



# Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Deutschland und Europa – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS 3, 2018–2020)

**Autorinnen und Autoren:** Laura Krause, Franziska Prütz, Anne Starker, Yong Du, Giselle Sarganas, Ronny Kuhnert, Julia Thom, Alexander Rommel

**Institution:** Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

## Abstract

**Hintergrund:** Eine bedarfsgerechte Versorgung ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitspolitik. Ein europäischer Vergleich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen kann helfen, nationale Daten einzuordnen und Handlungsbedarfe abzuleiten.

**Methode:** Der Beitrag beschreibt Indikatoren zur Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Leistungen, medizinischer Untersuchungen und Arzneimittelnutzung aus der dritten Welle des European Health Interview Survey (EHIS 3) und vergleicht die Ergebnisse aus Deutschland mit den europäischen Durchschnittswerten.

**Ergebnisse:** Altersstandardisiert lag die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Deutschland ausnahmslos über dem europäischen Mittel, wobei sich demografische und soziale Unterschiede ähnlich darstellten. Fast alle Leistungen wurden von Frauen und in höheren Altersgruppen häufiger genutzt. Ausnahmen sind stationäre Leistungen und Koloskopie, bei denen sich die Geschlechter nicht unterschieden, und eine häufigere Nutzung psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen sowie nicht verschreibungspflichtiger Medikamente bei jüngeren Erwachsenen. Fachärztliche und zahnmedizinische Leistungen wurden in der hohen Bildungsgruppe häufiger genutzt, psychiatrische und psychotherapeutische sowie stationäre Leistungen und ärztlich verordneter Arzneimittel in der niedrigen Bildungsgruppe.

**Schlussfolgerungen:** Der europäische Vergleich verlangt eine differenzierte Einordnung der Befunde. Während die hohe Inanspruchnahme in Deutschland bei einigen evidenzbasierten Leistungen (z. B. Koloskopie, Zahnmedizin) auf einen guten Zugang zur Versorgung hindeutet, wird z. B. die hohe stationäre Inanspruchnahme auch kritisch diskutiert.

**Keywords:** Ambulante Versorgung, Krankenhaus, Zahnmedizin, Psychiatrie, Psychotherapie, Krebsfrüherkennung, Medikamente, Inanspruchnahme, Demografie, European Health Interview Survey

## 1. Einleitung

Gesundheitsversorgung und Prävention sind wichtige Aufgaben des Gesundheitssystems und für die Erhaltung und Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung unverzichtbar [1]. Den Zugang zu einer bedarfsgerechten und evidenzbasierten medizinischen Versorgung sicherzustellen, ist ein zentrales Anliegen nationaler wie europäischer Gesundheitspolitik. Dabei sehen sich die europäischen Staaten und ihre unterschiedlichen Gesundheitssysteme mit ähnlichen Herausforderungen konfrontiert. Zu diesen gehört vor allem der demografische Wandel und die damit einhergehende Zunahme nichtübertragbarer chronischer Er-

## Informationen zu Artikel und Zeitschrift

Eingereicht: 02.07.2024  
Akzeptiert: 15.10.2024  
Veröffentlicht: 27.11.2024


Artikel peer reviewed

Zitierweise: Krause L, Prütz F, Starker A, Du Y, Sarganas G, Kuhnert R, et al. Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Deutschland und Europa – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS 3, 2018–2020). J Health Monit. 2024;9(4):e 12898. doi: 10.25646/12898

Dr. Alexander Rommel  
[RommelA@rki.de](mailto:RommelA@rki.de)

Robert Koch-Institut, Berlin  
Journal of Health Monitoring  
[www.rki.de/jhealthmonit](http://www.rki.de/jhealthmonit)

Englische Version des Artikels  
[www.rki.de/jhealthmonit-en](http://www.rki.de/jhealthmonit-en)

 Open access



[CC BY 4.0 Lizenzvertrag](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)  
[Namensnennung 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes.  
Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.



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

krankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen [2]. Vor diesem Hintergrund ist ein Vergleich von Indikatoren der Gesundheitsversorgung wie der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im europäischen Kontext von Bedeutung, um die nationalen Daten einordnen und ggf. Handlungsbedarfe ableiten zu können.

Allgemein wird in der Gesundheitsversorgung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich unterschieden. Die ambulante Versorgung wird in Deutschland vor allem durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte geleistet. Diese sind meist die erste Anlaufstelle im professionellen medizinischen Versorgungssystem. Bei gesundheitlichen Beschwerden stellen sie Behandlungsbedarf fest, führen Untersuchungen und Behandlungen durch und veranlassen bei Bedarf weitere Leistungen im Gesundheits- und Sozialwesen [3]. Rund 90% der Erwachsenen in Deutschland nehmen jährlich ambulante ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch [4], etwas mehr als 80% nehmen zahnmedizinische Untersuchungen und Behandlungen wahr [5].

Die stationäre Versorgung im Krankenhaus wird in Deutschland von etwa 16% der Bevölkerung innerhalb eines Jahres in Anspruch genommen; die Inanspruchnahme ist stark altersabhängig [6]. Dabei gehört Deutschland im europäischen Vergleich zu den Ländern mit der höchsten Dichte an Krankenhausbetten [7].

Zur ärztlichen Versorgung zählen auch Kontrolluntersuchungen von Blutdruck, Cholesterin und Blutzucker. Diese spielen im Rahmen von Prävention, Diagnose und Management von Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine wichtige Rolle und sind wichtige Aspekte der Versorgungsqualität. Bluthochdruck, Hyperlipidämie und Diabetes gelten allgemein als chronische Krankheiten und wichtige modifizierbare Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Allerdings bleiben sie im Frühstadium unerkannt, weil sie keine Symptome zeigen. Der letzte nationale Untersuchungssurvey hat gezeigt, dass in Deutschland fast jeder fünfte Erwachsene mit Bluthochdruck [8], mehr als die Hälfte der von Hyperlipidämien Betroffenen [9] und fast ein Viertel aller Menschen mit Diabetes [10] zum Erhebungszeitpunkt noch keine Diagnose erhalten hatten. Inzwischen sind unerkannter Bluthochdruck [11] und unerkannter Diabetes [12] in der erwachsenen Bevölkerung zurückgegangen und die Durchführung von Blutdruckkontrollen ist bei Menschen mit bekanntem Bluthochdruck deutlich angestiegen [13].

Auch die Arzneimittelversorgung spielt bei der Therapie von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Störungen und Erkrankungen eine wesentliche Rolle. In Deutschland nimmt mehr als die Hälfte der Bevölkerung innerhalb von zwei Wochen ärztlich verordnete Medikamente ein [14].

### Kernaussagen

- ▶ Die altersstandardisierte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Deutschland liegt über dem europäischen Mittel.
- ▶ Demografische und soziale Unterschiede stellen sich in Deutschland und Europa ähnlich dar.
- ▶ Mit wenigen Ausnahmen werden medizinische Leistungen von Frauen und in höheren Altersgruppen häufiger genutzt.
- ▶ Fachärztliche und zahnmedizinische Leistungen werden in der hohen Bildungsgruppe häufiger genutzt, psychiatrische/psychotherapeutische und stationäre Leistungen sowie Arzneimittel in der niedrigen.
- ▶ Die Befunde sind für Deutschland differenziert einzuordnen: Die hohe Inanspruchnahme evidenzbasierter Leistungen deutet auf einen guten Zugang zur Versorgung hin, die hohe stationäre Inanspruchnahme wird auch kritisch diskutiert.

Zu den präventiven Angeboten im Bereich der gesundheitlichen Versorgung gehören zum Beispiel Impfungen oder Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Seit Juli 2019 wird in Deutschland zur Früherkennung von Darmkrebs das Darmkrebs-Screening als organisiertes Programm mit Einlade- und Informationswesen angeboten. Bis dahin nahmen nach Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland etwa 15% der Anspruchsberechtigten eine Koloskopie (Zeitraum 2009–2018) in Anspruch [15]. Die Koloskopie wird neben der Früherkennung von Darmkrebs auch zur Abklärung von Symptomen eingesetzt, sodass die Inanspruchnahme dieser Untersuchung insgesamt höher liegt [16].

Der vorliegende Beitrag enthält Eckdaten zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung von Erwachsenen in Deutschland und Europa aus der dritten Welle des European Health Interview Survey (EHIS 3), der zwischen 2018 und 2020 durchgeführt wurde [17]. Es werden Ergebnisse zur Inanspruchnahme allgemein- und fachärztlicher Versorgung, zahnmedizinischer Versorgung, psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung, Krankenhausversorgung sowie von ausgewählten ambulanten Leistungen – Koloskopie, Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten und Blutzucker durch medizinisches Fachpersonal sowie die Anwendung von Arzneimitteln – dargestellt. Als wichtige Einflussfaktoren der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung werden Geschlecht, Alter und Bildung untersucht [18–20] und Unterschiede zwischen Deutschland und dem europäischen Durchschnitt aufgezeigt.

## 2. Methode

### 2.1 Stichprobendesign und Studiendurchführung

EHIS 3 fand in allen EU-Mitgliedsstaaten rechtsverbindlich statt. Grundlage hierfür ist die Verordnung (EU) 2018/255 der Europäischen Kommission vom 19. Februar 2018 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz in Bezug auf Statistiken auf der Grundlage des EHIS [21]. Die EHIS-Befragung hat das Ziel, regelmäßig vergleichbare Gesundheitsdaten der EU-Mitgliedsstaaten zu liefern und damit die Betrachtung der Entwicklung von Gesundheitsindikatoren im europäischen Raum zu ermöglichen. Zielpopulation ist die in Privathaushalten lebende Bevölkerung im Alter von 15 Jahren oder älter, die im Hoheitsgebiet des Landes ansässig ist. EHIS 3 wurde 2019 in allen EU-Mitgliedstaaten sowie Island, Norwegen, Albanien, Serbien und der Türkei durchgeführt. Einigen Ländern wurde eine Ausnahmeregelung hinsichtlich des Datenerhebungszeitraums gewährt, sodass Daten von 2018 bis 2020 vorliegen. Ein Qualitätsbericht enthält detaillierte Angaben zum methodischen Vorgehen der einzelnen Staaten [22]. Die aggregierten Daten können auf der Webseite des Statistischen Amtes der Europäischen Union abgerufen werden [23]. Albanien, Frankreich, die Türkei und das Vereinigte Königreich haben bislang keine Daten öffentlich bereitgestellt [24]. Für Forschungszwecke können anonymisierte Daten auf Ebene der Teilnehmenden (Mikrodaten) für die EU-Mitgliedstaaten bei Eurostat beantragt werden [25]. Der für die vorliegenden Analysen genutzte Datensatz enthält die Angaben von 29 europäischen Ländern (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Serbien, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn und Zypern). Bei der nationalen EHIS-Implementierung können die Länder verschiedene Arten der Datenerhebung und auch Kombinationen davon wählen. Angewendet werden persönliche Befragungen, telefonische Befragungen. Darüber hinaus werden selbst auszufüllende Fragebögen für die Datenerhebung per Post und im Internet verwendet [22].

### 2.2 Indikatoren

Die Verordnung zur Durchführung des EHIS gab die zu erhebenden Items inklusive ihrer Antwortkategorien und die an Eurostat zu übermittelten Codierungen vor. Außerdem wurden der Wortlaut der Fragen und ihre Antwortkategorien sowie die Reihenfolge, in der sie gestellt werden, in einem methodologischen Handbuch erläutert und in Form eines

Musterfragebogens (in Englisch) zur Verfügung gestellt [17]. Die Einhaltung der als Leitfaden konzipierten Regeln und Empfehlungen war für die Sicherstellung harmonisierter und qualitativ hochwertiger Gesundheitsdaten in der EU von wesentlicher Bedeutung.

#### Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen

Die Inanspruchnahme allgemeinärztlicher Leistungen wurde mit der Frage erfasst: „Wann haben Sie zuletzt einen Allgemeinmediziner oder Hausarzt konsultiert, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?“ Die Bezeichnung „Hausarzt“ schließt Leistungen von hausärztlich tätigen Internisten ein. Die Befragten konnten zwischen den Antwortvorgaben „Vor weniger als 12 Monaten“, „Vor 12 Monaten oder länger“ und „Nie“ wählen. Mit derselben Formulierung wurden Besuche bei weiteren Fachärztinnen und Fachärzten erfragt. Es wurden zwei dichotome Variablen gebildet, die Befragte mit haus- bzw. allgemeinärztlicher Inanspruchnahme (im Folgenden als „allgemeinärztliche Inanspruchnahme“ bezeichnet) sowie mit fachärztlicher Inanspruchnahme in den letzten zwölf Monaten von Befragten ohne entsprechende Inanspruchnahme unterscheiden.

#### Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen

Zur Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen wurde gefragt: „Wann waren Sie zuletzt bei einem Zahnarzt, Kieferorthopäden oder einem anderen zahnmedizinischen Spezialisten, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?“ Antwortmöglichkeiten waren „Vor weniger als 6 Monaten“, „Vor 6 bis weniger als 12 Monaten“, „Vor 12 Monaten oder länger“ und „Nie“. Für die Analysen wurden die ersten beiden sowie die letzten beiden Antwortkategorien zusammengefasst, sodass die 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen (Ja/Nein) abgebildet werden kann [5].

#### Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen

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 stationärer Leistungen

Krankenhausaufenthalte wurden mit der Frage erhoben: „Haben Sie in den letzten 12 Monaten als stationärer Patient, das heißt über Nacht oder länger, im Krankenhaus gelegen? Nicht gemeint sind Aufenthalte in Notfallstationen oder als ambulanter Patient ohne Übernachtung.“ Die Frage konnte mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden.

