



JULI 2022
SPECIAL ISSUE **3**

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Journal of Health Monitoring

Gesundheitliche Lage in Deutschland in der
COVID-19-Pandemie. Zeitliche Entwicklung
ausgewählter Indikatoren der Studie
GEDA 2019/2020 – Ein Update

Journal of Health Monitoring · 2022 7(S3)

DOI 10.25646/9880

Robert Koch-Institut, Berlin

Stefan Damerow, Alexander Rommel,
Ann-Kristin Beyer, Ulfert Hapke,
Anja Schienkiewitz, Anne Starker,
Almut Richter, Jens Baumert,
Judith Fuchs, Beate Gaertner,
Stephan Müters, Johannes Lemcke,
Jennifer Allen

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

Eingereicht: 03.12.2021

Akzeptiert: 28.03.2022

Veröffentlicht: 06.07.2022

Gesundheitliche Lage in Deutschland in der COVID-19-Pandemie. Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020 – Ein Update

Abstract

Die Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 im Jahr 2020 und die damit einhergehenden Eindämmungsmaßnahmen haben viele Bereiche des alltäglichen Lebens verändert. Vermutet wird ein Einfluss auf die Gesundheit auch jenseits des Infektionsgeschehens. Deshalb wurde mit Daten der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in der ersten Pandemiephase analysiert. Mit der Fortführung der Befragungen werden die Analysen für das Jahr 2020 vervollständigt (n=26.507 Teilnehmende), wobei nun der Fokus auf der dritten Pandemiephase (zweite Infektionswelle, sukzessive Wiedereinführung von Eindämmungsmaßnahmen) liegt. Die Gesundheitsindikatoren werden monatsweise dargestellt. Wie schon in der ersten Pandemiephase sind beim Tabakrauchen/der Passivrauchbelastung und bei erhaltener/fehlender/geleisteter Unterstützung keine pandemiebedingten Veränderungen zu beobachten. Rückgänge bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen sowie der depressiven Symptomatik sind in der dritten Pandemiephase, im Gegensatz zur ersten, nicht zu beobachten. Der Anstieg beim Körpergewicht/Body Mass Index nach der ersten Pandemiephase hat sich nicht fortgesetzt. Der Erhebungszeitraum erlaubt einen Vergleich der Zeiträume vor und ab pandemischer Lage. Es wird ein Rückgang bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und depressiver Symptomatik sowie eine Erhöhung beim Körpergewicht/Body Mass Index im Zeitraum März 2020 bis Januar 2021 im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum April 2019 bis März 2020 beobachtet.

📌 SARS-COV-2 · BMI · RAUCHEN · DEPRESSION · INANSPRUCHNAHME · UNTERSTÜTZUNG IM HAUSHALT

1. Einleitung

Die Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 im Jahr 2020 und die damit einhergehenden nichtpharmazeutischen Eindämmungsmaßnahmen haben in Deutschland viele Bereiche des alltäglichen Lebens verändert. Das SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen im Jahr 2020 lässt sich

in drei Phasen einteilen: Phase 1 mit der ersten COVID-19-Welle und dem Inkrafttreten umfangreicher Eindämmungsmaßnahmen (März bis Mitte Mai), Phase 2 (Sommer) mit vergleichsweise geringem Infektionsgeschehen und gelockerten Maßnahmen der Pandemiebekämpfung (Mitte Mai bis September) und Phase 3 mit der beginnenden zweiten COVID-19-Infektionswelle und wiederum sukzessiver

GEDA 2019/2020

Fünfte Folgerhebung der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell

Datenhalter: Robert Koch-Institut

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

Studiendesign: Telefonische Querschnitterhebung

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

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

Stichprobenumfang: 26.507 Teilnehmende

Datenerhebungszeitraum: April 2019 bis Januar 2021 (GEDA-EHIS bis September 2020)

GEDA-Erhebungswellen:

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

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

Verschärfung der Eindämmungsmaßnahmen (ab Oktober) und dem Höhepunkt der zweiten Infektionswelle zum Jahresende [1, 2]. Es wurde befürchtet, dass neben dem Infektionsgeschehen auch die Eindämmungsmaßnahmen im Rahmen der Pandemie negative Folgen auf die Gesundheit haben könnten [3–5].

Im Jahr 2020 wurde mit den Daten der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in den ersten beiden Phasen der Pandemie im Zeitverlauf analysiert. Dabei stand die Frage im Mittelpunkt, ob ab Beginn der ersten COVID-19-Welle auffällige Veränderungen im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten zu beobachten waren [6]. Auf der Ebene der Allgemeinbevölkerung wurden bei der depressiven Symptomatik, dem Rauchverhalten, der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen älterer Menschen im Haushalt sowie dem Anteil pflegender Angehöriger keine Auffälligkeiten gefunden. Körpergewicht und Body Mass Index (BMI) hatten hingegen zwischen März und September 2020 im Mittel auf Bevölkerungsebene stetig leicht zugenommen. Bei der Inanspruchnahme allgemein- und fachärztlicher Leistungen war ein vorübergehend starker Rückgang in der ersten Phase der Pandemie zu beobachten, der sich in der zweiten Jahreshälfte 2020 aber zu normalisieren schien.

Die Erhebung der Studie GEDA 2019/2020-EHIS endete unmittelbar vor der dritten Phase der Pandemie, in der die Infektionszahlen wiederum anstiegen. Ab November wurde bundesweit ein sogenannter „Teil-Lockdown“ mit Kontaktbeschränkungen beschlossen und ab Mitte Dezember 2020 verschärft [1]. Um mögliche Auswirkungen zu untersuchen, wurde die Erhebung bis zum Jahresanfang 2021 verlängert

und umfasst nunmehr circa 26.500 Teilnehmende ab 15 Jahren.

Im vorliegenden Beitrag werden die bislang vorliegenden Zeitreihen zur gesundheitlichen Lage bezüglich der in Damerow et al. 2020 [6] untersuchten Gesundheitsindikatoren (depressive Symptomatik, Rauchverhalten, Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, BMI/Körpergewicht sowie Unterstützungsleistungen älterer Menschen) fortgeschrieben. Damit wird untersucht, ob sich die beobachteten Entwicklungen in der dritten Phase der Pandemie ab Oktober 2020 fortsetzen oder verändern. Neben der Darstellung von Zeitreihen wird geprüft, ob im Vergleich der Zeiträume vor (April 2019 bis erste Märzhälfte 2020) und ab Beginn der pandemischen Lage (zweite Märzhälfte 2020 bis Januar 2021) Unterschiede bestehen.

2. Methode

2.1 Studiendesign, Stichprobe und Gewichtung

Studiendesign

Die GEDA-Studie ist eine bundesweite Querschnittbefragung der in Deutschland lebenden erwachsenen Wohnbevölkerung. Sie wird im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom Robert Koch-Institut (RKI) seit 2008 in mehrjährigen Abständen durchgeführt und ist ein Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am RKI [7, 8]. Die GEDA-Studie umfasst ein breites Themenspektrum zum Gesundheitszustand, zu Einflussfaktoren der gesundheitlichen Lage und zur Nutzung des Gesundheitssystems sowie zu soziodemografischen Merkmalen. Die aktuelle GEDA-Erhebung wurde als telefonische Befragung mittels eines programmierten, vollstrukturierten Fragebogens

durchgeführt (Computer Assisted Telephone Interview – CATI). Sie basiert auf einer Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern. Die Grundgesamtheit umfasst die in privaten Haushalten lebenden Personen ab 15 Jahren, deren üblicher Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Deutschland liegt. Detaillierte Informationen zum Stichprobendesign, zur Stichprobenziehung, zur Gewichtung und den verwendeten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS sind an anderer Stelle ausführlicher beschrieben und werden im Folgenden nur kurz ausgeführt [9, 10]. Nachdem die ursprünglich geplante Erhebung von April 2019 bis Mitte September 2020 durchgeführt wurde, konnte ab Ende Oktober 2020 eine Fortführung der Datenerhebung bis Januar 2021 realisiert werden, um die Auswirkungen der Pandemie im weiteren Verlauf zu beobachten. Das ursprüngliche Studiendesign wurde mit einem leicht gekürzten Fragebogen beibehalten. Bis zur Wiederaufnahme der Befragungen kam es zwischen September und Oktober 2020 zu einer Unterbrechung der Datenerhebung von circa sechs Wochen. Für diesen Zeitraum sind somit keine Aussagen möglich. Im Folgenden wird der Erhebungszeitraum von April 2019 bis Januar 2021 mit gekürztem Fragebogen als GEDA 2019/2020 bezeichnet, wohingegen unter GEDA 2019/2020-EHIS der ausführliche Fragebogen bis zum Studienzeitpunkt September 2020 zu verstehen ist.

