

Journal of Health Monitoring · 2018 3(2)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-068
Robert Koch-Institut, Berlin

Thomas Lampert, Claudia Schmidtke,
Lea-Sophie Borgmann,
Christina Poethko-Müller, Benjamin Kuntz

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

Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland

Abstract

Die subjektive Gesundheit spiegelt nicht nur vorhandene Krankheiten und Gesundheitsbeschwerden wider, sondern insbesondere das persönliche Wohlbefinden. In Studien wird die subjektive Gesundheit häufig über die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes erfasst. Im Rahmen der Studie GEDA 2014/2015-EHIS wurde dazu das international bewährte Minimum European Health Module (MEHM) eingesetzt. Danach schätzen 68,2 % der Erwachsenen in Deutschland ihren allgemeinen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein, die verbleibenden 31,8 % als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht. Der Anteil der Frauen, die ihre Gesundheit als sehr gut oder gut bewerten, liegt geringfügig unter dem entsprechenden Anteil der Männer (66,6 % gegenüber 69,9 %). Frauen wie Männer schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand im Altersverlauf zunehmend schlechter ein. Darüber hinaus sind Bildungsunterschiede zuungunsten von Frauen und Männern mit niedrigem Bildungsniveau und zum Teil auch regionale Unterschiede zu beobachten.

◆ SUBJEKTIVE GESUNDHEIT · ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND · GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT · GESUNDHEITSMONITORING

Einleitung

Die subjektive Gesundheit ist fester Bestandteil vieler bevölkerungsbezogener Gesundheitsstudien [1]. Neben vorhandenen Krankheiten und Beschwerden spiegelt die subjektive Gesundheit insbesondere das persönliche Wohlbefinden wider. Entsprechend besteht zwischen objektiver und subjektiver Gesundheit ein messbarer Zusammenhang, beide Dimensionen stimmen aber nicht vollends überein [2]. Erhoben wird die subjektive Gesundheit oftmals über die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes, die sich in Längsschnittstudien als zuverlässiger Prädiktor für die zukünftige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und die Sterblichkeit erwiesen hat [3–6]. Außerdem ist das Auftreten und der Verlauf chronischer Erkrankungen und Funktionseinschränkungen mit der zu einem früheren Zeitpunkt erhobenen Selbsteinschätzung

des allgemeinen Gesundheitszustandes assoziiert [7, 8]. Zusammenhänge sind darüber hinaus zum Gesundheitsverhalten und zur Motivation für eine gesundheitsförderliche Lebensweise sowie zur aktiven Teilhabe am gesellschaftlichen Leben festzustellen [9, 10]. Soziale Unterschiede in Bezug auf die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes, zum Beispiel zwischen Bildungs- und Einkommensgruppen, liefern somit auch Hinweise auf gesundheitliche Ungleichheiten, die in der sozial ungleichen Verteilung von Krankheiten, Beschwerden und Gesundheitsrisiken sowie daraus resultierenden Versorgungsbedarfen zum Ausdruck kommen [11].

Indikator

Die subjektive Gesundheit wurde in der GEDA 2014/2015-EHIS-Studie über die Selbstangabe der Befragten in 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: Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (13.144 Frauen und 10.872 Männer)

Response rate: 26,9%

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Mehr Informationen unter
www.geda-studie.de

schriftlich oder online auszufüllenden Fragebogen erfasst. Dazu wurde entsprechend einer Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gefragt „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“ [12]. Die Befragten wurden gebeten, eine von fünf vorgegebenen Antwortmöglichkeiten auszuwählen: „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“. Diese Frage ist Teil des international bewährten Mindestmoduls Gesundheit (Minimum European Health Module – MEHM), das in vielen Gesundheitssurveys eingesetzt wird [13]. Auch in den GEDA-Studien 2009, 2010 und 2012, die auf Telefoninterviews basierten, wurde die subjektive Gesundheit auf diese Weise erhoben [14]. Für die folgende Ergebnisdarstellung werden entweder alle fünf Antwortmöglichkeiten berücksichtigt oder es wird der Anteil der Personen mit sehr guter oder guter Gesundheit in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt.