### Inanspruchnahme Koloskopie

Die Inanspruchnahme der Koloskopie wurde mit der Frage erhoben „Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine Darmspiegelung bzw. Koloskopie durchgeführt?“ Als Antwortmöglichkeiten standen folgende Zeiträume zur Auswahl: „Innerhalb der letzten 12 Monate“, „Vor 1 bis weniger als 5 Jahren“, „Vor 5 bis weniger als 10 Jahren“, „Vor 10 Jahren oder mehr“ sowie die Antwortkategorie „Nie“. In den vergangenen zwei Jahrzehnten wurden in den europäischen Ländern umfangreiche Darmkrebs-Früherkennungsprogramme eingeführt, wobei die Angebote hinsichtlich Zeitpunkt der Einführung, der Art der Programme, die verwendeten Screening-Tests und der Zielaltersgruppen von Land zu Land unterschiedlich sind [26]. Für die Analysen wird die Inanspruchnahme der letzten Koloskopie innerhalb der letzten zehn Jahre für Frauen und Männer im Alter von 50 bis 74 Jahren dargestellt, weil für diese Population die Empfehlung für die Einführung eines organisierten Screenings zur Früherkennung von Darmkrebs mit diesem Intervall existiert [27], was von vielen Ländern bereits umgesetzt wurde.

### Inanspruchnahme medizinischer Untersuchungen

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“. Die Antwort sollte sich auf den Blutdruck beziehen, der von einer medizinischen Fachkraft gemessen wurde und nicht von der der Befragten selbst oder von Familienmitgliedern/Verwandten.

Mit einer analogen Formulierung wurde die Kontrolle von Blutfettwerten und Blutzucker von medizinischem Fachpersonal in den letzten zwölf Monaten erfasst. Basierend auf den Antworten wurde jeweils eine dichotome Variable zur Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten bzw. Blutzucker in den letzten zwölf Monaten gebildet (Ja/Nein).

### Einnahme von Arzneimitteln

Die Anwendung von Medikamenten in den letzten zwei Wochen vor der Befragung bildet die Prävalenz des aktuellen Gebrauchs ab. Dabei wird zwischen der Anwendung ärztlich verordneter Arzneimittel und der Anwendung frei verkäuf-

licher Präparate unterschieden und anhand folgender Fragen erhoben: 1. „Haben Sie in den letzten 2 Wochen Medikamente eingenommen, die Ihnen von einem Arzt verschrieben wurden? Nicht gemeint sind Pille oder andere Hormonpräparate zur Empfängnisverhütung.“ 2. „Haben Sie in den letzten 2 Wochen Medikamente, pflanzliche Heilmittel oder Vitamine eingenommen, die Ihnen nicht von einem Arzt verschrieben wurden? Nicht gemeint sind Pille oder andere Hormonpräparate zur Empfängnisverhütung.“ Als Antwortmöglichkeiten waren jeweils vorgegeben: „Ja“, „Nein“, „weiß nicht“ und „keine Angabe“.

### Soziodemografie

Neben dem Geschlecht der Befragten wurde auch das Alter (in Kategorien) als Determinante der Inanspruchnahme berücksichtigt. Dabei wurde für die meisten Indikatoren folgende Altersgruppeneinteilung verwendet: 18–29 Jahre, 30–44 Jahre, 45–64 Jahre sowie 65 Jahre und älter. Bei der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen wurde die älteste Altersgruppe in zwei Gruppen unterteilt, 65–74 Jahre sowie 75 Jahre und älter. Diese Einteilung wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die Mundgesundheit empfohlen [28]. Die Inanspruchnahme der Koloskopie wird ab dem Alter von 50 Jahren in 5-Jahres-Altersgruppen berichtet (50–54 Jahre, 55–59 Jahre, 60–64 Jahre, 65–70 Jahre und 70–74 Jahre). Weiterhin wurde die Bildung als Determinante der Inanspruchnahme untersucht. Um die Angaben der Befragten zur Bildung zu klassifizieren, wurde die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (International Standard Classification of Education, ISCED) verwendet [29]. 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 niedrige, 3 bis 4 in eine mittlere und 5 bis 8 in eine hohe Bildungsgruppe zusammengefasst.

### 2.3 Statistische Methoden

Die Analysen basieren auf Daten von insgesamt 256.202 Teilnehmenden (136.882 Frauen, 119.320 Männer) im Alter ab 18 Jahren, die die EHIS-Befragung selbst beantwortet haben. Für die Länder Malta und Island stehen Daten ab dem Alter von 20 Jahren zur Verfügung. In [Tabelle 1](#) sind die Fallzahlen für alle Inanspruchnahmeindikatoren dargestellt. Um jedes Land proportional zu seinem Bevölkerungsumfang zu berücksichtigen, wurden die Analysen mit einem Gewichtungsfaktor berechnet. Um potenziell verzerrende Altersunterschiede zwischen den Ländern auszugleichen, wurde eine direkte Altersstandardisierung vorgenommen. Dabei wurden die Altersstrukturen der Stichproben der Länder jeweils an die europäische Standardbevölkerung für 2013 angepasst [30]. Für jeden der betrachteten Indikatoren wurde die Prävalenz



**Tabelle 1:** Fallzahlen zu den herangezogenen Indikatoren der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Deutschland und Europa.  
Quelle: EHIS Welle 3 (2018–2020)

	Frauen	Männer	Gesamt
<b>Allgemein-/hausärztliche Leistungen</b>			
Deutschland	10.140	8.662	18.802
Europa	123.490	93.591	217.081
<b>Fachärztliche Leistungen</b>			
Deutschland	8.634	6.328	14.962
Europa	87.938	59.312	147.250
<b>Zahnmedizinische Leistungen</b>			
Deutschland	10.619	8.873	19.492
Europa	92.932	71.539	164.471
<b>Psychiatrisch-/psychotherapeutische Leistungen</b>			
Deutschland	1.341	788	2.129
Europa	10.268	5.670	15.938
<b>Krankenhaus (stationär)</b>			
Deutschland	2.048	1.867	3.915
Europa	16.021	13.130	29.151
<b>Koloskopie in den letzten 10 Jahren</b>			
Deutschland	3.467	3.019	6.486
Europa	18.509	16.541	35.050
<b>Cholesterin in den letzten 12 Monaten</b>			
Deutschland	7.844	6.720	14.564
Europa	91.870	72.405	164.275
<b>Blutzucker in den letzten 12 Monaten</b>			
Deutschland	7.499	6.469	13.968
Europa	93.043	72.362	165.405
<b>Blutdruck in den letzten 12 Monaten</b>			
Deutschland	9.794	7.885	17.679
Europa	110.097	85.004	195.101
<b>Arzneimittel: Nicht ärztlich verordnet</b>			
Deutschland	5.454	3.453	8.907
Europa	65.372	39.644	105.016
<b>Arzneimittel: Ärztlich verordnet</b>			
Deutschland	7.390	5.993	13.383
Europa	87.642	62.563	150.205

mit 95 %-Konfidenzintervall (95 %-KI) stratifiziert nach Geschlecht, Alter und Bildung berechnet. Von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen wird ausgegangen, wenn der entsprechende p-Wert kleiner als 0,05 ist. Im Text wird nur auf Unterschiede nach Alter, Geschlecht oder Bildung eingegangen, wenn diese statistisch signifikant sind. Die Gruppenunterschiede wurden mit einem Chi Quadrat Test (adjustiert nach Rao & Scott) berechnet. Dazu wurden die Survey-Methoden angewendet. Die Haushalts-ID wurde als Cluster berücksichtigt. Alle Analysen wurden mit dem Programm R Version R 4.4.1 (Pakete: tidyverse 2.0.0, srvyr 1.3.0, readstata13 0.10.1) und STATA Version 17.0 durchgeführt. Aufgrund unterschiedlicher statistischer Methoden kann es im Detail zu Abweichung von bisher zur Inanspruch-

nahme medizinischer Leistungen publizierten Ergebnissen für Deutschland kommen.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen

Insgesamt haben 81,4 % der Befragten in Deutschland allgemeinärztliche Leistungen im Jahr vor der Befragung in Anspruch genommen. Dies traf auf Frauen (83,6 %) signifikant häufiger zu als auf Männer (79,1 %; [Abbildung 1](#)). Die 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme allgemeinärztlicher Leistungen stieg in Deutschland über die Altersgruppen hinweg signifikant an, von 77,7 % bei den 18- bis 29-Jährigen bis hin zu 88,1 % bei den 65-Jährigen und Älteren ([Annex Tabelle 1](#)). Weiterhin zeigt sich in Deutschland eine signifikant höhere 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme allgemeinärztlicher Leistungen bei Personen der niedrigen im Vergleich zu Personen der hohen Bildungsgruppe ([Abbildung 2](#)). Im Vergleich zu Deutschland lag die Inanspruchnahme allgemeinärztlicher Leistungen im europäischen Durchschnitt mit 75,7 % rund 6 Prozentpunkte niedriger, bei einer ebenfalls höheren Inanspruchnahme bei Frauen und ähnlichem Altersverlauf ([Abbildung 1](#), [Annex Tabelle 1](#)). Bildungsunterschiede sind im europäischen Durchschnitt nur schwach ausgeprägt, etwa drei Viertel der Personen haben im letzten Jahr unabhängig von der Bildungsgruppe allgemeinärztliche Leistungen in Anspruch genommen ([Abbildung 2](#)).

Fachärztliche Leistungen wurden von insgesamt 60,4 % der Befragten in Deutschland im Jahr vor der Befragung in Anspruch genommen. Wie bei der Inanspruchnahme allgemeinärztlicher Leistungen zeigte sich eine signifikant höhere Inanspruchnahme bei Frauen im Vergleich zu Männern (67,8 % bzw. 53,0 %; [Abbildung 1](#)). Die 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen nahm mit dem Alter signifikant zu, ausgehend von 52,6 % bei den 18- bis 29-Jährigen bis hin zu 66,1 % bei den 65-Jährigen und Älteren ([Annex Tabelle 1](#)). Sowohl in Deutschland als auch im europäischen Durchschnitt war ein signifikanter Bildungsgradient in der 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen zu verzeichnen ([Abbildung 2](#)). Insgesamt ist die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen im europäischen Durchschnitt mit 52,1 % deutlich niedriger als in Deutschland. Frauen nahmen auch hier fachärztliche Leistungen in den letzten 12 Monaten häufiger in Anspruch als Männer und der Altersverlauf war ähnlich, wobei der Unterschied zwischen der jüngsten und der ältesten Altersgruppe größer ausfiel als in Deutschland ([Annex Tabelle 1](#)).

#### 3.2 Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen

Insgesamt haben 82,3 % der Befragten in Deutschland zahnmedizinische Leistungen im Jahr vor der Befragung in An-

spruch genommen, Frauen (86,1%) signifikant häufiger als Männer (78,6%) ([Abbildung 1](#)). Die 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen lag in Deutschland in fast allen Altersgruppen bei über 80%, erst bei den Hochaltrigen ab 75 Jahren war sie mit 77,4% signifikant niedriger ([Annex Tabelle 2](#)). Zudem weisen die Ergebnisse auf einen Bildungsgradienten in der 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen in Deutschland hin ([Abbildung 2](#)): Bei Personen der niedrigen Bildungsgruppe (75,6%) war die Inanspruchnahme signifikant geringer als bei Personen der hohen Bildungsgruppe (87,0%). Im Vergleich zu Deutschland lag die Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen im europäischen Durchschnitt mehr als 20 Prozentpunkte signifikant niedriger (61,1%). Der beobachtete Geschlechterunterschied zugunsten der Frauen spiegelte sich auf geringerem Niveau im europäischen Durchschnitt wider ([Abbildung 1](#)). Der Altersverlauf war im europäischen Durchschnitt ähnlich, hier war ein signifikanter Rückgang in der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen aber schon bei den 65- bis 74-jährigen festzustellen ([Annex Tabelle 2](#)). Ein Bildungsgradient war im europäischen Durchschnitt ebenfalls zu beobachten, der mit 20 Prozentpunkten Unterschied zwischen der niedrigen und der hohen Bildungsgruppe stärker ausgeprägt war als in Deutschland ([Abbildung 2](#)).

### 3.3 Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen

Der Anteil der Personen in Deutschland, die innerhalb eines Jahres psychotherapeutische und psychiatrische Leistungen in Anspruch nahmen, betrug 11,1%, mit einem signifikanten Unterschied zwischen Frauen (13,5%) und Männern (8,7%) ([Abbildung 1](#)). Die Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen lag bei den 18- bis 29-jährigen mit 14,4% am höchsten. Von den Personen ab 65 Jahren nahmen nur noch 4,8% psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe in Anspruch. Bei Frauen fiel der Altersgradient stärker aus als bei Männern ([Annex Tabelle 1](#)). Mit Blick auf die Bildung zeigt sich, dass in Deutschland der Anteil der Personen, die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Anspruch nahmen, in der niedrigen Bildungsgruppe 5,5 Prozentpunkte signifikant höher war als in der mittleren und der hohen Bildungsgruppe. Im europäischen Durchschnitt lag die Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen mit 6,4% deutlich niedriger, es bestand jedoch ebenfalls ein signifikanter Geschlechterunterschied (Frauen: 7,7%, Männer: 5,1%; [Abbildung 1](#)). Der Altersverlauf der Inanspruchnahme war auf der europäischen Ebene auf niedrigerem Niveau ähnlich ([Annex Tabelle 1](#)). Bildungsunterschiede zeigten sich auch im europäischen Durchschnitt, der Unterschied war

