

Journal of Health Monitoring · 2022 7(1)
DOI 10.25646/9751
Robert Koch-Institut, Berlin

Franziska Prütz, Laura Krause

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

Eingereicht: 25.11.2021
Akzeptiert: 22.02.2022
Veröffentlicht: 30.03.2022

Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland – Ausgewählte Indikatoren aus der Studie GEDA 2014/2015-EHIS

Abstract

Ein großer Teil der Bevölkerung ist von Beeinträchtigungen und Behinderungen betroffen. Rund 13 % der Menschen in Deutschland haben eine amtlich anerkannte Behinderung, schätzungsweise 15,6 % eine Beeinträchtigung. Dieser Beitrag gibt anhand ausgewählter Indikatoren einen Überblick über die Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Die Analysen basieren auf Daten von 23.372 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren (12.747 Frauen, 10.625 Männer) der Studie GEDA 2014/2015-EHIS des Robert Koch-Instituts (RKI), einer bundesweiten Befragung der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland. 21,5 % der Personen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen bewerten ihre Gesundheit als gut oder sehr gut, dagegen 76,0 % der Personen ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen. Eine depressive Symptomatik besteht bei 27,1 % der Personen mit und 7,5 % der Personen ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen. Zum Teil gab es Unterschiede im Gesundheitsverhalten, so treiben Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen weniger Ausdauersport und konsumieren seltener in riskanten Mengen Alkohol. 97,0 % der Personen mit und 86,1 % der Personen ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen nehmen innerhalb eines Jahres ambulante ärztliche Leistungen in Anspruch, erstere haben auch eine höhere stationäre und pflegerische Inanspruchnahme. Insgesamt zeigt sich eine schlechtere Gesundheit bei Frauen als bei Männern mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sowie mit zunehmendem Alter. Die Auswertungen zeigen Präventions- und Gesundheitsförderungs- sowie Versorgungsbedarfe auf. Zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sind weitere Daten notwendig.

📌 BEHINDERUNGEN · BEEINTRÄCHTIGUNGEN · GESUNDHEITSVERHALTEN · VERSORGUNG · GESUNDHEITSMONITORING

1. Einleitung

Ein großer Teil der Bevölkerung ist von Beeinträchtigungen und Behinderungen betroffen – direkt oder als Angehörige. Im Jahr 2019 lebten in Deutschland 10,4 Millionen Menschen mit einer amtlich anerkannten Behinderung in Privathaushalten, das entspricht 12,7 % der in Privathaushalten lebenden

Einwohnerinnen und Einwohner [1]. 9,5 % der Menschen in Deutschland hatten eine amtlich anerkannte Schwerbehinderung, das heißt der Grad der Behinderung (GdB) betrug 50 und höher [2]. Der Anteil von Menschen mit Beeinträchtigungen ist weitaus größer. Er wird auf etwa 15,6 % der Bevölkerung geschätzt [3]. Definitionen von Behinderung, Schwerbehinderung und Beeinträchtigung sind in der [Infobox](#) zu finden.

GEDA 2014/2015-EHIS**Datenhalter:** Robert Koch-Institut**Ziele:** Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich**Erhebungsmethode:** Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen**Grundgesamtheit:** Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland**Stichprobenziehung:** Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen**Teilnehmende:** 24.016 Personen (13.144 Frauen, 10.872 Männer)**Response rate:** 26,9%**Untersuchungszeitraum:** November 2014–Juli 2015Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

In Artikel 25 der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) wird „das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ festgeschrieben [4]. Um politische Handlungsbedarfe zu identifizieren, sind verlässliche Daten zur Gesundheit von Menschen mit Behinderungen unabdingbar. Auch die UN-BRK formuliert in Artikel 31 entsprechende Anforderungen [4]. Nach wie vor gibt es jedoch zur Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland nur wenige Daten. Der Mikrozensus und die Schwerbehindertenstatistik des Statistischen Bundesamts beziehen nur Personen mit amtlich anerkannten Behinderungen ein. Der Mikrozensus berücksichtigt zudem nur Personen, die in Privathaushalten leben. Die Schwerbehindertenstatistik gibt Auskunft über die Ursache (z. B. Unfall oder Krankheit) und die Art der Behinderung (z. B. körperliche, Seh-, Hör-, psychische oder Lernbehinderung), während der Mikrozensus auch Daten zur sozialen Situation, beispielsweise zu Familienstand, Haushaltsgröße und Bildungsabschlüssen erhebt und alle vier Jahre auch einige Fragen zur Gesundheit enthält [5]. In den Teilhabeberichten der Bundesregierung [3, 6, 7] wird die gesundheitliche Situation von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen anhand der Daten der Studien Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA), Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS), des Sozioökonomischen Panels (SOEP) sowie von Sozialversicherungsdaten beschrieben. Die von der Gesundheitsberichterstattung des Bundes herausgegebenen Berichte Gesundheit in Deutschland [8] sowie Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland [9] enthalten Kapitel zur Gesundheit

von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, die ebenfalls auf verschiedenen Datenquellen basieren.

Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sind eine heterogene Gruppe, in der ganz unterschiedliche gesundheitliche Situationen und Bedarfe existieren. Dennoch vermitteln die vorhandenen Daten das Bild, dass sie eine schlechtere körperliche und psychische Gesundheit und somit einen höheren Versorgungsbedarf haben, aber gleichzeitig Versorgungslücken bestehen, zum Beispiel im Hinblick auf die Barrierefreiheit von Arztpraxen [3, 9]. Auch im Gesundheitsverhalten zeigen sich Unterschiede zwischen Menschen mit und Menschen ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen, teilweise in Richtung eines gesundheitsriskanteren, teilweise in Richtung eines gesundheitsbewussteren Verhaltens [3, 9].

Ziel dieses Beitrags ist es, anhand ausgewählter Indikatoren einen Überblick über wichtige Eckdaten zur Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen zu geben. Dazu gehören Indikatoren des Gesundheitszustands, des Gesundheitsverhaltens sowie der Gesundheitsversorgung mit Daten der Studie GEDA 2014/2015-EHIS. Die Auswahl orientiert sich am Bericht zur Gesundheit der Frauen in Deutschland [9], der im Dezember 2020 erschienen ist. So beinhaltet die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands wichtige Informationen für die Beschreibung der Gesundheit von Personen und Bevölkerungsgruppen [8–10]. Das Vorhandensein einer depressiven Symptomatik gibt Hinweise auf die psychische Gesundheit, da Depressionen zu den häufigsten psychischen Störungen gehören [9, 11]. Mit Ausdaueraktivitäten (wie Radfahren, Joggen oder Schwimmen), Muskelkräftigungsaktivitäten (wie Krafttraining oder Yoga),

Infobox

Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen

1. Menschen mit Beeinträchtigungen

Als solche werden Menschen bezeichnet, die im Zusammenhang mit Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen dauerhaft bei Aktivitäten beeinträchtigt sind. Menschen mit Beeinträchtigungen werden je nach Datenquelle statistisch unterschiedlich abgegrenzt. Gemeinsam ist allen so bezeichneten Gruppen jedoch, dass die zugehörigen Personen durch ihre Beeinträchtigungen nicht unbedingt bei ihren Aktivitäten im Alltagsleben eingeschränkt sein müssen, sie können es aber gleichwohl sein. [...]