Die Analysen basieren auf Daten von 23.906 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren (13.077 Frauen und 10.829 Männer), die gültige Angaben zu ihrem allgemeinen Gesundheitszustand gemacht haben. Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Der Kreistyp spiegelt den Grad der Urbanisierung wider und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse der Teilnehmenden zu klassifizieren [15]. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn der entsprechende p-Wert kleiner als 0,05 ist.

Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS findet sich bei Lange et al. 2017 [16] sowie im Beitrag [Gesundheit in Deutschland aktuell – Neue Daten für Deutschland und Europa](#) in Ausgabe 1/2017 des Journal of Health Monitoring [17].

Ergebnisse und Einordnung

Nach den Daten der GEDA 2014/2015-EHIS-Befragung schätzen 68,2% der Erwachsenen in Deutschland ihren allgemeinen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein. Bei Frauen liegt dieser Anteil mit 66,6% etwas niedriger ([Tabelle 1](#)) als bei Männern, die zu 69,9% ihre Gesundheit als sehr gut oder gut bewerten ([Tabelle 2](#)). Daneben zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den betrachteten Altersgruppen: 18- bis 29-jährige Personen geben mit 85,0% am häufigsten an, einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand zu haben. Bei den 65-Jährigen und Älteren sind es nur noch 47,5%. Die nach Altersgruppen differenzierende Betrachtung macht darüber hinaus deutlich, dass die Unterschiede zwischen Frauen und Männern nur in der jüngsten Altersgruppe bestehen. Von den 18- bis 29-jährigen Frauen geben 80,4% einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand an, bei den gleichaltrigen Männern sind es 89,3%. In den übrigen Altersgruppen liegt der Anteil der Frauen mit sehr guter oder guter Gesundheit zwar auch etwas niedriger als der entsprechende Anteil der Männer, die Unterschiede sind aber statistisch nicht bedeutsam.

Tabelle 1
Selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand nach Alter und Bildungsstatus bei Frauen (n=13.077)
 Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS



Zwei Drittel der Erwachsenen in Deutschland beurteilen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut.

Im Altersverlauf nimmt der Anteil der Personen mit sehr guter oder guter Gesundheit ab.