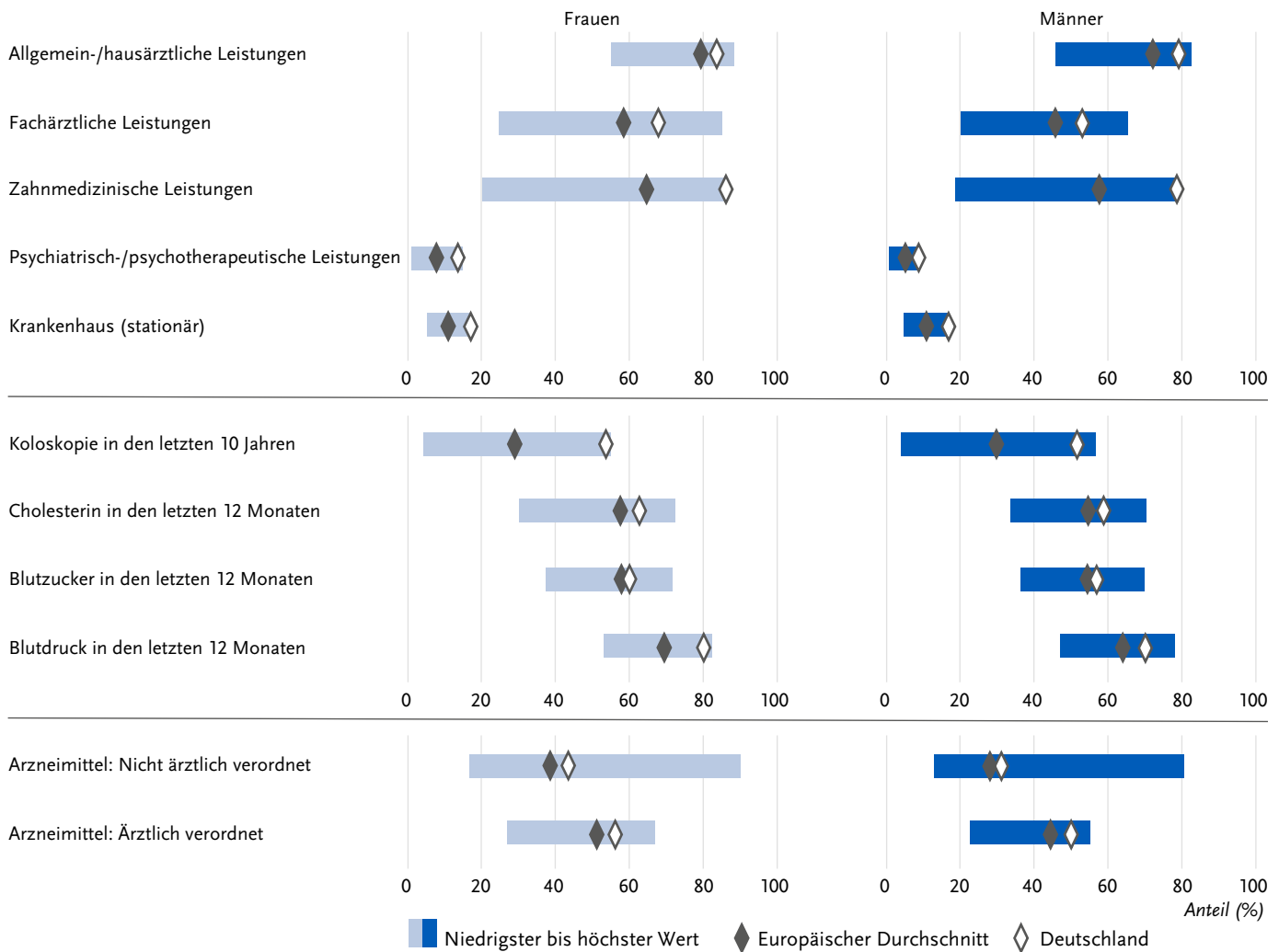
jedoch mit 1,6 Prozentpunkten geringer als in Deutschland ([Abbildung 2](#)).

### 3.4 Inanspruchnahme stationärer Leistungen

Rund ein Sechstel (16,9%) der Erwachsenen in Deutschland verbrachte innerhalb eines Jahres mindestens eine Nacht stationär im Krankenhaus. Dabei bestanden praktisch keine Unterschiede zwischen Frauen (17,0%) und Männern (16,8%) ([Abbildung 1](#)). Der Anteil der Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Jahr nahm mit dem Alter zu: Während von den 18- bis 29-jährigen 11,4% stationäre Leistungen in Anspruch nahmen, waren es bei den 45- bis 64-jährigen 17,8% und bei den 75-jährigen und Älteren 26,3% (Unterschiede signifikant; [Annex Tabelle 1](#)). Der europäische Durchschnitt der Inanspruchnahme stationärer Versorgung war mit 10,8% (Frauen: 10,9%, Männer: 10,8%) signifikant niedriger als in Deutschland. Sowohl in Deutschland als auch auf europäischer Ebene gab es signifikante Unterschiede in der Krankenhausinanspruchnahme nach Bildungsgruppe. Der Anteil der Personen, die stationäre Leistungen in Anspruch nahmen, war in der niedrigen Bildungsgruppe in Deutschland um 5,5 Prozentpunkte und im europäischen Durchschnitt um 3,8 Prozentpunkte höher als in der hohen Bildungsgruppe ([Abbildung 2](#)). Ein Anstieg mit dem Alter zeigte sich auch im europäischen Durchschnitt, wobei die Werte insgesamt niedriger waren als in Deutschland (18- bis 29-jährige: 6,7%, 75-jährige und Ältere: 20,6%; [Annex Tabelle 1](#)).

### 3.5 Inanspruchnahme Koloskopie

Der Anteil der Personen, die angaben, in den letzten 10 Jahren eine Koloskopie in Anspruch genommen zu haben, betrug in Deutschland 52,6%, wobei kaum Unterschiede zwischen Frauen (53,6%) und Männern (51,6%) bestanden. Der Anteil der Personen, die eine Koloskopie in Anspruch genommen haben, nahm sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit dem Alter deutlich zu, von 36,7% bei den 50- bis 54-jährigen auf 66,8% bei den 70- bis 74-jährigen ([Annex Tabelle 3](#)). Insgesamt lag Deutschland bei der Inanspruchnahme der Koloskopie deutlich über dem europäischen Durchschnitt von 29,3% ([Abbildung 1](#)). Hinsichtlich der Bildung zeigten sich in Deutschland keine Unterschiede, während im europäischen Durchschnitt ein signifikanter Gradient zuungunsten der niedrigen Bildungsgruppe bestand ([Abbildung 2](#)). Der Unterschied ist mit 5 Prozentpunkten zwischen der niedrigen (27,2%) und der hohen Bildungsgruppe (32,4%) aber relativ gering.



**Abbildung 1:** Altersstandardisierte Prävalenz der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach Geschlecht für Deutschland und Europa. Quelle: EHIS Welle 3 (2018–2020)

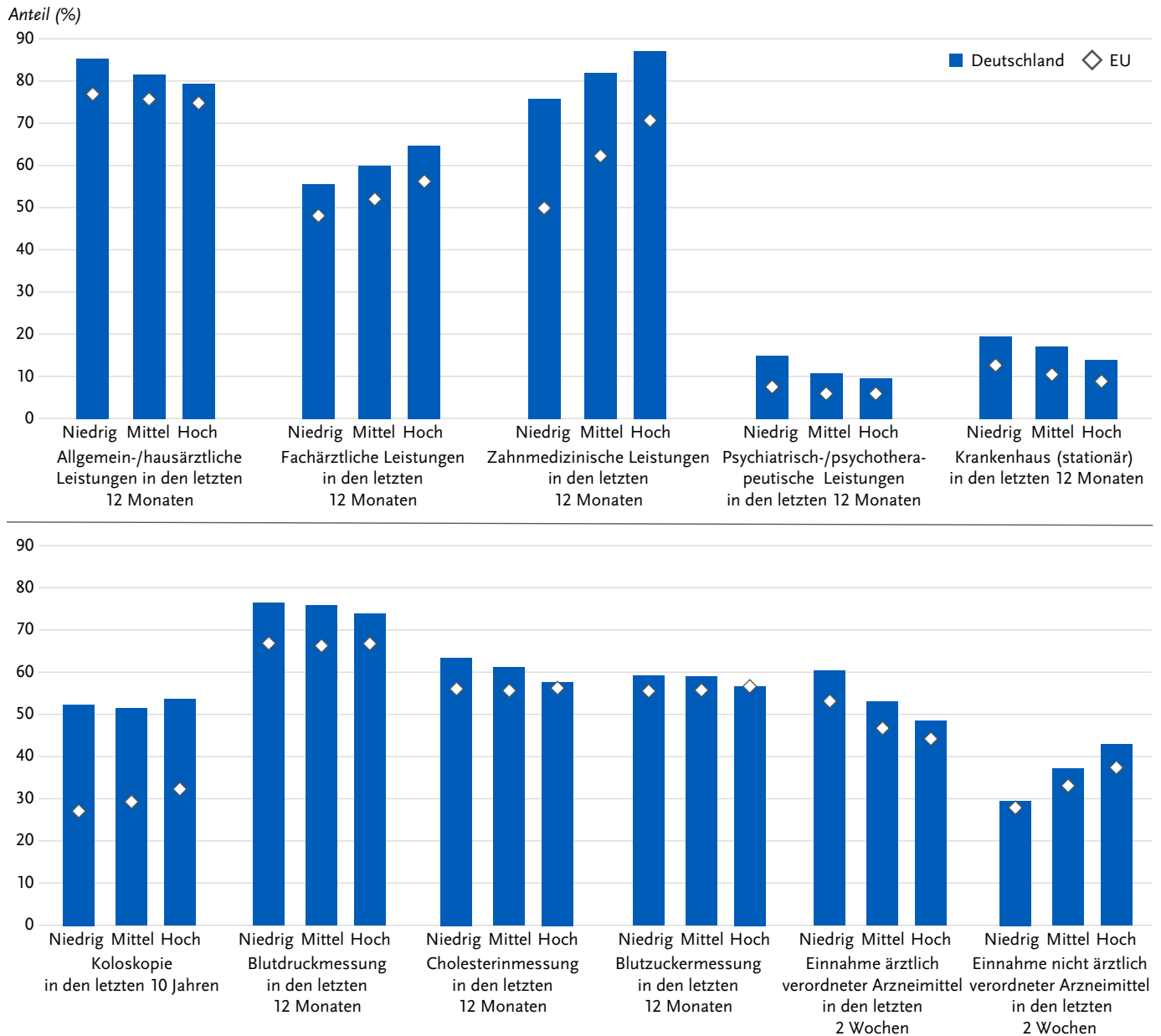
### 3.6 Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten und Blutzucker durch medizinisches Fachpersonal

Der Anteil der Personen, die in den letzten zwölf Monaten ihren Blutdruck, ihre Blutfette und ihren Blutzucker durch medizinisches Fachpersonal kontrollieren ließen, lag bei 75,1%, 60,7% bzw. 58,5%. Der betreffende Anteil lag bei den Frauen signifikant höher als bei den Männern (Abbildung 1). Der Anteil der Personen, die ihren Blutdruck, ihre Blutfette und ihren Blutzucker kontrollieren ließen, stieg mit zunehmendem Alter deutlich an und lag bei den 65-Jährigen und Älteren bei 87,3%, 80,2% bzw. 78,4% (Annex Tabelle 1). Hinsichtlich der Bildung zeigte sich in Deutschland kein Bildungsgefälle bei der Kontrolle von Blutdruck und Blutzucker (Abbildung 2). Jedoch wiesen Personen der hohen Bildungsgruppe einen geringeren Anteil in der Kontrolle von Blutfetten (57,4%) auf als Personen mit niedriger (63,1%) und mittlerer (60,9%) Bildung. Bezogen auf die europäische Bevölkerung lag Deutschland bei der Kontrolle des Blutdrucks, der Blutfette und des Blutzuckerspiegels um 8,4 Prozentpunkte, 4,6 Prozentpunkte bzw. 2,4 Prozentpunkte über dem Durchschnitt der EU-Länder (Abbildung 1). Die Altersentwicklung zeigte

im europäischen Mittel einen ähnlichen Verlauf wie in Deutschland (Annex Tabelle 1). Im europäischen Durchschnitt wurden keine Bildungsunterschiede bei der Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten und Blutzucker festgestellt (Abbildung 2).

### 3.7 Einnahme von Arzneimitteln

Mit 53,1% gab über die Hälfte der Personen in Deutschland an, in den letzten zwei Wochen ärztlich verordnete Medikamente eingenommen zu haben. Bei Frauen lag der Anteil mit 56,2% höher als bei Männern mit 50,0% (Abbildung 1). Die Einnahmeprevalenz unterschied sich in Deutschland signifikant zwischen den Lebensphasen und nahm im Altersverlauf zu: Bei den 65-Jährigen und Älteren lag die Einnahmeprevalenz weit höher als in jüngeren Altersgruppen (Annex Tabelle 1). Allerdings glichen sich in Deutschland die Einnahmeprevalenzen von Frauen und Männern ab der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren an (Annex Tabelle 1). Im Vergleich zu Deutschland war die Einnahme ärztlich verordneter Arzneimittel im europäischen Durchschnitt mit einem Anteil von 47,8% niedriger als in Deutschland.



**Abbildung 2:** Altersstandardisierte Prävalenz der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach Bildung für Deutschland und Europa. Quelle: EHIS Welle 3 (2018–2020)

Geschlechterunterschiede in der Anwendung ärztlich verschriebener Medikamente fanden sich in allen Altersgruppen des europäischen Durchschnitts, mit signifikant höheren Anwendungsprävalenzen bei Frauen als bei Männern ([Annex Tabelle 1](#)). Auch im europäischen Durchschnitt unterschied sich die Einnahmeprävalenz signifikant zwischen den Lebensphasen und nahm im Altersverlauf zu ([Annex Tabelle 1](#)). Sowohl in Deutschland als auch im europäischen Durchschnitt wiesen Personen der niedrigen Bildungsgruppe signifikant höhere Prävalenzen in der Anwendung ärztlich verordneter Medikamente auf als Personen der hohen Bildungsgruppe auf ([Abbildung 2](#)).

Insgesamt gaben 37,3% der Personen in Deutschland an, in den letzten zwei Wochen nicht ärztlich verordnete Medikamente eingenommen zu haben. Frauen trafen diese Aussage mit 43,5% deutlich häufiger als Männer mit 31,1% ([Ab-](#)

[bildung 1](#)). Die Einnahmeprävalenz nicht ärztlich verordneter Medikamente nahm mit dem Alter tendenziell ab: In Deutschland nahmen in der Altersgruppe von 18 bis 29 Jahre 39,2% der Befragten in den letzten zwei Wochen nicht ärztlich verordnete Medikamente ein, während die Anwendungsprävalenzen bei den 65-Jährigen und Älteren bei 31,2% lag ([Annex Tabelle 1](#)). Im Vergleich zu Deutschland lag die Einnahme nicht ärztlich verordneter Arzneimittel im europäischen Durchschnitt mit 33,3% niedriger, wobei auch hier Geschlechterunterschiede in der Anwendung nicht ärztlich verschriebener Medikamente zu verzeichnen waren, mit signifikant höheren Anwendungsprävalenzen bei Frauen aller Altersgruppen ([Abbildung 1](#), [Annex Tabelle 1](#)). Der Altersverlauf zeigte auch im europäischen Durchschnitt eine leicht abnehmende Tendenz ([Annex Tabelle 1](#)). Sowohl in Deutschland als auch im europäischen Durchschnitt wiesen Perso-



nen der hohen Bildungsgruppe signifikant höhere Prävalenzen in der Anwendung nicht ärztlich verordneter Medikamente auf (Abbildung 2).

