

Thomas G. Grobe, Anna Braun, Joachim Szecsenyi



Arztreport 2026

Endometriose – Trends und Risikofaktoren



Hintergrund

Die vorliegende Veröffentlichung befasst sich mit dem Thema Endometriose. Basierend auf sektorenübergreifenden Routinedaten für die 20 Jahre von 2005 bis 2024 werden Informationen zu Häufigkeiten, Trends sowie zu Risikofaktoren der Endometriose und zu Komorbiditäten bei Endometriose in Deutschland dargestellt und diskutiert.

Bei einer **Endometriose** findet sich Gewebe im Körper außerhalb der Gebärmutterhöhle, das der Gebärmutter-schleimhaut sehr ähnlich ist und sich unter Hormoneinfluss ähnlich verhält. Häufig lassen sich derartige Herde im Beckenraum am Bauchfell nachweisen. Herde können dabei auf der Gebärmutter sitzen, jedoch auch in der Gebärmuttermuskulatur lokalisiert sein – Letzteres wird dann als Adenomyosis uteri bezeichnet. Betroffen sein können des Weiteren beispielsweise auch Eierstöcke, Eileiter oder Regionen zwischen Gebärmutter und Enddarm (Douglas-Raum). Wodurch es

zum Wachstum des Gewebes außerhalb der Gebärmutterhöhle kommt und was ein entsprechendes Wachstum begünstigt, kann unterschiedliche Ursachen haben und ist bislang nicht hinreichend geklärt.

Eine Endometriose kann sich unterschiedlich auswirken. Bei betroffenen Frauen kann sie zu stark ausgeprägten **Symptomen und Beschwerden** führen, aber auch als Zufallsbefund ohne jegliche Beschwerden nachweisbar sein. Beschwerden entwickeln sich typischerweise erst in Lebensphasen ab oder nach der ersten Regelblutung (Menarche). Wie die normale Gebärmutter-schleimhaut, so verändert sich auch das Endometriose-Gewebe während des Menstruationszyklus. Damit kann es zu Blutungen außerhalb der Gebärmutter, Entzündungsreaktionen, Schmerzen (vorrangig im Unterbauch) und eher mittelfristig auch zu einer Narbenbildung (zum Beispiel in der Bauchhöhle) kommen. Zu den typischen Symptomen einer Endometriose zählen zunächst Schmerzen in zeitlichem Zusammenhang mit der Regelblutung (Menstruationsbeschwerden, Dysmenorrhö).



Teils abhängig von der Lokalisation der Endometriose können beispielsweise auch Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (Dyspareunie), beim Stuhlgang (Dyschezie) und beim Wasserlassen (Dysurie) auftreten. Über längere Zeiträume können sich chronische Schmerzsyndrome mit Beschwerden entwickeln, die unabhängig vom Menstruationszyklus empfunden werden. Endometriose kann sich sowohl durch anatomisch nachweisbare Veränderungen als auch durch Schmerzempfindungen negativ auf die Fruchtbarkeit auswirken (Sterilität). Mitbedingt durch die teils unspezifischen Symptome wird davon ausgegangen, dass eine Endometriose oftmals erst mit mehrjähriger Verzögerung diagnostiziert wird (AWMF, 2025). Im weiteren Verlauf der Wechseljahre (Klimakterium) und nach der letzten Regelblutung (Menopause) werden durch Endometriose bedingte Beschwerden typischerweise seltener, da sich Endometriose-Herde – wie die normale Gebärmutter Schleimhaut – unter den dann natürlicherweise sinkenden Pegeln bestimmter weiblicher Geschlechtshormone (insbesondere von Östrogenen) zurückbilden.

Zur **Diagnostik** der Endometriose können, neben einer ausführlichen Beschwerdeerhebung (Anamnese) und körperlichen Untersuchung, insbesondere Ultraschalluntersuchungen – vorzugsweise in Form einer transvaginalen Sonografie (TVS) – und die Magnetresonanztomografie (MRT) beitragen. Bei bestimmten Lokalisationen und/oder nach erfolglosen konservativen Therapieversuchen kann zur definitiven Klärung auch eine Bauchspiegelung (Laparoskopie) indiziert sein, bei der idealerweise gegebenenfalls entdeckte Endometriose-Herde gleich entfernt werden.

Die Endometriose ist primär eine chronisch verlaufende Erkrankung. Medikamentöse **Therapiemöglichkeiten** – neben den Möglichkeiten zu einer symptomorientierten Schmerztherapie – ergeben sich vorrangig aus der Hormonabhängigkeit des Endometriose-Gewebes. Zum Einsatz kommen kombinierte Kontrazeptiva (KOK; „Pille“ mit Gestagen-Anteil), Gestagen-Präparate und -Applikationen sowie bestimmte Hormon-Agonisten (sowie auch Antagonisten; vgl. AWMF-Leitlinie). In bestimmten Fällen können Operationen indiziert sein, die vorzugsweise minimalinvasiv durchgeführt werden sollten.

Das vorliegende ePaper liefert aktuelle Informationen zu Häufigkeiten und Trends von Endometriose-Diagnosen bei Frauen in Deutschland und befasst sich mit Risikofaktoren für deren Auftreten sowie Sterblichkeitsrisiken bei entsprechenden Diagnosen. Zudem werden Informationen zu Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) bei Endometriose bereitgestellt.

Methoden

Untersuchungspopulationen und Standardisierung

Im Rahmen der Auswertungen wurden ausschließlich Versicherte mit inländischem Wohnort und konsistenten Angaben zum Geburtsjahr und zum Geschlecht berücksichtigt, die gemäß aktuellen Daten in den jeweiligen Beobachtungsjahren nachweislich durchgängig bei der BARMER versichert waren oder bei denen der Versicherungszeitraum aus natürlichen Gründen (Geburt, Tod) verkürzt war. In einzelnen Jahren von 2005 bis 2024 konnten so zwischen 7.693.332 und 8.510.596 Personen und damit rund zehn Prozent der Bevölkerung in Deutschland berücksichtigt werden.

Alle bevölkerungsbezogenen berichteten Ergebnisse wurden zunächst separat in 640 Strata nach Geschlecht, Fünf-Jahres-Altersgruppen (0, 1–4, 5–9, 10–14, ..., 90 Jahre oder älter) und Bundesland des Wohnorts der Versicherten berechnet und anschließend nach Bevölkerungsangaben zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres standardisiert (Statistisches Bundesamt, 2025a), wobei zur Kennzeichnung Kürzel nach dem Schema DJJJBL mit JJJJ für das jeweilige Jahr verwendet werden. Ab dem Jahr 2022 liegen dabei Bevölkerungsangaben des Statistischen Bundesamts gemäß Zensus 2022 zugrunde. Da von einer Endometriose nahezu ausschließlich Frauen betroffen sind, werden nachfolgend in der Regel auch ausschließlich Ergebnisse präsentiert, die sich auf die weibliche Bevölkerung beziehen.

ICD-10-Diagnosekodes zur Endometriose

In der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10) wird die Endometriose mit dem Kode N80 erfasst und ist dabei der Gruppe „Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes“ zugeordnet. Mit vierstellig differenzierten Angaben des Kodes N80 lassen sich gegebenenfalls bekannte Lokalisationen einer Endometriose näher angeben, wobei eine Endometriose der Gebärmutter im Sinne einer Adenomyosis uteri mit dem Kode N80.0 spezifiziert werden kann.

Genutzte Daten

Neben grundlegenden Angaben zum Geschlecht und zum Geburtsjahr sowie Versicherungs- und Wohnhistorien mit Angaben zu Todesfällen wurden für Auswertungen Daten zu Arzneiverordnungen sowie zur ambulanten und stationären Versorgung mit den darin enthaltenen Diagnoseangaben genutzt. Diagnosen zur ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung aus den Abrechnungsdaten der KVen wurden – anders als bei Routineauswertungen zum Report – in den Statistiken primär nur dann berücksichtigt, sofern sie als gesichert gekennzeichnet waren. Als Verdacht oder symptomloser Zustand gekennzeichnete Diagnosen sowie Ausschlussdiagnosen wurden lediglich im Rahmen ergänzend durchgeführter Analysen einbezogen, was dann explizit hervorgehoben ist. Gleiches gilt für gegebenenfalls berücksichtigte Diagnosen zu ambulanten Behandlungen in Krankenhäusern, die erst ab dem Jahr 2014 verfügbar waren. Bei unterschiedlichen Formen stationärer Behandlungen in Krankenhäusern wurden gegebenenfalls Haupt- sowie auch alle Nebendiagnosen berücksichtigt. Lediglich die in geringem Umfang dokumentierten und als weniger valide geltenden Einweisungs- und Aufnahmediagnosen blieben unberücksichtigt.

Neuerkrankungen – Inzidenzen

Diagnoseangaben in Routinedaten bei Krankenkassen enthalten primär keinerlei Informationen, ob es sich um

erstmalig oder erneut dokumentierte Angaben handelt. Diagnosen im Sinne von Neuerkrankungen lassen sich insofern nur durch Ausschluss von Betroffenen aus Vorbeobachtungszeiträumen eingrenzen, was mit den hier genutzten BARMER-Daten für ein bis maximal 19 Vorjahre möglich war. Dabei wurden hier ausschließlich die auch in Vorjahren durchgängig (oder gegebenenfalls ab der Geburt innerhalb der Vorjahre) versicherten Personen berücksichtigt. Auch hier wurden Ergebnisse zunächst immer in 640 Strata ermittelt und anschließend standardisiert (siehe weiter oben), womit die altersabhängig unterschiedlich stark ausgeprägten Ausfälle durch unvollständige Versicherungszeiten bei längeren Beobachtungsintervallen ausgeglichen werden. Berichtet werden Inzidenzen bezogen auf die jeweilige Gesamtbevölkerung (wie auch bei Krebsregistern üblich), die sich im Falle eher seltener Erkrankungen wie der Endometriose nur graduell von andernfalls häufig berechneten kumulativen Inzidenzen unterscheiden (bei denen inzident Betroffene ausschließlich bezogen auf zuvor nicht Betroffene ausgewiesen werden).

Standardisiertes Mortalitätsverhältnis (Standardized Mortality Ratio, SMR)

Zur Abschätzung der Sterblichkeit bei Endometriose wurden – hier bezogen auf alle von 2019 bis zum 1. Januar 2022 durchgängig versicherten Frauen (unter Einschluss geburtsbedingt verkürzt beobachteter Personen) – zunächst Sterberaten innerhalb des Jahres 2022 sowie innerhalb der drei Jahre von 2022 bis 2024 für Ein-Jahres-Altersgruppen ermittelt (wobei Personen mit zwischenzeitlichem Austritt ohne Tod im Sinne einer Zensierung jeweils unberücksichtigt blieben). Anschließend wurden für Frauen aus der Population, die zwischen 2019 und 2021 von einer Endometriose-Diagnose betroffen waren, Todesfälle in entsprechenden Zeiträumen gezählt und im Sinne einer indirekten Standardisierung mit der altersabhängig gemäß der Gesamtpopulation erwarteten Zahl an Todesfällen verglichen, wobei standardisierte Mortalitätsverhältnisse (SMRs) mit 95-Prozent-Vertrauensbereichen gemäß Daly (1992) ermittelt wurden. Liegt der Wert 1 außerhalb des Vertrauensbereichs, weichen beobachtete Fallzahlen statistisch signifikant von den erwarteten Fallzahlen ab.

Analog durchgeführte indirekte Standardisierungen wurden auch für Darstellungen von Zusammenhängen zwischen Merkmalen mit nachfolgend dokumentierten Diagnosen einer Endometriose genutzt, wobei die resultierenden Verhältniszahlen dann als standardisierte Inzidenzverhältnisse (Standardized Incidence Ratio, SIR) bezeichnet werden können.

Ergebnisse

Um die Zahl der von einer Endometriose betroffenen Frauen in einzelnen Jahren abzuschätzen, werden nachfolgend zunächst Ergebnisse zur Dokumentationshäufigkeit von Diagnosen einer Endometriose im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung in den Jahren von 2005 bis 2024 präsentiert (Ein-Jahres-Diagnoseprävalenzen). Dabei wird auch der Frage nachgegangen, inwieweit die Dokumentation der Diagnosen vom Alter der betrachteten Frauen abhängt.

Die hier ermittelten Diagnoseprävalenzen werden sowohl von der Häufigkeit neu diagnostizierter Erkrankungen als auch von der Frequenz und der Dauer einer nachfolgenden Dokumentation beeinflusst. Ein weiterer Abschnitt befasst sich vor diesem Hintergrund mit dem Zeitpunkt der erstmaligen Diagnose einer Endometriose im Sinne von Neuerkrankungen (Diagnoseinzidenz). Anschließende Analysen befassen sich mit Risikofaktoren für die Erstdiagnose einer Endometriose sowie auch mit dem Anteil der über längere Beobachtungszeiträume betroffenen Frauen.

Den Auswertungen vorangestellt sind Betrachtungen zu Behandlungsfällen mit Endometriose in Krankenhäusern, die Rückschlüsse auf die Repräsentativität der hier auf der Basis von BARMER-Daten ermittelten Ergebnisse und Hochrechnungen zum Thema Endometriose erlauben.

Krankenhausbehandlungen aufgrund von Endometriose

Behandlungen in Krankenhäusern bilden bislang den einzigen Leistungsbereich des Gesundheitssystems in Deutschland, zu dem regelmäßig auch Daten zur Inanspruchnahme durch die gesamte Bevölkerung ermittelt und veröffentlicht werden. Jahresbezogene Statistiken zu allen vollstationären Behandlungsfällen in Krankenhäusern in Deutschland werden dabei vom Statistischen Bundesamt auch differenziert nach Hauptdiagnosen im Sinne von Hauptbehandlungsanlässen ausgewiesen (Statistisches Bundesamt, 2025b). Damit sind für diesen speziellen Leistungsbereich Aussagen zur Bedeutung der Endometriose möglich, die zweifelsfrei repräsentativ für Deutschland sind.

Gemäß Angaben des Statistischen Bundesamts gab es im Jahr 2024 in Deutschland 37.749 Entlassungen aus vollstationären Behandlungen in Krankenhäusern mit der Hauptdiagnose einer Endometriose, die stets den Hauptbehandlungsanlass eines Krankenhausaufenthalts anzeigt. Demgegenüber wurden für das Jahr 2005 erst 20.835 Fälle ausgewiesen. Innerhalb von 20 Jahren ist es nach Ergebnissen des Statistischen Bundesamts zu einer Zunahme der Behandlungsfälle in Krankenhäusern um 81,2 Prozent gekommen.

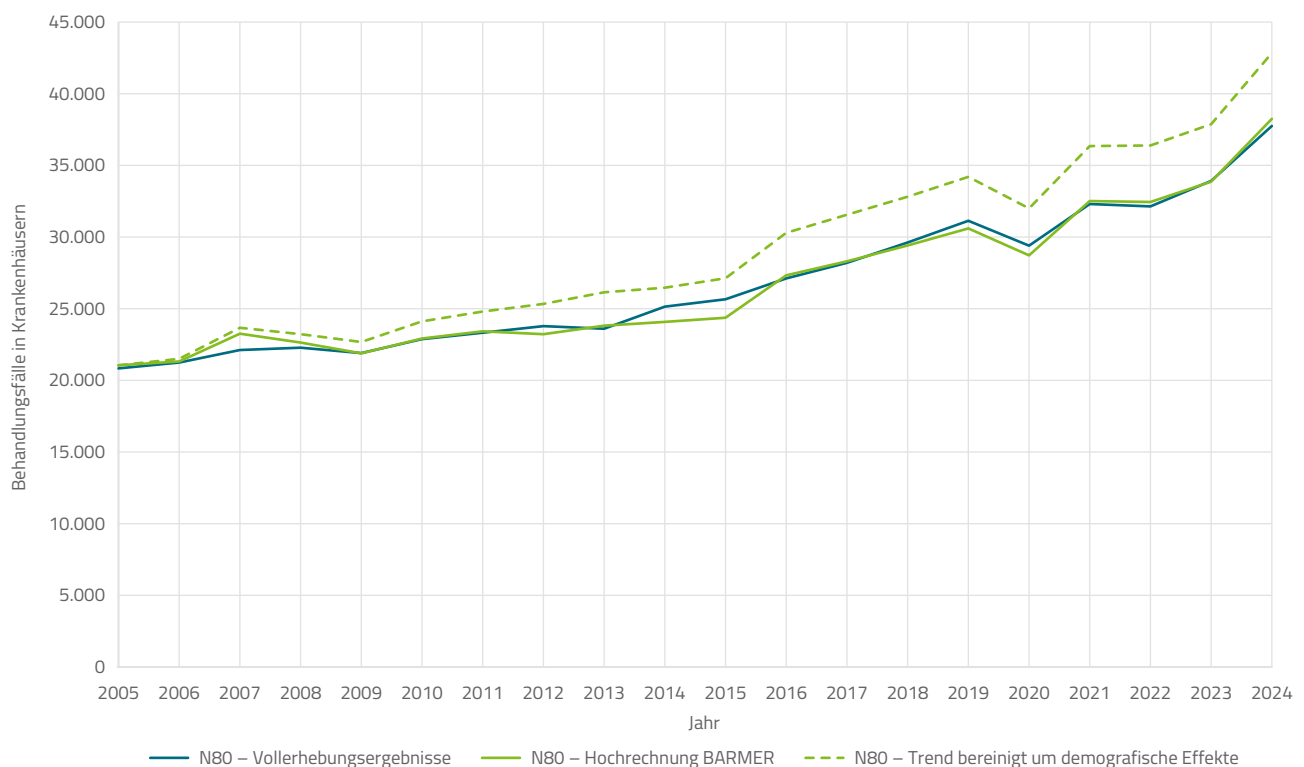
In Abbildung 1 sind den Angaben des Statistischen Bundesamts auch Ergebnisse von Hochrechnungen zu Behandlungsfällen in Krankenhäusern basierend auf BARMER-Daten gegenübergestellt. In den beiden zuvor genannten Jahren lagen diese Hochrechnungen mit 38.246 (2024) und 21.052 (2005) Behandlungsfällen jeweils um rund ein Prozent höher als die zuvor genannten und vom Statistischen Bundesamt berichteten Zahlen. In dazwischenliegenden Jahren lassen sich bei hochgerechneten BARMER-Ergebnissen sowohl leichte Unterschreitungen als auch Überschreitungen im Vergleich zu bundesweiten Vollerhebungsergebnissen feststellen (Range: -5,0 bis +5,2 Prozent; Mittelwert über alle Jahre: -0,2 Prozent). Basierend auf Hochrechnungen von BARMER-Daten ergibt sich innerhalb von 20 Jahren eine Zunahme der Behandlungsfälle um 81,7 Prozent.