Stichprobe

An der ursprünglichen Datenerhebung von GEDA 2019/2020-EHIS haben 23.001 Befragte teilgenommen. Die Fortführung zwischen Oktober 2020 und Januar 2021 umfasst 3.506 neue Teilnehmende. Somit haben insgesamt 26.507 Personen (13.955 weiblich, 12.552 männlich) an der

Querschnittstudie GEDA 2019/2020 zwischen April 2019 und Januar 2021 teilgenommen. Durchschnittlich wurden jeden Monat 1.205 (Minimum: 282, Maximum: 1.841) Personen befragt ([Annex Abbildung 1](#)).

Gewichtung

Die Gewichtung der Stichprobe GEDA 2019/2020 umfasst eine Designgewichtung (Mobilfunk und Festnetz) und eine sogenannte Anpassungsgewichtung an die amtlichen Bevölkerungszahlen bezogen auf Alter, Geschlecht, Bundesland und Kreistyp (Stand 31.12.2018) sowie an die Bildungsverteilung nach der International Standard Classification of Education (ISCED-Klassifikation) im Mikrozensus (2017). Das Gewichtungsverfahren ist an anderer Stelle ausführlich beschrieben [9]. Darüber hinaus könnte die Teilnahmewahrscheinlichkeit bestimmter Bevölkerungsgruppen aufgrund der COVID-19-Pandemie und den damit einhergehenden Eindämmungsmaßnahmen beeinflusst sein (z. B. Homeoffice, Kontaktbeschränkungen) [6]. Aus diesem Grund wurde eine zusätzliche Anpassungsgewichtung separat für die Stichprobenzeiträume vor und ab dem Stichtag 16.03.2020 (Verabschiedung der Bund-Länder-Vereinbarung zu Leitlinien gegen die Ausbreitung des Coronavirus [11]) durchgeführt. Analog zur Anpassungsgewichtung der gesamten Stichprobe wurden hierbei die Randverteilungen zu Alter, Geschlecht und Bildung genutzt.

2.2 Indikatoren

In dieser Arbeit werden die in Damerow et al. 2020 [6] dargestellten Zeitreihen ausgewählter Indikatoren fortgeschrieben. Es wurde davon ausgegangen, dass es im

Gesundheitszustand (vor allem seelische Gesundheit), Gesundheitsverhalten, der gesundheitlichen Versorgung sowie bei Unterstützungsleistungen Veränderungen im Pandemieverlauf gegeben haben könnte. Methodisch wurden ausschließlich jene Indikatoren ausgewählt, die explizit die Erfassung von Sachverhalten zum Zeitpunkt der Befragung (bei der Frageformulierung beziehend auf z. B. „derzeit“) zum Ziel hatten.

Psychische Gesundheit

Das Vorliegen einer depressiven Symptomatik wurde durch Selbstangabe der Teilnehmenden des international etablierten 8-Item Patient Health Questionnaire (PHQ-8) innerhalb der letzten zwei Wochen erfasst [12]. Das Instrument umfasst insgesamt acht Symptombereiche, die in Anlehnung an die Kriterien der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) für die Diagnose der „Major Depression“ konzipiert und validiert wurden. Das Vorliegen einer depressiven Symptomatik wird ab einem Skalensummenwert von mindestens zehn von 24 Punkten angenommen.

Körpergewicht und Body Mass Index

Die Selbstangabe der Befragten zur Körpergröße erfolgte in cm und zum Körpergewicht in kg. Der Body Mass Index (BMI) wird als das Verhältnis von Körpergewicht zum Quadrat der Körpergröße (kg/m^2) berechnet.

Rauchen und Passivrauchbelastung

Der selbst angegebene Rauchstatus erlaubt eine Unterscheidung zwischen aktuell Rauchenden und Nichtrauchernden. Die tägliche Passivrauchbelastung für aktuell

Nichtrauchende in geschlossenen Räumen wurde ebenfalls durch Selbstangaben erhoben.

Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen

Aus den Selbstangaben zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in den letzten vier Wochen wurden dichotome Variablen gebildet, welche die Befragten mit Allgemeinbeziehungsweise Facharztbesuch von Befragten ohne entsprechende Inanspruchnahme unterscheiden.

Erhaltene, fehlende und geleistete Unterstützung

Ab 55 Jahren ($n=15.030$) wurde in Anlehnung an die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens [13] erfragt, ob sieben verschiedene Haushaltstätigkeiten (Mahlzeiten zubereiten, Telefon benutzen, Einkäufe erledigen, Medikamenteneinnahme organisieren, leichte Hausarbeit erledigen, gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen, finanzielle und alltägliche Verwaltungsangelegenheiten) jeweils ohne Hilfe ausgeführt werden konnten (Details siehe [6]). Wenn mindestens eine Tätigkeit einige oder große Schwierigkeiten bereitete, wurde der Erhalt von Hilfe erfragt und die Gruppen „Unterstützung erhalten“ und „keine Unterstützung erhalten“ gebildet. Fehlende Unterstützung wurde für beide Gruppen codiert, wenn nach Selbstangaben (mehr) Hilfe benötigt wurde. Das Erbringen von informeller Pflege oder von Unterstützung mindestens einmal pro Woche wurde bei allen Teilnehmenden erfasst und als „Unterstützung geleistet“ beziehungsweise „nicht geleistet“ gruppiert.

Bildung

Als Indikator des sozialen Status wurden Bildungsniveaus nach CASMIN-Klassifikation (Comparative Analyses of

Social Mobility in Industrial Nations) verwendet. Mithilfe schulischer und berufsbildender Bildungsabschlüsse werden drei Gruppen mit niedrigem, mittlerem und hohem Bildungsniveau unterschieden [14].

2.3 Statistische Auswertungen

Zur Fortschreibung der Zeitreihen wird eine im Vergleich zu den früheren Auswertungen im Grunde äquivalente, aber leicht veränderte statistische Methode genutzt [6]. So wurden unter Verwendung der Survey-Prozeduren für komplexe Stichproben und der Gewichtungsfaktoren für dichotome Indikatoren jeweils drei logistische und für metrische Indikatoren drei lineare Regressionsmodelle geschätzt. Als unabhängige Kontrollvariablen wurden das Bundesland, Alter, Geschlecht, Bildung sowie die Interaktionen zwischen Alter, Geschlecht und Bildung verwendet. Die Darstellung des monatlichen Verlaufs der Indikatoren über die Erhebungszeit erfolgt im ersten Modell mithilfe einer unabhängigen, kategorialen Variable. Um die Darstellung aus Modell 1 zu glätten, wurden im zweiten Modell kubische Splines auf Basis des tagesgenauen Interviewdatums verwendet, um den monatlichen Zeitverlauf zu modellieren (in Damerow et al. 2020 wurde die Glättung nicht über eine Spline-Regression sondern Polynome vierten Grades der Interviewwoche umgesetzt).

Die Ergebnisse der ersten beiden Modellschätzungen wurden verwendet, um adjustierte Vorhersagen stratifiziert nach Interviewmonat zu berechnen. Für die dichotomen Indikatoren können die Vorhersagen als adjustierte Anteile (in %) und für metrische Indikatoren als adjustierte Mittelwerte interpretiert werden. Die Ergebnisse werden

inklusive 95%-Konfidenzintervall jeweils in einer Abbildung dargestellt.

Um einen potenziellen Effekt aufgrund der pandemischen Lage zu quantifizieren und zu testen, wurden adjustierte Anteile/Mittelwerte für die Zeiträume vor und ab dem Stichtag 16.03.2020 (Bund-Länder-Vereinbarung zu Leitlinien gegen die Ausbreitung des Coronavirus [11]) berechnet und auf statistische Signifikanz getestet. Hierzu wurde ein drittes Regressionsmodell mit einer binären Variable für die Unterscheidung der Zeiträume geschätzt. Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Zeiträumen wird angenommen, wenn der p-Wert der binären Variable $< 0,05$ ist. Die Ergebnisse aller Indikatoren sind im Anhang in [Annex Tabelle 1](#) zusammengefasst. Zur Überprüfung differenzierter Entwicklungen zwischen den Zeiträumen hinsichtlich soziodemografischer Variablen wurden Interaktionen mit Alter, Geschlecht und Bildungsgruppen getestet. Alle Analysen wurden mit StataSE 17.0 (Stata Corp., College Station, TX, USA, 2017) durchgeführt.

3. Ergebnisse

3.1 Psychische Gesundheit

Mit Beginn der pandemischen Lage und den damit einhergehenden Eindämmungsmaßnahmen gingen ab April 2020 die adjustierten Anteile von Personen mit einer depressiven Symptomatik zunächst zurück, während sie im Vergleichszeitraum von April bis August 2019 angestiegen waren ([Abbildung 1](#)). Der Vergleich der Zeiträume vor und ab dem 16. März 2020 zeigt ebenfalls einen statistisch signifikanten Rückgang von 8,9 % auf 7,6 % ([Annex Tabelle 1](#)). Der Interaktionstest für geschlechts- oder altersspezifische

Die Häufigkeit depressiver Symptome hat sich in der ersten Phase der Pandemie nur vorübergehend verringert.

