

Journal of Health Monitoring · 2021 6(3)
DOI 10.25646/8554
Robert Koch-Institut, Berlin

Franziska Prütz, Alexander Rommel,
Julia Thom, Yong Du,
Giselle Sarganas, Anne Starker

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

Eingereicht: 03.05.2021
Akzeptiert: 25.06.2021
Veröffentlicht: 15.09.2021

Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS

Abstract

Die ambulante Gesundheitsversorgung spielt für die Erkennung und Behandlung von Gesundheitsproblemen eine wichtige Rolle. Informationen zur Nutzung der unterschiedlichen Versorgungsangebote und deren Einflussfaktoren werden zur gesundheitspolitischen Steuerung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung benötigt. Der vorliegende Beitrag enthält aktuelle Daten zur Inanspruchnahme ambulanter Gesundheitsleistungen auf Basis der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS), einer bundesweiten Querschnittbefragung der in Deutschland lebenden Wohnbevölkerung und Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut.

Rund 80% der ab 18-jährigen Bevölkerung waren mindestens einmal im Jahr in haus- beziehungsweise allgemeinärztlicher, 60% in fachärztlicher, 10% in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung. Weniger als die Hälfte der Anspruchsberechtigten nahm einen Stuhltest in den letzten zwei Jahren, etwas mehr als die Hälfte eine Darmspiegelung innerhalb der letzten zehn Jahre in Anspruch. Rund 80% der Frauen und 70% der Männer ließen innerhalb eines Jahres ihren Blutdruck, jeweils rund 60% Blutfettwerte und Blutzucker kontrollieren. Über 50% gaben an, in den letzten zwei Wochen ärztlich verordnete Medikamente eingenommen zu haben. Tendenziell nimmt bei den meisten der betrachteten Indikatoren die Inanspruchnahme mit dem Alter zu und ist bei Frauen höher als bei Männern, Ausnahme ist unter anderem die psychiatrische und psychotherapeutische Inanspruchnahme.

 **AMBULANTE VERSORGUNG · KREBSFRÜHERKENNUNG · PSYCHOTHERAPIE · BLUTDRUCKKONTROLLE · ARZNEIMITTEL**

1. Einleitung

Die ambulante Gesundheitsversorgung spielt für die Erkennung und Behandlung von Gesundheitsproblemen eine wichtige Rolle. Den größten Bereich bildet die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung, in Deutschland vor allem durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Als meist erste Anlaufstelle im professionellen medizinischen

Versorgungssystem stellen sie bei gesundheitlichen Beschwerden Behandlungsbedarf fest, führen Untersuchungen und Behandlungen durch und veranlassen bei Bedarf weitere Leistungen im Gesundheits- und Sozialwesen [1]. Rund 90% der Erwachsenen in Deutschland nehmen jährlich ambulante ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch [2].

Zur ärztlichen Versorgung zählen auch Kontrolluntersuchungen von Blutdruck, Cholesterin und Blutzucker.

GEDA 2019/2020-EHIS

Fünfte Folgerhebung der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell

Datenhalter: Robert Koch-Institut

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

Studiendesign: Telefonische Querschnitterhebung

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

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

Stichprobenumfang: 23.001 Teilnehmende

Datenerhebungszeitraum: April 2019 bis September 2020

GEDA-Erhebungswellen:

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

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

Diese spielen eine wichtige Rolle für die Prävention, Diagnose und das Management von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes und sind wichtige Aspekte der Versorgungsqualität. Gesundheitssurveys zeigen zwischen 1997/1998 und 2008 bis 2011 einen deutlichen Anstieg der Durchführung von Blutdruckkontrollen bei Menschen mit Bluthochdruck [3] sowie einen Rückgang des unerkannten Bluthochdrucks [4] und des unerkannten Diabetes [5] in Deutschland.

Auch die Arzneimittelversorgung ist ein wesentlicher Bestandteil der Therapie von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Störungen und Erkrankungen. Im Zeitraum 2014 bis 2015 nahm mehr als die Hälfte der Bevölkerung innerhalb von zwei Wochen ärztlich verordnete Medikamente ein, in der Altersgruppe ab 65 Jahren waren es über 85% [6].

Außerdem fällt der Bereich der präventiven Versorgung in die Zuständigkeit der ambulanten Gesundheitsversorgung, zum Beispiel das Angebot von Impfungen oder Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Dazu gehören Untersuchungen zur Früherkennung von Darmkrebs, die für Versicherte ab 50 Jahren als Stuhltest oder als Darmspiegelung (Koloskopie) angeboten werden, je nach Alter und Geschlecht in verschiedenen zeitlichen Abständen. Die Kosten werden von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen und eine Teilnahme ist freiwillig [7]. Seit Juli 2019 wird das Darmkrebs-Screening als organisiertes Programm mit Einlade- und Informationswesen angeboten. Bis dahin nahmen nach Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland etwa 18% der Anspruchsberechtigten den Test auf verstecktes Blut im Stuhl in Anspruch (Zeitraum 2017–2018) und etwa 15% eine Koloskopie (Zeitraum 2009–2018) [8]. Die

Koloskopie wird neben der Früherkennung von Darmkrebs auch zur Abklärung von Symptomen eingesetzt, sodass die Inanspruchnahme dieser Untersuchung insgesamt höher liegt [9].

Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen werden im „Behavioural Model of Health Services“ nach Andersen [10, 11] beschrieben. Dieses unterscheidet drei Gruppen von Faktoren: (i) prädisponierende Faktoren wie Geschlecht, Alter, Bildung oder beruflichen Status, (ii) Ressourcen zur Ermöglichung der Inanspruchnahme, zum Beispiel das Einkommen, die Art der Krankenversicherung oder die Erreichbarkeit von Einrichtungen, sowie (iii) Bedarfsfaktoren, von denen vor allem der Gesundheitszustand eine zentrale Rolle spielt [10]. Haben prädisponierende oder ermöglichende Faktoren einen starken Einfluss auf die Inanspruchnahme, der durch unterschiedliche medizinische Bedarfe nicht zu erklären ist, besteht die Gefahr einer sozial ungleichen Versorgungssituation.

Zur gesundheitspolitischen Steuerung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung einschließlich der Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung [12] werden Informationen zur Nutzung von Versorgungsangeboten und ihren Determinanten benötigt. So nehmen beispielsweise in Regionen mit relativ vielen Psychotherapeutinnen und -therapeuten Personen mit depressiver Symptomatik deren Hilfe deutlich häufiger in Anspruch [13]. Analysen zur Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung können mit Abrechnungsdaten von Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen sowie mit Daten aus Bevölkerungsbefragungen (Surveydaten) durchgeführt werden. Surveydaten zur Inanspruchnahme stehen unter anderem aus dem Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut zur Verfügung.

Rund 80% der Bevölkerung ab 18 Jahren nehmen mindestens einmal im Jahr haus- beziehungsweise allgemeinärztliche Leistungen in Anspruch, rund 60% fachärztliche Leistungen.

Sie ermöglichen im Gegensatz zu den Abrechnungsdaten eine differenzierte Beschreibung hinsichtlich sozialer und anderer Einflussfaktoren [14–16].

Der vorliegende Beitrag enthält Eckdaten zur aktuellen Inanspruchnahme der allgemein- und fachärztlichen sowie der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Erwachsenen in Deutschland aus der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Darüber hinaus werden Ergebnisse zur Inanspruchnahme ausgewählter ambulanter Leistungen – Stuhlbluttest und Koloskopie, Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten und Blutzucker durch medizinisches Fachpersonal sowie die Anwendung ärztlich verordneter Arzneimittel – dargestellt. In Bezug auf die Einflussfaktoren der ambulanten Inanspruchnahme wird der Fokus auf die prädisponierenden Faktoren Alter, Geschlecht und Bildung gelegt.

2. Methode

2.1 Studiendesign und Stichprobe

Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) ist eine bundesweite Querschnittbefragung der in Deutschland lebenden Wohnbevölkerung. Die GEDA-Studie wird seit 2008 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom Robert Koch-Institut (RKI) in mehrjährigen Abständen durchgeführt und ist ein Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am RKI [17, 18]. Die fünfte Folgerhebung, GEDA 2019/2020-EHIS, fand zwischen April 2019 und September 2020 statt. Wie bereits in der Welle 2014/2015 wurde der Fragebogen des European Health Interview Survey (EHIS) vollständig integriert [19, 20]. Die aktuelle GEDA-Welle wurde als telefonische Befragung mittels eines programmierten, vollstruk-

turierten Fragebogens durchgeführt (Computer Assisted Telephone Interview, CATI). Sie basiert auf einer Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Verfahren) [21]. Die Grundgesamtheit umfasst die in privaten Haushalten lebende Bevölkerung ab 15 Jahren, deren üblicher Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Deutschland liegt. Insgesamt haben 23.001 Personen mit vollständigen Interviews an der Studie GEDA 2019/2020-EHIS teilgenommen. Die Responserate betrug nach den Standards der American Association for Public Opinion Research (AAPOR) 21,6% (RR3) [22]. Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2019/2020-EHIS inklusive einer Erläuterung und differenzierteren Darstellung der Responseraten findet sich bei [Allen et al.](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring [23].

2.2 Indikatoren

Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen

Die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen wurde mit der Frage erfasst: „Wann haben Sie zuletzt einen Allgemeinmediziner oder Hausarzt konsultiert, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?“ Mit derselben Formulierung wurden Besuche bei Fachärztinnen und Fachärzten erfragt. Es wurden zwei dichotome Variablen gebildet, die Befragte mit haus- beziehungsweise allgemeinärztlicher Inanspruchnahme (im Folgenden als „allgemeinärztliche Inanspruchnahme“ bezeichnet) sowie mit fachärztlicher Inanspruchnahme in den letzten zwölf Monaten von Befragten ohne entsprechende Inanspruchnahme unterscheiden.

