versorgungsatlas.de

Prävalenz der diagnostizierten Endometriose in der vertragsärztlichen Versorgung – Update für die Jahre 2023 und 2024

Nina Kirsch[1,2] • Iris Brandes[3] • Sylvia Mechsner[4] • Doreen Müller[1] • Claudia Kohring[1,5]

[1] Fachbereich Epidemiologie und Versorgungsatlas, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland
[2] Master-Studiengang Public Health, Berlin School of Public Health, Charité – Universitätsmedizin Berlin
[3] Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover
[4] Endometriosezentrum, Klinik für Gynäkologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin
[5] Charité – Universitätsmedizin Berlin

DOI: 10.20364/VA-26.07

Abstract

Hintergrund
Ziel dieser Studie war die Fortschreibung der bereits im Februar 2024 im Versorgungsatlas publizierten Zeitreihe zur Diagnoseprävalenz von Endometriose in Deutschland (2012-2022) um die Kalenderjahre 2023 und 2024 sowohl für Deutschland insgesamt als auch auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Landkreise und kreisfreien Städte.

Methodik
Datengrundlage bildeten die bundesweiten krankenkassenübergreifenden Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V (Quartal 1/2023 bis Quartal 3/2025). Die jährliche Studienpopulation waren gesetzlich krankenversicherte Mädchen und Frauen ab einem Alter von 10 Jahren mit mindestens einmaliger Leistungsinanspruchnahme im Berichtsjahr. Als prävalent erkrankt wurden diejenigen Versicherten definiert, bei denen eine als gesichert gekennzeichnete Endometriose-Diagnose (ICD-10-GM: N80) im Berichtsjahr dokumentiert wurde, die sich entweder in den patientinnenindividuellen drei Folgequartalen nochmals bestätigte, die durch eine*n Fachärztin*arzt kodiert wurde oder bei denen eine spezifische diagnostische oder operative Leistung abgerechnet wurde. Die Prävalenz wurde als Anteil derjenigen mit Endometriose-Diagnose an der Studienpopulation im jeweiligen Berichtsjahr pro 1.000 Mädchen und Frauen ab 10 Jahren, sowohl roh als auch altersstandardisiert (Referenz: deutsche Bevölkerung zum Stichtag 31.12.2022), berechnet.

Ergebnisse
Von 35.462.043 weiblichen GKV-Versicherten ab 10 Jahren erhielten 373.150 eine Endometriose-Diagnose im Jahr 2023 (Diagnoseprävalenz roh: 10,52/1.000; altersstandardisiert: 10,47). Im Jahr 2024 wurde für 384.219 von 35.462.598 Mädchen und Frauen ab 10 Jahren eine Endometriose-Diagnose dokumentiert (Diagnoseprävalenz roh: 10,83; altersstandardisiert: 10,84).

Korrespondierende Autorin: Claudia Kohring
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)
Salzufer 8 – 10587 Berlin – Tel. (030) 2200 56 133 – E-Mail: CKohring@zi.de

Auf KV-Ebene war zu beobachten, dass die rohe Prävalenz diagnostizierter Endometriose zwar in allen 17 KV-Regionen gestiegen ist, aber insbesondere in den Flächenländern unterhalb des Bundeswerts lag, während sie in den Stadtstaaten überdurchschnittlich hoch war. Die höchste Diagnoseprävalenz war wie in den Jahren zuvor weiterhin in Berlin zu verzeichnen, die niedrigsten in Thüringen (roh) bzw. Hessen (altersstandardisiert). Die relativen Veränderungen der rohen Diagnoseprävalenz von 2022 zu 2023 lagen im Mittel bei 10,3 % und von 2023 zu 2024 durchschnittlich bei 3,0 %.

Auf Kreisebene lagen die relativen Veränderungen der rohen Diagnoseprävalenz von 2022 zu 2023 im Mittel bei 10,2 % und von 2023 zu 2024 durchschnittlich bei 3,1 %. Auch nach Korrektur für unterschiedliche Altersstrukturen blieben deutliche regionale Prävalenzunterschiede bestehen: Die höchste altersstandardisierte Diagnoseprävalenz fand sich im Saalekreis (Sachsen-Anhalt; 2023: 18,14; 2024: 19,28), die niedrigsten Werte in Nordhausen (Thüringen; 2023: 5,05; 2024: 5,33).

Schlussfolgerung

Vor dem Hintergrund eines weiterhin verstärkt öffentlich geführten Diskurses zu Frauengesundheit im Allgemeinen und Endometriose im Speziellen erscheint ein weiterer Anstieg diagnostizierter Endometriose plausibel und erwartbar. Die zuletzt etwas abgeschwächte Dynamik könnte auf verschiedene mögliche Faktoren zurückzuführen sein (nachlassende Nachholeffekte, ausgelastete vertragsärztliche Kapazitäten, regulatorische Abrechnungsvorgaben und erkrankungsspezifische Besonderheiten). Die administrativen Jahresprävalenzen liegen weiterhin deutlich unter epidemiologischen Schätzungen zur Lebenszeitprävalenz und trotz Erklärungsansätzen für die Diskrepanz ist insgesamt weiterhin auch von einer relevanten Anzahl erkrankter Frauen ohne Diagnose auszugehen.

Schlagwörter

Abrechnungsdaten, Adenomyose, Endometriose, Prävalenz

Zitierweise

Kirsch N, Brandes I, Mechsner S, Müller D, Kohring C. Prävalenz der diagnostizierten Endometriose in der vertragsärztlichen Versorgung – Update für die Jahre 2023 und 2024. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 26/07. Berlin 2026. URL: https://doi.org/10.20364/VA-26.07

Abstract (English)

Prevalence of diagnosed endometriosis in office-based outpatient care – update for the years 2023 and 2024

Background

The aim of this study was to extend the time series on the prevalence of diagnosed endometriosis in Germany, previously published in the Health Care Atlas in February 2024 and covering the period from 2012 to 2022, to include the years 2023 and 2024. The prevalence was calculated for Germany as a whole, for the 17 regional Associations of Statutory Health Insurance Physicians, and for all rural and urban districts.

Methods

This study was based on nationwide outpatient claims data comprising data transmitted from all physicians accredited for the treatment of persons with statutory health insurance (SHI) in Germany, collected in accordance with §295 Social Code Book 5 (SGB V) and covering the period from the first calendar quarter of 2023 through the third calendar quarter of 2025. The annual study population comprised girls and women aged 10 years and older who were covered by statutory health insurance and had at least one billable healthcare contact during the respective reporting year. Individuals were classified as having prevalent endometriosis if a diagnosis of endometriosis (ICD-10-GM: N80) along with the diagnostic modifier "assured" was documented in the respective reporting year, which was either repeatedly coded in the subsequent three patient-specific quarters, coded by a gynecologist, or accompanied by the billing of a specific diagnostic or surgical procedure. Prevalence was calculated as the proportion of those diagnosed with endometriosis per 1,000 girls and women aged 10 years and over in the study population in the respective reporting year, both crude and age-standardized (reference: German population as of December 31st, 2022).