#### 4. Diskussion

Als Hauptergebnis lässt sich festhalten, dass die Inanspruchnahme der betrachteten medizinischen Leistungen in Deutschland ohne Ausnahme höher ausfiel als im europäischen Mittel. Demografische und soziale Unterschiede waren in Deutschland und Europa hingegen ähnlich gelagert. Bei den meisten Leistungen fand sich eine höhere Inanspruchnahme bei Frauen und mit steigendem Alter. Soziale Gradienten zeigten sich nicht nach einem einheitlichen Muster. Leistungen, deren Inanspruchnahme sich nach Bildungsgruppen nicht unterscheidet (z. B. Koloskopie), finden sich ebenso wie eine höhere Inanspruchnahme bei niedriger Bildung (z. B. stationäre Inanspruchnahme) wie auch bei höherer Bildung (z. B. fach- und zahnmedizinische Leistungen).

##### 4.1 Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen

Die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen bewegte sich in Deutschland auf einem im Vergleich zum europäischen Durchschnitt relativ hohen Niveau. Sowohl allgemeinärztliche als auch fachärztliche Leistungen wurden im Schnitt deutlich häufiger genutzt als in anderen europäischen Ländern. Darüber hinaus fanden sich in Deutschland und Europa ähnliche Muster im Sinne einer Zunahme der Inanspruchnahme mit dem Alter und einer häufigeren Nutzung ambulanter ärztlicher Leistungen durch Frauen. Bei der Bildung zeigte sich eine mit zunehmender Bildung steigende Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen, aber eine abnehmende Nutzung allgemeinärztlicher Leistungen.

Während die altersassoziierte Zunahme der Inanspruchnahme mit einer größeren Morbidität im Alter erklärt werden kann, können für Geschlechterunterschiede verschiedene Erklärungsansätze herangezogen werden. Zum einen suchen Frauen bei gesundheitlichen Problemen schneller professionelle Hilfe. Zum anderen können frauenspezifische gynäkologische Untersuchungen oder Krebsvorsorgeuntersuchungen die Inanspruchnahme beeinflussen und generell nehmen Frauen präventive Leistungen regelmäßiger in Anspruch als Männer [31].

Das höhere Niveau der Inanspruchnahme in Deutschland im Vergleich zu den meisten anderen europäischen Ländern hat unterschiedliche Ursachen. Spezifisch für die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen kann in Deutschland der freie Zugang zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten hervorgehoben werden. Eine ausgeprägte Gatekeeperfunktion, welche die Nutzung fachärztlicher Leistungen regulieren könnte, kennt das deutsche Gesundheitswesen

kaum. Ausnahme bilden lediglich die freiwilligen Programme der Hausarztzentrierten Versorgung, die nur von einem kleineren Teil der Bevölkerung und der Leistungserbringer genutzt werden [32]. Darüber hinaus weist das deutsche Gesundheitssystem eine vergleichsweise sehr hohe Abdeckung gesundheitlicher Leistungen in verschiedenen Bereichen auf [33]. Damit einher geht ein relativ geringes Niveau an Selbstzahlerleistungen (Out-of-pocket payments) und an ungedecktem Versorgungsbedarf [33].

Die gezeigten Unterschiede nach Bildung, insbesondere zugunsten einer höheren Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen sind aus der Literatur bekannt. Erklärt werden sie unter anderem durch eine höhere Neigung von Personen der niedrigen Bildungsgruppe, sich unter anderem aufgrund von Kommunikationsbarrieren stärker von Hausärztinnen und Hausärzten durch die Versorgung „lotsen“ zu lassen, wohingegen viele Angehörige höherer Bildungsgruppen den direkten Zugang zu Spezialistinnen und Spezialisten suchen [18, 34]. Zu berücksichtigen bleibt zudem die höhere Morbidität in niedrigen sozioökonomischen Statusgruppen [35]. Inwieweit der bildungsspezifische Mix aus allgemein- und fachärztlicher Versorgung bei unterschiedlicher Morbidität geeignet ist, eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten, sollte in Deutschland und darüber hinaus Gegenstand weiterer Untersuchungen sein. Dabei gilt es auch potenzielle strukturelle Zugangsbarrieren zu berücksichtigen wie längere Wege und Wartezeiten bei gesetzlich Versicherten, die das Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen können.

##### 4.2 Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen

Die Mehrheit der Erwachsenen in Deutschland (82,3 %) hat innerhalb eines Jahres zahnmedizinische Leistungen in Anspruch genommen. Im Vergleich zu EHIS 2, der 2014/2015 durchgeführt wurde, ist die Inanspruchnahme damit auf hohem Niveau stabil geblieben (81,6 %) [5]. Im europäischen Durchschnitt war die Inanspruchnahme um mehr als 20 Prozentpunkte geringer (61,1 %). Die Zahnmedizin ist eine Fachrichtung, die auch präventiv ausgerichtet ist, insbesondere in Deutschland [36]. Hier haben gesetzlich Versicherte ab 18 Jahren einmal pro Kalenderhalbjahr Anspruch auf eine Zahnvorsorgeuntersuchung [37]. Die Inanspruchnahme wird einmal im Jahr in einem Bonusheft dokumentiert, um im Bedarfsfall Anspruch auf einen höheren Festzuschuss zum Zahnersatz zu erhalten [36]. Insofern ist die höhere Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen in Deutschland im Vergleich zum europäischen Durchschnitt auch vor dem Hintergrund des Bonusystems für Zahnersatz zu sehen [36].

Eine höhere Inanspruchnahmequote zahnmedizinischer Leistungen zeigte sich in Deutschland bei Frauen, Personen im mittleren und höheren Alter und in der hohen Bildungsgruppe. Dies wird durch frühere Forschungsarbeiten ge-

stützt [5, 38]. Insgesamt passen hierzu die Ergebnisse von Studien, die zeigen, dass diese Personengruppen präventionsorientierter sind [39, 40]. Auch im europäischen Durchschnitt waren diese Unterschiede nach Geschlecht, Alter und Bildung festzustellen. Trotz des präventiven Charakters der Zahnmedizin überwiegt bei Erwachsenen in Deutschland nach wie vor die Therapie in der zahnärztlichen Versorgung [36, 41]. Durch den Rückgang von Zahnvorsorgeuntersuchungen während der COVID-19-Pandemie [42–44] wird eine therapeutisch-kurativ ausgerichtete Zahnmedizin weiter begünstigt. Im internationalen Vergleich bietet die vertragszahnärztliche Versorgung in Deutschland gesetzlich Versicherten ein breites Leistungsspektrum. So sind Leistungen, wie etwa festsitzender Zahnersatz, in vielen anderen Ländern durch die Krankenversicherung nicht abgedeckt [36], während in Deutschland bei einem lückenlos geführten Bonusheft von über zehn Jahren die Basistherapie für Zahnersatz von der GKV übernommen wird (Regelversorgung) [45]. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) bewertet trotz regionaler Schwankungen und einem Stadt-Land-Gefälle die Verfügbarkeit vertragszahnärztlicher Versorgung in Deutschland insgesamt als gut [44].

### 4.3 Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen

Mit einem Anteil von 13,5 % der Frauen und 8,7 % der Männer ist die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen und psychiatrischen Leistungen in Deutschland im EHIS 3 gegenüber EHIS 2 weitgehend stabil geblieben (Frauen: 12,8 %, Männer 8,9 % [46]). Dass die Altersgruppe der 65-jährigen und Älteren deutlich seltener von Kontakten zu Psychiatern, Psychotherapeuten und Psychologen berichtet als die Gruppe der 18- bis 29-Jährigen, kann im Zusammenhang mit bei Älteren verbreiteten stigmatisierenden Einstellungen gegenüber psychischen Störungen und Hilfesuche sowie negativen Annahmen über die professionellen Angebote stehen [47]. Die höhere Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen durch Frauen gegenüber Männern sowie durch Personen aus der niedrigen Bildungsgruppe gegenüber den höheren Bildungsgruppen entspricht dagegen den bekannten geschlechts- und bildungsbezogenen Gradienten der Krankheitslast [48], wobei dennoch, wie beispielsweise für die psychotherapeutische Versorgung gezeigt [49], weitere Potenziale für einen bedarfsgerechteren Zugang bestehen. Dazu zählt auch die regional sehr ungleiche Verteilung von psychotherapeutischen und psychiatrischen beziehungsweise nervenärztlichen Praxen. Sie stellt eine Barriere für die Nutzung der betreffenden Leistungen dar, die sich partiell in einem regional unterschiedlichen Inanspruchnahmeverhalten spiegelt [46].

Im Vergleich zum europäischen Durchschnitt von 6,4 % werden psychiatrische und psychotherapeutische Angebote in Deutschland (11,1 %) wesentlich häufiger genutzt. Dieser Unterschied erklärt sich vermutlich überwiegend durch die Kostenübernahme der Leistungen durch die gesetzliche (und häufig auch private) Krankenversicherung in Deutschland sowie das breit ausgebaute Versorgungsangebot für Menschen mit psychischen Beschwerden und Störungen, das entsprechend vielen Erwachsenen zumindest die erfragte einmalige Kontaktaufnahme zu psychologisch, psychotherapeutisch oder psychiatrisch tätigen Fachkräften ermöglicht [50, 51]. Dennoch deutet deren Prävalenz gemessen an der Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung auch für Deutschland auf eine potenzielle Unterversorgung mit professionellen Unterstützungsangeboten hin [52]. Unter der Annahme eher geringerer Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Störungen innerhalb Europas ist die Unterversorgung in vielen anderen EU-Ländern damit möglicherweise noch ausgeprägter.

### 4.4 Inanspruchnahme stationärer Leistungen

Mit rund 17 % ist der Anteil der Erwachsenen in Deutschland, die innerhalb eines Jahres mindestens eine Nacht stationär im Krankenhaus verbracht haben, im Vergleich zur Erhebung EHIS 2 (16,2 %) [6] geringfügig angestiegen. Dies kann unter anderem durch die älter werdende Bevölkerung und die damit einhergehende höhere Krankheitslast bedingt sein; als weiterer Grund gilt die Zunahme der Behandlungsmöglichkeiten aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts [53]. Der in EHIS 2 erhobene Befund einer höheren Inanspruchnahme stationärer Leistungen bei jüngeren Frauen [6] ist in den aktuellen EHIS-Daten kaum noch zu finden. Ob dies auf einen dauerhaften Trend hinweist, der möglicherweise mit einem höheren Anteil ambulanter Klinikgeburten zusammenhängen könnte, werden Folgeerhebungen zeigen. Die höhere Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen bei älteren Menschen kann mit einem höheren Behandlungsbedarf durch die höhere Morbidität im Alter erklärt werden. Bildungsunterschiede in der stationären Inanspruchnahme sind auch in früheren EHIS-Wellen zu finden und lassen sich auf eine höhere Prävalenz vor allem von chronischen Erkrankungen in den niedrigen Bildungsgruppen zurückführen [54].

Die im europäischen Vergleich hohe stationäre Inanspruchnahme in Deutschland – im europäischen Durchschnitt beträgt sie nur gut 10 % – zeigt sich auch in den amtlichen Krankenhausstatistiken. Demnach hatte Deutschland im Jahr 2020 die zweithöchste Anzahl an Krankenhausentlassungen pro 100.000 Einwohner in Europa [7]. Die hohe stationäre Inanspruchnahme geht unter anderem einher mit einer im europäischen Vergleich hohen Zahl an elektiven Eingriffen wie Hüftgelenks- und Kniegelenksprothesen sowie

einem hohen Niveau sogenannter ambulant-sensitiver Leistungen (stationär erbrachte Leistungen, die auch im ambulanten Sektor vorgenommen werden können) [55]. Sie wird häufig in Verbindung mit den Angebotsstrukturen gesehen: Deutschland hat die höchste Zahl an Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner in Europa (2020: 7,8 gegenüber 5,0 in der EU23 [7]). Aber auch die aufgrund der Altersstruktur der Bevölkerung höhere Krankheitslast in Deutschland kann zu der höheren stationären Inanspruchnahme beitragen. Ein Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts weist darauf hin, dass in anderen Ländern Nachsorgeangebote und intersektorale Zusammenarbeit besser organisiert sind, was die Krankenhäuser entlastet [56]. Zudem werden durch das zur Abrechnung genutzte Fallpauschalensystem (DRG-System) nicht nur finanzielle Anreize für Krankenhausleistungen, die höhere Gewinne erbringen, sondern auch allgemein für Fallzahlsteigerungen gesetzt [53]. Die Besonderheit der Krankenhausversorgung in Deutschland, dass neben öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern rund 40% der Krankenhäuser in privater Trägerschaft sind [57] und somit gewinnorientiert agieren, kann darüber hinaus einen zusätzlichen Effekt haben [58]. Insgesamt wird politischer Handlungsbedarf im Bereich der Krankenhausversorgung gesehen: Im Mai 2022 wurde eine Regierungskommission eingerichtet mit dem Ziel, die Krankenhausversorgung zu reformieren [59].

#### 4.5 Inanspruchnahme Koloskopie

Über die Hälfte der Erwachsenen im Alter ab 50 Jahren hat in Deutschland innerhalb der letzten zehn Jahre eine Koloskopie in Anspruch genommen (52,6%), was deutlich über dem europäischen Durchschnitt lag (29,3%). Sowohl in Deutschland als auch im europäischen Durchschnitt nahmen ältere Erwachsene diese Untersuchung häufiger war als jüngere, es bestanden dabei jedoch keine Geschlechterunterschiede. Bildungsunterschiede bei der Inanspruchnahme zuungunsten der niedrigen Bildungsgruppe zeigten sich nur in Europa, in Deutschland bestehen diese nicht.