Effekte ergibt keine relevanten beziehungsweise signifikanten Unterschiede (Daten nicht gezeigt). Die Fortschreibung der zeitlichen Entwicklung ab Beginn der dritten Phase der Pandemie (Oktober 2020 bis Januar 2021) zeigt jedoch keine Auffälligkeiten mehr im Vergleich zum Vorjahr. Insgesamt deutet der Verlauf also auf eine temporäre Abnahme der depressiven Symptomatik in der Zeit von April bis August 2020 hin. Der gegenteilige Verlauf im Jahr 2019 spricht nicht dafür, dass es sich im Sommer 2020 um einen wiederkehrenden saisonalen Effekt handelt.

3.2 Körpergewicht und Body Mass Index

Im Zeitraum der ersten beiden Phasen der Pandemie von April bis August 2020 war im Vergleich zum Zeitraum April bis August 2019 sowohl ein Anstieg des Körpergewichts als auch des BMI zu beobachten [6]. Dieser Anstieg der monatlichen Werte hat sich in der dritten Phase nicht weiter fortgesetzt. Ab Oktober 2020 ist keine substantielle Veränderung beim mittleren adjustierten Körpergewicht beziehungsweise BMI zu erkennen (Abbildung 2). Der Vergleich

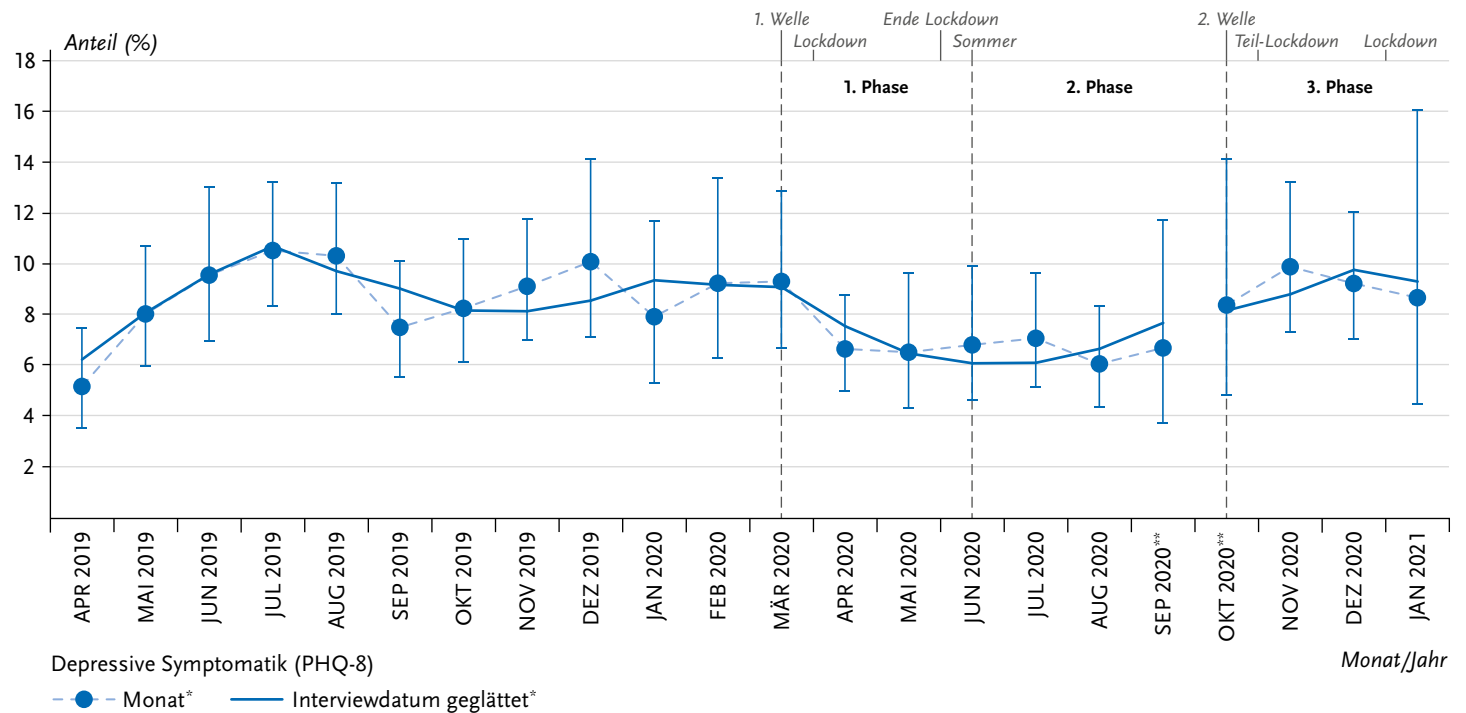


Abbildung 1
Depressive Symptomatik im Zeitverlauf von April 2019 bis Januar 2021 (adjustierte Anteile)
Quelle: GEDA 2019/2020

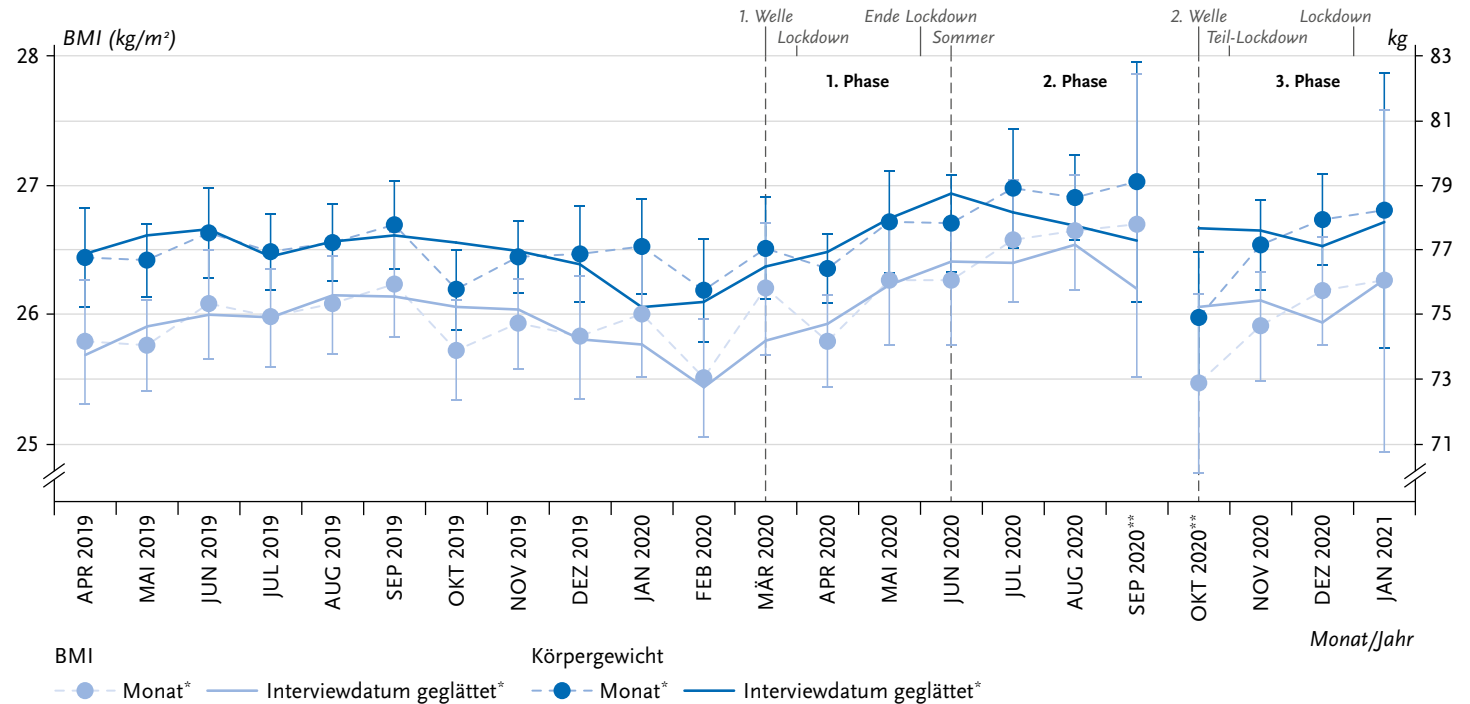
PHQ-8=8-Item Patient Health Questionnaire

*Siehe Kapitel 2.3 Statistische Auswertungen zur Berechnung der monatlichen adjustierten Anteile (Modell 1) und der geglätteten Darstellung (Modell 2)

** Erhebung war ca. sechs Wochen unterbrochen

Abbildung 2
Körpergewicht und Body Mass Index im
Zeitverlauf von April 2019 bis Januar 2021
(adjustierte Mittelwerte)
 Quelle: GEDA 2019/2020

Der anfängliche Anstieg
des Körpergewichts in der
ersten Pandemiephase
hat sich nicht fortgesetzt.