Frauen	Sehr gut		Gut		Mittelmäßig		Schlecht		Sehr schlecht	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	13,9	(13,2–14,7)	52,7	(51,6–53,7)	27,9	(26,9–28,9)	4,8	(4,3–5,3)	0,7	(0,6–1,0)
18–29 Jahre	24,2	(22,0–26,6)	56,2	(53,7–58,7)	17,1	(15,1–19,3)	2,4	(1,6–3,5)	0,1	(0,0–0,4)
Untere Bildungsgruppe	20,6	(16,0–26,1)	49,6	(43,6–55,5)	25,0	(19,9–30,8)	4,4	(2,2–8,5)	0,5	(0,1–1,8)
Mittlere Bildungsgruppe	23,4	(21,0–26,1)	58,7	(55,3–61,9)	15,9	(13,5–18,6)	2,0	(1,2–3,4)	–	–
Obere Bildungsgruppe	33,0	(28,3–38,0)	56,8	(51,5–61,9)	9,6	(7,0–13,0)	0,7	(0,2–2,0)	–	–
30–44 Jahre	19,9	(18,3–21,5)	60,4	(58,2–62,5)	17,4	(15,8–19,2)	2,0	(1,4–2,7)	0,4	(0,2–0,7)
Untere Bildungsgruppe	15,1	(10,6–21,1)	55,2	(48,6–61,7)	24,0	(18,5–30,7)	4,4	(2,5–7,6)	1,2	(0,4–3,8)
Mittlere Bildungsgruppe	17,0	(15,0–19,2)	62,0	(59,1–64,9)	18,7	(16,6–21,0)	2,0	(1,3–3,0)	0,2	(0,1–0,7)
Obere Bildungsgruppe	29,4	(26,1–33,0)	59,2	(55,5–62,7)	10,8	(8,9–12,9)	0,5	(0,2–1,2)	0,1	(0,0–1,0)
45–64 Jahre	12,7	(11,6–13,9)	54,9	(53,1–56,6)	27,1	(25,6–28,7)	4,7	(4,1–5,5)	0,5	(0,3–0,9)
Untere Bildungsgruppe	9,0	(6,8–11,9)	47,0	(42,6–51,5)	34,9	(30,8–39,2)	7,3	(5,4–9,9)	1,8	(0,8–3,9)
Mittlere Bildungsgruppe	12,2	(10,8–13,7)	56,2	(53,9–58,4)	26,6	(24,7–28,7)	4,7	(3,9–5,7)	0,4	(0,2–0,7)
Obere Bildungsgruppe	17,9	(15,9–20,2)	57,7	(54,5–60,7)	21,8	(19,5–24,2)	2,7	(1,9–3,8)	–	–
≥65 Jahre	4,4	(3,6–5,5)	41,3	(38,9–43,6)	44,0	(41,7–46,3)	8,6	(7,4–10,0)	1,7	(1,2–2,5)
Untere Bildungsgruppe	4,0	(2,8–5,7)	34,5	(30,9–38,2)	49,0	(45,5–52,5)	10,3	(8,4–12,5)	2,3	(1,3–3,9)
Mittlere Bildungsgruppe	4,4	(3,2–6,0)	45,4	(42,3–48,5)	41,3	(38,1–44,6)	7,4	(5,7–9,5)	1,5	(0,9–2,7)
Obere Bildungsgruppe	6,6	(4,7–9,1)	50,6	(45,7–55,6)	34,4	(30,1–39,1)	7,8	(4,8–12,6)	0,5	(0,1–2,2)
Gesamt (Frauen und Männer)	14,8	(14,2–15,4)	53,4	(52,6–54,2)	26,3	(25,6–26,9)	4,8	(4,5–5,2)	0,7	(0,6–0,9)

KI = Konfidenzintervall

Zwischen den Bildungsgruppen lassen sich wiederum deutliche Unterschiede erkennen (Tabelle 1 und Tabelle 2). So stufen insgesamt 77,9% der Personen der hohen Bildungsgruppe ihren allgemeinen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein, aber nur 56,5% derjenigen der unteren Bildungsgruppe. In der mittleren Bildungsgruppe berichten 68,4% einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand. Dieser Bildungsgradient zuungunsten der niedrigen Bildungsgruppen zeigt sich bei Frauen und Männern gleichermaßen, wobei die Bildungsunterschiede in einigen Altersgruppen stärker zum Tragen kommen als in anderen.

Darüber hinaus zeigen sich regionale Unterschiede (Abbildung 1). Der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitsstatus als sehr gut oder gut einstufen, liegt insgesamt in Bayern und Hamburg mit jeweils 71,8% und in Baden-Württemberg mit 71,7% am höchsten. In Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern ist dieser Anteil mit 60,3%, 63,2% beziehungsweise 63,9% am niedrigsten. Diese Unterschiede zwischen den Bundesländern sind sowohl bei Frauen als auch bei Männern zu beobachten.

Im Vergleich zu den vorausgegangenen GEDA-Studien aus den Jahren 2009, 2010 und 2012 ist der Anteil der

Tabelle 2
Selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand nach Alter und Bildungsstatus bei Männern (n=10.829)
 Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS



Personen der unteren Bildungsgruppe schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter ein als Personen der höheren Bildungsgruppen.