Seit dem Jahr 2002 wird die Koloskopie in Deutschland als Krebsfrüherkennungsuntersuchung angeboten (präventive Darmspiegelung), seit Juli 2019 existiert ein organisiertes und qualitätsgesichertes Screening-Programm. Seitdem werden gesetzlich Versicherte über dieses Angebot informiert und eingeladen. Frauen im Alter von 50 bis 54 Jahren können sich für einen jährlichen Test auf Blut im Stuhl entscheiden. Männer von 50 bis 54 Jahren können sich zwischen einem jährlichen Test auf Blut im Stuhl und einer Koloskopie (alle zehn Jahre) entscheiden. Frauen und Männer ab 55 Jahre können zwischen einem Test auf Blut im Stuhl, der alle zwei Jahre durchgeführt wird, und maximal zwei Früherkennungs-Koloskopien im Abstand von zehn Jahren entscheiden. Bei auffälligen Stuhltests besteht immer ein An-

spruch auf eine Koloskopie [60]. Diese wird aber auch durchgeführt, um Beschwerden oder andere Erkrankungen abzuklären (kurative Darmspiegelung). Anhand von Abrechnungsdaten konnte gezeigt werden, dass die Mehrheit der Untersuchungen aus anderen Gründen als der Früherkennung durchgeführt wurde, das Verhältnis zwischen präventiven und kurativen Koloskopien betrug etwa 1:3 [61]. Beide Untersuchungen sind Leistungen der GKV in Deutschland und es besteht ein gut ausgebautes Versorgungsangebot im Bereich Gastroenterologie [62].

In den vergangenen zwei Jahrzehnten wurden in den europäischen Ländern umfangreiche Darmkrebs-Früherkennungsprogramme eingeführt, die sich in ihrem Angebot jedoch stark voneinander unterscheiden [26]. In EHIS 3 wird jedoch nur die Inanspruchnahme erfragt, nicht der Grund der Untersuchung, sodass hier davon ausgegangen werden kann, dass beide Möglichkeiten berichtet werden. Die Inanspruchnahme der Koloskopie ist in Deutschland gegenüber dem EHIS 2 (2014/2015) relativ stabil geblieben [63]. Der vergleichsweise hohe Anteil von Koloskopien in Deutschland wurde auch in anderen Studien ermittelt, die auf Selbstangaben beruhen [64]. Bereits im EHIS 2 zeigten sich große Unterschiede in der Inanspruchnahme in Europa, wobei insgesamt festgestellt wurde, dass in Ländern mit vollständig eingeführten Screening-Programmen bzw. in Ländern, die sowohl Stuhltests als auch Koloskopien zur Darmkrebsfrüherkennung anbieten, die Inanspruchnahme am höchsten war und in Ländern, in denen es kein Screening-Programm gab, die Inanspruchnahme sehr viel geringer oder nahezu inexistent war [26]. Die jüngste Altersgruppe, die für die Früherkennung infrage kommt, war auch in EHIS 2 mit einer geringeren Inanspruchnahme assoziiert, ebenso wie ein niedriges Bildungsniveau [26, 65].

#### 4.6 Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten und Blutzucker durch medizinisches Fachpersonal

Die Mehrheit der Erwachsenen in Deutschland ließ im Jahr vor der Befragung mindestens einmal ihren Blutdruck, ihre Blutfette und ihren Blutzucker von medizinischem Fachpersonal messen. Damit liegen die Ergebnisse über dem europäischen Durchschnitt. Sowohl in Deutschland als auch in anderen europäischen Ländern ließen Frauen häufiger als Männer und ältere Erwachsene häufiger als jüngere Erwachsene ihren Blutdruck, ihre Blutfette und ihren Blutzucker kontrollieren. Es wurden keine Bildungsunterschiede bei den Anteilen der Kontrolle von Blutdruck und Blutfetten in Deutschland und im europäischen Durchschnitt festgestellt. Allerdings ließen Frauen der hohen Bildungsgruppe in Deutschland seltener ihre Blutfette kontrollieren als Frauen der niedrigen und mittleren Bildungsgruppen.

Deutschland zählt europaweit zu den Ländern mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil an Kontrolluntersuchungen von Blutdruck, Blutfetten und Blutzucker in den vergangenen 12 Monaten. Dies wurde bei Personen ab 15 Jahren in EHIS 2 (2014/2015) [66] und EHIS 3 (2018–2020) [67] durchgängig festgestellt. Laut EHIS 2 ließen 77,6%, 56,1% und 58,1% der über 15-Jährigen in Deutschland ihren Blutdruck, ihre Blutfette bzw. ihren Blutzucker messen [66], was mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie bei Erwachsenen ab 18 Jahre vergleichbar ist. Auch in EHIS 2 wurden alters- und geschlechtsbezogene Unterschiede in der Inanspruchnahme von Blutdruck-, Blutfett- und Blutzuckermessungen festgestellt, sowohl für Deutschland als auch für die anderen europäischen Länder [66].

Der hohe Anteil an Vorsorgeuntersuchungen spiegelt zum einen das Gesundheitsbewusstsein der Menschen ohne bekannte Erkrankungen (Bluthochdruck, Hyperlipidämie und Diabetes) und zum anderen die Versorgungsqualität von Menschen mit bekannten Erkrankungen wider. Personen mit bekannten Erkrankungen, die sich in Behandlung befinden, tragen erheblich zu den in dieser Studie festgestellten hohen Anteilen bei. Die regelmäßigen Messungen sind bei Menschen mit bekannten Krankheiten nicht nur für die medikamentöse Therapie, zum Beispiel die Anpassung der Medikamentendosis, sondern auch für das Monitoring des Krankheitsverlaufs notwendig und werden in den klinischen Leitlinien gefordert. So empfiehlt zum Beispiel die DMP-Leitlinie für Typ-2-Diabetes (DMP: Disease-Management-Programme), dass der Blutzuckerwert und der Blutdruck von Menschen mit Typ-2-Diabetes vierteljährlich, mindestens aber halbjährlich bestimmt werden sollten [68]. Die klinischen Leitlinien empfehlen außerdem Behandlungsziele für Blutdruck, Blutfette und Blutzucker für Menschen, die sich einer Therapie unterziehen [69]. Infolgedessen lässt sich beispielsweise eine Bestimmung des Blutzuckerwerts (HbA1c) in den vergangenen 12 Monaten bei nahezu allen Personen mit Typ-2-Diabetes im Alter von 45 Jahren feststellen (95,7%) [70]. Da Bluthochdruck [71], Hyperlipidämie [9] und Diabetes [72] in hohem Maße altersbedingte chronische Krankheiten sind, ist es nicht unerwartet, dass der Anteil der Menschen, die ihren Blutdruck, ihre Blutfette und ihren Blutzucker kontrollieren lassen, mit dem Alter deutlich zunimmt und bei Erwachsenen ab 65 Jahren hohe Werte erreicht.

Bei Menschen mit nicht diagnostiziertem Bluthochdruck [11], nicht diagnostizierter Dyslipidämie [9] und Diabetes [12] können Kontrolluntersuchungen von Blutdruck, Blutfetten und Blutzucker durch medizinisches Fachpersonal diese Krankheiten in einem früheren Stadium aufdecken. Um die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen zu erhöhen, bieten alle Krankenkassen in Deutschland sogenannte Bonusprogramme an. Außerdem haben alle gesetzlich Krankenversicherten ab 35 Jahren alle drei Jahre Anspruch auf eine ärztliche Unter-

suchung, die eine Messung des Blutdrucks und einen Bluttest zur Bestimmung des Blutzucker- und Cholesterinspiegels umfasst [73]. Ab April 2019 wurde dieser Gesundheits-Check-up auf die 18- bis 34-Jährigen ausgeweitet, allerdings nur einmalig [74]. Daten der GKV-Versicherten zeigen, dass etwa drei Viertel aller Versicherten ab 35 Jahren jemals [75] und fast die Hälfte in den letzten zwei Jahren [76] am Gesundheits-Check-up teilgenommen hat. So wurde bei 78,1% der Frauen und 62,5% der Männer ohne bekannten Bluthochdruck der Blutdruck innerhalb des letzten Jahres von einem medizinischen Fachpersonal gemessen [77]. Die hohe Teilnahmequote an Vorsorgeuntersuchungen und die finanziellen Anreize für die Gesundheitsvorsorge durch Bonusprogramme der Krankenkassen könnten möglicherweise zu dem hohen Anteil an Vorsorgeuntersuchungen in Deutschland beigetragen haben.

Die nach Bildung differenzierten Ergebnisse zeigen, dass sich die Inanspruchnahme der Kontrolluntersuchungen von Blutfettwerten bei Erwachsenen in Deutschland zwischen den verschiedenen Bildungsgruppen deutlich unterscheidet. In einer früheren Auswertung von EHIS 2 für Deutschland zeigte sich, dass insbesondere bei Frauen der hohen Bildungsgruppe ein geringerer Anteil Blutfette und Blutzucker kontrollieren lässt als bei Frauen der mittleren und der niedrigen Bildungsgruppe [66]. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass in Deutschland die Bildungsunterschiede in der Prävalenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen [71,78] und Diabetes [72] bei Frauen besonders ausgeprägt sind. Denn besonders Frauen in den höheren Bildungsgruppen haben eine deutlich geringere Prävalenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes als Frauen in der niedrigen Bildungsgruppen. Bei Männern hingegen waren diese Unterschiede weniger ausgeprägt. Allerdings wurde das Bildungsgefälle in der Inanspruchnahme von Kontrolluntersuchungen von Blutzucker bei Frauen [19] durch die Gewichtung auf die europäische Standardbevölkerung in der vorliegenden Auswertung anstelle der allgemeinen Bevölkerung in Deutschland [19] verändert.

#### 4.7 Einnahme von Arzneimitteln

Mehr als die Hälfte der Erwachsenen in Deutschland nahmen ärztlich verordnete Arzneimittel in den letzten zwei Wochen vor der Befragung ein. Diese Prävalenz ist im Vergleich zu EHIS 2 ähnlich geblieben [79]. Signifikante geschlechtsbezogene Unterschiede in der Anwendung ärztlich verschriebener Medikamente waren sowohl in EHIS 2 als auch EHIS 3 zu verzeichnen, vor allem in den jüngeren Altersgruppen (unter 65 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 nahm mit dem Alter zu, was auf die im Altersverlauf steigenden Prävalenzen von chronischen Erkrankungen zurückzuführen ist [14,79].



Der europäische Durchschnitt für die Anwendung ärztlich verordneter Arzneimittel ist im Vergleich zu EHIS 2 (2014/2015) ähnlich geblieben [80].

Mehr als ein Drittel (37,3 %) der Erwachsenen in Deutschland nahmen nicht ärztlich verordnete Arzneimittel in den letzten zwei Wochen vor der Befragung ein. Diese Prävalenz ist niedriger als in EHIS 2 (42,1 %) [9]. Signifikante geschlechtsbezogene Unterschiede in der Anwendung nicht ärztlich verschriebener Medikamente waren sowohl in EHIS 2 als auch in EHIS 3 zu verzeichnen, mit höheren Anwendungsprävalenzen bei Frauen als bei Männern. Im Vergleich zu Deutschland lag die Einnahme nicht ärztlich verordneter Arzneimittel mit 33,3 % im europäischen Durchschnitt niedriger, wobei auch hier Geschlechterunterschiede zu verzeichnen waren, mit signifikant höheren Anwendungsprävalenzen bei Frauen aller Altersgruppen.

Der Bildungsgradient sowohl in Deutschland als auch im europäischen Durchschnitt verläuft bei der Einnahme von verordneten und nicht verordneten Medikamenten gegensätzlich. Personen der höheren Bildungsgruppe nehmen tendenziell häufiger nicht ärztlich verordnete Medikamente ein, während Personen der niedrigen Bildungsgruppe häufiger ärztlich verordnete Medikamente einnehmen. Dies könnte auf finanzielle Barrieren hinweisen. Menschen mit niedrigerem Bildungsstand und geringerem Einkommen haben möglicherweise Schwierigkeiten, frei verkäufliche (Over-The-Counter, OTC) Medikamente zu finanzieren und sind stärker auf verschreibungspflichtige Medikamente angewiesen. Dagegen können sich höher gebildete Personen mit größerem Einkommen nicht verordnete Präparate eher leisten [81–83].

#### 4.8 Stärken und Schwächen

Mit dem EHIS ist es möglich, nationale Gesundheitsdaten mit denen anderer europäischer Staaten zu vergleichen. Ziel des EHIS ist es, auf harmonisierter Basis und mit einem hohen Maß an Vergleichbarkeit zwischen den Mitgliedstaaten den Gesundheitszustand, die Determinanten der Gesundheit sowie die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und möglicher Barrieren beim Zugang zu messen. Damit können auch sozioökonomische Ungleichheiten in der Gesundheit analysiert werden und wie sich diese in Europa unterscheiden. Der EHIS ist damit eine wichtige Informationsgrundlage für die europäische Gesundheitspolitik und -berichterstattung. Eine weitere Stärke ist, dass alle Länder detaillierte Regeln und Empfehlungen für die Datenerhebung befolgen müssen, um ein hohes Maß an Vergleichbarkeit zu gewährleisten [17,84].