Results

Of the 35,462,043 girls and women aged 10 years and older covered by statutory health insurance, 373,150 received a diagnosis of endometriosis in 2023 (crude prevalence: 10.52 per 1,000; age-standardized prevalence: 10.47 per 1,000). In 2024, an endometriosis diagnosis was documented for 384,219 of the 35,462,598 girls and women aged 10 years and older (crude prevalence: 10.83 per 1,000; age-standardized prevalence: 10.84 per 1,000).

At the level of the regional Associations of Statutory Health Insurance Physicians, the crude prevalence of diagnosed endometriosis increased in all 17 regions. However, it was below the national average particularly in the area states, whereas it was above the national average in the city states. As in previous years, the highest prevalence of diagnosed endometriosis was observed in Berlin; the lowest values were recorded in Thuringia (crude) and Hesse (age-standardized). On average, crude prevalence increased by 10.3% from 2022 to 2023 and by 3.0% from 2023 to 2024.

At the district level, the relative change in crude prevalence averaged 10.2% from 2022 to 2023 and 3.1% from 2023 to 2024. Even after adjusting for differences in age structure, marked regional variations in prevalence remained. The highest age-standardized prevalence of diagnosed endometriosis was observed in the Saalekreis district (Saxony-Anhalt; 2023: 18.14 per 1,000; 2024: 19.28), while the lowest values were recorded in the Nordhausen district (Thuringia; 2023: 5.05; 2024: 5.33).

Conclusion

Against the background of the increasingly prominent public debate on women's health in general and endometriosis in particular, a further increase in the number of diagnosed cases of endometriosis appears plausible and was to be expected. The slightly slower increase observed most recently may be attributable to various factors (diminishing catch-up effects, capacity constraints in office-based outpatient care, regulatory billing requirements, and disease-specific characteristics). The annual

administrative prevalence remains substantially below epidemiological estimates of lifetime prevalence. Despite possible explanations for this discrepancy, it can still be assumed that a considerable number of women with endometriosis remain undiagnosed.

Keywords

Adenomyosis, claims data, endometriosis, prevalence

Citation

Kirsch N, Brandes I, Mechsner S, Müller D, Kohring C. Prevalence of diagnosed endometriosis in office-based outpatient care – update for the years 2023 and 2024. Central Research Institute of Ambulatory Health Care in the Federal Republic of Germany (Zi). Versorgungsatlas-Report Nr. 26/07. Berlin 2026. URL: https://doi.org/10.20364/VA-26.07

Kernaussagen

- Die bundesweite jährliche Prävalenz vertragsärztlich diagnostizierter und dokumentierter Endometriose nimmt weiterhin, aber weniger dynamisch zu.
- Bis zum Jahr 2024 war in allen 17 KV-Bereichen ein Prävalenzanstieg zu beobachten.
- Auf Kreisebene bestehen auch unabhängig unterschiedlicher Altersstrukturen regionale Prävalenzunterschiede, die sich jedoch im Vergleich zu 2022 etwas verringert haben.

Hintergrund

Endometriose ist eine chronisch-rezidivierende und systemische Erkrankung (1,2), die Mädchen, Frauen und genderdiverse Personen, die mit Gebärmutter geboren wurden, betreffen kann. Dabei wächst gebärmutterschleimhautähnliches Gewebe außerhalb der Gebärmutterhöhle und kann eine Vielzahl von insbesondere schmerzassoziierten Beschwerden (3) und Fertilitätsproblemen (4) hervorrufen.

Mit einer geschätzten Lebenszeitprävalenz von bis zu 13 % (5–8) zählt Endometriose zu den häufigsten gynäkologischen Erkrankungen. Jedoch variieren berichtete Prävalenzschätzungen stark – abhängig davon, ob administrative Daten, klinische Studien, Umfragen oder Informationen von symptomatischen Patientinnen*[1] verwendet werden (8). Darüber hinaus wird Endometriose häufig erst mehrere Jahre nach Symptombeginn diagnostiziert; ein aktuelles Review berichtet Diagnoseverzögerungen von etwa 5 bis 12 Jahren (9). Für Deutschland zeigen aktuellste Daten aus dem Barmer-Arztreport 2026 (10), dass sich die Anzahl der Patientinnen* mit einer Endometriose-Diagnose innerhalb der Jahre 2005 bis 2024 von 232.928 auf 512.649 mehr als verdoppelt hat; für 2024 entspricht dies einer Diagnoseprävalenz von 1,2 %. In einem früheren Versorgungsatlas-Bericht konnten ein bundesweiter Anstieg der jährlichen Prävalenz diagnostizierter Endometriose um 65 % im Zeitraum 2012 (0,6 %) bis 2022 (1,0 %) und deutliche regionale Unterschiede aufgezeigt werden (11). Ein weiterer Versorgungsatlas-Bericht (12) verdeutlicht, dass nach einer initialen Endometriose-Diagnose häufig jährliche Folgekodierungen ausbleiben. Dieser Aspekt trägt neben der Problematik gänzlich fehlender Diagnosen zur Unterschätzung der tatsächlichen Prävalenz bei und verdeutlicht die Grenzen administrativer Datengrundlagen. Bei fehlenden bevölkerungsbezogenen Primärdaten bieten diese Datenquellen dennoch Anhaltspunkte zur jährlichen Behandlungshäufigkeit erkannter Endometriose-Erkrankungen. Darüber hinaus lassen sie auch regional differenzierte Auswertungen über längere Zeiträume zu.

Ziel dieses Berichts war es, die bereits im Versorgungsatlas publizierte Zeitreihe zur Prävalenz diagnostizierter Endometriose auf Ebene des Bundes, der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Landkreise und kreisfreien Städte für die Jahre 2023 und 2024 fortzusetzen.

Methodik

Das methodische Vorgehen ist im Detail dem zugrundeliegenden Versorgungsatlas-Bericht zur Diagnoseprävalenz im Zeitraum 2012 bis 2022 zu entnehmen (11).

Datengrundlage und Studienpopulation

Die Aktualisierung basiert auf den bundesweiten, krankenkassenübergreifenden Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V des ersten Quartals 2023 bis einschließlich des dritten Quartals 2025.

Die Studienpopulation umfasste weiterhin alle gesetzlich krankenversicherten Mädchen und Frauen, die 10 Jahre oder älter waren und für die mindestens einmal im jeweiligen Berichtsjahr eine vertragsärztliche bzw. -psychotherapeutische Leistung abgerechnet wurde. Die kreis- und

1 Endometriose tritt überwiegend bei Frauen auf, kann aber auch genderdiverse Personen betreffen, daher wird im Folgenden die Bezeichnung „Patientinnen*“ verwendet.

KV-spezifischen Daten beziehen sich auf den Wohnort der Versicherten, nicht auf den Ort der Leistungserbringung.

Falldefinition und Validierung

Als prävalent zählten diejenigen Versicherten, die eine gesicherte Endometriose-Diagnose (ICD-10-GM: N80, Zusatzkennzeichen: G) im jeweiligen Berichtsjahr hatten, die in einem der drei Folgequartale bestätigt wurde (M2Q rollierend), die durch eine*n gynäkologische*n Fachärztin*arzt diagnostiziert (M1Q+FG), für die im Diagnosequartal eine spezifische Gebührenordnungsposition des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) abgerechnet (M1Q+GOP) oder ein spezifischer Operationen-Prozeduren-Schlüssel im gleichen Behandlungsfall dokumentiert (M1Q+OPS) wurde. Eine Liste der berücksichtigten EBM-Ziffern und OPS-Codes findet sich in der Basispublikation (11).