Abgesehen von etwas größeren Abweichungen in den Jahren 2007 sowie 2014 und 2015 zeigen die Hochrechnungen basierend auf BARMER-Daten eine gute Übereinstimmung mit den Vollerhebungsergebnissen und führen zu inhaltlich gleichartigen Aussagen hinsichtlich der Trends, womit beim Thema Endometriose von einer hohen Repräsentativität bei Hochrechnungen von BARMER-Daten auszugehen ist. Sowohl Ergebnisse basierend auf BARMER-Daten als auch Angaben des Statistischen Bundesamts verweisen auf einen deutlichen Anstieg der Behandlungsfälle in Krankenhäusern insbesondere in den letzten Jahren, der – vermutlich mitbedingt durch die Coronapandemie – lediglich 2022 und insbesondere 2020 von leichten Rückgängen der stationären Behandlungsfälle unterbrochen wurde.

Ergänzend sind in Abbildung 1 als unterbrochene Linie auch Hochrechnungen basierend auf BARMER-Daten

dargestellt, bei denen für 2005 bis 2024 (fiktiv) eine seit Ende 2004 unveränderte Zahl an Frauen in den einzelnen Altersgruppen sowie Bundesländern angenommen wurde. Präsentiert werden so Behandlungsfallzahlen, die ohne eine demografische Veränderung seit Ende 2004 hätten erwartet werden können. Offensichtlich wäre es bei diesem Szenario zu einem noch merklich stärkeren Anstieg der Behandlungsfälle in Krankenhäusern gekommen. Hätten in Deutschland 2024 noch genauso viele Frauen in maßgeblich betroffenen Altersgruppen wie 2005 gelebt, wäre 2024 mit 42.838 Behandlungsfällen in Krankenhäusern zu rechnen gewesen, was dann im Vergleich zu 2005 mehr als eine Verdopplung der Fallzahlen gewesen wäre (+103,5 Prozent). Der real beobachtete Anstieg stationärer Behandlungsfälle aufgrund einer Endometriose wurde demnach in den vergangenen 20 Jahren durch demografische Veränderungen eher abgemildert und wäre ohne sie noch stärker ausgefallen.

Abbildung 1: Behandlungsfälle in Krankenhäusern mit Endometriose in Deutschland 2005 bis 2024



Quelle: Statistisches Bundesamt, 2025b; BARMER-Daten 2005 bis 2024 zu vollstationären Behandlungen in Krankenhäusern mit ICD-10-Hauptentlassungsdiagnose N80, hochgerechnet gemäß D2004BL bis D2023BL (Bevölkerungsstand zum Ende des jeweiligen Vorjahres) sowie durchgängig gemäß D2004BL

Hinweise zu routinemäßig zum Arztreport berichtete Diagnosehäufigkeiten

Sehr viel häufiger als im Krankenhaus werden Diagnosen im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung dokumentiert. Bevölkerungsbezogene Anteile der von den ambulant dokumentierten Diagnosen Betroffenen werden regelmäßig in [interaktiven Grafiken](#) zum Arztreport dargestellt, wobei für die Jahre von 2010 bis 2024 auch Ergebnisse zum ICD-10-Kode N80 verfügbar sind. Bei Routineauswertungen zum Arztreport werden allerdings – neben gesicherten Diagnosen – traditionell auch Diagnosen berücksichtigt, die als Verdachtsfälle und symptomlose Zustände gekennzeichnet sind, womit sinngemäß auch alle nur vorläufigen Hinweise auf Erkrankungen sowie aktuell asymptomatische Erkrankungen berücksichtigt werden. Nachfolgende Darstellungen zu Diagnoseprävalenzen sollen sich demgegenüber zunächst auf Diagnosen fokussieren, die bei einer Dokumentation im Rahmen der ambulanten Versorgung als gesichert eingestuft wurden. Zugleich wird allerdings auch eine (erwartungsgemäß kleine) Gruppe von Frauen berücksichtigt, bei denen die Diagnose einer Endometriose ausschließlich im Rahmen von Krankenhausbehandlungen dokumentiert wurde.

Diagnoseprävalenz der Endometriose

Abbildung 2 zeigt die Entwicklung der Anzahl der von Endometriose-Diagnosen betroffenen Frauen in Deutschland in den einzelnen Jahren von 2005 bis 2024 nach Hochrechnungen basierend auf sektorenübergreifenden Daten der BARMER, wobei Diagnoseangaben sowohl aus der ambulanten als auch aus der stationären Versorgung berücksichtigt wurden.

Die Zahl der Frauen mit Diagnose einer Endometriose stieg nach diesen Ergebnissen in Deutschland von 232.928 im Jahr 2005 auf 512.649 im Jahr 2024 um 120 Prozent an ([vgl. auch interaktive Grafiken zum Arztreport 2026](#)). Im Jahr 2024 waren demnach in Deutschland mehr als doppelt so viele Frauen von der Diagnose einer Endometriose wie 2005 betroffen. Bereinigt um demografische Effekte ließ sich von 2005 bis 2024 auch bei dieser Betrachtung eine noch stärkere

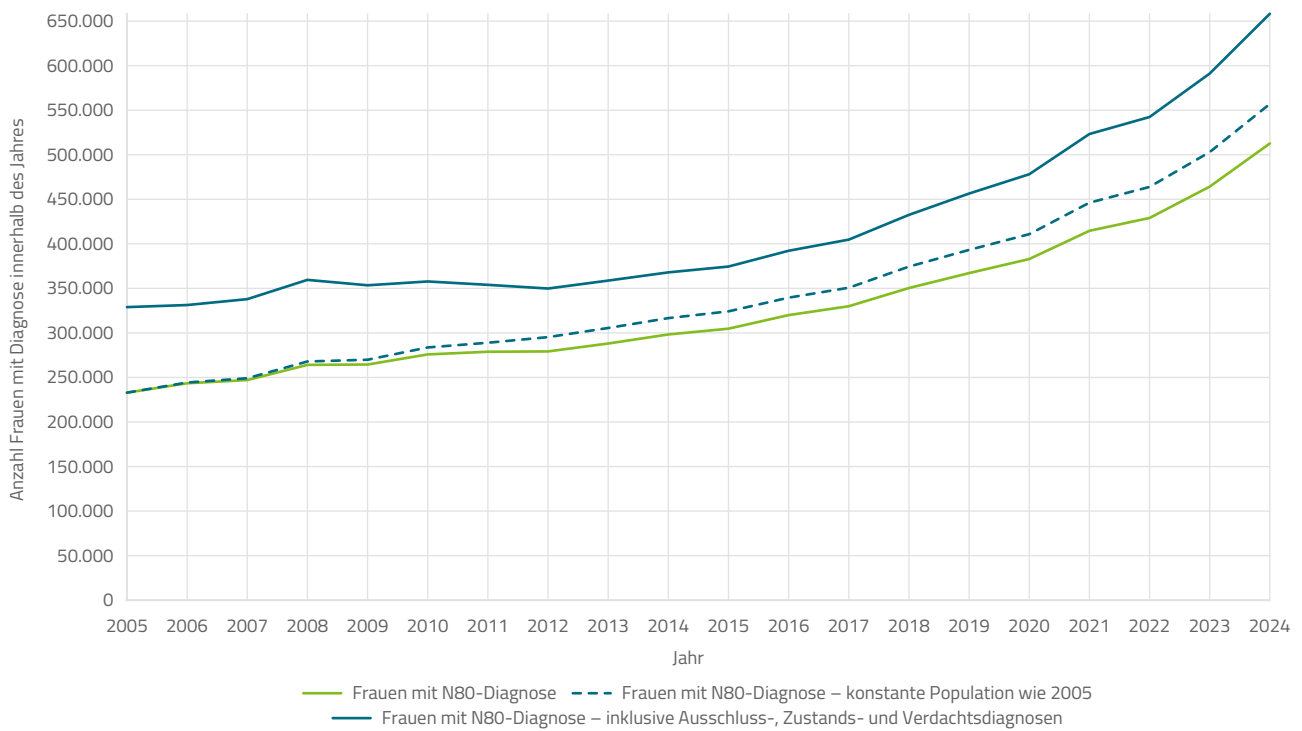
Zunahme der Betroffenenzahlen um 139 Prozent feststellen (vgl. unterbrochene Linien in Abbildung 2).

Ergänzend wird in Abbildung 2 auch aufgezeigt, welche Betroffenenzahlen sich ergeben, wenn bei Dokumentationen zur ambulanten Versorgung zusätzlich auch Ausschluss-, Zustands- und Verdachtsdiagnosen berücksichtigt werden, womit sinngemäß der Kreis der Frauen eingegrenzt wird, der nach Diagnoseangaben innerhalb eines Jahres mit dem Thema Endometriose konfrontiert war (auch wenn die Diagnose nachfolgend möglicherweise nicht bestätigt wurde oder keine Beschwerden verursachte). Erwartungsgemäß ergeben sich dabei noch höhere Betroffenenzahlen. Während dabei die zuvor genannten „regulären“ Betroffenenzahlen 2005 noch um 41 Prozent überschritten wurden, lagen sie in den Jahren von 2014 bis 2018 jeweils um 23 Prozent höher. Bis 2024 vergrößerten sich die Unterschiede nachfolgend dann wieder stetig und lagen 2024 bei 28 Prozent, womit nach Hochrechnungen von BARMER-Daten die Zahl der „thematisch“ von Endometriose betroffenen Frauen mit 658.243 angegeben werden kann ([weitere Zahlen sind interaktiven Grafiken zu entnehmen](#)).

Endometriose – Diagnoseprävalenzen nach Alter

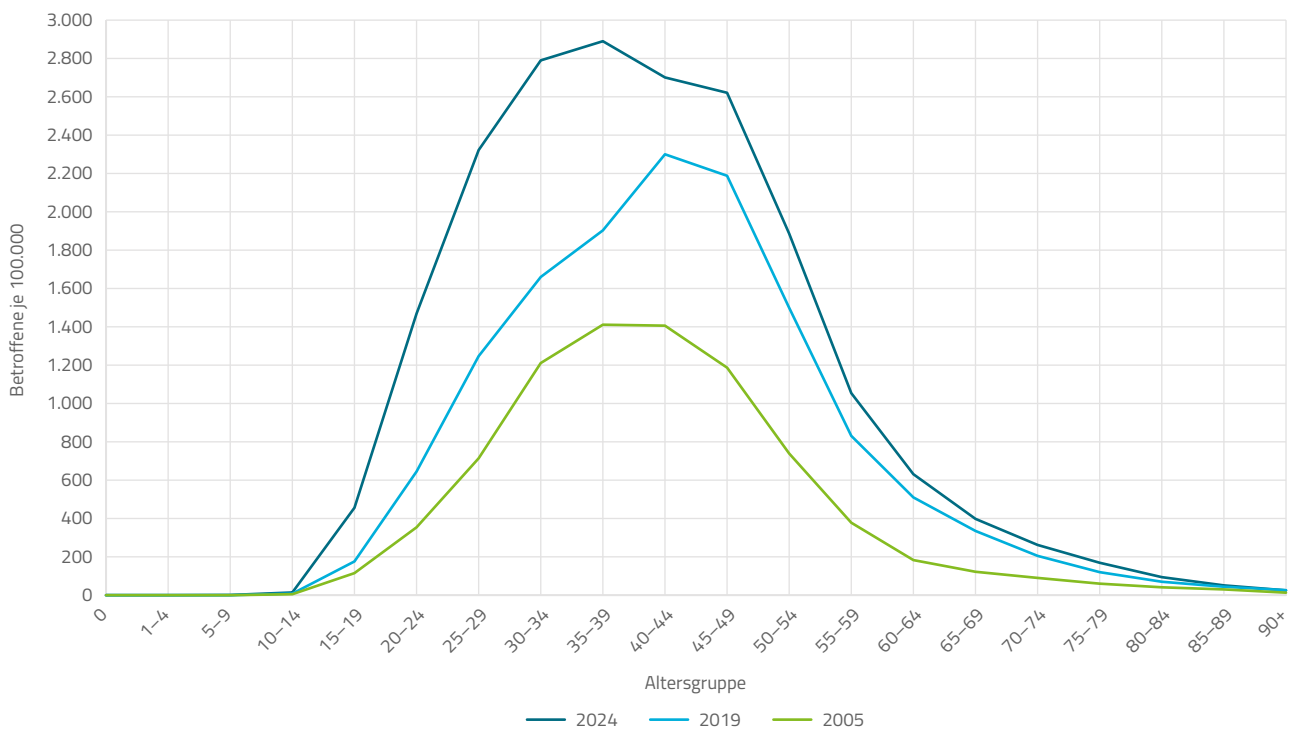
Abbildung 3 zeigt altersgruppenspezifische Diagnoseprävalenzen zur Endometriose bei Frauen im aktuellen Jahr 2024 sowie in ausgewählten vorausgehenden Jahren ([entsprechende Ergebnisse zu allen Jahren von 2005 bis 2024 lassen sich auch in interaktiven Grafiken darstellen und abrufen](#)). Bis zum Alter von 14 Jahren werden Diagnosen einer Endometriose ausgesprochen selten dokumentiert. Auch nach hier nicht dargestellten Auswertungen zu Ein-Jahres-Altersgruppen zeigten sich bei 14-Jährigen in allen Beobachtungsjahren Prävalenzen unterhalb von 50 je 100.000, was einer Betroffenenrate von weniger als 0,5 Promille entspricht – Mädchen im Alter von weniger als 14 Jahren waren in allen Jahren dann stets noch erheblich seltener und nur vereinzelt mit Raten oberhalb von 0,1 Promille betroffen, so dass vor einer Interpretation zunächst auch in geringem Umfang erwartbare Fehlkodierungen von Diagnosen oder Altersangaben ausgeschlossen werden müssten.

Abbildung 2: Frauen mit Diagnosen einer Endometriose in Deutschland in den Jahren von 2005 bis 2024



Quelle: BARMER-Daten 2005 bis 2024, ICD-10-Diagnose N80 bei ambulanten und/oder stationären Behandlungen, hochgerechnet gemäß D2004BL bis D2023BL (Bevölkerungsstand zum Ende des jeweiligen Vorjahres) sowie durchgängig gemäß D2004BL

Abbildung 3: Endometriose – Diagnoseprävalenzen nach Alter 2005, 2019 und 2024



Quelle: BARMER-Daten 2024, 2019 und 2005, gesicherte Diagnosen zu ambulanten oder Diagnosen zu stationären Behandlungen, standardisiert gemäß D2023BL, D2018BL und D2004BL (Bevölkerungsstand zum Ende des Vorjahres)

Diagnoseprävalenzen deutlich oberhalb von einem Promille zeigen sich in aktuellen Daten ab der Altersgruppe von 15 bis 19 Jahren. Die höchsten Diagnoseprävalenzen ließen sich 2024 bei Frauen mit Betroffenheitsraten von rund 2,8 sowie 2,9 Prozent für die beiden Altersgruppen von 30 bis 34 sowie 35 bis 39 Jahren ermitteln. Im Jahr 2019, und damit dem letzten Beobachtungsjahr vor der Coronapandemie, waren die höchsten Raten mit rund 2,3 und 2,2 Prozent noch auf die 40- bis 49-Jährigen entfallen.