Jedoch ist zu beachten, dass Erhebungsmodi und Stichprobendesign zwischen den Ländern variieren, was bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden muss [85]. Zudem handelt es sich bei den Angaben aus EHIS um Selbstangaben, was zu Berichts- und Erinnerungsfehlern und damit

zu einer Über- oder Untererfassung geführt haben könnte. Vergleiche zwischen Ländern sollten hiervon jedoch nicht beeinträchtigt sein. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist außerdem zu beachten, dass Deutschland bei den Berechnungen des europäischen Durchschnitts eingeschlossen wird, sodass die gefundenen Unterschiede zwischen Deutschland und Europa eher konservativ ausfallen. Als wichtige Rahmenbedingung ist zu beachten, dass die Gesundheitssysteme der Länder und deren Finanzierung variieren, und damit zum Beispiel auch der Kreis der Leistungsberechtigten und der Umfang der Leistungen, die angeboten bzw. deren Kosten übernommen werden. Die vorliegenden vergleichenden Auswertungen liefern aber wichtige Erkenntnisse. Auch wenn die Generalisierbarkeit der Ergebnisse aus den genannten Gründen eingeschränkt ist, erweist sich der europäische Vergleich auf Basis von EHIS 3 damit als informativ und aussagekräftig.

#### 4.9 Fazit

Besonders augenfällig ist die im europäischen Vergleich höhere Inanspruchnahme ausnahmslos aller betrachteten medizinischen Leistungen in Deutschland. Eine Bewertung muss allerdings differenziert erfolgen. So lassen sich aus dem Vergleich der Inanspruchnahme nicht ohne weiteres Aussagen zur Bedarfsgerechtigkeit oder zur Qualität der Versorgung ableiten. Eine hohe Inanspruchnahme spricht insgesamt für einen guten Zugang zum Gesundheitssystem und einen umfangreichen Leistungskatalog in Deutschland, kann aber zum Teil auch mit Überversorgung einhergehen. Wenn evidenzbasierte Maßnahmen wie die Koloskopie oder präventive zahnmedizinische Leistungen wie die Zahnvorsorgeuntersuchung in Deutschland häufiger wahrgenommen werden als in anderen Ländern, kann dies durchaus positiv bewertet werden. Offenbar ist der Zugang zu diesen Leistungen in Deutschland niedrigschwellig organisiert und die Zielgruppen werden vergleichsweise gut erreicht.

Kritischer diskutiert wird die stationäre Leistungsdichte in Deutschland. Eine im internationalen Vergleich sehr hohe Dichte an Krankenhausbetten kann eine erhöhte Inanspruchnahme und höhere Kosten nach sich ziehen. Aber auch systemimmanente finanzielle Anreize können zu den hohen stationären Fallzahlen beitragen.

Die Kritik am deutschen Gesundheitssystem, eine höhere Versorgungsdichte in Deutschland wirke sich nicht notwendigerweise positiv auf die Bevölkerungsgesundheit aus [55], weist über das Versorgungssystem hinaus. So entwickelt sich die Lebenserwartung in Deutschland weniger gut als in anderen europäischen Ländern. Dies wird nicht zuletzt auf eine höhere Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückgeführt [86] und rückt zunehmend die Prävention klassischer Risikofaktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel und Alkoholkonsum in den Fokus [55].



**Datenschutz und Ethik**

EHIS 3 unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und die deutsche Teilstudie GEDA 2019/2020-EHIS zudem dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die GEDA 2019/2020-EHIS 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) [87]. Das Vorgehen in den Teilstudien anderer Länder folgt ggf. anderen nationalen Vorgaben und Vorgehensweisen [88].

**Datenverfügbarkeit**

Die EHIS-Mikrodaten stehen Forschenden zur Verfügung, die statistische Analysen für wissenschaftliche Zwecke durchführen. Die Mikrodaten enthalten keine administrativen Informationen wie Namen oder Adressen, die eine direkte Identifizierung ermöglichen würden. Um ein hohes Maß an Vertraulichkeit zu gewährleisten, wurde eine Reihe von Anonymisierungsregeln angewandt, einschließlich des Weglassens einiger Variablen oder der Gruppierung von Antwortkategorien. Weitere Einzelheiten zum Zugang zu den Mikrodaten finden sich unter [24]: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/>.

**Förderungshinweis**

Die an EHIS teilnehmenden Länder verpflichten sich zur Durchführung und Finanzierung der nationalen Teilstudien. GEDA 2019/2020-EHIS wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert. Informationen zur Finanzierung weiterer Teilstudien finden sich in Dokumentationen bzw. Publikationen der teilnehmenden Länder. Die vorliegende Analyse wurde durch Fördermittel des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen des Projektes Nationale Diabetes-Surveillance mit Erweiterung zu einer NCD-Surveillance unterstützt (Förderkennzeichen: 2523DIA002).

**Beiträge der Autorinnen und Autoren**

Maßgebliche Beiträge zur Konzeption und Design der Arbeit: LK, FP, AS, YD, GS, JT, AR; zur Analyse der verwendeten Daten: LK, RK, AS, YD; zur Interpretation der verwendeten Daten: LK, FP, AS, YD, GS, JT, AR. Ausarbeitung des Manuskripts: LK, FP, AS, GS, YD, JT, AR; kritische Überarbeitung bedeutender Inhalte: LK, FP, AS, YD, GS, RK, JT, AR. Finale Version des Manuskripts gelesen und der Veröffentlichung zugestimmt: LK, FP, AS, YD, GS, RK, JT, AR.

**Interessenkonflikt**

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

**Literatur**

- Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand 2008. [cited 23.10.2024]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/349649>
- Robert Koch-Institut, editor. Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI; 2015.
- Robert Koch-Institut, editor. Ambulante Versorgung. Berlin: RKI; 2015.
- Prütz F, Rommel A. Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland. Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung; 2017.
- Krause L, Schmidt P, Seeling S, Prütz F. Inanspruchnahme zahnmedizinischer Versorgung von Erwachsenen mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen – Ergebnisse der Studie GEDA 2014/2015-EHIS. Bundesgesundheitsbl. 2023;66(12):1414-22. Epub 20230714. doi: 10.1007/s00103-023-03748-7.
- Prütz F, Rommel A. Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen in Deutschland J Health Monit. 2017;2(4):95-100. doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-117.
- OECD/European Union. Hospital beds and discharges. Paris: OECD Publishing; 2022 [cited 24.06.2024]. Available from: <https://doi.org/10.1787/518727bb-en>.
- Neuhauser H, Thamm M, Ellert U. Blutdruck in Deutschland 2008–2011. Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung; 2013. p. 795-801.
- Scheidt-Nave C, Du Y, Knopf H, Schienkiewitz A, Ziese T, Nowossadeck E, et al. Verbreitung von Fettstoffwechselstörungen bei Erwachsenen in Deutschland. Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung; 2013. p. 661-7.
- Du Y, Baumert J, Paprott R, Teti A, Heidemann C, Scheidt-Nave C. Factors associated with undiagnosed type 2 diabetes in Germany: results from German Health Interview and Examination Survey for Adults 2008–2011. BMJ Open Diabetes Research & Care. 2020;8(1):e001707. doi: 10.1136/bmjdr-2020-001707.
- Neuhauser HK, Adler C, Rosario AS, Diederichs C, Ellert U. Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in Germany 1998 and 2008–11. J Hum Hypertens. 2015;29(4):247-53. doi: 10.1038/jhh.2014.82.
- Heidemann C, Du Y, Paprott R, Haftenberger M, Rathmann W, Scheidt-Nave C. 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. 2016;33(10):1406-14. doi: <https://doi.org/10.1111/dme.13008>.
- Sarganas G, Knopf H, Grams D, Neuhauser HK. Trends in Antihypertensive Medication Use and Blood Pressure Control Among Adults With Hypertension in Germany. Am J Hypertens. 2016;29(1):104-13. doi: 10.1093/ajh/hpv067.
- Knopf H, Prütz F, Du Y. Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. J Health Monit. 2017; 2(4):109-116. [cited 23.10.2024]. Available from: <https://edoc.rki.de/handle/176904/2908>.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen (fäkaler okkultter Bluttest (FOBT), Koloskopie) und an Beratungen zur Prävention von Darmkrebs. 2020 [cited 19.02.2021]. Available from: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de).
- Starker A, Buttman-Schweiger N, Krause L, Barnes B, Kraywinkel K, Holmberg C. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Deutschland: Angebot und Inanspruchnahme. Bundesgesundheitsbl. 2018;61(12):1491-9.
- European Commission, Eurostat. European Health Interview Survey (EHIS wave 3). Methodological manual. Luxembourg: European Commission; 2018.
- Hoebel J, Rattay P, Prütz F, Rommel A, Lampert T. Socioeconomic Status and Use of Outpatient Medical Care: The Case of Germany. PLoS One. 2016;11(5):e0155982. doi: 10.1371/journal.pone.0155982.
- Prütz F, Rommel A, Thom J, Du Y, Sarganas G, Starker A. Utilisation of outpatient medical services in Germany – Results from GEDA 2019/2020-EHIS. J Health Monit. 2021;6(3):45-65. doi: 10.25646/8555.
- Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A, Prütz F, Jordan S, Nowossadeck E, et al. Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Bundesgesundheitsbl. 2013;56(5):832-44. doi: 10.1007/s00103-013-1665-x.
- Europäische Kommission. Verordnung (EU) 2018/255 der Kommission vom 19. Februar 2018 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates in Bezug auf Statistik auf der Grundlage der Europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS), (2018).
- Statistical Office of the European Union (Eurostat). Quality report of the third wave of the European health interview survey – 2022 edition Luxembourg 2022 [cited 17.04.2024]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/7870049/14937972/KS-FT-22-002-EN-N.pdf/40912c04-ac9d-012c-358e-111efe0a8976?t=1659613423879>.
- Statistical Office of the European Union (Eurostat). Database. 2022 [cited 18.04.2024]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>.

- 24 Eurostat. European Health Interview Survey (EHIS). Reference Metadata in Euro SDMX Metadata Structure (ESMS). [cited 25.09.2024]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/metadata/reference-metadata-reporting-standards>.
- 25 Statistical Office of the European Union (Eurostat). How to apply for micro data? 2023 [cited 25.09.2024]. Available from: [https://ec.europa.eu/eurostat/documents/203647/771732/How\\_to\\_apply\\_for\\_microdata\\_access.pdf](https://ec.europa.eu/eurostat/documents/203647/771732/How_to_apply_for_microdata_access.pdf).
- 26 Cardoso R, Guo F, Heisser T, Hoffmeister M, Brenner H. Utilisation of colorectal cancer screening tests in european countries by type of screening offer: Results from the european health interview survey. *Cancers*. 2020;12(6). doi: 10.3390/cancers12061409.
- 27 The Council Of The European Union. Council Recommendations of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC). *Official Journal of the European Union*. 2003;327:34-8.
- 28 World Health Organization. Oral health surveys: basic methods, 5th ed 2013. [cited 23.10.2024]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548649>.
- 29 UNESCO Institute for Statistics. International Standard Classification of Education ISCED 2011. 2012 [cited 15.03.2021]. Available from: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-isced-2011-en.pdf>.
- 30 Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat). Revision of the European Standard Population Report of Eurostat's task force – 2013 edition. Luxembourg 2013 [cited 07.06.2024]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-13-028>.
- 31 Babitsch B, Bormann C, Gohl D. Gender and Utilization of Health Care. In: Janssen C, Swart E, von Lengerke T, editors. *Health Care Utilization in Germany – Theory, Methodology, and Results*. New York, Heidelberg, Dordrecht, London: Springer; 2014. p. 101–16
- 32 Grebe IG, Hector R. Hausarztzentrierte Versorgung – ein Modell mit Verbesserungspotenzial? *Die Innere Medizin*. 2022;63(9):939-46. doi: 10.1007/s00108-022-01383-z.
- 33 OECD. *Health at a Glance Europe 2022. State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publisher; 2022.
- 34 Terraneo M. Inequities in health care utilization by people aged 50+: Evidence from 12 European countries. *Social Science & Medicine*. 2015;126:154-63. [cited 23.10.2024]. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.028>.
- 35 Lampert T, Hoebel J, Kuntz B, Waldhauer J. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Haring R, editor. *Gesundheitswissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2022. p. 159-68.
- 36 Rädcl M, Priess H-W, Bohm S, Walter M. BARMER Zahnreport 2022. Entwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung über neun Jahre: Von der Kuration zur Prävention? 2022. [cited 20.06.2024]. <https://www.barmar.de/presse/infotehk/studien-und-reporte/zahnreporte>.
- 37 Bundesministerium für Gesundheit. Zahnvorsorgeuntersuchungen. 2022. [cited 03.12.2023]. Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/zahnvorsorgeuntersuchungen>.
- 38 Krause L, Frenzel Baudisch N, Bartig S, Kuntz B. Inanspruchnahme einer Zahnvorsorgeuntersuchung durch Erwachsene in Deutschland. Ergebnisse der GEDA-Studie 2009, 2010, 2012. *Dtsch Zahnärztl Z*. 2020;75(6):353-66. doi: 10.3238/dzz.2020.5573.
- 39 Enste P. Zwischen Ausgewogenheit und Verweigerung. Präventionsverhalten im mittleren Lebensalter. *Forschung Aktuell* 07/2011, Institut Arbeit und Technik (IAT), Westfälische Hochschule, University 2011.
- 40 Starker A, Saß AC. Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl*. 2013;56(5-6):858-67. doi: 10.1007/s00103-012-1655-4.
- 41 Walter MH, Rädcl M. Inanspruchnahme und Ausgaben in der zahnmedizinischen Versorgung. Eine Übersicht auf Basis von Routinedaten aus Deutschland. *Bundesgesundheitsbl*. 2021;64(8):993-1000. doi: 10.1007/s00103-021-03374-1.
- 42 Krause L, Seeling S, Kuhnert R. Prävalenzen und Trends zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der GEDA-Studien zwischen 2009 und 2023. *DZZ*. 2024;79(5):310-23.
- 43 Kaufmännische Krankenkasse. Corona: Viele Menschen meiden die Zahnvorsorge. *Pressemeldung vom 04.02.2021*. KKH, Hannover. 2021.
- 44 Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. *Jahrbuch 2023. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung*. 2023. [cited 29.03.2024]. <https://www.kzbv.de/jahrbuch-2023.768.de.html>.
- 45 Verbraucherzentrale. Zahnersatz zum Nulltarif: Das müssen Sie darüber wissen. 2024 [cited 19.07.2024]. Available from: <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheits-pflege/aerzte-und-kliniken/zahnersatz-zum-nulltarif-das-muessen-sie-darueber-wissen-12896>.
- 46 Rommel A, Bretschneider J, Kroll LE, Prütz F, Thom J. Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *J Health Monit*. 2017; 2(4):3-23. [cited 23.10.2024]. Available from: <https://edoc.rki.de/handle/176904/2899.2>.
- 47 Elshaikh U, Sheik R, Saeed RKM, Chivese T, Alsayed Hassan D. Barriers and facilitators of older adults for professional mental health help-seeking: a systematic review. *BMC Geriatrics*. 2023;23(1):516. doi: 10.1186/s12877-023-04229-x.
- 48 Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(4):357-69. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30060-9.
- 49 Spahlholz J, Baumann E, Müller-Hilmer R, Hilmer R, Sander C, Schindler S, et al. Do values and political attitudes affect help-seeking? Exploring reported help-seeking for mental health problems in a general population sample using a milieu framework. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2023;32:e49. doi: 10.1017/S2045796023000641.
- 50 Barbato A, Vallarino M, Rapisarda F, Lora A, Caldas de Almeida J. EU Compass for Action on Mental health and Well-being. Access to Mental Health Care in Europe. *Consensus paper*. o. J. [cited 23.10.2024]. Available from: [https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-12/ev\\_20161006\\_co04\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-12/ev_20161006_co04_en_0.pdf).
- 51 Palm W, Webb E, Hernandez-Quevedo C, Scarpetti G, Lessof S, Siciliani L, et al. Gaps in coverage and access in the European Union. *Health Policy*. 2021;125(3):341-50. doi: 10.1016/j.healthpol.2020.12.011.
- 52 Mack S, Jacobi F, Gerschler A, Strehle J, Hofler M, Busch MA, et al. Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2014;23(3):289-303. doi: 10.1002/mpr.1438.
- 53 Gerlinger T. Krankenhäuser in Deutschland. Strukturen – Probleme – Reformen. *Aus Politik und Zeitgeschichte*. 2021(30-31):9-16.
- 54 Robert Koch-Institut, editor. *Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen*. Berlin: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI; 2017.
- 55 OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. *Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2023, State of Health in the EU*. 2023. Paris: OECD Publishing. [cited 23.10.2024]. [https://health.ec.europa.eu/document/download/24d9c14d-ddc9-430d-9571-2c1faf47b79b\\_en?filename=2023\\_chp\\_de\\_german.pdf](https://health.ec.europa.eu/document/download/24d9c14d-ddc9-430d-9571-2c1faf47b79b_en?filename=2023_chp_de_german.pdf).
- 56 Deutsches Krankenhausinstitut. *Aussagekraft von Krankenhausstruktur- und Qualitätsvergleichen auf Basis von OECD-Daten* 2021. [cited 23.10.2024]. Available from: [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1\\_DKG/1.7\\_Presse/1.7.1\\_Pressemittelungen/2021/20210701\\_Endbericht\\_OECD-Daten\\_DKI.PDF](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemittelungen/2021/20210701_Endbericht_OECD-Daten_DKI.PDF).
- 57 Statistisches Bundesamt. *Krankenhäuser 2022 nach Trägern und Bundesländern*. 2023 [cited 02.06.2024]. Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/eckzahlen-krankenhaeuser.html>.
- 58 Heubel F, Kettner M, Manzeschke A, editors. *Die Privatisierung von Krankenhäusern – ethische Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2010.

