten ärztlich diagnostizierten Allergien (einschließlich Asthma bronchiale) [5]. Prävalenzschätzungen, die auf berichteten ärztlichen Diagnosen beruhen, sind in der Regel niedriger als solche, die auf der Grundlage von Selbsteinschätzungen ermittelt werden, da viele Betroffene mit nur leichten allergischen Beschwerden häufig keinen Arzt aufsuchen.

In Bezug auf den zeitlichen Trend der 12-Monats-Prävalenz, bezogen auf die Selbsteinschätzung, liegen für Erwachsene in Deutschland Daten aus drei Erhebungen seit 1990/92 zu allergischer Rhinitis (Heuschnupfen) vor [4, 16]. Es zeigt sich, dass sich die Prävalenz bis 2008/11 nahezu verdoppelt hat. Aktuell geben ca. 12,3 Millionen Erwachsene in Deutschland an, von einer allergischen Rhinitis betroffen zu sein.

Aufgrund der hohen Betroffenenzahlen sind allergische Erkrankungen von hoher Public-Health-Relevanz. Neben einem kontinuierlichen Allergiemonitoring sowie der weiteren Erforschung potenzieller Risiko- und Schutzfaktoren sollten die Anstrengungen für eine frühzeitige Diagnostik und angemessene Versorgung von Allergikerinnen und Allergikern weiter erhöht werden. Dies ist nicht nur für die Lebensqualität der Betroffenen, sondern auch unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten wichtig [8].

Literatur

1. Saloga J, Klimek L, Buhl R et al. (Hrsg) (2011) Allergologie-Handbuch. Schattauer, Stuttgart
2. Genuneit J, Grabenhenrich L, Krämer U et al. (2012) Epidemiologische Forschung zu allergischen Erkrankungen in Deutschland: eine Chronologie. *Allergologie* 35(1):3-10
3. Hermann-Kunz E (1999) Häufigkeit allergischer Krankheiten in Ost- und Westdeutschland. *Gesundheitswesen* 61:S100-105
4. Hermann-Kunz E (1999) Heuschnupfenprävalenz in Deutschland. Ost-West-Vergleich und zeitlicher Trend. *Gesundheitswesen* 61:S94-99
5. Langen U, Schmitz R, Steppuhn H (2013) Häufigkeit allergischer Erkrankungen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS₁). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5/6):698-706
<https://edoc.rki.de/oa/articles/reSp8JYqnpVo/PDF/2oxkoigE-oFU4w.pdf> (Stand: 02.03.2017)
6. Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W (2007) Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 50:701-710
<https://edoc.rki.de/oa/articles/reRhnND9xOGA/PDF/27Kp-okRUqJl.pdf> (Stand: 02.03.2017)
7. Schmitz R, Thamm M, Ellert U et al. (2014) Verbreitung häufiger Allergien bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 57:771-778
<https://edoc.rki.de/oa/articles/reanlTxmpPiBk/PDF/27CDfhKB-FstMs.pdf> (Stand 27.02.2017)
8. Ring J, Bachert C, Bauer C-P et al. (Hrsg) (2010) Weißbuch Allergie in Deutschland. Urban&Vogel, München
9. Saß AC, Finger JD, Allen J et al. (2017) „Gesundheit in Deutschland aktuell“ – neue Daten für Deutschland und Europa. Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 2(1): 83-90
www.rki.de/journalhealthmonitoring

10. A Fehr, C Lange, J Fuchs et al. (2017) Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa. Journal of Health Monitoring 2(1): 3–23
www.rki.de/journalhealthmonitoring

11. Eurostat (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED).
http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de (Stand: 27.01.2017)

12. Arrieta MC, Stiemsma LT, Dimitriou PA et al. (2015) Early infancy microbial and metabolic alterations affect risk of childhood asthma. Sci Transl Med 7(307):307ra152

13. Graham-Rowe D (2011) Lifestyle: When allergies go west. Nature 479:S2–S4

14. Strachan DP (1989) Hay fever, hygiene, and household size. BMJ 299(6710):1259-1260

15. Clough S (2011) Gender and the hygiene hypothesis. Soc Sci Med 72(4):486-493

16. Schmitz R (2015) Trends in der Prävalenz von Asthma bronchiale und allergischer Rhinitis bei Erwachsenen in Deutschland 1997–99 und 2008–11. Fortbildungsveranstaltung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.
http://www.bfr.bund.de/de/presentationen_zu_den_vortraegen_vom_27__maerz_2015-194044.html (Stand: 22.11.2016)

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorin und Autoren

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

Korrespondenzadresse

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

Interessenkonflikt

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

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

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

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise

Schmitz R, Kuhnert R, Thamm M (2017)
12-Monats-Prävalenz von Allergien in Deutschland.
Journal of Health Monitoring 2(1): 77 – 82
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-011.2
ISSN 2511-2708



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



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

Autorinnen und Autoren:

Anke-Christine Saß, Cornelia Lange,
Jonas D. Finger, Jennifer Allen,
Sabine Born, Jens Hoebel,
Ronny Kuhnert, Stephan Müters,
Jürgen Thelen, Patrick Schmich,
Marike Varga, Elena von der Lippe,
Matthias Wetzstein, Thomas Ziese

Journal of Health Monitoring · 2017 2(1)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-012
Robert Koch-Institut



„Gesundheit in Deutschland aktuell“ – Neue Daten für Deutschland und Europa Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS

Abstract

GEDA 2014/2015-EHIS ist eine aktuelle Gesundheitsbefragung des Robert Koch-Instituts (RKI) für Erwachsene und Teil des Gesundheitsmonitorings. Sie besteht aus dem europäischen Fragebogen EHIS („European Health Interview Survey“) Welle 2 mit vier Modulen: Gesundheitszustand, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsdeterminanten und sozioökonomische Variablen. Daneben wurden national relevante Themen erhoben. Mit Web- und Papierfragebögen (Mixed-mode-Design) wurden 24.016 Personen ab 18 Jahren befragt. Die Responserate lag bei 26,9%. Die aufbereiteten Daten aus 28 Mitgliedstaaten der Europäischen Union (sowie Norwegen und Island) werden vom Statistischen Amt der Europäischen Union (Eurostat) auf der Website angeboten. Nationale Auswertungen für Deutschland werden in Form von Fact sheets in der Gesundheitsberichterstattung (Journal of Health Monitoring) publiziert.

◆ STUDIENMETHODIK · EUROPA · ERWACHSENE · GESUNDHEITSSURVEY · GESUNDHEITSMONITORING

1. Hintergrund

„Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) ist eine bundesweite Befragung der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland, die vom Robert Koch-Institut (RKI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt wird. Sie ist Teil des bevölkerungsbezogenen Gesundheitsmonitorings am RKI. Zum Gesundheitsmonitoring gehören außerdem die „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) [1] und die „Studie zur Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland“ (DEGS) [2]. Diese Erhebungen beinhalten zusätz-

lich zur Befragung körperliche Untersuchungen und Tests. Das Ziel des Gesundheitsmonitorings ist es, zuverlässige Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung bereitzustellen. Die Daten sind Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, für epidemiologische Analysen und Forschung zu vielen wichtigen Public-Health-Themen [3].

Zwischen 2009 und 2012 wurden drei Wellen der GEDA-Studie als telefonische Befragungen mit über 60.000 Befragten durchgeführt [4]. Die Ergebnisse sind in Form von Kernindikatoren publiziert [5–7]. In GEDA

Infobox: ISCED-Klassifikation

Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die Angaben der Teilnehmenden zur Bildung vergleichbar zu machen [17]. Dabei werden die Angaben zu drei Qualifikationsniveaus verdichtet: einfache, mittlere und höhere berufsqualifizierende Bildung. Die ISCED-Klassifikation macht nationale Bildungsabschlüsse auch international vergleichbar.

2014/2015 wurde erstmals vollständig der Fragebogen des „European Health Interview Survey“ integriert (EHIS, Wave 2) [8]. Die Erhebung basierte auf einem Selbstausfüllfragebogen, der wahlweise als Papierfragebogen oder als Online-Fragebogen ausgefüllt wurde. Die europäische Gesundheitsbefragung EHIS stellt harmonisierte und zwischen den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) (und Norwegen und Island) vergleichbare Gesundheitsdaten bereit. Die EHIS-Daten dienen als Grundlage für die nationale und europäische Gesundheitspolitik und -berichterstattung. Sie stehen für epidemiologische Analysen und internationale Vergleichsstudien zur Verfügung und liefern Daten für die europäischen Gesundheitsindikatoren (ECHI) [9, 10]. Die erste EHIS-Welle wurde ohne gesetzliche Verpflichtung durchgeführt. 17 EU-Staaten nahmen teil. Die zweite Welle des EHIS wurde zwischen 2013 und 2015 gemäß der Verordnung der Europäischen Kommission in allen 28 EU-Mitgliedstaaten (sowie in Norwegen und Island) durchgeführt [11, 12]. EHIS muss alle fünf Jahre wiederholt werden [13].

Der vorliegende Artikel gibt einen kurzen Überblick über die Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS. Eine ausführliche Beschreibung der Studienmethodik wird an anderer Stelle veröffentlicht [14]. Ergebnisse zu Kernindikatoren der Gesundheit aus GEDA 2014/2015-EHIS werden im Journal of Health Monitoring in Form von Fact sheets sukzessive veröffentlicht. Fact sheets enthalten Daten für Deutschland und kurze Interpretationen inklusive Trends. Dabei wird ein Indikator stratifiziert nach Geschlecht, Alter und Bildung (ISCED-Klassifikation, [siehe Infobox](#)) dargestellt. Die Fact sheets in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring

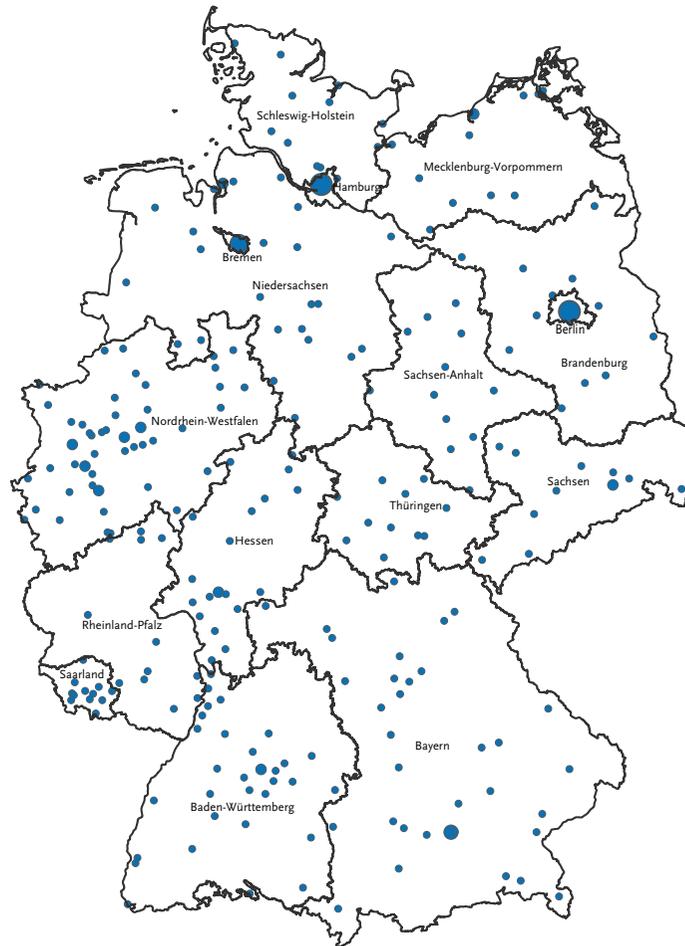
beschreiben Prävalenzen bei chronischen Erkrankungen ([Bluthochdruck](#), [Diabetes mellitus](#), [koronare Herzkrankung](#), [Schlaganfall](#) und [Allergien](#)). In der nächsten Ausgabe werden Fact sheets zu Indikatoren des Gesundheits- und Risikoverhaltens publiziert.

2. Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS

2.1 Stichprobendesign

Die GEDA 2014/2015-EHIS-Studie basiert auf einer zweistufig geschichteten Cluster-Stichprobe. Entsprechend der Vorgaben für den EHIS ist die Grundgesamtheit die Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland. Für die nationalen GEDA-Auswertungen wird die Bevölkerung ab 18 Jahren in die Auswertungen einbezogen. Die Stichprobenziehung bestand aus zwei Phasen. In der ersten Phase wurden 301 Gemeinden nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Sie repräsentieren die verschiedenen Gemeindegrößen und Regionen in Deutschland (Einteilung auf Basis der BIK-Klassifikation, einem regionalen Klassifikationssystem für Deutschland [15]). Die Auswahl erfolgte durch das GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften in Mannheim. Ausgewählte Gemeinden mit weniger als 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern wurden mit ähnlichen kleinen Nachbargemeinden zu einem Auswahlort kombiniert. Mehrere Großstädte wurden aufgrund ihrer großen Bevölkerung durch mehrere Auswahlorte repräsentiert. Die ausgewählten Orte sind in der Karte ([Abbildung 1](#)) dargestellt. In der zweiten Phase der Stichprobenziehung wurden Personen mit ständigem Wohnsitz in den ausgewählten Orten zufällig aus den lokalen Bevölkerungsregistern

Abbildung 1
Studienorte GEDA 2014/2015-EHIS
 Quelle: [14]



gezogen. Die benötigte Brutto-Stichprobengröße für jede Altersgruppe wurde in Abhängigkeit von der Response in vorher durchgeführten Pre-Tests kalkuliert. Die benötigte Netto-Stichprobengröße wurde vom Statistischen Amt der Europäischen Union (Eurostat) für Deutschland mit $n=15.260$ berechnet [8]. Um präzisere Schätzungen zu erhalten und für jedes der 16 Bundesländer regionale

Analysen durchführen zu können, wurde die Stichprobengröße nach oben korrigiert, auf $n=20.000$ [16]. Das heißt, dass in jedem der 301 Auswahlorte durchschnittlich 67 Personen teilnehmen mussten.

2.2 Fragebogen

Bei GEDA 2014/2015-EHIS handelt es sich um eine Befragungsstudie. Körperliche Untersuchungen oder Labortests wurden nicht durchgeführt. Der Fragebogen für GEDA 2014/2015-EHIS besteht aus zwei Komponenten: aus dem Fragebogen EHIS Welle 2 (der in allen teilnehmenden Ländern eingesetzt wurde) und aus weiteren, nationalen Fragen (die nur in Deutschland ergänzt wurden). Durch die Ergänzung nationaler Fragen ist es möglich, Zeitreihen von GEDA [4] zu erhalten und Informationen über weitere, national relevante Themen zu erheben. Der Fragebogen von EHIS Welle 2 umfasst vier Module:

- ▶ Gesundheitszustand (Selbstwahrnehmung, chronische Krankheiten, Einschränkungen, psychische Gesundheit, Schmerzen, Unfälle usw.)
- ▶ Gesundheitsdeterminanten (Rauchen und Alkoholkonsum, Körpergewicht, körperliche Aktivität, Ernährungsgewohnheiten usw.)
- ▶ Gesundheitsversorgung (Inanspruchnahme verschiedener Arten von Gesundheitsleistungen: Krankenhausaufenthalte, ambulante Arztkontakte, Prävention, Einnahme von Medikamenten, unerfüllter Bedarf an Gesundheitsleistungen)
- ▶ Hintergrundvariablen zu demografischen, geografischen und sozioökonomischen Charakteristika der

Die europäische Gesundheitsbefragung EHIS Welle 2 wurde in das RKI-Gesundheitsmonitoring integriert: GEDA 2014/2015-EHIS.

Über 24.000 Erwachsene aus Deutschland haben an GEDA 2014/2015-EHIS teilgenommen.

Teilnehmenden (Geschlecht, Alter, Bildung, Haushaltstyp usw.).

Der EHIS-Welle-2-Fragebogen wurde nach dem empfohlenen Übersetzungsprotokoll [5] übersetzt. Für einige Module wurden validierte deutsche Versionen verwendet. Einige sprachliche Anpassungen wurden durchgeführt, um die Anforderungen für selbst ausgefüllte Fragebögen (schriftlich/webbasiert) zu erfüllen. Der EHIS-Welle-2-Fragebogen wurde neben den nationalen Fragen durch zusätzliche Module zur Gesundheitskompetenz, zu Schlaganfallwissen, subjektivem sozialen Status und Arbeitsbedingungen ergänzt. Der [Fragebogen](#) ist als Supplement in der aktuellen Ausgabe des Journal of Health Monitoring veröffentlicht. Er kann für wissenschaftliche Projekte genutzt werden (mit Quellenangabe).

3. Feldverlauf, Datenschutz, Qualitätssicherung

Die Datenerhebung für GEDA 2014/2015-EHIS fand zwischen November 2014 und Juli 2015 statt. Die Studie wurde von der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihr informiertes Einverständnis.

Die Bruttostichprobe umfasste 92.771 Personen (ab 15 Jahren). Um saisonale Verzerrungen zu vermeiden, wurde die Stichprobe nach dem Zufallsprinzip in zwei Tranchen aufgeteilt. Die Datenerhebung für GEDA

2014/2015-EHIS erfolgte für die erste Tranche im Herbst und Winter 2014, für die zweite Tranche im Frühjahr und Sommer 2015. Als Ergebnis verschiedener vorheriger, methodisch orientierter Studien wurde in GEDA 2014/2015-EHIS erstmalig ein sequentielles Mixed-Mode-Design mit Web-Fragebogen und Papierfragebogen eingesetzt [18–20]. Die Fragebögen mussten von den Befragten immer selbst ausgefüllt werden. Die Teilnehmenden wurden im ersten Einladungsschreiben zur Befragung per Web eingeladen. Sie enthielten die URL und den Anmeldecode für den Zugriff auf den Web-Fragebogen, das Einwilligungsfeld sowie detaillierte Informationen über Studie und Datenschutz. Ein Erinnerungsschreiben wurde nach vier Wochen versendet. Darin war auch ein Papierfragebogen enthalten (inkl. Einverständniserklärung) und nochmals die URL und der Anmeldecode. Nach weiteren vier Wochen folgte eine zweite Erinnerung in dieser Form. Für alle angeschriebenen Personen war während des elfmonatigen Erhebungszeitraums eine Hotline geschaltet. Es gab auch eine Studienwebsite mit Informationen.

Als Incentive für die Studienteilnahme erhielten Befragte im Alter von 15 bis 34 Jahren einen 10€-Gutschein. Befragten ab 35 Jahren wurde angeboten, an einer Lotterie teilzunehmen, in der sie die Chance hatten, einen 50€-Gutschein zu gewinnen. Um die Beteiligung an der Gesundheitsstudie zu erhöhen, wurden regionale und lokale Zeitungen kontaktiert. Eine Pressemitteilung mit wichtigen Studieninformationen wurde mit der Bitte um Veröffentlichung verschickt.

Während der Feldphase wurden umfangreiche Maßnahmen der Qualitätssicherung durchgeführt. Der

Die Responserate von GEDA 2014/2015-EHIS betrug 26,9%.