Psychiatrische und psychotherapeutische Inanspruchnahme

Für psychische Beschwerden und Störungen wurde die Inanspruchnahme spezialisierter Versorgung spezifisch erfasst. Die Teilnehmenden wurden gefragt: „Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Psychologen, Psychotherapeuten oder Psychiater, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?“ Antwortmöglichkeiten waren „ja“, „nein“, „weiß nicht“ und „keine Angabe“. Im Folgenden wird zusammenfassend von „psychotherapeutischer und psychiatrischer“ Inanspruchnahme gesprochen, wobei Leistungen von Psychologinnen und Psychologen ohne Approbation, die zum Beispiel im Rahmen ambulanter Suchtberatung erbracht werden, mitgemeint sind.

Inanspruchnahme von Stuhlbluttest und Koloskopie

In GEDA 2019/2020-EHIS wurde die Inanspruchnahme von Untersuchungen zur Darmkrebsfrüherkennung erhoben. Gefragt wurde „Wann wurde bei Ihnen zuletzt ein Test auf verstecktes Blut im Stuhl durchgeführt?“ und „Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine Darmspiegelung/Koloskopie durchgeführt?“ Als Antwortmöglichkeiten standen Angaben zu Zeiträumen von „innerhalb der letzten 12 Monate“ bis „vor 10 Jahren oder mehr“ zur Verfügung sowie die Antwortkategorie „nie“, anhand derer eingeschätzt werden kann, ob die jeweils letzte Untersuchung gemäß den Richtlinien in dem für die jeweilige Alters- und Geschlechtsgruppe empfohlenen Untersuchungsintervall lag [7]. Dargestellt wird die turnusgemäße Inanspruchnahme von Stuhltest und Koloskopie: für Frauen und Männer im Alter von 50 bis 54 Jahren die Inanspruchnahme eines Stuhltests innerhalb der letzten zwölf Monate, für Frauen und Männer ab

55 Jahren die Inanspruchnahme eines Stuhltests innerhalb der letzten zwei Jahre, für Männer ab 50 Jahren und Frauen ab 55 Jahren die Inanspruchnahme einer Koloskopie innerhalb der letzten zehn Jahre.

Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten, Blutzucker durch medizinisches Fachpersonal

Die Erhebung zur Kontrolle von Blutdruck von medizinischem Fachpersonal erfolgte mit der Frage „Wann wurde Ihr Blutdruck zuletzt von medizinischem Fachpersonal gemessen?“ Bei der Frage wurden fünf Antwortmöglichkeiten angegeben: „innerhalb der letzten 12 Monate“, „vor 1 bis weniger als 3 Jahren“, „vor 3 bis weniger als 5 Jahren“, „vor 5 Jahren oder mehr“ und „nie“. Basierend auf den Antworten wurde eine dichotome Variable zur Kontrolle von Blutdruck in den letzten zwölf Monaten gebildet (ja/nein). Mit einer analogen Formulierung wurde Kontrolle von Blutfettwerten beziehungsweise Cholesterin und Blutzucker von medizinischem Fachpersonal in den letzten zwölf Monaten erfasst.

Einnahme ärztlich verordneter Arzneimittel

Die Anwendung von ärztlich verordneten Medikamenten in den letzten zwei Wochen vor der Befragung wurde über die Prävalenz des aktuell verschriebenen Medikamentengebrauchs abgebildet. Die Teilnehmenden wurden gefragt: „Haben Sie in den letzten 2 Wochen Medikamente eingenommen, die Ihnen von einem Arzt verschrieben wurden? Nicht gemeint sind die Pille oder andere Hormonpräparate zur Empfängnisverhütung“. Als Antwortmöglichkeiten waren vorgegeben: „ja“, „nein“, „weiß nicht“ und „keine Angabe“.

Die Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen ist bei Frauen im Alter von 18 bis 29 Jahren am höchsten.

Soziodemografie

Neben dem Alter der Befragten wurden auch das Geschlecht und die Bildung als Determinanten der Inanspruchnahme berücksichtigt. Zur Beschreibung von Geschlechterunterschieden wurde in GEDA 2019/2020-EHIS die Geschlechtsidentität verwendet. Die Befragten konnten angeben, welchem Geschlecht sie sich zugehörig fühlen. Unter den Befragten ab 18 Jahren waren 11.959 Frauen und 10.687 Männer. 62 Befragte gaben eine andere Geschlechtsidentität an oder machten keine Angaben. In den Auswertungen nach Geschlecht werden diese Personen nicht ausgewiesen. Um die Angaben der Studienteilnehmenden zur Bildung zu klassifizieren, wurde die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) verwendet [24]. ISCED berücksichtigt sowohl schulische als auch berufliche Bildungsabschlüsse und ist besonders geeignet für internationale Vergleiche. Für die Analysen wurden die ISCED-Kategorien 0 bis 2 in eine untere, 3 bis 4 in eine mittlere und 5 bis 8 in eine obere Bildungsgruppe zusammengefasst.

2.3 Statistische Auswertungen

Die Analysen basieren auf Daten von 22.646 Teilnehmenden (11.959 Frauen, 10.687 Männer) im Alter von 18 bis 99 Jahren. Je nach Indikator wurden Teilnehmende ohne Angaben für die dem Indikator zugrunde liegenden Variablen von den Analysen ausgeschlossen (27 bei der allgemeinärztlichen, 60 bei der fachärztlichen und 11 bei der psychiatrischen und psychotherapeutischen Inanspruchnahme, 179 bei der Blutdruck-, 684 bei der Blutfettwerte- und 1.100 bei der Blutzuckerkontrolle sowie 3 bei der Anwendung ärztlich verordneter Medikamente). Basis für die Analysen

zur Inanspruchnahme des Stuhltest sind die Daten von 5.507 Teilnehmenden (3.058 Frauen, 2.449 Männer) und zur Inanspruchnahme der Darmspiegelung von 8.408 Teilnehmenden (4.329 Frauen, 4.079 Männer).

Um Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur zu korrigieren, wurden alle Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt. Dazu erfolgte zunächst eine Designgewichtung für die unterschiedlichen Auswahlwahrscheinlichkeiten (Mobilfunk und Festnetz). Anschließend erfolgte eine Anpassung an die amtlichen Bevölkerungszahlen bezogen auf Alter, Geschlecht, Bundesland und Kreistyp (Stand: 31.12.2019). Zusätzlich wurde an die Bildungsverteilung im Mikrozensus 2017 nach der ISCED-Klassifikation [25] angepasst.

Die Analysen wurden mit SAS 9.4 durchgeführt. Um die Gewichtung angemessen bei der Berechnung von Konfidenzintervallen und p-Werten zu berücksichtigen, wurden alle Analysen mit den Surveyprozeduren von SAS berechnet. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn der entsprechende p-Wert kleiner als 0,05 ist.

3. Ergebnisse

3.1 Allgemeinärztliche und fachärztliche Inanspruchnahme

84,2% der Frauen und 79,5% der Männer geben an, in den letzten zwölf Monaten in allgemeinärztlicher Behandlung gewesen zu sein. Mit einem Anteil von 67,8% bei den Frauen und 53,3% bei den Männern werden fachärztliche Leistungen seltener in Anspruch genommen. Tendenziell nimmt die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen mit dem Alter zu und Geschlechterunterschiede in Richtung

Bei der mit dem Alter zunehmenden Inanspruchnahme der Darmspiegelung bestehen keine Geschlechts- und Bildungsunterschiede.

Abbildung 1

Inanspruchnahme allgemeinärztlicher, fachärztlicher sowie psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen in den letzten zwölf Monaten nach Geschlecht und Alter (Allgemeinärztliche Leistungen n=11.945 Frauen, n=10.675 Männer; fachärztliche Leistungen n=11.925 Frauen, n=10.663 Männer; psychiatrische/psychotherapeutische Leistungen n=11.953 Frauen, n=10.682 Männer)

Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

einer höheren Inanspruchnahme bei Frauen bleiben erhalten (Abbildung 1 und Annex Tabelle 1). In Bezug auf Bildung gibt es eine Tendenz zu einer stärkeren allgemeinärztlichen Inanspruchnahme unter Personen aus der unteren im Vergleich zu Personen aus der mittleren und oberen Bildungsgruppe. Ein umgekehrter Zusammenhang findet sich zugunsten einer häufigeren Nutzung fachärztlicher Angebote bei Personen aus der oberen Bildungsgruppe. Dieser Zusammenhang ist bei Frauen deutlich ausgeprägter als bei Männern (Abbildung 5, Abbildung 6 und Annex Tabelle 1).

3.2 Psychiatrische und psychotherapeutische Inanspruchnahme

12,7% der Frauen und 8,9% der Männer berichten eine Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen in den vergangenen zwölf Monaten. Die Häufigkeit unterscheidet sich zwischen den Lebensphasen. Von Personen ab 65 Jahren wird die geringste Nutzung der betreffenden Angebote angegeben (Frauen 5,3%, Männer 3,8%). Bei Frauen fällt der Wert im Alter 18 bis 29 Jahre mit

19,2% fast viermal so hoch aus. Bei Männern wird in der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre am häufigsten von Kontakt zu den benannten Berufsgruppen berichtet, mit 11,6% etwa dreimal so häufig wie bei 65-Jährigen und Älteren (Abbildung 1 und Annex Tabelle 1). Gleichermaßen zeigen sich Geschlechterunterschiede im Vergleich der Bildungsgruppen. So lässt sich bei Frauen kein Bildungsgradient nachweisen, wohingegen Männer in der unteren Bildungsgruppe (13,0%) in etwa doppelt so häufig wie in der oberen Bildungsgruppe (6,7%) spezialisierte Versorgung für psychische Beschwerden oder Störungen aufsuchen (Abbildung 5, Abbildung 6 und Annex Tabelle 1).

