

Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) - Hintergrund und Methodik

Allen, Jennifer; Born, Sabine; Damerow, Stefan; Kuhnert, Ronny; Lemcke, Johannes; Müller, Anja; Weihrauch, Tim; Wetzstein, Matthias

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Allen, J., Born, S., Damerow, S., Kuhnert, R., Lemcke, J., Müller, A., ... Wetzstein, M. (2021). Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) - Hintergrund und Methodik. *Journal of Health Monitoring*, 6(3), 72-87. <https://doi.org/10.25646/8558>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Journal of Health Monitoring · 2021 6(3)
DOI 10.25646/8558
Robert Koch-Institut, Berlin

Jennifer Allen, Sabine Born,
Stefan Damerow, Ronny Kuhnert,
Johannes Lemcke, Anja Müller,
Tim Wehrauch, Matthias Wetzstein

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

Eingereicht: 16.04.2021
Akzeptiert: 02.08.2021
Veröffentlicht: 15.09.2021

Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik

Abstract

In der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) beantworteten 23.001 Menschen im Alter ab 15 Jahren zwischen April 2019 und September 2020 Fragen zur Gesundheit und zur Lebenssituation. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die in Deutschland lebende Wohnbevölkerung ab 15 Jahren. Die Responserate lag bei 21,6%. Die Fragebogeninhalte basieren auf der dritten Welle der Europäischen Gesundheitsbefragung (European Health Interview Survey, EHIS), die in allen EU-Mitgliedstaaten durchgeführt wurde. Sie umfasst die vier Module Gesundheitszustand, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsdeterminanten und sozioökonomische Variablen. Die harmonisiert erhobenen EHIS-Daten besitzen ein hohes Maß an internationaler Vergleichbarkeit. Sie stellen eine wichtige Informationsgrundlage für die europäische Gesundheitspolitik und -berichterstattung dar und werden vom Statistischen Amt der Europäischen Union (Eurostat) zur Verfügung gestellt. Die Daten sind Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Der Zeitraum der Datenerhebung ab April 2019 berücksichtigte knapp ein Jahr vor der SARS-CoV-2-Pandemie und fiel dann ab März 2020 in die Anfangsphase der Pandemie. Somit stehen mit der aktuellen GEDA-Welle Daten für die Erforschung von gesundheitlichen Auswirkungen im zeitlichen Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie zur Verfügung.

STUDIENMETHODIK · GESUNDHEITSBEFRAGUNG · TELEFONINTERVIEW · GESUNDHEITSMONITORING · EHIS · RESPONSE

1. Hintergrund

Die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) wird regelmäßig vom Robert Koch-Institut (RKI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durchgeführt und ist Bestandteil des am RKI etablierten bundesweiten Gesundheitsmonitorings [1, 2]. Von April 2019 bis September 2020 fand die bundesweite telefonische Erhebung GEDA 2019/2020-EHIS statt. Sie ist die fünfte Welle dieses Surveys. Die vorherigen Querschnitterhebungen erfolgten 2009, 2010, 2012 und 2014/2015 mit jeweils über 20.000 Befragten [3–6].

Ziel der GEDA-Studie ist es, aktuelle Informationen zum Gesundheitszustand, zu Einflussfaktoren der gesundheitlichen Lage und zur Nutzung des Gesundheitssystems bereitzustellen. Die Daten bilden eine wichtige Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), welche Informationen zu gesundheitspolitisch relevanten Fragestellungen bereitstellt und damit politische Planungs- und Entscheidungsprozesse unterstützt. Die Daten werden ebenfalls als Scientific Use File der wissenschaftlichen Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

GEDA 2019/2020-EHIS

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: 23.001 Teilnehmende

Datenerhebungszeitraum: April 2019 bis September 2020

GEDA-Erhebungswellen:

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

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

In seiner Funktion als nationale datenliefernde Stelle übermittelt das RKI außerdem die im Rahmen von GEDA erhobenen Gesundheitsdaten an das Statistische Amt der Europäischen Union (Eurostat). Die Europäische Gesundheitsbefragung (European Health Interview Survey, EHIS) fand 2019/2020 in allen EU-Mitgliedstaaten rechtsverbindlich statt. Grundlage hierfür ist die Verordnung (EU) 2018/255 der Europäischen Kommission vom 19. Februar 2018 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 des EHIS [7]. Die EHIS-Befragung hat das Ziel, regelmäßig vergleichbare Gesundheitsdaten der EU-Mitgliedstaaten zu liefern und damit Trendbetrachtungen in der Entwicklung von Gesundheitsindikatoren im europäischen Raum zu ermöglichen. Des Weiteren wird mit der Studie GEDA 2019/2020-EHIS das Ziel verfolgt, die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings aufgebauten Zeitreihen fortzuführen. Aufgrund der Stichprobengröße können regionalisierte oder tief gegliederte Zusammenhangsanalysen vorgenommen werden.

2. Studiendesign

Den Vorgaben für den EHIS folgend umfasst die Grundgesamtheit die in Privathaushalten lebende Bevölkerung ab 15 Jahren, deren üblicher Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Deutschland liegt. Hierbei sind sowohl Einpersonen- als auch Mehrpersonenhaushalte inbegriffen, die eigenständig wirtschaften und sich selbstständig mit für den Lebensunterhalt notwendigen Dingen

versorgen. Diese Definition umfasst keine kollektiven Haushalte wie Krankenhäuser, Pflege- oder Wohnheime, Gefängnisse, Kasernen, religiöse Einrichtungen, Pensionen oder Wohnheime. „Üblicher Aufenthaltsort“ beschreibt den Ort, an dem eine Person normalerweise lebt oder ihren Lebensmittelpunkt sieht – ungeachtet vorübergehender Abwesenheit zu Zwecken der Erholung, der beruflichen Tätigkeit, der medizinischen Behandlung oder ähnlichem.

Für die Stichprobenziehung wurde das Telefonstichprobensystem des Arbeitskreises Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V. (ADM) genutzt [8]. Dieses beruht auf dem sogenannten Dual-Frame-Verfahren, bei dem zwei Auswahlgesamtheiten genutzt werden: eine Mobilfunk- und eine Festnetzgesamtheit. Diese Stichprobenziehung erlaubt eine (nahezu) vollständige Abdeckung der Grundgesamtheit [9]. Für die zufällige Auswahl der zu interviewenden Person wird ein von Leslie Kish entwickeltes Verfahren zur Zufallsauswahl von Befragungspersonen in Haushalten mit mehreren Personen verwendet, der Kish-Selection-Grid („Schwedenschlüssel“) [10]. Hierbei erhalten alle potenziellen Interviewpartnerinnen und -partner die gleiche Auswahlwahrscheinlichkeit und eine Person wird zufällig vom Computer ausgewählt. Diese wird anhand des erfassten Alters und Geschlechts identifiziert.