Datenmanagementprozess für GEDA 2014/2015-EHIS wurde vom Epidemiologischen Datenzentrum am Robert Koch-Institut koordiniert. Bei der Erstellung des Datensatzes wurden die Qualitäts- und Validierungsregeln von Eurostat für EHIS Welle 2 umgesetzt [8]. Der aufbereitete Datensatz wurde im Juni 2016 an Eurostat übermittelt und seine Gültigkeit von Eurostat geprüft, genehmigt und zertifiziert.

4. Responserate und Nettostichprobe

In die Datenanalysen für Deutschland wird die Stichprobe der Teilnehmenden ab 18 Jahren einbezogen. Von diesen Personen wurden 24.016 Fragebögen vollständig ausgefüllt, 10.723 über Web (44,6%) und 13.293 auf Papier (55,4%). Die Responserate betrug 26,9% (Frauen 27,5%, Männer 25,3%). Sie wurde nach den Standards der American Association for Public Opinion Research (AAPOR) [21] berechnet und liegt im derzeit üblichen niedrigen Bereich für bevölkerungsbezogene Gesundheitsbefragungen. Die Ablehnungsrate betrug 6,8% (Anteil der Fälle, in denen die Teilnahme an der Befragung abgelehnt oder abgebrochen wird). Die höchsten Responseraten wurden in den Altersgruppen 55 bis 74 beobachtet. Bei den Männern von 65 bis 74 Jahren lag sie bspw. bei 35,2% (Frauen 31,7%). Bei Männern der jüngsten Altersgruppe (18 bis 24 Jahre) wurde nur eine Response von 22,4% erreicht (Frauen 34,6%). Es zeigen sich Unterschiede nach Geschlecht: Bis zum Alter von 64 Jahren liegt die Response bei den Frauen höher, ab 65 Jahren bei den Männern. Detaillierte Informationen zur Stichprobenausschöpfung und zur

Zusammensetzung der Nettostichprobe finden sich bei Lange et al. [14].

5. Gewichtung

Um die Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur zu korrigieren, wurden die Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt. Die Gewichtung der Daten besteht aus einer Design- und Anpassungsgewichtung. Mit der Designgewichtung wird die Auswahlwahrscheinlichkeit der Untersuchungsorte sowie die Auswahlwahrscheinlichkeit der Teilnehmenden innerhalb der Orte berücksichtigt. In der Anpassungsgewichtung werden das Alter und das Geschlecht innerhalb der Bundesländer an die Bevölkerungsdaten vom 31.12.2014 hochgerechnet sowie der Kreistyp an die regionale Verteilung von Deutschland angeglichen. Damit können internationale Vergleiche mit EHIS-Daten durchgeführt werden. Für nationale Auswertungen gibt es zusätzlich noch eine Anpassung an das Bildungsniveau der Bevölkerung nach den Vorgaben des Mikrozensus 2013. Dieser Gewichtungsfaktor wird auch in den GEDA-Fact-sheets mit Ergebnissen zu ausgewählten Gesundheitsindikatoren ([Bluthochdruck](#), [Diabetes mellitus](#), [koronare Herzerkrankung](#), [Schlaganfall](#) und [Allergien](#)) in Deutschland verwendet.

6. Schlussbemerkungen

Mit der Realisierung des europäischen Gesundheitssurveys EHIS im RKI-Gesundheitsmonitoring ergeben sich zahlreiche Chancen für Datenanalysen und Erkenntnisgewinne auf europäischer Ebene. Prävalenzdaten

Daten für Deutschland werden im vorliegenden Journal veröffentlicht, EHIS-Daten aus 30 europäischen Ländern werden auf der Website von Eurostat angeboten.

aus EHIS Welle 2 (Makrodaten) stehen für 30 europäische Länder (28 EU-Mitgliedstaaten sowie Norwegen und Island) auf den Websites von Eurostat [22] zur Verfügung (siehe auch Fehr et al. [23]). Mikrodaten des EHIS (Individualdaten von Teilnehmenden aus 28 EU-Mitgliedstaaten) können voraussichtlich ab Ende 2017 bei Eurostat für Forschungszwecke beantragt werden.

Die Auswahl der in EHIS Welle 2 erhobenen Variablen basiert auf einem umfangreichen Konsensprozess der europäischen Länder. Für das Gesundheitsmonitoring in Deutschland ergab sich damit eine methodische Herausforderung: Selbst bei Ergänzung einzelner Variablen können mit GEDA 2014/2015-EHIS nicht alle bisher erhobenen Indikatoren fortgeschrieben werden. Auch durch die Änderung des Studiendesigns (statt Telefonsurveys auf der Basis einer Festnetzstichprobe nun Befragungssurveys (webbasiert oder schriftlich) auf der Basis einer Einwohnermeldeamtsstichprobe) sind Brüche in den Zeitreihen nicht auszuschließen. Ein Vorteil des geänderten Studiendesigns von GEDA besteht aber darin, dass eine engere methodische Anschlussfähigkeit an DEGS und KiGGS gegeben ist. Bei diesen Studien des Gesundheitsmonitorings (die zusätzlich körperliche Untersuchungen und Tests umfassen), erfolgt die Befragung ebenfalls schriftlich auf der Basis einer Einwohnermeldeamts-Stichprobe. Bei telefonischen Studien ohne vorherige Kontaktaufnahme wird seit Jahren eine sinkende Antwortbereitschaft beobachtet [7]. Das betraf auch die GEDA-Wellen 2009–2012. Durch die Änderung des Befragungsmodus in GEDA 2014/2015-EHIS konnte der Trend sinkender Teilnehmeraten aufgehalten werden [14].

Literatur

1. Kurth B-M (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 50(5/6):533-546
<http://edoc.rki.de/oa/articles/rej53eEjT1Ze6/PDF/27IUH-g787CHM6.pdf> (Stand: 01.02.2017)
2. Scheidt-Nave C, Kamtsiuris P, Gößwald A et al. (2012) German health interview and examination survey for adults (DEGS) - design, objectives and implementation of the first data collection wave. BMC Public Health 12(1):1-16
3. Kurth B-M, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 52(5):557-570
4. Lange C, Jentsch F, Allen J et al. (2015) Data Resource Profile: German Health Update (GEDA)-the health interview survey for adults in Germany. Int J Epidemiol 44(2):442-450
5. Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg) (2011) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA09.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 01.03.2017)
6. Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 01.03.2017)
7. Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA12.pdf?__blob=publicationFile (Stand : 01.03.2017)
8. European Commission, Eurostat (2013) European Health Interview Survey (EHIS wave 2). Methodological manual. European Commission, Luxembourg
9. Thelen J, Kirsch N, Finger J et al. (2012) ECHIM Core Group. Final Report Part III. ECHIM Pilot Data Collection, Analyses and Dissemination. Robert Koch Institute, Berlin

10. Verschuur M, Gissler M, Kilpelainen K et al. (2013) Public health indicators for the EU: the joint action for ECHIM (European Community Health Indicators & Monitoring). *Arch Public Health* 71(1):12

11. Europäisches Parlament (2013) Verordnung (EU) Nr. 141/2013 der Kommission vom 19. Februar 2013 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz in Bezug auf Statistiken auf der Grundlage der Europäischen Gesundheitsumfrage (EHIS).
http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2013.047.01.0020.01.DEU&toc=OJ:L:2013:047:TOC
(Stand: 02.12.2016)

12. Europäisches Parlament (2014) Verordnung (EU) Nr. 68/2014 der Kommission vom 27. Januar 2014 zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 141/2013 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz in Bezug auf Statistiken auf der Grundlage der Europäischen Gesundheitsumfrage (EHIS) infolge des Beitritts Kroatiens.
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:32014R0068> (Stand: 02.12.2016)

13. Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg) (2002) Was essen wir heute? Ernährungsverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/was_essen_wir_heute.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 01.03.2017)

14. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European Health Interview Survey (EHIS) in Germany. Further development of the German Health Update (GEDA). *Archives of Public Health* (eingereicht)

15. ASCHPURWIS + BEHRENS GmbH (2016) BIK Regionen 2010.
<http://www.bik-gmbh.de/produkte/regionen/index.html>
(Stand: 08.11.2016)

16. Newcombe RG (1998) Two-sided confidence intervals for the single proportion: Comparisons of seven methods. *Statistics in Medicine* 17:857-872

17. Eurostat (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED).
http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de (Stand: 19.12.2016)

18. Hoebel J, von der Lippe E, Lange C et al. (2014) Mode differences in a mixed-mode health interview survey among adults. *Archives of Public Health* 72(1):1-12

19. Jordan S, Hoebel J (2015) Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 58(9):942-950

20. Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg) (2015) Pilotstudie zur Durchführung von Mixed-Mode-Gesundheitsbefragungen in der Erwachsenenbevölkerung Projektstudie GEDA 2.o. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

21. American Association for Public Opinion Research (AAPOR) (2011) Standard definitions - final dispositions of case codes and outcome rates for surveys (revised 2011). AAPOR, Deerfield

22. Eurostat (2016) Eurostat. Ihr Schlüssel zur europäischen Statistik.
<http://ec.europa.eu/eurostat/de/data/database>
(Stand: 02.12.2016)

23. Fehr A, Lange C, Fuchs J et al. (2017) Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa. *Journal of Health Monitoring* 2(1): 3-23
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen und Autoren

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

Korrespondenzadresse

Dr. Anke-Christine Saß

Robert Koch-Institut

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

General-Pape-Str. 62–66

12101 Berlin

E-Mail: SassA@rki.de

Interessenkonflikt

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

Herausgeber

Robert Koch-Institut

Nordufer 20

13353 Berlin

Redaktion

Dr. Franziska Prütz, Martina Rabenberg,

Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,

Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese

Robert Koch-Institut

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

General-Pape-Str. 62–66

12101 Berlin

Tel.: 030-18 754-3400

E-Mail: healthmonitoring@rki.de

www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise

Saß AC, Lange C, Finger JD et al. (2017) „Gesundheit in

Deutschland aktuell“ - Neue Daten für Deutschland und

Europa. Hintergrund und Studienmethodik von GEDA

2014/2015-EHIS. Journal of Health Monitoring 2(1): 83–90

DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-012

ISSN 2511-2708



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



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

Autorinnen und Autoren:

Lars Gabrys*, Christian Schmidt*,
Christin Heidemann, Jens Baumert,
Yong Du, Rebecca Paprott,
Andrea Teti, Ingrid-Katharina Wolf,
Thomas Ziese, Christa Scheidt-Nave

Journal of Health Monitoring · 2017 2(1)

DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-006

Robert Koch-Institut

*zu gleichen Teilen beigetragen



Diabetes-Surveillance in Deutschland – Hintergrund, Konzept, Ausblick

Abstract

Diabetes mellitus ist eine chronische Erkrankung, die mit schweren gesundheitlichen Einschränkungen und hohen Kosten einhergeht. In Deutschland sind nach Schätzungen aus bevölkerungsrepräsentativen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) 4,6 Millionen Erwachsene im Alter von 18 bis 79 Jahren an Diabetes erkrankt. Zusätzlich liegt bei rund 1,3 Millionen Erwachsenen ein unerkannter Diabetes vor. Um die in Deutschland verfügbaren Datenquellen zum Diabetes zusammenzuführen und um verlässliche und über die Zeit vergleichbare Aussagen zu Krankheitshäufigkeit, Behandlungsfortschritten, Prävention und Versorgung treffen zu können, wird am RKI ein Surveillance-System aufgebaut. Neben zeitlichen Entwicklungen sollen vor allem auch Unterschiede in der Epidemiologie und Versorgung nach sozialer Lage und Wohnregion erfasst werden. Das Vorhaben wird in enger Kooperation mit Akteuren aus Wissenschaft, Gesundheitsversorgung, Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung durchgeführt und von einem interdisziplinären wissenschaftlichen Beirat begleitet.

Zentrale Elemente der Diabetes-Surveillance sind (1) die Erarbeitung eines wissenschaftlich fundierten Rahmenkonzeptes mit geeigneten Kennzahlen (Indikatoren) zum Krankheitsgeschehen, (2) die Entwicklung von Standards für die Nutzung bereits verfügbarer Datenquellen und die Identifizierung von Nutzungsbarrieren und Datenlücken sowie (3) die Erstellung einer zielgruppensensiblen Schwerpunktberichterstattung. Neben der Politikberatung soll eine zeitnahe und kontinuierliche Information der Öffentlichkeit in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gewährleistet werden. Der Aufbau der Surveillance zum Diabetesgeschehen in Deutschland hat Modellcharakter und soll als Grundlage für die Entwicklung einer Surveillance für weitere nicht übertragbare Krankheiten dienen.

Grundsätzlich kann eine Indikatoren-gestützte Überwachung des Krankheitsgeschehens auf Bevölkerungsebene als wesentliche Grundlage für eine evidenzbasierte Politikberatung und vorausschauende Gesundheitspolitik angesehen werden, die sowohl effektive Präventionsmaßnahmen als auch eine hohe Versorgungsqualität für alle Bevölkerungsgruppen ermöglichen soll.

📌 DIABETES MELLITUS · GESUNDHEITSMONITORING · DIABETES-SURVEILLANCE · GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG · PRÄVENTION

Infobox 1: Ziele der Deklaration von St. Vincent (1989) [45]

- ▶ Verminderung neuer diabetesbedingter Erblindung um ein Drittel oder mehr
- ▶ Verringerung der Häufigkeit von diabetesbedingtem terminalem Nierenversagen
- ▶ Senkung der Zahl von Amputationen aufgrund diabetesbedingtem Wundbrand (Gangrän) um mindestens die Hälfte
- ▶ Verminderung der Morbidität und Mortalität aufgrund von koronarer Herzerkrankung bei Menschen mit Diabetes mittels intensiver Programme zur Verringerung der Risikofaktoren
- ▶ Normaler Schwangerschaftsverlauf bei Diabetikerinnen und Annäherung an die Komplikationsrate bei Nichtdiabetikerinnen

1. Einleitung

Diabetes mellitus umfasst eine Gruppe von Erkrankungen, deren gemeinsames Kennzeichen eine dauerhaft erhöhte Blutzuckerkonzentration ist. Ursächlich liegt der Erkrankung eine Störung der Insulinsekretion, eine verminderte Insulinwirkung (Insulinresistenz) oder eine Kombination beider Faktoren zugrunde. Es gibt zwei Hauptformen des Diabetes: Bei der Autoimmunerkrankung Diabetes mellitus Typ 1 kommt es zu einer Beeinträchtigung der Insulinsekretion infolge der Zerstörung von Inselzellen der Bauchspeicheldrüse. Bei Diabetes mellitus Typ 2 steht die Insulinresistenz im Vordergrund. Neben einer genetischen Veranlagung spielen für die Entstehung vor allem Lebensstilfaktoren eine entscheidende Rolle. In Deutschland sind nach Schätzungen aus bevölkerungsrepräsentativen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) 4,6 Millionen Erwachsene im Alter von 18 bis 79 Jahren an Diabetes erkrankt. Zusätzlich liegt bei rund 1,3 Millionen Erwachsenen ein unerkannter Diabetes vor [1]. Aktuelle Zahlen zur Diabetesprävalenz in Deutschland sowie regionale Häufigkeitsverteilungen sind in einem gesonderten [Fact sheet](#) in dieser Ausgabe nachzulesen [2].

Nach derzeitigem Kenntnisstand sind ca. 90% aller Diabeteserkrankungen dem Typ-2-Diabetes zuzuordnen. In epidemiologischen Studien weisen Männer überwiegend eine höhere Lebenszeitprävalenz des Diabetes mellitus auf als Frauen [3]. Zudem ist ein geringer sozioökonomischer Status stark mit einer erhöhten Diabetesprävalenz assoziiert [4]. Eine Sonderform von

Diabetes mellitus infolge einer Insulinresistenz ist der sogenannte Schwangerschafts- oder Gestationsdiabetes, der sich in der Regel zurückbildet, jedoch für die betroffenen Frauen ein deutlich erhöhtes Risiko für das spätere Auftreten eines Typ-2-Diabetes birgt [5, 6]. Unerkannt oder unzureichend behandelt kann Diabetes mellitus auch heute noch mit lebensbedrohlichen Stoffwechsellentgleisungen einhergehen. Chronisch erhöhte Blutzuckerkonzentrationen führen zu Schädigungen der Blutgefäße und des peripheren Nervensystems [7]. Daraus resultiert ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenfunktionsstörungen, Netzhautschädigungen und das diabetische Fußsyndrom [8, 9]. Spätfolgen können Herzinfarkt und Schlaganfall, chronisches Nierenversagen, Erblindung und Fußamputationen sein. Bei Vorliegen oder Auftreten eines Diabetes in der Schwangerschaft besteht ein erhöhtes Risiko für Schwangerschaftskomplikationen [10].

Mit einer Diabeteserkrankung sind aber nicht nur individuelle Beeinträchtigungen, sondern auch gesellschaftliche Kosten verbunden. Diese ergeben sich zum einen aus den Aufwendungen für die Krankheitsversorgung (direkte Kosten) und zum anderen aus dem gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsverlust, bedingt durch Arbeitsunfähigkeit und vorzeitige Berentung (indirekte Kosten). Der Schätzansatz des Statistischen Bundesamtes weist für das Jahr 2008 durch Diabetes verursachte Krankheitskosten in Höhe von 6,3 Mrd. Euro aus [11]. Aktuelle Schätzungen errechnen diabetesbedingte Krankheitskosten in Höhe von 16,1 Mrd. Euro pro Jahr [12]. Die Behandlungskosten für Menschen mit Diabetes liegen demnach um das 1,7–1,8-

Infobox 2: Definition Sekundärdaten

In Abgrenzung zu Primärdaten werden Daten als Sekundärdaten bezeichnet, die nicht auf Grundlage eines im Vorfeld spezifizierten Untersuchungs- oder Forschungsinteresses erhoben wurden oder die abweichend von ihrem ursprünglichen Erhebungs- und Verwendungszweck ausgewertet werden. Begünstigt durch die Entwicklung von Speicher- und Rechenkapazitäten wurden in den letzten Jahren zunehmend prozessproduzierte, routinemäßig erhobene Informationen für gesundheitswissenschaftliche Auswertungen nutzbar gemacht. Dazu gehören auch Daten des Beitrags- und Leistungsgeschehens in der Sozialversicherung. Aus dieser Entwicklung heraus hat sich der Begriff Routinedaten synonym zum Begriff Sekundärdaten etabliert. Einen umfassenden Überblick zum Thema Sekundärdaten gibt das Handbuch „Routinedaten im Gesundheitswesen“ [46].

fache höher als für Personen ohne eine Diabeteserkrankung [12-14].