Zusätzlich zu den im zugrundeliegenden Versorgungsatlas-Bericht verwendeten EBM-Ziffern schließt dieses Update nun die Gebührenordnungspositionen zur Kryokonservierung (gültig ab Q3/21: 08644, 08635, 08637, gültig ab Q3/22: 08642) und Endometriumablation (gültig ab Q2/23: 31319, 36319, 40685) als Kriterien zur Diagnosevalidierung mit ein.

Prävalenzberechnung

Die rohe Prävalenz wurde je Berichtsjahr als Anteil derjenigen mit als gesichert gekennzeichneter Endometriose-Diagnose an allen GKV-versicherten Mädchen und Frauen ab 10 Jahren pro 1.000 berechnet. Zusätzlich wurde die altersstandardisierte Prävalenz ermittelt (Referenz: deutsche Bevölkerung zum Stichtag 31.12.2022 (13)). Zur Deskription des Ausmaßes regionaler Unterschiede zwischen KV-Bereichen und Landkreisen bzw. kreisfreien Städten wurden sowohl Extremalquotienten als auch Variationskoeffizienten berechnet. Die Ergebnisdarstellung zur zeitlichen Entwicklung erfolgt unter Einbezug der bereits im Versorgungsatlas veröffentlichten Daten für die Jahre 2012 bis 2022[2].

2 Da die hier zusätzlich berücksichtigten Gebührenordnungspositionen zum Teil schon im Jahr 2022 abrechnungsfähig waren, wurde auch die Diagnoseprävalenz für 2022 ergänzend unter Einschluss ebendieser nochmals berechnet. Auf Bundesebene lag die rohe Diagnoseprävalenz einschließlich der nun aktualisierten Gebührenordnungspositionen bei 9,58 pro 1.000 gesetzlich versicherter Mädchen und Frauen ab 10 Jahren; die altersstandardisierte Diagnoseprävalenz bei 9,52/1.000. Die im Versorgungsatlas-Bericht 24/01 ohne diese Ziffern veröffentlichten Werte lagen bei 9,54/1.000 (roh) bzw. 9,48 (altersstandardisiert).

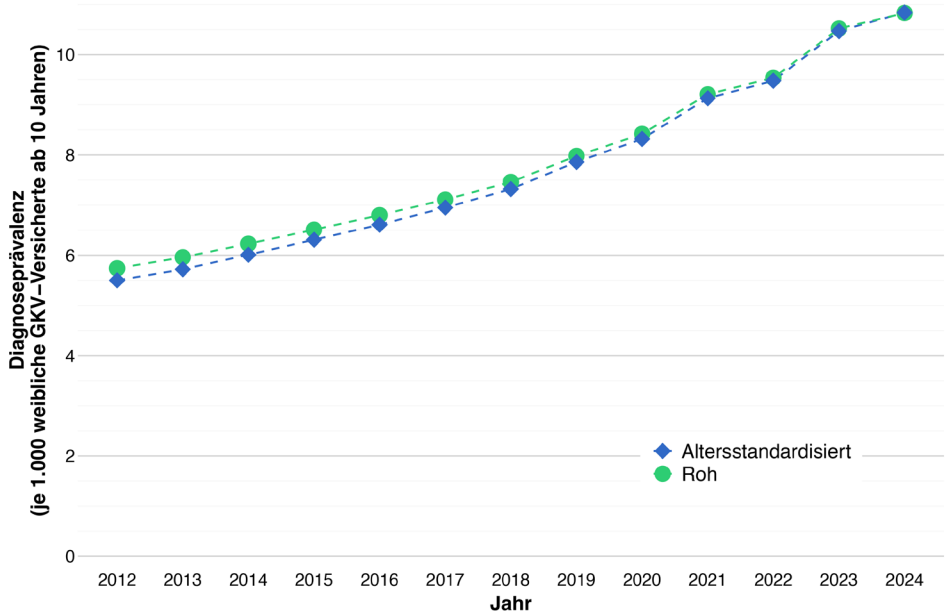


Abbildung 1: Zeitliche Entwicklung der rohen und altersstandardisierten Diagnoseprävalenz pro 1.000 Mädchen und Frauen ab einem Alter von 10 Jahren für die Berichtsjahre 2012 bis 2024. Die Referenzbevölkerung für die Altersstandardisierung bildet die weibliche deutsche Bevölkerung ab 10 Jahre zum Stichtag 31.12.2022 (13).

Datengrundlage: Vertragsärztliche und psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.

Ergebnisse

Bundesweite Diagnoseprävalenz

Im Jahr 2023 war für 373.150 von 35.462.043 weiblichen GKV-Versicherten ab 10 Jahren eine Endometriose-Diagnose dokumentiert, 2024 für 384.219 von 35.462.598. Das entsprach im Jahr 2023 einer bundesweiten rohen Diagnoseprävalenz von 10,52 pro 1.000 gesetzlich versicherter Mädchen und Frauen ab 10 Jahren und 10,83 im Folgejahr 2024. Die altersstandardisierten Prävalenzwerte lagen bei 10,47 (2023) bzw. 10,84 (2024). Damit setzte sich der seit 2012 zu verzeichnende Prävalenzanstieg fort (**Abbildung 1**), dabei war die Zunahme zwischen 2022 und 2023 (roh: 10,3 %) besonders ausgeprägt. Über den gesamten Betrachtungszeitraum von 2012 bis 2024 hinweg betrug die relative Zunahme der rohen Diagnoseprävalenz 88,7 % (mittlere jährliche relative Veränderung im Gesamtzeitraum: 5,4 %). Für die altersstandardisierte Diagnoseprävalenz belief sich der relative Anstieg in diesem Zeitraum auf 97,1 % (mittlere jährliche Veränderung: 5,8 %).

Diagnoseprävalenz auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen

Auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen fand sich die höchste rohe Diagnoseprävalenz in Berlin (2023: 14,66/1.000; 2024: 15,04), die niedrigsten Werte hatte Thüringen (2023: 8,27; 2024: 8,55). Aus **Abbildung 2** wird außerdem ersichtlich, dass die rohe Prävalenz diagnostizierter Endometriose zwar in allen 17 KV-Regionen gestiegen ist, aber insbesondere in den Flächenländern unterhalb des Bundeswerts lag, während sie in den Stadtstaaten überdurchschnittlich hoch war. Regionale Unterschiede blieben auch nach Altersstandardisierung erhalten; auch diese Werte näherten sich an und zeigten ausschließlich Anstiege im Vergleich zu 2022 (**Abbildung A-1**): Die höchste altersstandardisierte Diagnoseprävalenz war ebenfalls in Berlin (2023: 12,82; 2024: 13,24) zu beobachten, während sich die niedrigste Diagnoseprävalenz in Hessen (2023: 9,25; 2024: 9,58) zeigte. Die Verortung der Maximal- und Minimalwerte in den KV-Regionen entsprach dem Stand von 2022. Die relativen Veränderungen der rohen Diagnoseprävalenz von 2022 zu 2023 lagen im Mittel bei 10,3 % (Minimum: 7,8 % [Sachsen-Anhalt]; Maximum: 13,0 % [Schleswig-Holstein]) und von 2023 zu 2024 durchschnittlich bei 3,0 % (Minimum: -0,1 % [Hamburg]; Maximum: 5,8 % [Sachsen-Anhalt]).