BMI = Body Mass Index

*Siehe Kapitel 2.3 Statistische Auswertungen zur Berechnung der monatlichen adjustierten Anteile (Modell 1) und der geglätteten Darstellung (Modell 2)

**Erhebung war ca. sechs Wochen unterbrochen

zwischen den Zeiträumen vor und ab dem 16. März 2020 ergibt einen statistisch signifikanten Anstieg beim mittleren adjustierten Körpergewicht von 76,9 kg auf 77,7 kg sowie beim BMI von 25,9 kg/m² auf 26,2 kg/m². Der Interaktionstest mit Alter und Geschlecht ergibt keine relevanten beziehungsweise signifikanten Unterschiede (Daten nicht gezeigt).

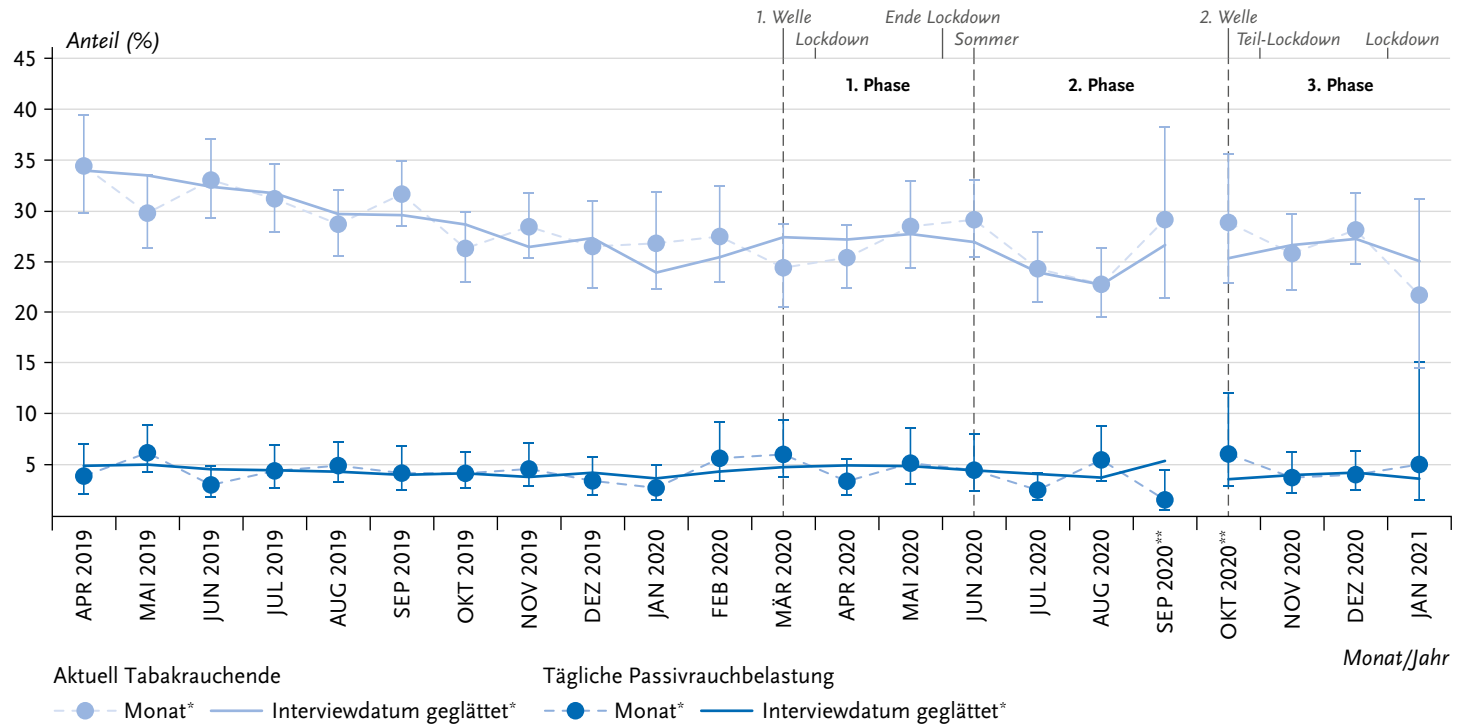
3.3 Rauchen und Passivrauchbelastung

Die Analysen für das aktuelle Rauchen im Zeitraum April 2019 bis September 2020 belegen insgesamt eine

Abnahme der Anteile von Tabakrauchenden, jedoch keine auffälligen Entwicklungen mit Beginn der pandemischen Lage (März 2020) und den damit einhergehenden Eindämmungsmaßnahmen für den Zeitraum bis Juni 2020 (erste Phase der Pandemie) [6]. Zwischen dem Beginn der dritten Phase der Pandemie (Oktober 2020) und Januar 2021 ist beim Rauchen kein eindeutiger beziehungsweise auffälliger Trend zu erkennen (Abbildung 3). Allerdings zeigt sich im Vergleich der Zeiträume vor und ab dem 16. März 2020, eine signifikante Abnahme der Rauchenden in der Bevölkerung (29,4 % und 26,2 %).

Abbildung 3
Tabakrauchen und Passivrauchbelastung im
Zeitverlauf von April 2019 bis Januar 2021
(adjustierte Anteile)
 Quelle: GEDA 2019/2020

Es gibt keine Hinweise
auf Änderungen des
Rauchverhaltens infolge
der pandemischen Lage.



*Siehe Kapitel 2.3 [Statistische Auswertungen](#) zur Berechnung der monatlichen adjustierten Anteile (Modell 1) und der geglätteten Darstellung (Modell 2)
 **Erhebung war ca. sechs Wochen unterbrochen

Für die Passivrauchbelastung zeigen sich für den gesamten Erhebungsraum keine Änderungen. Das bestätigt auch der Vergleich der Zeiträume vor und ab dem 16. März 2020: Der adjustierte Anteil von Personen mit einer täglichen Passivrauchbelastung ergab für beide Zeiträume nahezu identische Ergebnisse (4,4% und 4,3%).

Bei beiden Indikatoren sind keine Alters- oder Geschlechtereffekte anhand des Interaktionstest nachweisbar (Daten nicht gezeigt).

3.4 Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen

Die Ergebnisse der ersten Analysen zeigen einen deutlichen Rückgang der Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer und fachärztlicher Leistungen in der Zeit der Eindämmungsmaßnahmen zwischen April und Juni 2020 (erste Phase der Pandemie). Allerdings hat sich die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen schnell wieder auf vorpandemisches Niveau normalisiert [6]. Diese Entwicklung wird durch die neuen Daten für die Monate Oktober 2020

Ein deutlicher Rückgang der Inanspruchnahme allgemein- und fachärztlicher Leistungen wie in der ersten Pandemiephase ist in der dritten Phase nicht zu beobachten.

(Beginn der dritten Phase der Pandemie) bis Januar 2021 bestätigt. Die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen war nach Oktober 2020 mit den zunehmend wieder einsetzenden Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie nicht wieder rückläufig, sondern verblieb auf relativ konstantem Niveau (Abbildung 4). Der Vergleich der Zeiträume vor und nach dem 16. März 2020 ergibt bei den geschätzten adjustierten Anteilen statistisch signifikante Unterschiede bei allgemeinmedizinischen (36,9% auf 34,6%) und bei den

fachärztlichen (26,3% auf 22,0%) Leistungen. Es zeigt sich ein statistisch signifikanter Geschlechtereffekt dahingehend, dass der Rückgang in der Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Leistungen ausschließlich bei Frauen auftritt. Zudem gibt es bei den fachärztlichen Leistungen einen Alterseffekt, der die 80-jährigen und Älteren betrifft. Diese Altersgruppe ist die einzige, in der eine gleichbleibende Inanspruchnahme zu beobachten ist (Daten nicht gezeigt).