Männer	Sehr gut		Gut		Mittelmäßig		Schlecht		Sehr schlecht	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	15,7	(14,8–16,7)	54,2	(53,0–55,3)	24,5	(23,6–25,6)	4,8	(4,4–5,3)	0,7	(0,6–1,0)
18–29 Jahre	34,2	(31,2–37,3)	55,1	(51,8–58,4)	9,7	(8,0–11,8)	0,9	(0,5–1,7)	0,1	(0,0–0,4)
Untere Bildungsgruppe	28,9	(22,9–35,7)	53,4	(46,3–60,3)	16,2	(11,6–22,1)	1,6	(0,6–4,3)	–	–
Mittlere Bildungsgruppe	33,0	(29,3–36,9)	58,3	(54,1–62,4)	8,1	(6,2–10,5)	0,5	(0,2–1,0)	0,1	(0,0–0,7)
Obere Bildungsgruppe	49,0	(42,4–55,6)	44,8	(38,6–51,1)	4,8	(2,7–8,4)	1,4	(0,2–8,9)	–	–
30–44 Jahre	20,9	(18,8–23,2)	60,2	(57,6–62,7)	16,0	(14,2–18,1)	2,5	(1,8–3,5)	0,4	(0,2–0,9)
Untere Bildungsgruppe	16,4	(10,9–23,9)	49,5	(40,8–58,2)	28,8	(21,4–37,5)	4,4	(2,1–9,1)	0,9	(0,2–4,0)
Mittlere Bildungsgruppe	18,0	(15,4–20,9)	61,4	(57,9–64,8)	17,1	(14,6–20,1)	3,0	(2,0–4,5)	0,4	(0,1–1,4)
Obere Bildungsgruppe	27,7	(24,3–31,3)	62,7	(58,8–66,5)	8,8	(6,9–11,1)	0,8	(0,4–1,7)	0,1	(0,0–0,5)
45–64 Jahre	10,5	(9,5–11,7)	55,1	(53,4–56,8)	27,6	(26,0–29,1)	5,9	(5,1–6,8)	0,9	(0,6–1,4)
Untere Bildungsgruppe	6,4	(4,2–9,5)	49,3	(44,1–54,6)	34,1	(29,3–39,1)	7,6	(5,3–10,7)	2,7	(1,3–5,3)
Mittlere Bildungsgruppe	8,5	(7,2–10,1)	52,3	(49,9–54,7)	31,3	(29,0–33,7)	7,2	(5,9–8,6)	0,7	(0,4–1,5)
Obere Bildungsgruppe	15,7	(13,8–17,8)	62,3	(59,7–64,9)	18,4	(16,4–20,6)	3,0	(2,2–4,1)	0,6	(0,3–1,2)
≥65 Jahre	4,1	(3,4–5,0)	45,7	(43,5–48,0)	40,2	(37,8–42,6)	8,6	(7,3–10,0)	1,4	(1,0–2,1)
Untere Bildungsgruppe	2,3	(1,2–4,2)	42,7	(38,0–47,5)	44,4	(39,7–49,3)	8,8	(6,3–12,1)	1,9	(1,0–3,6)
Mittlere Bildungsgruppe	3,4	(2,5–4,7)	44,5	(41,2–47,8)	41,0	(37,8–44,2)	9,6	(7,9–11,7)	1,5	(0,9–2,7)
Obere Bildungsgruppe	6,4	(5,1–8,1)	49,4	(46,0–52,9)	36,5	(33,0–40,2)	6,7	(5,1–8,7)	1,0	(0,5–1,9)
Gesamt (Frauen und Männer)	14,8	(14,2–15,4)	53,4	(52,6–54,2)	26,3	(25,6–26,9)	4,8	(4,5–5,2)	0,7	(0,6–0,9)