Insgesamt blieb die regionale Variation sowohl der rohen als auch der altersstandardisierten Diagnoseprävalenz in den aktuellen Berichtsjahren nahezu unverändert gegenüber 2022 und weist auf eine niedrige relative Streuung hin: Für die rohe Diagnoseprävalenz wurde ein geringer Anstieg des Extremalquotienten beobachtet (2022: 1,7; 2023 und 2024: jeweils 1,8); der Variationskoeffizient schwankte leicht (2022: 15,1 %; 2023: 15,6 %; 2024: 14,7 %). Der Extremalquotient der altersstandardisierten Diagnoseprävalenz blieb auch in den aktuelleren Jahren konstant (2022, 2023 und 2024: jeweils 1,4) und der Variationskoeffizient änderte sich marginal mit leicht abnehmender Tendenz (2022: 9,9 %; 2023: 9,7 %, 2024: 9,6 %).

Diagnoseprävalenz auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte

Auf Kreisebene fand sich die höchste rohe Diagnoseprävalenz im Jahr 2023 in Osnabrück (Niedersachsen; 17,21/1.000) und 2024 im Saalekreis (Sachsen-Anhalt; 17,29). Die niedrigste rohe Diagnoseprävalenz war in beiden Berichtsjahren im Landkreis Nordhausen (Thüringen; 2023: 4,19; 2024: 4,40) zu verzeichnen. Diese Ergebnisse weisen auf deutliche regionale Unterschiede hin (EQ: 2023: 4,1; 2024: 3,9; VK: 2023: 21,7 %; 2024: 21,1 %). Die höchste altersstandardisierte Diagnoseprävalenz wurde für beide Berichtsjahre ebenfalls im Saalekreis (2023: 18,14; 2024: 19,28) beobachtet, die niedrigsten Werte auch in Nordhausen (2023: 5,05; 2024: 5,33). Nach Korrektur für unterschiedliche Altersstrukturen in den Kreisen verringerten sich regionale Unterschiede geringfügig, blieben aber grundsätzlich bestehen (EQ: 2023 und 2024: jeweils 3,6; VK: 2023: 20,1 %; 2024: 19,5 %).

In Bezug auf regionale Muster zeigten sich verglichen mit 2022 kaum Unterschiede (**Abbildung 3**, **Abbildung A-2**): Höhere Diagnoseprävalenzen fanden sich in Berlin und einigen Nachbarkreisen in Brandenburg, im Westen von Nordrhein-Westfalen, im Nordwesten Niedersachsens, in München und den umliegenden bayrischen Landkreisen, im Saalekreis (Sachsen-Anhalt) und angrenzenden Kreisen sowie in weiteren

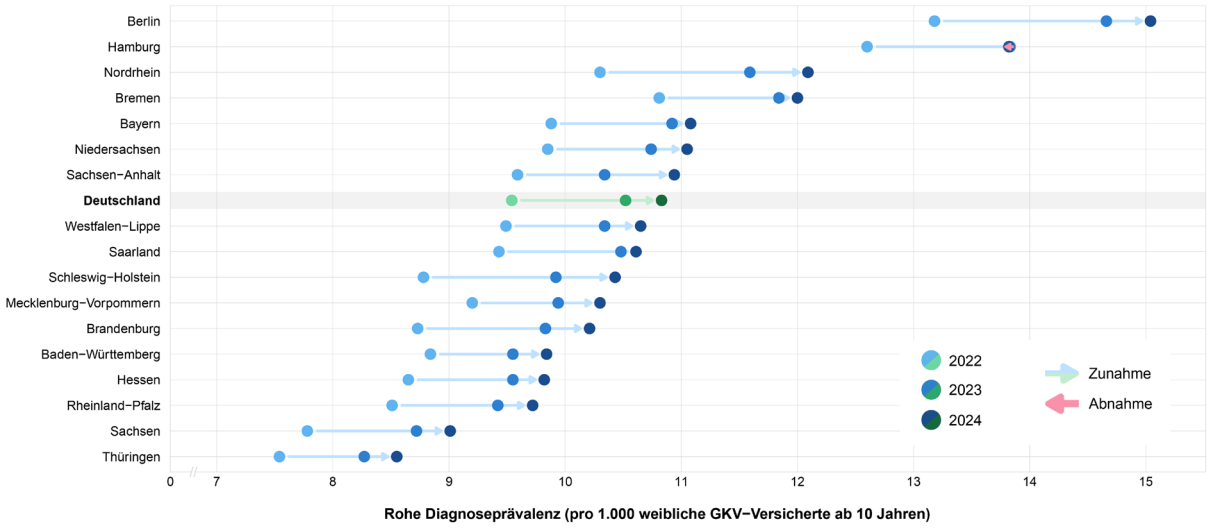


Abbildung 2: Veränderung der rohen Endometriose-Diagnoseprävalenz (ICD-10-GM: N80, gesichert) von 2022 zu 2024 je 1.000 weibliche GKV-Versicherte ab 10 Jahren im Vergleich zwischen den Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (N=17) und dem Bundeswert. Eine analoge Abbildung der altersstandardisierten Werte findet sich in **Abbildung A-1** im Anhang.

Datengrundlage: Vertragsärztliche und psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.