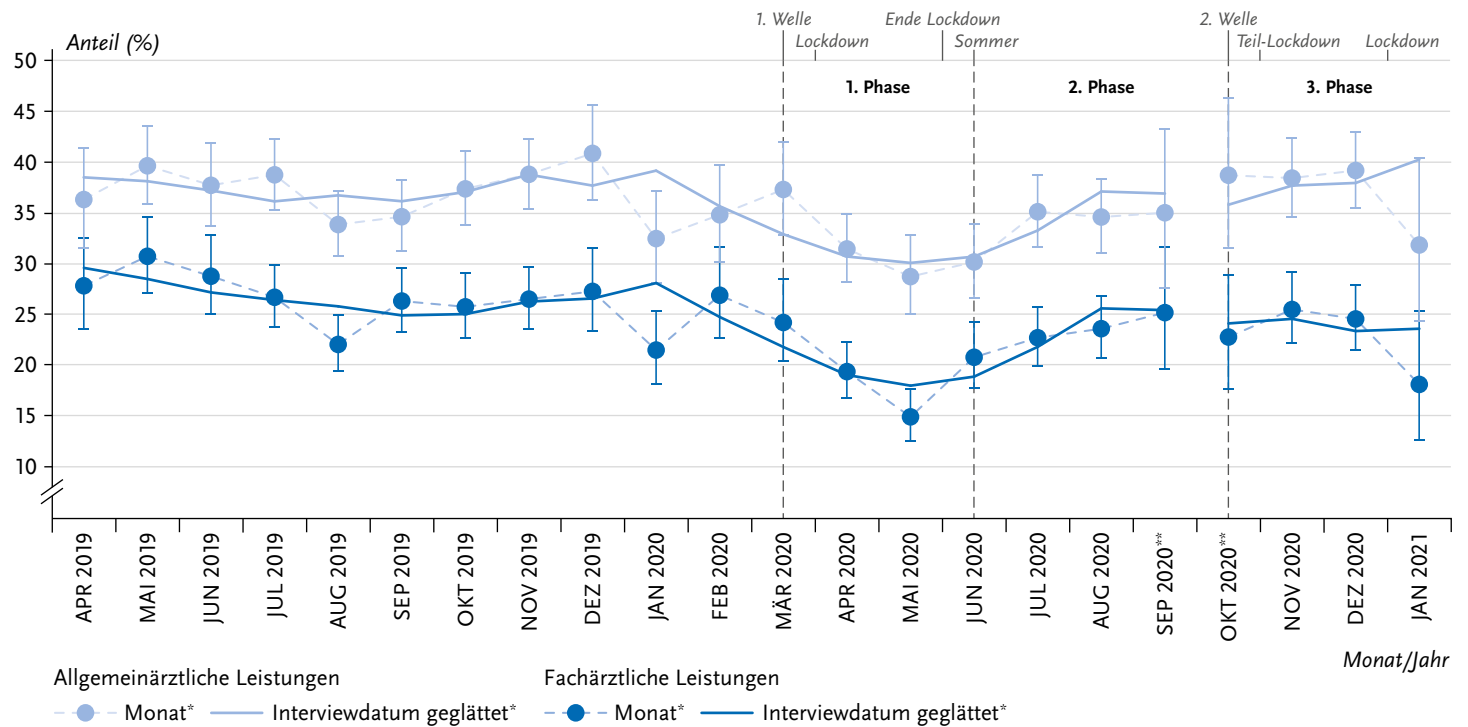


Abbildung 4
Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen im Zeitverlauf von April 2019 bis Januar 2021 (adjustierte Anteile)
Quelle: GEDA 2019/2020

*Siehe Kapitel 2.3 Statistische Auswertungen zur Berechnung der monatlichen adjustierten Anteile (Modell 1) und der geglätteten Darstellung (Modell 2)
**Erhebung war ca. sechs Wochen unterbrochen

3.5 Erhaltene, fehlende und geleistete Unterstützung

Für die adjustierten Anteile der Indikatoren zu den Unterstützungsleistungen im Haushalt für ältere Menschen ergeben sich im Zeitraum zwischen April 2019 und September 2020 keine pandemiebedingten Auffälligkeiten [6]. Auch die weitere zeitliche Entwicklung zwischen dem Beginn der dritten Phase der Pandemie ab Oktober 2020 bis Januar 2021 zeigen bei keinem der drei Indikatoren auffällige

Trends (Abbildung 5). Im Zeitraum vor der pandemischen Lage bis 16. März 2020 lag der adjustierte Anteil an Personen ab einem Alter von 55 Jahren, die Unterstützung bei Haushaltstätigkeiten erhalten, mit 59,9 % etwas niedriger als im Vergleichszeitraum (62,6 %, Unterschied nicht statistisch signifikant). Die Schätzung fehlender Unterstützung (ab 55 Jahre) blieb ebenso nahezu identisch (29,0 % vs. 28,4 %) wie auch die adjustierten Anteile an Personen, die Unterstützung leisten (21,6 % vs. 22,2 %).

Der Anteil an Personen mit Unterstützung bei Haushaltstätigkeiten ist im gesamten Beobachtungszeitraum weitgehend konstant geblieben.

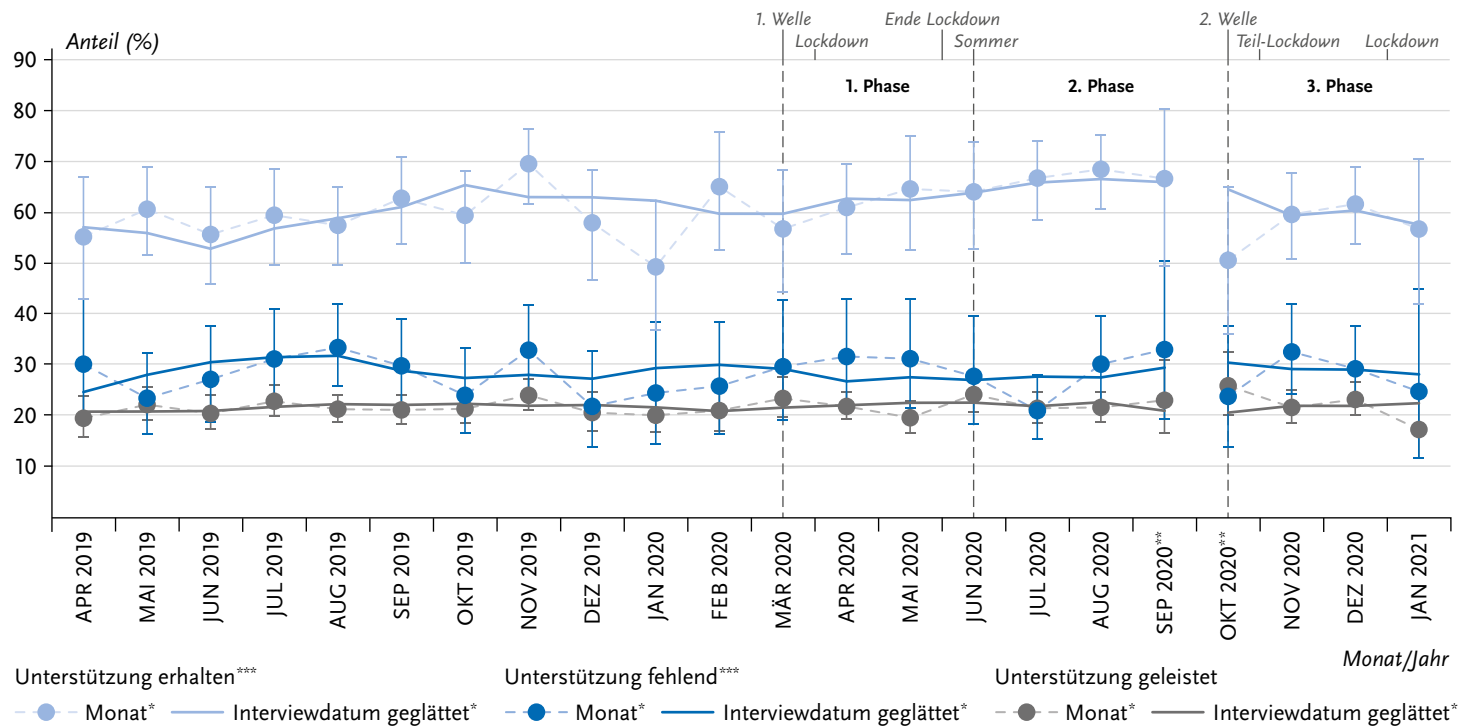


Abbildung 5

Erhaltene, fehlende und geleistete

Unterstützung im Zeitverlauf von April 2019 bis Januar 2021 (adjustierte Anteile)

Quelle: GEDA 2019/2020

*Siehe Kapitel 2.3 Statistische Auswertungen zur Berechnung der monatlichen adjustierten Anteile (Modell 1) und der geglätteten Darstellung (Modell 2)

Erhebung war ca. sechs Wochen unterbrochen, *Nur Befragte ab 55 Jahre

Bei keinem der drei Indikatoren sind Alters- oder Geschlechtereffekte anhand des Interaktionstest nachweisbar (Daten nicht gezeigt).

3.6 Unterschiede nach Bildung

Die für den Vergleich der beobachteten Zeiträume vor und nach dem 16.03.2020 durchgeführten Trendtests für die hier betrachteten Indikatoren zeigen nur wenige auffällige Interaktionseffekte mit der Bildung der Befragten. Die Trends unterscheiden sich für die betrachteten Bildungsgruppen überwiegend nicht systematisch voneinander. Ausnahme bildet die Inanspruchnahme von fachärztlichen Leistungen. Hier zeigen sich signifikante Unterschiede nach dem Bildungsniveau insofern, als dass die Inanspruchnahme in der oberen und unteren Bildungsgruppe stärker zurückging als in der mittleren Bildungsgruppe (Daten nicht gezeigt). Ein geringerer Rückgang der Inanspruchnahme von Hausärztinnen und -ärzten in der mittleren Bildungsgruppe für den Zeitraum bis Dezember 2020 [6] lässt sich für den aktuell beobachteten Zeitraum nicht mehr feststellen.