3.3 Inanspruchnahme von Stuhlbluttest und Koloskopie

Entsprechend den Empfehlungen hat etwa ein Drittel der Frauen im Alter von 50 bis 54 Jahren innerhalb der letzten zwölf Monate einen Stuhltest machen lassen (34,2%), bei den Männern war es ein Fünftel (20,2%). Dieser Unterschied ist signifikant (Daten nicht gezeigt). Einen Test innerhalb der letzten zwei Jahre geben deutlich mehr Personen an,

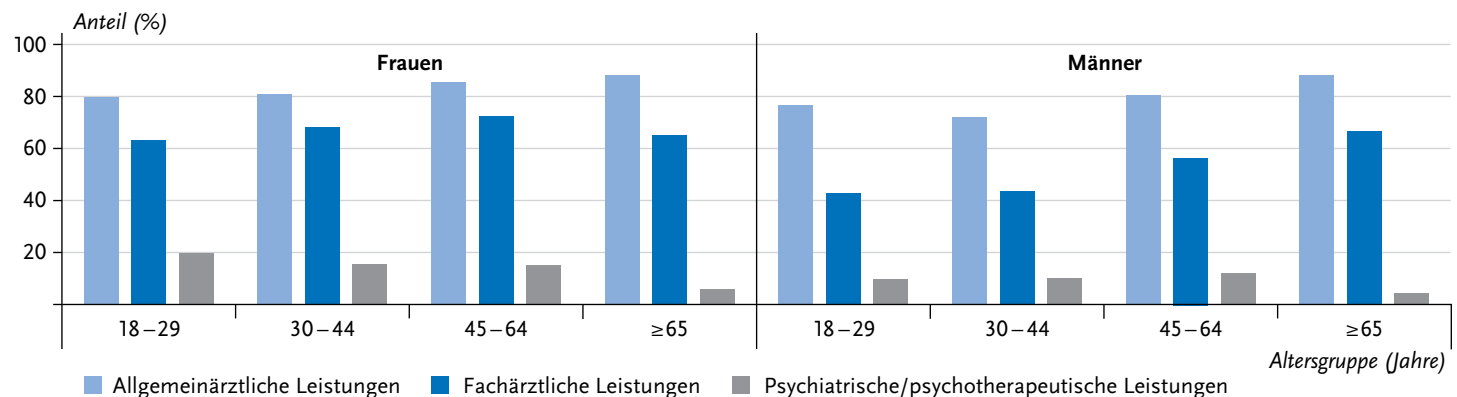
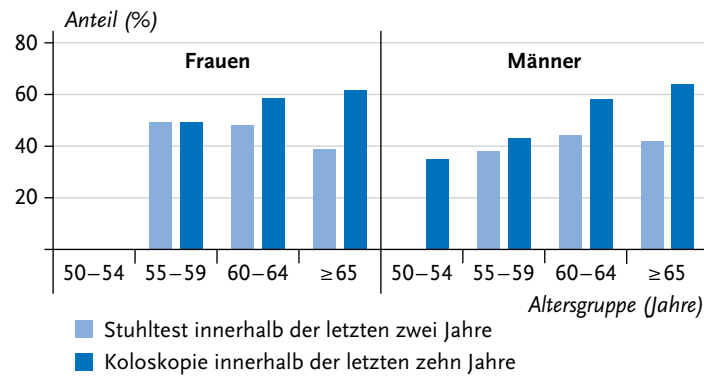


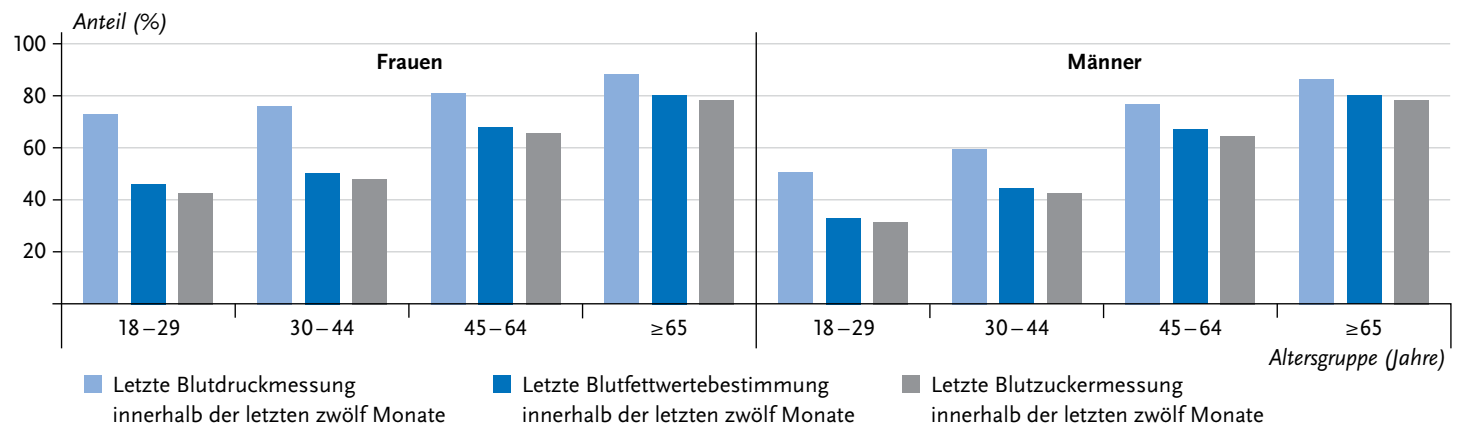
Abbildung 2
Turnusgemäße Inanspruchnahme von Stuhltest und Koloskopie nach Geschlecht und Alter (Stuhltest n=3.058 Frauen, n=2.449 Männer; Koloskopie n=4.329 Frauen, n=4.079 Männer)
Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS



wobei insgesamt kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern bestehen (Abbildung 2 und Annex Tabelle 2). Auffallend ist, dass die Inanspruchnahme bei den Frauen mit dem Alter abnimmt: Gegenüber den 55- bis 59-Jährigen nehmen signifikant weniger Frauen diese Untersuchung in Anspruch. Dagegen nimmt bei den Männern die Inanspruchnahme des Stuhltests mit dem Alter in der Tendenz eher zu. Bei der Koloskopie zeigt sich, dass diese signifikant häufiger von Menschen ab 60 Jahren in Anspruch genommen wird als von Personen im jüngeren Alter.

Die Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten und Blutzucker nimmt mit dem Alter zu und ist häufiger bei Frauen als bei Männern, vor allem in den Altersgruppen 18 bis 44 Jahre.

Abbildung 3
Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten, Blutzucker durch medizinisches Fachpersonal in den letzten zwölf Monaten nach Geschlecht und Alter (Kontrolle von Blutdruck n=11.873 Frauen, n=10.597 Männer; Blutfetten n=11.622 Frauen, n=10.341 Männer; Blutzucker n=11.383 Frauen, n=10.168 Männer)
Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS



3.4 Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten und Blutzucker durch medizinisches Fachpersonal

Der Anteil der Personen, bei denen der Blutdruck in den letzten zwölf Monaten von medizinischem Fachpersonal kontrolliert wurde, beträgt bei Frauen 81,0 % und bei Männern 70,7 %. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern steigt der Anteil mit dem Alter signifikant an. Bei jüngeren Frauen in den Altersgruppen 18 bis 29 und 30 bis 44 Jahre ist er signifikant höher als bei gleichaltrigen Männern, dagegen lassen sich in den Altersgruppen 45 bis 64 und ab 65 Jahren keine Geschlechterunterschiede finden (Abbildung 3). In Bezug auf die Kontrolle von Blutfetten und Blutzucker ergaben sich ähnliche Ergebnisse. So gaben 64,7 % der Frauen und 59,4 % der Männer an, dass ihre Blutfettwerte in den letzten zwölf Monaten von medizinischem Fachpersonal kontrolliert wurden. 62,3 % der Frauen und 57,4 % der Männer berichten, dass bei ihnen die Blutzuckerwerte in den letzten zwölf Monaten von medizinischem Fachpersonal bestimmt worden seien.

Abbildung 4

Anwendung ärztlich verordneter Arzneimittel in den letzten zwei Wochen nach Geschlecht und Alter (n=11.958 Frauen, n=10.686 Männer)

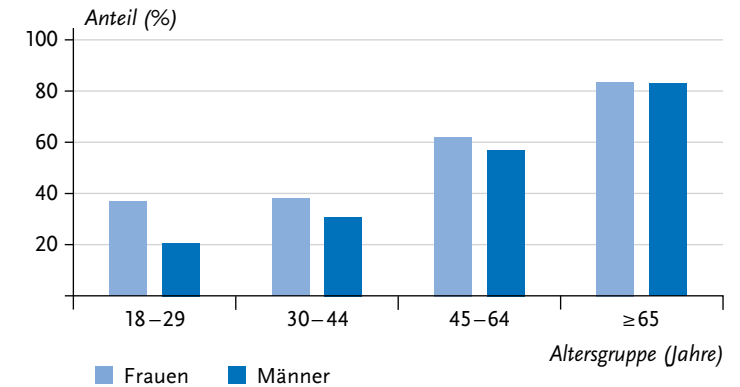
Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

Die Einnahme ärztlich verordneter Arzneimittel ist häufiger bei Frauen, bei älteren Menschen und bei Personen aus der unteren Bildungsgruppe.

Auch nimmt der Anteil von Personen mit Kontrolle von Blutfett und Blutzucker mit dem Alter signifikant zu. Signifikante Geschlechterunterschiede zeigen sich nur in den jüngeren Altersgruppen 18 bis 29 und 30 bis 44 Jahre (Abbildung 3). Bezüglich der Bildung zeigen sich bei Männern keine Unterschiede in der Kontrolle von Blutdruck und Blutfetten zwischen Personen aus der unteren im Vergleich zu Personen aus der mittleren und der oberen Bildungsgruppe. Männer aus der unteren Bildungsgruppe haben einen niedrigeren Anteil in der Kontrolle von Blutzucker als Männer aus der mittleren und der oberen Bildungsgruppe (Abbildung 6). Bei Frauen zeigt sich ein deutlicher Bildungsgradient in der Kontrolle von Blutfett und Blutzucker, aber nicht in der Kontrolle von Blutdruck. Frauen aus der unteren Bildungsgruppe haben einen höheren Anteil in der Kontrolle von Blutfetten und Blutzucker als Frauen aus der mittleren und der oberen Bildungsgruppe (Abbildung 5).