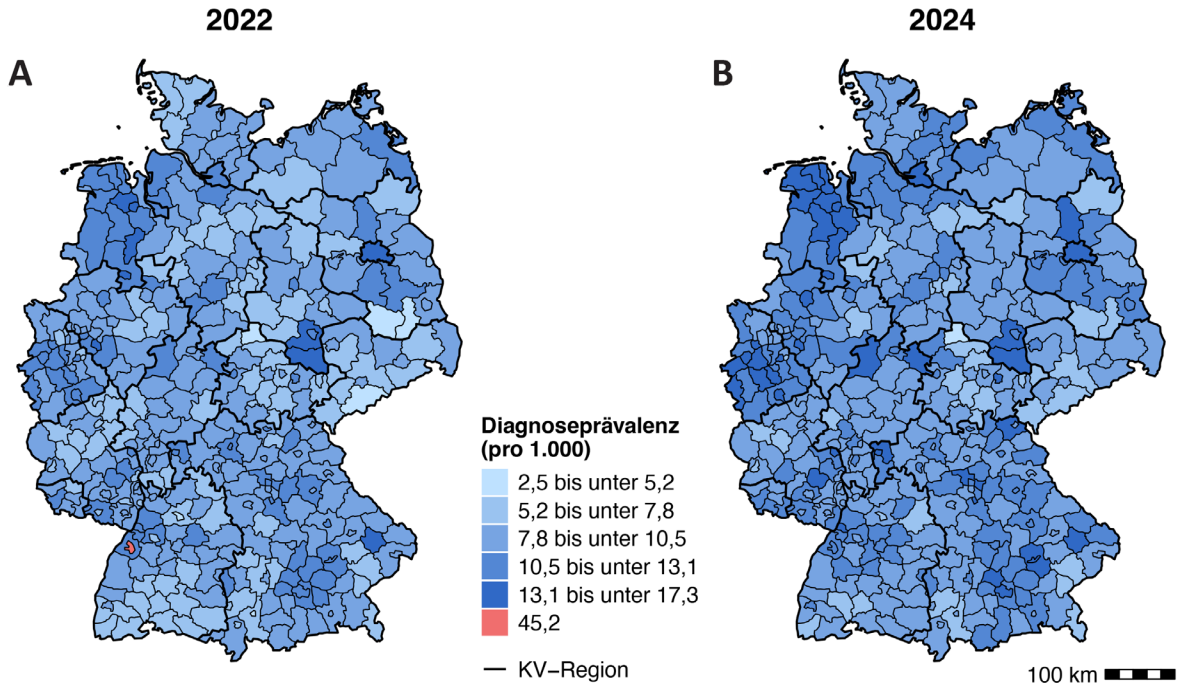


Abbildung 3: Regionale Verteilung der rohen Diagnoseprävalenz von Endometriose auf Kreisebene pro 1.000 weibliche GKV-Versicherte ab 10 Jahren in den Jahren 2022 und 2024. Die Einteilung der Klassen für die Abbildungen (A) und (B) orientierte sich an der des vorausgegangenen VA-Berichts (11). Eine analoge Abbildung der altersstandardisierten Werte findet sich in **Abbildung A-2** im Anhang.

Datengrundlage: Vertragsärztliche und psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.

einzelnen Kreisen deutschlandweit wie beispielsweise Deggendorf (Bayern), Waldeck-Frankenberg (Hessen), Münster (Nordrhein-Westfalen) und Osnabrück (Niedersachsen).

Die relativen Veränderungen der rohen Diagnoseprävalenz von 2022 zu 2023 lagen im Mittel bei 10,2 % (Minimum: -62,4 % [Baden-Baden, Baden-Württemberg]; Maximum: 49,4 % [Eichsfeld, Thüringen]) und von 2023 zu 2024 durchschnittlich bei 3,1 % (Minimum: -33,8 % [Baden-Baden]; Maximum: 40,5 % [Kaufbeuren, Bayern]). Die kreisfreie Stadt Baden-Baden fiel im Basisbericht (11) seit 2016 mit höheren Prävalenzwerten auf, die insbesondere in den Jahren 2021 (roh: 39,22/1.000) und 2022 (45,17) um ein Vielfaches höher lagen als in den anderen Landkreisen und kreisfreien Städten. In den neueren Berichtsjahren zeigte sich eine deutlich niedrigere Diagnoseprävalenz (roh: 2023: 16,99; 2024: 11,25; altersstandardisiert: 2023: 17,61; 2024: 11,73).

Aktualisierte und fortgeschriebene Karten-, Tabellen- und Zeitreihendarstellungen auf Ebene der KV-Bereiche sowie Landkreise und kreisfreien Städte finden sich im interaktiven Bereich unter www.versorgungsatlas.de.

Diskussion

Die vorliegende Studie schreibt die bereits im Versorgungsatlas publizierten Prävalenzberechnungen zur diagnostizierten Endometriose der Jahre 2012 bis 2022 (11) um die Berichtsjahre 2023 und 2024 fort. Die Ergebnisse dieses Updates zeigen einen weiteren, aber zuletzt weniger dynamisch zunehmenden Trend auf Bundesebene und weiterhin bestehende regionale Unterschiede, die nicht allein auf unterschiedliche Altersstrukturen in den Regionen zurückzuführen sind.

Im Kontext des bereits an anderer Stelle beschriebenen (10,11) erhöhten Bewusstseins für die Erkrankung, die auch mit einer vermehrten ambulant-vertragsärztlichen Versorgung einhergeht, erscheint ein sich fortsetzender Anstieg plausibel. Solche Nachholeffekte können sich mit der Zeit abschwächen, beispielsweise wenn die Anzahl an Mädchen und Frauen mit unentdeckter Endometriose abnimmt. Denkbar wäre auch eine die bestehenden vertragsärztlichen Kapazitäten zunehmend übersteigende Nachfrage von Abklärungsbedarfen bei entsprechenden Beschwerden, die aufgrund der stärkeren Aufmerksamkeit von den Patientinnen* zunehmend als nicht physiologisch begriffen werden. Allerdings würde dieser Effekt stärker auf die Inzidenz einwirken und eher nachrangig bei bereits bekannter Endometriose, sofern Wartezeiten auf Termine dadurch auch länger würden. Berufsverbände und Patientinnenorganisationen befürchten im Rahmen der Debatte um das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz eine Zuspitzung dieser Problematik in der Gynäkologie ab dem Jahr 2027, sollte das Gesetz wie bislang geplant in Kraft treten (14,15).

Verglichen mit epidemiologischen Schätzungen zur Lebenszeitprävalenz von bis zu 13 % (8), liegt die in dieser Studie beobachtete jährliche Prävalenz diagnostizierter Endometriose von 1,1 % weiterhin deutlich niedriger. Grundsätzlich wäre bei einer chronisch-rezidivierenden Erkrankung mit einem langfristigen, aber sich änderndem bzw. wiederkehrenden Behandlungsbedarf wie Endometriose anzunehmen, dass beide Maßzahlen in ihrer Höhe näher beieinander liegen. Zu der Diskrepanz tragen ausbleibende Folgekodierungen bei, wenn die Endometriose selbst nicht mindestens einmal jährlich den primären Behandlungsanlass darstellt (12). Zu den spezifischen regulatorischen Vorgaben im Kontext der vertragsärztlichen Leistungsabrechnung kommen erkrankungsspezifische Besonderheiten (u. a. beschwerdefreie Phasen, Einnahme oraler Kontrazeptiva).

Die direkte Gegenüberstellung der vorliegenden Ergebnisse mit den Daten des Barmer-Arztreports (10) zeigt grundsätzlich eine vergleichbare zeitliche Entwicklung der bundesweiten Diagnoseprävalenz als gesichert gekennzeichneter Endometriose-Diagnosen im Zeitraum 2012 bis 2024. Während sich auf Basis der hier untersuchten Abrechnungsdaten zuletzt von 2023 zu 2024 ein etwas abgeschwächter Trend abzeichnet, zeigen die Barmer-Daten einen sich noch weiter verstärkten Anstieg. Die Prävalenzunterschiede erklären sich wahrscheinlich insbesondere durch die angewandten Validierungskriterien, die der jeweiligen Falldefinition (Versorgungsatlas: Kombination, vgl. S. 4; Barmer-Arztreport: M1Q)

zugrunde liegen. Darüber hinaus unterscheidet sich der Barmer-Arztreport sowohl hinsichtlich des Einschlusses stationärer Diagnosen und der eingeschlossenen Altersgruppen. Insbesondere die beiden erstgenannten Faktoren tragen zu etwas höheren Prävalenzwerten bei, so betrug die standardisierte Diagnoseprävalenz 1,21 % für das Jahr 2024 (vorliegende Studie: 1.08 %); wobei zu beachten ist, dass die Standardisierungsmerkmale nicht identisch waren. Weitere vergleichbare Studien für die Jahre ab 2023 aus Deutschland sind gegenwärtig nicht verfügbar.