Zur Reduktion diabetesassoziierter Folgeschäden und vorzeitiger Sterblichkeit wurde international bereits 1989 die sogenannte St. Vincent Deklaration verabschiedet (siehe Infobox 1). Auf nationaler Ebene wurden zur Verbesserung der Behandlung von Menschen mit Diabetes in den letzten Jahren ebenfalls Anstrengungen unternommen und auf Gesundheitssystemebene Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung implementiert. Mit der Einführung der „Nationalen VersorgungsLeitlinie“ (NVL) Diabetes mellitus Typ 2 im Jahr 2002 stehen ärztliche Entscheidungshilfen für eine medizinische Versorgung zur Verfügung, die fortlaufend dem aktuellen wissenschaftlichen Stand angepasst werden [15]. Daneben wurden ab dem Jahr 2003 die Disease-Management-Programme (DMP) zunächst für Diabetes mellitus Typ 2 und später auch für Diabetes Typ 1 eingeführt. Ziel der DMP ist eine strukturierte Behandlung der Patientinnen und Patienten mit Überprüfung des Behandlungserfolgs anhand festgelegter Therapie- und Qualitätsziele [16, 17]. Die Einschreibungszahlen in die DMP stiegen in den letzten Jahren stetig an und lagen für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 im Jahr 2015 bei rund 4 Millionen Patientinnen und Patienten [18]. Im Jahr 2003 wurde zudem das Nationale Gesundheitsziel „Diabetes mellitus Typ 2 – Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln“ verabschiedet, welches konkrete Maßnahmen definiert und zu Modellprojekten in der Versorgungspraxis geführt hat [19]. Im Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Evidenz aus Versorgungsstudien sprechen auch Trend-Analysen auf Basis

der Gesundheitsdaten des RKI dafür, dass die genannten strukturellen Veränderungen zur Verbesserung der Versorgungslage bei Menschen mit Diabetes beigetragen haben [20, 21].

Die vorangehende Darstellung zeigt, dass bereits heute vielfältige Kennzahlen zum Krankheits- und Versorgungsgeschehen berichtet werden und unterschiedliche Datenquellen vorhanden sind. Doch im föderalen und pluralistisch geprägten Gesundheitssystem erfolgt die Beschreibung des Diabetesgeschehens bisher auf Grundlage von Daten, die von unterschiedlichen Akteuren mit jeweils eigenem Auswertungsinteresse gehalten werden. Folglich sind bisherige Analysen in ihrem Blick begrenzt und gründen sich nicht zwangsläufig auf eine nachhaltige Datenbasis. Zudem sind die Ergebnisse aufgrund verschiedener zeitlicher Bezüge und unterschiedlich definierter Indikatoren selten vergleichbar. Diese Umstände erschweren eine zeitnahe und evidenzbasierte Politikberatung, die zur Ableitung von Maßnahmen eine verlässliche und vergleichbare Einordnung des Krankheits- und Versorgungsgeschehens benötigt.

Somit ist trotz der hohen Public-Health-Relevanz von Diabetes mellitus eine umfassende und kontinuierliche Analyse zu Krankheitsgeschehen, Krankheitsfolgen, Risikoentwicklung, Versorgungssituation und Präventionspotenzial auf Bevölkerungsebene bislang noch nicht gegeben. Hierzu tragen die komplexen Krankheitsursachen ebenso bei wie die beschriebene fragmentierte und zweckbestimmte Datenerhebung. Darüber hinaus müssen nach wie vor bestehende Barrieren zur Nutzung von Sekundärdaten (siehe Infobox 2)

Infobox 3: Gesundheitsmonitoring und Surveillance [47, 48]

Gesundheitsmonitoring:

- ▶ Periodisch wiederkehrende Erhebung und Analyse von Gesundheitsdaten auf Bevölkerungsebene
- ▶ Vergleichbar über die Zeit und international
- ▶ Wissenschaftliche Bewertung und Gesundheitsberichterstattung für Politik und Öffentlichkeit

Surveillance:

- ▶ Intensiviertes Monitoring zu Gesundheitsproblemen, die erhöhte Wachsamkeit erfordern
- ▶ Systematische Analyse und zeitnahe Interpretation weiterer kontinuierlich verfügbarer Gesundheitsdaten
- ▶ „Data for Action“: Politikberatung, Begleit- und Evaluationsforschung, Maßnahmenentwicklung

für wissenschaftliche Fragestellungen identifiziert und abgebaut werden.

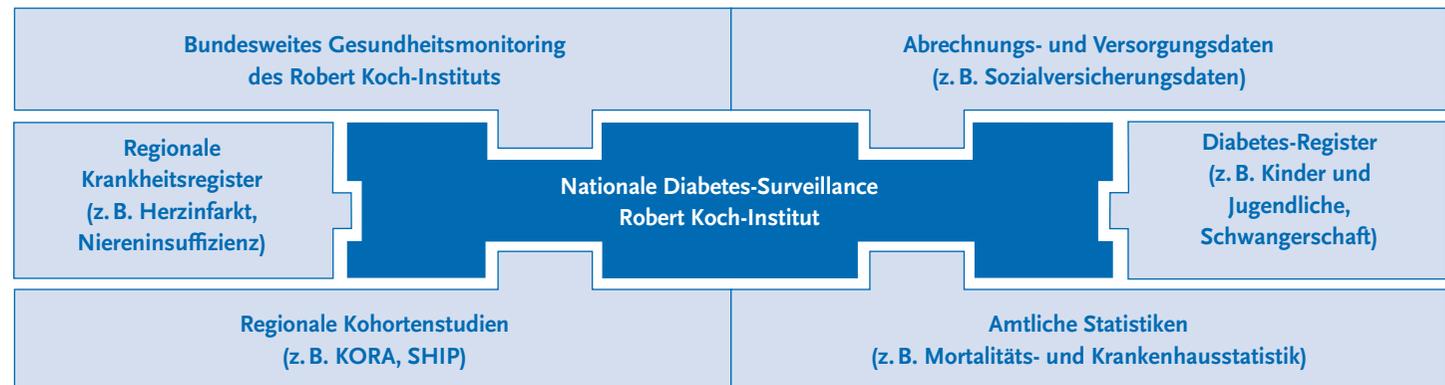
In Anlehnung an den Plan der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Prävention und Kontrolle nicht übertragbarer Krankheiten [22] und die damit verbundenen Empfehlungen zum Aufbau effektiver Surveillance-Strukturen soll am RKI in den nächsten Jahren ein Konzept für eine nachhaltige Diabetes-Surveillance entwickelt werden, das perspektivisch auch für andere nicht übertragbare Krankheiten genutzt werden kann (Non Communicable Disease Surveillance, NCD). Ziel der Diabetes-Surveillance ist es, das bestehende Gesundheitsmonitoring des RKI zu erweitern und vorhandene Datenquellen in ein Gesamtkonzept der Diabetes-Surveillance zu integrieren (Abbildung 1).

Wie in der Infobox 3 dargestellt ist, bedeutet der Ausbau des Gesundheitsmonitorings zu einer krankheitsspezifischen Surveillance, dass zusätzlich zu der wiederkehrenden epidemiologischen Beschreibung

des Krankheits- und Versorgungsgeschehens aus Befragungs- und Untersuchungssurveys zeitnahe Analysen auf Grundlage von regelmäßig zur Verfügung stehenden Routinedaten erfolgen können. Eine Kombination der regelmäßig erhobenen Primärdaten des RKI mit weiteren Sekundärdatenquellen ermöglicht es, eine verlässliche und kontinuierliche Datenbasis für gesundheitspolitische Entscheidungsträger bereitzustellen. Damit können Handlungsbedarfe zeitnah aufgezeigt und in strategische Public-Health-Maßnahmen umgesetzt werden [23].

2. Projektplanung

Das Forschungsprojekt zum Aufbau eines Diabetes-Surveillance-Systems am RKI wurde im Dezember 2015 begonnen und erstreckt sich über einen Zeitraum von vier Jahren. Es wird durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert.



KORA= Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg
SHIP=Study of Health in Pomerania (Leben und Gesundheit in Vorpommern)

Abbildung 1
Datenquellen für die
Nationale Diabetes-Surveillance
Eigene Darstellung

Aufgrund der hohen Krankheitshäufigkeit und Krankheitslast des Diabetes ist eine kontinuierliche Beobachtung und Analyse des Krankheits- und Versorgungsgeschehens notwendig.

Das Gesamtprojekt ist in drei ineinander übergehende Phasen gegliedert:

Konzeptphase

- ▶ Bestandsaufnahme verfügbarer Datenquellen
- ▶ Definition und Konsentierung geeigneter Kernindikatoren
- ▶ Entwicklung eines Rahmenkonzepts

Umsetzungsphase

- ▶ Entwicklung von Standards für die Zusammenführung von Informationen aus verschiedenen Datenquellen
- ▶ Identifizieren von Nutzungsbarrieren und Datenlücken
- ▶ Durchführung von Machbarkeits- und Vergleichsstudien mit wissenschaftlichen Kooperationspartnern zur Nutzung bestehender Datenquellen

Produktphase

- ▶ Entwicklung eines Prototypen für eine wiederkehrende Schwerpunkt-Berichterstattung
- ▶ Prüfung der Nachhaltigkeit der Datengrundlagen und Übertragbarkeit der Erfahrungswerte und Prozesse auf andere chronische Krankheiten

In der Konzeptphase zu Beginn des Projektes stehen die Entwicklung eines Rahmenkonzepts, die Auswahl von geeigneten Kennzahlen (Indikatoren), die das Diabetesgeschehen in Deutschland abbilden, sowie eine erste Bestandsaufnahme verfügbarer Datenquellen im Vordergrund. Die Auswahl der Indikatoren orientiert

sich an der bestehenden Evidenz, an bereits genutzten Indikatoren zur strukturierten Beobachtung des Diabetes mellitus in anderen Ländern [24-27] sowie an internationalen Empfehlungen zur Entwicklung nachhaltiger Indikatoren [28-31].

In der parallel begonnenen Umsetzungsphase werden Analysen mit bestehenden Datenquellen zur Abbildbarkeit der definierten Indikatoren durchgeführt und Nutzungsbarrieren sowie verbleibende Datenlücken zusammen mit Projektpartnern identifiziert. Vonseiten des RKI wird in dieser Phase auch geprüft, in welcher Form die seit 2014 vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) bereitgestellten Versorgungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen [32] wiederkehrend in die Diabetes-Surveillance eingebunden werden können.

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung wird in der Produktphase zum Ende des Projekts ein Prototyp für eine zielgruppensensible Schwerpunkt-Berichterstattung zum Diabetes in Deutschland entstehen. Erklärtes Ziel ist es, sowohl die Gesundheitspolitik als auch die Öffentlichkeit und Wissenschaft wiederkehrend mit einheitlichen Analysen auf Basis der im Projekt definierten Indikatoren über die Entwicklung des Diabetesgeschehens in Deutschland zu informieren.

Die Durchführung des Vorhabens wird durch einen interdisziplinären wissenschaftlichen Projektbeirat begleitet, welcher im September 2016 seine Arbeit aufgenommen hat [33]. Der wissenschaftliche Beirat kommt in der Regel zweimal im Jahr in gemeinsamen Beiratstreffen zusammen.

Die Diabetes-Surveillance soll gleichzeitig ein Forum bieten, welches internationale Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, nationale Akteure der Diabetesforschung, Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter sowie die Gesundheitspolitik regelmäßig in Form von Konferenzen und Workshops zusammenbringt. Hierdurch soll ein Lern- und Wissenstransfer ermöglicht werden, der nicht nur in die Arbeit der Surveillance einfließt, sondern auch hilft, die einzelnen Akteure besser zu vernetzen.

3. Aktueller Stand

3.1 Entwicklung eines Rahmenkonzeptes und Definition von Kernindikatoren

In Anlehnung an das 2003 verabschiedete Gesundheitsziel „Diabetes mellitus Typ 2“ und an das Rahmenkonzept des „Health Care Quality Indicators“-Projekt der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) [34] wurden zunächst vier Handlungs-

felder definiert und entsprechende Konzepte für die weitere Indikatorenentwicklung zugeordnet (**Abbildung 2**).

Zur Definition eines Kernindikatorensets erfolgte in einem ersten Schritt eine Sichtung international etablierter Surveillance-Systeme und Diabetesregister unter besonderer Berücksichtigung spezifischer Gegebenheiten des deutschen Gesundheits- und Versorgungssystems. Parallel erfolgte eine Zusammenstellung möglicher Einzelindikatoren über eine systematische Literaturrecherche durch das Institut für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA). In einem zweiten Schritt fand ein internationaler Expertenworkshop zur Indikatorenentwicklung in Berlin statt [35], dem eine strukturierte Bewertung der bisher recherchierten Indikatoren vorausging. Die Rückmeldungen des Expertenpanels wurden sowohl qualitativ als auch quantitativ aufbereitet und an das Expertengremium zurückgespielt. Zur Konsentierung eines Kernindikatorensets werden die so

Abbildung 2
Handlungsfelder für die
Indikatorenentwicklung der
Diabetes-Surveillance
Eigene Darstellung

Diabetesrisiko reduzieren

- ▶ Prävalenz verhaltens-/verhältnisbasierter Risikofaktoren und Ressourcen; Diabetes-Inzidenz

Früherkennung und Behandlung verbessern

- ▶ Prävalenz des bekannten/ unerkannten Diabetes; Indikatoren Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität

Diabetes-Komplikationen reduzieren

- ▶ Häufigkeit von Spätfolgen, Mortalität (St.-Vincent-Ziele)

Krankheitslast und Krankheitskosten senken

- ▶ Direkte/ indirekte Kosten; in Krankheit/ Gesundheit verbrachte Lebensjahre

Bislang fehlt ein abgestimmtes Set an Indikatoren, das ein erweitertes Gesundheitsmonitoring (Surveillance) auf Grundlage geeigneter Datenquellen ermöglicht.

ermittelten Indikatoren in einem weiteren Schritt mittels Delphi-Verfahren [36, 37] hinsichtlich ihrer Relevanz und Abbildbarkeit bewertet.

Da gerade zu Beginn voraussichtlich nicht alle Indikatoren über vorhandene Datenquellen abgebildet werden können, wird neben den Gütekriterien Public-Health-Relevanz, Validität, Eindeutigkeit, Veränderungssensitivität, Vergleichbarkeit und gesundheitspolitischer Veränderbarkeit [30] insbesondere die Datenverfügbarkeit ein wichtiges Auswahlkriterium sein. Relevante Indikatoren, die aktuell nicht über entsprechende Datenquellen abgebildet werden können, sollen perspektivisch in einem weiteren Schritt in die Diabetes-Surveillance integriert werden (Abbildung 3).



Abbildung 3
Schematische Darstellung einer sukzessiven Erweiterung des Indikatorensets entsprechend der Datenverfügbarkeit
Eigene Darstellung

Der Konsensprozess zur Auswahl der Kernindikatoren soll im ersten Halbjahr 2017 abgeschlossen sein und das Rahmenkonzept zur Diabetes-Surveillance im Anschluss publiziert werden.

Insbesondere liegen für Deutschland bisher nur wenige Daten zu Aspekten der selbstwahrgenommenen Beeinträchtigung, dem krankheitsspezifischen Wissen und zu Informationsbedürfnissen von an Diabetes erkrankten Personen vor. Aus diesem Grund wird das RKI in enger Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine gesonderte bevölkerungsrepräsentative Telefonbefragung bei Erwachsenen ab 18 Jahren zu den genannten Bereichen durchführen. Die Erkenntnisse der Befragung sollen in eine geplante Informations- und Kommunikationsstrategie der BZgA einfließen.

3.2 Konferenzen und Workshops

Die konzeptionelle Entwicklung der Diabetes-Surveillance wird durch einen intensiven fachlichen Austausch in Expertenworkshops und Fachkonferenzen unterstützt, die fortlaufend über die gesamte Projektlaufzeit veranstaltet werden.

- ▶ Diabetes-Registerkonferenzen in Kooperation mit der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (Auftaktveranstaltung in Berlin, 22. April 2015)
 - ▷ Formulierung von Anforderungen an Nationale Diabetes-Register-/ Surveillance-Aktivitäten
 - ▷ Möglichkeiten und Perspektiven der Integration

Am Robert Koch-Institut wird eine Diabetes-Surveillance für Deutschland in enger Kooperation mit Akteuren aus Wissenschaft, Versorgung, Selbstverwaltung und Gesundheitspolitik aufgebaut.

- von Diabetes-Registerdaten in eine Nationale Diabetes-Surveillance
 - ▷ Ziele, Datenverfügbarkeit und -qualität einer Diabetes-Surveillance für Deutschland
- ▶ Bund-Länder-Gespräche (Aufaktveranstaltung in Berlin, 22. Juli 2015)
 - ▷ Abstimmung und Zusammenarbeit mit den Ländern in regelmäßigen Workshops auf der Ebene der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), AG Gesundheitsberichterstattung
 - ▷ Regionalisierung der Diabetes-Berichterstattung
- ▶ Nationale Expertenworkshops zur Nutzung von Sekundärdaten (Aufaktveranstaltung in Berlin, 7. Dezember 2015)
 - ▷ Nutzung von Versorgungsdaten des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) auf Grundlage der Datentransparenzverordnung (DaTraV)
 - ▷ Integration, Verstetigung und Nutzung weiterer Sekundärdatenquellen für die Diabetes-Surveillance
- ▶ Internationale Expertenworkshops (Aufaktveranstaltung in Berlin, 11. Juli 2016) [35]
 - ▷ Entwicklung und internationale Vergleichbarkeit eines indikatorengestützten Surveillance-Systems in Deutschland
 - ▷ Best-Practice-Modelle für einen „Nationalen Diabetesbericht“

3.3 Bestandsaufnahme zur Datenverfügbarkeit und Datennutzbarkeit

Als zentrales Ergebnis der o.g. Diabetes-Registerkonferenzen konnten vier methodische Projekte zur Nutzung von Sekundär- und Registerdaten in Kooperation mit universitären und außeruniversitären Einrichtungen initiiert werden (Tabelle 1). Ziel der Kooperationsprojekte ist es, bereits vorhandene Datenquellen auf ihre Eignung für die Diabetes-Surveillance zu prüfen und bestehende Datenlücken zu schließen.