2005 lagen die Raten in sämtlichen relevanten Altersgruppen noch deutlich niedriger. Während innerhalb von 15 Jahren von 2005 bis 2019 in allen Altersgruppen zwischen 50 und 79 Jahre mehr als eine Verdopplung der Diagnoseprävalenzen ermittelt werden konnte, ist es innerhalb der letzten fünf Jahren von 2019 bis 2024 zu mehr als einer Verdopplung der Prävalenz bei Frauen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren gekommen – im Vergleich zu 2005 lagen die Prävalenzen in diesen Altersgruppen rund dreimal höher.

Spätestens ab einem Alter von 50 Jahren zeigen sich in allen Beobachtungsjahren dann merklich rückläufige Diagnoseprävalenzen, was auf eine rückläufige Symptomatik mit weiter zunehmendem Alter hindeutet. In seltenen Fällen wird die Diagnose einer Endometriose jedoch auch bei Frauen jenseits des 80. Lebensjahres dokumentiert.

Endometriose – Lokalisation nach Diagnoseangaben

In weitgehend allen Leistungsbereichen der Gesundheitsversorgung muss die Diagnose einer Endometriose gegebenenfalls vierstellig dokumentiert werden, womit zu einem Teil der Betroffenen auch Lokalisationen der Endometriose dokumentiert werden.

Die ersten drei Ergebnisspalten von Tabelle 1 zeigen, jeweils bezogen auf 100.000 Frauen, wie viele in den Jahren 2005, 2015 sowie 2024 nach **Ergebnissen sektorenübergreifender Auswertungen** von den vierstelligen Diagnosen betroffen waren (hier einheitlich nach aktuellen Bevölkerungszahlen standardisiert, um Veränderung unabhängig von der demografischen Entwicklung darstellen zu können – [↗ jährlich angepasst standardisierte und bevölkerungsbezogen hochgerechnete Ergebnisse zu allen Jahren sind interaktiven Grafiken zu entnehmen](#)).

Am häufigsten wurde in allen Jahren die unspezifische Diagnose N80.9 „Endometriose, nicht näher bezeichnet“ vergeben. Für 2024 ergibt sich eine Rate von 826 je 100.000, was hochgerechnet knapp 350.000 betroffenen Frauen in Deutschland entspricht. Da bei einzelnen Frauen innerhalb eines Jahres auch unterschiedliche Diagnosen dokumentiert sein können, waren dabei mit einer Rate von 585 je 100.000 allerdings deutlich weniger Frauen ausschließlich von Endometriose-Diagnosen ohne Lokalisationshinweise betroffen. Absolut waren es 2024 nach Hochrechnungen in Deutschland rund 247.000, was bezogen auf alle rund 513.000 Betroffenen einem Anteil von 48,2 Prozent entspricht (vgl. letzte Tabellenzeile).

Als spezifische Diagnose betraf in allen Jahren die Diagnose N80.0 „Endometriose des Uterus (Adenomyosis uteri)“ die meisten Frauen – von ihr waren 2024 mit 49,5 Prozent nahezu die Hälfte aller Frauen mit einer lokalisiert dokumentierten Endometriose betroffen. Es folgten mit 34,1 Prozent N80.3 „Endometriose des Beckenperitoneums“ und dann die Diagnosen N80.8 sowie N80.1 mit 19,5 und 15,0 Prozent, wobei die beiden letztgenannten Diagnosen von 2005 bis 2024 den Rang getauscht haben.

Tabelle 1: Endometriose – Lokalisation nach Diagnoseangaben 2005, 2015 und 2024

ICD-10	Beschreibung	Betroffene gesamt			mit Behandlung im Krankenhaus*		
		2005	2015	2024	2005	2015	2024
Betroffene in Deutschland je 100.000 Frauen							
N80.0	Endometriose des Uterus (Adenomyosis uteri)	124	172	310	8,7	15,4	24,0
N80.1	Endometriose des Ovars	53	66	94	18,4	16,4	21,3
N80.2	Endometriose der Tuba uterina	11	11	15	0,3	0,3	0,5
N80.3	Endometriose des Beckenperitoneums	68	124	214	10,3	16,5	33,3
N80.4	Endometriose des Septum rectovaginale und der Vagina	9	11	18	1,0	0,8	1,2
N80.5	Endometriose des Darmes	8	13	22	1,4	1,3	1,2
N80.6	Endometriose in Hautnarbe	2	5	7	0,6	1,4	1,0
N80.8	Sonstige Endometriose (inklusive thorakaler Endometriose)	39	67	122	1,1	2,5	5,1
N80.9	Endometriose, nicht näher bezeichnet	300	429	826	1,5	0,7	1,8
	mindestens eine Lokalisation (N80.0 bis N80.8)	264	378	627	41,1	53,7	86,8
	ohne Lokalisation (ausschließlich N80.9)	234	319	585	1,3	0,6	1,6
N80	Endometriose	498	697	1.212	42,5	54,3	88,5
prozentuale Häufigkeit angegebener Lokalisationen**							
N80.0	Endometriose des Uterus (Adenomyosis uteri)	46,9	45,4	49,5	21,1	28,6	27,6
N80.1	Endometriose des Ovars	19,9	17,3	15,0	44,7	30,6	24,6
N80.2	Endometriose der Tuba uterina	4,2	2,8	2,3	0,8	0,5	0,6
N80.3	Endometriose des Beckenperitoneums	25,6	32,7	34,1	25,1	30,7	38,3
N80.4	Endometriose des Septum rectovaginale und der Vagina	3,2	2,9	2,9	2,4	1,5	1,4
N80.5	Endometriose des Darmes	3,2	3,5	3,6	3,3	2,4	1,4
N80.6	Endometriose in Hautnarbe	0,8	1,4	1,0	1,5	2,6	1,2
N80.8	Sonstige Endometriose (inklusive thorakaler Endometriose)	15,0	17,6	19,5	2,7	4,7	5,9
Prozentanteil Betroffene ohne Lokalisationsangabe***							
	ohne Lokalisation (ausschließlich N80.9)	46,9	45,7	48,2	3,2	1,2	1,8

* Betroffene mit vollstationärer Behandlung im Krankenhaus mit der jeweils genannten Diagnose als Hauptbehandlungsanlass.

** Anteile bezogen auf Betroffene mit mindestens einer Lokalisationsangabe im Sinne der Diagnosen N80.0 bis N80.8.

*** Anteile bezogen auf alle Betroffenen mit einer (beliebigen) Diagnose N80.

Quelle: BARMER-Daten 2005, 2015 und 2024, gesicherte Diagnosen zu ambulanten oder Diagnosen zu stationären Behandlungen, einheitlich standardisiert D2023BL (Bevölkerungsstand zum Ende des Vorjahres)

Von Endometriose-Diagnosen im Sinne von **Behandlungsanlässen in Krankenhäusern** waren Frauen erwartungsgemäß erheblich seltener betroffen (vgl. die drei rechten Ergebnisspalten von Tabelle 1). Anders als bei vorrangig ambulant vergebenen Diagnosen findet sich die Diagnose N80.9 ohne eine Lokalisationszuordnung nur bei einem sehr kleinen Teil dieser Behandlungsanlässe. In allen Jahren kam als Behandlungsanlass in Krankenhäusern den drei Diagnosen N80.0, N80.1 sowie N80.3 mit Abstand die größte Bedeutung zu, wobei sich die anteilige Bedeutung der drei Diagnosen unterschiedlich entwickelt hat. Während 2005 die Diagnose N80.1 „Endometriose des Ovars“ mit Abstand der häufigste Anlass für vollstationäre Behandlungen in Krankenhäusern war, galt dies 2024 für die Diagnose N80.3 „Endometriose des Beckenperitoneums“, die 2024 (bereinigt um demografische Effekte) bei Frauen mehr als dreimal häufiger zu Krankenhausbehandlungen als 2005 führte. Anzumerken ist, dass – trotz unterschiedlicher Trends – keine der Lokalisationen 2024 bevölkerungsbezogen nennenswert seltener als 2005 einen Behandlungsanlass im Krankenhaus bildete. Lediglich bezogen auf den seltenen Behandlungsanlass „Endometriose des Darmes“ waren 2024 nach vorliegenden Ergebnissen geringfügig weniger Frauen betroffen, wobei zufallsbedingte Schwankungen bei sehr kleinen Betroffenenzahlen hier nicht auszuschließen sind.

Neuerkrankungsraten – Inzidenzen

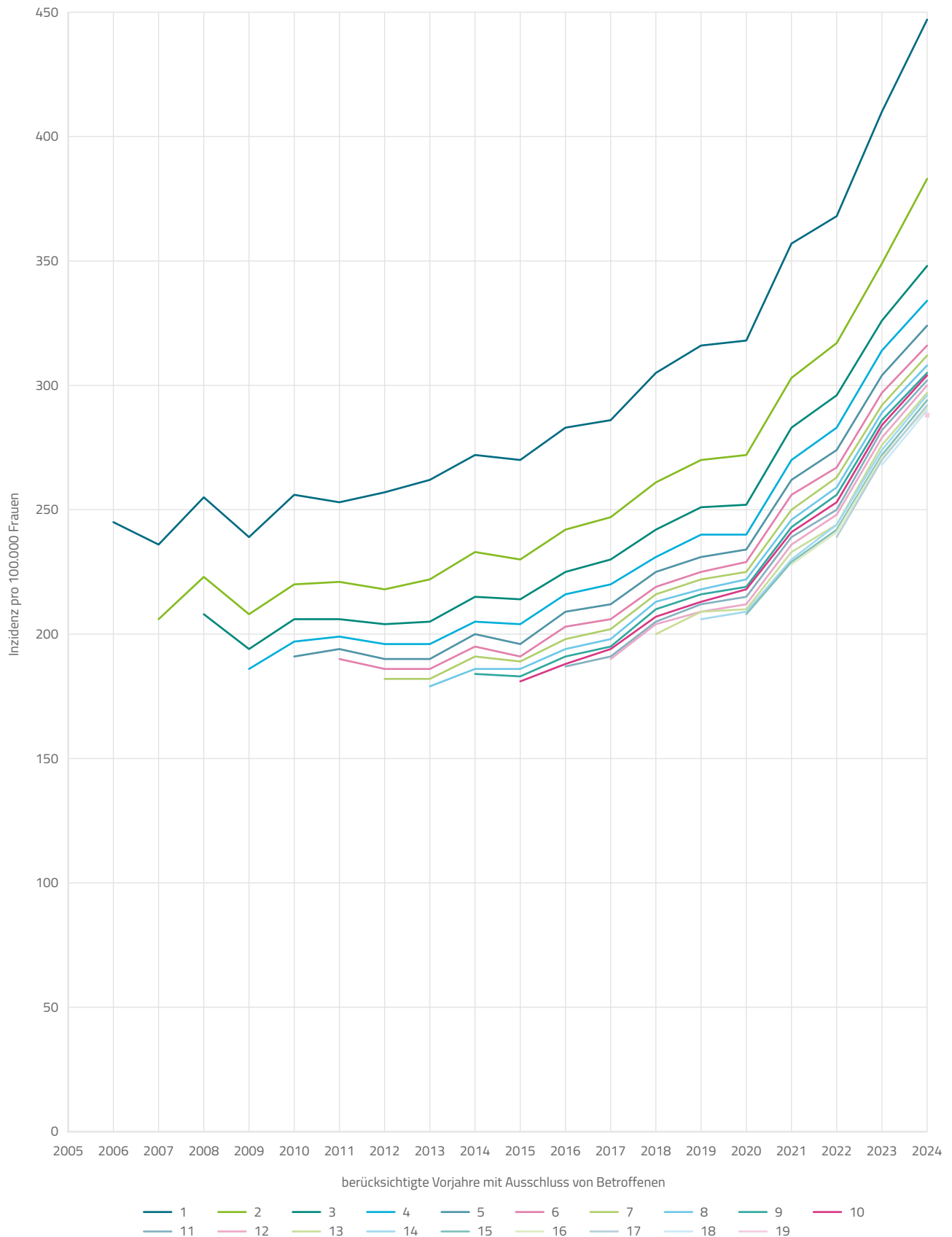
Aus Diagnoseangaben in Routinedaten bei Krankenkassen lassen sich Häufigkeiten von Neuerkrankungen nur durch Ausschluss von Personen mit bereits vorausgehend dokumentierten Diagnosen abschätzen (vgl. Abschnitt zu Methoden). Mit zunehmender Ausdehnung der Vorbeobachtung (und weiteren Ausschlüssen von bereits vorausgehend diagnostizierten Personen) sind sinkende Inzidenzschätzer zu erwarten – zugleich verkürzt sich der Zeitraum, über den Inzidenzschätzer mit verfügbaren Daten berichtet werden können. Diesen Sachverhalt verdeutlicht auch Abbildung 4, in der Inzidenzschätzer zur Endometriose je 100.000 Frauen für die Jahre 2006 bis 2024 nach

Ausschlüssen von vorausgehend betroffenen Frauen in einem und bis zu 19 Jahren präsentiert werden. Dargestellte Zahlenwerte sind Tabelle A1 im Anhang zu entnehmen.

Inzidenzschätzer für die Endometriose im Jahr 2024 variieren abhängig von den berücksichtigten Vorbeobachtungszeiten zwischen 447 (bei einem Jahr) und 288 je 100.000 Frauen (bei 19 Jahren). Bei drei, fünf und zehn Jahren Vorbeobachtung lassen sich altersübergreifend 348, 324 sowie 304 inzident Betroffene je 100.000 Frauen ermitteln (und Inzidenzen für die Jahre ab 2008, 2010 beziehungsweise 2015 abschätzen). Offensichtlich wird aus der Darstellung, dass sich mit Ausdehnung der Vorbeobachtung zwar die Höhe der Inzidenzschätzer verändert, die relativen Veränderungen der Schätzer im Verlauf über die Beobachtungsjahre zumindest ab dreijähriger Vorbeobachtung jedoch sehr gleichartig ausfallen. So korrelierten die Schätzer für die Jahre 2015 bis 2024 ab dreijähriger Vorbeobachtung mit Koeffizienten gemäß Pearson in Höhe von .999 oder mehr mit den Ergebnissen bei zehnjähriger Vorbeobachtung. Als **Indikatoren für Veränderungen von Neuerkrankungshäufigkeiten** sollten Inzidenzschätzer mit dreijähriger Vorbeobachtung demnach ähnlich gut wie solche mit zehnjähriger Vorbeobachtung geeignet sein, auch wenn sie die reale Neuerkrankungshäufigkeit überschätzen (gemessen an Schätzern mit zehnjähriger Vorbeobachtung hier im Mittel um 17,1 Prozent mit einer Standardabweichung von 1,6 Prozent).

Seit 2010 und bis 2024 ist die Inzidenz der Endometriose (nach Ausschluss von Betroffenen aus drei bis fünf Vorjahren) um rund 69 Prozent gestiegen. Zunahmen um mehr als 60 Prozent lassen sich dabei allein für die Jahre nach 2015 feststellen, wobei mit rund 39 Prozent ein erheblicher Teil der Zunahme auf die Jahre nach 2020 entfällt. Unzweifelhaft waren demnach in den letzten Jahren nicht nur mehr Frauen insgesamt von der Diagnose einer Endometriose im Sinne einer Prävalenz betroffen, sondern die Diagnose betraf mit steigender Tendenz auch besonders viele Frauen erstmals.