3.5 Einnahme ärztlich verordneter Arzneimittel

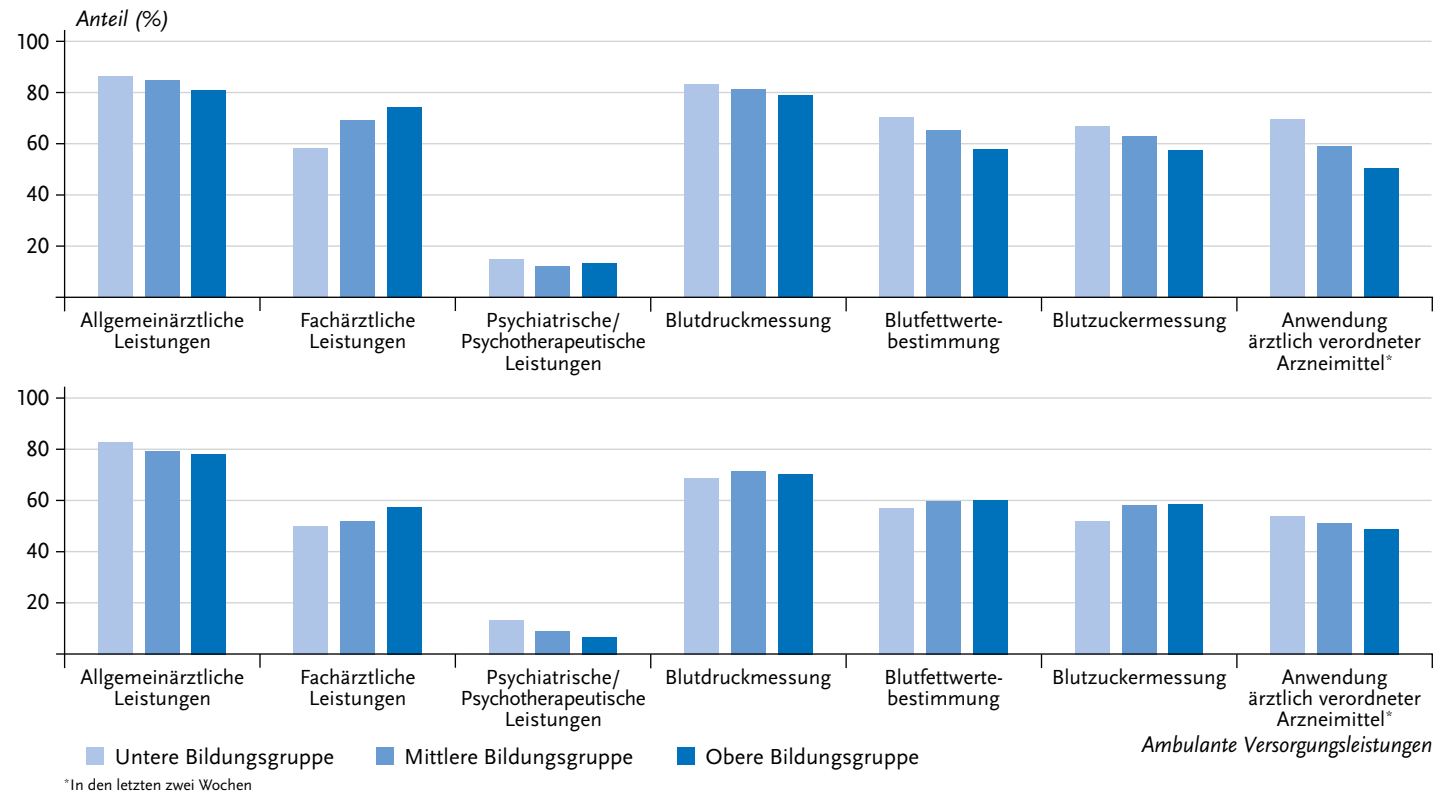
Über die Hälfte aller Studienteilnehmenden (59,2 % der Frauen und 50,6 % der Männer) gaben an, in den letzten zwei Wochen ärztlich verordnete Medikamente eingenommen zu haben (Abbildung 4 und Annex Tabelle 1). Die Einnahmeprävalenz unterscheidet sich signifikant zwischen den Lebensphasen und nimmt im Altersverlauf zu: So nahmen in der jüngsten Altersgruppe (18 bis 29 Jahre) 36,9 % der Frauen und 20,7 % der Männer in den letzten zwei Wochen ärztlich verordnete Medikamente ein, während die Anwendungsprävalenzen bei den 65-Jährigen und Älteren weit höher lagen (83,6 % bei Frauen und



83,0 % bei Männern). Geschlechterunterschiede in der Anwendung ärztlich verschriebener Medikamente waren in den Altersgruppen 18 bis 29, 30 bis 44 und 45 bis 64 Jahre zu verzeichnen, mit signifikant höheren Anwendungsprävalenzen bei Frauen als bei Männern. Ab 65 Jahren glichen sich die Anwendungsprävalenzen an. Frauen aus der unteren Bildungsgruppe (69,3 %) wiesen signifikant höhere Prävalenzen der Anwendung ärztlichverordneter Medikamente auf als Frauen aus der oberen Bildungsgruppe (50,2 %) (Abbildung 5). Bei Männern konnte man auch diesen sozialen Gradienten beobachten, jedoch war dies nicht statistisch signifikant (Abbildung 6).

Abbildung 5 (oben)
Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen in den letzten zwölf Monaten bei Frauen nach Bildungsstatus
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

Abbildung 6 (unten)
Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen in den letzten zwölf Monaten bei Männern nach Bildungsstatus
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS



4. Diskussion

Der vorliegende Beitrag beschreibt Eckdaten der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen der ambulanten Versorgung in Deutschland. Neben präventiven Leistungen am Beispiel der Darmkrebsfrüherkennung werden die ärztliche und psychiatrisch-psychotherapeutische Inanspruchnahme, wichtige medizinische Kontrolluntersuchungen sowie die Einnahme von Medikamenten in den Blick genommen. Tendenziell zeigen sich Geschlechterunterschiede im Sinne einer höheren Inanspruchnahme

von Gesundheitsleistungen durch Frauen. Viele Gesundheitsleistungen werden zudem mit zunehmendem Alter häufiger genutzt und für einen Teil der Indikatoren lassen sich Bildungsunterschiede beobachten.

4.1 Allgemeinärztliche und fachärztliche Inanspruchnahme

Etwa acht von zehn Befragten haben in den zwölf Monaten vor der Befragung haus- beziehungsweise allgemeinärztliche Leistungen in Anspruch genommen. Fachärztliche Leistungen wurden von rund sechs von zehn Befragten

innerhalb eines Jahres und damit etwas seltener genutzt. Die grundsätzlich hohe ambulante ärztliche Inanspruchnahme in Deutschland ist aus früheren Untersuchungen bekannt [2, 26]. Eine erste Analyse der GEDA-2019/2020-EHIS-Daten im zeitlichen Verlauf in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie zeigte, dass die Nutzung allgemein- und fachärztlicher Leistungen im Jahr 2020 im Zuge der Eindämmungsmaßnahmen kurzzeitig deutlich zurückgegangen ist [27]. Gemittelt über den gesamten Erhebungszeitraum muss daher eine leichte Unterschätzung der Nutzung ambulant ärztlicher Leistungen in der vorliegenden Untersuchung in Rechnung gestellt werden. Eine höhere Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter infolge steigender Morbidität ist in der Literatur zu den Einflussfaktoren der Nutzung vieler Gesundheitsleistungen ebenfalls gut belegt, gleiches gilt für eine höhere Inanspruchnahme bei Frauen im Vergleich zu Männern [11, 26]. Als Erklärung für die Geschlechterunterschiede wird häufig eine höhere körperliche Sensibilität bei Frauen angeführt sowie eine größere Bereitschaft, Hilfe anzunehmen und auch präventive Angebote stärker zu nutzen. Männer neigen dagegen stärker dazu, medizinische Leistungen erst in Anspruch zu nehmen, wenn sich Erkrankungen bereits manifestiert haben [26]. Damit erklärt sich auch die tendenzielle Abnahme der Geschlechterunterschiede mit zunehmendem Alter, wenn Behandlungsanlässe morbiditätsbedingt zunehmen. Sozioökonomische Unterschiede in der Versorgung finden sich bereits im Kindesalter [28]. Ein bekanntes Muster ist darüber hinaus die Tendenz einer höheren Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Leistungen mit abnehmendem sozioökonomischen Status, der in der vorliegenden Untersuchung über die Bildung der Befragten operationalisiert

wurde. Diese geht einher mit einer Tendenz zur stärkeren Nutzung fachärztlicher Leistungen bei hohem sozioökonomischen Status [29, 30]. Diese sozioökonomischen Unterschiede erklären sich teilweise dadurch, dass Personen mit geringem sozioökonomischen Status eher dazu neigen, Hausärztinnen und Hausärzte als Gatekeeper (d. h. als Lotsen durch das Gesundheitssystem) zu nutzen und fachärztliche Leistungen erst auf deren Anraten in Anspruch zu nehmen [31]. Aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme sind europäische Vergleiche nur eingeschränkt möglich. Daten der zweiten EHIS-Welle für das Jahr 2014 zeigen, dass sowohl die ambulante allgemeinärztliche als auch die fachärztliche Inanspruchnahme in Deutschland im Vergleich der EU-Mitgliedstaaten als eher hoch einzuschätzen sind; auch die psychiatrische und psychotherapeutische Inanspruchnahme lag über dem EU-Durchschnitt [32].