- 59 Bundesministerium für Gesundheit. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. 2024 [cited 02.07.2024]. Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung>.
- 60 Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme. 2023 [cited 26.06.2024]. Available from: <https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3189/oKFE-RL-2023-05-12-iK-2023-07-07.pdf>.
- 61 Stock C, Ihle P, Sieg A, Schubert I, Hoffmeister M, Brenner H. Adverse events requiring hospitalization within 30 days after outpatient screening and nonscreening colonoscopies. *Gastrointest endosc.* 2013;77(3):419-29.
- 62 Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt, Stand: 31.12.2023. 2023 [cited 26.06.2024]. Available from: [https://www.kbv.de/media/sp/2023-12-31\\_BAR\\_Statistik.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/2023-12-31_BAR_Statistik.pdf).
- 63 Starker A, Buttman-Schweiger N, Kraywinkel K, Kuhnert R. Inanspruchnahme der Darmspiegelung in Deutschland. *J Health Monit.* 2017;2(4):81-7. doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-11.
- 64 Chen C, Laecke E, Stock C, Hoffmeister M, Brenner H. Colonoscopy and sigmoidoscopy use among older adults in different countries: a systematic review. *Prev Med.* 2017;103:33-42.
- 65 Bozhar H, McKee M, Spadea T, Veerus P, Heinävaara S, Anttila A, et al. Socio-economic inequality of utilization of cancer testing in Europe: A cross-sectional study. *Prev Med Rep.* 2022;26:101733. doi: 10.1016/j.pmedr.2022.101733.
- 66 Eurostat. Self-reported screening of cardiovascular diseases and diabetes risks by sex, age and educational attainment level. 2014. [cited 23.10.2024]. Available from: [https://ec.europa.eu/eurostat/data-browser/view/hlth\\_ehis\\_pa2e\\_custom\\_11730569/default/table?lang=en&page=time:2014](https://ec.europa.eu/eurostat/data-browser/view/hlth_ehis_pa2e_custom_11730569/default/table?lang=en&page=time:2014).
- 67 Eurostat. Self-reported screening of cardiovascular diseases and diabetes risks by sex, age and educational attainment level. 2019. [cited 23.10.2024]. Available from: [https://ec.europa.eu/eurostat/data-browser/view/hlth\\_ehis\\_pa2e\\_custom\\_11730782/default/table?lang=en&page=time:2019](https://ec.europa.eu/eurostat/data-browser/view/hlth_ehis_pa2e_custom_11730782/default/table?lang=en&page=time:2019).
- 68 Gemeinsamer Bundesausschuss. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 27. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 1 (DMP Diabetes mellitus Typ 2), der Anlage 2 (Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)) und der Anlage 8 (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation). [cited 23.10.2024]. Available from: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5503/2022-06-16\\_DMP-A-RL\\_Aenderung-Anlage-1-2-8-Diabetes-mellitus\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5503/2022-06-16_DMP-A-RL_Aenderung-Anlage-1-2-8-Diabetes-mellitus_BAnz.pdf).
- 69 Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes – Langfassung. Version 3.0. 2023. [cited 23.10.2024]. Available from: <https://www.leitlinien.de/themen/diabetes/langfassung/diabetes-vers3-0.pdf>.
- 70 Heidemann C, Du Y, Mauz E, Walther L, Peitz D, Müller A, et al. Versorgungs- und Gesundheitssituation von Erwachsenen mit Typ-2-Diabetes in Deutschland: Die Studie GEDA 2021/2022-Diabetes. *J Health Monit.* 2024;9(2). doi: 10.25646/12092.
- 71 Neuhauser H, Kuhnert R, Born S. 12-Monats-Prävalenz von Bluthochdruck in Deutschland. *J Health Monit.* 2017;2(1):57-63. doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-016.
- 72 Heidemann C, Kuhnert R, Born S, Scheidt-Nave C. 12-Monats-Prävalenz des bekannten Diabetes mellitus in Deutschland. *J Health Monit.* 2017;2(1):48-56. doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-017.
- 73 Central Research Institute of Ambulatory Health Care in Germany. Utilization of statutory measures for early detection (faecal occult blood test (FOBT), coloscopy) and of consultations for the prevention of colorectal cancer. 2020. [cited 20.01.2020]. Available from: <http://www.gbe-bund.de>.
- 74 Gemeinsamer Bundesausschuss. Gesundheitsuntersuchungen („Check-up“). [cited 23.10.2024] Available from: <https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/erwachsene/gesundheitsuntersuchungen/>.
- 75 Verlagsgesellschaft WMW. Umfrage zur Teilnahme an Gesundheits-Check-ups unter GKV-Versicherten nach Geschlecht im Jahr 2018. in Statista. [cited 21.06.2024]. Available from: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1073434/umfrage/teilnahme-an-gesundheits-check-ups-unter-gkv-versicherten-nach-geschlecht/>.
- 76 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Teilnahme am gesetzlichen Gesundheits-Check-up. 2020 [cited 12.03.2021]. Available from: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de).
- 77 Diederichs C, Neuhauser H. The frequency and determinants of blood pressure measurement by a health professional in Germany: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(16):e15093. doi: 10.1097/MD.00000000000015093.
- 78 Busch MA, Kuhnert R. 12-Monats-Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls in Deutschland. *J Health Monit.* 2017;2(1):64-9. doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-019.
- 79 Knopf H, Grams D. Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl.* 2013;56(5-6):868-77. doi: 10.1007/s00103-013-1667-8.
- 80 Eurostat Statistics Explained. Medicine use statistics. 2020. [cited 25.06.2021]. Available from: [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).
- 81 Van der Heyden JH, Demarest S, Tafforeau J, Van Oyen H. Socio-economic differences in the utilisation of health services in Belgium. *Health Policy.* 2003;65(2):153-65. doi: 10.1016/s0168-8510(02)00213-0.
- 82 Nordin M, Dackehag M, Gerdtham UG. Socioeconomic inequalities in drug utilization for Sweden: evidence from linked survey and register data. *Soc Sci Med.* 2013;77:106-17. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.11.013.
- 83 Mayer S, Osterle A. Socioeconomic determinants of prescribed and non-prescribed medicine consumption in Austria. *Eur J Public Health.* 2015;25(4):597-603. doi: 10.1093/eurpub/cku179.
- 84 European Union. European Health Interview Survey (EHIS wave 3). Methodological manual. Re-edition Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
- 85 Hintzpete B, Finger D, J, Allen J. European Health Interview Survey (EHIS) 2 – Hintergrund und Studienmethodik. *J Health Monit.* 2019;4(4):71-85. doi: 10.25646/6222.
- 86 Grigoriev P, Sauerberg M, Jasilionis D, van Raalte A, Klüsener S. Sterblichkeitsentwicklung in Deutschland im internationalen Kontext. *Bundesgesundheitsbl.* 2024;67(5):493-503. doi: 10.1007/s00103-024-03867-9.
- 87 Allen J, Born S, Damerow S, Kuhnert R, Lemcke J, Müller A, et al. Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. *J Health Monit.* 2021 6(3):72-87. doi: 10.25646/8558.
- 88 European Union. Commission Regulation (EU) 2018/255 of 19 February 2018 implementing Regulation (EC) No 1338/2008 of the European Parliament and of the Council as regards statistics based on the European Health Interview Survey (EHIS) (Text with EEA relevance. 2018. [cited 23.10.2024]. Available from: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.L\\_.2018.048.01.0012.01.ENG](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2018.048.01.0012.01.ENG).

**Annex Tabelle 1:** Altersstandardisierte Prävalenz der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach Geschlecht und Alter für Deutschland und Europa. Quelle: European Health Interview Survey (EHIS Welle 3, 2018–2020)

	Allgemein-/hausärztliche Leistungen in den letzten zwölf Monaten				Fachärztliche Leistungen in den letzten zwölf Monaten				Psychiatrisch/psychotherapeutische Leistungen in den letzten zwölf Monaten				Krankenhaus (stationär) in den letzten zwölf Monaten			
	Deutschland		Europa		Deutschland		Europa		Deutschland		Europa		Deutschland		Europa	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
<b>Frauen</b>	<b>83,6</b>	<b>(82,5–84,7)</b>	<b>79,3</b>	<b>(79,0–79,7)</b>	<b>67,8</b>	<b>(66,4–69,2)</b>	<b>58,4</b>	<b>(58,0–58,8)</b>	<b>13,5</b>	<b>(12,4–14,6)</b>	<b>7,7</b>	<b>(7,5–8,0)</b>	<b>17,0</b>	<b>(15,9–18,1)</b>	<b>10,9</b>	<b>(10,6–11,2)</b>
18–29 Jahre	79,2	(75,6–82,4)	72,0	(70,9–73,1)	62,8	(58,5–66,9)	50,6	(49,3–52,0)	20,0	(16,5–23,9)	10,1	(9,2–11,2)	13,6	(10,7–17,0)	7,9	(7,1–8,9)
30–44 Jahre	80,6	(78,0–83,0)	74,1	(73,4–74,9)	68,0	(64,9–71,0)	56,5	(55,6–57,4)	15,2	(13,0–17,6)	9,1	(8,5–9,7)	9,1	(5,7–14,2)	8,8	(8,2–9,5)
45–64 Jahre	85,1	(83,5–86,6)	80,2	(79,7–80,7)	72,3	(70,3–74,2)	60,6	(59,9–61,2)	14,3	(12,8–15,9)	8,0	(7,6–8,4)	16,6	(15,1–18,3)	10,0	(9,6–10,5)
Ab 65 Jahre	88,1	(86,5–89,5)	88,8	(88,4–89,3)	65,1	(62,7–67,4)	63,1	(62,3–63,8)	5,7	(4,7–6,9)	4,2	(3,9–4,5)	23,6	(21,6–25,7)	16,7	(16,1–17,3)
<b>Männer</b>	<b>79,1</b>	<b>(77,9–80,3)</b>	<b>72,1</b>	<b>(71,7–72,5)</b>	<b>53,0</b>	<b>(51,6–54,5)</b>	<b>45,7</b>	<b>(45,3–46,2)</b>	<b>8,7</b>	<b>(7,9–9,6)</b>	<b>5,1</b>	<b>(4,8–5,3)</b>	<b>16,8</b>	<b>(15,7–17,9)</b>	<b>10,8</b>	<b>(10,4–11,1)</b>
18–29 Jahre	76,2	(72,8–79,2)	62,1	(60,9–63,2)	42,5	(38,9–46,3)	33,3	(32,1–34,5)	8,9	(6,9–11,5)	5,9	(5,3–6,6)	9,3	(7,3–11,8)	5,4	(4,8–6,1)
30–44 Jahre	71,8	(68,7–74,7)	63,1	(62,2–64,0)	43,8	(40,6–47,0)	35,4	(34,5–36,4)	9,5	(7,8–11,7)	5,9	(5,4–6,4)	10,5	(8,6–12,8)	6,0	(5,5–6,6)
45–64 Jahre	79,9	(78,0–81,8)	73,4	(72,8–74,0)	55,7	(53,3–58,1)	47,5	(46,8–48,3)	11,5	(9,9–13,3)	5,9	(5,4–6,3)	19,0	(17,1–21,0)	11,2	(10,6–11,7)
Ab 65 Jahre	88,0	(86,0–89,8)	86,8	(86,2–87,3)	67,0	(64,4–69,5)	62,8	(62,0–63,6)	3,8	(3,0–4,8)	2,5	(2,3–2,8)	26,0	(23,6–28,4)	18,9	(18,2–19,6)
<b>Gesamt</b>	<b>81,4</b>	<b>(80,5–82,2)</b>	<b>75,7</b>	<b>(75,5–76,0)</b>	<b>60,4</b>	<b>(59,4–61,4)</b>	<b>52,1</b>	<b>(51,8–52,5)</b>	<b>11,1</b>	<b>(10,4–11,8)</b>	<b>6,4</b>	<b>(6,2–6,6)</b>	<b>16,9</b>	<b>(16,1–17,7)</b>	<b>10,8</b>	<b>(10,6–11,1)</b>
18–29 Jahre	77,7	(75,3–79,9)	67,1	(66,3–67,9)	52,6	(49,8–55,4)	42,0	(41,1–42,9)	14,4	(12,3–16,8)	8,0	(7,4–8,7)	11,4	(9,6–13,5)	6,7	(6,1–7,2)
30–44 Jahre	76,2	(74,2–78,1)	68,7	(68,1–69,3)	55,9	(53,6–58,2)	46,1	(45,4–46,8)	12,4	(10,9–13,9)	7,5	(7,1–7,9)	12,1	(10,6–13,8)	7,4	(7,0–7,9)
45–64 Jahre	82,5	(81,2–83,7)	76,9	(76,4–77,3)	64,0	(62,4–65,6)	54,1	(53,6–54,6)	12,9	(11,8–14,1)	6,9	(6,6–7,2)	17,8	(16,6–19,1)	10,6	(10,2–11,0)
Ab 65 Jahre	88,1	(86,8–89,2)	87,8	(87,4–88,2)	66,1	(64,3–67,8)	62,9	(62,4–63,5)	4,8	(4,1–5,5)	3,4	(3,2–3,6)	24,8	(23,2–26,4)	17,8	(17,3–18,3)