Im Ergebnis lassen die dargestellten Methodenprojekte wichtige Erkenntnisse und Kennzahlen für bisher nur unzureichend abbildbare Bereiche des Krankheitsgeschehens erwarten. Beispielsweise können die Gesundheitssurveys des RKI aufgrund der geringen Prävalenz des Typ-1-Diabetes sowie des Typ-2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen keine bevölkerungsrepräsentativen Aussagen zu beiden Erkrankungen liefern. Diese Datenlücken können durch die Integration der Daten der in Deutschland bestehenden vier Register zum Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen zukünftig geschlossen werden. Insbesondere das bundesweite Diabetes-Patienten-Verlaufs-Register (DPV) fokussiert auf die Weiterbeobachtung der jungen Patientinnen und Patienten ins junge Erwachsenenalter und auf die Analyse von Versorgungsbedarf und Versorgungsqualität. Ein anderes Projekt wird zukünftig Daten zum seit 2015 gesetzlich festgeschriebenen Screening auf Schwangerschaftsdiabetes liefern und damit dazu beitragen, die Versorgung von Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes zu verbessern. Ferner

gelten ambulant sensitive Krankenhausfälle (ASK), d. h. stationäre Behandlungen, die bei besserer Versorgungs- und Koordination vermeidbar wären, gerade bei Diabetes als wichtiger Qualitätsindikator der ambulanten Versorgung [38]. Generell sollen zusätzlich zu Survey- und Registerdaten verstärkt Sekundärdatenquellen

genutzt werden, um insbesondere auch versorgungsrelevante Aspekte über Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität besser abbilden zu können. Hierzu werden in einem Methodenprojekt Vorschläge erarbeitet, welche Indikatoren prinzipiell über Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherungen ab-

Harmonisierung und Verknüpfung von Registerdaten

Projektziele	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prävalenzschätzungen Typ-1-Diabetes bei Erwachsenen ▶ Prävalenzschätzungen Typ-2-Diabetes bei Jugendlichen (11–17 Jahre)
Datenquelle(n)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kinder-Diabetes-Register DIARY (Diabetes Incidence Registry) ▶ Diabetes-Register Nordrhein-Westfalen ▶ Sächsisches Diabetesregister ▶ Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation (DPV-Register)
Projektpartner	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Universität Ulm ▶ Universität Tübingen ▶ Technische Universität Dresden ▶ Deutsches Diabetes Zentrum (DDZ) Düsseldorf

Messung der Versorgungsqualität auf Basis von Routinedaten

Projektziele	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Definition von Kernindikatoren zur Versorgungsqualität ▶ Ermittlung eines Minimum Data Set
Datenquelle(n)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Routinedaten AOK Baden-Württemberg
Projektpartner	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Universität Heidelberg ▶ Institut für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) Göttingen

Ausbau von Daten zur Versorgungsqualität bei Gestationsdiabetes

Projektziele	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ausbau des Gestationsdiabetes-Registers und Aufbau einer Pilotregion (Nordrhein) ▶ Analyse der Versorgungsqualität von Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes ▶ Analyse des Gestationsdiabetes-Screenings
Datenquelle(n)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gestationsdiabetes-Register (GestDiab)
Projektpartner	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Wissenschaftliches Institut der niedergelassenen Diabetologen (winDiab)

Surveillance ambulant-sensitiver Krankenhausfälle (ASK) bei Diabetes mellitus

Projektziele	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Definition relevanter Indikatoren zur Analyse von ASK bei Diabetes mellitus ▶ Berechnung populationsbezogener Raten von ASK ▶ Erstellung von Zeitreihen 2005–2014
Datenquelle(n)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Diagnosis-Related-Groups (DRG)-Statistik (Statistisches Bundesamt)
Projektpartner	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hochschule Niederrhein

Tabelle 1
Methodenprojekte zur Nutzung verfügbarer
Datenquellen für die Diabetes-Surveillance

Ziel der Diabetes-Surveillance ist es, eine nachhaltige datengestützte Entscheidungsgrundlage für gesundheitspolitische Maßnahmen zu erarbeiten, die auch Modellcharakter für andere nicht übertragbare Krankheiten hat.

gebildet werden können und wie eine Verstetigung erfolgen kann.

Auch für die Folgejahre sind Methodenprojekte in Kooperation mit wissenschaftlichen Projektpartnern geplant. Die Auswahl der Methodenprojekte orientiert sich dabei an festgelegten Kriterien, die eine Anschlussfähigkeit der Analysen und Ergebnisse an die Diabetes-Surveillance sicherstellen sollen.

4. Diskussion

Anders als in einigen anderen Ländern wird in Deutschland bislang keine kontinuierliche und zusammenfassende Analyse und Berichterstattung zur Erfassung des Krankheits- und Versorgungsgeschehens für Diabetes mellitus durchgeführt, da kein abgestimmtes und zentral koordiniertes Surveillance-Konzept vorliegt. Daten aus anderen Ländern mit einem etablierten Surveillance-System, wie beispielsweise den USA, konnten zeigen, dass durch eine aktive und systematische Überwachung des Krankheitsgeschehens insbesondere diabetes- und kardiovaskulär bedingte Hospitalisierungsraten deutlich reduziert werden konnten. Ebenso konnten durch geeignete Präventionsmaßnahmen der Anteil diabetesbedingter Augenerkrankungen und die Rate neu aufgetretener Nierenerkrankungen verringert werden [9, 39, 40]. Auch kleinere Länder mit etablierten Krankheitsregistern wie beispielsweise Dänemark, Schweden oder Schottland lassen Verbesserungen in der diabetischen Versorgung erkennen [41-43]. Obwohl ähnliche Trends auch für Deutschland zu erkennen sind [20], gestaltet sich eine kontinuierliche und über die

Zeit vergleichbare Analyse des Versorgungsgeschehens aufgrund der föderalen Strukturen im deutschen Gesundheitssystem bisher schwierig.

Mit der Implementierung einer Indikatoren-gestützten Diabetes-Surveillance wäre in Deutschland erstmals eine zusammenfassende und über die Zeit vergleichbare Beurteilung der Krankheitsdynamik sowie des Präventions- und Versorgungsgeschehens zum Diabetes mellitus möglich. Durch den Aufbau einer systematischen Surveillance kann erwartet werden, dass Versorgungsstrukturen und Behandlungsansätze zukünftig regelmäßig evaluiert werden und somit ihr Nutzen besser eingeschätzt werden kann. Für die Gesundheitspolitik wird eine evidenzbasierte Datenbasis geliefert, auf deren Grundlage eine zielgerichtete Zuweisung der Mittel für eine verbesserte Versorgung und Prävention des Diabetes erfolgen kann. Entscheidend ist dabei, dass Surveillance und Gesundheitsberichterstattung zielgruppensensibel erfolgen und dass die unterschiedlichen Präventions- und Versorgungsbedarfe differenziert nach soziodemografischen und regionalen Aspekten über die Zeit dargestellt werden. Nur so kann gezielt und evidenzbasiert gesundheitspolitisch reagiert werden. Dies gilt für primärpräventive Maßnahmen zur Senkung des Diabetes-Risikos ebenso wie für die Sekundär- und Tertiärprävention, die eine Verbesserung der Diagnostik und Behandlung zur Verhinderung von Spätfolgen zum Inhalt haben. Von größter Bedeutung für den praktischen Nutzen der Surveillance-Aktivitäten ist eine enge und kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen Epidemiologie und Versorgung sowie eine starke Vernetzung mit den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern. Die

Erfahrungen im Ausland weisen zudem darauf hin, dass der Erfolg von Surveillance-Systemen entscheidend von folgenden Faktoren abhängt:

- ▶ Einigung aller beteiligten Akteure aus Forschung, Praxis und Gesundheitspolitik auf gemeinsame Ziele und Handlungskonsequenzen
- ▶ Definierte Gütekriterien für die Auswahl der Indikatoren
- ▶ Möglichkeit stratifizierter Analysen unter Berücksichtigung von soziodemografischen Variablen und regionalen Unterschieden

Die Wahrscheinlichkeit, dass Erwachsene mit Diabetes mellitus auch andere chronische Krankheiten (sog. Komorbiditäten) entwickeln, ist – wie einleitend beschrieben – sehr hoch. Der Mehrzahl der beschriebenen Begleit- oder Folgeerkrankungen liegen jedoch gemeinsame, lebensstilbedingte Risikofaktoren wie Übergewicht, körperliche Inaktivität oder das Rauchverhalten zugrunde. Daher sollen für die Diabetes-Surveillance Datengrundlagen und Indikatoren genutzt werden, die gleichzeitig Relevanz für andere nichtübertragbare Erkrankungen besitzen. In Kanada konnte bereits gezeigt werden, dass eine Diabetes-Surveillance als Basis für eine Surveillance chronischer nichtübertragbarer Erkrankungen dienen kann [44], wie es auch von der Weltgesundheitsorganisation empfohlen wird [22].

5. Fazit

Mit der Implementierung der Diabetes-Surveillance soll zukünftig eine umfangreiche und verlässliche Datenquelle für gesundheitspolitische Entscheidungen geschaffen werden. Nur wenn das Krankheits- und Versorgungsgeschehen systematisch und periodisch wiederkehrend aufbereitet und analysiert wird, können entsprechende Maßnahmen zur Reduktion des Diabetes-Risikos sowie für eine verbesserte Behandlung datenbasiert evaluiert und angepasst werden. Eine Verbesserung der regionalen und subregionalen Datenlage und der regionalisierten Gesundheitsberichterstattung ist dabei ein besonderes Anliegen. Neben der Politikberatung soll eine zeitnahe und kontinuierliche Information der Öffentlichkeit in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gewährleistet werden. Perspektivisch soll am Beispiel Diabetes mellitus eine Surveillance für nichtübertragbare Krankheiten aufgebaut werden. Auch hierbei wird ein enger internationaler Erfahrungsaustausch angestrebt.

Literatur

1. 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
2. Heidemann C, Kuhnert R, Born S et al. (2017) Prävalenz des bekannten Diabetes mellitus in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2014/2015–EHIS. *Journal of Health Monitoring* 2(1): 48–56
3. Noncommunicable Disease Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2016) Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. *The Lancet* 387(10027):1513–1530
4. Grintsova O, Maier W, Mielck A (2014) Inequalities in health care among patients with type 2 diabetes by individual socio-economic status (SES) and regional deprivation: a systematic literature review. *International Journal for Equity in Health* 13(1):43
5. Rayanagoudar G, Hashi AA, Zamora J et al. (2016) Quantification of the type 2 diabetes risk in women with gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis of 95,750 women. *Diabetologia* 59(7):1403–1411
6. Bellamy L, Casas J-P, Hingorani AD et al. (2009) Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet* 373(9677):1773–1779
7. Zaccardi F, Webb DR, Yates T et al. (2016) Pathophysiology of type 1 and type 2 diabetes mellitus: a 90-year perspective. *Postgraduate Medical Journal* 92(1084):63–69
8. Dresing K (2016) Diabetic foot syndrome. *Operative Orthopädie und Traumatologie* 28(5):321–322
9. Gregg EW, Sattar N, Ali MK (2016) The changing face of diabetes complications. *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 4(6):537–547
10. Xiong X, Saunders L, Wang F et al. (2001) Gestational diabetes mellitus: prevalence, risk factors, maternal and infant outcomes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75(3):221–228
11. Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg) (2011) Krankheitskosten. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 48. RKI, Berlin http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Krankheitskosten.pdf?__blob=publicationFile
12. Jacobs E, Hoyer A, Brinks R et al. (2017) Health Care Costs of Type 2 Diabetes in Germany. *Diabetic Medicine* (in press)
13. Köster I, Schubert I, Huppertz E (2012) Fortschreibung der KoDiM-Studie: Kosten des Diabetes mellitus 2000–2009. *Dtsch med Wochenschr* 137(19):1013–1016
14. Köster I, Huppertz E, Hauner H et al. (2014) Costs of Diabetes Mellitus (CoDiM) in Germany, Direct Per Capita Costs of Managing Hyperglycaemia and Diabetes Complications in 2010 Compared to 2001. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 122(09):510–516
15. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft (2014) Nationale VersorgungsLeitlinie: Therapie des Typ-2-Diabetes-Langfassung, 1. Auflage. Version 4, zuletzt geändert: November 2014, <http://www.leitlinien.de/nvl/diabetes/> (Stand: 08.02.2017)
16. Stock S, Drabik A, Büscher G et al. (2010) German Diabetes Management Programs Improve Quality Of Care And Curb Costs. *Health Affairs* 29(12):2197–2205
17. Fuchs S, Henschke C, Blümel M et al. (2014) Disease Management Programs for Type 2 Diabetes in Germany. *Dtsch Arztebl International* 111(26):453–463
18. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016) Entwicklung der Teilnehmerzahlen Typ-2-Diabetes, <http://www.kbv.de/html/8444.php> (Stand: 08.02.2017)
19. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (2003) Nationales Gesundheitsziel "Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln". <http://gesundheitsziele.de/> (Stand: 08.02.2017)
20. Du Y, Heidemann C, Schaffrath Rosario A et al. (2015) Changes in diabetes care indicators: findings from German National Health Interview and Examination Surveys 1997–1999 and 2008–2011. *BMJ Open Diabetes Res Care* 3(1):e000135
21. Finger JD, Busch MA, Du Y et al. (2016) Zeitliche Trends kardio-metaboler Risikofaktoren bei Erwachsenen. *Dtsch Arztebl International* 113(42):712–719
22. World Health Organization (2013) Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. WHO, Geneva
23. Kroll M, Phalkey RK, Kraas F (2015) Challenges to the surveillance of non-communicable diseases—a review of selected approaches. *BMC Public Health* 15:1243
24. Diabetes Australia (2013) A national diabetes strategy and action plan. <https://static.diabetesaustralia.com.au/s/fileassets/diabetes-australia/e549bdb8-of80-46f8-b827-35cb4fb6cd2.pdf> (Stand: 08.02.2017)

25. Public Health Agency of Canada (2005) Building a national diabetes strategy: a strategic framework. <http://www.phac-aspc.gc.ca> (Stand: 08.02.2017)
26. Diabetes in Scotland (2014) Diabetes Improvement Plan. http://diabetesinscotland.org.uk/Publications/Diabetes_Improvement_Plan_2014.PDF (Stand: 08.02.2017)
27. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2017) United States Diabetes Surveillance System. <https://www.cdc.gov/diabetes/data/> (Stand: 08.02.2017)
28. United Nations. Department of Economic (2007) Indicators of sustainable development: Guidelines and methodologies. United Nations Publications, New York
29. World Health Organization (2015) Global reference list of 100 core health indicators, 2015. World Health Organization, Geneva
30. Carinci F, Van Gool K, Mainz J et al. (2015) Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. *International Journal for Quality in Health Care* 27(2):137-146
31. Kilpeläinen K, Aromaa A, the ECHIM Core Group (Editors) (2008) European Health Indicators: Development and Initial Implementation. Final Report of the ECHIM Project. Publications of the National Public Health Institute, Helsinki
32. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2017) Informationssystem Versorgungsdaten. <https://www.dimdi.de/static/de/versorgungsdaten/index.htm> (Stand: 08.02.2017)
33. Robert Koch-Institut (2016) Wissenschaftlicher Beirat Diabetes Surveillance. http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/WissBeirat_DiabSurv/WissBeirat_DiabSurv_node.html (Stand: 09.02.2017)
34. Arah OA, Westert GP, Hurst J et al. (2006) A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal for Quality in Health Care* 18(suppl 1):5-13
35. Teti A, Gabrys L, Ziese T et al. (submitted) Proceedings of the International Workshop "Development of a National Diabetes Surveillance System in Germany-Core Indicators and Conceptual Framework". *BMC Proceedings*
36. Linstone HA, Turoff M (1975) The Delphi method: techniques and applications. Addison-Wesley Pub. Co., Advanced Book Program, Boston
37. Vorgrimler D, Wübben D (2003) Die Delphi-Methode und ihre Eignung als Prognoseinstrument. *Wirtschaft und Statistik* 8(2003):763-774
38. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) (2015) Health at a Glance 2015: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris
39. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2011) Diabetes: successes and opportunities for population-based prevention and control: at a glance 2011, USDHHS, Atlanta
40. Ali MK, Bullard KM, Saaddine JB et al. (2013) Achievement of goals in U.S. diabetes care, 1999–2010. *N Engl J Med* 368(17):1613-1624
41. Eliasson B, Gudbjornsdottir S (2014) Diabetes care-improvement through measurement. *Diabetes Res Clin Pract* 106 Suppl 2:S291-294
42. Scottish Diabetes Survey Monitoring Group (2015) Scottish Diabetes Survey 2015. <http://diabetesinscotland.org.uk/Publications/SDS2015.pdf> (Stand: 09.02.2017)
43. Green A, Sortso C, Jensen PB et al. (2015) Incidence, morbidity, mortality, and prevalence of diabetes in Denmark, 2000–2011: results from the Diabetes Impact Study 2013. *Clin Epidemiol* 7:421-430
44. Public Health Agency of Canada (2015) The Canadian Diabetes Strategy: History, Evolution, Moving Forward. http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/strategy_funding-strategie_finance-eng.php (Stand: 09.02.2017)
45. World Health Organization (Europe), International Diabetes Federation (Europe) (1990) Diabetes Care and Research in Europe: The Saint Vincent Declaration. *Diabet Med* 7(4):360
46. Swart E, Ihle P, Gothe H et al. (Hrsg) (2014) Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Verlag Hans Huber, Bern
47. Ebrahim S (2011) Surveillance and monitoring: a vital investment for the changing burdens of disease. *Int J Epidemiol* 40(5):1139-1143
48. Christensen J (2001) Epidemiological Concepts Regarding Disease Monitoring and Surveillance. *Acta Veterinaria Scandinavica* 42(1):S11

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen und Autoren

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

Korrespondenzadresse

Dr. Lars Gabrys

Robert Koch-Institut

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

General-Pape-Str. 62–66

12101 Berlin

E-Mail: GabrysL@rki.de

Interessenkonflikt

Der korrespondierende Autor gibt für sich und die Koautorinnen und Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Herausgeber

Robert Koch-Institut

Nordufer 20

13353 Berlin

Redaktion

Dr. Franziska Prütz, Martina Rabenberg,

Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,

Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese

Robert Koch-Institut

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

General-Pape-Str. 62–66

12101 Berlin

Tel.: 030-18 754-3400

E-Mail: healthmonitoring@rki.de

www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise

Gabrys L, Schmidt C, Heidemann C et al. (2017)

Diabetes-Surveillance in Deutschland – Hintergrund,

Konzept, Ausblick. Journal of Health Monitoring 2(1):

91–104. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-006

ISSN 2511-2708



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



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



MÄRZ 2017
AUSGABE 7

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Journal of Health Monitoring

Supplement

Fragebogen zur Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“
GEDA 2014/2015-EHIS

Der Fragebogen darf zu wissenschaftlichen Zwecken und zum Eigengebrauch zitiert, kopiert, abgespeichert, ausgedruckt und weitergegeben werden. Jede kommerzielle Nutzung, auch von Teilen und Auszügen, ist ohne vorherige schriftliche Zustimmung des Robert Koch-Institutes untersagt. Bei Publikationen geben Sie bitte an, dass es sich (teilweise) um Fragen aus dem Fragebogen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2014/2015-EHIS) des Robert Koch-Instituts handelt.

Angaben zur Person

1 Sind Sie männlich oder weiblich?

- Männlich Weiblich

2 Wann sind Sie geboren?

Bitte geben Sie den Monat und das Jahr an, in dem Sie geboren sind.

Monat Geburtsjahr

Männer Bitte weiter mit Frage 4

3 Frauen: Sind Sie derzeit schwanger?

- Ja Nein

Gesundheitszustand

4 Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?

- Sehr gut Gut Mittelmäßig Schlecht Sehr Schlecht

5 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.

- Ja Nein

6 Sind Sie dauerhaft durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?

- Ja Nein Bitte weiter mit Frage 7



Wie stark sind Sie bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?

- Stark eingeschränkt Mäßig eingeschränkt

Wie lange dauern Ihre Einschränkungen bereits an?

- Weniger als 6 Monate 6 Monate oder länger

Krankheiten und Beschwerden

7 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden? Wurde eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden jemals ärztlich diagnostiziert?