4. Diskussion

Mit den Daten der Studie GEDA 2019/2020-EHIS zeigte sich im Erhebungszeitraum April 2019 bis September 2020 bei ausgewählten Gesundheitsindikatoren ein differenziertes Bild bezüglich potenzieller Auswirkungen aufgrund der pandemischen Lage und den damit einhergehenden nicht-pharmazeutischen Interventionsmaßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie [6]. Die Verlängerung der

Datenerhebung von Oktober 2020 bis Januar 2021 vervollständigt die Zeitreihen für das Jahr 2020. Der Anteil an Rauchenden, Personen mit Passivrauchbelastung sowie die erhaltene, fehlende und geleistete Unterstützung ist auch mit Beginn der dritten Phase der Pandemie bis zum Ende des Jahres 2020 weiterhin unauffällig. Es zeigen sich keine Veränderungen, die im Zusammenhang mit der pandemischen Lage zu stehen scheinen. Beim BMI beziehungsweise Körpergewicht ist für die Monate Oktober 2020 bis Januar 2021 kein weiterer Anstieg, sondern ein relativ konstantes Niveau zu beobachten. Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, bei denen für die dritte Phase der Pandemie aufgrund der zweiten Infektionswelle und der Weidereinführung von Eindämmungsmaßnahmen ab Oktober 2020 ein erneuter Rückgang zu erwarten gewesen wäre, ist keine Veränderung zu beobachten. Gleiches gilt für den geschätzten Anteil an Personen mit einer depressiven Symptomatik, welcher mit Beginn der dritten Pandemiephase und der erneuten sukzessiven Verschärfung von Eindämmungsmaßnahmen auf vorpandemischem Niveau zu liegen scheint.

Mit der Studie GEDA 2019/2020 stehen Daten zur Verfügung, die den Zeitraum ab circa einem Jahr vor Beginn der pandemischen Lage sowie annähernd das gesamte Jahr 2020 umfassen. Somit ist es möglich, die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die gesundheitliche Lage jenseits des Infektionsgeschehens zu analysieren. Eine Besonderheit der Studie sind die standardisierten Erhebungsinstrumente, die nicht COVID-19-spezifisch sind, sondern in identischer Weise vor und ab Beginn der pandemischen Lage eingesetzt wurden und somit potenzielle Auswirkungen der Pandemie nicht retrospektiv erfassen.

Den Autorinnen und Autoren ist keine deutschlandweite, bevölkerungsbezogene Gesundheitsstudie bekannt, die über vergleichbare Daten verfügt. Die Studie GEDA 2019/2020-EHIS wurde ursprünglich nicht für diesen Zweck durchgeführt [9], weswegen die Auswahl der Indikatoren auf die bestehende Datenbasis beschränkt ist und somit nur einen Ausschnitt möglicher Auswirkungen auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten abbildet. Da GEDA 2019/2020 mit identischer Methodik fortgeführt wurde, sind die allgemein bekannten Limitationen von Telefonstudien und spezielle potenzielle Einschränkungen der vorliegenden Analysen weiterhin zutreffend [6, 9]. Die Ergebnisse der Monate September und Oktober 2020 sowie Januar 2021 sollten aufgrund geringer Fallzahlen ([Annex Abbildung 1](#)) und der damit einhergehenden höheren statistischen Unsicherheit vorsichtig interpretiert werden. Zudem gehen durch die Unterbrechung der Befragungen von circa sechs Wochen im September und Oktober die Erhebungszeitpunkte nicht direkt ineinander über.

Auf Bevölkerungsebene werden anfängliche Befürchtungen, dass depressive Symptome aufgrund der COVID-19-Pandemie oder der Eindämmungsmaßnahmen zunehmen könnten, durch die vorliegenden Ergebnisse nicht unterstützt. Es ist sogar ein leichter Rückgang im Zuge der ersten Phase der Pandemie zu beobachten. Die Fortschreibung der Zeitreihe ab Beginn der dritten Phase der Pandemie (Oktober 2020 bis Januar 2021) zeigt, dass es sich hierbei um einen temporären Rückgang der depressiven Symptomatik handelt. Ergänzende Analysen zu einzelnen Items gaben bereits in der vorangegangenen Arbeit Hinweise darauf, dass der Rückgang insbesondere die Bereiche Müdigkeit, Energieverlust und

Konzentrationsschwierigkeiten betraf [6]. Diese treten als Begleiterscheinungen von chronischem Stress auf [15]. Ein aktuelles Review zur psychischen Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland während der COVID-19 Pandemie, das sich vor allem auf Daten aus der ersten und zweiten Phase der Pandemie bezog, fand ebenso keine Hinweise auf gravierende Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit in der Bevölkerung [16]. In den wenigen, nichtrepräsentativen Längsschnittstudien wurden sowohl intraindividuelle Verschlechterungen als auch Verbesserungen psychischer Gesundheit beobachtet [16]. Die hier berichteten Analysen, die den weiteren Verlauf der Pandemie bis Anfang 2021 mit einbeziehen, weisen nicht darauf hin, dass psychische Belastungen über die Zeit negativ kumulieren. Dieses Ergebnis steht auch im Einklang mit vorliegenden Daten zu Suizidraten. Vorab geäußerte Befürchtungen von erhöhten Suizidraten während der Pandemie [17] konnten nicht bestätigt werden. Die Sterbefälle aufgrund vorsätzlicher Selbstbeschädigung liegen im Jahr 2020 auf vergleichbarem Niveau wie in den Vorjahren [18]. Diese Ergebnisse treffen für die Allgemeinbevölkerung zu, Forschungsbedarf besteht hier bezüglich der Veränderungen in spezifischen, vulnerablen Bevölkerungsgruppen [16].

Unter Berücksichtigung der Monate Oktober 2020 bis Januar 2021 zeigt sich kein weiterer Anstieg beim Körpergewicht und BMI, nichtsdestotrotz hat im Vergleich zum Zeitraum vor der Pandemie der mittlere BMI um 0,3 Einheiten und das Körpergewicht um 0,8 kg zugenommen. Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie haben zu Alltagsveränderungen geführt, die eine Zunahme des Körpergewichts begünstigt haben. Eine Übersichtsarbeit, die Risikofaktoren für eine Gewichtszunahme

zusammengetragen hat, zeigt, dass das Körpergewicht bei Personen, die angeben, während einer Quarantäne zugenommen zu haben, nach nur zwei Monaten zwischen 0,5 und 1,8 kg ($\pm 2,8$ kg) ansteigt. Als Risikofaktoren werden häufiger sitzende Tätigkeiten und weniger körperliche Aktivität, häufigeres Naschen (vor allem nach dem Abendessen), vermehrter Alkoholkonsum und geringerer Konsum an Wasser, häufiger emotional motiviertes Essen, verminderte Schlafqualität und das Vorliegen von Übergewicht oder Adipositas genannt [19]. Übergewicht und Adipositas sind wiederum Risikofaktoren für viele gesundheitliche Beschwerden und haben aus diesem Grund eine große Public-Health-Relevanz. Eine anhaltende Gewichtszunahme könnte das Auftreten von mit Übergewicht und Adipositas assoziierten Gesundheitsprobleme und Erkrankungen begünstigen. Auf Bevölkerungsebene hat sich im weiteren Pandemieverlauf gezeigt, dass sich das mittlere Körpergewicht und der BMI nicht wieder reduziert haben. Inwiefern Körpergewicht und BMI dauerhaft auf diesem Niveau verbleiben und wie Veränderungen in unterschiedlichen Gruppen verteilt sind, wird in nachfolgenden Analysen ausgewertet.

Die vorliegenden Daten zeigen zwar eine Abnahme der Anteile von Rauchenden im Erhebungszeitraum, aber keinen Einfluss der COVID-19-Pandemie oder der pandemiebedingten Maßnahmen. Das ist vor dem Hintergrund der langfristigen Abnahme im Rauchverhalten in Deutschland grundsätzlich plausibel [20]. Da Rauchen als Risikofaktor für einen schweren COVID-19-Verlauf gilt [21], wäre eine Abnahme der Rauchprävalenz erwartbar gewesen. Vor dem Hintergrund, dass (vermehrtes) Rauchen als Strategie zur Bewältigung von Gefühlen wie Angst und Sorgen

angewandt wird [22, 23], wäre aber auch eine Zunahme der Rauchprävalenz plausibel gewesen. Ergebnisse anderer Studien belegen vor allem eine Zunahme der Stärke des Tabakkonsums [23, 24], was aber nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung war. Für die tägliche Passivrauchbelastung zeigen sich keine Veränderungen im Pandemieverlauf, obwohl auch hier zumindest entsprechend der Rauchprävalenz eine Abnahme zu erwarten gewesen wäre.