4.2 Psychiatrische und psychotherapeutische Inanspruchnahme

In der vorliegenden Studie geben 12,8% der Frauen und 8,9% der Männer an, in den zurückliegenden zwölf Monaten eine psychotherapeutische oder psychiatrische Beratung oder Behandlung aufgesucht zu haben. Für einen insgesamt in etwa vergleichbaren Bevölkerungsanteil wird auf Basis von Abrechnungsdaten der BARMER im Jahr 2018 ein Kontakt zu Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (3,1%) sowie zur Arztgruppe der psychiatrisch beziehungsweise neurologisch tätigen Nervenärztinnen und Nervenärzte (10,9%) ermittelt [33]. Geht man davon aus, dass 27,8% der Bevölkerung mindestens

einmal im Jahr von einer psychischen Störung betroffen sind [34, 35], muss die Inanspruchnahme spezialisierter Versorgungsleistungen als gering bewertet werden. Dabei ist bekannt, dass nahezu drei Viertel aller Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Diagnose einer psychischen Störung ausschließlich von hausärztlich oder somatisch spezialisierten Ärztinnen oder Ärzten behandelt werden, was als Versorgungslücke diskutiert wird [36].

Im zeitlichen Verlauf lässt sich im Vergleich zur Studie GEDA 2014/2015-EHIS ein leichter Anstieg der Inanspruchnahme psychotherapeutischer oder psychiatrischer Leistungen verzeichnen (Frauen 11,3 %, Männer 8,1 %). Dabei ist besonders die Gruppe der Frauen im jungen Erwachsenenalter (18 bis 29 Jahre) auffällig: Gegenüber GEDA 2014/2015-EHIS ist der Wert für diese Altersgruppe um 8,7 Prozentpunkte angestiegen [13]. Für die psychotherapeutische Versorgung findet sich dieser über die Jahre zunehmend ausgeprägte Gipfel der Altersverteilung auch in den Versichertendaten [33]. Diese zeigen darüber hinaus, dass die aktuell noch geringe Versorgung von Personen ab 65 Jahren (siehe auch [37, 38]) in den letzten Jahren zugenommen hat. Wenn man berücksichtigt, dass zum Beispiel die Häufigkeit von Depressionsdiagnosen mit dem Alter zunimmt, wird die Versorgung damit zunehmend bedarfsgerechter [39]. Die Altersverteilung psychotherapeutischer Inanspruchnahme in den Versichertendaten [33] unterscheidet sich im Weiteren jedoch deutlich von den vorliegenden Befunden, was auf den Einschluss der hier ebenfalls erfragten psychiatrischen (und psychologischen) Leistungen zurückzuführen ist, bei denen bekannterweise andere Altersverteilungen als in der psychotherapeutischen Versorgung vorliegen [40].

Dass Frauen gegenüber Männern häufiger Hilfe bei den benannten Berufsgruppen aufsuchen, ist bekannt [41]. Wie die vorliegenden Ergebnisse zeigen, fallen auch die Bildungsunterschiede in der Inanspruchnahme der Leistungen zwischen den Geschlechtern unterschiedlich aus. Nur bei den Männern reflektiert eine häufigere Inanspruchnahme in der niedrigeren Bildungsgruppe, dass psychische Belastungen und Störungen bei Personen mit geringerem Einkommen, Bildungs- und Berufsstatus häufiger auftreten [34]. Der erwartbare Unterschied ist dagegen bei Frauen nicht nachweisbar. Als Erklärungsansatz dafür kommt in Betracht, dass die soziale Ungleichheit bei psychischen Störungen bei Männern stärker ausgeprägt ist als bei Frauen [42]. Darüber hinaus müssten vermutlich auch in diesem Kontext die in der Erhebung gemeinsam abgefragten Berufsgruppen differenziert betrachtet werden. So liegen für ambulante psychotherapeutische Leistungen im Speziellen – die sich hierin also von psychiatrischen und gegebenenfalls psychologischen Leistungen zu unterscheiden scheinen – zahlreiche Hinweise auf einen leichteren Zugang für Personen mit höherer Bildung vor [33, 38, 43, 44]. Da Frauen gegenüber Männern häufiger Psychotherapie in Anspruch nehmen, kann dies dazu beitragen, dass für Frauen eine – gemessen an dem sozialen Gradienten der Morbidität ungerechtfertigte – Gleichverteilung der hier untersuchten Leistungen besteht.

4.3 Inanspruchnahme von Stuhlbluttest und Koloskopie

Die Analysen der vorliegenden Daten zeigen, dass mit rund 40 % relativ viele Menschen im Alter über 50 Jahren angeben, einen Stuhltest innerhalb der letzten zwei Jahre in

Anspruch genommen zu haben. Die Zahlen für die Inanspruchnahme einer Koloskopie innerhalb der letzten zehn Jahre liegen mit mehr als 50% sogar noch etwas höher. Beide Untersuchungen können präventiv sowohl zur Früherkennung von Darmkrebs als auch zur Abklärung von Symptomen eingesetzt werden. Der Anlass der Untersuchungen wurde in GEDA 2019/2020-EHIS aber nicht erfasst, sodass nicht abschließend beurteilt werden kann, wie hoch der Anteil der präventiven Untersuchungen ist. Zur Einordnung können aber die Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen werden [8]. Für den Stuhltest liegen die Befragungsdaten aus GEDA 2019/2020-EHIS deutlich über den Abrechnungsdaten, was darauf hindeutet, dass diese Untersuchung häufig nicht als Früherkennungsmaßnahme, sondern zur Abklärung von Symptomen durchgeführt beziehungsweise abgerechnet wurde. Auch bei der Koloskopie liegen die Selbstangaben deutlich über den Abrechnungsdaten. Die vergleichsweise hohe Zahl der Koloskopien anhand der Selbstangaben wurde auch in anderen Studien nachgewiesen [45]. In einer Studie mit Abrechnungsdaten der AOK Hessen konnte gezeigt werden, dass das Verhältnis von abgerechneten präventiven und kurativen Koloskopien bei 50- bis 79-Jährigen etwa 1:2 beträgt und bei den 80-Jährigen und Älteren sogar 1:4 [46]. Diese Ergebnisse liegen damit in ähnlicher Größenordnung wie die Ergebnisse aus GEDA 2019/2020-EHIS. Ein Vergleich mit den Daten von GEDA 2014/2015-EHIS zeigt, dass sich die Größenordnungen bei den Selbstangaben kaum verändert haben [9].

Internationale Vergleiche zu Inanspruchnahme von Stuhltest und Koloskopie zur Darmkrebsfrüherkennung sollten aufgrund der länderspezifischen Unterschiede bei

den Darmkrebs-Früherkennungsprogrammen mit Vorsicht vorgenommen werden [47]. Der europäische Vergleich der Daten der zweiten EHIS-Welle für das Jahr 2014 zeigt jedoch, dass bei der Inanspruchnahme des Stuhlbluttests innerhalb der letzten zwei Jahre für die 50- bis 74-Jährigen Deutschland nach Frankreich und Slowenien auf Platz drei in Europa lag. Der europäische Durchschnitt der Inanspruchnahme betrug für die damals 28 Mitgliedsstaaten in dieser Altersgruppe 31,3% [48]. Für die Inanspruchnahme der Koloskopie innerhalb der letzten zehn Jahre betrug der europäische Durchschnittswert für die 55- bis 64-Jährigen 25,7%. Neben Deutschland berichteten Österreich und Luxemburg Werte über 50% [49].

Geschlechterunterschiede sind nur bei der Inanspruchnahme des Stuhltests ersichtlich. Da bei Frauen auch die behandelnde Gynäkologin oder der behandelnde Gynäkologe diese Untersuchung anbieten kann, haben sie eventuell eher die Gelegenheit dazu, dieses Angebot mit zu nutzen, zum Beispiel im Rahmen der Untersuchungen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs oder Brustkrebs. Zu dieser Annahme passt, dass Frauen mit zunehmendem Alter den Stuhltest seltener in Anspruch nehmen. Denn auch die Inanspruchnahme des Pap-Abstrichs zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs nimmt mit dem Alter deutlich ab [9]. Dies deutet darauf hin, dass Frauen im höheren Alter generell frauenärztliche Leistungen nicht mehr regelmäßig in Anspruch nehmen [50].

Bei der Koloskopie zeigt sich bei Frauen und Männern eine deutliche Zunahme mit dem Alter, was darauf hinweist, dass diese Untersuchung nicht gleich zu Beginn der Anspruchsberechtigung wahrgenommen wird. Die Gründe dafür könnten darin liegen, dass diese Untersuchung relativ

aufwendig in der Vorbereitung und relativ invasiv in der Durchführung ist, was eine längerfristige Planung erfordert. Zudem könnte die mit dem Alter steigende ärztliche Inanspruchnahme der Männer zu einer erhöhten Teilnahme führen und den Geschlechterunterschied ausgleichen [2].

4.4 Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten und Blutzucker durch medizinisches Fachpersonal

Erhöhte Blutdruck-, Blutfett- und Blutzuckerwerte sind wesentliche Risikofaktoren für die Entwicklung von kardiovaskulären Erkrankungen und Diabetes. Eine regelmäßige ärztliche Gesundheitsuntersuchung kann bei Menschen ohne bekannte Krankheiten (Hypertonie, Hyperlipidämie, Diabetes) erhöhte sowie grenzwertig erhöhte Werte feststellen. Bei Menschen mit bekannten Krankheiten ist eine regelmäßige Kontrolle von Blutdruck-, Blutfett- und Blutzuckerwerten für die medikamentöse Behandlung notwendig und nach den Therapieleitlinien sogar erforderlich. So ist davon auszugehen, dass man die medizinischen Leistungen (Kontrolle von Blutdruck, -fetten und -zucker) häufiger in Anspruch nimmt, wenn die entsprechende Krankheit bekannt ist. Zum Beispiel beträgt der Anteil der Personen, bei denen der Blutzucker in den letzten zwölf Monaten von medizinischem Fachpersonal kontrolliert wurde, bei Personen mit bekanntem Diabetes 96,3% und bei Personen ohne bekannten Diabetes 56,0% (Daten nicht gezeigt).