Bitte machen Sie in jeder Zeile zwei Kreuze.

Beispiel:

Innerhalb der letzten 12 Monate? Jemals ärztlich diagnostiziert?

Ja Nein Ja Nein

Beschwerden im unteren Rücken oder sonstige chronische Rückenleiden

-

Ihre Angaben:

Innerhalb der letzten 12 Monate? Jemals ärztlich diagnostiziert?

Ja Nein Ja Nein

Asthma, einschließlich allergischem Asthma

-

Chronische Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Lungenemphysem

-

Herzinfarkt

-

Chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarktes

-

Koronare Herzerkrankung oder Angina Pectoris

-

Schlaganfall

-

Chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls

-

Herzmuskelschwäche/Herzinsuffizienz

-

Arthrose

-

Arthritis

-

Osteoporose

-

Beschwerden im unteren Rücken oder sonstige chronische Rückenleiden

-

Beschwerden im Nacken oder sonstige chronische Beschwerden an der Halswirbelsäule

-

7 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden? Wurde eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden jemals ärztlich diagnostiziert?
Bitte machen Sie in jeder Zeile zwei Kreuze.

	Innerhalb der letzten 12 Monate?		Jemals ärztlich diagnostiziert?	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Zuckerkrankheit/Diabetes (kein Schwangerschaftsdiabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien, wie Heuschnupfen, allergische Reaktionen der Augen oder der Haut, Lebensmittelallergien oder andere Allergien (kein allergisches Asthma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leberzirrhose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere chronische Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Harninkontinenz, Probleme die Blase zu kontrollieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Nierenprobleme oder Nierenversagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Bluthochdruck bzw. Hypertonie?

Ja Nein

9 Wurde bei Ihnen jemals Bluthochdruck von einem Arzt diagnostiziert?

Ja Nein

10 Nehmen Sie derzeit blutdrucksenkende Mittel ein?

Ja Nein

11 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten erhöhte Blutfette oder erhöhte Cholesterinwerte?

Ja Nein

12 Wurden bei Ihnen jemals erhöhte Blutfette oder erhöhte Cholesterinwerte von einem Arzt festgestellt?

Ja Nein

13 Nehmen Sie derzeit Medikamente gegen erhöhtes Cholesterin ein?

Ja Nein

Wenn bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Zuckerkrankheit oder Diabetes festgestellt wurde, bitte die folgenden Fragen zur Behandlung ausfüllen.
Wenn nicht  Bitte weiter mit Frage 32
Die folgenden Fragen nur für Diabetiker/innen.

14 Wie alt waren Sie, als die Zuckerkrankheit erstmals diagnostiziert wurde oder in welchem Jahr ist die Zuckerkrankheit erstmals diagnostiziert worden?
Bitte nur eine Angabe machen.

Im Alter von Jahren diagnostiziert oder
im Jahr diagnostiziert worden.

15 Frauen: Waren Sie zum Zeitpunkt der Diagnose schwanger?

Ja Nein

16 Wie wurden Sie unmittelbar nach der Diagnosestellung behandelt?

	Ja	Nein
Durch Insulin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Tabletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch Diät oder besondere Ernährung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch körperliche Aktivität oder Sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keine Behandlung	<input type="radio"/>	

17 Wie wird die Zuckerkrankheit zurzeit behandelt?

	Ja	Nein
Durch Insulin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Tabletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch Diät oder besondere Ernährung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch körperliche Aktivität oder Sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keine Behandlung	<input type="radio"/>	

18 Haben Sie jemals an einer Diabetiker-Schulung teilgenommen?

Ja Nein

19 Haben Sie wegen Ihrer Diabetes-Erkrankung zurzeit einen Diätplan?

Ja Nein

20 Führen Sie zurzeit ein Diabetes-Tagebuch?

Ja Nein

21 Haben Sie jemals einen persönlichen Diabetes-Gesundheitspass besessen?

Ja Nein  Bitte weiter mit Frage 23

22 Wurde bzw. wird dieser Pass regelmäßig von Ihnen oder Ihrem behandelnden Arzt ausgefüllt?

Ja Nein

23 Machen Sie - oder Angehörige für Sie - Blutzucker-Selbstkontrollen?
 Dabei entnehmen Sie oder ein Angehöriger eine geringe Menge Blut aus Finger oder Ohrläppchen und bestimmen mit einem Messgerät den Blutzucker.

Ja Nein



Wie oft kontrollieren Sie Ihren Blutzucker selbst?
 Bitte nur eine Angabe machen.

Täglich/mehrmals täglich

Anzahl der Tage pro Woche

Mal pro Monat

24 Wie oft untersuchen Sie Ihre Füße auf Druckstellen oder offene Stellen?
 Bitte nur eine Angabe machen.

Täglich/mehrmals täglich

Mal pro Woche

Mal pro Monat

Gar nicht

25 Wie oft wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monaten das HbA1c, also das Hämoglobin A1c bestimmt?
 Der Blutwert HbA1c ist ein bestimmter Wert für die Verlaufskontrolle des Diabetes.

Mal in den letzten 12 Monaten Gar nicht

26 Wie oft wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monaten der Augenhintergrund durch einen Augenarzt (mit Weitropfen der Pupille) untersucht?

Mal in den letzten 12 Monaten Gar nicht

27 Wie oft wurden bei Ihnen in den letzten 12 Monaten Ihre Füße von einem Arzt/medizinischen Fachpersonal untersucht?

Mal in den letzten 12 Monaten Gar nicht

28 Im Folgenden geht es um Komplikationen, die bei der Zuckerkrankheit auftreten können. Haben oder hatten Sie jemals ...

	Ja	Nein
... eine diabetesbedingte Nierenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... eine Dialyse wegen diabetesbedingter Nierenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... eine Nierentransplantation wegen Diabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... eine diabetesbedingte Augenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... eine diabetesbedingte Erblindung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ein diabetesbedingtes Nervenleiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... einen diabetischen Fuß?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Amputationen wegen Diabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Und zwar ...
 Mehrfachnennungen möglich.

Zehen Fuß Unterschenkel Oberschenkel

29 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine akute Unterzuckerung?

- Ja Nein



Hat eine solche Unterzuckerung in den letzten 12 Monaten zu einer ärztlichen Behandlung geführt, wie z.B. Klinikaufnahme, notärztliche Behandlung oder ärztliche Inanspruchnahme?

- Ja Nein

30 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine akute Überzuckerung?

- Ja Nein



Hat eine solche Überzuckerung in den letzten 12 Monaten zu einer ärztlichen Behandlung geführt, wie z.B. Klinikaufnahme, notärztliche Behandlung oder ärztliche Inanspruchnahme?

- Ja Nein

31 Ist oder war ...

	Ja	Nein	Weiß nicht
... Ihr leiblicher Vater zuckerkrank?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihre leibliche Mutter zuckerkrank?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Unfälle und Verletzungen

32 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Verletzung aufgrund einer der folgenden Unfälle?

Auch gemeint sind Verletzungen verursacht durch Vergiftungen, durch Tiere oder Insekten. Nicht gemeint sind willentliche Verletzungen durch andere Personen.

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Ja	Nein
Verkehrsunfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unfall zu Hause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unfall in der Freizeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Sie in den letzten 12 Monaten keinen der genannten Unfälle hatten Bitte weiter mit Frage 34

33 Mussten Sie infolge dieses Unfalls oder dieser Unfälle medizinisch versorgt werden?

Wenn Sie mehr als einen Unfall hatten, bezieht sich die Frage auf den schwerwiegendsten der Unfälle, also auf den Unfall, für den die umfassendste medizinische Versorgung benötigt wurde.

- Ja, ich wurde in ein Krankenhaus oder sonstige medizinische Einrichtung eingewiesen und musste über Nacht bleiben
- Ja, ich wurde in ein Krankenhaus oder sonstige medizinische Einrichtung eingewiesen und musste aber nicht über Nacht bleiben
- Ja, ich wurde von einem Arzt oder Krankenpfleger versorgt
- Es war keine medizinische Versorgung erforderlich

34 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Verletzung aufgrund eines Arbeitsunfalls?

Wegeunfälle sind hier nicht gemeint.

- Ja Nein



Mussten Sie infolge dieses Arbeitsunfalls medizinisch versorgt werden?

- Ja Nein

Krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit/Behinderung

Wenn Sie nicht erwerbstätig sind Bitte weiter mit Frage 36

35 Wenn Sie erwerbstätig sind, kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass Sie krankheitsbedingt nicht zur Arbeit gehen konnten?

Bitte berücksichtigen Sie alle Krankheiten, Verletzungen und sonstige gesundheitliche Beschwerden, wegen derer Sie nicht arbeiten konnten.

- Ja Nein



Wie viele Tage haben Sie in den letzten 12 Monaten insgesamt krankheitsbedingt bei der Arbeit gefehlt?

Tage

36 Haben Sie eine Behinderung, die vom Versorgungsamt amtlich anerkannt ist?

- Ja Nein



Welcher Grad der Behinderung ist bei Ihnen amtlich anerkannt?

Grad der Behinderung %

Gesundheitliche Beeinträchtigungen

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre Fähigkeit, verschiedene grundlegende Aktivitäten auszuführen.

➔ Bitte lassen Sie alle vorübergehenden Probleme außer Acht.

37 Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?

- Ja
- Nein
- Ich bin stark sehbehindert oder kann nicht sehen ➔ Bitte weiter mit Frage 39

38 Haben Sie Schwierigkeiten beim Sehen, selbst wenn Sie eine Brille oder Kontaktlinsen tragen?

- Keine Schwierigkeiten
- Einige Schwierigkeiten
- Große Schwierigkeiten
- Es ist mir gar nicht möglich/Ich bin dazu nicht in der Lage

39 Tragen Sie ein Hörgerät?

- Ja
- Nein
- Ich bin hochgradig schwerhörig oder gehörlos ➔ Bitte weiter mit Frage 42

40 Haben Sie Schwierigkeiten zu hören, was in einem Gespräch mit einer anderen Person in einem ruhigen Raum gesagt wird, selbst wenn Sie ein Hörgerät tragen?

- Keine Schwierigkeiten
- Einige Schwierigkeiten
- Große Schwierigkeiten
- Es ist mir gar nicht möglich/Ich bin dazu nicht in der Lage ➔ Bitte weiter mit Frage 42

41 Haben Sie Schwierigkeiten zu hören, was in einem Gespräch mit einer anderen Person in einem lauterem Raum gesagt wird, selbst wenn Sie ein Hörgerät tragen?

- Keine Schwierigkeiten
- Einige Schwierigkeiten
- Große Schwierigkeiten
- Es ist mir gar nicht möglich/Ich bin dazu nicht in der Lage

42 Haben Sie Schwierigkeiten einen halben Kilometer (500 Meter) auf ebenem Gelände ohne Gehhilfe zu gehen?

Das entspricht in etwa der Länge von fünf Fußballfeldern.

- Keine Schwierigkeiten
- Einige Schwierigkeiten
- Große Schwierigkeiten
- Es ist mir gar nicht möglich/Ich bin dazu nicht in der Lage

43 Haben Sie Schwierigkeiten eine Treppe mit 12 Stufen hinauf- oder hinabzusteigen?

- Keine Schwierigkeiten
- Einige Schwierigkeiten
- Große Schwierigkeiten
- Es ist mir gar nicht möglich/Ich bin dazu nicht in der Lage

Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Körperpflege und weiteren persönlichen Bedürfnissen

Wenn Sie jünger als 65 Jahre sind ➔ Bitte weiter mit Frage 48

44 Wenn Sie 65 Jahre oder älter sind, denken Sie jetzt bitte an Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Körperpflege und weiteren persönlichen Bedürfnissen.

➔ Bitte lassen Sie alle vorübergehenden Probleme außer Acht.

Haben Sie normalerweise Schwierigkeiten, eine dieser Tätigkeiten ohne Hilfe auszuführen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Keine Schwierigkeiten	Einige Schwierigkeiten	Große Schwierigkeiten	Es ist mir nicht möglich/Ich bin dazu nicht in der Lage
Essen oder Trinken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich von einem Bett oder Stuhl erheben oder sich darauf niederlassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An- und Ausziehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toilettenbenutzung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baden oder Duschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Sie alle diese Tätigkeiten ohne Schwierigkeiten ausführen können

➔ Bitte weiter mit Frage 46

45 Denken Sie bitte an alle Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Körperpflege und weiteren persönlichen Bedürfnissen, bei denen Sie Schwierigkeiten haben, sie ohne Hilfe auszuführen.

Haben Sie normalerweise Hilfe bei diesen Tätigkeiten?

- Ja, bei mindestens einer Tätigkeit  **Benötigen Sie mehr Hilfe?**
 Ja, bei mindestens einer Tätigkeit
 Nein
- Nein  **Benötigen Sie Hilfe?**
 Ja, bei mindestens einer Tätigkeit
 Nein

Haushaltstätigkeiten

46 Wenn Sie 65 Jahre oder älter sind, denken Sie nun an Tätigkeiten bei der Erledigung des Haushalts.

☞ Bitte lassen Sie alle vorübergehenden Probleme außer Acht.

Haben Sie normalerweise Schwierigkeiten, eine dieser Tätigkeiten ohne Hilfe auszuführen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Keine Schwierigkeiten	Einige Schwierigkeiten	Große Schwierigkeiten	Es ist mir nicht möglich/Ich bin dazu nicht in der Lage	Nicht zutreffend (habe ich nie versucht bzw. getan)
Mahlzeiten zubereiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Telefon benutzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einkäufe erledigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamenteneinnahme organisieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leichte Hausarbeit erledigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisation finanzieller und alltäglicher Verwaltungsangelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Sie alle diese Tätigkeiten ohne Schwierigkeiten ausführen können

 Bitte weiter mit Frage 48

47 Denken Sie bitte an alle Tätigkeiten im Haushalt, bei denen Sie Schwierigkeiten haben, sie ohne Hilfe auszuführen.

Haben Sie normalerweise Hilfe bei diesen Tätigkeiten?

- Ja, bei mindestens einer Tätigkeit  **Benötigen Sie mehr Hilfe?**
 Ja, bei mindestens einer Tätigkeit
 Nein
- Nein  **Benötigen Sie Hilfe?**
 Ja, bei mindestens einer Tätigkeit
 Nein

Schmerzen

Bei den folgenden Fragen geht es um körperliche Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen.

48 Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

- Keine Schmerzen
- Sehr leicht
- Leicht
- Mäßig
- Stark
- Sehr stark

49 Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

- Überhaupt nicht
- Etwas
- Mäßig
- Ziemlich
- Sehr

Psychische Gesundheit

Die folgenden Fragen befassen sich mit Ihrem seelischen Befinden und Ihrer Stimmungslage in den letzten 2 Wochen.

50 Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Krankenhausaufenthalt: stationär oder als Tagespatient

In den nächsten Fragen geht es um Krankenhausaufenthalte. Bitte beziehen Sie alle Arten von Krankenhäusern ein. Nicht gemeint sind Krankenhausaufenthalte wegen einer Entbindung.

51 Haben Sie in den letzten 12 Monaten als stationärer Patient, das heißt über Nacht oder länger, im Krankenhaus gelegen?

Nicht gemeint sind Aufenthalte in Notfallstationen oder als ambulanter Patient ohne Übernachtung.

Ja Nein



Wie viele Nächte haben Sie insgesamt in den letzten 12 Monaten als stationärer Patient im Krankenhaus gelegen?

Anzahl der Nächte im Krankenhaus

52 Wurden Sie in den letzten 12 Monaten als Tagespatient in ein Krankenhaus aufgenommen?

Damit gemeint sind Aufnahmen in ein Krankenhaus für Untersuchungen, Behandlungen oder andere medizinische Maßnahmen ohne Übernachtung mit Entlassung am selben Tag.

Ja Nein



Wie oft wurden Sie in den letzten 12 Monaten als Tagespatient in ein Krankenhaus aufgenommen?

Anzahl der Aufnahmen in ein Krankenhaus

Inanspruchnahme ambulanter Gesundheitsversorgung und häuslicher Pflege

53 Wann waren Sie zuletzt bei einem Zahnarzt, Kieferorthopäden oder einem anderen zahnmedizinischen Spezialisten, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

- Vor weniger als 6 Monaten
- Vor 6 bis weniger als 12 Monaten
- Vor 12 Monaten oder länger
- Nie

54 Wann haben Sie zuletzt einen Allgemeinmediziner oder Hausarzt konsultiert, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Bitte beziehen Sie Besuche in der Praxis, Hausbesuche und Beratungen am Telefon mit ein.

Vor weniger als 12 Monaten Vor 12 Monaten oder länger Nie



Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen einen Allgemeinmediziner oder Hausarzt konsultiert, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Anzahl der Konsultationen in den letzten 4 Wochen



Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Allgemeinmediziner oder Hausarzt konsultiert, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Anzahl der Konsultationen in den letzten 12 Monaten

55 In der nächsten Frage geht es um ambulante Untersuchungen und Behandlungen bei Fachärzten.

Nicht gemeint sind Besuche beim Zahnarzt.

Wann waren Sie zuletzt bei einem Facharzt, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Vor weniger als 12 Monaten Vor 12 Monaten oder länger Nie



Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen bei einem Facharzt, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Anzahl der Konsultationen in den letzten 4 Wochen



Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Facharzt, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Anzahl der Konsultationen in den letzten 12 Monaten

56 Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Physiotherapeuten, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Ja Nein

57 Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Psychologen, Psychotherapeuten oder Psychiater, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Ja Nein

58 In der nächsten Frage geht es um die Inanspruchnahme von häuslichen Pflegediensten und sozialen Hilfsdiensten. Damit gemeint sind beispielsweise die häusliche Pflege durch Pflegekräfte oder Hebammen, Haushaltshilfen für die Hausarbeit oder für ältere Menschen, Essen auf Rädern oder Fahrdienste.

☞ Bitte beziehen Sie nur Leistungen von professionellen Pflegediensten und sozialen Hilfsdiensten ein.

Haben Sie in den letzten 12 Monaten für sich selbst häusliche Pflegedienste oder soziale Hilfsdienste in Anspruch genommen?

Ja Nein

Einnahme von Medikamenten

59 Haben Sie in den letzten 2 Wochen Medikamente eingenommen, die Ihnen von einem Arzt verschrieben wurden?

Nicht gemeint sind die Pille oder andere Hormonpräparate zur Empfängnisverhütung.

Ja Nein

60 Haben Sie in den letzten 2 Wochen Medikamente, pflanzliche Heilmittel oder Vitamine eingenommen, die Ihnen nicht von einem Arzt verschrieben wurden?

Nicht gemeint sind die Pille oder andere Hormonpräparate zur Empfängnisverhütung.

