

**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,  
Marika 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

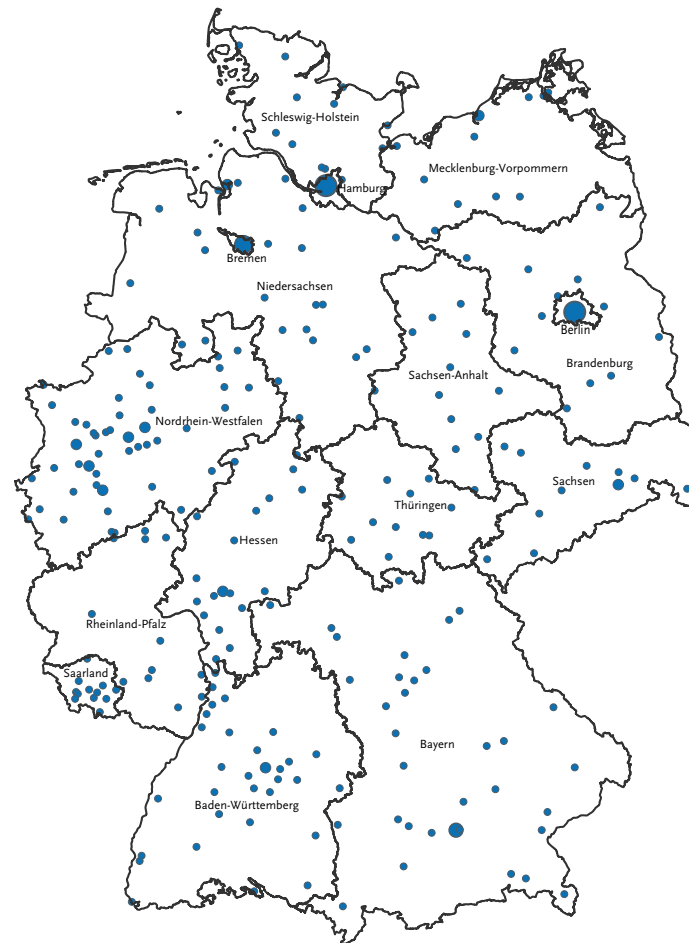
beschreiben Prävalenzen bei chronischen Erkrankungen ([Bluthochdruck](#), [Diabetes mellitus](#), [koronare Herzkrankung](#), [Schlaganfall](#) und [Allergien](#)). In der nächsten Ausgabe werden Fact sheets zu Indikatoren des Gesundheits- und Risikoverhaltens publiziert.

## 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](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](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](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](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](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](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](http://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](mailto: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](mailto:healthmonitoring@rki.de)

[www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://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



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