2. Menschen mit Behinderungen

Hierbei handelt es sich um Menschen, die bei Aktivitäten im Alltagsleben und/oder bei der gleichberechtigten Teilhabe durch Wechselwirkungen von eigenen Beeinträchtigungen und Barrieren in der Umwelt behindert werden. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um eine amtlich anerkannte Behinderung oder Schwerbehinderung handelt. [...]

3. Menschen mit anerkannter Behinderung und anerkannter Schwerbehinderung

Zu den Menschen mit einer anerkannten Behinderung oder einer anerkannten Schwerbehinderung zählen alle Personen, deren Behinderung von einem zuständigen Amt festgestellt beziehungsweise anerkannt wurde. Mit der Anerkennung geht die Vergabe eines Schweregrades der Behinderung in Form eines Grades der Behinderung (GdB) einher. Wenn ein GdB von 50 oder mehr vergeben wurde, so hat diese Person eine anerkannte Schwerbehinderung. [...]

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2021) [3]

Obst- und Gemüsekonsum, Rauchen und riskantem Alkoholkonsum werden maßgebliche Aspekte des gesundheitsbezogenen Verhaltens abgebildet [9, 12]. Als Indikatoren für die Gesundheitsversorgung werden die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung, stationärer Versorgung und von Pflegeleistungen berichtet [9, 13, 14].

2. Methode

2.1 Stichprobendesign und Studiendurchführung

Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) ist eine bundesweite Befragung der erwachsenen Bevölkerung (ab 18 Jahren) und Teil des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut (RKI). In GEDA 2014/2015 wurde erstmals vollständig der Fragebogen der Europäischen Gesundheitsumfrage (European Health Interview Survey, EHIS Wave 2) integriert [15]. Die Erhebung erfolgte mittels eines Selbstausfüllfragebogens, der wahlweise als Papier- oder Online-Version bearbeitet werden konnte [16]. GEDA 2014/2015-EHIS basiert auf einer zweistufig geschichteten Cluster-Stichprobe. Dafür wurden zunächst 301 Gemeinden nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Diese entfallen auf 231 Kreise und kreisfreie Städte und repräsentieren die verschiedenen Gemeindegrößen und Regionen in Deutschland. In einem zweiten Schritt wurden Personen mit ständigem Wohnsitz in den ausgewählten Gemeinden zufällig aus den lokalen Bevölkerungsregistern gezogen. Personen, die in Einrichtungen oder Heimen lebten, wurden dabei nicht befragt.

2.2 Indikatoren

Für die Analysen wurde die Zielvariable zu Beeinträchtigungen und Behinderungen wie im Zweiten Teilhabebericht [7] operationalisiert: Als Personen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen werden alle Teilnehmenden verstanden, bei denen eine amtlich anerkannte Schwerbehinderung oder eine starke, länger als sechs Monate andauernde krankheitsbedingte Einschränkung bei der Ausübung von Alltags-tätigkeiten besteht. Zum Vorliegen einer Behinderung wurden die Teilnehmenden gefragt: „Haben Sie eine Behinderung, die vom Versorgungsamt amtlich anerkannt ist?“ und, wenn mit „Ja“ geantwortet wurde: „Welcher Grad der Behinderung ist bei Ihnen amtlich anerkannt?“. Ab einem GdB von 50 liegt eine Schwerbehinderung vor. Beeinträchtigungen wurden mit folgender Frage erfasst: „Sind Sie dauerhaft durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?“. Wurde diese mit „Ja“ beantwortet, wurde anschließend nach der Stärke („Wie stark sind die Einschränkungen?“, mögliche Antworten: „Stark eingeschränkt“, „Mäßig eingeschränkt“) und der Dauer der Einschränkungen gefragt („Wie lange dauern Ihre Einschränkungen bereits an?“, mögliche Antworten: „Weniger als 6 Monate“, „6 Monate und länger“).

Zur Erhebung der subjektiven Gesundheit wurde die Frage „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“ mit den Antwortkategorien „Sehr gut“, „Gut“, „Mittelmäßig“, „Schlecht“ und „Sehr schlecht“ verwendet [17]. In den Auswertungen wurden die Anteile der Teilnehmenden, die ihre Gesundheit als gut und sehr gut einschätzen, den Teilnehmenden mit selbst eingeschätzter mittelmäßiger bis sehr schlechter Gesundheit gegenübergestellt [10].

Um das Vorhandensein einer depressiven Symptomatik zu erheben, wurde der international etablierte 8-Item Patient Health Questionnaire (PHQ-8) genutzt [18]. Dieser erfragt die Symptome einer Major Depression in den zwei Wochen vor der Befragung gemäß DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Auflage) [19]. Ab einem Skalensummenwert von mindestens zehn von maximal 24 Punkten wird das Vorliegen einer depressiven Symptomatik angenommen [11].

Die Ausübung von Ausdauer- und Muskelkräftigungsaktivitäten wurde mit der deutschen validierten Version des European Health Interview Survey – Physical Activity Questionnaires (EHIS-PAQ) erfasst [20, 21]. Erfragt wurde, wie viel Zeit in der Woche die Teilnehmenden mäßig anstrengende aerobe körperliche Aktivitäten in der Freizeit und Radfahren zur Fortbewegung betreiben und an wie vielen Tagen der Woche sie Aktivitäten zur Muskelkräftigung durchführen. Es werden dann die Anteile derjenigen berechnet, die die Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [22] zu Ausdaueraktivitäten (mindestens 2,5 Stunden pro Woche) und zu Muskelkräftigungsaktivitäten (an mindestens zwei Tagen in der Woche) erfüllen [23].

Der Obstkonsum wurde mit der Frage „Wie oft nehmen Sie Obst zu sich, einschließlich frisch gepresster Obstsaften?“ erhoben. Antwortkategorien waren „Täglich oder mehrmals täglich“, „4 bis 6 Mal pro Woche“, „1 bis 3 Mal pro Woche“, „Weniger als einmal pro Woche“ und „Nie“. Eine ähnliche Fragestellung wurde zum Gemüsekonsum (Konsum von Gemüse oder Salat, einschließlich frisch gepresster Gemüsesäfte) verwendet. Es wurde jeweils der Anteil der Personen mit täglichem Obst- beziehungsweise Gemüsekonsum berechnet [24, 25].

Zum Rauchstatus wurde gefragt „Rauchen Sie?“, mit den Antwortkategorien „Ja, täglich“, „Ja, gelegentlich“, „Nein, nicht mehr“ und „Ich habe noch nie geraucht“. Als Raucherinnen und Raucher gelten diejenigen, die die Frage bejaht hatten [26].

Der Alkoholkonsum wurde in GEDA 2014/2015-EHIS mit einem an den Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption Questions (AUDIT-C) [27] angelehnten Instrument erfasst: zuerst die Häufigkeit des Alkoholkonsums in den letzten zwölf Monaten, dann, differenziert nach Wochentagen (Montag bis Donnerstag) und Wochenende (Freitag bis Sonntag), die Menge des Alkoholkonsums auf Basis von sogenannten Standardgetränken. Aus diesen Angaben können der mittlere Konsum in Gramm Reinalkohol pro Tag und der Anteil der Personen, welche die Grenzwerte von mehr als 10 g Reinalkohol/Tag bei Frauen und mehr als 20 g Reinalkohol/Tag bei Männern überschreiten, bestimmt werden. Dies entspricht dem Anteil derer, die Alkohol in gesundheitlich riskanten Mengen konsumieren [28–30].