Alle Teilnehmenden der Studie wurden zu Beginn des Telefoninterviews über die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Ziele der Befragung sowie über den Datenschutz informiert und um ihre mündliche Zustimmung zur Durchführung der Befragung gebeten. War die zu befragende Person nicht in der Lage, das telefonische Interview selbst durchzuführen, zum Beispiel aufgrund einer kognitiven oder sensorischen Beeinträchtigung oder aufgrund einer längerfristigen

**GEDA 2019/2020-EHIS
ist eine telefonische
bevölkerungsbezogene
Querschnittstudie, bei der
23.001 Personen Angaben
zu ihrer Gesundheit
gemacht haben.**

Abwesenheit während der Dauer der Erhebung, wurde davon abgesehen, ein Proxy-Interview (d. h. eine andere Person antwortet im Namen der ausgewählten Person) durchzuführen. Die Themen, die im Rahmen der GEDA-Studie erhoben wurden, sind zum Teil sensibel und teilweise auch sehr subjektiv, sodass davon auszugehen ist, dass nicht alle Angaben von einem Proxy-Befragten korrekt eingeholt werden könnten.

Die Datenerhebung erfolgte durch Interviewende eines externen Markt- und Sozialforschungsinstituts (USUMA GmbH). Mitarbeitende des RKI begleiteten den gesamten Erhebungsprozess durch kontinuierliche Supervision und in Form eines umfassenden Feldmonitorings (siehe [Kapitel 3, Abschnitt Feldmonitoring](#)).

Fragebogen

Vorlage für die Inhalte der Studie GEDA 2019/2020-EHIS war die dritte Welle des EHIS. Diese blieb im Vergleich zur zweiten EHIS-Welle größtenteils unverändert, um Zeitreihenvergleiche in den europäischen Mitgliedstaaten zu ermöglichen. Der [Fragebogen](#) umfasste folgende vier Module:

- ▶ Hintergrundvariablen zu demografischen, geografischen und sozioökonomischen Charakteristika der Teilnehmenden: unter anderem Geschlecht, Alter, Bildung, Erwerbsstatus, Geburtsland, Staatsangehörigkeit, Familienstand, Haushaltstyp und Einkommen
- ▶ Gesundheitszustand: unter anderem Selbstwahrnehmung, chronische Erkrankungen, Unfälle und Verletzungen, Einschränkungen im alltäglichen Leben, krankheitsspezifische Morbidität, körperliche und sensorische funktionale Einschränkungen, Schmerzen und psychische Gesundheit

- ▶ Gesundheitsversorgung: unter anderem Inanspruchnahme verschiedener Arten von Gesundheitsdienstleistungen (Krankenhausaufenthalte, Arztbesuche, Gesundheitsvorsorge), Medikamentenkonsum, Präventionsmaßnahmen und ungedeckter Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen
- ▶ Gesundheitsdeterminanten: unter anderem Body Mass Index (Körpergröße und -gewicht), Ernährung (Verzehr von Obst und Gemüse), Rauchverhalten, Alkoholkonsum und körperliche Aktivität

Die Verordnung zur Durchführung des EHIS gab die zu erhebenden Items inklusive ihrer Ausprägungen und die an Eurostat zu übermittelten Codierungen vor. Zudem wurde der Wortlaut der Fragen und ihrer Antwortkategorien sowie die Reihenfolge, in der sie gestellt werden, in einem methodologischen Handbuch erläutert und in Form eines Musterfragebogens (in Englisch) zur Verfügung gestellt [11]. Die Einhaltung der als Leitfaden konzipierten Regeln und Empfehlungen war für die Sicherstellung harmonisierter und qualitativ hochwertiger Gesundheitsdaten in der EU von wesentlicher Bedeutung. Zusätzlich war es allen EU-Mitgliedstaaten gestattet, zusätzliche Fragen in den Fragebogen zu integrieren. An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass in GEDA 2019/2020-EHIS eine Anpassung bezüglich der Geschlechtsabfrage vorgenommen wurde:

Neben dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht (Geburtsgeschlecht) wurde auch das Geschlecht erhoben, dem sich die Befragten tatsächlich zugehörig fühlen (Geschlechtsidentität). Bei der nichtbinären Frage nach der Geschlechtsidentität, hatten die Befragten die Möglichkeit, neben „weiblich“ und „männlich“ eine dritte offen erfasste

Antwort zu geben. Unter den Befragten ab 15 Jahren waren 12.101 Frauen und 10.838 Männer. 62 Befragte gaben eine andere Geschlechtsidentität an ($n=28$) oder machten keine Angaben ($n=34$). Eine ausführliche Beschreibung dieses Vorgehens wird an anderer Stelle veröffentlicht. Die in diesem Beitrag nach Frauen und Männern getrennt berichteten Ergebnisse bilden die Geschlechtsidentität ab. Davon ausgenommen sind die Beschreibungen der Stichprobe im Vergleich zu Bevölkerungsdaten des Statistischen Bundesamtes 2019/Mikrozensus 2017.

Der **Fragebogen** ist als Supplement in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring veröffentlicht. Er kann (mit Quellenangabe) für wissenschaftliche Projekte genutzt werden.

Erhebungsmethode

Die aktuelle GEDA-Welle wurde als telefonische Befragung mittels eines programmierten, vollstrukturierten Fragebogens durchgeführt (Computer Assisted Telephone Interview, CATI). Der Fragebogen wurde mit Hilfe der Software „VOXCO Interviewersuite“ umgesetzt und bot bei der Erhebung alle Vorzüge eines computergestützten Interviews, die die Datenqualität maßgeblich (mit-)beeinflussen: zum Beispiel automatisierte Filterführung, Plausibilitätsprüfungen und definierte Antwortbereiche (Range-Checks).

Neben einer übersichtlichen grafischen Darstellung für die Interviewenden ermöglichte die Software auch ein komplexes Anrufmanagement. Die Auswahl der aktuell zu kontaktierenden Telefonnummern, der Anwahlvorgang und die Wiederholung der Kontaktversuche wurden vollautomatisch und unabhängig von den Interviewenden gesteuert.

Nach der Programmierung durchlief der Fragebogen routinemäßig mehrere interne Qualitätssicherungsstufen.