Abbildung 4: Inzidenzschätzer zur Endometriose je 100.000 Frauen 2006 bis 2024 nach Ausschluss von vorausgehend Betroffenen aus 1 bis 19 Vorjahren

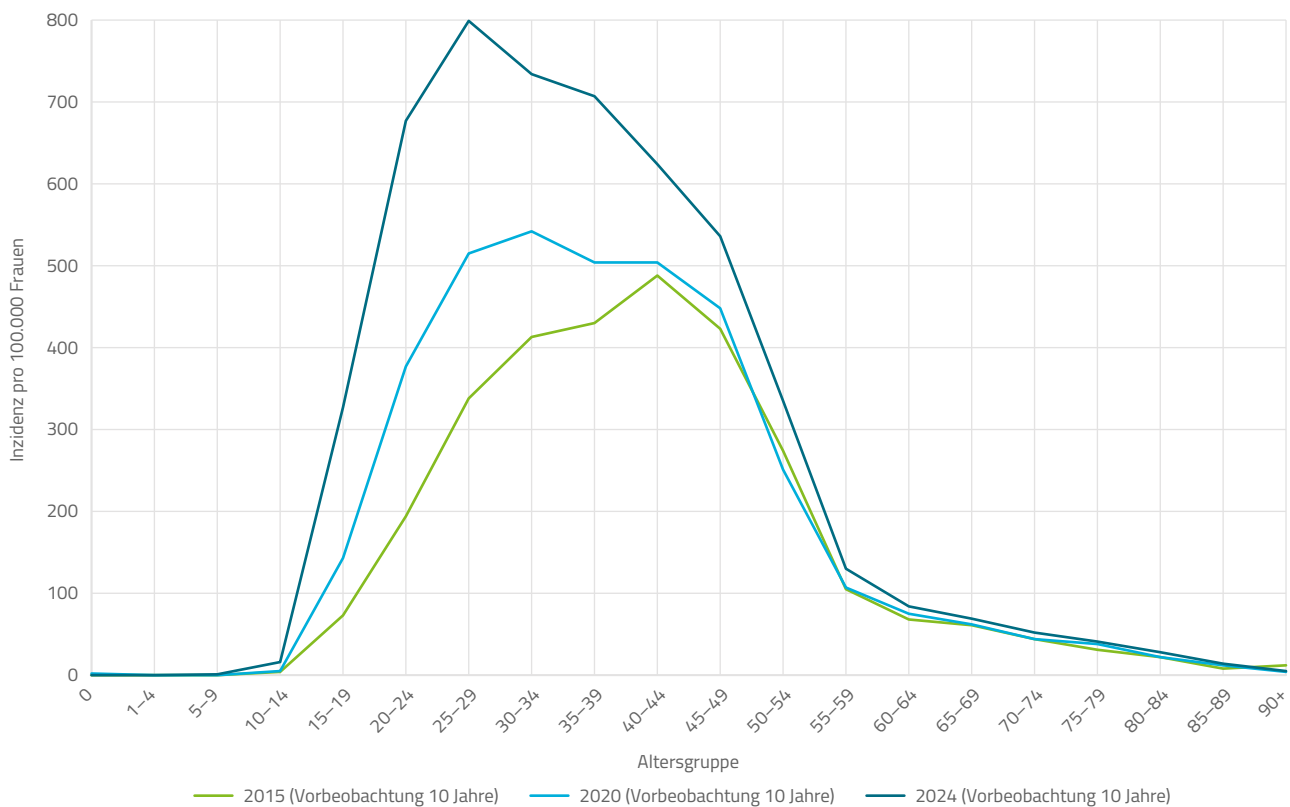


Quelle: BARMER-Daten 2005 bis 2024, gleichartige Berücksichtigung gesicherter ambulanter Diagnosen oder Diagnosen zu stationären Behandlungen zur Abgrenzung von inzident oder vorausgehend Betroffenen, einheitlich standardisiert D2023BL

Abbildung 5 zeigt Inzidenzschätzer mit Ausschluss von vorausgehend Betroffenen aus zehn Vorjahren in den Jahren 2015, 2020 und 2024 nach Altersgruppen. Während Erstdiagnosen gemäß dieser Abgrenzung 2015 noch am häufigsten bei Frauen im Alter von 40 bis 44 Jahren dokumentiert wurden, war dies 2020 bei Frauen im Alter von 30 bis 34 Jahren der Fall, wobei sich Inzidenzschätzer bei Frauen im Alter ab 40 Jahren kaum änderten. Für 2024 zeigt sich schließlich ein Altersgipfel im Alter von 25 bis 29 Jahren. In den drei Altersgruppen von 15 bis 29 Jahren stieg die ermittelte Inzidenz von 2020 auf 2024 um 129, 80 und 55 Prozent, in allen höheren Altersgruppen waren merklich geringere, bis zum Alter von 59 Jahren aber dennoch relevante Zunahmen teils um mehr als 20 Prozent zu verzeichnen. Auch 2024 wurden Endometriosen jenseits der Menopause in Altersgruppen ab 55 Jahren erstmals (seit zumindest zehn Jahren) dokumentiert (wobei sich entsprechende Raten auch bei einer Berücksichtigung von 19 Vorjahren nur leicht reduzieren).

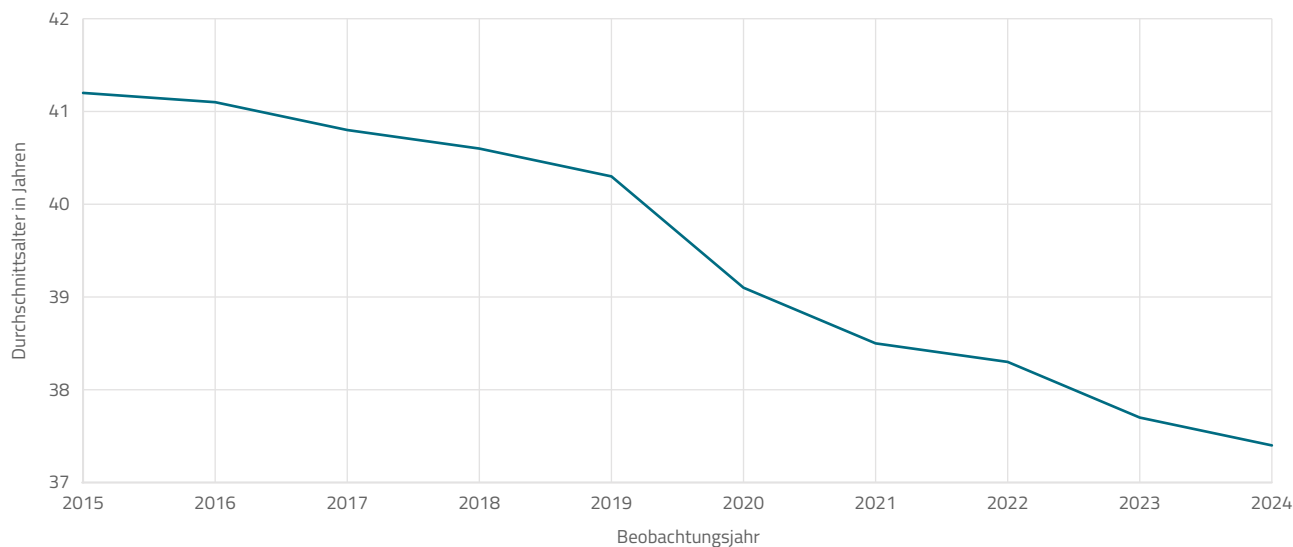
Im Zuge der Inzidenzschätzung lässt sich auch das Durchschnittsalter der gemäß der jeweils gewählten Operationalisierung erstmals von einer Endometriose-Diagnose betroffenen Frauen bestimmen. Abbildung 6 zeigt entsprechende Ergebnisse zum Alter bei Erstdiagnosedokumentation nach Ausschluss von vorausgehend Betroffenen aus zehn Vorjahren für die zehn Beobachtungsjahre von 2015 bis 2024. Während das Alter bei Erstdiagnose unter Berücksichtigung von Fällen aus allen Altersgruppen und bei einheitlicher Standardisierung von Ergebnissen zu allen Beobachtungsjahren 2015 bei 41,2 Jahren lag, sank es bis 2019 zunächst moderat auf 40,3 Jahre. Bis 2024 lässt sich dann ein merklich stärkerer Rückgang auf 37,4 Jahre feststellen. Innerhalb der zehn hier betrachteten Jahre ist das durchschnittliche Alter bei Erstdiagnose einer Endometriose damit um 3,8 Jahre zurückgegangen.

Abbildung 5: Inzidenzschätzer zur Endometriose je 100.000 Frauen 2015, 2020 und 2024 nach Alter (mit Ausschluss von vorausgehend Betroffenen aus zehn Vorjahren)



Quelle: BARMER-Daten 2005 bis 2024, gleichartige Berücksichtigung gesicherter ambulanter Diagnosen oder Diagnosen zu stationären Behandlungen zur Abgrenzung von inzident oder vorausgehend Betroffenen, einheitlich standardisiert D2023BL

Abbildung 6: Durchschnittliches Alter bei Erstdiagnose einer Endometriose in den Jahren 2015 bis 2024 (nach Ausschluss von vorausgehend Betroffenen aus zehn Vorjahren)



Quelle: BARMER-Daten 2005 bis 2024, gleichartige Berücksichtigung gesicherter ambulanter Diagnosen oder Diagnosen zu stationären Behandlungen zur Abgrenzung von inzident oder vorausgehend Betroffenen, einheitlich standardisiert D2023BL

Endometriose-Diagnosen und Sterblichkeit

Ganz allgemein erscheint eine frühzeitige Diagnosestellung besonders dann wünschenswert, wenn Erkrankungen zu einer erhöhten Sterblichkeit (und reduzierten Lebenserwartung) führen und Therapieoptionen in frühen Erkrankungsstadien noch effektiver als in fortgeschrittenen Stadien wirken. Versicherungshistorien bei Krankenkassen mit gegebenenfalls als Austrittsgrund erfassten Todesfällen eignen sich vergleichsweise gut für Analysen zur Sterblichkeit, wie Gegenüberstellungen von entsprechenden Ergebnissen mit bevölkerungsbezogenen Angaben aus Sterbetafeln zeigen (vgl. Abbildung A1 im Anhang). Gleiches gilt, wenn es um die Sterblichkeit bei bestimmten Erkrankungsdiagnosen geht, weshalb Analysen zur Sterblichkeit auch im Hinblick auf die Endometriose durchgeführt wurden.

Tabelle 2 zeigt – bezogen auf hinreichend beobachtbare Frauen mit Diagnose einer Endometriose innerhalb der Jahre 2019 bis 2021 – beobachtete und erwartete Sterbefälle im Jahr 2022 sowie im Zeitraum von 2022 bis 2024 (vgl. Abschnitt zu Methoden).

Bei Auswertungen mit einjähriger Nachbeobachtung zeigen sich, mitbedingt durch geringe (Sterbe-)Fallzahlen, keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der beobachteten und erwarteten Zahl an Todesfällen. Tendenziell lag die Zahl der beobachteten Todesfälle bei Frauen mit vorausgehend dokumentierter Endometriose in der Subgruppe der 0- bis 59-Jährigen hier leicht unterhalb der Erwartungswerte. Bei einer Berücksichtigung von Todesfällen innerhalb einer dreijährigen Nachbeobachtungsphase lagen die beobachteten Todesfallzahlen sowohl in der Gesamtgruppe als auch in den beiden Subgruppen nach Alter signifikant niedriger als die erwarteten Fallzahlen. Insbesondere bei Frauen mit Endometriose im Alter von unter 60 Jahren zeigt sich eine deutlich reduzierte Mortalität (SMR: 0,69; 95-Prozent-Vertrauensbereich: 0,58–0,81). In dieser Gruppe lag die Sterblichkeit innerhalb von drei Jahren rund 30 Prozent niedriger, als nach Risiken bei Frauen aus entsprechenden Altersgruppen in der Gesamtpopulation zu erwarten gewesen wäre.

Tabelle 2: Endometriose-Diagnose 2019 bis 2021 – Sterblichkeit 2022 sowie 2022 bis 2024

Population	Anzahl Frauen mit Endometriose	Todesfälle		standardisiertes Mortalitätsverhältnis (95-Prozent-Vertrauensbereich)
		beobachtet	erwartet	
einjährige Nachbeobachtung (2022)				
Frauen ab 0 Jahre	53.862	174	184,4	0,94 (0,81–1,09)
Frauen 0–59 Jahre	45.689	52	64,3	0,81 (0,60–1,06)
Frauen ab 60 Jahre	8.173	122	120,1	1,02 (0,84–1,21)
dreijährige Nachbeobachtung (2022 bis 2024)				
Frauen ab 0 Jahre	49.891	470	574,2	0,82 (0,75–0,90)
Frauen 0–59 Jahre	41.897	139	202,2	0,69 (0,58–0,81)
Frauen ab 60 Jahre	7.994	331	372,0	0,89 (0,80–0,99)

Quelle: BARMER-Daten 2019 bis 2024, Angaben zu Frauen mit gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose einer Endometriose in den Jahren 2019 bis 2021; Erwartungswerte basierend auf Daten zu allen hinreichend versicherten Frauen (n = 4.0798.482 mit einjähriger Nachbeobachtung und n = 3.890.415 mit dreijähriger Nachbeobachtung)

Risikofaktoren für Endometriose-Diagnosen in GKV-Routinedaten

Analysen zu Risikofaktoren wurden methodisch ähnlich wie Analysen zur Sterblichkeit durchgeführt. Betrachtet wurden hier zunächst n = 3.840.524 Frauen mit hinreichender Vorversicherung und ohne die Diagnose einer Endometriose in den Jahren 2019 bis 2021 hinsichtlich ihres Risikos für nachfolgende „Erstdiagnosen“ einer Endometriose in den Jahren 2022 bis 2024 abhängig von Merkmalen, die in der Vorbeobachtungszeit vom 1. Januar 2019 bis zum 1. Januar 2022 dokumentiert waren. Die in Subgruppen vorgefundenen Betroffenenzahlen wurden auch hier im Sinne einer indirekten Standardisierung mit den aufgrund der Altersstruktur der Subgruppe (nach bundesweit ermittelten altersspezifischen Raten in Ein-Jahres-Altersgruppen) erwarteten Zahlen verglichen.

Tabelle 3 zeigt Einflüsse der **Wohnregion differenziert nach Bundesländern** auf die Häufigkeit von Erstdiagnosen einer Endometriose innerhalb der drei Jahre 2022 bis 2024.

In den Bundesländern zeigen beobachtete Betroffenenzahlen moderate Abweichungen von den Erwartungswerten. Mit +20 Prozent am deutlichsten werden diese im Saarland überschritten, Unterschreitungen zeigen sich insbesondere in Schleswig-Holstein und Sachsen (–14 Prozent). Noch deutlichere Unterschreitungen in Bremen sollten aufgrund kleiner Fallzahlen nur zurückhaltend interpretiert werden.

Tabelle 4 zeigt Einflüsse der **Bevölkerungsdichte** auf die Häufigkeit von Erstdiagnosen einer Endometriose. Angaben des Statistischen Bundesamts zur Bevölkerungsdichte wurden dabei anhand der differenziertesten Wohnortangabe zu den Versicherten in verwendeten BARMER-Daten, nämlich anhand von Angaben zu Wohnkreisen, zugeordnet. Die Aufteilung der Bevölkerungsdichte in fünf Gruppen erfolgte so, dass jeder Gruppe gemäß Angaben des Statistischen Bundesamts annähernd gleich große Bevölkerungsanteile zuzuordnen waren (offensichtlich verteilen sich die Frauen der betrachteten Untersuchungspopulation anders, weshalb hier leicht unterschiedliche Gruppenbesetzungen zu finden sind).