Die ambulante ärztliche Inanspruchnahme wurde mit der Frage erhoben „Wann haben Sie zuletzt einen Allgemeinmediziner oder Hausarzt konsultiert, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?“ sowie mit einer entsprechenden Frage für die fachärztliche Inanspruchnahme. Die Antwortkategorien waren „Vor weniger als 12 Monaten“, „Vor 12 Monaten oder länger“ und „Nie“. Berechnet wurde der Anteil derjenigen, die mindestens einmal in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung hausärztliche oder fachärztliche Versorgung in Anspruch genommen hatten [13]. Die Inanspruchnahme stationärer Versorgung wurde mit der Frage „Haben Sie in den letzten 12 Monaten als stationärer Patient, das heißt über Nacht oder länger,

Ein Fünftel der Personen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen bewerten ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, dagegen drei Viertel der Personen ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen.

im Krankenhaus gelegen?“ ermittelt [14], die Inanspruchnahme von Pflegediensten mit der Frage „Haben Sie in den letzten 12 Monaten für sich selbst häusliche Pflegedienste oder soziale Hilfsdienste in Anspruch genommen?“ Beide Fragen konnten mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden.

2.3 Statistische Methoden

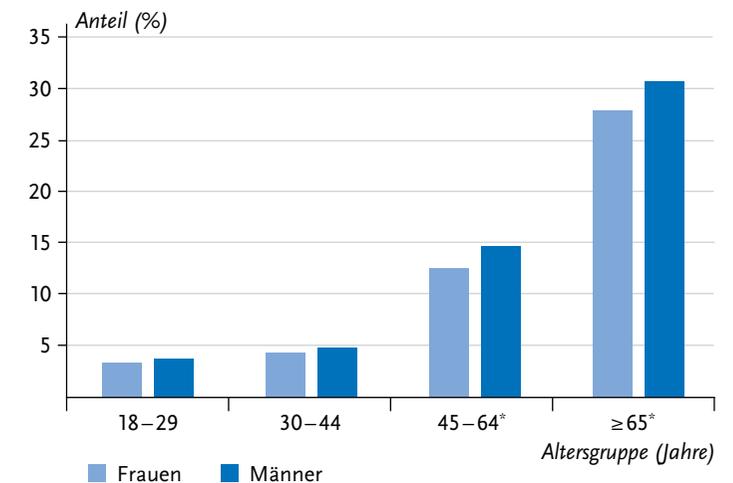
Die Analysen basieren auf Daten von 23.372 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren (12.747 Frauen, 10.625 Männer) mit gültigen Angaben zu krankheitsbedingten dauerhaften Einschränkungen sowie amtlich anerkannter Behinderung. Ob Unterschiede in Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen bestehen, wurde anhand ausgewählter Parameter untersucht. Berechnet wurden Prävalenzen mit 95%-Konfidenzintervallen sowie p-Werte aus multivariaten log-Poisson-Regressionen. Die Regressionsanalysen nach Geschlecht wurden kontrolliert für Alter und sozioökonomischem Status (SES), die Regressionsanalysen nach Geschlecht und Alter ausschließlich für SES. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Frauen und Männern mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen ausgegangen, wenn der p-Wert kleiner als 0,05 ist.

Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Der Kreistyp spiegelt den Grad der Urbanisierung und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED)

wurde verwendet, um die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer zu klassifizieren [31]. Sämtliche Analysen wurden mit den Survey-Prozeduren von Stata 17.0 durchgeführt (Stata Corp., College Station, TX, USA, 2015). Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS ist an anderer Stelle zu finden [32, 33].

3. Ergebnisse

Von den an der Studie GEDA 2014/2015-EHIS teilnehmenden Personen waren 13,5% von Beeinträchtigungen und Behinderungen betroffen (Frauen 13,1%, Männer 13,9%). Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Personen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen deutlich an, von 3,4% bei Frauen und 3,7% bei Männern zwischen 18 und 29 Jahren auf 27,8% bei Frauen und 30,6% bei Männern im Alter ab 65 Jahren (Abbildung 1).



*Die Unterschiede in den höheren Altersgruppen sind statistisch signifikant

Abbildung 1

Anteil der Frauen und Männer mit Beeinträchtigungen und Behinderungen nach Alter (n=1.406 Frauen, n=1.505 Männer)

Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Eine depressive Symptomatik besteht bei rund 30 % der Frauen und 23 % der Männer mit, aber bei rund 9 % der Frauen und 6 % der Männer ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen.

Abbildung 2

Gesundheitliche Lage bei Personen mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen (n=2.911 Personen mit und n=20.461 Personen ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen)

Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Subjektive Gesundheit und depressive Symptomatik

Nur etwa ein Fünftel (21,5 %) der Personen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen bewerten ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, im Gegensatz zu rund drei Viertel der Personen ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen (76,0 %, [Abbildung 2](#) und [Tabelle 1](#)). Dabei schätzen Frauen ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt schlechter ein als Männer: 18,8 % der Frauen und 24,1 % der Männer mit Beeinträchtigungen und Behinderungen berichten einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand ([Tabelle 1](#)). Mit dem Alter verringert sich der Anteil derer, die ihre Gesundheit als sehr gut oder gut einschätzen; dies

gilt für Frauen und Männer mit sowie ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen. Dabei schätzen Frauen und Männer mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in allen Altersgruppen ihre Gesundheit schlechter ein ([Annex Tabelle 1](#) und [Annex Tabelle 2](#)).

Eine depressive Symptomatik in den vorangegangenen zwei Wochen besteht bei 31,3 % der Frauen und 23,0 % der Männer mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Von den Menschen ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen sind mit 8,6 % und 6,3 % deutlich weniger Frauen und Männer betroffen ([Tabelle 1](#)). Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Personen mit einer depressiven