% = Prozent; 95 %-KI = 95 %-Konfidenzintervall

▼ Fortsetzung nächste Seite ▼

**Annex Tabelle 1 (Fortsetzung):** Altersstandardisierte Prävalenz der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach Geschlecht und Alter für Deutschland und Europa. Quelle: European Health Interview Survey (EHIS Welle 3, 2018–2020)

	Blutdruckmessung in den letzten zwölf Monaten				Cholesterinmessung in den letzten zwölf Monaten				Blutzuckermessung in den letzten zwölf Monaten				Einnahme ärztlich verordneter Arzneimittel in den letzten zwei Wochen				Einnahme nicht ärztlich verordneter Arzneimittel in den letzten zwei Wochen			
	Deutschland		Europa		Deutschland		Europa		Deutschland		Europa		Deutschland		Europa		Deutschland		Europa	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
<b>Frauen</b>	<b>80,1</b>	<b>(78,9–81,2)</b>	<b>69,4</b>	<b>(69,0–69,8)</b>	<b>62,7</b>	<b>(61,2–64,1)</b>	<b>57,5</b>	<b>(57,1–57,9)</b>	<b>60,0</b>	<b>(58,6–61,5)</b>	<b>57,8</b>	<b>(57,3–58,2)</b>	<b>56,2</b>	<b>(54,8–57,6)</b>	<b>51,2</b>	<b>(50,8–51,7)</b>	<b>43,5</b>	<b>(42,1–44,9)</b>	<b>38,6</b>	<b>(38,1–39,0)</b>
18–29 Jahre	73,2	(69,2–76,7)	55,6	(54,3–56,9)	46,3	(41,9–50,7)	38,6	(37,3–39,9)	42,2	(37,8–46,7)	40,0	(38,7–41,3)	36,7	(32,6–40,9)	27,9	(26,7–29,2)	42,2	(38,1–46,3)	35,0	(33,8–36,3)
30–44 Jahre	76,4	(73,6–78,9)	61,7	(60,8–62,6)	50,6	(47,4–53,8)	46,9	(46,0–47,8)	48,2	(45,0–51,5)	48,3	(47,3–49,2)	38,2	(35,2–41,3)	33,2	(32,3–34,1)	49,2	(46,0–52,3)	40,7	(39,8–41,6)
45–64 Jahre	81,0	(79,2–82,7)	71,3	(70,8–71,9)	67,7	(65,7–69,7)	61,6	(60,9–62,2)	65,1	(63,0–67,2)	61,0	(60,4–61,7)	61,4	(59,3–63,4)	55,6	(54,9–56,2)	45,1	(43,0–47,2)	40,2	(39,6–40,9)
Ab 65 Jahre	87,8	(86,2–89,3)	84,7	(84,2–85,2)	79,9	(78,0–81,6)	76,3	(75,7–76,9)	77,8	(75,8–79,7)	75,8	(75,2–76,4)	82,6	(80,9–84,2)	81,3	(80,8–81,8)	36,4	(34,2–38,7)	36,4	(35,8–37,1)
<b>Männer</b>	<b>70,1</b>	<b>(68,7–71,5)</b>	<b>64,0</b>	<b>(63,5–64,4)</b>	<b>58,8</b>	<b>(57,3–60,3)</b>	<b>54,6</b>	<b>(54,1–55,1)</b>	<b>56,9</b>	<b>(55,4–58,4)</b>	<b>54,4</b>	<b>(53,9–54,8)</b>	<b>50,0</b>	<b>(48,5–51,4)</b>	<b>44,4</b>	<b>(43,9–44,8)</b>	<b>31,1</b>	<b>(29,8–32,5)</b>	<b>28,0</b>	<b>(27,6–28,4)</b>
18–29 Jahre	50,5	(46,7–54,3)	43,3	(42,1–44,5)	33,4	(29,8–37,1)	30,6	(29,4–31,8)	32,0	(28,4–35,8)	31,1	(30,0–32,3)	21,0	(18,1–24,3)	16,5	(15,5–17,5)	36,3	(32,7–39,9)	27,0	(25,9–28,1)
30–44 Jahre	59,6	(56,4–62,8)	52,5	(51,5–53,5)	44,6	(41,3–48,0)	41,6	(40,6–42,5)	42,5	(39,2–45,9)	41,5	(40,5–42,4)	31,3	(28,3–34,5)	24,5	(23,6–25,4)	36,1	(33,1–39,2)	30,0	(29,2–31,0)
45–64 Jahre	76,7	(74,6–78,6)	68,6	(67,9–69,3)	66,5	(64,1–68,7)	60,2	(59,5–60,9)	64,2	(61,8–66,5)	59,4	(58,7–60,1)	56,2	(53,8–58,6)	48,8	(48,1–49,5)	28,2	(26,2–30,4)	27,5	(26,8–28,1)
Ab 65 Jahre	86,7	(84,6–88,5)	83,9	(83,3–84,5)	80,5	(78,1–82,7)	76,8	(76,1–77,5)	79,0	(76,5–81,2)	76,6	(75,9–77,3)	82,9	(80,7–84,9)	78,8	(78,1–79,5)	26,0	(23,8–28,3)	27,3	(26,6–28,0)
<b>Gesamt</b>	<b>75,1</b>	<b>(74,2–76,0)</b>	<b>66,7</b>	<b>(66,4–67,0)</b>	<b>60,7</b>	<b>(59,7–61,7)</b>	<b>56,1</b>	<b>(55,7–56,4)</b>	<b>58,5</b>	<b>(57,4–59,5)</b>	<b>56,1</b>	<b>(55,8–56,4)</b>	<b>53,1</b>	<b>(52,1–54,1)</b>	<b>47,8</b>	<b>(47,5–48,2)</b>	<b>37,3</b>	<b>(36,3–38,3)</b>	<b>33,3</b>	<b>(33,0–33,6)</b>
18–29 Jahre	61,8	(59,0–64,5)	49,5	(48,6–50,4)	39,8	(37,0–42,8)	34,6	(33,7–35,5)	37,0	(34,2–40,0)	35,6	(34,7–36,5)	28,8	(26,2–31,5)	22,2	(21,4–23,1)	39,2	(36,5–42,0)	31,0	(30,2–31,9)
30–44 Jahre	68,0	(65,9–70,1)	57,2	(56,5–57,8)	47,7	(45,4–50,0)	44,3	(43,6–45,0)	45,4	(43,1–47,7)	44,9	(44,3–45,6)	34,8	(32,6–37,0)	28,9	(28,2–29,5)	42,6	(40,4–44,9)	35,4	(34,8–36,1)
45–64 Jahre	78,8	(77,5–80,1)	70,0	(69,5–70,4)	67,1	(65,6–68,6)	60,9	(60,4–61,4)	64,7	(63,1–66,2)	60,2	(59,7–60,7)	58,8	(57,2–60,4)	52,2	(51,7–52,7)	36,7	(35,2–38,2)	33,9	(33,5–34,4)
Ab 65 Jahre	87,3	(86,0–88,5)	84,3	(83,9–84,7)	80,2	(78,7–81,6)	76,6	(76,1–77,0)	78,4	(76,8–79,9)	76,2	(75,7–76,7)	82,8	(81,4–84,0)	80,1	(79,6–80,5)	31,2	(29,6–32,8)	31,9	(31,4–32,4)

% = Prozent; 95 %-KI = 95 %-Konfidenzintervall



**Annex Tabelle 2:** Altersstandardisierte Prävalenz der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen nach Geschlecht und Alter für Deutschland und Europa. Quelle: European Health Interview Survey (EHIS Welle 3, 2018–2020)

	Zahnmedizinische Leistungen in den letzten zwölf Monaten			
	Deutschland		Europa	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
<b>Frauen</b>	<b>86,1</b>	<b>(84,9–87,1)</b>	<b>64,6</b>	<b>(64,2–65,0)</b>
18–29 Jahre	82,6	(78,9–85,7)	68,0	(66,8–69,2)
30–44 Jahre	90,2	(87,9–92,1)	69,6	(68,9–70,4)
45–64 Jahre	88,9	(87,3–90,4)	67,1	(66,5–67,7)
65–74 Jahre	85,2	(82,5–87,6)	59,2	(58,3–60,2)
Ab 75 Jahre	74,8	(71,3–78,0)	45,4	(44,3–46,5)
<b>Männer</b>	<b>78,6</b>	<b>(77,3–79,9)</b>	<b>57,6</b>	<b>(57,2–58,1)</b>
18–29 Jahre	76,2	(72,7–79,4)	59,8	(58,6–61,0)
30–44 Jahre	78,0	(74,9–80,7)	60,4	(59,5–61,4)
45–64 Jahre	79,6	(77,4–81,6)	59,0	(58,3–59,7)
65–74 Jahre	79,7	(76,3–82,8)	54,6	(53,5–55,6)
Ab 75 Jahre	79,9	(76,5–82,9)	47,3	(46,1–48,6)
<b>Gesamt</b>	<b>82,3</b>	<b>(81,5–83,2)</b>	<b>61,1</b>	<b>(60,8–61,5)</b>
18–29 Jahre	79,4	(76,9–81,6)	63,9	(63,1–64,8)
30–44 Jahre	84,1	(82,2–85,8)	65,1	(64,5–65,7)
45–64 Jahre	84,2	(82,9–85,5)	63,1	(62,6–63,6)
65–74 Jahre	82,5	(80,3–84,5)	56,9	(56,2–57,6)
Ab 75 Jahre	77,4	(74,9–79,6)	46,4	(45,5–47,2)

% = Prozent; 95 %-KI = 95 %-Konfidenzintervall

**Annex Tabelle 3:** Altersstandardisierte Prävalenz der Inanspruchnahme einer Koloskopie nach Geschlecht und Alter für Deutschland und Europa. Quelle: European Health Interview Survey (EHIS Welle 3, 2018–2020)

	Koloskopie in den letzten zwölf Monaten			
	Deutschland		Europa	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
<b>Frauen</b>	<b>53,6</b>	<b>(51,7–55,4)</b>	<b>28,9</b>	<b>(28,3–29,5)</b>
50–54 Jahre	38,6	(34,8–42,5)	20,9	(19,7–22,1)
55–59 Jahre	49,1	(45,4–52,8)	25,8	(24,7–27,0)
60–64 Jahre	58,7	(54,7–62,6)	31,0	(29,8–32,3)
65–69 Jahre	60,1	(55,9–64,1)	33,4	(32,1–34,7)
70–74 Jahre	67,1	(62,4–71,4)	36,6	(35,1–38,2)
<b>Männer</b>	<b>51,6</b>	<b>(49,5–53,7)</b>	<b>29,8</b>	<b>(29,1–30,4)</b>
50–54 Jahre	34,8	(30,6–39,2)	19,6	(18,3–20,8)
55–59 Jahre	43,3	(39,0–47,7)	25,6	(24,3–26,9)
60–64 Jahre	58,5	(54,1–62,7)	32,6	(31,3–34,0)
65–69 Jahre	61,8	(57,3–66,0)	35,8	(34,5–37,2)
70–74 Jahre	66,4	(60,6–71,8)	39,2	(37,5–40,9)
<b>Gesamt</b>	<b>52,6</b>	<b>(51,2–54,0)</b>	<b>29,3</b>	<b>(28,9–29,8)</b>
50–54 Jahre	36,7	(33,8–39,6)	20,2	(19,4–21,1)
55–59 Jahre	46,2	(43,3–49,1)	25,7	(24,9–26,6)
60–64 Jahre	58,6	(55,6–61,5)	31,8	(30,9–32,8)
65–69 Jahre	60,9	(57,9–63,9)	34,6	(33,7–35,6)
70–74 Jahre	66,8	(63,1–70,3)	37,9	(36,8–39,0)

% = Prozent; 95 %-KI = 95 %-Konfidenzintervall