Tabelle 3: Frauen mit Wohnort nach Bundesländern – beobachtete und erwartete Betroffene mit Endometriose-Erstdiagnosen 2022 bis 2024

Bundesland	Anzahl Frauen (ohne Endometriose 2019 bis 2021)	Betroffene mit Endometriose- Diagnose 2022 bis 2024		standardisiertes Inzidenzverhältnis (95-Prozent-Vertrauensbereich)
		beobachtet	erwartet	
Schleswig-Holstein	169.548	1.059	1.229,0	0,86 (0,81–0,92)
Hamburg	74.860	666	633,0	1,05 (0,97–1,14)
Niedersachsen	313.529	2.164	2.202,5	0,98 (0,94–1,02)
Bremen	15.090	85	117,2	0,73 (0,58–0,90)
Nordrhein-Westfalen	983.203	7.796	7.113,6	1,10 (1,07–1,12)
Hessen	327.091	2.248	2.457,2	0,91 (0,88–0,95)
Rheinland-Pfalz	203.772	1.402	1.462,3	0,96 (0,91–1,01)
Baden-Württemberg	330.573	2.312	2.511,2	0,92 (0,88–0,96)
Bayern	489.620	3.849	3.698,0	1,04 (1,01–1,07)
Saarland	54.622	487	406,6	1,20 (1,09–1,31)
Berlin	183.573	1.513	1.385,5	1,09 (1,04–1,15)
Brandenburg	204.669	1.426	1.457,7	0,98 (0,93–1,03)
Mecklenburg-Vorpommern	122.863	770	844,7	0,91 (0,85–0,98)
Sachsen	152.410	730	847,4	0,86 (0,80–0,93)
Sachsen-Anhalt	121.466	732	759,5	0,96 (0,90–1,04)
Thüringen	93.635	433	546,6	0,79 (0,72–0,87)

Quelle: BARMER-Daten 2019 bis 2024, Frauen ohne gesicherte ambulante oder stationäre Diagnose einer Endometriose in den Jahren 2019 bis 2021; Erwartungswerte basierend auf Daten zu allen hinreichend versicherten Frauen (n = 3.840.524 mit dreijähriger Nachbeobachtung)

Tabelle 4: Frauen nach Bevölkerungsdichte des Wohnkreises – beobachtete und erwartete Betroffene mit Endometriose-Erstdiagnosen 2022 bis 2024

Bevölkerungsdichte – Einwohnerinnen und Einwohner je km ²	Anzahl Frauen (ohne Endometriose 2019 bis 2021)	Betroffene mit Endometriose- Diagnose 2022 bis 2024		standardisiertes Inzidenzverhältnis (95-Prozent-Vertrauensbereich)
		beobachtet	erwartet	
35–130	833.617	5.486	5.794,3	0,95 (0,92–0,97)
131–239	711.648	4.774	5.090,3	0,94 (0,91–0,96)
240–529	797.010	5.791	5.773,2	1,00 (0,98–1,03)
530–1.849	740.617	5.467	5.274,5	1,04 (1,01–1,06)
1.850–4.844	757.632	6.154	5.739,7	1,07 (1,05–1,10)

Quelle: BARMER-Daten 2019 bis 2024, Frauen ohne gesicherte ambulante oder stationäre Diagnose einer Endometriose in den Jahren 2019 bis 2021; Erwartungswerte basierend auf Daten zu allen hinreichend versicherten Frauen (n = 3.840.524 mit dreijähriger Nachbeobachtung); Angaben zur Bevölkerungsdichte gemäß Statistischem Bundesamt (2025d)

Nach den vorliegenden Ergebnissen besteht ein nur schwach ausgeprägter, aber weitgehend stetiger Zusammenhang zwischen der Bevölkerungsdichte und der Zahl der von Erstdiagnosen betroffenen Frauen. Während bei einer Bevölkerungsdichte von unter 240 Einwohnerinnen und Einwohnern je Quadratkilometer erwartete Betroffenenzahlen um rund fünf Prozent unterschritten wurden, wurden sie in Ballungsräumen mit 1.850 und mehr Einwohnerinnen und Einwohnern je Quadratkilometer um sieben Prozent überschritten.

Eher noch schwächer als von der Bevölkerungsdichte hängen Endometriose-Diagnosehäufigkeiten von der Gesamtzahl ambulant **niedergelassener Ärztinnen und Ärzte** sowie von der Zahl ambulant niedergelassener Gynäkologinnen und Gynäkologen pro Einwohnerin/Einwohner ab. Bei Gruppierung von Regionen nach Hausärztinnen und -ärzten pro Einwohnerin/Einwohner zeigen sich kaum Unterschiede – lediglich in Regionen mit besonders geringer Hausarztdichte waren, anders als bei der Gesamtarztdichte, grenzwertig signifikante Erhöhungen der Endometriose-Diagnoseraten nachweisbar (Ergebnisse nicht dargestellt).

Informationen mit Hinweisen auf den sozioökonomischen Status liegen in den hier verwendeten Daten zu Versicherten nur im Falle einer Berufstätigkeit und eigenständiger Mitgliedschaft bei der Krankenkasse vor, bei der dann von den Arbeitgebern unter anderem auch Angaben zur ausgeübten Tätigkeit sowie zu den höchst-

ten Schul- und Ausbildungsabschlüssen der Beschäftigten an die zuständigen Sozialversicherungsträger gemeldet werden müssen. Tabelle 5 zeigt Ergebnisse zur Abhängigkeit der Häufigkeit von Endometriose-Erstdiagnosen von gegebenenfalls verfügbaren Informationen zur **Schulbildung** aus dem Dokumentationszeitraum vom 1. Januar 2019 bis zum 1. Januar 2022.

Für einen überwiegenden Teil der betrachteten Frauen (n = 2.298.564) waren Informationen zum Schulabschluss nicht verfügbar (beispielsweise, weil noch keine Berufstätigkeit begonnen wurde, diese bereits vor 2019 beendet war, in der Zeit eine Familienversicherung bestand oder Arbeitgeber Abschlüsse stets als unbekannt gemeldet hatten). In dieser heterogenen Gruppe wurden „Erstdiagnosen“ einer Endometriose rund vier Prozent seltener als altersentsprechend erwartet gemeldet. Noch deutlich seltener waren Erstdiagnosen in der kleinen Gruppe von (zumindest zeitweilig in den Jahren von 2019 bis Anfang 2022) Berufstätigen, die über keinen Schulabschluss verfügten. Ausgehend von dieser Gruppe zeigt sich mit zunehmender Schulbildung ein stetiger leichter Anstieg. Bei Frauen mit Abitur wurden Endometriose-Erstdiagnosen rund drei Prozent häufiger als altersentsprechend erwartbar dokumentiert. Tendenziell sind Frauen mit höherer Schulbildung demnach eher von Endometriose-Erstdiagnose als Frauen mit niedriger Schulbildung betroffen. Auch hier lassen sich allerdings nur vergleichsweise kleine Unterschiede nachweisen.

Tabelle 5: Frauen nach Schulabschluss – beobachtete und erwartete Betroffene mit Endometriose-Erstdiagnosen 2022 bis 2024

Schulabschluss	Anzahl Frauen (ohne Endometriose 2019 bis 2021)	Betroffene mit Endometriose- Diagnose 2022 bis 2024		standardisiertes Inzidenzverhältnis (95-Prozent-Vertrauensbereich)
		beobachtet	erwartet	
Abschluss unbekannt	2.298.564	9.035	9.363,7	0,96 (0,95–0,99)
ohne Schulabschluss	12.372	135	160,9	0,84 (0,70–0,99)
Hauptschulabschluss	239.609	1.998	2.049,8	0,97 (0,93–1,02)
Mittlere Reife	706.075	7.714	7.541,3	1,02 (1,00–1,05)
Abitur/Fachabitur	583.904	8.790	8.556,3	1,03 (1,01–1,05)

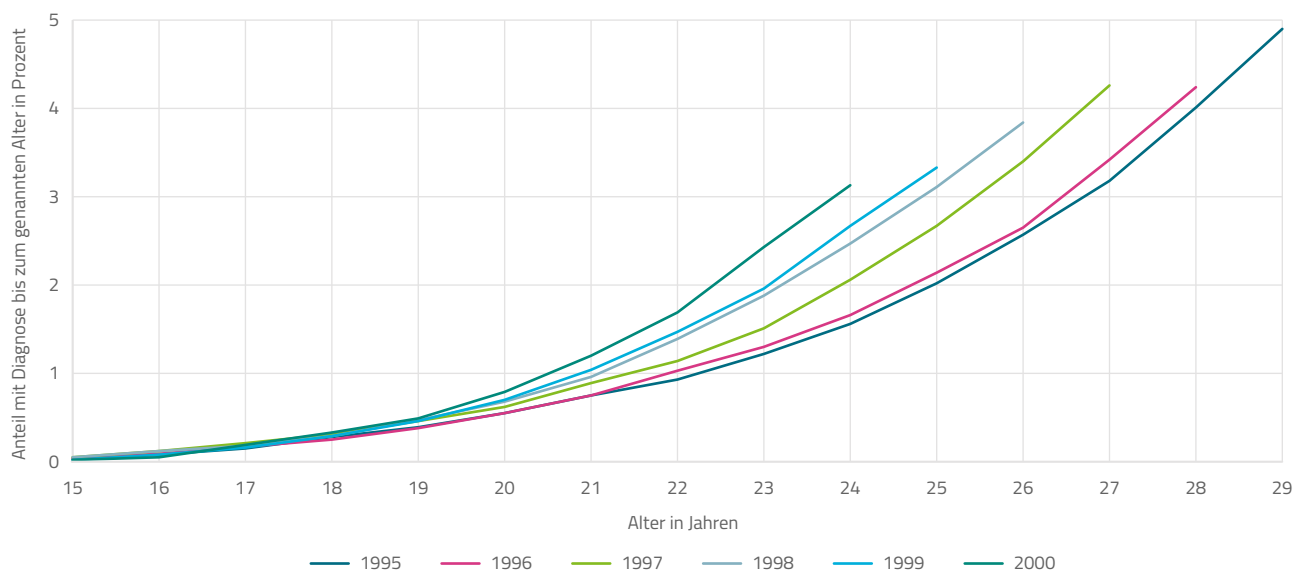
Quelle: BARMER-Daten 2019 bis 2024, Frauen ohne gesicherte ambulante oder stationäre Diagnose einer Endometriose in den Jahren 2019 bis 2021; Erwartungswerte basierend auf Daten zu allen hinreichend versicherten Frauen (n = 3.840.524 mit dreijähriger Nachbeobachtung); Angaben zur Bevölkerungsdichte gemäß Statistischem Bundesamt (2025d)

Endometriose-Diagnosen in Geburtsjahrgängen 1995 bis 2000

Sollen Ursache-Wirkungs-Mechanismen aufgeklärt und Risikofaktoren in einem engeren Sinne identifiziert werden, bilden zeitliche Abfolgen einen sehr wesentlichen Aspekt: Zustand oder (Verabreichung der Arzneimittel-)Substanz X kann nur dann ursächlich für die Entstehung einer Endometriose (mit)verantwortlich sein, wenn X bereits vor Erstmanifestation der Endometriose wirksam war – andernfalls könnte es sich bei X auch um eine Folge der Endometriose handeln. Bei der Endometriose besteht diesbezüglich das Problem, dass nach allgemeiner Auffassung bislang von einem Zeitraum von durchschnittlich etwa zehn Jahren zwischen dem eigentlichen Erkrankungsbeginn bis zur entsprechenden Diagnosestellung ausgegangen wird. Folgt man dieser Auffassung, könnte auch eine Exposition zehn Jahre vor Erstdiagnose einer Endometriose häufiger bereits Folge einer (bis dato nicht diagnostizierten) Endometriose gewesen sein. Bezogen auf zuvor betrachtete Faktoren wie die Wohnregion und damit verbundene Versorgungsstrukturen ist dies nicht anzunehmen. Problematischer wäre die Unsicherheit bezüglich der zeitlichen Abfolge jedoch bei Analysen zu vorausgehend dokumentierten Diagnosen und Arznei-

verordnungen und deren Auswirkungen auf nachfolgend diagnostizierte Endometriosen. Als ein Ausweg aus diesem Dilemma bietet sich an, Expositionen bei Frauen ausschließlich in einem Alter zu betrachten, in dem Auswirkungen einer Endometriose biologisch noch weitestgehend ausgeschlossen sind, womit dokumentierte „Expositionen“ erwartbar allenfalls zu marginalen Anteilen bereits Folge einer Endometriose sein könnten. In diesem Sinne wurden Mädchen und Frauen betrachtet, die zumindest im Alter von zehn und bis 24 Jahre durchgängig bei der BARMER versichert waren. Dies war auf Basis aktuell verfügbarer Daten (von 2005 bis 2024) für die Geburtsjahrgänge von 1995 bis 2000 möglich. Ausgeschlossen wurden wenige Fälle (n = 21), bei denen bereits bis zum Alter von 14 Jahren eine Endometriose diagnostiziert war, womit in der Studienpopulation n = 144.320 Frauen verblieben, darunter n = 15.211 Frauen des Jahrgangs 1995, die auch bis zum Alter von 29 Jahren noch durchgängig beobachtet werden konnten. Als potenzielle Risikofaktoren für erstmalige Endometriose-Diagnosen im Alter von 15 bis 24 Jahren betrachtet wurden in dieser Studienpopulation dann alle im Alter von zehn bis elf Jahren dokumentierten Diagnosen sowie Arzneiverordnungen, wobei diese Ergebnisse nachfolgend nur in sehr kurzer Form umrissen werden sollen.

Abbildung 7: Anteile von Frauen mit mindestens einmaliger Diagnose einer Endometriose im Alter von 15 Jahren bis maximal zum Alter von 29 Jahren (Geburtsjahrgänge 1995 bis 2000)



Quelle: BARMER-Daten 2005 bis 2024, n = 144.320 Frauen der Geburtsjahrgänge 1995 bis 2000 ohne gesicherte ambulante oder stationäre Diagnose einer Endometriose bis zum Alter von 14 Jahren, hinreichende Versicherung bis mindestens zum Alter von 24 Jahren, Anteile mit mindestens einmaliger Endometriose-Diagnose und hinreichender Versicherung bis zum genannten Alter

Dargestellt ist in Abbildung 7 zunächst, bei welchen Anteilen der Frauen aus den betrachteten Geburtsjahrgängen 1995 bis 2000 im Alter von 15 Jahren bis zu einem Alter von maximal 29 Jahren mindestens einmal eine Endometriose-Diagnose dokumentiert war. Die hier gezeigten Anteilswerte sind Tabelle A2 im Anhang zu entnehmen.

Als Ergebnis imponiert in Abbildung 7 an erster Stelle, dass von durchgängig beobachteten Frauen aus dem Jahrgang 1995 bis zum Alter von 29 Jahren (und damit bis zum Jahr 2024) bereits 4,9 Prozent von (mindestens) einer Endometriose-Diagnose betroffen waren (95-Prozent-Vertrauensbereich: 4,6–5,2 Prozent). Für den Jahrgang 1996, der maximal bis zum Alter von 28 Jahren beobachtet werden kann, zeigen sich weitgehend übereinstimmende Ergebnisse. Demgegenüber scheint der Jahrgang 1997 bereits in einem jüngeren Alter von den Diagnosen betroffen zu sein, so dass im Alter von 27 Jahren annähernd der gleiche Anteil von einer Endometriose betroffen war wie beim Jahrgang 1996 im Alter von 28 Jahren. Eine noch merklich weiter vorverlagerte Diagnosestellung zeigt sich für den Jahrgang 2000, der bereits im Alter von 24 Jahren zu 3,1 Prozent von einer Endometriose-Diagnose betroffen war. Demgegenüber war die Drei-Prozent-Schwelle beim Jahrgang 1995 erst im Alter von 27 Jahren überschritten worden. Innerhalb von wenigen Jahren ist es demnach (auch) bei jungen Frauen bezogen auf die Endometriose zu einer erheblichen Vorverlagerung der Diagnosestellung gekommen.

Die bei der Datenaufbereitung zu den sechs Geburtsjahrgängen vorrangig intendierten Analysen zu Zusammenhängen zwischen den im Alter von zehn bis elf Jahren dokumentierten Diagnosen sowie Arzneiverordnungen und anschließend im Alter ab 15 Jahren diagnostizierten Endometriosen ergaben eine Vielzahl an Hinweisen auf statistische Zusammenhänge, ohne dass hieraus ad hoc nachvollziehbare Thesen zu möglichen und bedeutsamen Wirkzusammenhängen abgeleitet werden konnten. Ein Teil der Assoziationen könnte daraus resultieren, dass Frauen mit eher häufigen Arztbesuchen in der Kindheit (und dann häufig dokumentierten Diagnosen) auch in der Jugend häufiger Kontakt zum Gesundheitssystem haben (womit auch die Chance auf eine Endometriose-Diagnose steigt).

Hingewiesen sei an dieser Stelle deshalb – und eher anekdotisch – nur darauf, dass sowohl Diagnosen von funktionellen Darmstörungen und Verstopfung (ICD-10-Kodes K59 und K59.0) als auch Verordnungen von Mitteln gegen Obstipation (ATC-Kode A06A) im Alter von zehn bis elf Jahren mit mehr als anderthalbfach erhöhten Risiken für die Diagnose einer Endometriose im Alter von 15 bis 24 Jahren assoziiert waren ($p < .00001$). Ähnliches gilt – eher unerwartet – auch für die Diagnosen Rückenschmerzen, Brustschmerzen und oberflächliche Verletzung des Unterarms (ICD-10-Kodes M54, R07.4 sowie S50).

Begleiterkrankungen bei Diagnose einer Endometriose 2024 – Komorbiditäten

Methodisch einfacher als Risikofaktoren lassen sich in Routinedaten Komorbiditäten bei Frauen mit Diagnose einer Endometriose identifizieren und beschreiben, hier konkret gesundheitliche Beschwerden und Erkrankungen, die im selben Jahr wie die Diagnose einer Endometriose dokumentiert waren. Anders als bei Risikofaktoren spielen zeitliche Abfolgen der Diagnosedokumentation bei Komorbiditäten keine wesentliche Rolle, weshalb Aussagen zu Komorbiditäten auch durch Abwägungen hinsichtlich bereits länger undokumentiert vorbestehenden Endometriosen nicht grundsätzlich in Zweifel zu ziehen sind.