In der Folge der Eindämmungsmaßnahmen im Zuge der ersten Phase der Pandemie hat die Bevölkerung offenbar in ausgeprägter Weise auf die Inanspruchnahme ambulant ärztlicher Leistungen verzichtet. Ähnliche Entwicklungen wurden auch in anderen Studien für verschiedene Leistungsbereiche national und international aufgezeigt [25–31]. Ein erneuter Rückgang mit Beginn der dritten Pandemiephase ab Oktober 2020 konnte mit den vorliegenden Daten hingegen nicht beobachtet werden. Es ist aber auch kein starker Anstieg zu erkennen, der einen Hinweis auf Nachholeffekte in der Nutzung ärztlicher Leistungen geben könnte. Die Bevölkerung hat sich in ihrem Hilfesuchverhalten also insofern auf die pandemische Lage eingestellt, als dass ambulante Leistungen deutlich häufiger als während der ersten Phase der Eindämmungsmaßnahmen im Frühjahr in Anspruch genommen wurden. Insgesamt führt der zeitweise starke Rückgang zwischen April und Juni 2020 aber zu einer Verringerung der Häufigkeit ärztlicher Kontakte im gesamten Vergleichszeitraum vor und ab der pandemischen Lage. Auswertungen der Fallzahlen der vertragsärztlichen Versorgung zeigen auch, dass im Herbst 2020 noch nicht das Niveau der Inanspruchnahme aus dem Jahr 2019 erreicht wurde [32]. In den vorliegenden Analysen ist zudem auffällig, dass der Rückgang der

allgemeinmedizinischen Inanspruchnahme vor allem bei Frauen zu finden ist. Allgemeinmedizinische Praxen werden häufig auch zu präventiven Zwecken aufgesucht, viele fachärztliche Praxen hingegen stärker aufgrund konkreter Behandlungsanlässe. Da Frauen stärker als Männer zur Nutzung präventiver Angebote neigen, könnte der Rückgang in einer vorübergehenden Verschiebung solcher Leistungen zu suchen sein. Bei älteren Befragten war der Rückgang der Inanspruchnahme nicht zu finden. Diese sind aufgrund chronischer Erkrankungen stärker als jüngere Menschen auf Arztbesuche angewiesen und neigen möglicherweise weniger dazu, Behandlungen aufzuschieben.

Für die Bevölkerung ab 55 Jahren mit Schwierigkeiten bei alltäglichen Haushaltstätigkeiten zeigen die Ergebnisse, dass offenbar ausreichend Unterstützung bei Haushaltsaktivitäten während der Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie vorhanden war. Das lässt vermuten, dass familiäre und nachbarschaftliche Netzwerke oder auch professionelle Unterstützung wohl in ausreichendem Maße zur Verfügung standen und im Jahr 2020 genutzt wurden.

Mit den Daten der Studie GEDA 2019/2020 ist es möglich, die gesundheitliche Lage der Bevölkerung für das gesamte Jahr 2020 vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie zu analysieren und Vergleiche mit der vorpandemischen Zeit durchzuführen. Ausgehend von den 2020 vorgelegten Analysen [6] ist eine weitgehende Stabilisierung zu beobachten. Indikatoren, die in den ersten beiden Phasen der Pandemie keine Auffälligkeiten aufwiesen, haben sich auch ab der dritten Phase mit dem Beginn der zweiten Infektionswelle und den sukzessiv wieder verschärften Eindämmungsmaßnahmen nicht verändert. Bei Indikatoren mit pandemiebedingten Effekten aus der Anfangsphase

der Pandemie, wie dem BMI/Körpergewicht oder der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, sind ähnliche Veränderungen zwischen Oktober 2020 und Januar 2021 nicht nachweisbar. Die vorliegenden Ergebnisse gelten nur für die Allgemeinbevölkerung. Einzelne Bevölkerungsgruppen haben unter Umständen differenzierter auf die mit der Pandemie einhergehenden Herausforderungen und Belastungen reagiert. Hierzu muss zukünftige Forschung Aufschluss geben, die weitere Bevölkerungsgruppen wie Menschen mit geringem Einkommen, Arbeitslose, Alleinerziehende, ältere Menschen oder Personen mit chronischen Erkrankungen wie etwa Diabetes [33] in den Fokus nimmt. In Bezug auf Bildungsunterschiede fokussieren die hier durchgeführten Analysen ausschließlich unterschiedliche Trends für die Vergleichszeiträume vor und nach dem 16.3.2020. Diese haben sich nur für den Indikator der Inanspruchnahme gezeigt. Die Analysen berücksichtigen, ob es bezüglich der betrachteten Bildungsgruppen zu signifikanten Unterschieden in den Prävalenzdifferenzen in den beiden Vergleichszeiträumen gekommen ist (absolute Unterschiede). Relative Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen beziehungsweise Unterschiede im Prävalenzverhältnis werden dabei nicht betrachtet. Diese können beispielsweise auch dann beobachtet werden, wenn in allen Vergleichsgruppen die Prävalenzen gleichmäßig zu- oder abnehmen. Sinken beispielsweise Prävalenzen in der obersten und untersten Bildungsgruppe im Vergleichszeitraum gleichmäßig um zehn Prozentpunkte von 40 % und 20 % auf 30 % beziehungsweise 10 %, so ändern sich die Prävalenzdifferenzen zwischen den Bildungsgruppen zwar nicht, das Prävalenzverhältnis zwischen beiden Gruppen dagegen schon.

Mit Abschluss der Datenerhebung der Studie GEDA 2019/2020 war das Infektionsgeschehen der zweiten Welle noch nicht abgeklungen und es gab in der Folge noch weitergehende Eindämmungsmaßnahmen [1, 2]. Folglich kann für die gesamte Pandemie und die damit einhergehenden Eindämmungsmaßnahmen keine abschließende Bewertung erfolgen. Hierzu wäre es nötig, die Entwicklung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung auch im weiteren Pandemieverlauf kontinuierlich zu beobachten.

Korrespondenzadresse

Stefan Damerow
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: DamerowS@rki.de

Zitierweise

Damerow S, Rommel A, Beyer AK, Hapke U, Schienkiewitz A et al. (2022)
Gesundheitliche Lage in Deutschland in der COVID-19-Pandemie.
Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie
GEDA 2019/2020 – Ein Update.
J Health Monit 7(S3): 2–21.
DOI 10.25646/9880

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

Datenschutz und Ethik

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

Förderungshinweis

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

Interessenkonflikt

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

Danksagung

Ein besonderer Dank gilt allen Beteiligten, die durch ihre engagierte Mitarbeit die GEDA-Studie ermöglicht haben: den Interviewerinnen und Interviewern der USUMA GmbH, den Kolleginnen und Kollegen des GEDA-Teams am RKI. Ebenfalls möchten wir uns bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern herzlich bedanken.

Literatur

1. Schilling J, Buda S, Fischer M et al. (2021) Retrospektive Phaseneinteilung der COVID-19- Pandemie in Deutschland bis Februar 2021. *Epid Bull* (15):8–17
2. Tolksdorf K, Buda S, Schilling J (2021) Aktualisierung zur „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19- Pandemie in Deutschland“. *Epid Bull* 2 37:13–14
3. Mayr V, Nussbaumer-Streit B, Gartlehner G et al. (2020) Quarantänemaßnahmen zur Eindämmung der COVID-19 Pandemie. Kompetenznetz Public Health COVID-19, Bremen
4. Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E (2020) COVID-19-Pandemie: Psychische Störungen werden zunehmen. *Dtsch Arzteb* 117(21):A1114–1117
5. Jordan S, Starker A, Krug S et al. (2020) Gesundheitsverhalten und COVID-19: Erste Erkenntnisse zur Pandemie. *J Health Monit* 5(S8):2–16. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6993> (Stand: 01.06.2022)
6. Damerow S, Rommel A, Prütz F et al. (2020) Die gesundheitliche Lage in Deutschland in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie. Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *J Health Monit* 5(4):3–22. <https://edoc.rki.de/handle/176904/7548.2> (Stand: 01.06.2022)
7. Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. *Bundesgesundheitsbl* 52:557–570
8. 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
9. Allen J, Born S, Damerow S et al. (2021) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. *J Health Monit* 6(3):72–87. <https://edoc.rki.de/handle/176904/8753> (Stand: 01.06.2022)
10. Robert Koch-Institut (2021) Fragebogen zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell: GEDA 2019/2020-EHIS. *J Health Monit* 6(3):88–106. <https://edoc.rki.de/handle/176904/8752> (Stand: 01.06.2022)
11. Bundesregierung (2020) Leitlinien gegen Ausbreitung des Coronavirus (16.03.2020). <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/leitlinien-bund-laender-1731000> (Stand: 01.06.2022)
12. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL et al. (2009) The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord* 114(1–3):163–173
13. Lawton MP, Brody EM (1969) Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9(3):179–186
14. Lechert Y, Schroedter J, Lüttinger P (2006) Die Umsetzung der Bildungsklassifikation CASMIN für die Volkszählung 1970, die Mikrozensus- Zusatzserhebung 1971 und die Mikrozensus 1976–2004. ZUMA-Methodenbericht 2006/12. ZUMA, Mannheim
15. BAuA (2020) Stressreport Deutschland 2019: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund
16. Mauz E, Eicher S, Peitz D et al. (2021) Psychische Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie. Ein Rapid-Review. *J Health Monit* 6(S7):2–65. <https://edoc.rki.de/handle/176904/8995.2> (Stand: 01.06.2022)
17. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (2020) Suizidprävention: in Krisenzeiten besonders wichtig. <https://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2020/Suizid.html> (Stand: 01.06.2022)
18. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021) Todesursachenstatistik. https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_orientation?p_uid=gast&p_aid=72630385&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=8&p_ansnr=52652872&p_version=10&D.000=3&D.001=3&D.002=2&D.003=1&D.004=3&D.954=3&D.011=3&D.100=1 (Stand: 31.03.2022)
19. Zeigler Z (2021) COVID-19 Self-quarantine and Weight Gain Risk Factors in Adults. *Curr Obes Rep* Sep(3):423–433
20. Zeiger J, Finger JD, Kuntz B et al. (2018) Zeitliche Trends beim Rauchverhalten Erwachsener in Deutschland : Ergebnisse sieben bundesweiter Gesundheitssurveys 1991–2015. *Bundesgesundheitsbl* 61(11):1365–1376
21. Li J, He X, Yuan Y et al. (2021) Meta-analysis investigating the relationship between clinical features, outcomes, and severity of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) pneumonia. *Am J Infect Control* 49(1):82–89
22. Martínez-Cao C, de la Fuente-Tomás L, Menéndez-Miranda I et al. (2021) Factors associated with alcohol and tobacco consumption as a coping strategy to deal with the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and lockdown in Spain. *Addict Behav* 121:107003