In einem ersten Schritt wurde der Wortlaut mit der Programmiervorlage abgeglichen, um Übertragungsfehler bei der Programmierung zu erkennen. Hierbei wurde beim gegenseitigen Vorlesen überprüft, ob sowohl die Fragen, die Antwortkategorien als auch die Überleitungstexte wortwörtlich mit der Programmiervorlage übereinstimmten. Als nächstes wurde die Funktionalität des Fragebogens geprüft. Im Fokus standen hier folgende Bereiche:

- ▶ Filterführung (das automatisierte Überspringen von nichtzutreffenden Fragen),
- ▶ Plausibilitätsprüfungen (z. B. erscheint eine Fehlermeldung bei einem unplausiblen Body Mass Index, um fehlerhafte Eingaben der Interviewenden bei Körpergröße und/oder Gewicht zu vermeiden),
- ▶ Range-Checks (z. B. erscheint eine Fehlermeldung bei unplausiblen (zu hohen oder zu niedrigen) numerischen Angaben, um fehlerhafte Eingaben zu vermeiden),
- ▶ Codierung der Antwortkategorien (von Eurostat größtenteils vorgegeben).

Ein besonderes Augenmerk bei der Testung galt der komplexen An- und Rückrufsteuerung des Fragebogens. Da nicht jeder Anruf gleich zu einem Interview führte, mussten sämtliche Anrufergebnisse antizipiert und über die Software in sogenannten Disposition Codes abgebildet werden. Eine detaillierte Dokumentation der Anwahlergebnisse war nicht nur für die Steuerung der Rückrufregeln von zentraler Bedeutung, sondern sie bildete im Nachhinein auch die Grundlage für die Berechnung der Ausschöpfungsquote beziehungsweise der Responserate. Um mögliche Fehlvercodungen auf Seiten der Interviewenden zu vermeiden, musste die An- und Rückrufsteuerung zudem effektiv und leicht zu bedienen sein.

Die Daten dienen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und werden vom Statistischen Amt der Europäischen Union (Eurostat) zum Zweck der Erstellung amtlicher europäischer Statistiken genutzt.

Neben einer effektiven und detaillierten Dokumentation der Anwahlergebnisse erfüllte die An- und Rückrufsteuerung noch weitere Funktionen, die für den Erhebungsprozess von elementarer Bedeutung waren: Bevor mit dem eigentlichen Interview (Befragungsphase) begonnen werden konnte, musste während der Kontaktabbahnungsphase die zu befragende Person ermittelt und in der Regel zur Teilnahme an der Studie überzeugt werden. Während die Befragungsphase strengen Standardisierungsregeln unterworfen war, galt es in der Kontaktabbahnungsphase den Interviewenden in der An- und Rückrufsteuerung einen Leitfaden an die Hand zu geben, um sich individuell und flexibel auf jede Kontaktperson einstellen zu können. Das RKI orientierte sich hier an den Richtlinien, die der ADM empfiehlt [12]. Inwieweit über die An- und Rückrufsteuerung alle möglichen Szenarien in der Kontaktabbahnungsphase korrekt und effizient abgebildet werden konnten, wurde in einem Pretest ermittelt (siehe Kapitel 3, Abschnitt Pretestung).

3. Durchführung der Erhebung

Schulungskonzept

Mit der Durchführung der Datenerhebung GEDA 2019/2020-EHIS wurde ein externes Markt- und Sozialforschungsinstitut (USUMA GmbH) beauftragt, mit dem bereits eine langjährige Partnerschaft im Hinblick auf die gemeinsame Durchführung telefonischer Befragungen besteht (GEDA 2012, verschiedene Ad-hoc-Studien). Im Laufe dieser Zusammenarbeit wurde das vom RKI entwickelte Schulungskonzept regelmäßig überarbeitet und angepasst. Als Schulungsinhalte wurden folgende theoretische Einheiten vermittelt (vgl. [13]):

- ▶ Informationen zum Auftraggeber, Hintergrund und Zielsetzung der Studie,
- ▶ Aufbau, Inhalt und Besonderheiten des Fragebogens,
- ▶ sicherer technischer Umgang mit der CATI-Software (u. a. Umgang mit den Disposition Codes, Navigation innerhalb des Fragebogens),
- ▶ vollständige, aussagekräftige und datenschutzgerechte Dokumentation der Ermittlung der zu befragenden Person und der Einwilligung zur Teilnahme,
- ▶ Vorgehen in der Kontaktpphase (Argumentationsstrategien, angemessenes Auftreten),
- ▶ standardisierte Interviewführung und Umgang mit Informationen über mangelnde Qualität der Interviews,
- ▶ angemessener Umgang mit schwierigen Interviewsituationen (z. B. abschweifende Gespräche, Gesprächspausen, heikle Fragen).

Als fester Bestandteil des Schulungskonzeptes wurden im Anschluss an die theoretischen Einheiten auch praktische Übungen durchgeführt. Hierbei konnten sich die Interviewenden unter anderem mit Hilfe von ausgewählten Beispielszenarien mit der Vercodung der jeweiligen Anrufergebnisse (Disposition Codes) in der Erhebungssoftware vertraut machen. Eine sehr wertvolle Übung waren gegenseitige Trainingsinterviews, durch die die Interviewenden auch die Perspektive der zu befragenden Person einnehmen konnten. In dieser Rolle konnten die Interviewenden ein Gefühl für die Fragebogenlänge, -dramaturgie und -komplexität bekommen, aber auch schwierige Kontaktabbahnungen und somit Argumentationsstrategien entwickeln und trainieren.

Zusätzlich wurden den Interviewenden stets alle relevanten Informationen zur Studie, zentrale Schulungselemente

und Kontakt- und Informationsmöglichkeiten als Merkblatt am Arbeitsplatz zur Verfügung gestellt.

Während der Feldlaufzeit war es notwendig, kontinuierlich weitere Interviewende zu schulen, um unterschiedliche Interviewende zu ersetzen. Ab März 2020 wurden die Schulungen ausschließlich virtuell durchgeführt. Insgesamt wurden 216 Interviewende in 35 Schulungen geschult.

Pretestung

Wie bereits in [Kapitel 2 \(Abschnitt Erhebungsmethode\)](#) erwähnt, wurde die Funktionalität des Fragebogens direkt nach der Programmierung getestet. Andere Bereiche können allerdings erst in der Interaktion mit zu befragenden Personen in einem Pretest getestet werden. Ein Standard-Pretest wurde vor dem Start der Erhebung bei einer Zufallsstichprobe mit circa 200 Interviews durchgeführt. Bei diesem Test wurden folgende Aspekte und Gütekriterien untersucht (vgl. [14]):

- ▶ **Verständlichkeit:** die Verständlichkeit der Fragen, um zu erfahren, ob tatsächlich auch die Inhalte erfragt und abgebildet werden, die angezielt waren (Validität)
- ▶ **Fragereihenfolge und Logik:** die Anordnung der Fragenkomplexe, um zu prüfen, ob durch die Fragereihenfolge möglicherweise eine unbewusste Beeinflussung der Befragten entstanden ist (Reliabilität)
- ▶ **Filterführung:** die Filterung der Fragenfolge, um zu prüfen, ob die Filter richtig programmiert wurden (Erhebungsgüte)
- ▶ **Fragebogenkonstruktion und Fragestellung:** die Sinnfälligkeit, um abzusichern, dass inhaltlich nicht relevante Fragestellungen oder inhaltliche Dopplungen aufgedeckt werden (Homogenität und Trennschärfe)

- ▶ **Funktionalität der An- und Rückrufsteuerung**
- ▶ **Fragebogendauer:** Zeitverhalten des Gesamtfragebogens und einzelner Fragenkomplexe

Mittels eines Pretestdatensatzes wurden diese Bereiche der Fragebogengüte durch das Qualitätssicherungsteam geprüft und durch Häufigkeitszählungen, Verteilung der Missing-Werte und Zeitdauer einzelner Themenblöcke ausgewertet. Ergänzend wurde in einem ersten Erfahrungsaustausch ein Feedback der Interviewenden und der Supervidierenden eingeholt und in die Bewertung des Erhebungsinstruments mit einbezogen.