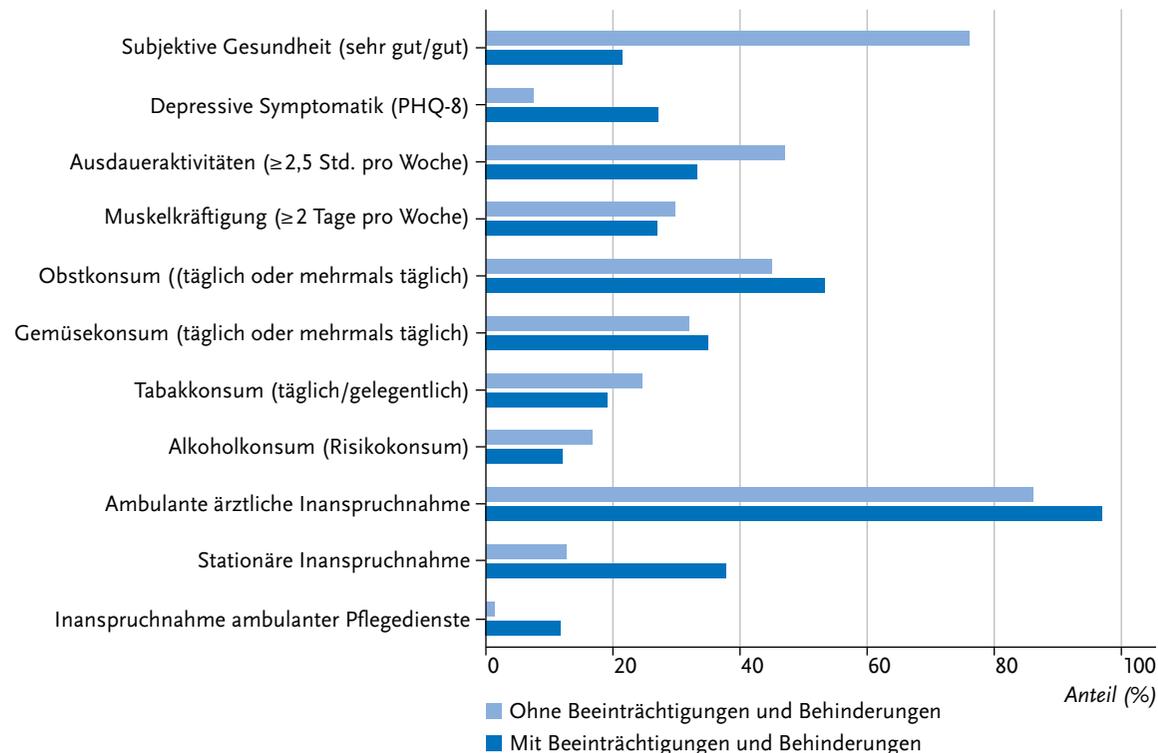


Tabelle 1
Subjektive Gesundheit und depressive Symptomatik bei Frauen und Männern mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen (n=1.406 Frauen mit/n=11.341 ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen, n=1.505 Männer mit/n=9.120 ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen)
 Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

	Subjektive Gesundheit (sehr gut oder gut)			Depressive Symptomatik (PHQ-8)		
	%	(95 %-KI)	p-Wert*	%	(95 %-KI)	p-Wert*
Frauen						
Mit Beeinträchtigungen und Behinderungen	18,8	(16,3–21,5)	<0,001	31,3	(28,4–34,4)	<0,001
Ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen	74,5	(73,4–75,6)	Ref.	8,6	(8,0–9,3)	Ref.
Männer						
Mit Beeinträchtigungen und Behinderungen	24,1	(21,6–26,8)	<0,001	23,0	(20,3–25,9)	<0,001
Ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen	77,6	(76,5–78,7)	Ref.	6,3	(5,7–7,1)	Ref.
Gesamt						
Mit Beeinträchtigungen und Behinderungen	21,5	(19,6–23,4)	<0,001	27,1	(25,1–29,1)	<0,001
Ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen	76,0	(75,2–76,8)	Ref.	7,5	(7,0–8,0)	Ref.

KI = Konfidenzintervall, Ref. = Referenzgruppe, PHQ-8 = 8-Item Patient Health Questionnaire

* p-Werte aus multivariaten log-Poisson-Regressionen

Symptomatik ab; dies zeigt sich sowohl für Frauen als auch für Männer mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen. In allen Altersgruppen sind Frauen und Männer mit Beeinträchtigungen und Behinderungen häufiger von einer depressiven Symptomatik betroffen ([Annex Tabelle 1](#) und [Annex Tabelle 2](#)).

Gesundheitsverhalten

Frauen und Männer mit Beeinträchtigungen und Behinderungen üben seltener Ausdaueraktivitäten aus (28,9% bzw. 37,6%) als Frauen und Männer ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen (44,7% bzw. 49,6%). Die Ergebnisse nach Alter zeigen, dass dies aber nicht auf alle Altersgruppen gleichermaßen zutrifft: So sind es bei den Personen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen vor allem

Tabelle 2
Ausdauer- und Muskelkräftigungsaktivitäten bei Frauen und Männern mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen (n=1.406 Frauen mit/n=11.341 ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen, n=1.505 Männer mit/n=9.120 ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen)
 Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

	Ausdaueraktivitäten (mindestens 2,5 Stunden/Woche)			Muskelkräftigungsaktivitäten (mindestens 2 Tage/Woche)		
	%	(95 %-KI)	p-Wert*	%	(95 %-KI)	p-Wert*
Frauen						
Mit Beeinträchtigungen und Behinderungen	28,9	(25,9–32,0)	<0,001	24,4	(21,6–27,5)	0,539
Ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen	44,7	(43,3–46,1)	Ref.	28,1	(27,1–29,1)	Ref.
Männer						
Mit Beeinträchtigungen und Behinderungen	37,6	(34,2–41,2)	<0,001	29,6	(26,6–32,8)	0,812
Ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen	49,6	(48,8–51,9)	Ref.	31,5	(30,4–32,7)	Ref.
Gesamt						
Mit Beeinträchtigungen und Behinderungen	33,3	(31,1–35,7)	<0,001	27,0	(24,9–29,3)	0,687
Ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen	47,1	(46,0–48,3)	Ref.	29,8	(28,9–30,6)	Ref.

KI = Konfidenzintervall, Ref. = Referenzgruppe

* p-Werte aus multivariaten log-Poisson-Regressionen

In einigen Bereichen des Gesundheitsverhaltens unterscheiden sich Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen, so treiben erstere weniger Ausdauersport und konsumieren seltener in riskanten Mengen Alkohol.

Frauen im jungen (18 bis 29 Jahre) und höheren Erwachsenenalter (ab 65 Jahre) sowie Männer im späten mittleren und höheren Erwachsenenalter (ab 45 Jahre), die seltener Ausdaueraktivitäten ausüben als Gleichaltrige ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen ([Annex Tabelle 1](#) und [Annex Tabelle 2](#)). Ein anderes Bild ergibt sich bei körperlichen Aktivitäten zur Muskelkräftigung: Hier unterscheiden sich die beiden Gruppen kaum voneinander (Frauen 24,4 % und 28,1 %, Männer 44,7 % und 49,6 %; [Tabelle 2](#)). Einzig 65-jährige und ältere Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen führen seltener Übungen zur Muskelkräftigung durch als gleichaltrige Frauen ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen ([Annex Tabelle 1](#)).

Mehr als die Hälfte der Frauen – 59,6 % der Frauen mit und 53,1 % ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen – nehmen täglich Obst zu sich, bei den Männern sind es 47,1 % und 36,6 % ([Tabelle 3](#)). Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen ([Abbildung 2](#) und [Tabelle 1](#)); dies gilt für alle untersuchten Altersgruppen

([Annex Tabelle 1](#) und [Annex Tabelle 2](#)). 41,1 % der Frauen mit und 40,3 % der Frauen ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen konsumieren täglich Gemüse. Bei Männern trifft dies auf 28,8 % beziehungsweise 23,1 % zu. Unterschiede nach Alter sind nur bei Frauen zu beobachten: Frauen ab 65 Jahren mit Beeinträchtigungen und Behinderungen essen seltener täglich Gemüse als gleichaltrige Frauen, die nicht von Beeinträchtigungen und Behinderungen betroffen sind ([Annex Tabelle 1](#)).