Ja Nein

Inanspruchnahme von Impfungen und Gesundheitsdienstleistungen

61 Wann wurden Sie zuletzt gegen Grippe geimpft?

Monat Jahr

Es ist zu lange her (Keine Impfung im vergangenen Jahr)

Noch nie ☞ Bitte weiter mit Frage 65

62 Haben Sie sich zur Wintersaison 2014/2015 gegen Grippe impfen lassen?

Ja Nein

63 Haben Sie sich zur Wintersaison 2013/2014 gegen Grippe impfen lassen?

Ja Nein

64 Wie häufig haben Sie sich in den letzten fünf Wintersaisons gegen Grippe impfen lassen?

Gar nicht 1-2 Mal 3-4 Mal 5 Mal

65 Sind Sie jemals gegen Wundstarrkrampf, auch Tetanus genannt, geimpft worden?
Denken Sie auch daran, dass häufig im Rahmen einer Verletzung, die in der ersten Hilfe behandelt wird, gegen Tetanus geimpft wird.

- Ja Nein Weiß nicht
↓

66 Wie lange liegt Ihre letzte Tetanusimpfung zurück?

- Weniger als 10 Jahre 10 Jahre oder länger Weiß nicht

67 Wenn Sie sich nie oder nicht in den letzten 10 Jahren gegen Tetanus haben impfen lassen, bitte geben Sie hier die Gründe an.
Mehrfachnennungen möglich.

- Die Erkrankung ist nicht gefährlich
 Freunde, Bekannte oder Familienangehörige haben mir davon abgeraten
 Mein Arzt hat mir davon abgeraten
 Mir ist nicht bekannt, dass ich mich impfen lassen sollte
 Ich habe Angst vor Nebenwirkungen
 Die Impfung ist nicht wirksam
 Ich bin generell gegen Impfungen
 Religiöse Gründe
 Ich habe bisher noch nicht darüber nachgedacht
 Organisatorisch zu aufwändig (z.B. wegen Arzttermin, Wartezeit)
 Ich habe es immer vorgehabt, aber nicht geschafft
 Gesundheitliche Gründe haben mich daran gehindert

68 Sind Sie jemals gegen Keuchhusten geimpft worden?

- Ja Nein Weiß nicht
↓

69 Wie lange liegt Ihre letzte Keuchhustenimpfung zurück?

- Weniger als 10 Jahre 10 Jahre oder länger Weiß nicht

Bitte beantworten Sie die Fragen 70-73 nur, wenn Sie **nach 1970** geboren wurden.

70 Sind Sie jemals gegen Masern geimpft worden?

- Ja Nein Weiß nicht
↓ } Bitte weiter mit Frage 73

71 Wie oft wurden Sie gegen Masern geimpft?

- 1 Mal 2 Mal oder öfter

72 Wurden Sie seit 2010 gegen Masern geimpft?

- Ja Nein

73 Alle nach 1970 geborenen Erwachsenen, die nicht oder nur einmal gegen Masern geimpft sind oder die ihren Impfstatus nicht kennen, sollten sich gegen Masern impfen lassen.
Wussten Sie bereits von dieser Empfehlung?

- Ja Nein

74 Sind Sie jemals gegen Pneumokokken (Erreger der Lungenentzündung) geimpft worden?

- Ja Nein Weiß nicht
↓

In welchem Jahr wurden Sie erstmalig gegen Pneumokokken geimpft?

Im Jahr

75 Auf einer Skala von 0-6: Wie sehr stimmen Sie der Aussage zu "Impfungen sind wichtig für die Gesundheit von Kindern"?

"0" Stimme nicht zu "6" Stimme voll zu

76 Auf einer Skala von 0-6: Wie sehr stimmen Sie der Aussage zu "Die aktuell verfügbaren Impfungen für Kinder sind sicher"?

"0" Stimme nicht zu "6" Stimme voll zu

77 Wie ist Ihre generelle Einstellung zum Impfen?

- Empfohlene Impfungen nehme ich in der Regel wahr
- Einzelne empfohlene Impfungen habe ich nicht durchführen lassen, lehne sie aber auch nicht ab
- Ich lehne Impfungen grundsätzlich ab
- Ich lehne einzelne Impfungen bewusst für mich ab

78 Welche Impfungen lehnen Sie bewusst für sich ab?

Mehrfachnennungen möglich.

- Wundstarrkrampf (Tetanus)
- Keuchhusten (Pertussis)
- Grippe (saisonale Influenza)
- Masern
- Andere
- Ich lehne keine der genannten Impfungen grundsätzlich ab.

79 Wann wurde zuletzt von medizinischem Fachpersonal ...

	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
... Ihr Blutdruck gemessen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihre Blutfettwerte/ Cholesterinwerte bestimmt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihr Blutzucker gemessen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

80 Wann wurde bei Ihnen zuletzt ein Test auf verstecktes Blut im Stuhl durchgeführt?

- 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

81 Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine Darmspiegelung/Koloskopie durchgeführt?

- 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

Männer  Bitte weiter mit Frage 85

82 Frauen: Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine Mammografie durchgeführt?

- 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

83 Was war der Grund für die letzte Mammografie?

- Einladung im Rahmen des nationalen Screeningprogramms
- Andere Gründe, z.B. Überweisung durch den Frauenarzt

84 Wann wurde bei Ihnen zuletzt ein Gebärmutterhalsabstrich/Pap-Test durchgeführt?

- 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

Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen

85 Hat sich bei Ihnen in den letzten 12 Monaten eine Untersuchung oder Behandlung verzögert, weil Sie zu lange auf einen Termin warten mussten?

- Ja
- Nein
- Kein Bedarf an Untersuchung oder Behandlung

86 Hat sich bei Ihnen in den letzten 12 Monaten eine Untersuchung oder Behandlung verzögert, weil die Entfernung zu weit war oder es Probleme gab, dorthin zu kommen?

- Ja
- Nein
- Kein Bedarf an Untersuchung oder Behandlung

87 Kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass Sie eine Untersuchung oder Behandlung benötigt hätten, Sie sich diese aber nicht leisten konnten?

	Ja	Nein	Kein Bedarf
Ärztliche Untersuchung oder Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnärztliche oder kieferorthopädische Untersuchung oder Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verordnete Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Untersuchung oder Behandlung psychischer Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Suchterkrankungen im sozialen Umfeld

88 Haben Sie einen Angehörigen, bei dem eine Suchterkrankung (außer Tabak) vorliegt?

- Ja, Problem bestand auch im letzten Jahr
- Ja, aber Problem seit mehr als 12 Monaten überwunden.
- Nein Bitte weiter mit Frage 91

89 Um welche Suchtform handelt es sich?

Mehrfachnennungen möglich.

- Alkohol
- Cannabis
- andere illegale Drogen
- Medikamente
- Glücksspiel
- Sonstiges

90 In welchem Verhältnis stehen Sie zu dem/der bzw. den Betroffenen?

Mehrfachnennungen möglich.

- Partner/in
- Elternteil
- Kind
- Geschwister
- andere Beziehung

Körpergröße und Körpergewicht

91 Wie groß sind Sie, wenn Sie keine Schuhe tragen?

Bitte geben Sie Ihre Körpergröße in cm an.

cm

92 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.

kg

Körperliche Bewegung bei der Arbeit, zur Fortbewegung und in der Freizeit

Jetzt geht es darum, wie viel Sie sich in einer typischen Woche in verschiedenen Bereichen körperlich betätigen.

- 93 ☞ Denken Sie zuerst an die Zeit, in der Sie arbeiten.
- ☞ Denken Sie bei "arbeiten" an Dinge, die Sie tun müssen, wie beispielsweise bezahlte und unbezahlte Arbeit, Arbeiten rund um Ihr Zuhause, Kinderbetreuung, Pflege von Angehörigen, Schule oder Studium.
- ☞ Beziehen Sie Ihre Angaben auf die Haupttätigkeit. Wenn Sie mehrere Tätigkeiten ausüben, schließen Sie alle mit ein.

Wenn Sie arbeiten, welche der folgenden Antwortmöglichkeiten beschreibt am besten, was Sie tun?

Bitte nur eine Antwortmöglichkeit ankreuzen.

- Vorwiegend sitzen oder stehen

Tätigkeiten von leichter körperlicher Anstrengung

Zum Beispiel leichte Büroarbeit, Lesen, Schreiben, Zeichnen, am Computer arbeiten, Sprechen oder Telefonieren, Lernen oder Studieren, Auto- oder Lastwagenfahren, Unterrichten, Nähen, Haare schneiden oder frisieren, Backwaren verkaufen oder Verkehr regeln

- Vorwiegend gehen oder mäßig anstrengende körperliche Tätigkeiten

Tätigkeiten von mäßiger körperlicher Anstrengung

Zum Beispiel Post austragen, Tragen von leichten Gegenständen, Rasen und Garten bewässern, Elektriker- oder Klempnerarbeiten, Auto-Reparaturarbeiten, Arbeiten an Werkzeugmaschinen, Bohren, Malerarbeiten, Krankenpflege, Hausarbeiten von mäßiger körperlicher Anstrengung, Putzen, Staubsaugen, Einkaufen oder mit Kindern spielen

- Vorwiegend schwere körperliche Arbeit oder körperlich beanspruchende Tätigkeiten

Tätigkeiten von schwerer körperlicher Anstrengung

Zum Beispiel Bedienen von schweren angetriebenen Werkzeugen, Bauarbeiten, Bergbau, Tragen von schweren Lasten, Be- und Entladearbeiten, Holzhacken und -stapeln, Land freilegen, Gartenbau, Schaufeln oder Graben

- Ich führe keine arbeitsbezogenen Tätigkeiten aus

- 94 ☞ Schließen Sie bei der Beantwortung der nächsten Fragen die arbeitsbezogenen körperlichen Aktivitäten aus, die Sie bereits genannt haben.

- ☞ Denken Sie nun daran, wie Sie sich üblicherweise von Ort zu Ort fortbewegen. Zum Beispiel zur Arbeit, zur Uni, zur Schule oder zum Einkaufen.

An wie vielen Tagen in einer typischen Woche gehen Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung zu Fuß, um von Ort zu Ort zu gelangen?

Tage pro Woche

- Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche ➔ Bitte weiter mit Frage 96

- 95 Wie lange gehen Sie an einem typischen Tag zu Fuß, um von Ort zu Ort zu gelangen?

- 10 - 29 Minuten pro Tag
- 30 - 59 Minuten pro Tag
- 1 Stunde bis unter 2 Stunden pro Tag
- 2 Stunden bis unter 3 Stunden pro Tag
- 3 Stunden pro Tag oder mehr

- 96 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?

Tage pro Woche

- Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche ➔ Bitte weiter mit Frage 98

- 97 Wie lange fahren Sie an einem typischen Tag mit dem Fahrrad, um von Ort zu Ort zu gelangen?

- 10 - 29 Minuten pro Tag
- 30 - 59 Minuten pro Tag
- 1 Stunde bis unter 2 Stunden pro Tag
- 2 Stunden bis unter 3 Stunden pro Tag
- 3 Stunden pro Tag oder mehr

- 98** ➔ Schließen Sie bei der Beantwortung der nächsten Frage die körperliche Aktivität bei der Arbeit und um von Ort zu Ort zu gelangen aus, die Sie bereits genannt haben.
- ➔ Denken Sie bei den folgenden Fragen an Sport, Fitness und körperliche Aktivität in der Freizeit, welche mindestens zu einem leichten Anstieg der Atem- oder Herzfrequenz führen. Zum Beispiel (Nordic-)Walking, Ballsport, Joggen, Fahrradfahren, Schwimmen, Aerobic, Rudern oder Badminton.

An wie vielen Tagen in einer typischen Woche üben Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung Sport, Fitness oder körperliche Aktivität in der Freizeit aus?

Tage pro Woche

Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche ➔ Bitte weiter mit Frage 100

- 99** Wie viel Zeit verbringen Sie insgesamt in einer typischen Woche mit Sport, Fitness oder körperlicher Aktivität in der Freizeit?

: pro Woche
Stunden Minuten

- 100** An wie vielen Tagen in einer typischen Woche üben Sie körperliche Aktivitäten aus, die speziell für den Aufbau oder die Kräftigung der Muskulatur gedacht sind?

Zum Beispiel Krafttraining oder Kräftigungsübungen (mit Gewichten, Thera-Band, eigenem Körpergewicht), Kniebeugen, Liegestützen oder Sit-ups.

➔ Geben Sie hier alle Aktivitäten dieser Art an, selbst wenn Sie sie vorher bereits mit einbezogen haben.

Tage pro Woche

Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche

- 101** Wir haben Sie bereits zur Häufigkeit und Dauer Ihrer körperlichen und sportlichen Aktivität in der Freizeit in einer typischen Woche gefragt.

Wie viele Monate sind Sie schon derart aktiv bzw. inaktiv?

Weniger als 6 Monate 6 Monate oder mehr

- 102** Haben Sie vor, häufiger als bisher körperlich aktiv zu sein?

Ja Nein ➔ Bitte weiter mit Frage 104

- 103** Wann wollen Sie beginnen, häufiger als bisher körperlich aktiv zu sein?

In den nächsten ...

30 Tagen Monaten

- 104** Warum treiben Sie Sport oder betätigen sich körperlich?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
Um Gutes für die Gesundheit zu tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um dem Altern entgegen zu wirken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um Spaß zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um mich zu entspannen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um attraktiver auszusehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um mit Freunden zusammen zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um durch Laufen oder Fahrradfahren Geld zu sparen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um meine körperliche Leistungsfähigkeit zu verbessern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um mein Gewicht zu kontrollieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um mein Selbstwertgefühl zu steigern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um sitzende Tätigkeiten auszugleichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich treibe keinen Sport und bin nicht körperlich aktiv

- 105** Welches sind die Hauptgründe, die Sie zurzeit davon abhalten, regelmäßiger Sport zu treiben oder sich körperlich zu betätigen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
Ich habe nicht genug Zeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es ist zu teuer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Wohnumgebung ist nicht fußgänger- oder radfahrerfreundlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In meiner Wohnumgebung gibt es keine geeigneten oder gut erreichbaren Sportstätten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin gesundheitlich nicht in der Lage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weiter mit dieser Frage auf der nächsten Seite.

105 Welches sind die Hauptgründe, die Sie zurzeit davon abhalten, regelmäßiger Sport zu treiben oder sich körperlich zu betätigen?
Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
Ich verrichte bereits körperlich anstrengende Tätigkeiten bei der Arbeit, im Haushalt oder Garten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperlich-sportlich aktiv sein, spielt in meinem Bekanntenkreis nur eine geringe Rolle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir fehlt es an Motivation, ich habe kein Interesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich nicht sicher genug, um alleine im Freien körperlich aktiv zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich zu dick um Sport zu treiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Straßenverkehr und die Abgase verhindern, sich beim Laufen oder Fahrradfahren wohlfühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich treibe bereits regelmäßig Sport

Verzehr von Obst und Gemüse

106 Wie oft nehmen Sie Obst zu sich, einschließlich frisch gepresster Obstsäfte?

Täglich oder mehrmals täglich  Bitte weiter mit Frage 107

4 bis 6 Mal pro Woche

1 bis 3 Mal pro Woche } Bitte weiter mit Frage 108

Weniger als einmal pro Woche

Nie } Bitte weiter mit Frage 109

107 Wenn Sie täglich Obst essen, wie viele Portionen Obst nehmen Sie pro Tag zu sich?

☞ Eine Portion entspricht einer Handvoll Obst (z.B. 1 Banane oder 1 Apfel oder 1 Birne) bzw. 1 Glas Obstsaft (150 ml).

☞ Bitte zählen Sie den Obstsaft insgesamt nur als eine Portion, auch wenn Sie mehrere Gläser trinken.

Portionen pro Tag

108 Wenn Sie mehrmals pro Woche Obst essen, wie viele Portionen Obst nehmen Sie pro Woche zu sich?

☞ Eine Portion entspricht einer Handvoll Obst (z.B. 1 Banane oder 1 Apfel oder 1 Birne) bzw. 1 Glas Obstsaft (150 ml).

☞ Bitte zählen Sie den Obstsaft insgesamt nur als eine Portion, auch wenn Sie mehrere Gläser trinken.

Portionen pro Woche

109 Wie oft nehmen Sie Gemüse oder Salat zu sich, einschließlich frisch gepresster Gemüsesäfte? Bitte zählen Sie Kartoffeln nicht mit.

Täglich oder mehrmals täglich  Bitte weiter mit Frage 110

4 bis 6 Mal pro Woche

1 bis 3 Mal pro Woche } Bitte weiter mit Frage 111

Weniger als einmal pro Woche

Nie } Bitte weiter mit Frage 112

110 Wenn Sie täglich Gemüse essen, wie viele Portionen Gemüse nehmen Sie pro Tag zu sich?

☞ Eine Portion entspricht einer Handvoll Gemüse (z.B. 8 Blumenkohlrischen, 4 gehäufte Esslöffel Kohl oder Spinat, eine mittelgroße Tomate) bzw. 1 Glas Gemüsesaft (150 ml).

☞ Bitte zählen Sie den Gemüsesaft insgesamt nur als eine Portion, auch wenn Sie mehrere Gläser trinken.

Portionen pro Tag

111 Wenn Sie mehrmals pro Woche Gemüse essen, wie viele Portionen Gemüse nehmen Sie pro Woche zu sich?

☞ Eine Portion entspricht einer Handvoll Gemüse (z.B. 8 Blumenkohlrischen, 4 gehäufte Esslöffel Kohl oder Spinat, eine mittelgroße Tomate) bzw. 1 Glas Gemüsesaft (150 ml).

☞ Bitte zählen Sie den Gemüsesaft insgesamt nur als eine Portion, auch wenn Sie mehrere Gläser trinken.

Portionen pro Woche

Rauchen

112 Rauchen Sie?

- Ja, täglich
- Ja, gelegentlich
- Nein, nicht mehr  Bitte weiter mit Frage 117
- Ich habe noch nie geraucht  Bitte weiter mit Frage 119

113 Welche Tabakprodukte rauchen Sie?

Mehrfachnennungen möglich.

- Fabrikfertige Zigaretten
- Selbstgedrehte oder selbstgestopfte Zigaretten
- Zigarren, Zigarillos
- Pfeifentabak
- E-Zigarette
- Sonstiges

114 Welches Tabakprodukt rauchen Sie hauptsächlich?

Bitte nur eine Angabe machen.

- Zigaretten (fabrikfertige, selbstgedrehte oder selbstgestopfte)
- Zigarren, Zigarillos
- Pfeifentabak
- Sonstiges

115 Wenn Sie täglich Zigaretten rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?

Zigaretten pro Tag



Und wie viele Zigaretten davon sind selbstgedreht oder selbstgestopft?

selbstgedrehte/selbstgestopfte Zigaretten pro Tag

116 Wenn Sie gelegentlich Zigaretten rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Woche?

Zigaretten pro Woche



Und wie viele Zigaretten davon sind selbstgedreht oder selbstgestopft?

selbstgedrehte/selbstgestopfte Zigaretten pro Woche

117 Wie alt waren Sie als Sie angefangen haben zu rauchen, wenn auch nur gelegentlich?

Jahre

118 Wenn Sie nicht mehr rauchen, wie alt waren Sie als Sie mit dem Rauchen aufgehört haben?

Jahre

119 Wie oft sind Sie in geschlossenen Räumen Tabakrauch ausgesetzt?

Mit geschlossenen Räumen meinen wir zum Beispiel: zu Hause, auf der Arbeit, in öffentlichen Gebäuden oder im Restaurant.