Feldverlauf

Von April 2019 bis Anfang September 2020 wurden insgesamt 23.001 Interviews, einschließlich regionaler Aufstockungen, realisiert. Ziel der regionalen Aufstockungen ist, es den entsprechenden Bundesländern zu ermöglichen, mit den Daten repräsentative Analysen für ihr Land vorzunehmen. In der aktuellen GEDA-Welle wurden die Interviewzahlen der Bundesländer Berlin und Saarland aufgestockt. Die telefonischen Interviews wurden von Montag bis Freitag (von 8:30 Uhr bis 21:00 Uhr) und Samstag (von 10:00 Uhr bis 15:00 Uhr) im Telefonstudio unter Aufsicht von erfahrenen Supervidierenden durchgeführt, ab Mitte März 2020 entsprechend der geltenden Corona-Maßnahmen. Der erste Kontaktversuch in einem Haushalt erfolgte in der Regel zwischen 14:30 Uhr und 21:00 Uhr. Durchschnittlich waren 4,3 Anrufe notwendig, um ein Interview zu realisieren. Die bereinigte Interviewdauer lag bei circa 40 Minuten. Insgesamt waren 216 Interviewende im Einsatz, 114 Frauen und 102 Männer mit einer Altersspanne zwischen 19 und 84

Jahren (Durchschnittsalter 53 Jahre). Um Interviewereffekte, also den Einfluss von Interviewenden auf das Antwortverhalten der Befragten, zu minimieren, wurde auf einen heterogenen Interviewerstab geachtet. Durchschnittlich haben pro Monat 1.278 (Minimum: 394, Maximum: 1.841) Personen an der Befragung teilgenommen.

Feldmonitoring

Ein zentraler Aspekt bei der Durchführung wissenschaftlicher telefonischer Befragungen ist das Einhalten einer standardisierten Messsituation (Interview). Um diesem Anspruch gerecht zu werden, fand ein kontinuierliches Feldmonitoring statt. Die Qualität der Datenerhebung wurde fortlaufend – quantitativ und qualitativ – anhand definierter Kriterien kontrolliert, um daraus konkrete Maßnahmen für die Feldsteuerung abzuleiten. Das Feldmonitoring im Rahmen der Studie GEDA 2019/2020-EHIS orientierte sich an einem standardisierten Konzept [15, 16]. Dabei erfolgte ein quantitatives Feldmonitoring, das diverse Prozessdaten betrachtet und bewertet (Anzahl Anrufversuche, Interviews, Verweigerungen, Terminabsprachen, durchschnittliche Interviewdauer, etc.). Durch die Beobachtung dieser Prozessdaten konnten die Arbeitsweise und Effektivität der interviewenden Personen kontinuierlich beurteilt und etwaige Auffälligkeiten rechtzeitig erkannt werden, um möglichst früh durch gezielte Nachschulungen intervenieren zu können. Zudem fand parallel ein qualitatives Feldmonitoring durch die Supervision der Interviewenden statt. Zusätzlich zur Supervision durch Mitarbeitende des externen Markt- und Sozialforschungsinstituts führte das RKI eigene Supervisionen durch. Während der Feldphase wurden in regelmäßigen Abständen Feedbackrunden mit den

Interviewenden und Erfahrungsaustausche der Supervidierenden untereinander durchgeführt. Begleitend zum Feldverlauf wurden studienspezifische Informationen in einem Feldtagebuch festgehalten. Die Supervidierenden waren mit folgenden Aufgaben betraut:

- ▶ Sitzplatzverteilung (neue Interviewende wurden gezielt neben erfahrene Interviewende platziert, damit sie zum Beispiel Argumentationsstrategien mithören konnten),
- ▶ Beantwortung von akuten Fragen zum Beispiel im Umgang mit der Software oder mit schwierigen Situationen in der Kontaktabahnung,
- ▶ Qualitätssicherung und Coaching der Kontaktabahnung,
- ▶ Qualitätssicherung und Coaching der standardisierten Interviewsituation.

Ein Hauptziel der Supervision war es, die Kontaktabahnungs- und Interviewsituation aller Interviewenden über die Feldlaufzeit hinweg kontinuierlich zu verfolgen und somit die Qualität der Arbeit zu sichern und zu verbessern. Dazu wurde ein standardisierter Fragenkatalog (vgl. [16]) eingesetzt, der im Anschluss an die Supervision mit der beziehungsweise dem Interviewenden ausführlich besprochen und danach archiviert wurde. Diese standen den Supervidierenden während der gesamten Feldphase zur Verfügung und bildeten die Basis für die nächste Supervision, sodass die Entwicklung der Interviewenden im Feldverlauf eingeschätzt und beurteilt werden konnte. Zeigten sich in den Bereichen Kontaktabahnung und (standardisierter) Interviewführung Defizite, erhielt die beziehungsweise der betreffende Interviewende eine Nachschulung und gegebenenfalls weitere Argumentationstrainings.

Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Methoden wurden regelmäßig zwischen den Instituten ausgetauscht. Insgesamt wurden während der Feldlaufzeit 1.616 Supervisionen durchgeführt.

4. Response

Insgesamt wurden 23.001 (12.620 Festnetz, 10.381 Mobilfunk) vollständige Interviews geführt. Die Responserate (Festnetz und Mobilfunk kombiniert) wurde nach den Standards der American Association for Public Opinion Research (AAPOR) ermittelt, wobei nicht das letzte Kontaktergebnis einer Anrufsequenz verwendet wurde, sondern das finale und damit informationsreichste Ergebnis [17]. Insgesamt wurden in der Festnetzstichprobe 672.500 Rufnummern und in der Mobilfunkstichprobe 514.823 Rufnummern kontaktiert. Den größten Anteil nahmen, wie bei telefonischen Befragungen üblich, ungültige (bspw. nicht vergebene) Rufnummern ein (in der AAPOR-Klassifikation Code 4,300 bzw. 4,310; Festnetz: 524.737 Rufnummern, Mobilfunk: 382.044 Rufnummern) [18].