Überprüft wurde im Rahmen von bevölkerungsbezogenen gewichteten Analysen und basierend auf sektorenübergreifenden Daten für alle drei- und vierstelligen ICD-10-Diagnosen, wie häufig diese bei Frauen insgesamt sowie in der Subgruppe von Frauen mit einer Endometriose im Jahr 2024 dokumentiert waren. Ermittelt wurde dabei auch, inwiefern diese Komorbiditäten bei Frauen mit Endometriose häufiger zu beobachten waren, als dies nach Ergebnissen zu Frauen entsprechenden Alters (und mit Wohnort in entsprechenden Bundesländern) insgesamt zu erwarten gewesen wäre, wobei nachfolgend – in Analogie zu den gleichartig berechneten standardisierten Inzidenzverhältnissen – von standardisierten Prävalenzverhältnissen gesprochen wird. Ergebnisse wurden primär für alle in Daten zum Jahr 2024 dokumentierten 1.722 drei- sowie 8.709 vierstelligen ICD-10-Kodes ermittelt.

Tabelle 6: Häufige Komorbiditäten bei Frauen mit Endometriose 2024

ICD-10	Diagnosebezeichnung	Betroffenen- anteil in Prozent	standardisiertes Prävalenzverhältnis (95-Prozent- Vertrauensbereich)
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	12,7	1,35 (1,32–1,38)
D22	Melanozytennävus	15,8	1,38 (1,35–1,40)
D25	Leiomyom des Uterus	13,3	3,61 (3,52–3,69)
E03	Sonstige Hypothyreose	17,6	1,40 (1,37–1,43)
E04	Sonstige nichttoxische Struma	12,0	1,40 (1,37–1,44)
E66	Adipositas	14,6	1,23 (1,20–1,26)
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	13,4	1,24 (1,21–1,27)
F32	Depressive Episode	24,0	1,64 (1,61–1,67)
F33	Rezidivierende depressive Störung	12,9	1,71 (1,67–1,75)
F41	Andere Angststörungen	15,6	1,69 (1,66–1,73)
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	23,5	1,68 (1,65–1,71)
F45	Somatoforme Störungen	22,9	1,88 (1,85–1,92)
G43	Migräne	17,6	1,69 (1,65–1,72)
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	17,6	1,26 (1,23–1,29)
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	18,9	1,19 (1,16–1,21)
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	37,8	1,18 (1,17–1,20)
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	16,0	1,45 (1,42–1,48)
J45	Asthma bronchiale	13,9	1,50 (1,47–1,54)
K29	Gastritis und Duodenitis	10,3	1,67 (1,63–1,72)
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	12,0	1,41 (1,37–1,44)
M47	Spondylose	10,1	1,56 (1,52–1,60)
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	11,5	1,65 (1,61–1,69)
M54	Rückenschmerzen	34,3	1,39 (1,37–1,41)
M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	13,7	1,64 (1,60–1,67)
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	13,4	1,49 (1,45–1,52)
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	13,2	1,72 (1,68–1,77)
N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	11,4	1,64 (1,60–1,68)
N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Ligamentum latum uteri	14,7	4,25 (4,15–4,34)
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	50,2	1,39 (1,37–1,41)
N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	23,4	1,98 (1,94–2,01)
N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	31,1	2,51 (2,47–2,55)
N95	Klimakterische Störungen	16,9	1,63 (1,60–1,66)

ICD-10	Diagnosebezeichnung	Betroffenen- anteil in Prozent	standardisiertes Prävalenzverhältnis (95-Prozent- Vertrauensbereich)
Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	10,2	1,36 (1,32–1,40)
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	39,8	2,43 (2,40–2,46)
R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	12,7	2,10 (2,05–2,15)
T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	10,8	1,60 (1,56–1,65)
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	17,2	1,22 (1,19–1,24)
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	90,0	1,24 (1,23–1,25)
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	59,6	1,34 (1,32–1,35)
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	10,7	1,28 (1,25–1,31)
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	64,7	1,36 (1,34–1,37)
Z71	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke anderer Beratung oder ärztlicher Konsultation in Anspruch nehmen, anderenorts nicht klassifiziert	14,1	1,55 (1,51–1,59)
Z90	Verlust von Organen, anderenorts nicht klassifiziert	11,0	3,45 (3,37–3,54)
Z98	Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff	10,6	2,33 (2,27–2,39)

Quelle: BARMER-Daten 2024, dreistellige ICD-10-Diagnosen nach sektorenübergreifenden Auswertungen mit Betroffenenanteilen von mindestens zehn Prozent bei n = 46.851 Frauen mit Diagnose einer Endometriose 2024, bevölkerungsbezogen gewichtet D2023BL; Erwartungswerte basierend auf Daten zu allen 2024 hinreichend versicherten Frauen (n = 4.387.065)

Tabelle 6 zeigt die 44 am häufigsten im Sinne von Komorbiditäten bei Frauen mit Endometriose dokumentierten ICD-10-Kodes, nämlich solche, die 2024 mindestens zehn Prozent der Frauen mit Endometriose betrafen. Um einen Eindruck zu vermitteln, ob diese Diagnosen Frauen mit Endometriose häufiger als erwartet betreffen, werden standardisierte Prävalenzverhältnisse mit 95-Prozent-Vertrauensbereichen berichtet. Alle derart ermittelten und in Tabelle 6 dargestellten Abweichungen erwiesen sich als statistisch hochsignifikant ($p < .00001$) – alle aufgeführten Diagnosen betrafen Frauen mit Endometriose demnach überdurchschnittlich häufig. Moderate Abweichungen – und dabei insbesondere Überschreitungen von weniger als 20 Prozent (beziehungsweise Prävalenzverhältnisse mit Werten kleiner als 1,2) – könnten dabei allerdings auch eine mittelbare Folge von überdurchschnittlich vielen Kontakten zum Gesundheitssystem sein, mit denen generell auch die Wahrscheinlichkeit für eine Dokumentation von Begleiterkrankungen steigt.

Vier der in Tabelle 6 gelisteten ICD-10-Kodes betreffen mehr als die Hälfte aller Frauen mit Diagnose einer Endometriose. Die eher unspezifische Diagnose „Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina“ (**N89**) ist dabei eine Diagnose, die sich seit Anbeginn der Auswertungen zum Arztreport sehr häufig insbesondere bei jüngeren Frauen findet und dabei oftmals – als inhaltlich für betroffene Frauen wenig diskriminierende Diagnose – aus Abrechnungszwecken dokumentiert wird. Hinter dem Code **Z01** „Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen“, der bei 90 Prozent der Frauen mit Endometriose dokumentiert war, verbergen sich größtenteils Laboruntersuchungen sowie gynäkologische Untersuchungen mit den Subkodes Z01.7 und Z01.4, die ihrerseits bei 87 beziehungsweise 27 Prozent der Frauen mit Endometriose dokumentiert waren. Der Code **Z12** dokumentiert Untersuchungen auf Neubildungen, der Code **Z30** kontrazeptive Maßnahmen, von denen Frauen mit Endometriose offensichtlich etwas häufiger als altersabhängig erwartet betroffen sind.

Auch der Kode **Z71** im Sinne einer Beratung oder ärztliche Konsultation wurde häufig dokumentiert. Deutlich häufiger als altersentsprechend erwartet waren Hinweise auf operative Kontexte sowie deren Folgen mit den Kodes **Z90** „Verlust von Organen“ und **Z98** „Zustände nach chirurgischem Eingriff“, wobei sich der dokumentierte Verlust von Organen bei 8,7 Prozent der Frauen mit Endometriose (gemäß eines dokumentierten Subkodes Z90.7) auf Genitalorgane und bei 2,0 Prozent auf den Verdauungstrakt (Z90.4; Verdauungstrakt ohne Magen) bezieht. Zustände nach chirurgischen Eingriffen sind demgegenüber weit überwiegend nicht näher durch Subkodes eingegrenzt. Insgesamt unterstreichen diese Befunde eine hohe Kontaktdichte und diagnostisch-therapeutische Aktivität im Versorgungskontext.

Ein zentrales Ergebnis ist die hohe Dokumentationshäufigkeit von Schmerzdiagnosen mit zugleich deutlich erhöhter Dokumentationshäufigkeit im Vergleich zu altersabhängigen Erwartungswerten. Besonders häufig waren **R10** „Bauch- und Beckenschmerzen“, die 2,4-mal häufiger als erwartet dokumentiert wurden, sowie **N94** „Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus“ (Faktor 2,5). Auch eine Migräne (**G43**) sowie unspezifisch kodierter Schmerz (**R52**) waren bei Frauen mit Endometriose deutlich häufiger dokumentiert. In diesem Kontext lässt sich zudem auch die Diagnose **K29** „Gastritis und Duodenitis“ nennen, mit der oftmals unspezifische Beschwerden im Magen-Darm-Bereich erfasst werden dürften. Die auch bevölkerungsweit sehr häufig dokumentierten Rückenschmerzen (**M54**) waren bei Endometriose moderat häufiger als erwartet kodiert. Ähnliches gilt für weitere muskuloskeletale Erkrankungen (**M51** „Sonstige Bandscheibenschäden“, **M47** „Spondylose“, **M79** „Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes“, **M99** „Biomechanische Funktionsstörungen“). Das Muster entspricht einer hohen (und teils generalisierten) Schmerz- und Beschwerdelast bei Frauen mit Endometriose.

Auch Diagnosen bestimmter psychischer Störungen betrafen mehr als ein Zehntel der Frauen mit Endometriose und waren dabei merklich häufiger als altersabhängig erwartet dokumentiert (in Reihenfolge mit abnehmender Häufigkeit: **F32** „Depressive Episode“, **F43** „Reaktionen auf schwere Belastungen“, **F45** „Somatoforme Störungen“, **F41** „Andere Angststörungen“, **F33** „Rezidivierende depressive Störung“).

Im Bereich gynäkologischer und urogenitaler Begleitdiagnosen fanden sich sehr deutliche relative Abweichungen von altersentsprechenden Erwartungswerten. Besonders ausgeprägt war dies bei **N83** „Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars“ mit einer mehr als vierfach erhöhten Dokumentationshäufigkeit. Um den Faktor 3,6 höher lag die Häufigkeit beim Uterusmyom beziehungsweise der Diagnose **D25** „Leiomyom des Uterus“. Menstruationsstörungen (**N92**) waren nahezu doppelt so häufig wie erwartet dokumentiert. Noch merklich erhöhte Dokumentationsraten zeigen sich auch bei den Kodes **N39** „Sonstige Krankheiten des Harnsystems“, **N76** „Entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva“ und **N95** „Klimakterische Störungen“.

Daneben enthält Tabelle 6 eine Reihe von allgemein häufig kodierten Diagnosen mit teils moderat erhöhten Dokumentationshäufigkeiten, auf die hier jedoch nicht näher eingegangen werden soll.

Tabelle 7 präsentiert eine zweite Auswahl an Diagnosen im Sinne von Komorbiditäten. Dargestellt werden hier Ergebnisse zu dreistelligen ICD-10-Kodes, die bei Frauen mit Endometriose mindestens dreimal so häufig wie erwartet dokumentiert waren und bei denen die Abweichungen zugleich als statistisch hochsignifikant angesehen werden können ($p < .00001$), womit in erster Linie eine Darstellung von möglicherweise auch zufällig sehr großen Abweichungen bei seltenen Diagnosen vermieden wird. Im Gegensatz zu der zuvor betrachteten „Top-Häufigkeiten“-Liste umfasst diese Auswahl auch einige selten dokumentierte Diagnosen – die Erläuterungen sind auf relativ betrachtet auffällig hohe Häufigkeiten und weniger auf Diagnoseprävalenzen ausgerichtet.

Tabelle 7: Auffällig gehäuft bei Frauen mit Endometriose dokumentierte Diagnosen 2024

ICD-10	Diagnosebezeichnung	Betroffenenanteil in Prozent	standardisiertes Prävalenzverhältnis (95-Prozent-Vertrauensbereich)
B67	Echinokokkose	0,05	3,04 (2,01–4,41)
C48	Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums	0,05	3,66 (2,43–5,31)
C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	0,36	3,49 (3,01–4,02)
C56	Bösartige Neubildung des Ovars	0,49	3,79 (3,34–4,27)
C57	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter weiblicher Genitalorgane	0,07	3,56 (2,50–4,91)
D20	Gutartige Neubildung des Weichteilgewebes des Retroperitoneums und des Peritoneums	0,03	11,29 (6,50–18,24)
D25	Leiomyom des Uterus	13,28	3,61 (3,52–3,69)
D27	Gutartige Neubildung des Ovars	1,72	6,90 (6,46–7,37)
D28	Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter weiblicher Genitalorgane	0,22	3,68 (3,05–4,41)
D39	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der weiblichen Genitalorgane	2,59	5,07 (4,81–5,35)
K36	Sonstige Appendizitis	0,24	7,17 (5,99–8,51)
K37	Nicht näher bezeichnete Appendizitis	0,42	3,15 (2,75–3,59)
K38	Sonstige Krankheiten der Appendix	0,10	3,72 (2,80–4,85)
K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	1,00	3,02 (2,77–3,29)
K65	Peritonitis	0,22	3,20 (2,64–3,83)
K66	Sonstige Krankheiten des Peritoneums	6,25	10,74 (10,38–11,11)
K67	Krankheiten des Peritoneums bei anderenorts klassifizierten Infektionskrankheiten	0,05	5,85 (3,90–8,42)
N70	Salpingitis und Oophoritis	1,20	5,68 (5,25–6,14)
N71	Entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix	0,51	4,86 (4,29–5,47)
N73	Sonstige entzündliche Krankheiten im weiblichen Becken	5,30	12,87 (12,40–13,35)
N82	Fisteln mit Beteiligung des weiblichen Genitaltraktes	0,09	4,06 (3,02–5,34)
N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Ligamentum latum uteri	14,72	4,25 (4,15–4,34)
N84	Polyp des weiblichen Genitaltraktes	2,36	3,54 (3,35–3,75)
N85	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix	5,36	3,31 (3,19–3,43)
N97	Sterilität der Frau	6,17	5,73 (5,54–5,93)
N98	Komplikationen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung	0,20	5,43 (4,44–6,57)
N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	1,85	7,20 (6,76–7,66)
Q50	Angeborene Fehlbildungen der Ovarien, der Tubae uterinae und der Ligamenta lata uteri	0,62	13,61 (12,19–15,16)

ICD-10	Diagnosebezeichnung	Betroffenenanteil in Prozent	standardisiertes Prävalenzverhältnis (95-Prozent-Vertrauensbereich)
Q51	Angeborene Fehlbildungen des Uterus und der Cervix uteri	1,04	4,84 (4,44–5,26)
R18	Aszites	0,55	3,18 (2,83–3,57)
S35	Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	0,03	5,89 (3,17–9,99)
S36	Verletzung von intraabdominalen Organen	0,12	4,18 (3,23–5,33)
S37	Verletzung der Harnorgane und der Beckenorgane	0,17	5,56 (4,49–6,82)
T61	Toxische Wirkung schädlicher Substanzen, die mit essbaren Meerestieren aufgenommen wurden	0,29	3,02 (2,56–3,53)
T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	2,41	3,25 (3,07–3,43)
Y69	Zwischenfälle bei chirurgischem Eingriff und medizinischer Behandlung	0,22	4,50 (3,73–5,39)
Y84	Chirurgische und sonstige medizinische Maßnahmen als Ursache einer abnormen Reaktion eines Patienten oder einer späteren Komplikation, ohne Angabe eines Zwischenfalls zum Zeitpunkt der Durchführung der Maßnahme	0,24	4,10 (3,42–4,88)
Z09	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen anderer Krankheitszustände außer bösartigen Neubildungen	5,31	4,62 (4,45–4,80)
Z40	Prophylaktische Operation	0,25	3,51 (2,94–4,16)
Z90	Verlust von Organen, anderenorts nicht klassifiziert	11,00	3,45 (3,37–3,54)

Quelle: BARMER-Daten 2024, dreistellige ICD-10-Diagnosen nach sektorenübergreifenden Auswertungen mit Abweichungen beobachteter Betroffenenanteile von Erwartungswerten um mindestens den Faktor drei bei n = 46.851 Frauen mit Diagnose einer Endometriose 2024, bevölkerungsbezogen gewichtet D2023BL; Erwartungswerte basierend auf Daten zu allen 2024 hinreichend versicherten Frauen (n = 4.387.065)

Besonders **ausgeprägte relative Häufungen** zeigen sich bei **N73** „Sonstige entzündliche Krankheiten im weiblichen Becken“ (Betroffenenanteil 5,30 Prozent; Prävalenzverhältnis 12,87), bei der erheblich seltener dokumentierten Diagnose **Q50** „Angeborene Fehlbildungen der Ovarien ...“ (Betroffenenanteil 0,62 Prozent; Prävalenzverhältnis 13,61), bei **K66** „Sonstige Krankheiten des Peritoneums“ (Betroffenenanteil 6,25 Prozent; Prävalenzverhältnis 10,74) sowie bei der sehr seltenen Diagnose **D20** „Gutartige Neubildung des Weichteilgewebes des Retroperitoneums und des Peritoneums“ (Betroffenenanteil 0,03 Prozent; Prävalenzverhältnis 11,29).