KI = Konfidenzintervall

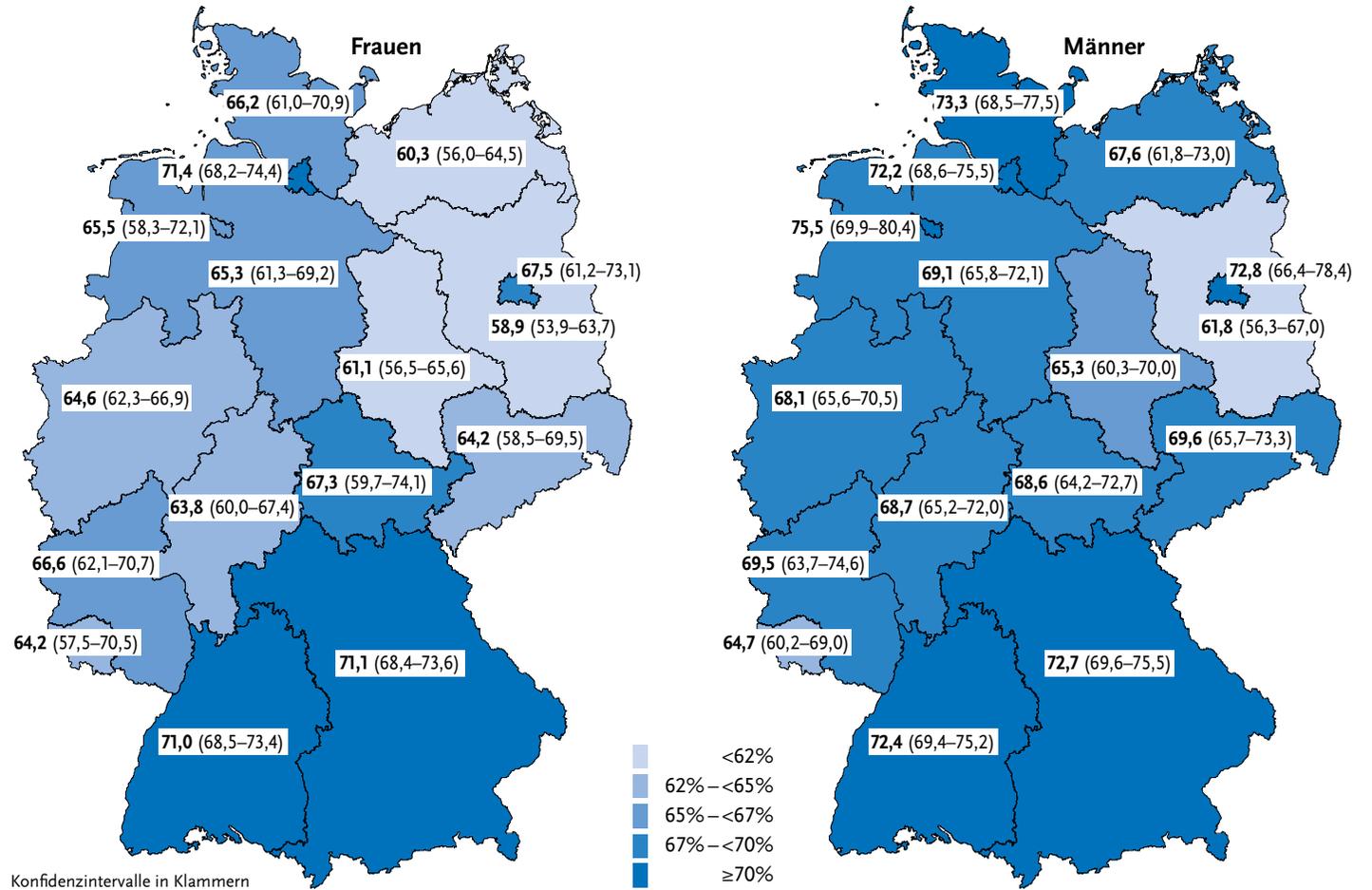
Frauen und Männer mit sehr gutem oder gutem allgemeinen Gesundheitszustand in der GEDA 2014/2015-EHIS Befragung etwas niedriger. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die früheren GEDA-Studien als telefonische Befragungen durchgeführt wurden. Aus der Literatur ist bekannt, dass die Befragungsmethode einen Einfluss auf die Ergebnisse hat („Mode-Effekt“) und in telefonischen Befragungen die Teilnehmenden ihren eigenen Gesundheitszustand tendenziell etwas besser beurteilen als zum Beispiel in schriftlichen Befragungen [18, 19]. Ungeachtet dieser Einschränkung zeigen die Ergebnisse der GEDA-Studien in konsistenter Weise, dass der Großteil der Erwachsenen in

Deutschland den eigenen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut bewertet. Es muss allerdings davon ausgegangen werden, dass schwer kranke, beeinträchtigte und hospitalisierte Personen möglicherweise seltener für eine Studienteilnahme gewonnen werden konnten. Die beschriebenen Alters-, Geschlechts- und Bildungsunterschiede weisen auf vorhandene Potenziale für Bemühungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung hin. Um konkrete Ansatzpunkte für Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung aufzeigen zu können, sind allerdings weiterführende Auswertungen zu spezifischen Krankheiten und Risikofaktoren erforderlich.