Innerhalb der AAPOR-Klassifikation werden unterschiedliche Responseraten mit jeweils unterschiedlichen Berechnungsmethoden differenziert. Die AAPOR-Klassifikation geht dabei, vereinfacht formuliert, von vier grundlegenden Kategorien aus, in die Rufnummern nach ihrem finalen Kontaktergebnis zugeordnet werden: Interviews (1er-Codes), Verweigerung/Nonrespondenten (2er-Codes), unklare Rufnummern (3er-Codes), ungültige Rufnummern (4er-Codes). An dieser Stelle wird die Responserate 3 berichtet. Diese mittlere Responserate gewichtet Rufnummern mit ungeklärtem Status durch eine Schätzung der sogenannten „eli-

gibility rate“, bei der die Kategorien „Verweigerung/Nonrespondenten“ und „ungültige Nummer“ ins Verhältnis gesetzt werden. Entsprechend der Berechnung nach AAPOR wurde eine kombinierte Responserate (RR₃) von 21,6 % erreicht. Die RR₃ der Festnetzstichprobe beträgt 13,8 % und bei der Mobilfunkstichprobe 31,0 %. Dieser substantielle Unterschied ist vor allem auf den sehr viel höheren Anteil an Verweigerungen (Festnetz: 8,9 %, Mobilfunk: 2,7 %) und dem geringeren Anteil an Rufnummern mit ungeklärtem Status (Festnetz: 3,0 %, Mobilfunk: 16,9 %) in der Festnetzstichprobe zurückzuführen.

Die nach wie vor bestehende Notwendigkeit von Dual-Frame-Stichproben wird bei der Betrachtung der Stichprobenszusammensetzung differenziert nach Festnetz und Mobilfunk deutlich. Hinsichtlich Bildung zeigen sich keine substantiellen Unterschiede, wohingegen die Geschlechts- und Alterszusammensetzung zum Teil deutlich zwischen

Merkmal	Festnetz		Mobilfunk	
	n	%	n	%
Geschlecht (Geschlechtsidentität)				
Weiblich	7.227	57,4	4.874	47,1
Männlich	5.359	42,6	5.479	52,9
Altersgruppe				
15–39 Jahre	1.665	13,2	3.145	30,3
40–59 Jahre	3.852	30,5	3.974	38,3
≥60 Jahre	7.103	56,3	3.262	31,4
Bildungsstatus (ISCED-Klassifikation 2011)				
Untere Bildungsgruppe	946	7,5	673	6,5
Mittlere Bildungsgruppe (ohne Abitur)	3.864	30,7	2.701	26,1
Mittlere Bildungsgruppe (mit Abitur)	1.567	12,5	1.550	15,0
Obere Bildungsgruppe	6.212	49,3	5.425	52,4

ISCED = Internationale Standardklassifikation des Bildungswesens

Tabelle 1
Response stratifiziert nach soziodemografischen Merkmalen, aufgeschlüsselt nach Festnetz und Mobilfunk
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

Mobilfunk und Festnetz abweicht. So ist der Anteil der 15- bis 39-Jährigen mit 30,3 % in der Mobilfunkstichprobe sehr viel größer als in der Festnetzstichprobe (13,2 %). Demgegenüber fällt der Anteil der Altersgruppe 60 Jahre und älter mit 56,3 % in der Festnetzstichprobe wesentlich größer aus als in der Mobilfunkstichprobe (31,4 %). Auch weibliche Teilnehmende sind in der Festnetzstichprobe deutlich häufiger vertreten (57,4 %) als in der Mobilfunkstichprobe (47,1 %).

5. Datenaufbereitung

Datenprüfung

Im Rahmen der Datenqualitätssicherung der GEDA 2019/2020-EHIS-Befragung wurde der Datenerhebungsprozess ergänzend zu bereits dargestellten Maßnahmen des Feldmonitorings mit weiteren umfangreichen Datenprüfungen begleitet. Sofern möglich, wurden standardisierte Verfahren zur Aufbereitung, Prüfung und Bereinigung der Daten eingesetzt. Die etablierten Methoden zur Datenaufbereitung und Datenqualitätssicherung wurden durch Datenbanktools zur Verwaltung und Dokumentation von Erhebungsinstrumenten und Qualitätssicherungsmaßnahmen ergänzt. Die im Rahmen des EHIS von Eurostat entwickelten und vorgegebenen Prüfverfahren wurden vollständig integriert [11].

Bei der Studie GEDA 2019/2020-EHIS kam erstmals ein sogenanntes Reporting-Tool zum Einsatz. Dieses konnte alle relevanten Informationen für die Qualitätssicherung übersichtlich darstellen und diese zentral allen projektbeteiligten Mitarbeitenden zur Verfügung stellen. Für die feldbegleitende Qualitätssicherung wurde das

Reporting-Tool genutzt, um unmittelbar Fehler im Datenerhebungsprozess zu identifizieren und daraus umgehend Maßnahmen ergreifen zu können. In der anschließenden Bereinigung und Aufbereitung der Daten wurde die Einhaltung der EHIS-Vorgaben (Consistency Checks, Filter) kontrolliert. Die Aktualisierung des Reporting-Tools erfolgte monatlich.

Die zentralen Aspekte der Datenbereinigung und Datenqualitätssicherung bestanden in der Überprüfung der korrekten Filterführung, Identifizierung und Bereinigung von unplausiblen Angaben (z. B. Wertebereiche, Widersprüche) und Generierung neuer Variablen. Hierbei folgte man den Vorgaben, die Eurostat definierte. Diese bestanden aus drei verschiedenen Gruppen von Regeln: Check für Codierung und Wertebereich (Value Check, VC), Filter Check (Skip Check, SC) und Prüfung der Plausibilität zwischen verschiedenen Unterthemen (Consistency Check, CC). Darüber hinaus wurden Freitextcodierungen sowie eine Einkommensimputation (Ersetzung fehlender Einkommensangaben durch statistische Verfahren) durchgeführt.

Da es sich um ein computergestütztes telefonisches Interview (CATI) handelte, konnten bereits bei der Erstellung des Erhebungsinstruments Aspekte der Filterführung sowie Plausibilitätsprüfungen eingebaut werden. Zum Beispiel waren die Filter bereits gemäß der von Eurostat vorgegebenen Skip Checks programmiert, so dass Filterverletzungen größtenteils ausgeschlossen werden konnten. Auch die Vorgaben zum Value Check wurden bezüglich der zulässigen Wertebereiche im programmierten Fragebogen berücksichtigt, weswegen nur vereinzelt Angaben (z. B. zu Einkommen, Haushaltszusammensetzung) im Nachgang umfangreicher geprüft und zum Teil auf Missing gesetzt werden mussten.