Einige Diagnosen betreffen **Neubildungen weiblicher Geschlechtsorgane** und Befunde unsicheren Verhaltens, die erwartungsgemäß in einem differenzialdiagnostischen Spektrum zur Endometriose und im Rahmen invasiver Abklärungen und der operativen Versorgung eine Rolle spielen (**D27** „Gutartige Neubildung des Ovars“; **D28** „Gutartige Neubildung sonstiger

und nicht näher bezeichneter weiblicher Genitalorgane“; **D39** „Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der weiblichen Genitalorgane“; **N84** „Polyp des weiblichen Genitaltraktes“).

Als weitere **Diagnosen mit Bezug zu weiblichen Geschlechtsorganen** lassen sich **N85** „Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus“ sowie die aufgrund der relativ erhöhten Häufigkeit bereits zuvor erwähnte Diagnose **Q50** „Angeborene Fehlbildungen der Ovarien“ und die Diagnose **Q51** „Angeborene Fehlbildungen des Uterus und der Cervix uteri“ nennen. Im Sinne entzündlicher Erkrankungen finden sich zudem **N70** „Salpingitis und Oophoritis“ sowie **N71** „Entzündliche Krankheit des Uterus (exklusive Zervix)“. Das Muster spricht insgesamt für eine starke Häufung von Diagnosen, die klinisch eng an Becken- sowie Adnexpathologien, Entzündungen im Bauch-Becken-Raum und eine Differenzialdiagnostik der Endometriose gekoppelt sind.

Erheblich gehäuft sind bei Frauen mit Endometriose auch Diagnosen mit Bezug zur **Fertilitäts- und Reproduktionsmedizin** dokumentiert (**N97** „Sterilität der Frau“ sowie **N98** „Komplikationen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung“), was auf erhöhte diagnostische und therapeutische Aktivität im reproduktionsmedizinischen Kontext bei Endometriose hindeutet.

Eine weitere Gruppe von eher akut auftretenden Diagnosen betrifft das **Bauchfell sowie den Darm inklusive des Appendix**, was sowohl eine mögliche klinische Nähe (abdominelle Symptomatik, operative Abklärungen) als auch Versorgungseffekte (beispielweise Diagnostik und Eingriffe) widerspiegeln kann. Neben der aufgrund ihrer relativ erhöhten Häufigkeit zuvor schon erwähnten Diagnose K66 „Sonstige Krankheiten des Peritoneums“ sind hier die Diagnosen **K36** „Sonstige Appendizitis“, **K37** „Nicht näher bezeichnete Appendizitis“ und **K38** „Sonstige Krankheiten der Appendix“ zu nennen. Des Weiteren lassen sich hier **K56** „Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie“, **K67** „Krankheiten des Peritoneums bei anderenorts klassifizierten Infektionskrankheiten“ und **R18** „Aszites“ einordnen.

Auch mehrere **Diagnosen bösartiger Neubildungen** werden bei Frauen mit Endometriose – wenn auch mit niedrigen Prävalenzen – erheblich häufiger als altersabhängig erwartet dokumentiert. Dazu gehören (Nennung mit absteigender Häufigkeit) **C56** „Bösartige Neubildung des Ovars“ (Betroffenenanteil 0,49 Prozent; Prävalenzverhältnis 3,79), **C54** „Bösartige Neubildung des Corpus uteri“ (0,36 Prozent; Prävalenzverhältnis 3,49), **C57** „Bösartige Neubildung sonstiger weiblicher Genitalorgane“ (0,07 Prozent; Prävalenzverhältnis 3,56) und **C48** „Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums“ (0,05 Prozent; Prävalenzverhältnis 3,66). Die Befunde sollten vorsichtig interpretiert werden. Sie können reale Risikoerhöhungen, aber auch diagnostische Abklärungskaskaden, Fehl- oder Verdachtskodierungen, Überlappungen mit Endometriose-assoziierten Befunden und/oder Detektionsverzerrungen abbilden.

Mehrere der bei Endometriose vergleichsweise stark gehäuft dokumentierten Diagnosen verweisen auf **operative Eingriffe, Komplikationen und Nachsorge**. Hierzu zählen die Diagnosen **N99** „Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen“ (Betroffenenrate 1,85 Prozent; Prävalenzverhältnis 7,20), **T81** „Komplikationen bei Eingriffen“ (2,41 Prozent; Prävalenzverhältnis 3,25) sowie eher selten auch **Y69** „Zwischenfälle bei chirurgischem Eingriff und medizinischer Behandlung“ (0,22 Prozent), **Y84** „Chirurgische und sonstige medizinische Maßnahmen als Ursache einer abnormen Reaktion eines Patienten oder einer späteren Komplikation“ (0,24 Prozent) und **Z40** „Prophylaktische Operation“ (0,25 Prozent). Sehr viel häufiger wird der bereits in Tabelle 6 aufgeführte Kode **Z90** „Verlust von Organen“ (11,00 Prozent; Prävalenzverhältnis 3,45) sowie der Kode **Z09** „Nachuntersuchung nach Behandlung ...“ (5,31 Prozent; Prävalenzverhältnis 4,62) dokumentiert. Zudem werden auch einige insgesamt seltene Kodierungen von Verletzungen im Bauchraum und Becken bei Frauen mit Endometriose deutlich häufiger als erwartet dokumentiert (**S35** „Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens“, **S36** „Verletzung von intraabdominalen Organen“, **S37** „Verletzung der Harnorgane und der Beckenorgane“), was plausibel im Kontext von gehäuften operativen Eingriffen, perioperativen Komplikationen und Traumatisierungen einzuordnen ist.

Für die beiden eher seltenen Diagnosen **B67** „Echinokokkose“ (zumeist der Subkode B67.8 „Nicht näher bezeichnete Echinokokkose der Leber“) sowie **T61** „Toxische Wirkung durch essbare Meerestiere“ (fast ausschließlich der Subkode T61.1 für „Scombroid-Fischvergiftung“, die zumeist mit erhöhten Histaminkonzentrationen verbunden ist) erscheinen Zusammenhänge mit einer Endometriose – abgesehen vom „gemeinsamen Nenner Abdominalbeschwerden“ – zunächst wenig naheliegend.

Diskussion

Gemäß der im März 2025 veröffentlichten S2k-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Endometriose“ (AWMF, 2025) ist die Endometriose eine chronische inflammatorische Erkrankung und dabei eine der „häufigsten benignen gynäkologischen Pathologien“, also eine der häufigsten gutartigen Erkrankungen im Themenfeld von Frauenärztinnen und Frauenärzten. Dennoch sind viele Fragen zur Endometriose bislang wissenschaftlich nicht hinreichend geklärt. So konstatieren bereits die ersten beiden Konsensstatements der Leitlinie mit hoher Zustimmung: „Eine Abschätzung zur Inzidenz und Prävalenz der Endometriose ist aufgrund der methodischen Unterschiede der vorliegenden Studien nicht möglich.“ (S1) „Aufgrund der unklaren Ätiologie der Endometriose ist eine kausale Therapie nicht möglich.“ (S2) Vorausgehend wird im Text angeführt: „Diese [vorausgehend genannten und teils auf Routinedaten basierenden] Angaben unterschätzen das Vorkommen von Endometriose aufgrund einer nicht bekannten Dunkelziffer nicht diagnostizierter oder unzureichend kodierter Fälle, zudem sind Einflussfaktoren wie der Zugang zum Gesundheitssystem oder das Durchschnittsalter der Bevölkerung zu berücksichtigen. Es ist davon auszugehen, dass die – auch international beobachtete – über einen langen Zeitraum moderat steigende Prävalenz eine verbesserte Wahrnehmung und Dokumentation widerspiegelt. Sie kann insofern als positiver Trend gesehen werden. Regionale Unterschiede deuten dabei auf mögliche strukturelle Versorgungsprobleme hin. Darüber hinaus besteht in Deutschland ein Defizit an qualitativ hochwertigen epidemiologischen Studien zur Untersuchung des Krankheitsverlaufs und dessen Versorgung. Die vielen methodischen Unterschiede der epidemiologischen Studien zur Endometriose lassen eine valide Abschätzung zu Häufigkeiten und Verteilungen in der Bevölkerung nicht zu. Eingefordert wird für die Publikation der Studien eine detaillierte Beschreibung des jeweiligen Studiendesigns, um vergleichbare und replizierbare Studien durchführen zu können.“

Bezogen auf die **Diagnoseprävalenz und -inzidenz der Endometriose** in Deutschland veröffentlichte das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) bereits im Jahr 2024 umfassende Ergebnisse zu den Jahren 2012 bis 2022 (Kohring et al., 2024a und 2024b), die auf Daten zur ambulant kassenärztlichen Versorgung aller Versicherten der GKV beruhen und methodisch umfassend dokumentiert sind. Das vorliegende ePaper befasst sich unter Rückgriff auf ähnliche Methoden teils mit vergleichbaren Fragen, wobei sektorübergreifend verfügbare Daten der BARMER zu den Jahren von 2005 bis 2024 genutzt werden konnten. Eine Replikation der Ergebnisse sollte auch hier mit Rückgriff auf geeignete Daten grundsätzlich jederzeit möglich sein. Nach Gegenüberstellungen zu Vollerhebungsergebnissen zu Behandlungsfällen mit Endometriose in Krankenhäusern in Deutschland sollten Hochrechnungen basierend auf BARMER-Daten bei diesem Thema eine hohe spezifische Repräsentativität aufweisen.

Nach den vorliegenden Ergebnissen wurde innerhalb des Jahres 2024 eine Endometriose in Deutschland bei rund 513.000 Frauen (mindestens einmalig) im Rahmen der ambulanten Versorgung (als gesicherte Diagnose) oder bei stationären Behandlungen im Krankenhaus dokumentiert. Von einer entsprechenden Diagnose betroffen war damit ein Anteil von schätzungsweise 1,21 Prozent aller Frauen in Deutschland ([↗ Hochrechnungen und Anteile bezogen auf bestimmte Altersgruppen und/oder Bundesländer sind den interaktiven Grafiken zu entnehmen](#)).

Die zuvor genannte Diagnoseprävalenz von 1,21 Prozent kann dabei aus vielfältigen Gründen nicht mit einer idealtypisch ermittelten „Erkrankungsprävalenz“ gleichgesetzt werden und ist primär als pragmatisch und eher konservativ gewählter **Indikator für die Krankheitslast** anzusehen. Gemäß den dokumentierten Diagnosen lag – zumindest formal – eine gesicherte Endometriose vor, die zudem mit einem Arztkontakt verknüpft war und dabei zugleich nicht als „symptomloser Zustand“ dokumentiert wurde (andernfalls dürfte die Diagnose bei Betroffenen keine Beschwerden verursacht haben).

Definiert man eine Endometriose demgegenüber ausschließlich über **anatomisch nachweisbare Endometriose-Herde**, dann wären auch symptomlose Zustände in die Prävalenzschätzung einzubeziehen. Insbesondere bei dieser Abgrenzung der Prävalenz wäre von einer hohen Dunkelziffer auszugehen, da ein Teil der Endometriose-Herde nie zu Beschwerden führt und bislang dann in der Regel erst als Zufallsbefund im Rahmen anderweitig bedingter Eingriffe in die Bauchhöhle entdeckt und verifiziert werden kann. Schon weil anlasslose Bauchspiegelungen in repräsentativen Bevölkerungsstichproben medizinisch nicht vertretbar sind, lässt sich die Prävalenz der Endometriose gemäß dieser Definition absehbar nicht valide und vollständig erheben. Unabhängig davon lässt sich zugleich die Sinnhaftigkeit eines Prävalenzschätzers hinterfragen, bei dem auch symptomlose Anomalien mitgezählt werden, die bei Betroffenen in der Regel ohne jegliche Konsequenzen bleiben dürften. Gegen die Berücksichtigung einer asymptomatischen Endometriose spricht dabei auch, dass eine Endometriose weder nach allgemeinem Wissensstand noch nach den im Rahmen der vorliegenden Studie durchgeführten Analysen mit einer erhöhten Sterblichkeit assoziiert ist.

Zielt ein Prävalenzschätzer primär auf die Erfassung der **Bedeutung von Erkrankungen für Inanspruchnahmen des Gesundheitswesens** ab, ließe sich auch erwägen, sämtliche Arten von Qualifikationen ambulant vergebener Diagnosen zu berücksichtigen, also neben gesicherten Diagnosen und symptomlosen Zuständen auch Verdachts- und Ausschlussdiagnosen zu berücksichtigen. Ohne die Existenz der Endometriose gäbe es schließlich keine abklärungsbedürftigen Verdachtsfälle – Ausschlüsse eines Endometriose-Verdachts wären nicht erforderlich. Im Sinne dieser sehr weiten Definition waren 2024 nach Hochrechnungen basierend auf BARMER-Daten rund 658.000 Frauen in Deutschland vom Thema Endometriose betroffen, was einem Anteil von knapp 1,56 Prozent aller Frauen entspricht (28 Prozent mehr als nach der hier vorrangig diskutierten Eingrenzung).

Alle hier skizzierten Auswertungsvarianten von Routinedaten basieren zwangsläufig auf explizit dokumentierten Endometriose-Diagnosen und gehen dabei – zumindest grundsätzlich – zunächst von einer Validität

der dokumentierten Diagnosen aus. Inwiefern dies der Fall ist, und insbesondere zu welchem Anteil auch klinisch relevante Endometriosen nicht in den Daten dokumentiert sind und dann im Sinne einer auch inhaltlich bedeutsamen Dunkelziffer unberücksichtigt bleiben, lässt sich nur schwer abschätzen. Die vorliegenden Ergebnisse deuten allerdings darauf hin, dass sich gerade in den letzten Jahren diesbezüglich einiges verändert haben könnte.

Wie vorausgehende Studien zeigen auch die vorliegenden Ergebnisse eine **Zunahme der von Endometriose-Diagnosen betroffenen Frauen**, wobei in den letzten beiden Jahren eine besonders starke Zunahme zu verzeichnen war. Innerhalb von 20 Jahren ab 2005 hat sich ihre Zahl in Deutschland mehr als verdoppelt (vgl. Abbildung 2). Diagnoseprävalenzen resultieren dabei sowohl aus Häufigkeiten von „inzidenten“ Erstdiagnosen als auch aus den Häufigkeiten, mit denen Diagnosen nachfolgend (weiter)dokumentiert werden. Diagnoseprävalenzen können insofern auch steigen, wenn Erstdiagnoseraten sinken, was dann auf sinkende Erkrankungsrisiken hindeuten würde (Grobe et al., 2025).

Im Hinblick auf die Endometriose lässt sich vorrangig ab 2015 eine Zunahme der **Erstdiagnoserate** beziehungsweise **Diagnoseinzidenz** feststellen. Nach den über alle Beobachtungsjahre einheitlich standardisierten Auswertungen (mit Ausschluss von vorausgehend Betroffenen aus zehn Vorjahren) stieg sie altersübergreifend von 2015 bis 2024 um 68 Prozent von 181 auf 304 Erstdiagnostizierte je 100.000 Frauen. Demnach dürfte 2024 in Deutschland bei schätzungsweise 128.522 Frauen erstmals (seit zumindest zehn Jahren) eine Endometriose im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung dokumentiert worden sein. Dabei haben sich Erstdiagnosen merklich in jüngere Altersgruppen verschoben, womit auch das durchschnittliche Alter bei Erstdiagnose von 41,2 Jahren im Jahr 2015 auf 37,4 Jahre im Jahr 2024 um 3,8 Jahre gesunken ist (vgl. Abbildung 5 und Abbildung 6).