16,0 % der Frauen und 22,1 % der Männer mit Beeinträchtigungen und Behinderungen gaben an, aktuell zu rauchen, bei den Frauen und Männern ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen waren es 21,6 % und 27,7 % ([Tabelle 4](#)). Die Ergebnisse nach Alter zeigen, dass in einigen Altersgruppen Unterschiede im Tabakkonsum zwischen Personen mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen bestehen: Frauen im frühen mittleren Erwachsenenalter (30 bis 44 Jahre) mit Beeinträchtigungen und Behinderungen gaben häufiger an, aktuell zu rauchen als gleichaltrige Frauen ohne Beeinträchtigungen und

Tabelle 3

Obst- und Gemüsekonsum bei Frauen und Männern mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen (n=1.406 Frauen mit/n=11.341 ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen, n=1.505 Männer mit/n=9.120 ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen)

Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

	Obstkonsum (täglich oder mehrmals täglich)			Gemüsekonsum (täglich oder mehrmals täglich)		
	%	(95 %-KI)	p-Wert*	%	(95 %-KI)	p-Wert*
Frauen						
Mit Beeinträchtigungen und Behinderungen	59,6	(56,2–63,0)	0,069	41,4	(38,7–44,2)	0,145
Ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen	53,1	(51,9–54,4)	Ref.	40,3	(39,1–41,6)	Ref.
Männer						
Mit Beeinträchtigungen und Behinderungen	47,1	(43,9–50,4)	0,394	28,8	(26,0–31,8)	0,516
Ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen	36,6	(35,3–37,9)	Ref.	23,1	(21,9–24,2)	Ref.
Gesamt						
Mit Beeinträchtigungen und Behinderungen	53,3	(50,9–55,6)	0,083	35,0	(33,1–37,0)	0,610
Ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen	45,0	(44,0–46,1)	Ref.	31,9	(30,9–32,8)	Ref.

KI = Konfidenzintervall, Ref. = Referenzgruppe

* p-Werte aus multivariaten log-Poisson-Regressionen

Tabelle 4
Tabak- und Alkoholkonsum bei Frauen und Männern mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen (n=1.406 Frauen mit/n=11.341 ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen, n=1.505 Männer mit/n=9.120 ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen)
 Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

	Tabakkonsum (täglich oder gelegentlich)			Alkoholkonsum (Risikokonsum)		
	%	(95 %-KI)	p-Wert*	%	(95 %-KI)	p-Wert*
Frauen						
Mit Beeinträchtigungen und Behinderungen	16,0	(13,7 – 18,6)	0,108	8,6	(7,0 – 10,6)	<0,001
Ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen	21,6	(20,6 – 22,6)	Ref.	14,8	(13,9 – 15,8)	Ref.
Männer						
Mit Beeinträchtigungen und Behinderungen	22,1	(19,6 – 24,7)	0,278	15,3	(13,2 – 17,6)	0,005
Ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen	27,7	(26,5 – 28,9)	Ref.	18,6	(17,6 – 19,6)	Ref.
Gesamt						
Mit Beeinträchtigungen und Behinderungen	19,1	(17,5 – 20,8)	0,034	12,0	(10,5 – 13,6)	<0,001
Ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen	24,6	(23,8 – 25,4)	Ref.	16,7	(16,0 – 17,4)	Ref.

KI = Konfidenzintervall, Ref. = Referenzgruppe

* p-Werte aus multivariaten log-Poisson-Regressionen

Innerhalb eines Jahres nehmen mehr als 95% der Personen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen ambulante ärztliche Leistungen in Anspruch, eine höhere Inanspruchnahme als bei Personen ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen.

Behinderungen. Gleiches trifft auf Männer mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen im späten mittleren Erwachsenenalter (45 bis 64 Jahre) zu. Männer im höheren Erwachsenenalter (ab 65 Jahre) mit Beeinträchtigungen und Behinderungen gaben hingegen seltener an, aktuell zu rauchen als gleichaltrige Männer ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen ([Annex Tabelle 1](#) und [Annex Tabelle 2](#)).

Beim Alkoholkonsum ist hingegen festzustellen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen einen gesünderen Lebensstil aufweisen ([Abbildung 2](#) und [Tabelle 1](#)): Ein riskanter Alkoholkonsum liegt bei 8,6% der Frauen und 15,3% der Männer mit sowie bei 14,8% der Frauen und 18,6% der Männer ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen vor ([Tabelle 4](#)). Die altersstratifizierten Ergebnisse sprechen allerdings dafür, dass der geringere Alkoholkonsum von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen erst im späteren Erwachsenenalter zutage tritt, bei Frauen ab 45 Jahren und bei Männern ab 65 Jahren ([Annex Tabelle 1](#) und [Annex Tabelle 2](#)).

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Mit 98,2% und 95,7% nehmen fast alle Frauen und Männer mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in den zwölf Monaten vor der Befragung ambulante ärztliche Leistungen in Anspruch. Bei Menschen ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen ist die Inanspruchnahme mit 89,9% bei den Frauen und 82,0% bei den Männern geringer. Auch bei der Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen zeigen sich deutliche Unterschiede: Mit 38,5% bei den Frauen und 36,6% bei den Männern ist die Inanspruchnahme bei Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen mehr als doppelt so hoch wie bei Menschen ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen mit 13,3% beziehungsweise 11,8% ([Tabelle 5](#)). Eine höhere Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher sowie stationärer Leistungen durch Personen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen zeigt sich bei Frauen in allen Altersgruppen, bei Männern erst ab dem frühen mittleren Erwachsenenalter (ab 30 Jahre) ([Annex Tabelle 1](#) und [Annex Tabelle 2](#)).

Tabelle 5
Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen, stationärer Leistungen sowie ambulanter Pflegedienste bei Frauen und Männern mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen (n=1.406 Frauen mit/n=11.341 ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen, n=1.505 Männer mit/n=9.120 ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen)
 Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

	Ambulante ärztliche Inanspruchnahme			Stationäre Inanspruchnahme			Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste		
	%	(95 %-KI)	p-Wert*	%	(95 %-KI)	p-Wert*	%	(95 %-KI)	p-Wert*
Frauen									
Mit Beeinträchtigungen und Behinderungen	98,2	(97,2–98,9)	<0,001	38,5	(35,6–41,4)	<0,001	15,0	(12,8–17,6)	<0,001
Ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen	89,9	(89,1–90,7)	Ref.	13,3	(12,5–14,1)	Ref.	2,0	(1,8–2,4)	Ref.
Männer									
Mit Beeinträchtigungen und Behinderungen	95,7	(94,2–96,9)	<0,001	36,9	(34,1–39,8)	<0,001	8,7	(7,1–10,6)	<0,001
Ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen	82,0	(81,0–83,1)	Ref.	11,8	(11,0–12,7)	Ref.	0,6	(0,4–0,8)	Ref.
Gesamt									
Mit Beeinträchtigungen und Behinderungen	97,0	(96,1–97,7)	<0,001	37,7	(35,6–39,8)	<0,001	11,8	(10,4–13,4)	<0,001
Ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen	86,1	(85,3–86,7)	Ref.	12,6	(12,0–13,1)	Ref.	1,3	(1,1–1,5)	Ref.