Abbildung 1
 Anteil der Frauen und Männer mit sehr gutem oder gutem allgemeinen Gesundheitszustand nach Bundesland
 (n = 13.077 Frauen, 10.829 Männer)
 Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS



Am besten wird die Gesundheit in Bayern, Baden-Württemberg und Hamburg beurteilt, am schlechtesten in Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern.



Korrespondenzadresse

PD Dr. Thomas Lampert
 Robert Koch-Institut
 Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
 General-Pape-Str. 62–66
 12101 Berlin
 E-Mail: LampertT@rki.de

Zitierweise

Lampert T, Schmidtke C, Borgmann LS, Poethko-Müller C, Kuntz B (2018)
 Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland.
 Journal of Health Monitoring 3(2): 64–71.
 DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-068

Datenschutz und Ethik

GEDA unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. 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 (informed consent).

Förderungshinweis

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

Interessenkonflikt

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

Literatur

1. Bombak AE (2013) Self-rated health and public health: a critical perspective. *Frontiers in Public Health* 1:15
2. Wu S, Wang R, Zhao Y et al. (2013) The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health* 13(1):320
3. van der Linde RM, Mavaddat N, Luben R et al. (2013) Self-rated health and cardiovascular disease incidence: results from a longitudinal population-based cohort in Norfolk, UK. *PLoS One* 8(6):e65290
4. Berger N, Van der Heyden J, Van Oyen H (2015) The global activity limitation indicator and self-rated health: two complementary predictors of mortality. *Arch Public Health* 73(1):25
5. Idler EL, Benyamini Y (1997) Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 38(1):21-37
6. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K et al. (2006) Mortality prediction with a single general self-rated health question: a meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine* 21(3):267-275
7. Latham K, Peek CW (2013) Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 68(1):107-116
8. Ul-Haq Z, Mackay DF, Pell JP (2014) Association between self-reported general and mental health and adverse outcomes: a retrospective cohort study of 19 625 Scottish adults. *PLOS ONE* 9(4):e93857
9. Bredahl T, Singhammer J (2011) The influence of self-rated health on the development of change in the level of physical activity for participants in prescribed exercise. *Sport Science Review* 20(5-6): 73-94
10. Sargent-Cox K, Cherbuin N, Morris L et al. (2014) The effect of health behavior change on self-rated health across the adult life course: A longitudinal cohort study. *Preventive Medicine* 58(Supplement C):75-80
11. Lampert T, Hoebel J, Kuntz B et al. (2017) Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/3266> (Stand: 19.02.2018)

12. De Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A (Hrsg) (1996) Health interview surveys: towards harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications. European Series No. 58. WHO, Copenhagen

13. European Health Expectancy Monitoring Unit (2010) The Minimum European Health Module. EHEMU Technical report 2010. http://www.eurohex.eu/pdf/Reports_2010/2010TR4.6_Health%20Module.pdf (Stand: 19.02.2018)

14. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3245> (Stand: 19.02.2018)

15. Statistisches Amt der Europäischen Union (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: 19.02.2018)

16. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). Arch Public Health 75:40

17. 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. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2585> (Stand: 19.02.2018)

18. Croezen S, Burdorf A, van Lenthe FJ (2016) Self-perceived health in older Europeans: Does the choice of survey matter? Eur J Public Health 26(4):686-692

19. 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):46

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,
Dr. Franziska Prütz, Martina Rabenberg, Alexander Rommel,
Dr. Livia Ryl, Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling,
Martin Thißen, 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

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

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