Im Rahmen des EHIS erheben die EU-Mitgliedstaaten alle sechs Jahre Daten zum Gesundheitszustand, zur gesundheitlichen Versorgung und zu Gesundheitsdeterminanten der Bevölkerung ab 15 Jahren.

Sowohl der Skip Check als auch der Consistency Check konnten dazu führen, dass die Daten erneut überprüft werden müssen: Bei sogenannten „Warnings“ konnten zunächst unplausible Werte nach der Prüfung als gültige Werte bestätigt werden, sodass keine Änderung vorgenommen werden musste. Führte ein Check zu dem Ergebnis „Error“, musste dieser Fehler zwingend behoben werden, indem er in einen gültigen Wert korrigiert wurde.

Das von Eurostat vorgegebene Indicators Manual enthielt eine Liste sämtlicher Variablen, die zu generieren waren, um später internationale Vergleiche durchführen zu können, zum Beispiel mit früheren EHIS-Wellen oder zwischen EU-Ländern. Die Variablen wurden zentral für den Auswertungsdatensatz durch das epidemiologische Datenzentrum des RKI generiert und eine ausführliche Dateninformation wurde angelegt.

Codierungen offener Antworten beziehungsweise Freitexte kamen bei „erlernter Beruf“ sowie in geringem Umfang bei der Abfrage zur Geschlechtsidentität vor. Die Angabe zur Geschlechtsidentität wurde von inhaltlichen Expertinnen beziehungsweise Experten ausgewertet und zutreffenden Codierungen zugeordnet. Die Antworten auf die Abfrage der Berufe und durchgeführten Tätigkeiten wurde zunächst in die sogenannte (nationale) „Klassifikation der Berufe 2010“ (KldB10) [19, 20] codiert. Bei dem Prozess handelte es sich um eine computergestützte manuelle Codierung. Die Software wurde am RKI programmiert und weiterentwickelt. Nach Abschluss der KldB10-Codierung wurden die Codes in die „International Standard Classification of Occupations 2008“ (ISCO 08) [21] überführt. Dabei wurde der Großteil durch einen eindeutigen Umsteigeschlüssel automatisch umgewandelt. Die verbleibenden circa 30%

der Fälle wurden manuell zugeordnet. Die maximale Anzahl an möglichen ISCO-o8-Codes beträgt vier.

Gewichtung

Die Stichprobengewichte geben an, wie viele Personen aus der Grundgesamtheit durch eine Person in der Stichprobe repräsentiert werden. Die Gewichtung besteht in der Regel aus einer Design- und einer Anpassungsgewichtung. Die Designgewichte werden durch die Wahrscheinlichkeit bestimmt, mit der eine Person Teil der Stichprobe ist (Auswahlwahrscheinlichkeit). Personen mit einer geringeren Auswahlwahrscheinlichkeit repräsentieren mehr Menschen aus der Grundgesamtheit als Personen mit einer hohen Auswahlwahrscheinlichkeit. Wie in [Kapitel 2](#) dargestellt, basierte die Stichprobe auf einer Kombination aus Mobilfunk- und Festnetzstichprobe. Die daraus folgenden Designgewichte beruhen auf einem Standard-Berechnungsverfahren für das hier vorliegende Dual-Frame-Design [22]. Die Berechnung erfolgte durch das für die Erhebung beauftragte Markt- und Sozialforschungsinstitut.

Die Anpassungsgewichtung versucht, die individuelle Teilnahmebereitschaft auszugleichen. Sind Personen aus bestimmten Bevölkerungsgruppen weniger bereit, an der Studie teilzunehmen, so führt dies dazu, dass deren Anteil in der Stichprobe nicht mit dem in der Grundgesamtheit übereinstimmt. Die Stichprobe wurde auf Basis von Bevölkerungsdaten des Statistischen Bundesamtes (Destatis) und des Mikrozensus 2017 (MZ) der potenziellen Stichprobenverzerrung angepasst. Die Grundgesamtheit wurde dabei in nicht überlappende Teilpopulationen (Straten) aufgeteilt, für die die Bevölkerungszahlen bekannt waren. In der Stichprobe wurden in jedem Stratum die Gewichte so verändert, dass

die geschätzte Anzahl mit der externen Angabe übereinstimmt. Hierzu wurde die Stichprobe nach den Merkmalen Bundesland, siedlungsstruktureller Kreistyp [23], Altersklasse, Geschlecht und Bildung (nach der Internationalen Standardklassifikation des Bildungswesens, ISCED11 [24]) eingeteilt. Beim Geschlecht wurde die Angabe zum Geburtsgeschlecht verwendet, um vergleichbar mit der Bevölkerungsfortschreibung zu sein. Die Anpassungsgewichtung wurde iterativ nach dem sogenannten „Raking“-Verfahren durchgeführt [25]. Dieses Verfahren ist solange wiederholt worden, bis sich die Gewichte nur noch wenig veränderten. Jeweils nach der letzten Anpassungsebene wurden Gewichte, die kleiner als das 0,5%-Quantil beziehungsweise größer als das 99,5%-Quantil waren, auf den Wert des jeweiligen Quantils gesetzt. Für Auswertungen einer Teilstichprobe mit Teilnehmenden ab 18 Jahren wurde ein extra Gewichtungsfaktor bereitgestellt, der nach dem gleichen Verfahren gebildet wurde. Bei der Anwendung der Gewichtungsprozedur ist es zwingend notwendig, dass alle gewichtungsrelevanten Variablen gültige Werte besitzen. Fehlende Werte wurden durch gültige Werte ersetzt (häufigste Kategorie bei der Bildung; Imputation der Bundeslandangabe und Kreistyp).

Insgesamt zeigen die ungewichteten Anteile nach Altersgruppen und nach Geschlecht eine relativ gute Übereinstimmung mit den gewichteten Anteilen, die den offiziellen Bevölkerungszahlen entsprechen. Es gibt gewisse Abweichungen bei den Teilnehmenden unter 45 Jahren, die in der ungewichteten Stichprobe unterrepräsentiert sind (Tabelle 2). Teilnehmende zwischen 45 und 79 Jahren sind hingegen überproportional vertreten. Zusätzlich ist in Tabelle 2 deutlich zu erkennen, dass weniger Personen der niedrigen Bildungsgruppe zu einem Interview bereit waren;

dagegen war eine größere Teilnahmebereitschaft in der hohen Bildungsgruppe vorhanden. Diese Bildungsverzerrung der Stichprobe ist vergleichbar mit den Ergebnissen der Studie GEDA 2012 [5].