KI = Konfidenzintervall, Ref. = Referenzgruppe

* p-Werte aus multivariaten log-Poisson-Regressionen

Auch ambulante Pflegedienste werden von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sehr viel stärker in Anspruch genommen ([Abbildung 2](#) und [Tabelle 1](#)). Zudem zeigt sich ein deutlicher Geschlechterunterschied: 15,0% der Frauen und 8,7% der Männer mit Beeinträchtigungen und Behinderungen nehmen ambulante Pflege in Anspruch, dagegen nur 2,0% der Frauen und 0,6% der Männer ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen ([Tabelle 5](#)). Während sich eine höhere Inanspruchnahme ambulanter Pflegekräfte bei Männern in allen Altersgruppen zeigt, trifft dies bei Frauen erst ab dem frühen mittleren Erwachsenenalter (ab 30 Jahre) zu ([Annex Tabelle 1](#) und [Annex Tabelle 2](#)).

4. Diskussion

Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen nehmen ihre Gesundheit als deutlich schlechter wahr als Menschen ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen. Auch haben sie eine schlechtere psychische Gesundheit,

wie die höhere Prävalenz einer depressiven Symptomatik zeigt. Dies führt zu einem erhöhten Bedarf an medizinischer Versorgung und spiegelt sich wider in einer höheren Inanspruchnahme von ambulanten, stationären und pflegerischen Leistungen. Insgesamt zeigt sich eine schlechtere Gesundheit bei Frauen als bei Männern sowie mit zunehmendem Alter. Weniger deutlich sind die Unterschiede im Gesundheitsverhalten. Personen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen üben seltener Ausdaueraktivitäten aus als Personen ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen, bei Muskelkräftigungsaktivitäten und beim Obst- und Gemüsekonsum zeigen sich fast keine Unterschiede. Die Rauchprävalenzen unterscheiden sich vor allem im mittleren und höheren Lebensalter, mit teils niedrigeren, teils höheren Werten für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Riskanter Alkoholkonsum kommt dagegen bei Personen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen weniger häufig vor. Dabei verhalten sich Frauen im Allgemeinen gesundheitsbewusster als Männer.

Zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen und Ermittlung gesundheitspolitischer Handlungsbedarfe sind weitere Daten unerlässlich.

Subjektive Gesundheit und depressive Symptomatik

Eine deutlich schlechtere Gesundheit bei Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen kann aus vielen Studien abgeleitet werden [34]. Zur subjektiven Gesundheit lassen sich die GEDA-Daten mit den Daten des SOEP, die für den Dritten Teilhabebericht (2021) ausgewertet wurden [3], und der Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (Teilhabestudie) [35] vergleichen. Die Unterschiede in den konkreten Zahlen hängen vor allem mit unterschiedlichen Befragungsinstrumenten zur subjektiven Gesundheit und der unterschiedlichen Operationalisierung von Beeinträchtigungen und Behinderungen (siehe [3]) zusammen. Den Daten des SOEP zufolge schätzten 13 % der Menschen mit und 60 % der Menschen ohne Beeinträchtigungen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein, also weniger als in der GEDA-Studie (21,5 % und 76,0 %). Auch in den SOEP-Analysen findet sich eine schlechtere subjektive Gesundheit bei Frauen als bei Männern, eine eindeutige Zunahme der als schlecht eingeschätzten Gesundheit mit dem Alter gab es jedoch nicht [3]. In der Teilhabestudie wurden nicht amtlich anerkannte, sondern selbst eingeschätzte Behinderungen betrachtet. Nach den ersten Ergebnissen beurteilten 94 % der nicht beeinträchtigten, 73 % der beeinträchtigten und 25 % der Personen mit selbsteingeschätzter Behinderung in Privathaushalten ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut [35]. Ob beeinträchtigte Personen als selbsteingeschätzt behindert gelten, hängt von der Schwere der Beeinträchtigung in Kombination mit der Schwere der Einschränkung im Alltagshandeln ab. Die Teilhabestudie zeigt auch, dass die subjektive Gesundheit je nach Art der stärksten Beeinträchtigung unterschiedlich bewertet wurde: Am höchsten

war der Anteil derjenigen, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzten, bei Personen mit Sehbeeinträchtigung (69 %), Suchterkrankung (64 %) und Hörbeeinträchtigung (63 %), am niedrigsten bei Beeinträchtigung durch Schmerzen (41 %), durch seelische oder psychische Probleme (39 %) und beim Bewegen (35 %) [35].

Bevölkerungsweite Daten zu depressiver Symptomatik bei Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen liegen für Deutschland nur aus der GEDA-Studie vor, die auch dem Dritten Teilhabebericht als Datenbasis dient. Hohe psychische Belastungen bei Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen zeigt die Studie zu Lebenssituation und Belastung von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [36]. Auch regionale und internationale Studien zeigen, dass Menschen mit Behinderungen häufiger von psychischen Problemen betroffen sind [37–39]. Insgesamt hat in Deutschland die Zahl der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zugenommen [3, 8]. Dass ein hoher Anteil der Frauen mit Behinderungen von psychischen Belastungen betroffen ist, kann auch mit Diskriminierungen und Gewalterfahrungen in Zusammenhang stehen [9, 36].

Die Beziehung zwischen Krankheiten und Behinderungen ist komplex [34]. Viele Beeinträchtigungen und Behinderungen resultieren aus Krankheiten, umgekehrt sind Menschen mit Beeinträchtigungen, wenn sie erkranken, häufig länger durch diese Krankheiten eingeschränkt. Auch können Beeinträchtigungen die Wahrnehmung des Gesundheitszustands stark beeinflussen und auch Einfluss auf die psychische Gesundheit nehmen. Die schlechtere Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen

ergibt sich auch aus der Definition von Beeinträchtigungen, die „Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen“ (dazu zählen auch psychische Funktionen) einschließt (Infobox) [3]. Zu dieser Gruppe gehören auch Menschen mit chronischen Erkrankungen, was sich in der Methodik der vorliegenden Analysen widerspiegelt.

Gesundheitsverhalten

Zur sportlichen Aktivität von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland gibt es Daten des SOEP, die für den Dritten Teilhabebericht ausgewertet wurden. Auch dort zeigt sich, dass diese insgesamt weniger Sport treiben: 32 % geben an, jede Woche aktiv Sport auszuüben, im Vergleich zu 48 % derjenigen ohne Beeinträchtigungen. Dabei bestehen kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern, ältere Menschen treiben weniger Sport als jüngere [3]. Diese Anteile liegen in einer ähnlichen Größenordnung wie die für Ausdaueraktivitäten (mindestens 2,5 Stunden pro Woche) in der vorliegenden Auswertung, wobei die Unterschiedlichkeit der Indikatoren direkten Vergleichen entgegensteht. Nach den Daten der Teilhabebefragung treiben 34 % der beeinträchtigten Personen und 50 % der Personen mit selbsteingeschätzter Behinderung selten oder nie Sport, im Gegensatz zu 30 % der nicht beeinträchtigten Personen [35]. Gründe für die sportliche Inaktivität von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen können sein, dass es keine inklusiven Angebote gibt oder dass Sportstätten nicht barrierefrei sind. Aber auch das Gefühl, bestimmte sportliche Leistungen nicht erbringen zu können oder – bei körperlichen Beeinträchtigungen – gesundheitlichen Hindernissen gegenüberzustehen, kann eine Rolle spielen [3, 40].