- Nie oder fast nie  Bitte weiter mit Frage 121
- Weniger als 1 Stunde am Tag
- 1 Stunde am Tag oder mehr

120 Und wo ist das der Fall? Ist das ...

Mehrfachnennungen möglich.

- ... zu Hause?
- ... auf der Arbeit?
- ... in öffentlichen Gebäuden?
- ... in Restaurants?
- ... in Kneipen, Cafés, Bars oder Discos?
- ... bei Freunden oder Bekannten?
- ... oder an anderen Orten?

Alkoholkonsum

Mit einem alkoholischen Getränk ist ein Standardgetränk gemeint.
Ein Standardgetränk enthält eine vergleichbare Menge von reinem Alkohol. Durch den Bezug auf Standardgetränke können alkoholische Getränke mit unterschiedlichem Alkoholgehalt miteinander verglichen werden.

In der Abbildung sind Beispiele für Standardgetränke gezeigt.

Beispiele für Standardgetränke



Bier 0,33l



Wein/Sekt 0,125l

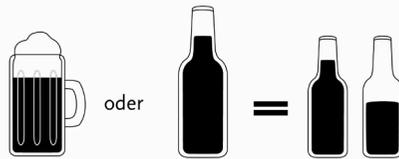


Schnaps/Spirituosen
4cl (doppelter Schnaps)

Beispiele für weitere übliche Glasgrößen und ihre Umrechnung in Standardgetränke



Cocktail/Longdrink
(4cl Alkohol)



0,5l Bier = 1 ½ Standardgetränke

121 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken, wie Bier, Wein, Sekt, Spirituosen, Schnaps, Cocktails, alkoholische Mischgetränke, Liköre, hausgemachter oder selbstgebrannter Alkohol?

- Täglich oder fast täglich
- An 5 - 6 Tagen pro Woche
- An 3 - 4 Tagen pro Woche
- An 1 - 2 Tagen pro Woche
- An 2 - 3 Tagen pro Monat
- Einmal pro Monat
- Weniger als einmal pro Monat
- Nicht in den letzten 12 Monaten, da ich keinen Alkohol mehr trinke
- Nie, oder lediglich einige wenige Schlucke in meinem Leben

Bitte weiter mit Frage 126

Bitte weiter mit Frage 127

122 Denken Sie nun an Montag bis Donnerstag, an wie vielen dieser 4 Tage trinken Sie üblicherweise Alkohol?

- An allen 4 Tagen
- An 3 der 4 Tage
- An 2 der 4 Tage
- An 1 der 4 Tage
- An keinem der 4 Tage

Bitte weiter mit Frage 124

123 Wenn Sie an den Tagen von Montag bis Donnerstag Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie im Durchschnitt an einem dieser Tage?

- 16 oder mehr Getränke pro Tag
- 10 - 15 Getränke pro Tag
- 6 - 9 Getränke pro Tag
- 4 - 5 Getränke pro Tag
- 3 Getränke pro Tag
- 2 Getränke pro Tag
- 1 Getränk pro Tag
- Kein Getränk pro Tag

Mit einem Getränk ist ein Standardgetränk gemeint.
Siehe Abbildung Seite 31

124 Denken Sie nun an Freitag bis Sonntag, an wie vielen dieser 3 Tage trinken Sie üblicherweise Alkohol?

- An allen 3 Tagen
- An 2 der 3 Tage
- An 1 der 3 Tage
- An keinem der 3 Tage  Bitte weiter mit Frage 126

125 Wenn Sie an den Tagen von Freitag bis Sonntag Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie im Durchschnitt an einem dieser Tage?

- 16 oder mehr Getränke pro Tag
- 10 - 15 Getränke pro Tag
- 6 - 9 Getränke pro Tag
- 4 - 5 Getränke pro Tag
- 3 Getränke pro Tag
- 2 Getränke pro Tag
- 1 Getränk pro Tag
- Kein Getränk pro Tag

Mit einem Getränk ist ein Standardgetränk gemeint. Siehe Abbildung Seite 31

126 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken?

Zum Beispiel während einer Party, eines Essens, beim Ausgehen mit Freunden oder alleine zu Hause.

- Täglich oder fast täglich
- An 5 - 6 Tagen pro Woche
- An 3 - 4 Tagen pro Woche
- An 1 - 2 Tagen pro Woche
- An 2 - 3 Tagen pro Monat
- Einmal pro Monat
- Weniger als einmal pro Monat
- Nicht in den letzten 12 Monaten
- Nie in meinem Leben

Mit einem Getränk ist ein Standardgetränk gemeint. Siehe Abbildung Seite 31

Soziale Unterstützung

Im Folgenden geht es um den Bereich der sozialen Beziehungen und Kontakte.

127 Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie erste persönliche Probleme haben?

- Keine 1 bis 2 3 bis 5 6 oder mehr

128 Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?

- Sehr viel Anteilnahme und Interesse
- Viel Anteilnahme und Interesse
- Weder viel noch wenig
- Wenig Anteilnahme und Interesse
- Keine Anteilnahme und Interesse

129 Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?

- Sehr einfach Einfach Möglich Schwierig Sehr schwierig

Geleistete Pflege oder geleistete Unterstützung

In den nächsten Fragen geht es um Pflege oder Unterstützung anderer Personen mit gesundheitlichen Problemen.

130 Pflegen oder unterstützen Sie mindestens einmal pro Woche eine oder mehrere Personen, die an altersbedingten Beschwerden, chronischen Erkrankungen oder Gebrechlichkeit leiden?

Nicht gemeint sind Pflegeleistungen oder Unterstützung, die Sie im Zusammenhang mit Ihrer beruflichen Tätigkeit erbringen.

- Ja Nein  Bitte weiter mit Frage 133

131 Falls Sie mehrere Personen pflegen oder unterstützen, wählen Sie die Person aus, für die Sie die größte Pflegeleistung erbringen.

Ist diese Person ...

- Mitglied der Familie Kein Mitglied der Familie

132 Wie viele Stunden pro Woche pflegen oder unterstützen Sie insgesamt?

- Weniger als 10 Stunden pro Woche
- Mindestens 10 aber weniger als 20 Stunden pro Woche
- 20 Stunden pro Woche oder mehr

Gesundheitsbewusstsein/Selbstwirksamkeit

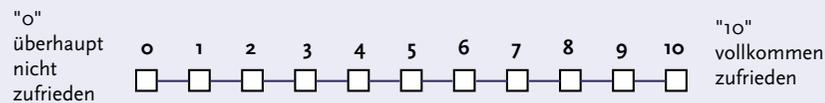
133 Die folgenden Aussagen können mehr oder weniger auf Sie zutreffen. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese auf Sie persönlich zutrifft.
Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Trifft gar nicht zu	Trifft wenig zu	Trifft etwas zu	Trifft ziemlich zu	Trifft voll und ganz zu
In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen.	<input type="radio"/>				
Die meisten Probleme kann ich aus eigener Kraft gut meistern.	<input type="radio"/>				
Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich in der Regel gut lösen.	<input type="radio"/>				

134 Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?
 Sehr stark Stark Mittelmäßig Weniger stark Gar nicht

Lebenszufriedenheit

135 Ganz allgemein gefragt, wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben insgesamt?
 ☞ Bitte antworten Sie von "0" bis "10", wobei "0" für "überhaupt nicht zufrieden" und "10" für "vollkommen zufrieden" steht.



Gesundheitsinformation

136 Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach ...
Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Sehr einfach	Ziemlich einfach	Ziemlich schwierig	Sehr schwierig
... Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind? (Arzt, Apotheker, Psychologe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen? (Krebsfrüherkennung, Blutzuckertest, Blutdruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind? (Fernsehen, Internet oder andere Medien)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können? (Zeitungen, Broschüren, Internet oder andere Medien)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weiter mit dieser Frage auf der nächsten Seite.

136 Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Sehr einfach	Ziemlich einfach	Ziemlich schwierig	Sehr schwierig
... Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind? (Meditation, körperliche Bewegung, Spazierengehen, Pilates etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen? (Internet, Zeitungen, Zeitschriften)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen? (Trink- und Essgewohnheiten, Bewegung etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

137 Hier finden Sie eine Liste mit Symptomen des Schlaganfalls.

Wussten Sie bereits, dass diese Symptome auf einen Schlaganfall hindeuten können?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Ja, wusste ich bereits	Nein, wusste ich bisher nicht
Plötzliche Schwäche oder Gefühlsstörungen einer Körperseite, besonders des Gesichts oder des Armes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lähmungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plötzliche Sprachstörungen, oder Schwierigkeiten, Gesprochenes zu verstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plötzliche Sehstörungen, Doppelbilder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plötzliche Gangstörungen, Gleichgewichtsstörungen oder Schwindel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plötzliche schwere Kopfschmerzen ohne bekannte Ursache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bewusstseinsstörungen, Verwirrung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

138 Kennen Sie persönlich jemanden, der schon einmal einen Schlaganfall hatte?

Ja Nein

Krankenversicherung

139 Welche Krankenversicherung bzw. -versorgung haben Sie?

Gemeint ist nur die Hauptversicherung.

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

und zwar: Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)

DAK-Gesundheit

BARMER GEK

Techniker Krankenkasse (TK)

Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Hanseatische Krankenkasse (HEK), hkk

Innungskrankenkasse (IKK)

Betriebskrankenkasse (BKK)

Landwirtschaftliche Krankenkasse, Knappschaft, Deutsche Rentenversicherung, Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung

Andere gesetzliche Krankenkasse

Beihilfe  Haben Sie eine private Zusatzversicherung zur Beihilfe? Ja

Nein

Private Krankenversicherung

Hier ist keine private Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung gemeint.

Anderer Anspruch auf Krankenversorgung

z.B. freie Heilfürsorge, Sozialhilfeempfänger, Kriegsschadenrentner, Lastenausgleich, Ausländische Krankenkasse

Keine Krankenversicherung, Selbstzahler

Falls Sie nicht wissen, wie Ihre Krankenversicherung einzuordnen ist, schreiben Sie bitte den genauen Namen der Krankenkasse auf:

Ihr Familienstand und Haushalt

140 Geben Sie Ihren aktuellen Familienstand an. Geben Sie nur dann "Ledig" an, wenn Sie nie verheiratet waren.

Bitte nur eine Angabe machen.

Ledig

Verheiratet oder eingetragene Lebenspartnerschaft

Verwitwet oder Lebenspartner/in gestorben (gleichgeschlechtlich)

141 **Leben Sie mit einer Person aus Ihrem Haushalt in einer Ehe oder eheähnlichen Gemeinschaft?**

Ja Nein

142 **Wie viele Personen gehören derzeit zum Haushalt?**

Als Haushalt gilt eine Gemeinschaft von Personen, die zusammen wohnen und gemeinsam wirtschaften, d.h. die in der Regel ihren Lebensunterhalt gemeinsam finanzieren und Ausgaben für den Haushalt teilen. Zum Haushalt gehören auch Personen, die aus beruflichen Gründen vorübergehend abwesend sind.

➔ Zählen Sie dabei bitte auch sich selbst und alle im Haushalt lebenden Kinder mit.

Anzahl der Personen Ich lebe allein ➔ Bitte weiter mit Frage 143

Wenn Sie nicht alleine leben, bitte die folgenden Fragen ausfüllen.

	1. Person Sie selbst	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person
Geschlecht					
männlich		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weiblich		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alter (In vollendeten Lebensjahren)	<input type="text" value=""/>				
Lebenssituation					
Erwerbstätig		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Ruhestand/Vorruhestand		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nicht erwerbstätig		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie ist die verwandtschaftliche Beziehung zur 1. Person im Haushalt?					
Ehe-, Lebenspartner/in		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kind		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vater/Mutter		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Person		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn mehr als 5 Personen in Ihrem Haushalt leben ➔ Bitte weiter auf der nächsten Seite.

142 **Wenn mehr als 5 Personen in Ihrem Haushalt leben, bitte hier weiter ausfüllen.**

	6. Person	7. Person	8. Person	9. Person	10. Person
Geschlecht					
männlich	<input type="radio"/>				
weiblich	<input type="radio"/>				
Alter (In vollendeten Lebensjahren)	<input type="text" value=""/>				
Lebenssituation					
Erwerbstätig	<input type="radio"/>				
Im Ruhestand/Vorruhestand	<input type="radio"/>				
Nicht erwerbstätig	<input type="radio"/>				
Ehe-, Lebenspartner/in	<input type="radio"/>				
Kind	<input type="radio"/>				
Vater/Mutter	<input type="radio"/>				
Sonstige Person	<input type="radio"/>				

Wenn mehr als 10 Personen in Ihrem Haushalt leben, fügen Sie bitte weitere Angaben auf einem gesonderten Blatt dem Fragebogen bei.

Bildungs- und Ausbildungsabschlüsse

143 **Haben Sie einen allgemeinen Schulabschluss?**

Ja Nein



Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie?

Ordnen Sie bitte im Ausland erworbene Abschlüsse einem gleichwertigen deutschen Abschluss zu.

Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch	<input type="radio"/>
Haupt-/Volksschulabschluss	<input type="radio"/>
Polytechnische Oberschule der DDR:	
mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse	<input type="radio"/>
mit Abschluss der 10. Klasse	<input type="radio"/>
Realschulabschluss, Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	<input type="radio"/>
Fachhochschulreife	<input type="radio"/>
Abitur (Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife)	<input type="radio"/>

144 Haben Sie einen beruflichen Ausbildungsabschluss oder einen Hochschul-/Fachhochschulabschluss?

- Ja Nein  Bitte weiter mit Frage 147

145 Welchen höchsten beruflichen Ausbildungs- oder Hochschul-/Fachhochschulabschluss haben Sie?

Ordnen Sie bitte im Ausland erworbene Abschlüsse einem gleichwertigen deutschen Abschluss zu.

Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss

- Anlernausbildung, berufliches Praktikum
- Berufsvorbereitungsjahr
- Lehre, Berufsausbildung im dualen System
- Berufsqualifizierender Abschluss an einer Berufsfachschule, Kollegschule
- Vorbereitungsdienst für den mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung

Ausbildungsstätten/Schulen für Gesundheits- und Sozialberufe:

- Einjährig (z.B. Krankenpflegehelfer/in, Altenpfleger/in, Rettungsassistent/in)
- Zweijährig (z.B. Masseur/in, Medizinischer/Medizinische Bademeister/in, PTA, Podologe/Podologin)
- Dreijährig (z.B. Physiotherapie, Gesundheits- und Krankenpflege, MTA, Altenpflege)
- Ausbildungsstätten/Schulen für Erzieher/innen
- Meister/in, Techniker/in oder gleichwertiger Fachschulabschluss
- Fachschule der DDR
- Fachakademie (nur in Bayern)

Hochschulen/Fachhochschulen

Diplom, Bachelor, Master, Magister, Staatsprüfung, Staatsexamen, Lehramtsprüfung:

- Berufsakademie
- Verwaltungsfachhochschule
- Fachhochschule (auch Ingenieurschule, Hochschule (FH) für angewandte Wissenschaften). Duale Hochschule Baden-Württemberg
- Universität (wissenschaftliche Hochschule, auch: Kunsthochschule, Pädagogische Hochschule, Theologische Hochschule)

146 Falls Sie einen Hochschul-/Fachhochschulabschluss haben: Wie ist die Bezeichnung Ihres höchsten Abschlusses?

- Bachelor
- Master
- Diplom, Lehramtsprüfung, Staatsprüfung, Staatsexamen, Magister, künstlerischer Abschluss und vergleichbare Abschlüsse
- Promotion

Erwerbstätigkeit

147 Welche Lebenssituation trifft derzeit überwiegend auf Sie zu?

Bitte nur eine Angabe machen.

Ich bin erwerbstätig in Vollzeit

(auch Berufsausbildung oder Selbstständigkeit, ohne Altersteilzeit)

Ich bin erwerbstätig in Teilzeit

(auch Berufsausbildung oder Selbstständigkeit, ohne Altersteilzeit)

Ich bin geringfügig erwerbstätig

(z.B. 450-Euro-Job, Minijob)

Ich bin in Altersteilzeit (Arbeits- und Freistellungsphase)

Ich leiste ein freiwilliges soziales/ökologisches/kulturelles Jahr

Ich bin freiwillig Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistende/r

Ich bin arbeitslos oder arbeitssuchend bei der Agentur für Arbeit gemeldet

Ich bin im Ruhestand oder Vorruhestand

Ich bin dauerhaft erwerbsunfähig

Ich bin Schüler/in, Student/in, Praktikant/in, Teilnehmer/in an Fortbildungsmaßnahmen

Ich bin in Elternzeit

Ich bin als Hausfrau/Hausmann tätig, betreue Kinder oder hilfsbedürftige Personen

Ich bin aus anderen Gründen nicht erwerbstätig

Bitte weiter mit Frage 154

148 Haben Sie in den letzten vier Wochen (einschließlich der derzeitigen Woche) aktiv eine Arbeitsstelle gesucht oder aktiv Schritte zur Selbstständigkeit unternommen?

- Ja Nein  Bitte weiter mit Frage 150

149 Wenn man Ihnen jetzt eine passende Stelle anbieten würde, könnten Sie innerhalb der nächsten zwei Wochen anfangen zu arbeiten?

- Ja Nein

150 Haben Sie in der letzten Woche mindestens eine Stunde gegen Bezahlung gearbeitet?

Geben Sie auch "Ja" an, wenn Sie ...
... in den letzten sieben Tagen krank oder im Urlaub waren.
... in Mutterschutz sind.
... als Rentner zusätzlich noch arbeiten. Diese Tätigkeit zählt dann als Haupterwerbstätigkeit.
... sich in der Freistellungsphase der Altersteilzeit befinden.
Wenn Sie sich ausschließlich in Elternzeit befinden, geben Sie "Nein" an.

- Ja  Bitte weiter mit Frage 154
 Nein

151 Welche berufliche Stellung hatten Sie in Ihrer letzten Haupterwerbstätigkeit?

Selbstständige, die nur mithelfende Familienangehörige beschäftigen, geben "selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter" an.

Bitte nur eine Angabe machen.

- | | |
|---|-----------------------|
| Ich war Angestellte/r | <input type="radio"/> |
| Ich war Arbeiter/in | <input type="radio"/> |
| Ich war Beamtin/Beamter (auch Anwärter/in) | <input type="radio"/> |
| Ich war Landwirt/in im Haupterwerb | <input type="radio"/> |
| Ich war selbstständig erwerbstätig und hatte Mitarbeiter | <input type="radio"/> |
| Ich war selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter | <input type="radio"/> |
| Ich war mithelfende/r Familienangehörige/r (unbezahlt) | <input type="radio"/> |
| Ich war Auszubildende/r (auch Praktikant/in, Volontär/in) | <input type="radio"/> |
| Ich war Zivildienst/Grundwehrdienstleistender | <input type="radio"/> |
| Ich leistete ein freiwilliges soziales/ökologisches Jahr | <input type="radio"/> |
| Ich war freiwillig Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistende/r | <input type="radio"/> |
| Ich bin noch nie erwerbstätig gewesen | <input type="radio"/> |
- } Bitte weiter mit Frage 181

152 Welche Art von Beschäftigungsverhältnis hatten Sie in Ihrer Haupterwerbstätigkeit?

- Unbefristetes Beschäftigungsverhältnis Befristetes Beschäftigungsverhältnis

153 Waren Sie in dieser Tätigkeit überwiegend als Führungs- oder Aufsichtskraft tätig?

- Ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie)
 Ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren der Arbeit)
 Nein
- } Bitte weiter mit Frage 181

154 Welche berufliche Stellung haben Sie in Ihrer Haupterwerbstätigkeit?

Selbstständige, die nur mithelfende Familienangehörige beschäftigen, geben "selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter" an.