Merkmal	n	%	Gewichtet	Destatis 2019/ Mikrozensus 2017**
			%	%
Geschlecht (Geburtsgeschlecht)				
Weiblich	12.111	52,7	51,0	51,0
Männlich	10.890	47,3	49,0	49,0
Altersgruppe				
15–29 Jahre	2.394	10,4	18,9	19,0
30–44 Jahre	3.769	16,4	21,9	21,9
45–64 Jahre	8.981	39,1	34,0	34,0
65–79 Jahre	6.048	26,3	17,4	17,3
≥80 Jahre	1.809	7,9	7,8	7,9
Siedlungsstruktureller Kreistyp (BBSR)				
Dünn besiedelte ländliche Kreise	2.554	11,9	14,9	14,9
Ländliche Kreise	2.830	13,2	17,1	17,1
Städtische Kreise	8.385	39,1	37,8	38,5
Kreisfreie Großstädte	7.664	35,8	30,2	29,4
Bildungsstatus* (ISCED-Klassifikation 2011)				
Untere Bildungsgruppe	1.339	5,9	17,8	17,5
Mittlere Bildungsgruppe (ohne Abitur)	6.560	29,0	41,9	42,2
Mittlere Bildungsgruppe (mit Abitur)	3.109	13,7	15,1	15,2
Obere Bildungsgruppe	11.637	51,4	25,1	25,2

BBSR=Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
ISCED=Internationale Standardklassifikation des Bildungswesens

* Dargestellt sind nur Teilnehmende ab 18 Jahren, da in dem Altersbereich von 15 bis 17 Jahren die Bildung nach ISCED11 bei einem großen Teil der Bevölkerung noch nicht abgeschlossen ist

** Geschlecht, Alter und siedlungsstruktureller Kreistyp anhand von Bevölkerungsdaten des Statistischen Bundesamtes 2019, ISCED-Bildungsgruppen anhand des Mikrozensus 2017

Tabelle 2
Beschreibung der Stichprobe nach soziodemografischen Merkmalen nach Anzahl, ungewichtet, gewichtet und im Vergleich zu Bevölkerungsdaten des Statistischen Bundesamtes 2019/Mikrozensus 2017
Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

GEDA-Daten ermöglichen vergleichende Datenanalysen auf europäischer Ebene.

6. Stärken und Limitationen

Mit der Integration des EHIS in die Studie GEDA 2019/2020-EHIS ist es möglich, nationale Gesundheitsdaten mit anderen EU-Mitgliedstaaten zu vergleichen und Analysen auf europäischer Ebene durchzuführen. Jedoch ist zu beachten, dass Erhebungsmodi und Stichprobendesign zwischen den Ländern variieren. Dies muss bei der Bewertung der Ergebnisse zwingend berücksichtigt und analysiert werden [26].

Für ausgewählte Themenbereiche ist es möglich, Trendanalysen mit früheren GEDA-Wellen (2009, 2010, 2012) vorzunehmen, die ebenfalls auf Basis einer Telefonstichprobe durchgeführt wurden. Hinsichtlich der Erhebung GEDA 2014/2015-EHIS ist einerseits eine gute Vergleichbarkeit gegeben, da die Fragebogeninhalte mehrheitlich unverändert geblieben sind. Es gab aber einen Wechsel im Stichprobendesign, weswegen Trendaussagen nur mit Einschränkungen möglich sind. Das Stichprobendesign wurde von einer Registerstichprobe auf eine Telefonstichprobe umgestellt und der Erhebungsmodus wurde von einem Selbstausfüll-Fragebogen (Online, Papier) auf ein computergestütztes Telefoninterview (CATI) geändert. Die möglichen Brüche in den nationalen Zeitreihen der Gesundheitsindikatoren müssen daher sorgfältig evaluiert werden. Eine frühere methodische Studie zu den möglichen Unterschieden zwischen den Erhebungsmodi bei Gesundheitsbefragungen deutete darauf hin, dass der Einfluss des Erhebungsmodus auf die Prävalenzschätzungen bei einigen Gesundheitsindikatoren gering, bei anderen jedoch stärker sein kann [27].

Mit dem Erhebungszeitraum zwischen April 2019 und September 2020 fiel die Datenerhebungsphase in die

Anfangsphase der SARS-CoV-2-Pandemie [28]. Die mit der Ausbreitung des neuartigen Coronavirus einhergehenden Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie haben neben den infektionsepidemiologischen auch Auswirkungen auf viele weitere Aspekte der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Darüber hinaus sind in diesem Zusammenhang veränderte Teilnahmebereitschaften aufgrund von Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie denkbar. So könnte eine Ausweitung flexibler Heimarbeit oder die erhöhte Inanspruchnahme von Kurzarbeit zur Folge haben, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen besser oder schlechter telefonisch erreicht wurden. In der methodischen Forschung lassen sich solche Effekte bereits beobachten. In den USA zeigte sich, dass beispielsweise die Teilnahmebereitschaft am Zensus 2020 (postalischer Rekrutierungsweg) statistisch signifikant geringer war, desto höher die Infektionszahlen in dem betreffenden Gebiet waren [29]. Bei Analysen mit den Daten von GEDA 2019/2020-EHIS sollten diese Aspekte – potenzieller Einfluss der pandemischen Lage auf die Gesundheit und mögliche veränderte Teilnahmebereitschaften – mitbedacht und durch Sensitivitätsanalysen untersucht und falls nötig, zum Beispiel durch eine Korrektur der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt werden. Andererseits stehen mit GEDA 2019/2020-EHIS einzigartige Daten im Rahmen der Erforschung von gesundheitlichen Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie zur Verfügung (siehe [30] und das Fact sheet [Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen während der COVID-19-Pandemie bei Menschen mit Diabetes in Deutschland](#) in Ausgabe 2/2021 des Journal of Health Monitoring). Den Autorinnen und Autoren ist nicht

Mit mehr als 20.000 Befragten pro Welle ist GEDA die größte bevölkerungsbezogene Gesundheitsbefragung von Erwachsenen in Deutschland.

bekannt, dass es eine weitere für die deutsche Wohnbevölkerung repräsentative Gesundheitsstudie gibt, die es ermöglicht, mit konstanten Erhebungsinstrumenten zeitliche Entwicklungen darzustellen, die einen unmittelbaren Vergleich der gesundheitlichen Lage circa ein Jahr vor Ausbruch der SARS-CoV-2-Pandemie mit dem unmittelbar anschließenden Zeitraum ab circa März 2020 ermöglicht.