In Deutschland haben alle gesetzlich Versicherten ab 35 Jahren Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung, deren fester Bestandteil eine Blutentnahme zur

Bestimmung der Blutzucker- und Cholesterinwerte ist [51]. Seit April 2019 wird dieser Gesundheits-Check-up für über 35-Jährige alle drei Jahre und für 18- bis 34-Jährige einmalig angeboten [51]. Unsere Analysen zeigen, dass die Mehrheit der 18-jährigen und älteren Studienteilnehmenden in den letzten zwölf Monaten eine Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten und Blutzucker von medizinischem Fachpersonal durchführen ließ. Dies spiegelt zum Teil die Teilnahmequote an Gesundheits-Check-ups in Deutschland wider. Daten der kassenärztlichen Vereinigungen zeigen, dass etwa die Hälfte aller Versicherten ab 35 Jahren im Jahr 2017/2018 am Gesundheits-Check-up teilgenommen hat [52]. Da Blutdruckmessung und diagnostische Blutuntersuchungen zu den Routinen allgemein- und fachärztlicher Leistungen zählen und die Mehrheit der Frauen und Männer während der letzten zwölf Monate allgemein- und fachärztliche Leistungen in Anspruch genommen haben, steht dies im Einklang mit der Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten und Blutzucker in den letzten zwölf Monaten.

Die Teilnahmequote an den drei Kontrolluntersuchungen nimmt mit dem Lebensalter zu. Dabei zeigt sich ein signifikanter Geschlechterunterschied mit zunehmendem Alter [52]. Frauen haben eine hohe Prävalenz der Blutdruckkontrolle durch medizinisches Fachpersonal im Vergleich zu Männern. Dieser Geschlechterunterschied wurde auch in GEDA 2014/2015-EHIS beobachtet (Frauen 83,4% vs. Männer 72,5%), allerdings wurden die Prävalenzen in der damaligen Analyse in der Population ab 15 Jahren geschätzt [53]. Geschlechterunterschiede in Bekanntheit, Management und Kontrolle der Hypertonie sind bekannt, allerdings zeigen die Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) des

RKI keine Geschlechterunterschiede in der Blutdruckkontrolle durch medizinischen Fachpersonal bei Personen mit bekannter Hypertonie [54].

International wurden anhand der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 Daten zur Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten und Blutzucker bei einem Großteil der Bevölkerung ab 15 Jahren erhoben. So wurde im Jahr 2017 innerhalb der letzten zwölf Monate bei 76,4% (Frauen 81,7%, Männer 70,9%) der schweizerischen Bevölkerung der Blutdruck, bei 45,8% (Frauen 46,7%, Männer 44,8%) der Cholesterinspiegel und bei 51,5% (Frauen 54,1%, Männer 48,8%) der Blutzuckerspiegel gemessen. Der Anteil der weiblichen Teilnehmenden war dabei höher als der der männlichen [55]. Nach den Daten der zweiten EHIS-Welle (2014) berichteten 51,6% der EU-Bevölkerung ab 15 Jahren, dass bei ihnen der Cholesterinspiegel innerhalb des letzten Jahres gemessen wurde, 51,0% gaben eine Blutzuckermessung an [48].

4.5 Einnahme ärztlich verordneter Arzneimittel

Die Anwendung ärztlich verordneter Arzneimittel in den letzten zwei Wochen vor der Befragung bildet die Prävalenz des aktuellen, ärztlich verschriebenen Medikamentengebrauchs bei Erwachsenen in Deutschland ab. Diese Prävalenz ist im Vergleich zu 2014/2015 ähnlich geblieben (55,5% vs. 55,1%) [6]. Signifikante geschlechtsbezogene Unterschiede in der Anwendung ärztlich verschriebener Medikamente waren sowohl in GEDA 2014/2015-EHIS als auch in GEDA 2019/2020-EHIS zu verzeichnen, vor allem in den jüngeren Altersgruppen (unter 64 Jahren), mit höheren Anwendungsprävalenzen bei Frauen als bei Männern. Ab 65 Jahren gleichen sich die Prävalenzraten bei Frauen und

Männern an. Die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente nimmt immer noch mit dem Alter zu, was auf die im Altersverlauf steigenden Prävalenzen von chronischen Erkrankungen zurückzuführen ist [6, 56]. Der EU-Durchschnitt für die Anwendung ärztlich verordneter Arzneimittel bei Personen ab 15 Jahren lag laut EHIS Welle 2 im Jahr 2014 bei 48,6% [57].

4.6 Stärken und Limitationen

Bei den Angaben aus GEDA 2019/2020-EHIS handelt es sich um Selbstangaben, die deshalb mit Verzerrungen, zum Beispiel in Form von Erinnerungslücken (Recall Bias), verbunden sein können. Insbesondere im höheren Alter scheint es eher vorzukommen, dass die Anzahl der tatsächlichen Arztbesuche unterschätzt wird [58]. Dies trifft aber stärker auf die Anzahl der Kontakte zu als auf die Frage, ob überhaupt niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aufgesucht wurden. Ein Recall Bias ist wahrscheinlicher, wenn ein längerer Zeitraum als die letzten zwölf Monate erfasst wird [59]. Auch ist bekannt, dass Telefoninterviews anfälliger für sozial erwünschtes Antwortverhalten sind als persönliche Interviews, was vor allem im Fall der Inanspruchnahme präventiver Leitungen wie Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Fall sein kann [60].

Zu bedenken ist, dass die Responseraten bei telefonischen Befragungen in der Regel niedriger sind als in persönlichen Interviews (Face-to-Face). Dies kann das Risiko eines höheren Non-Response-Bias verstärken. Allerdings muss sich eine niedrigere Responserate nicht automatisch in einer stärkeren Verzerrung der Ergebnisse niederschlagen [61]. Dennoch besteht die Möglichkeit einer Verzerrung

durch selektive Nichtteilnahme (Selektionsbias) [16]. Es kann vermutet werden, dass Personen, die an einer Gesundheitsstudie teilnehmen, auch ein höheres Gesundheitsbewusstsein haben und sich daher hinsichtlich der Inanspruchnahme ambulanter Gesundheitsleistungen von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden können. Weiterhin können bestimmte Bevölkerungsgruppen in der Stichprobe unterrepräsentiert sein, zum Beispiel Personen mit Migrationshintergrund ohne ausreichende Deutschkenntnisse, da die Interviews auf Deutsch durchgeführt wurden. Möglichen Selektionseffekten wurde durch Gewichtung begegnet, sodass die beobachteten Ergebnisse für Deutschland verallgemeinerbar sind, was eine Stärke der GEDA-Studie darstellt. Anders als Abrechnungsdaten, die häufig auf bestimmte Versichertengruppen begrenzt sind und nur die zu Abrechnungszwecken benötigten Daten oder die ärztlich verordneten Arzneimittel enthalten [15, 16], stellen Surveydaten Informationen zu Versicherten aller (einschließlich privater) Krankenkassen und zu den tatsächlich angewendeten Arzneimitteln zur Verfügung [16].

Weiterhin fällt der Befragungszeitraum von GEDA 2019/2020-EHIS zum Teil in die COVID-19-Pandemie. Die vorliegenden Ergebnisse beruhen auf der Annahme, dass die Stichprobe durch die Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie keine systematischen Verzerrungen aufweist. Zudem zeigen erste Analysen keinen systematischen Selektionsbias zwischen den Teilstichproben der Vergleichszeiträume 2019 und 2020. Dennoch kann eine veränderte Teilnahmebereitschaft und deren Einfluss auf die Ergebnisse nicht vollständig ausgeschlossen werden. Durch die Inanspruchnahme von Kurzarbeit oder die Ausweitung flexibler Heimarbeit könnten beispielsweise

einzelne Bevölkerungsgruppen besser oder schlechter telefonisch erreicht worden sein.

Die vorliegenden Auswertungen basieren auf Fragen des EHIS, der in die GEDA-Studie integriert wurde. Die gemeinsame Abfrage der Berufsgruppen psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychologischer Behandlerinnen und Behandler, wie sie durch den EHIS vorgegeben wird, hat zum Nachteil, dass deren jeweils spezifische Inanspruchnahme nicht differenziert abgebildet werden kann, was den Vergleich mit anderen Datenquellen erschwert und beispielsweise differenzielle Bildungsunterschiede verdeckt. Ein Vorteil der gemeinsamen Abfrage liegt jedoch in der Erfassung der Nutzung spezialisierter Versorgungsangebote für psychische Beschwerden und Störungen insgesamt, die der Häufigkeit dieser Beschwerden in der Bevölkerung gegenübergestellt werden können, um Diskrepanzen im Sinne von Versorgungs- beziehungsweise Inanspruchnahmelücken zu identifizieren.