Eine Vorverlagerung von Erstdiagnosezeitpunkten einer Endometriose veranschaulichen auch Analysen zu jungen Frauen der sechs Geburtsjahrgänge von 1995 bis 2000 (vgl. Abbildung 7). Während bei den 1995 geborenen Frauen erst ab einem Alter von 27 Jahren

mehr als drei Prozent im Beobachtungsverlauf eine Endometriose-Diagnose erhalten hatten, war dies bei den im Jahr 2000 geborenen Frauen bereits im Alter von 24 Jahren der Fall. Die Ergebnisse lassen zudem – zumindest für die heute noch jungen Frauen – Lebenszeitprävalenzen von Endometriose-Diagnosen erheblich oberhalb von fünf Prozent erwarten, nachdem Frauen des Jahrgangs 1995 bereits im Alter von 29 Jahren real zu knapp fünf Prozent betroffen waren und in nachfolgenden Lebensjahren durchaus in größerem Umfang mit weiteren Erstdiagnosen bei zuvor nicht betroffenen Frauen des Jahrgangs zu rechnen ist.

Ergebnisse zu **Komorbiditäten** zeigen, dass Frauen mit Endometriose in erheblichem Umfang auch von weiteren Erkrankungen und gesundheitlichen Problemen betroffen sind, wobei im vorliegenden ePaper nur ein kleinerer Teil der Ergebnisse dargestellt werden konnte. Die Ergebnisse zeigen hohe Dokumentationshäufigkeiten insbesondere im Hinblick auf Schmerzdiagnosen, Diagnosen psychischer Störungen und Diagnosen anderweitiger Erkrankungen und Beschwerden im Bauch- und Beckenraum. Dabei liegen die Betroffenenanteile bei Frauen mit Endometriose teils deutlich über den altersabhängig erwarteten Raten der weiblichen Gesamtpopulation. Die Ergebnisse dürften dabei sowohl aus einer tatsächlichen Begleitmorbidität als auch aus Versorgungspfaden und der Dokumentationspraxis resultieren. Ergebnisse zu Komorbiditäten vermitteln einen Eindruck, von welchen gesundheitlichen Problemen Frauen auch neben der hier fokussiert betrachteten Endometriose betroffen sind, und können damit eine Grundlage für übergreifende Therapieansätze sowie einen Ausgangspunkt für weitere Forschungsansätze liefern.

Eine inhaltliche Bewertung der vorliegenden Ergebnisse muss unterschiedliche Aspekte berücksichtigen.

- Nach allgemeiner Auffassung wird aktuell eher nicht davon ausgegangen, dass sich die reale Häufigkeit der Endometriose bei Frauen innerhalb der letzten Jahrzehnte wesentlich verändert hat. Folgt man dieser Annahme, deuten die beobachteten Zuwächse bei Diagnoseprävalenzen und -inzidenzen in erster Linie auf eine gestiegene

Awareness bei Patientinnen und Behandelnden, eine verbesserte Diagnostik sowie möglicherweise auch eine veränderte Kodierpraxis hin.

- Bislang wurde bei der Endometriose stets von einer hohen Dunkelziffer und einer durchschnittlichen Dauer bis zur Erstdiagnose der Erkrankung von etwa zehn Jahren ausgegangen. Nach vorliegenden Ergebnissen dürften sich in den letzten Jahren sowohl die Dunkelziffer als auch die zeitliche Verzögerung bis zur Erstdiagnose einer Endometriose merklich reduziert haben. Sofern betroffenen Frauen damit auch häufiger und frühzeitig hilfreiche Therapieangebote gemacht werden konnten, ist diese Entwicklung positiv zu bewerten. Tendenziell könnten hier Frauen mit höheren Schulabschlüssen und einem Wohnort in Ballungszentren stärker profitiert haben, wobei diesbezüglich feststellbare Unterschiede allerdings eher gering waren. Auch die Facharztdichte scheint wenig Einfluss auf Diagnoseraten zu haben.
- Erhebliche Anstiege von Diagnoseprävalenzen und Erstdiagnoseraten in den letzten Jahren insbesondere bei jungen Frauen führen zu der Frage, inwiefern bei der Endometriose bereits aktuell Überdiagnostik eine Rolle spielt und in naher Zukunft noch spielen könnte. Der Einsatz von Labortests zum Nachweis von Endometriose wird aufgrund fehlender wissenschaftlicher Evidenz in aktuellen Leitlinien zwar ausdrücklich nicht empfohlen – in welchem Umfang entsprechende Tests bereits als Selbstzahlerleistungen eingesetzt werden, ist jedoch nicht bekannt. Unabhängig davon gilt zu bedenken, dass die Sinnhaftigkeit einer Diagnostik stets unter Einbezug der aus einer Diagnosestellung gegebenenfalls resultierenden Therapieoptionen zu bewerten ist. Die Abklärung und die Diagnose einer Endometriose machen vorrangig dann Sinn, wenn sie zu Beschwerden oder Einschränkungen führt, die aus Sicht von Betroffenen mit einem absehbar positiven Nutzen-Risiko-Verhältnis behandelt werden können.

Literaturverzeichnis

AMWF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (2025). Diagnosis and therapy of endometriosis. Guideline of the DGGG, SGGG and OEGGG (S2k-Level, AWMF Registry No. 045/015, March 2025). Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-045.html> [25.11.2025]

Daly, L. (1992). Simple SAS macros for the calculation of exact binomial and Poisson confidence limits. *Computers in Biology and Medicine*, 22 (5), 351–361.

Grobe, T. G., Frerk, T., Vogelgesang, F., Reitzle, L., Jacobi, F. & Thom, J. (2025). Schätzungen von Inzidenzen psychischer Störungen in GKV-Routinedaten: Methoden und Trends 2006 bis 2022. *Bundesgesundheitsblatt* 68, 1316–1326. doi: 10.1007/s00103-025-04080-y.

Kohring, C., Holstiege, J., Heuer, J., Dammertz, L., Brandes, I., Mechsner, S. & Akmatov, M. K. (2024a). Endometriose in der vertragsärztlichen Versorgung – Regionale und zeitliche Trends im Zeitraum 2012 bis 2022. *Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 24/01*. Berlin 2024. doi: 10.20364/VA-24.01.

Kohring, C., Akmatov, M. K., Holstiege, J., Brandes, I., Mechsner, S. (2024b). The incidence of endometriosis, 2014–2022. An analysis of nationwide claims data from physicians in private practice. *Deutsches Ärzteblatt international* 2024; 121: 619–26. doi: 10.3238/arztebl.m2024.0160.

Statistisches Bundesamt (2025a). Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag, Geschlecht, Altersjahre. Code: 12411-0013. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/12411/table/12411-0013/> [20.11.2025]

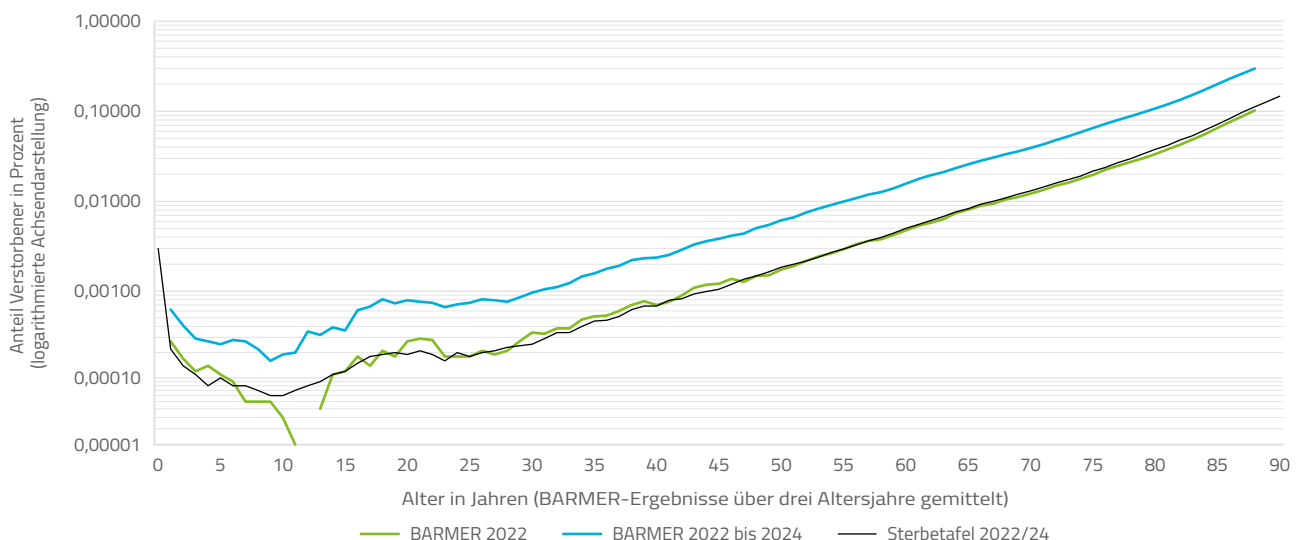
Statistisches Bundesamt (2025b). Diagnosen der Krankenhauspatienten. Code: 23131. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/23131/details> [20.11.2025]

Statistisches Bundesamt (2025c). Sterbetafel (Periodensterbetafel): Deutschland, Jahre, Geschlecht, Vollendetes Alter. Ergebnisse 2022/24. Code: 12621-0001. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/12621/table/12621-0001> [08.12.2025]

Statistisches Bundesamt (2025d). Kreisfreie Städte und Landkreise nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte am 31.12.2024. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/04-kreise.html> [08.12.2025]

Anhang

Abbildung A1: Sterbewahrscheinlichkeiten 2022 sowie 2022 bis 2024 nach Alter 2022 – BARMER-Daten und Angaben zur Ein-Jahres-Sterblichkeit gemäß Sterbetafel 2022/24 für Deutschland



Quelle: Sterbetafel 2022/24 gemäß Statistischem Bundesamt (2025c); BARMER-Daten 2019 bis 2024, Ergebnisse basierend auf Daten zu hinreichend versicherten Frauen mit Vorbeobachtungszeiten wie bei Auswertungen zur Mortalität bei Endometriose (n = 4.0798.482 mit einjähriger Nachbeobachtung und n = 3.890.415 mit dreijähriger Nachbeobachtung)

Tabelle A1: Inzidenzschätzer zur Endometriose je 100.000 Frauen 2006 bis 2024 nach Ausschluss von vorausgehend Betroffenen aus 1 bis 19 Vorjahren

Jahr	Anzahl der berücksichtigten Vorjahre zum Ausschluss von vorausgehend betroffenen Frauen Diagnoseinzidenz je 100.000 Frauen																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
2024	447	383	348	334	324	316	312	308	305	304	302	300	297	296	294	291	292	290	288
2023	410	349	326	314	304	297	292	289	286	284	282	279	276	274	272	271	270	268	
2022	368	317	296	283	274	267	263	259	256	253	250	248	244	244	242	241	239		
2021	357	303	283	270	262	256	250	246	243	241	239	236	233	230	229	228			
2020	318	272	252	240	234	229	225	222	219	218	215	212	210	209	208				
2019	316	270	251	240	231	225	222	218	216	213	212	209	209	206					
2018	305	261	242	231	225	219	216	213	210	207	205	204	200						
2017	286	247	230	220	212	206	202	198	195	194	191	190							
2016	283	242	225	216	209	203	198	194	191	188	187								
2015	270	230	214	204	196	191	189	186	183	181									
2014	272	233	215	205	200	195	191	186	184										
2013	262	222	205	196	190	186	182	179											
2012	257	218	204	196	190	186	182												
2011	253	221	206	199	194	190													
2010	256	220	206	197	191														
2009	239	208	194	186															
2008	255	223	208																
2007	236	206																	
2006	245																		
2005																			

Quelle: BARMER-Daten 2005 bis 2024, gleichartige Berücksichtigung gesicherter ambulanter Diagnosen oder Diagnosen zu stationären Behandlungen zur Abgrenzung von inzident oder vorausgehend Betroffenen, einheitlich standardisiert D2023BL

Tabelle A2: Anteile von Frauen mit mindestens einmaliger Diagnose einer Endometriose im Alter von 15 Jahren bis maximal zum Alter von 29 Jahren (Geburtsjahrgänge 1995 bis 2000)

Geburtsjahr	Alter in Jahren														
	Anteil der Frauen mit mindestens einmaliger Diagnose einer Endometriose bis zum genannten Alter in Prozent														
	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1995	0,03	0,08	0,15	0,28	0,39	0,55	0,75	0,93	1,22	1,56	2,02	2,57	3,18	4,01	4,90
1996	0,04	0,09	0,17	0,25	0,38	0,55	0,75	1,03	1,30	1,66	2,14	2,65	3,42	4,24	
1997	0,05	0,12	0,21	0,31	0,46	0,62	0,89	1,14	1,51	2,06	2,67	3,40	4,26		
1998	0,05	0,12	0,18	0,29	0,47	0,68	0,96	1,39	1,88	2,47	3,11	3,84			
1999	0,02	0,08	0,16	0,29	0,46	0,70	1,04	1,47	1,96	2,67	3,33				
2000	0,02	0,05	0,19	0,33	0,49	0,79	1,20	1,69	2,43	3,13					

Quelle: BARMER-Daten 2005 bis 2024, n = 144.320 Frauen der Geburtsjahrgänge 1995 bis 2000 ohne gesicherte ambulante oder stationäre Diagnose einer Endometriose bis zum Alter von 14 Jahren, hinreichende Versicherung bis mindestens zum Alter von 24 Jahren, Anteile mit mindestens einmaliger Endometriose-Diagnose und hinreichender Versicherung bis zum genannten Alter

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Behandlungsfälle in Krankenhäusern mit Endometriose in Deutschland 2005 bis 2024	5
Abbildung 2:	Frauen mit Diagnosen einer Endometriose in Deutschland in den Jahren von 2005 bis 2024	7
Abbildung 3:	Endometriose – Diagnoseprävalenzen nach Alter 2005, 2019 und 2024	7
Abbildung 4:	Inzidenzschätzer zur Endometriose je 100.000 Frauen 2006 bis 2024 nach Ausschluss von vorausgehend Betroffenen aus 1 bis 19 Vorjahren	11
Abbildung 5:	Inzidenzschätzer zur Endometriose je 100.000 Frauen 2015, 2020 und 2024 nach Alter (mit Ausschluss von vorausgehend Betroffenen aus zehn Vorjahren)	12
Abbildung 6:	Durchschnittliches Alter bei Erstdiagnose einer Endometriose in den Jahren 2015 bis 2024 (nach Ausschluss von vorausgehend Betroffenen aus zehn Vorjahren)	13
Abbildung 7:	Anteile von Frauen mit mindestens einmaliger Diagnose einer Endometriose im Alter von 15 Jahren bis maximal zum Alter von 29 Jahren (Geburtsjahrgänge 1995 bis 2000)	17
Abbildung A1:	Sterbewahrscheinlichkeiten 2022 sowie 2022 bis 2024 nach Alter 2022 – BARMER-Daten und Angaben zur Ein-Jahres-Sterblichkeit gemäß Sterbetafel 2022/24 für Deutschland	28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Endometriose – Lokalisation nach Diagnoseangaben 2005, 2015 und 2024	9
Tabelle 2:	Endometriose-Diagnose 2019 bis 2021 – Sterblichkeit 2022 sowie 2022 bis 2024	14
Tabelle 3:	Frauen mit Wohnort nach Bundesländern – beobachtete und erwartete Betroffene mit Endometriose-Erstdiagnosen 2022 bis 2024	15
Tabelle 4:	Frauen nach Bevölkerungsdichte des Wohnkreises – beobachtete und erwartete Betroffene mit Endometriose-Erstdiagnosen 2022 bis 2024	15
Tabelle 5:	Frauen nach Schulabschluss – beobachtete und erwartete Betroffene mit Endometriose-Erstdiagnosen 2022 bis 2024	16
Tabelle 6:	Häufige Komorbiditäten bei Frauen mit Endometriose 2024	19
Tabelle 7:	Auffällig gehäuft bei Frauen mit Endometriose dokumentierte Diagnosen 2024	22
Tabelle A1:	Inzidenzschätzer zur Endometriose je 100.000 Frauen 2006 bis 2024 nach Ausschluss von vorausgehend Betroffenen aus 1 bis 19 Vorjahren	29
Tabelle A2:	Anteile von Frauen mit mindestens einmaliger Diagnose einer Endometriose im Alter von 15 Jahren bis maximal zum Alter von 29 Jahren (Geburtsjahrgänge 1995 bis 2000)	30

Impressum

Herausgeber

BARMER Institut für
Gesundheitssystemforschung (bifg)
10837 Berlin

Autorinnen und Autoren

Thomas G. Grobe, Dr. med., MPH,
Anna Braun, Dr.,
Joachim Szecsenyi, Prof. Dr. med.,
Dipl.-Soz.,
aQua – Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschung im
Gesundheitswesen GmbH in Göttingen

Design und Realisation

Satzweiss.com GmbH

Veröffentlichungstermin

März 2026

DOI

10.30433/arzt.2026.01

Copyright



Lizenziert unter CC BY-ND 4.0