23. Koopmann A, Georgiadou E, Reinhard I et al. (2021) The Effects of the Lockdown during the COVID-19 Pandemic on Alcohol and Tobacco Consumption Behavior in Germany. *Eur Addict Res* 27(4):242–256

24. Vanderbruggen N, Matthys F, Van Laere S et al. (2020) Self-Reported Alcohol, Tobacco, and Cannabis Use during COVID-19 Lockdown Measures: Results from a Web-Based Survey. *Eur Addict Res* 26(6):309–315

25. Slagman A, Behringer W, Greiner F et al. (2020) Medizinische Notfälle während der COVID-19-Pandemie. *Dtsch Arztebl Int* 117(33–34):545–552

26. Ramshorn-Zimmer A, Schröder R, Fakler J et al. (2020) Notaufnahme während der Coronapandemie: Weniger Non-COVID-19-Notfälle. *Dtsch Arztebl Int* 117(24):1201–1205

27. Boender TS, Greiner F, Kocher T et al. (2020) Inanspruchnahme deutscher Notaufnahmen während der COVID-19-Pandemie – Der Notaufnahme-Situationsreport (SitRep). *Epid Bull* (27):3–5

28. Günster C, Drogan D, Hentschker C et al. (2020) WIdO-Report: Entwicklung der Krankenhausfallzahlen während des Coronavirus-Lockdowns. WIdO, Berlin

29. Parikh KD, Ramaiya NH, Kikano EG et al. (2020) COVID-19 Pandemic Impact on Decreased Imaging Utilization: A Single Institutional Experience. *Acad Radiol* 27(9):1204–1213

30. Guo H, Zhou Y, Liu X et al. (2020) The impact of the COVID-19 epidemic on the utilization of emergency dental services. *J Dent Sci* 15(4):564–567

31. Hoyer C, Ebert A, Szabo K et al. (2020) Decreased utilization of mental health emergency service during the COVID-19 pandemic. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*:1–3

32. Mangiapane S, Zhu L, Kretschmann J et al. (2021) Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise. Tabellarischer Trendreport für das Jahr 2020. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin

33. Du Y, Baumert J, Damerow S et al. (2021) Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen während der COVID-19-Pandemie bei Personen mit und ohne Diabetes in Deutschland. *J Health Monit* 6(2):54–61.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/8397> (Stand: 01.06.2022)

Annex Tabelle 1
Vergleich adjustierter Anteile und Mittelwerte
vor und ab 16.03.2020

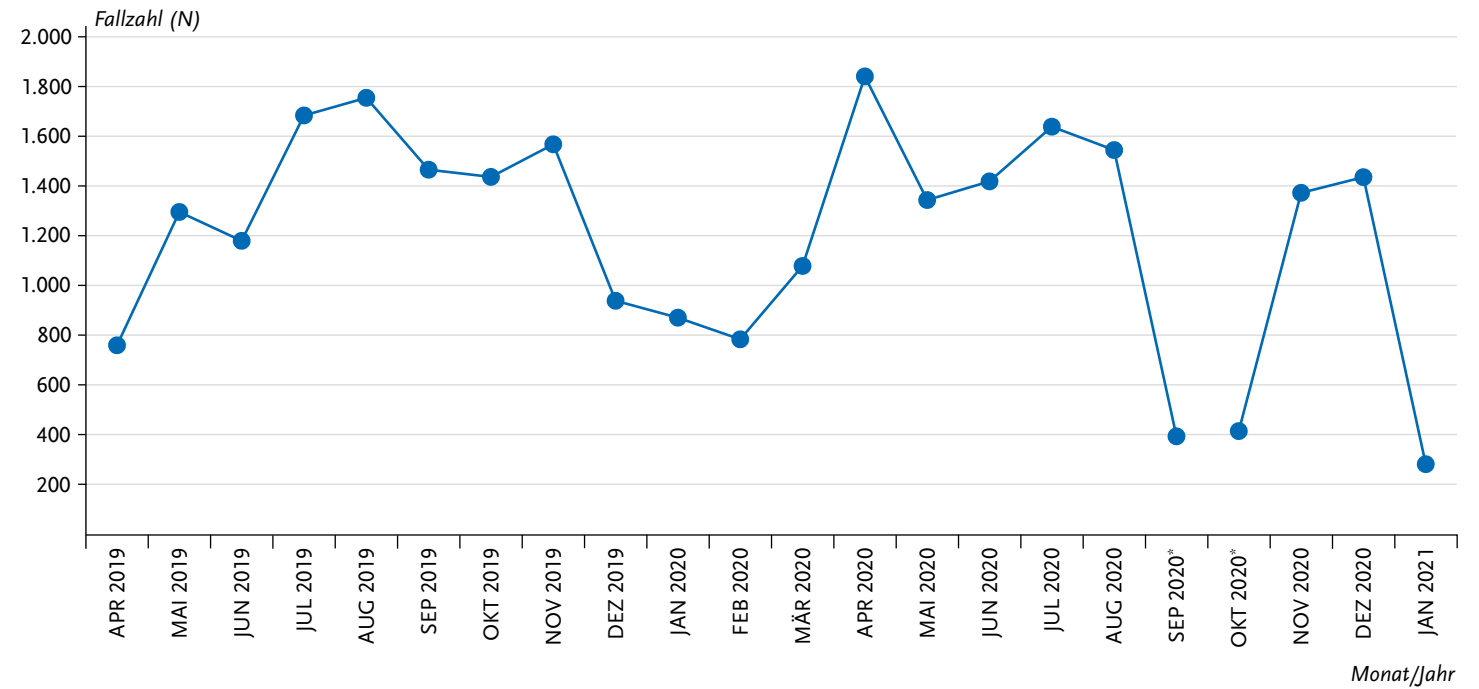
Quelle: GEDA 2019/2020

Indikator	Adjustierter Anteil/Mittelwert mit 95 %-KI (vor 16.03.2020)	Adjustierter Anteil/Mittelwert mit 95 %-KI (ab 16.03.2020)	Fallzahl (GEDA 2019/2020 gesamt)
Inanspruchnahme: Allgemeinärztinnen und -ärzte (%)	36,9 (35,8–38,1)	34,6 (33,3–35,9)	26.427
Inanspruchnahme: Fachärztinnen und -ärzte (%)	26,3 (25,2–27,3)	22,0 (21,0–23,1)	26.379
Psychische Gesundheit: Depressive Symptomatik (PHQ-8) (%)	8,9 (8,2–9,8)	7,6 (6,8–8,5)	25.981
Unterstützung in Haushalt erhalten (%)*	59,9 (57,0–62,8)	62,6 (59,5–65,6)	4.504
Unterstützung im Haushalt benötigt (%)*	29,0 (26,2–31,9)	28,4 (25,3–31,6)	4.488
Unterstützung geleistet (%)	21,6 (20,6–22,6)	22,2 (21,1–23,4)	26.479
Tabakrauchen (%)	29,4 (28,3–30,5)	26,2 (24,9–27,5)	26.497
Tägliche Passivrauchbelastung (%)	4,4 (3,8–5,1)	4,3 (3,6–5,1)	20.878
Body Mass Index	25,9 (25,8–26,1)	26,2 (26,0–26,3)	26.128
Körpergewicht	76,9 (76,5–77,3)	77,7 (77,2–78,2)	26.160

KI = Konfidenzintervall, PHQ-8 = 8-Item Patient Health Questionnaire, Fettdruck = p-Wert < 0,05

* Nur Teilnehmende ≥ 55 Jahre

Annex Abbildung 1
Entwicklung der realisierten Interviews in
GEDA 2019/2020 im Zeitverlauf von
April 2019 bis Januar 2021
Quelle: GEDA 2019/2020



*Erhebung war ca. sechs Wochen unterbrochen

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

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

Satz

Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

Bildnachweis

Aufnahme von SARS-CoV-2 auf Titel und Marginalspalte:
© CREATIVE WONDER – stock.adobe.com

ISSN 2511-2708

Hinweis

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



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



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