Die jährlichen administrativen Prävalenzen diagnostizierter Endometriose liegen damit sowohl in den Routinedaten der Barmer als auch in den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten trotz Anstiegen in den vergangenen Jahren weiterhin in der Größenordnung von ca. 1 % – wie auch in einem narrativen Review berichtet, der internationale, peer-reviewte Studien aus den Jahren 2000 bis 2023 einschloss (8). Demnach finden sich je nach Studiendesign und -setting starke Unterschiede in den ermittelten Prävalenzen (klinische Studien: 6,8 %, Bevölkerungsbefragungen bzw. Selbstauskünfte: 6,6 %, symptomatische Patientinnen*: 21 %). Im ersten Versorgungsatlas-Bericht zur Diagnoseprävalenz von Endometriose (11) ergab sich in einer explorativen zusätzlichen Berechnung für den Zeitraum 2012 bis 2022 eine Gesamtprävalenz von 1,7 %. Gezählt wurden hierbei alle Mädchen und Frauen, die in diesem Gesamtzeitraum mindestens einmalig die kombinierte Falldefinition erfüllten, diese setzt aber immer auch eine Endometriose-Diagnose voraus. Neben den bereits beschriebenen erkrankungsspezifischen und abrechnungstechnischen Besonderheiten bei Endometriose, die dazu führen, dass die Diagnose nicht kontinuierlich im Rahmen der Leistungsabrechnung übermittelt wird und daher zu niedrigen administrativen Prävalenzen beitragen (12), ist weiterhin von einer hohen Anzahl an Patientinnen* mit bislang nicht diagnostizierter Endometriose auszugehen. Zwar konnte ebenfalls auf Basis von Abrechnungs- und Routinedaten (10,16) gezeigt werden, dass sich die Altersverteilung bei Erstdiagnose zugunsten jüngerer Frauen verschiebt, allerdings immer noch mehrere Jahre nach dem durchschnittlichen Alter bei Symptombeginn liegt (9). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die zur Leistungsabrechnung übermittelten Daten kein vollständiges Abbild der Krankengeschichte einer Person sind (12), die im Praxisverwaltungssystem hinterlegten Daten werden in der Regel Informationen zu bestehenden Grunderkrankungen wie Endometriose durchaus enthalten. Weiterführende Studien zur Annäherung an die geschätzte Hintergrundprävalenz sollten beispielsweise erkrankte Patientinnen* identifizieren und unter der Annahme einer dauerhaft bestehenden Erkrankung die Diagnose unabhängig von der Abrechnungsdokumentation fortschreiben, um die Prävalenz auf diese Weise zu schätzen.

Regionale Unterschiede der Diagnoseprävalenz

Die Entwicklungen auf Basis der Barmer-Daten sind grundsätzlich in Übereinstimmung mit den Ergebnissen auf Grundlage der Abrechnungsdaten, wenngleich die Rangfolge keine exakte Übereinstimmung zeigte. Insgesamt waren die relativen Zunahmen der Diagnoseprävalenz von 2012 zu 2024 in den Abrechnungsdaten etwas höher. Auch in den Barmer-Daten weist Berlin fast durchgängig seit 2006 die höchsten Prävalenzwerte auf, seit 2016 gefolgt von Hamburg. Die niedrigste Prävalenz ist in den Barmer-Daten bis auf die Jahre 2009/2010 in Thüringen zu beobachten, gefolgt von Sachsen (10). Kreisspezifische Vergleichsdaten zur weiteren Einordnung und externen Validierung stehen nicht zur Verfügung. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen weiterhin deutliche Unterschiede auf Kreisebene, wobei die Variation zwischen den Kreisen im Jahr 2024 verglichen mit 2022 etwas gesunken ist. Die aus den Vorjahren bekannten Muster (11) bestehen weitestgehend fort.

Unterschiede, die auch nach Korrektur für die Altersstruktur zwischen KV-Regionen bzw. Bundesländern und Kreisen weiter bestehen, deuten darauf hin, dass zusätzlich weitere regionale und lokale Rahmenbedingungen und Strukturmerkmale die Diagnoseprävalenz beeinflussen. Im zugrundeliegenden Versorgungsatlas-Bericht für die Jahre 2012 bis 2022 (11) zeigten sich in Regionen mit Standorten zertifizierter, auf Endometriose spezialisierter Einrichtungen tendenziell höhere Prävalenzen. Die Untersuchung der kreisspezifischen Inzidenz diagnostizierter Endometriose auf der gleichen Datengrundlage führte ebenfalls zu diesem Schluss (17). Sie lieferte außerdem Hinweise auf Strukturfaktoren, insbesondere der Anzahl zertifizierter Endometriosezentren in einem Kreis, die mit einer höheren

Diagnoseinzidenz assoziiert waren. Endometriosezentren finden sich überwiegend in Ballungsräumen (18,19). Im Barmer-Arztreport zeigte sich für Endometriose-Erstdiagnosen ein leicht positiver Zusammenhang zwischen der Zahl der Erstdiagnosen und der Bevölkerungsdichte des Wohnkreises (10). Die regionale Zuordnung erfolgte in der vorliegenden Studie anhand des Wohnorts der Versicherten und nicht anhand des Leistungsorts, höhere Prävalenzwerte in Ballungszentren sind daher nicht direkt auf das Vorhandensein spezialisierter und zertifizierter Endometriose-Zentren bzw. -Praxen zurückzuführen. Es ist dennoch nicht auszuschließen, dass für Patientinnen* in weiter von einer solchen spezialisierten Einrichtung entfernten Regionen durch die größere Entfernung oder schlechtere Verkehrsanbindung größere Zugangshindernisse bestehen. In einer ökologischen Studie zur räumlichen Verteilung stationärer Endometriose-Fälle bezogen auf Standorte zertifizierter Endometriosezentren sowie nicht-zertifizierter Krankenhäuser mit dokumentierten Endometriose-Fällen in Deutschland (20) konnte gezeigt werden, dass insbesondere in ostdeutschen Bundesländern zertifizierte Zentren nicht in Pkw-Fahrtzeiten von maximal 60 Minuten erreichbar waren. Unter Hinzunahme auch nicht-zertifizierter Krankenhäuser, die Endometriose-spezifische Leistungen erbracht hatten, konnte jedoch eine nahezu vollständige Abdeckung über das gesamte Bundesgebiet erreicht werden (20). In der visuellen Gegenüberstellung fällt insbesondere für die zertifizierten Zentren und ihre Einzugsgebiete auf, dass dies tendenziell auch Kreisregionen mit höherer Inzidenz diagnostizierter Endometriose waren (17). Wenngleich dieser Aspekt erwartbar war, deutet er daraufhin, dass die räumliche Nähe und Erreichbarkeit spezialisierter Einrichtungen eine wesentliche Rolle in der Endometriose-Versorgung spielen, vor allem bei der Abklärung von Verdachtsfällen und Diagnosesicherung. Hinsichtlich der ambulant-vertragsärztlichen Diagnoseprävalenz sind diese Muster zwar weiterhin erkennbar, aber weniger stark ausgeprägt (**Abbildung 3**, **Abbildung A-2** sowie (11)). Gründe dafür könnten Schwierigkeiten beim Übergang in die ambulante Weiterbehandlung sein (z. B. auch aufgrund regionaler Unterschiede der Frauenarztdichte (21)), aber vor allem auch die bereits diskutierten erkrankungs- und abrechnungsspezifischen Besonderheiten in den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten, die zu ausbleibenden Folgekodierungen der Endometriose selbst als Behandlungsanlass führen (12). Im Zuge der bereits vorgeschlagenen Prävalenzschätzung unter Annahme einer weiterbestehenden Diagnose auch ohne explizite Kodierung, könnten Ursachen gegebenenfalls auch danach weiterbestehender regionaler Unterschiede tiefergehend und zielgerichteter untersucht werden.