4.7 Fazit

Im vorliegenden Beitrag wird die Inanspruchnahme verschiedener Leistungen der ambulanten Versorgung anhand von aktuellen bevölkerungsrepräsentativen Daten beschrieben. Dabei zeigt sich, dass der weitaus größte Teil der Bevölkerung mindestens einmal im Jahr Leistungen der ambulanten Gesundheitsversorgung in Anspruch nimmt. Erst eine differenzierte Betrachtung macht deutlich, dass sich die Inanspruchnahme und ihre zeitliche Entwicklung in den letzten Jahren für verschiedene Alters- und Bevölkerungsgruppen zum Teil sehr unterschiedlich darstellen, was genauerer Analysen bedarf. Abweichende Inanspruchnahme-

quoten in verschiedenen Gruppen der Bevölkerung können auf unterschiedliche Ursachen zurückzuführen sein: Dazu gehören neben dem jeweiligen medizinischen Bedarf auch unterschiedliche Präferenzen der Inanspruchnehmenden, etwa für den Besuch einer allgemein- beziehungsweise hausärztlichen oder fachärztlichen Praxis. Auch die Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten, Informationen zu deren Nutzung oder Zugangsbarrieren spielen eine Rolle. Bei Vergleich der allgemeinen fachärztlichen mit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Inanspruchnahme fällt ein abweichender Bildungsgradient vor allem bei den Männern auf, was auf zwischen den Fachgruppen und Indikationen variierende Barrieren für die fachärztliche Versorgung hinweisen kann. Die Früherkennung und -behandlung von Darmkrebs zählen zu den Maßnahmen, die nachweislich in der Lage sind, die Sterblichkeit auf Bevölkerungsebene zu senken. Um bestehende Barrieren der Inanspruchnahme abzubauen, sollten spezifische Bedarfe der Anspruchsberechtigten, aber auch persönliche Einstellungen und Überzeugungen stärker berücksichtigt werden. Mögliche Barrieren der Inanspruchnahme vor allem für Jüngere gilt es zu erforschen, um mit dem Angebot mehr Menschen zu erreichen. Grundsätzlich könnten zur Nichtinanspruchnahme ambulanter Gesundheitsleistungen zum Beispiel qualitative Forschungsdesigns genutzt werden.

Insgesamt gesehen, stellen die Daten aus GEDA 2019/2020-EHIS eine wichtige Informationsquelle für die Versorgungsforschung dar. Gemeinsam mit den Daten der Leistungserbringer und Strukturdaten der Versorgung bilden sie die Basis für eine übergreifende Beschreibung der Versorgungslage in Deutschland. Europäische Vergleiche können bisher nur eingeschränkt erfolgen, werden aber in

Zukunft möglich sein, wenn alle europäischen Daten aus dieser Erhebungswelle des EHIS vorliegen.

Korrespondenzadresse

Dr. Franziska Prütz
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: PruetzF@rki.de

Zitierweise

Prütz F, Rommel A, Thom J, Du Y, Sarganas G et al. (2021)
Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in
Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS.
Journal of Health Monitoring 6(3): 49–71.
DOI 10.25646/8554

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

Datenschutz und Ethik

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

Förderungshinweis

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

Interessenkonflikt

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

Danksagung

Die Autorinnen und Autoren danken Stefan Damerow, Jennifer Allen und Johannes Lemcke aus der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts für die Erstellung von Textbausteinen zur Beschreibung der Studie GEDA 2019/2020-EHIS sowie von Limitationen, die sich durch den Einschluss der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie in den Befragungszeitraum der GEDA-Studie ergeben haben könnten.

Literatur

1. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
2. Prütz F, Rommel A (2017) Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(4):88–94. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2905> (Stand: 25.06.2021)
3. Sarganas G, Knopf H, Grams D et al. (2016) Trends in Antihypertensive Medication Use and Blood Pressure Control Among Adults With Hypertension in Germany. *Am J Hypertens* 29(1):104–113
4. Neuhauser HK, Adler C, Rosario AS et al. (2015) Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in Germany 1998 and 2008–11. *J Hum Hypertens* 29(4):247–253
5. Heidemann C, Du Y, Paprott R et al. (2016) Temporal changes in the prevalence of diagnosed diabetes, undiagnosed diabetes and prediabetes: findings from the German Health Interview and Examination Surveys in 1997–1999 and 2008–2011. *Diabet Med* 33(10):1406–1414
6. Knopf H, Prütz F, Du Y (2017) Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(4):109–116. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2908> (Stand: 25.06.2021)
7. Gemeinsamer Bundesausschuss (2020) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme in der Version vom 18.06.2020 (Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme – oKFE-RL). <https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2237/oKFE-RL-2020-06-18-iK-2020-08-28.pdf> (Stand: 12.03.2021)
8. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2020) Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen (fäkaler okkulten Bluttest (FOBT), Koloskopie) und an Beratungen zur Prävention von Darmkrebs. www.gbe-bund.de (Stand: 19.02.2021)
9. Starker A, Buttman-Schweiger N, Krause L et al. (2018) Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Deutschland: Angebot und Inanspruchnahme. *Bundesgesundheitsbl* 61(12):1491–1499
10. Andersen RM (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 36(1):1–10
11. Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T (2012) Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. *Psychosoc Med* 9:Doc11
12. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Bundestagsdrucksache 14/5660, 14/5661, 14/6871
13. Rommel A, Bretschneider J, Kroll LE et al. (2017) Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *Journal of Health Monitoring* 2(4):3–23. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2899.2> (Stand: 25.06.2021)

14. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) DEGS – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Projektbeschreibung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
15. Schubert I, Köster I, Küpper-Nybelen J et al. (2008) Versorgungsforschung mit GKV-Routinedaten. Nutzungsmöglichkeiten versichertenbezogener Krankenkassendaten für Fragestellungen der Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsbl 51(10):1095–1105
16. Ohlmeier C, Frick J, Prütz F et al. (2014) Nutzungsmöglichkeiten von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bundesgesundheitsbl 57(4):464–472
17. Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. Bundesgesundheitsbl 52(5):557–570
18. Lange C, Jentsch F, Allen J et al. (2015) Data Resource Profile: German Health Update (GEDA) – the health interview survey for adults in Germany. Int J Epidemiol 44(2):442–450
19. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). Arch Public Health 75:40
20. European Commission, Eurostat (2018) European Health Interview Survey (EHIS wave 3). Methodological manual. European Commission, Luxembourg
21. von der Heyde C (2013) Das ADM-Stichprobensystem für Telefonbefragungen. https://www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstichproben_DE-2013.pdf (Stand: 25.06.2021)
22. American Association for Public Opinion Research (AAPOR) (2016) Standard definitions – final disposition codes of case codes and outcome rates for surveys. AAPOR, Deerfield
23. Allen J, Born S, Damerow S et al. (2021) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. Journal of Health Monitoring 6(3):72–87. www.rki.de/johm-2021 (Stand: 15.09.2021)
24. UNESCO Institute for Statistics (2012) International Standard Classification of Education ISCED 2011. <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-isced-2011-en.pdf> (Stand: 15.03.2021)
25. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2017) Mikrozensus 2017. DOI: 10.21242/12211.2017.00.00.1.1.1, eigene Berechnungen
26. Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A et al. (2013) Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 56(5):832–844
27. Damerow S, Rommel A, Prütz F et al. (2020) Die gesundheitliche Lage in Deutschland in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie. Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie GEDA-EHIS 2019. Journal of Health Monitoring 4(4):3–22. <https://edoc.rki.de/handle/176904/7548.2> (Stand: 25.06.2021)
28. Lampert T, Prütz F, Rommel A et al. (2018) Soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 3(4):38–56. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5871> (Stand: 25.06.2021)
29. Hoebel J, Rattay P, Prütz F et al. (2016) Socioeconomic Status and Use of Outpatient Medical Care: The Case of Germany. PLoS One 11(5):e0155982
30. Klein J, von dem Knesebeck O (2016) Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung. Bundesgesundheitsbl 59(2):238–244
31. Kürschner N, Weidmann C, Müters S (2011) Wer wählt den Hausarzt zum „Gatekeeper“? Bundesgesundheitsbl 54(2):221–227
32. Eurostat Statistics Explained (2020) Healthcare activities statistics – consultations. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_activities_statistics_-_consultations#Consultations_of_doctors (Stand: 25.06.2021)
33. Grobe TG, Steinmann S, Szecsenyi J (2020) BARMER Arztreport 2020. Psychotherapie – veränderter Zugang, verbesserte Versorgung? Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. BARMER, Berlin
34. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS 1-MH). Nervenarzt 85(1):77–87
35. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. (2016) Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS 1-MH). Nervenarzt 87:88–90

36. Gaebel W, Kowitz S, Fritze J et al. (2013) Use of health care services by people with mental illness: secondary data from three statutory health insurers and the German Statutory Pension Insurance Scheme. *Dtsch Arztebl Int* 110(47):799–808
37. Groschwitz RC, Fegert JM, Plener PL (2016) Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. *Psychotherapeut* 62(1):12–17
38. Walendzik A, Rabe-Menssen C, Lux G et al. (2014) Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPTV). *Gesundheitswesen* 76(3):135–146
39. Steffen A, Thom J, Jacobi F et al. (2020) Trends in prevalence of depression in Germany between 2009 and 2017 based on nationwide ambulatory claims data. *J Affect Disord* 271:239–247
40. Kruse J, Herzog W, Hoffmann M et al. (2012) Zwischenbericht zum Gutachten „Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz“. https://www.kbv.de/media/sp/Gutachten_Psychosomatik_Zwischenbericht.pdf (Stand: 22.06.2021)
41. Keil J, Brendler V, Sachse C et al. (2020) Geschlechterspezifische Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in einer urbanen Erwachsenenpopulation. *Gesundheitswesen* 82(3):e17–e23
42. Mauz E, Jacobi F (2008) Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. *Psychiatr Prax* 35(07):343–352
43. Körner M, Maschke BA, Janssen C (2014) Social determinants of the utilization of psychotherapeutic care in Germany. In: Janssen C, Swart E, von Lengerke T (Hrsg) *Health care utilization in Germany: theory, methodology, and results*. Springer, New York, S. 279–292
44. Epping J, Muschik D, Geyer S (2017) Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance. *Int J Equity Health* 16(1):147
45. Chen C, Laecke E, Stock C et al. (2017) Colonoscopy and sigmoidoscopy use among older adults in different countries: a systematic review. *Prev Med* 103:33–42
46. Stock C, Ihle P, Sieg A et al. (2013) Adverse events requiring hospitalization within 30 days after outpatient screening and nonscreening colonoscopies. *Gastrointest Endosc* 77(3):419–429
47. Klabunde C, Blom J, Bulliard JL et al. (2015) Participation rates for organized colorectal cancer screening programmes: An international comparison. *J Med Screen* 22(3):119–126
48. Eurostat Statistics Explained (2020) Healthcare activities statistics – preventive services. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_activities_statistics_-_preventive_services#-Screening_of_cardiovascular_diseases (Stand: 25.06.2021)
49. Statistisches Amt der Europäischen Kommission (2021) Eurostat database health. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (Stand: 24.06.2021)
50. Klug SJ, Taylor KJ, Scheidemann-Wesp U et al. (2010) Participation in cervical cancer screening in Germany. *Prev Med* 5(51):431–432
51. Gemeinsamer Bundesausschuss (2018) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie). https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2383/U-RL_2020-11-20_iK-2021-02-12.pdf (Stand: 12.03.2021)
52. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2020) Teilnahme am gesetzlichen Gesundheits-Check-up. www.gbe-bund.de (Stand: 12.03.2021)
53. Diederichs C, Neuhauser H (2019) The frequency and determinants of blood pressure measurement by a health professional in Germany: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)* 98(16):e15093
54. Sarganas G, Neuhauser HK (2016) The persisting gender gap in hypertension management and control in Germany: 1998 and 2008–2011. *Hypertens Res* 39(6):457–466
55. Schweizerische Eidgenossenschaft, Bundesamt für Statistik (ohne Datum) Fachbereich 14 – Gesundheit. Gesundheitssystem und Präventivmedizin. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/o2d.xml> (Stand: 25.06.2021)
56. Knopf H, Grams D (2013) Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1). *Bundesgesundheitsbl* 56(5/6):868–877
57. Eurostat Statistics Explained (2020) Medicine use statistics. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Self-reported_use_of_prescribed_medicines_by_age,_2014_\(%25\).png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Self-reported_use_of_prescribed_medicines_by_age,_2014_(%25).png) (Stand: 25.06.2021)