Andererseits kann sportliche Betätigung für Menschen mit Behinderungen die Mobilität im Alltag erhöhen und zum körperlichen und seelischen Wohlbefinden beitragen [41, 42]. Die Förderung des inklusiven Sports – sowohl des Breiten- als auch des Leistungssports – ist eines der Ziele des Nationalen Aktionsplans zur UN-Behindertenrechtskonvention (NAP 2.0) [43].

Obst und Gemüse werden nach den vorliegenden Auswertungen von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen ähnlich häufig konsumiert; bisher gibt es keine Daten, die den hier berichteten vergleichbar wären. Im Teilhabebericht wird aus dem SOEP der Anteil der Befragten mit einem Bewusstsein für gesunde Ernährung ausgewertet. Dabei zeigen sich Unterschiede vor allem bei jungen Männern. 35 % der 18- bis 29-jährigen Männer mit und 15 % der Gleichaltrigen ohne Beeinträchtigungen achten nicht auf gesundheitsbewusste Ernährung; bei Frauen und älteren Männern waren die Unterschiede dagegen gering [3]. Wie körperliche Aktivität hat auch Obst- und Gemüsekonsum gesundheitsfördernde Effekte und kann zum Beispiel aufgrund von Funktions- und Mobilitätseinschränkungen, die den Zugang zu diesen Nahrungsmitteln und deren Zubereitung erschweren können, vermindert sein [44].

Die hier berichteten Ergebnisse zum Rauchen unterscheiden sich von den im Dritten Teilhabebericht dargestellten Auswertungen der SOEP-Daten aus dem Jahr 2018: Mit rund 23 % bei Frauen und 30 % bei Männern liegen die dortigen Prävalenzen um sieben bis acht Prozentpunkte höher als in GEDA (16,0 % bzw. 22,1 %). Nach Alter differenzierte Auswertungen der SOEP-Daten zeigen deutlich höhere Prävalenzen bei Menschen mit Beeinträchtigungen bis zum Alter von 65 Jahren, im höheren Alter gleichen

sich die Prävalenzen an. Diese Entwicklung ist tendenziell auch in den GEDA-Daten zu sehen. Die Unterschiede könnten zum Beispiel mit der unterschiedlichen Operationalisierung von Beeinträchtigungen und Behinderungen zusammenhängen, aber auch mit Unterschieden in der Survey methodology. Ein Vergleich der Rauchprävalenzen in der Allgemeinbevölkerung zeigt, dass diese in den RKI-Daten zum Teil höher, zum Teil niedriger liegen als in den Daten aus dem SOEP [45]. Höhere Prävalenzen des Tabakkonsums bei Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen werden auch in internationalen Studien berichtet [46, 47].

Dass Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in geringerem Maße Alkohol konsumieren als Menschen ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen, wird auch im Dritten Teilhabebericht, der die Daten des SOEP aus dem Jahr 2018 auswertet, beschrieben. Diesen zufolge nahmen 27% der Menschen mit und 33% der Menschen ohne Beeinträchtigungen wöchentlich Alkohol zu sich. Dass gar kein Alkohol konsumiert wird, gaben 32% der Menschen mit und 18% der Menschen ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen an [3]. Für die Gruppe der Menschen mit kognitiven Behinderungen zeigen Studien eine niedrigere Prävalenz des Alkoholkonsums, allerdings besteht bei denjenigen, die Alkohol konsumieren, ein höheres Risiko für Alkoholmissbrauch [48–51].

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Aufgrund ihres im Durchschnitt schlechteren Gesundheitszustands nehmen Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen gesundheitliche Leistungen in höherem Maße in Anspruch als Menschen ohne Beeinträchtigungen

und Behinderungen. Dies zeigt sich nicht nur mit Blick auf die 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, der stationären Versorgung oder der Pflege, sondern auch bei Betrachtung der Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten [3]. Dabei wird auch im Dritten Teilhabebericht noch festgestellt, dass ein großer Teil der ärztlichen Praxen nicht barrierefrei ist [3]. Barrierefreiheit bedeutet nicht nur, dass ebenerdige Zugänge, Aufzüge oder rollstuhlgerechte Praxisräume vorhanden sind, sondern schließt zum Beispiel auch flexible Untersuchungsmöbel, Orientierungshilfen für Sehbehinderte sowie barrierefreie Kommunikation und Informationen, etwa in Gebärdensprache oder Leichter Sprache, ein [52–54]. Je nach Art der Behinderung spielen dabei unterschiedliche Barrieren eine Rolle. Eine Studie zur Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung durch Menschen mit kognitiver Behinderung zeigte keine generelle Unterversorgung im ambulanten Bereich, aber die seltenere Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen [55]. Auch eine Auswertung der Schweizer Gesundheitsbefragung von 2002 stellt fest, dass Personen mit Behinderung mehr Leistungen in Anspruch nehmen und die Angebote häufig auch intensiver nutzen [56]. Allerdings lassen sich aus solchen Inanspruchnahmedaten keine Aussagen zur Qualität und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung ableiten, hierzu bräuchte es weitere – auch qualitative – Studien. Die Zufriedenheit von Frauen mit Behinderungen mit ihrer gesundheitlichen Versorgung wird in der Studie zu Lebenslagen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen thematisiert: Demnach waren 20% der in Haushalten lebenden Frauen mit Behinderungen eher unzufrieden bis sehr unzufrieden mit der Gesundheitsversorgung [36]. Versorgungslücken zeigte

auch der Teilhabesurvey: Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung gaben häufiger an, keinen Zugang zu erforderlichen Beratungen und Behandlungen zu erhalten als Menschen mit und Menschen ohne Beeinträchtigungen. Am häufigsten war dies bei psychologischen oder psychiatrischen Beratungen und Behandlungen (8,9%), Rehabilitation (7,2%) sowie psychiatrischen Einrichtungen (6,2%) der Fall. Insgesamt gaben 21,4% der Menschen mit selbsteingeschätzter Behinderung an, mindestens bei einer Stelle keinen Zugang zu einer erforderlichen Beratung oder Behandlung zu haben, besonders häufig betraf dies Frauen und Menschen mit Migrationshintergrund [3].

Stärken und Limitationen

GEDA 2014/2015-EHIS ist ein bevölkerungsrepräsentativer Survey mit einer großen Teilnehmendenzahl. Allerdings ergeben sich aus der Methode auch Limitationen, die insbesondere für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen relevant sind. Eine Teilnahme an Surveys, die an die Allgemeinbevölkerung gerichtet sind, kann für von Einschränkungen betroffene Menschen erschwert sein, zum Beispiel, wenn Personen mit Sehbehinderung die für die Erhebung verwendeten Papier- oder Online-Fragebögen nicht oder nur mit Schwierigkeiten ausfüllen können. Folge kann eine Unterrepräsentierung und Verzerrung der Ergebnisse durch selektive Nichtteilnahme (Selektionsbias) sein [57]. Auch wurden Menschen, die nicht in eigenen Haushalten oder bei ihren Familien, sondern in Wohneinrichtungen oder Pflegeheimen leben, nicht in die Erhebung einbezogen. Darüber hinaus gibt es für einzelne Indikatoren spezielle Limitationen. So können Selbstangaben zur Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen

mit Erinnerungslücken (Recall Bias) verbunden sein [58]; allerdings trifft dies eher auf die Anzahl der Kontakte zu als darauf, ob niedergelassene Ärztinnen und Ärzte überhaupt in Anspruch genommen wurden. Zudem ist ein Recall Bias wahrscheinlicher, wenn ein längerer Zeitraum als die letzten zwölf Monate erfasst wird [59]. Als weitere Einschränkung ist das sozial erwünschte Antwortverhalten zu nennen, das vor allem bei Indikatoren wie Tabak- und Alkoholkonsum eine Rolle spielt [26, 30]. Eine weitere Limitation ist das Alter der Datenquelle (2014/2015). Es liegen allerdings bisher im RKI-Gesundheitsmonitoring keine neueren Daten vor, in denen das Vorliegen von Beeinträchtigungen und Behinderungen kombiniert ausgewertet werden kann; bei den Auswertungen zeigte sich, dass 2,6% der Menschen ohne amtlich anerkannte Behinderung eine starke und dauerhafte krankheitsbedingte Einschränkung angaben.