Bitte nur eine Angabe machen.

- | | |
|---|-----------------------|
| Ich bin Angestellte/r | <input type="radio"/> |
| Ich bin Arbeiter/in | <input type="radio"/> |
| Ich bin Beamtin/Beamter (auch Anwärter/in) | <input type="radio"/> |
| Ich bin Landwirt/in im Haupterwerb | <input type="radio"/> |
| Ich bin selbstständig erwerbstätig und habe Mitarbeiter | <input type="radio"/> |
| Ich bin selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter | <input type="radio"/> |
| Ich bin mithelfende/r Familienangehörige/r (unbezahlt) | <input type="radio"/> |
| Ich bin Auszubildende/r (auch Praktikant/in, Volontär/in) | <input type="radio"/> |
| Ich leiste ein freiwilliges soziales/ökologisches Jahr | <input type="radio"/> |
| Ich bin freiwillig Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistende/r | <input type="radio"/> |
- } Bitte weiter mit Frage 157

155 Welche Art von Beschäftigungsverhältnis haben Sie in Ihrer Haupterwerbstätigkeit?

- Unbefristetes Beschäftigungsverhältnis Befristetes Beschäftigungsverhältnis

156 Sind Sie in dieser Tätigkeit überwiegend als Führungs- oder Aufsichtskraft tätig?

- Ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie)
 Ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren der Arbeit)
 Nein

157 Wie viele Wochenstunden beträgt Ihre vertraglich vereinbarte Arbeitszeit ohne Überstunden in Ihrer Haupterwerbstätigkeit?

Runden Sie bitte auf volle Stunden auf bzw. ab.

Stunden pro Woche Ich habe keine vertraglich vereinbarte Arbeitszeit.

158 Wie viele Wochenstunden beträgt durchschnittlich Ihre tatsächliche Arbeitszeit einschließlich eventueller Überstunden in Ihrer Haupterwerbstätigkeit?

Runden Sie bitte auf volle Stunden auf bzw. ab.

Stunden pro Woche

159 Falls Sie zusätzlich neben Ihrer Haupterwerbstätigkeit noch weitere Tätigkeiten ausüben: Wie viele zusätzliche Wochenstunden entfallen auf diese Tätigkeiten?

Runden Sie bitte auf volle Stunden auf bzw. ab.

Stunden pro Woche Ich habe derzeit keine Nebentätigkeit.

160 Wie hoch ist ihr monatlicher Arbeitsverdienst in Ihrer Haupterwerbstätigkeit?

Wenn sie im letzten Monat Sonderzahlungen hatten, z.B. Urlaubsgeld oder Nachzahlungen, rechnen Sie diese bitte nicht mit.
Entgelt für Überstunden rechnen Sie dagegen mit.

Falls Sie selbstständig sind: Bitte schätzen Sie Ihren monatlichen Gewinn vor und nach Steuern.

Bitte geben Sie nach Möglichkeit beides an:

- ☉ den Bruttoverdienst, das heißt Lohn oder Gehalt vor Abzug von Steuern und Sozialversicherung
- ☉ und den Nettoverdienst, das heißt den Betrag nach Abzug von Steuern und Beiträgen zur Renten-, Arbeitslosen-, Pflege- und Krankenversicherung.

Der Arbeitsverdienst beträgt: **Brutto:** Euro **Netto:** Euro

161 Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?

Geben Sie die genaue Berufsbezeichnung an, nicht den Ausbildungsabschluss oder Rang.
Zum Beispiel:

- Blumenverkäuferin (nicht Verkäuferin)
- Maurer (nicht Bauarbeiter)
- Zollsachbearbeiterin (nicht Beamtin)
- Unternehmensberaterin (nicht Betriebswirtin)

162 Um die Einordnung Ihres Berufes zu erleichtern, geben Sie bitte zusätzliche Erläuterungen in Stichworten an.

Zum Beispiel:

- Kundenberatung, Verkauf, Verpacken von Pflanzen (als Blumenverkäuferin)
- Zollfahndung, Einsatzplanung, Pressearbeit (als Zollbeamter)
- Wartung, Instandsetzung, Ausrüstung von Kraftfahrzeugen, Leitung der Werkstatt (als KFZ-Mechaniker)

Falls Sie Führungsaufgaben wahrnehmen, vermerken Sie dies auch.

163 Arbeiten Sie in Ihrer Haupterwerbstätigkeit im öffentlichen Dienst?

Ja Nein

164 Haben Sie bei Ihrer beruflichen Tätigkeit Kontakt zu Patienten?

Ja Nein

165

Bitte ordnen Sie den Betrieb, in dem Sie tätig sind, einer Branche/einem Wirtschaftszweig zu.

Richten Sie sich nach dem wirtschaftlichen Schwerpunkt des Betriebes (nicht des gesamten Unternehmens).

Für Selbstständige und Nebenjobber/innen:

Falls Sie in keinem Betrieb tätig sind, geben Sie die Branche/den Wirtschaftszweig an, in dem Sie als Selbstständige/r oder Nebenjobber/in schwerpunktmäßig tätig sind.

Bitte nur eine Angabe machen.

Land- und Forstwirtschaft, Fischerei

Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren, Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden, sonstige Industrie

Bergbau und Gewinnung von Erdöl, Erdgas, Steinen und Erden

Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren (z.B. Lebensmittel, Textilien, Elektronik, Maschinen, Fahrzeuge, Mineralölverarbeitung, Druckerzeugnisse)

Reparatur und Installation von Maschinen und Ausrüstungen

Energieversorgung

Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzung

Baugewerbe, Hoch- und Tiefbau

Handel, Verkehr und Lagerei, Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie

Groß- und Einzelhandel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen

Personen- und Güterverkehr; Lagerei (auch Post- und Kurierdienst)

Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie

Information und Kommunikation

(z.B. Telekommunikation, Dienstleistungen der Informationstechnologie, Medien und Verlagswesen)

Banken/Finanz- und Versicherungsdienstleister

Grundstücks- und Wohnungswesen



Fortsetzung der Branchenübersicht auf der nächsten Seite

165

Bitte ordnen Sie den Betrieb, in dem Sie tätig sind, einer Branche/einem Wirtschaftszweig zu.

Freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen sowie sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen

Freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen (z.B. Unternehmens-, Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung, Architektur/Ingenieurbüro, Forschungs- und Entwicklungsleistungen, Werbung und Marktforschung)

Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen (z.B. Vermietung beweglicher Sachen, Sicherheitsdienst, Gebäudebetreuung/-reinigung, Garten- und Landschaftsbau, Reisebüro/Veranstalter, Vermittlung von Arbeitskräften, Sekretariatsdienste, Messeveranstalter)

Öffentlicher Dienst, Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung, Erziehung und Unterricht, Gesundheits- und Sozialwesen

Erziehung und Unterricht (z.B. Hochschule, Schule, sonstige Schule (auch Fahrschule), Kindergarten)

Gesundheits- und Sozialwesen (z.B. Krankenhaus, Arztpraxis, Alten- und Pflegeheim, Behindertenwerkstatt)

Verwaltung, Gerichte, Öffentliche Sicherheit und Ordnung, Verteidigung, Sozialversicherung

Sonstige Dienstleistungen

Sonstige überwiegend personenbezogene Dienstleistungen, allgemeine Reparaturen von Waren und Geräten (z.B. Friseur- und Kosmetiksalon, Wäscherei, Solarium/Sauna/Bad, Bestattung)

Kunst, Unterhaltung, Sport und Erholung (z.B. Theater, Museum, schriftstellerische Tätigkeit, Sport- und Fitnesszentrum)

Gewerkschaft, Verband, Partei und sonstige Interessenvertretung, kirchliche und religiöse Vereinigung

Konsulat, Botschaft, internationale und supranationale Organisation

Privater Haushalt mit Beschäftigten

166 Wie viele Personen arbeiten in diesem Betrieb?

Zählen Sie bei Unternehmen mit mehreren Betrieben (z.B. Werk, Filiale, Niederlassung) nur die Personen, die in Ihrem Betrieb (örtliche Einheit) arbeiten.

Zählen Sie auch sich selbst, alle Teilzeitkräfte sowie Auszubildende und tätige Firmeninhaber dazu.

Bis einschließlich 10 Personen  und zwar Personen
(Genauere Anzahl)

11 bis einschließlich 19 Personen

20 bis einschließlich 49 Personen

50 Personen oder mehr

Arbeitsbedingungen

Nun geht es um mögliche Belastungen am Arbeitsplatz. Im Folgenden sind eine Reihe von Arbeitsbedingungen genannt. Bitte geben Sie an, ob und wie häufig diese bei Ihrer Tätigkeit vorkommen.

167 Heben und/oder Tragen von schweren Lasten (Frauen mehr als 10 kg/Männer mehr als 20 kg). Wie oft trifft dies zu?

- Nie
- Bis zu einem Viertel der Zeit
- Bis zur Hälfte der Zeit
- bis zu einem Dreiviertel der Zeit
- Mehr als Dreiviertel der Zeit, also fast immer?

168 Wie würden Sie die körperlichen Anforderungen in Ihrem Hauptberuf am ehesten beschreiben?

- Vor allem Arbeit im Sitzen ohne anstrengende körperliche Tätigkeiten.
- Vor allem Arbeit im Gehen und/oder Stehen, aber ohne anstrengende körperliche Tätigkeiten.
- Vor allem Arbeit im Gehen und/oder Stehen, aber mit etwas Heben und Tragen.
- Schwere oder schnelle Arbeit, die körperlich anstrengend ist.

169

	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie oder fast nie
Wie oft müssen Sie sehr schnell arbeiten?	<input type="radio"/>				
Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun?	<input type="radio"/>				
Wie oft bringt Sie Ihre berufliche Tätigkeit mit persönlichen Problemen anderer Menschen in Berührung?	<input type="radio"/>				

170 Arbeiten Sie in Schicht- oder Nachtarbeit?

- Häufig Manchmal Selten Nie

171 Arbeiten Sie dann in ...

- Wechselschicht mit Nachtarbeit
- Wechselschicht ohne Nachtarbeit
- ausschließlich Nachtarbeit - ohne Wechselschicht

172 Glauben Sie, dass Ihre Gesundheit durch Ihre Arbeit gefährdet ist?

- Sehr stark Stark Mäßig Gar nicht

173 In welchem Maße können Sie den Informationen Ihres unmittelbaren Vorgesetzten vertrauen?

- In sehr hohem Maße
- In hohem Maße
- Zum Teil
- In geringem Maße
- In sehr geringem Maße
- Habe keine Vorgesetzte/keinen Vorgesetzten  Bitte weiter mit Frage 175

174 Wie oft erhalten Sie bei Bedarf Hilfe und Unterstützung von Ihrem unmittelbaren Vorgesetzten?

- Immer
- Oft
- Manchmal
- Selten

175 Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

— — — — — — — — — —

176 Was meinen Sie:

Bis zu welchem Alter **KÖNNEN** Sie arbeiten? Jahre

Bis zu welchem Alter **WOLLEN** Sie arbeiten? Jahre

Betriebliche Gesundheitsförderung

Wenn Sie in den letzten 12 Monaten nicht erwerbstätig waren (d.h. irgendeine bezahlte bzw. eine mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit hatten) dann bitte weiter mit Frage 181.

177 Gab es in Ihrem Betrieb/Ihrem Unternehmen in den letzten 12 Monaten ...

... ein Angebot zur Rückengesundheit (z.B. Rückenschule, Rückengymnastik)?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie dieses Angebot in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... Betriebssport?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie dieses Angebot in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... eine Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten (z.B. tägliches Angebot von Gemüse und frischem Salat, täglich fleischlose Gerichte, regelmäßiges Angebot von Pell- oder Folienkartoffeln)?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie dieses Angebot in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weiter mit dieser Frage auf der nächsten Seite.

177 Gab es in Ihrem Betrieb/Ihrem Unternehmen in den letzten 12 Monaten ...

... Informationen oder Beratungsangebote zur gesunden Ernährung (z.B. Broschüren, Kursangebote)?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie dieses Angebot in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... ein Angebot zur Stressbewältigung oder Entspannung (z.B. Zeitmanagement, autogenes Training)?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie dieses Angebot in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... ein Angebot zur Raucherentwöhnung?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie dieses Angebot in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... Mitarbeiterbefragungen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie dieses Angebot in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... Gesprächs- oder Arbeitskreise zu Gesundheitsproblemen (z.B. Gesundheitszirkel)?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie dieses Angebot in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... Hilfe bei der Bewältigung von Mobbing und Konflikten (z.B. Sozialberatung, Kursangebote)?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie dieses Angebot in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... für Angebote zur Gesundheit einen finanziellen Zuschuss (z.B. für ein Kursangebot in Betrieb/ Unternehmen oder die Mitgliedschaft im Fitnessstudio)?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie dieses Angebot in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Weiß nicht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

178 Darf an Ihrem Arbeitsplatz geraucht werden?

- Ja, überall und jederzeit
- Ja, an bestimmten Orten und/oder zu bestimmten Zeiten
- Nein, Rauchen ist überall und immer verboten

179 Ist Ihr Arbeitsplatz überwiegend ...

- in geschlossenen Räumen? im Freien?

180 Darf an Ihrem Arbeitsplatz Alkohol getrunken werden?

- Ja, überall und jederzeit
- Ja, an bestimmten Orten und/oder zu bestimmten Zeiten
- Nein, Alkohol ist überall und immer verboten

Arbeitslosigkeit

181 Waren Sie in den letzten 5 Jahren einmal arbeitslos?

Falls Sie derzeit arbeitslos sind, kreuzen Sie bitte "Ja" an.

- Ja Nein  Weiter mit Frage 184



Wie oft waren Sie in den letzten 5 Jahren arbeitslos?

Mal

Wie viele Monate waren das insgesamt?

Bitte geben Sie nur volle Monate an und runden Sie bei halben Monaten auf.

Anzahl der Monate Weniger als 1 Monat

182 Hatte Ihre Arbeitslosigkeit etwas mit einer Erkrankung zu tun?

- Ja Nein

183 Hat sich Ihre Gesundheit durch die Arbeitslosigkeit ...

- verbessert? nicht verändert? verschlechtert?

Einkommen

184 Wer ist der Hauptverdiener in Ihrem Haushalt, d.h. wer trägt mit seinem Einkommen den Hauptteil zum Haushaltseinkommen bei?

- Ich selbst
- Es gibt keinen Hauptverdiener } Bitte weiter mit Frage 188
- Meine Partnerin/Mein Partner
- Meine Mutter/Mein Vater
- Eine andere Person

185 Welche berufliche Stellung hat der Hauptverdiener des Haushaltes in seiner Haupterwerbstätigkeit?

Selbstständige, die nur mithelfende Familienangehörige beschäftigen, geben "selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter" an.

Bitte nur eine Angabe machen.

- | | | |
|---|-----------------------|------------------------------|
| Angestellte/r | <input type="radio"/> | |
| Arbeiter/in | <input type="radio"/> | |
| Beamtin/Beamter (auch Anwärter/in) | <input type="radio"/> | |
| Landwirt/in im Haupterwerb | <input type="radio"/> | } Bitte weiter mit Frage 188 |
| Selbstständig erwerbstätig und hat Mitarbeiter | <input type="radio"/> | |
| Selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter | <input type="radio"/> | |
| Mithelfende/r Familienangehörige/r (unbezahlt) | <input type="radio"/> | |
| Auszubildende/r (auch Praktikant/in, Volontär/in) | <input type="radio"/> | |
| Zivildienst/Grundwehrdienstleistender | <input type="radio"/> | |
| Freiwillig Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistende/r | <input type="radio"/> | |
| Freiwilliges soziales/ökologisches Jahr | <input type="radio"/> | |

186 Welche Art von Beschäftigungsverhältnis hat der Hauptverdiener in seiner Haupterwerbstätigkeit?

- Unbefristetes Beschäftigungsverhältnis Befristetes Beschäftigungsverhältnis

193 In welchem Land ist Ihre Mutter geboren?

Bitte verwenden Sie die heutige Staatsbezeichnung, auch wenn das Gebiet früher einem anderen Staat zugeordnet war. Zum Beispiel: "Tschechische Republik" statt "Tschechoslowakei".

In Deutschland (in den heutigen Grenzen)

In einem anderen Land  **und zwar**

194 Gehört Ihre Mutter zu der Gruppe der Vertriebenen?

Gemeint sind hier nur vor 1950 vertriebene deutsche Kriegsflüchtlinge.

Ja Nein

195 In welchem Land ist Ihr Vater geboren?

Bitte verwenden Sie die heutige Staatsbezeichnung, auch wenn das Gebiet früher einem anderen Staat zugeordnet war. Zum Beispiel: "Tschechische Republik" statt "Tschechoslowakei".

In Deutschland (in den heutigen Grenzen)

In einem anderen Land  **und zwar**

196 Gehört Ihr Vater zu der Gruppe der Vertriebenen?

Gemeint sind hier nur vor 1950 vertriebene deutsche Kriegsflüchtlinge.

Ja Nein

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Bitte prüfen Sie Ihre Angaben noch einmal auf Vollständigkeit.

197 Wann haben Sie diesen Fragebogen fertig ausgefüllt?

Tragen Sie bitte das genaue Datum ein.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

© Robert Koch-Institut

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

Telefonische Informationen: 030 18754 3100
Fax: 030 1810754 3100
E-Mail: geda@rki.de
Internet: www.geda-studie.de

Impressum

Journal of Health Monitoring

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

Korrespondenzadresse

Fachgebiet 23 Monitoringstudien und Surveymethoden
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: geda@rki.de

Hinweis

Der Fragebogen darf zu wissenschaftlichen Zwecken und zum Eigengebrauch zitiert, kopiert, abgespeichert, ausgedruckt und weitergegeben werden. Jede kommerzielle Nutzung, auch von Teilen und Auszügen, ist ohne vorherige schriftliche Zustimmung des Robert Koch-Institutes untersagt. Bei Publikationen geben Sie bitte an, dass es sich (teilweise) um Fragen aus dem Fragebogen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2014/2015-EHIS) des Robert Koch-Instituts handelt.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

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

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise

Robert Koch-Institut (2017) Fragebogen zur Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“: GEDA 2014/2015-EHIS. Journal of Health Monitoring 2(1): 105–135
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-014
ISSN 2511-2708



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



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