58. Hessel A, Gunzelmann T, Geyer M et al. (2000) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60jährigen in Deutschland – gesundheitliche, sozialstrukturelle, sozio-demographische und subjektive Faktoren. *Z Gerontol Geriatr* 33(4):289–299

59. Bhandari A, Wagner T (2006) Self-reported utilization of health care services: improving measurement and accuracy. *Med Care Res Rev* 63(2):217–235

60. Häder M (2010) Erhebungsmethoden. In: Häder M (Hrsg) *Empirische Sozialforschung – Eine Einführung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 187–337

61. Groves RM, Peytcheva E (2008) The Impact of Nonresponse Rates on Nonresponse Bias: A Meta-Analysis. *Public Opinion Quarterly* 72(2):167–189

Annex Tabelle 1
Inanspruchnahme ambulanter
Versorgungsleistungen nach
Geschlecht, Alter und Bildungsstatus
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

	Allgemein- und hausärztliche Inanspruchnahme in den letzten zwölf Monaten (n=11.945 Frauen, n=10.675 Männer)		Fachärztliche Inanspruchnahme in den letzten zwölf Monaten (n=11.925 Frauen, n=10.663 Männer)		Psychiatrische/ psychotherapeutische Inanspruchnahme in den letzten zwölf Monaten (n=11.953 Frauen, n=10.682 Männer)		Blutdruckmessung in den letzten zwölf Monaten (n=11.873 Frauen, n=10.597 Männer)		Blutfettwertbestimmung in den letzten zwölf Monaten (n=11.622 Frauen, n=10.341 Männer)		Blutzucker-messung in den letzten zwölf Monaten (n=11.383 Frauen, n=10.168 Männer)		Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente in den letzten zwei Wochen (n=11.958 Frauen, n=10.686 Männer)	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt														
Frauen	84,2	(83,2–85,2)	67,8	(66,5–69,1)	12,7	(11,8–13,7)	81,0	(79,9–82,1)	64,7	(63,3–66,0)	62,3	(60,9–63,7)	59,2	(57,9–60,6)
Männer	79,5	(78,2–80,7)	53,3	(51,8–54,7)	8,9	(8,0–9,8)	70,7	(69,3–72,0)	59,4	(57,9–60,8)	57,4	(55,9–58,9)	50,6	(49,1–52,0)
Lebensphase (Altersgruppe)														
Frauen														
18–29 Jahre	79,6	(76,1–82,7)	62,8	(58,6–66,9)	19,2	(15,7–23,1)	72,9	(69,0–76,5)	46,2	(41,8–50,7)	42,7	(38,3–47,2)	36,9	(32,8–41,2)
30–44 Jahre	80,6	(78,0–82,9)	68,1	(64,9–71,1)	15,2	(13,0–17,6)	76,2	(73,5–78,8)	50,3	(47,0–53,5)	48,1	(44,8–51,3)	38,0	(35,0–41,1)
45–64 Jahre	85,3	(83,8–86,7)	72,3	(70,3–74,1)	14,5	(13,0–16,1)	81,3	(79,6–83,0)	68,2	(66,3–70,1)	65,8	(63,9–67,8)	62,2	(60,2–64,1)
≥ 65 Jahre	88,2	(86,5–89,6)	64,9	(62,5–67,3)	5,3	(4,4–6,5)	88,4	(86,9–89,8)	80,5	(78,6–82,2)	78,4	(76,4–80,3)	83,6	(81,8–85,1)
Männer														
18–29 Jahre	76,4	(73,1–79,4)	42,6	(39,0–46,4)	8,9	(7,0–11,6)	50,6	(46,8–54,4)	33,1	(29,6–36,8)	31,5	(28,0–35,3)	20,7	(17,8–23,9)
30–44 Jahre	72,0	(68,9–74,9)	43,4	(40,2–46,6)	9,5	(7,7–11,7)	59,6	(56,3–62,8)	44,5	(41,2–47,9)	42,5	(39,2–45,9)	30,8	(27,8–34,0)
45–64 Jahre	80,4	(78,5–82,1)	56,2	(53,9–58,5)	11,6	(10,0–13,3)	77,1	(75,2–79,0)	67,2	(64,9–69,4)	64,7	(62,4–67,0)	57,1	(54,7–59,3)
≥ 65 Jahre	87,9	(85,9–89,7)	66,6	(63,9–69,1)	3,8	(3,0–4,9)	86,5	(84,4–88,3)	80,3	(77,9–82,5)	78,6	(76,1–80,9)	83,0	(80,8–85,0)
Bildungsgruppe														
Frauen														
Untere	86,3	(83,2–88,9)	58,2	(54,2–62,2)	14,8	(12,1–17,9)	83,0	(79,7–85,8)	70,3	(66,4–74,0)	66,5	(62,5–70,3)	69,3	(65,4–72,9)
Mittlere	84,6	(83,3–85,9)	69,1	(67,5–70,7)	11,9	(10,7–13,2)	81,2	(79,7–82,5)	65,1	(63,4–66,8)	62,6	(60,9–64,3)	58,9	(57,2–60,6)
Obere	80,9	(79,3–82,4)	74,2	(72,4–75,8)	13,1	(11,7–14,5)	79,0	(77,4–80,5)	57,8	(55,9–59,7)	57,3	(55,3–59,2)	50,2	(48,3–52,1)
Männer														
Untere	82,6	(78,1–86,4)	49,9	(44,6–55,3)	13,0	(9,6–17,2)	68,5	(63,3–73,3)	57,0	(51,4–62,5)	52,0	(46,4–57,5)	54,0	(48,7–59,3)
Mittlere	78,2	(77,6–81,0)	51,9	(49,8–53,9)	9,0	(7,9–10,3)	71,6	(69,6–73,4)	59,7	(57,6–61,8)	58,2	(56,0–60,2)	50,9	(48,9–53,0)
Obere	78,2	(76,8–79,6)	57,4	(55,8–59,0)	6,7	(5,9–7,5)	70,1	(68,5–71,6)	59,9	(58,3–61,5)	58,5	(56,8–60,1)	48,6	(47,0–50,2)

KI = Konfidenzintervall

Annex Tabelle 2
Turnusgemäße Inanspruchnahme von
Stuhltest und Koloskopie
nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

	Letzter Stuhltest innerhalb der letzten zwei Jahre (n = 3.058 Frauen, n = 2.449 Männer)		Letzte Koloskopie innerhalb der letzten zehn Jahre (n = 4.329 Frauen, n = 4.079 Männer)	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt				
Frauen	42,5	(40,7 – 44,3)	58,7	(56,9 – 60,5)
Männer	41,5	(39,5 – 43,5)	53,4	(51,5 – 55,2)
Lebensphase (Altersgruppe)				
Frauen				
50–54 Jahre	–	–	–	–
55–59 Jahre	49,3	(45,5 – 53,0)	49,5	(45,8 – 53,2)
60–64 Jahre	48,2	(44,2 – 52,3)	58,6	(54,6 – 62,5)
≥ 65 Jahre	38,6	(36,3 – 40,9)	61,8	(59,4 – 64,1)
Männer				
50–54 Jahre	–	–	–	–
55–59 Jahre	38,1	(33,9 – 42,6)	42,9	(38,6 – 47,3)
60–64 Jahre	44,2	(40,0 – 48,5)	58,2	(53,8 – 62,4)
≥ 65 Jahre	41,7	(39,1 – 44,3)	63,9	(61,2 – 66,6)
Bildungsgruppe				
Frauen				
Untere	38,2	(33,6 – 43,0)	57,9	(53,1 – 62,6)
Mittlere	43,6	(41,6 – 45,7)	58,8	(56,8 – 60,8)
Obere	45,9	(43,7 – 48,1)	59,5	(57,3 – 61,7)
Männer				
Untere	35,8	(27,9 – 44,7)	49,5	(41,4 – 57,6)
Mittlere	42,0	(39,2 – 44,9)	51,9	(49,2 – 54,5)
Obere	42,1	(40,2 – 44,1)	57,1	(55,2 – 58,9)

KI = Konfidenzintervall

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

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

Satz

Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis

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



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



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