Zukünftig wäre nachzuverfolgen, ob sich in Regionen mit speziellen Projekten (z. B. Innovationsfonds-Projekt „Endo-EVE“ unter Beteiligung der KVen Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt (22)) oder KV-spezifischen regionalen Abrechnungsmöglichkeiten (z. B. Endometriose als förderungswürdige Leistung im KV-Bereich Niedersachsen (23)) ggf. auch eine deutliche Veränderung der Diagnosehäufigkeit im Zeitverlauf sowie in Abgrenzung zu anderen Regionen zeigen wird. Eine Herausforderung bleibt dabei, dass drittmittelgeförderte Projekte sowie (ggf. daraus resultierende) Selektivverträge, die nicht über eine KV abgerechnet werden, nicht über die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten abgebildet werden können. Ein umfassend vollständiger, bundesweiter Vergleich ist dadurch erheblich eingeschränkt. Das Forschungsdatenzentrum Gesundheit schafft für solche Fragestellungen neue Möglichkeiten, ist aufgrund restriktiver Vorgaben zur Ergebnismenge für regionalisierte Auswertungen aber nur begrenzt nutzbar (24).

Stärken und Limitationen

Die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V entsprechen einer bundesweiten, krankenkassenübergreifenden Vollerfassung GKV-Versicherter, die in den entsprechenden Jahren mindestens einmalig vertragsärztliche/-psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nahmen und stellen damit eine der größten verfügbaren Datengrundlagen für Deutschland dar. Definitionsgemäß enthält der Datensatz keine Daten von Privatversicherten sowie Versicherten, die ausschließlich im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung oder Facharztverträgen versorgt wurden. Des Weiteren resultieren spezifische Besonderheiten der vertragsärztlichen Behandlung von Endometriose in ausbleibenden Folgekodierungen (12). Auch bislang nicht erkannte und diagnostizierte Endometriose-Erkrankungen tragen weiterhin relevant zu

einer Untererfassung bei. Nach Einschätzung der Autorinnen ist weiterhin von einer Unterschätzung der Prävalenz basierend auf Abrechnungsdaten auszugehen. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Basisbericht zu entnehmen (11).

Danksagung

Wir bedanken uns bei unserer Kollegin Camila Gonzatto da Silva für das Layout des vorliegenden Versorgungsatlas-Berichts.

Literaturverzeichnis

1. Taylor HS, Kotlyar AM, Flores VA: Endometriosis is a chronic systemic disease: clinical challenges and novel innovations. The Lancet 2021; 397: 839–52.

2. Tulandi T, Vercellini P: Growing evidence that endometriosis is a systemic disease. Reprod Biomed Online 2024; 49: 104292.

3. Coxon L, Demetriou L, Vincent K: Current developments in endometriosis-associated pain. Cell Rep Med 2024; 5: 101769.

4. Bonavina G, Taylor HS: Endometriosis-associated infertility: From pathophysiology to tailored treatment. Front Endocrinol 2022; 13: 1020827.

5. Rowlands I, Abbott J, Montgomery G, Hockey R, Rogers P, Mishra G: Prevalence and incidence of endometriosis in Australian women: a data linkage cohort study. BJOG Int J Obstet Gynaecol 2021; 128: 657–65.

6. Rowlands IJ, Mishra GD, Abbott JA: Global epidemiological data on endometriosis. In: Oral E (Hrsg.): Endometriosis and adenomyosis: global perspectives across the lifespan. Cham: Springer International Publishing 2022; 15–28.

7. Viganò P, Parazzini F, Somigliana E, Vercellini P: Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2004; 18: 177–200.

8. Harder C, Velho RV, Brandes I, Sehouli J, Mechsner S: Assessing the true prevalence of endometriosis: A narrative review of literature data. Int J Gynecol Obstet 2024; 167: 883–900.

9. De Corte P, Klinghardt M, von Stockum S, Heinemann K: Time to diagnose endometriosis: current status, challenges and regional characteristics—a systematic literature review. BJOG Int J Obstet Gynaecol 2025; 132: 118–30.

10. Grobe TG, Braun A, Szecsenyi J: BARMER Arztreport 2026: Endometriose – Trends und Risikofaktoren. Berlin: BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) 2026.

11. Kohring C, Holstiege J, Heuer J, Dammertz L, Brandes I, Mechsner S, Akmatov MK: 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. URL: https://doi.org/10.20364/VA-24.01.

12. Kohring C, Matthäus E, Hannemann D, Bundesmann-Grap J, Akmatov MK, Holstiege J, Kirsch N, Brandes I, Mechsner S, Müller D: Vom Verdacht auf Endometriose zur gesicherten Diagnose: Bedeutung der Diagnosesicherheit im vertragsärztlichen Bereich. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 26/04. Berlin 2026. URL: https://doi.org/10.20364/VA-26.04.

13. Statistisches Bundesamt (Destatis): GENESIS-Tabelle: 12411-0006, Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre, Nationalität/Geschlecht/Familienstand. Fortschreibung des Bevölkerungsstandes Deutschland. 31.12.2022. 2026. https://genesis.destatis.de/datenbank/online/table/12411-0006 (zugegriffen 19. August 2026)

14. Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.: #Endometrioseversorgung darf nicht nach Kassenlage erfolgen! Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz soll die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzen. LinkedIn. 11.09.2026. https://www.linkedin.com/posts/endometrioseversorgung-endometriose-frauengesundheit-share-7504084261830815744-TSv0 (zugegriffen 7. Oktober 2026)

15. Deutscher Bundestag Petitionsausschuss: Ärzte - Weiterhin Absicherung der ambulanten frauenärztlichen Versorgung (Änderung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes) (Petition 202297). 08.06.2026. https://epetitionen.bundestag.de/content/petitionen/_2026/_06/_08/Petition_202297.html (zugegriffen 30. September 2026)

16. Kohring C, Akmatov MK, Holstiege J, Brandes I, Mechsner S: The Incidence of Endometriosis, 2014–2022: An Analysis of Nationwide Claims Data From Physicians in Private Practice. Dtsch Ärztebl Int 2024; 121: 619–26.

17. Kohring C, Akmatov MK, Holstiege J, Brandes I, Mechsner S: Wird Endometriose in Regionen mit zertifizierten Endometriosezentren häufiger diagnostiziert? (ID 727, „Gesundheit – gemeinsam forschen, denken, handeln“, Kooperationstagung von GMDS, DGSMP, DGPH, DGEPI, DGMS. 08.-13.09.2024. Dresden.

18. Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.: Medizinisch zertifizierte Einrichtungen. https://www.endometriose-vereinigung.de/zertifizierte-einrichtungen/ (zugegriffen 15. Oktober 2026)

19. Endo Health GmbH: Zertifizierte Endometriosezentren im deutschsprachigen Raum einfach finden!. https://endometriose.app/lernen/zertifizierte-endometriosezentren-im-dach-bereich/ (zugegriffen 15. Oktober 2026)

20. Brauer L, Ji L, Geraedts M: Inpatient Endometriosis Care in Germany: Hospital Caseloads and their Spatial Distribution. Gesundheitswesen 2026; 88: S199–207.

21. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Regionale Verteilung von Ärzten. Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV. https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/aerzte-regionale-verteilung (zugegriffen 7. Oktober 2026)

22. Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschuss: ENDO-EVE – Endometriose effektiv erkennen und koordiniert ganzheitlich therapieren. https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/endo-eve.719 (zugegriffen 7. Oktober 2026)

23. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen: KVNachrichten — Das Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen 12/2025. Hannover. https://www.kvn.de/media/Mitglieder/Publikationen/KVNachrichten/KVNachrichten+2025.pdf (zugegriffen 7. Oktober 2026)

24. Forschungsdatenzentrum Gesundheit: Nebenbestimmungen – Anlage 3: Vorgaben für Ergebnismengen. Version 01-01-000. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 2026. https://www.forschungsdatenzentrum-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/dokumente/FDZ_Nebenbestimmungen_Anlage3_Vorgaben_Ergebnismengen.pdf (zugegriffen 7. Oktober 2026)

Anhang

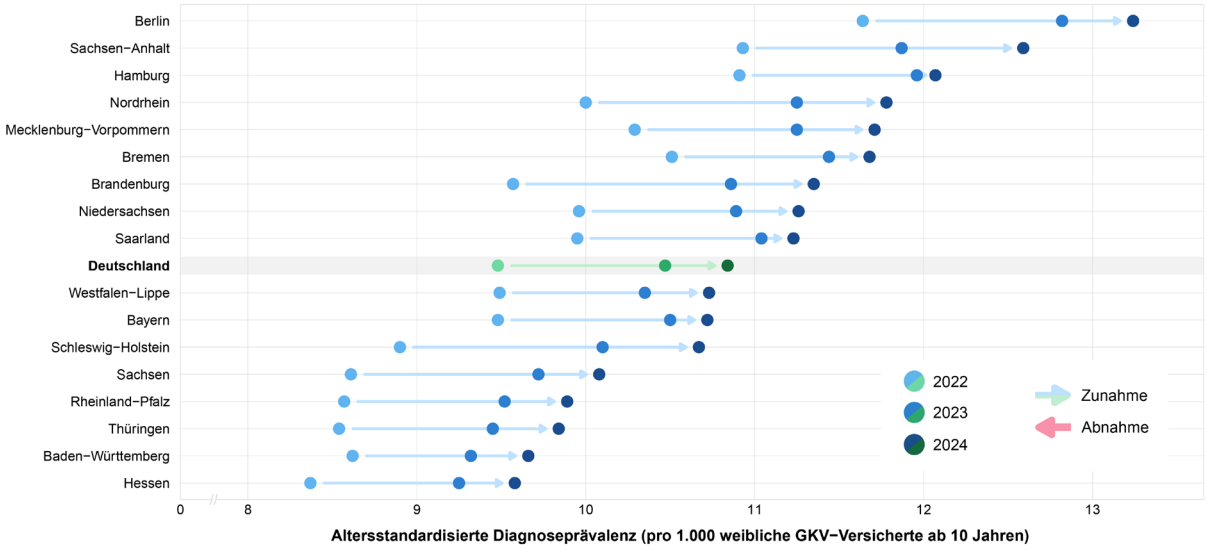


Abbildung A-1: Entwicklung der altersstandardisierten Endometriose-Diagnoseprävalenz von 2022 bis 2024 je 1.000 weibliche GKV-Versicherte ab 10 Jahren im Vergleich zwischen den KVen und dem Bundeswert. Die Referenzbevölkerung für die Altersstandardisierung bildet die weibliche deutsche Bevölkerung ab 10 Jahre zum Stichtag 31.12.2022 (13).

Datengrundlage: Vertragsärztliche und psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.

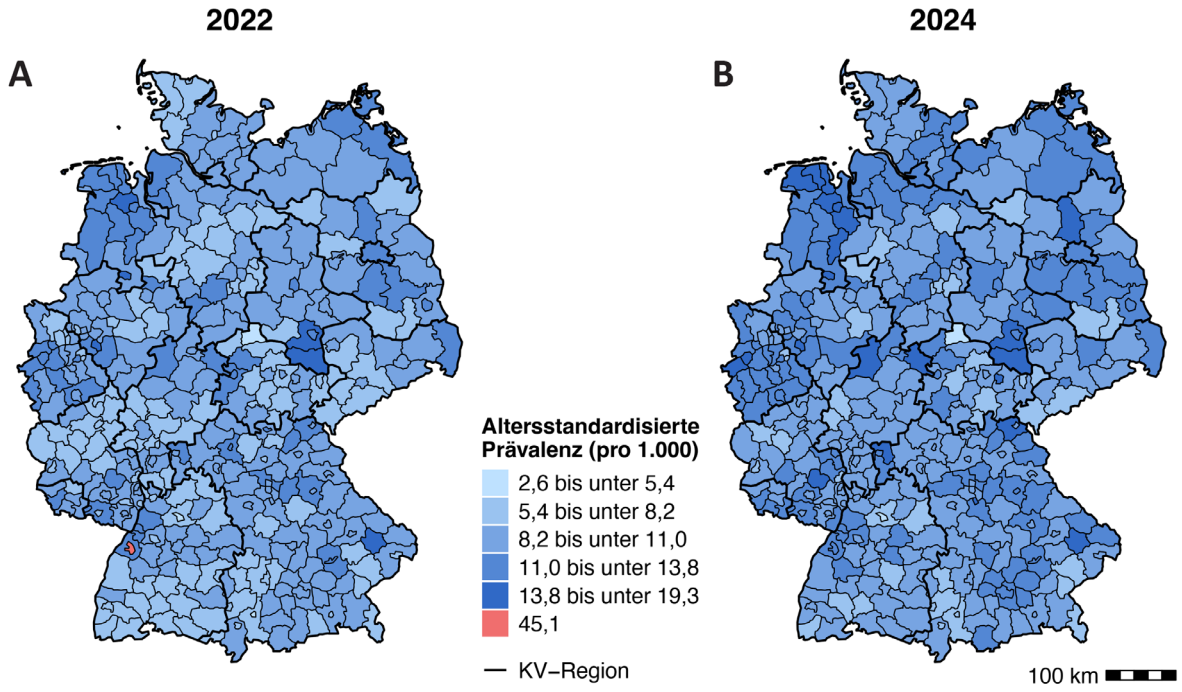


Abbildung A-2: Regionale Verteilung der altersstandardisierten Diagnoseprävalenz von Endometriose auf Kreisebene pro 1.000 weibliche GKV-Versicherte ab 10 Jahren in den Jahren 2022 und 2024. Die Einteilung der Klassen für die Abbildungen (A) und (B) orientierte sich an der des vorausgegangenen VA-Berichts. Die Referenzbevölkerung für die Altersstandardisierung bildet die weibliche deutsche Bevölkerung ab 10 Jahre zum Stichtag 31.12.2022 (13).

Datengrundlage: Vertragsärztliche und psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.