Methodisch ist hervorzuheben, dass der verwendete telefonische Auswahlrahmen der ADM-Stichprobe als etabliert in der Forschung gilt. Mit diesem Auswahlrahmen können qualitativ hochwertige Zufallsstichproben der deutschen Allgemeinbevölkerung gezogen werden. Mit dem telefonischen Interview ist zudem ein vollstandardisierter Befragungsmodus gewählt worden, der effizient und relativ schnell einsetzbar ist. So sind über diesen Befragungsmodus potenzielle Interviewereffekte (Clustereffekte) geringer ausgeprägt als bei Face-to-Face-Befragungen [31]. Außerdem bietet dieser Modus die Möglichkeit einer effizienten Qualitätssicherung in Form einer kontinuierlichen Supervision der Interviewenden [32]. Demgegenüber haben telefonische Befragungen aber auch Schwächen gegenüber anderen Befragungsmodi. Telefonische Interviews sind, wie alle interviewerbasierten Erhebungsformen, anfällig für sozial erwünschtes Antwortverhalten. Das kann bei potenziell sensiblen Items zur Folge haben, dass die „wahre“ Prävalenz unterschätzt wird [32]. Außerdem zeigt sich deutlich, dass die berichteten Responseraten bei telefonischen Befragungen in der Regel niedriger als bei persönlichen Interviews (Face-to-Face) ausfallen. Das kann das Risiko eines höheren Non-Response-Bias verstärken, wobei eine niedrige Responsequote nicht automatisch eine Verzerrung der Ergebnisse zur Folge haben muss [33].

Korrespondenzadresse

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

Zitierweise

Allen J, Born S, Damerow S, Kuhnert R, Lemcke J et al. (2021) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. Journal of Health Monitoring 6(3): 72–87. DOI 10.25646/8558

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

Datenschutz und Ethik

GEDA 2019/2020-EHIS 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

GEDA 2019/2020-EHIS 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: die Interviewenden und Mitarbeitende der USUMA GmbH, die Kolleginnen und Kollegen des GEDA-Teams am RKI. Ebenfalls möchten wir uns bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern herzlich bedanken.

Literatur

- Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. Bundesgesundheitsbl 52:557–570
- 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
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2011) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- 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
- Europäisches Parlament (2018) VERORDNUNG (EU) 2018/255 DER KOMMISSION vom 19. Februar 2018 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates in Bezug auf Statistik auf der Grundlage der Europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS). In: European Commission (Hrsg) Amtsblatt der Europäischen Union, S. L48/12–L48/38
- von der Heyde C (2013) Das ADM-Stichprobensystem für Telefonbefragungen. https://www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstichproben_DE-2013.pdf (Stand: 05.10.2020)
- Sand M, Gabler S (2019) Gewichtung von (Dual-Frame-) Telefonstichproben. In: Häder S, Häder M, Schmich P (Hrsg) Telefonumfragen in Deutschland. Springer VS, Wiesbaden, S. 405–424
- Kish L (1949) A Procedure for Objective Respondent Selection within the Household. J Am Stat Assoc 44(247):380–387
- European Commission, Eurostat (2018) European Health Interview Survey (EHIS wave 3). Methodological manual. European Commission, Luxembourg
- ADM (2021) Richtlinie für telefonische Befragungen. Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V., S. 1–9
- Wetzstein M, Varga M, Lemcke J et al. (2019) Feldphase. In: Häder S, Häder M, Schmich P (Hrsg) Telefonumfragen in Deutschland. Springer VS, Wiesbaden, S. 241–292
- Liebau M, Schunter J, Schurath R et al. (2019) Fragebogenkonstruktion bei telefonischen Befragungen. In: Häder S, Häder M, Schmich P (Hrsg) Telefonumfragen in Deutschland. Springer VS, Wiesbaden, S. 193–239
- Schmich P, Lemcke J, Zeisler ML et al. (2018) Ad-hoc-Studien im Robert Koch-Institut. Journal of Health Monitoring 3(3):75–86. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5771> (Stand: 21.07.2021)
- Allen J, Lemcke J (2019) Ausschreibung einer Telefonstudie. In: Häder S, Häder M, Schmich P (Hrsg) Telefonumfragen in Deutschland. Springer VS, Wiesbaden, S. 435–471
- Gramlich T, Häder S (2019) Methoden- und Feldberichte. In: Häder S, Häder M, Schmich P (Hrsg) Telefonumfragen in Deutschland. Springer VS, Wiesbaden, S. 425–434
- American Association for Public Opinion Research (AAPOR) (2016) Standard definitions – final disposition codes of case codes and outcome rates for surveys. AAPOR, Deerfield
- Bundesagentur für Arbeit (2011) Klassifikation der Berufe 2010. Band 2: Definitorischer und beschreibender Teil. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg
- Bundesagentur für Arbeit (2011) Klassifikation der Berufe 2010. Band 1: Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg

21. ILO (2012) International standard classification of occupations (ISCO-08). Vol. 1: Structure, group definitions and correspondence tables. ILO, Genf

22. Häder S, Sand M (2019) Telefonstichproben. In: Häder S, Häder M, Schmich P (Hrsg) Telefonumfragen in Deutschland. Springer VS, Wiesbaden, S. 113–151

23. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2021) Laufende Raumbbeobachtung – Raumbbegrenzungen: Siedlungsstrukturelle Kreistypen. <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbbeobachtung/Raumbbegrenzungen/deutschland/kreise/siedlungsstrukturelle-kreistypen/kreistypen.html;jsessionid=4FBB924CoA196CoD8141D36DACB7E644.live!1291?nn=2544954> (Stand: 07.04.2021)

24. UNESCO Institute for Statistics (2012) International Standard Classification of Education: ISCED 2011. UIS, Montreal, S. 85

25. Lumley T (2011) Complex Surveys: A Guide to Analysis Using R. Wiley, Hoboken, New Jersey

26. Hintzpeter B, Finger JD, Allen J (2019) European Health Interview Survey (EHIS) 2 – Hintergrund und Studienmethodik. Journal of Health Monitoring 4(4):71–85. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6245> (Stand: 21.07.2021)

27. Hoebel J, von der Lippe E, Lange C et al. (2014) Mode differences in a mixed-mode health interview survey among adults. Arch Public Health 72(1):46

28. Schilling J, Buda S, Fischer M et al. (2021) Retrospektive Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland bis Februar 2021 Epidemiologisches Bulletin (15):3–12

29. Bates N, Zamadics J (2021) COVID-19 Infection Rates and Propensity to Self-Respond in the 2020 U.S. Decennial Census. Survey Practice 14(1):1–12

30. 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. Journal of Health Monitoring (4):3–22. <https://edoc.rki.de/handle/176904/7548.2> (Stand: 21.07.2021)

31. von Hermanni H (2019) Rolle und Einfluss von Interviewern in telefonischen Umfragen. In: Häder S, Häder M, Schmich P (Hrsg) Telefonumfragen in Deutschland. Springer VS, Wiesbaden, S. 293–347

32. Hüfken V (2019) Telefonische Befragung. In: Baur N, Blasius J (Hrsg) Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer VS, Wiesbaden, S. 757–768

33. Groves RM, Peytcheva E (2008) The Impact of Nonresponse Rates on Nonresponse Bias: A Meta-Analysis. Public Opin Q 72(2):167–189

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

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