Fazit und Ausblick

Wie andere Berichte und Studien zeigen die vorliegenden Auswertungen die gesundheitliche Ungleichheit zwischen Menschen mit und Menschen ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen. Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sind von gesundheitlichen Benachteiligungen (teilweise) stärker betroffen als Männer. Der Dritte Teilhabereport weist darauf hin, dass Gesundheit und Teilhabe eng miteinander verknüpft sind und Personen mit mehrfachen Benachteiligungen im Sinne von sich überschneidenden Diskriminierungsformen (Intersektionalität) besondere Aufmerksamkeit zu widmen ist [3]. Insgesamt stellen die vorliegenden Ergebnisse nur einen ersten Überblick dar. Um detailliertere Aussagen zu einzelnen Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen machen zu

können, beispielsweise nach Alter, sozialer Situation und Migrationsgeschichte, sind weitere und aktuelle Daten und Analysen notwendig – auch angesichts dessen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen eine sehr heterogene Gruppe in unterschiedlichen Lebenslagen und mit unterschiedlichen Bedürfnissen sind. Diese Heterogenität wird beispielsweise im Teilhabesurvey berücksichtigt, der zudem partizipativ angelegt war und eine Beteiligung der Beforschten vorsah [60]. Eine solche Erhebung auch zu Gesundheitsthemen durchzuführen oder Gesundheitssurveys um entsprechende Fragen zu ergänzen, wäre wünschenswert, um belastbare Daten zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen zu erhalten, auch als Grundlage für (gesundheits-)politische Entscheidungen. So wurden beispielsweise aus der Studie zu Lebenslagen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen wichtige Erkenntnisse etwa zu psychischen Belastungen, der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit und der Gesundheitsversorgung oder der Einnahme von Medikamenten gewonnen [36]. Besonderer Forschungsbedarf besteht im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung [3, 61]. Für weniger spezifische Fragestellungen sind auch in vielen epidemiologischen Studien Daten vorhanden, die mit Blick auf Beeinträchtigungen und Behinderungen ausgewertet werden könnten [5]. Die UN-BRK verpflichtet die Vertragsstaaten zur Datenerhebung, um politische Konzepte zur Durchführung des Übereinkommens auszuarbeiten und umzusetzen (Artikel 31) [4].

Aus dem Abgleich der hier berichteten Befunde mit der UN-BRK ergeben sich weitere Handlungsbedarfe aus Public-Health-Sicht. In Artikel 25 wird festgestellt, dass

Menschen mit Behinderungen eine Gesundheitsversorgung „in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard [...] wie anderen Menschen“ zur Verfügung zu stellen ist sowie die „Gesundheitsleistungen [...], die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden“ [4]. Die gleichberechtigte Teilnahme an Sportaktivitäten (Art. 30) findet sich ebenfalls in der UN-BRK [4]. Daraus folgt, dass – neben Versorgungsaspekten wie der Barrierefreiheit von Arztpraxen, mehr Therapieangeboten für psychisch Erkrankte und der Anpassung der stationären Versorgung an die Bedürfnisse von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen – eine adressatengerechte Prävention und Gesundheitsförderung weiterhin wichtige Ziele sind. Im Zuge des demografischen Wandels ist die Zahl der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in den letzten Jahrzehnten angestiegen und diese Entwicklung wird sich auch in Zukunft fortsetzen [3, 8]. Daher sind diese Aspekte auch für die zukünftige Planung der Gesundheitsversorgung von Bedeutung.

Korrespondenzadresse

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

Zitierweise

Prütz F, Krause L (2022)
Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigungen und
Behinderungen in Deutschland – Ausgewählte Indikatoren
aus der Studie GEDA 2014/2015-EHIS.
J Health Monit 7(1): 28–51.
DOI 10.25646/9751

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

Datenschutz und Ethik

GEDA 2014/2015-EHIS wurde gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) durchgeführt. Die Studie wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) in Deutschland zur Prüfung vorgelegt. Es wurden keine Bedenken gegen die Durchführung der Studie geäußert. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und willigten in die Teilnahme ein (informed consent). Abhängig von der gewählten Erhebungsmethode wurde die Einwilligung in schriftlicher oder elektronischer Form eingeholt.

Förderungshinweis

GEDA 2014/2015-EHIS wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2021) Öffentliche Sozialleistungen – Lebenslagen der behinderten Menschen. Ergebnisse des Mikrozensus 2019. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
2. Statistisches Bundesamt (2020) Schwerbehinderte Menschen mit Ausweis (absolut und je 100.000 Einwohner). Statistik der schwerbehinderten Menschen. www.gbe-bund.de (Stand: 13.09.2021)

3. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg) (2021) Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bonn
4. Vereinte Nationen (2006) Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CRPD/CRPD_Konvention_und_Fakultativprotokoll.pdf (Stand: 16.07.2019)
5. Prütz F, Lange C (2016) Daten zu Behinderung und Teilhabe in Deutschland. Anforderungen, Auswertungsmöglichkeiten und Ergebnisse. Bundesgesundheitsbl 59(9):1103–1116
6. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg) (2013) Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. BMAS, Bonn
7. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg) (2016) Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. BMAS, Bonn
8. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
9. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2020) Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. RKI, Berlin
10. Lampert T, Schmidtke C, Borgmann LS et al. (2018) Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 3(2):64–71. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5689> (Stand: 29.06.2018)
11. Bretschneider J, Kuhnert R, Hapke U (2017) Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(3):81–88. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2788> (Stand: 13.09.2017)
12. Lange C, Finger JD (2017) Gesundheitsverhalten in Europa – Vergleich ausgewählter Indikatoren für Deutschland und die Europäische Union. Journal of Health Monitoring 2(2):3–20. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2651> (Stand: 16.01.2019)
13. Prütz F, Rommel A (2017) Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4):88–94. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2905> (Stand: 13.12.2017)

14. Prütz F, Rommel A (2017) Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(4):95–100.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2906> (Stand: 13.12.2017)
15. European Commission, Eurostat (2013) European Health Interview Survey (EHIS wave 2). Methodological manual. European Commission, Luxembourg
16. Robert Koch-Institut (2017) Fragebogen zur Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“: GEDA 2014/2015-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 2(1):105–135.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2587> (Stand: 15.03.2017)
17. Cox B, van Oyen H, Cambois E et al. (2009) The reliability of the Minimum European Health Module. *Int J Public Health* 54(2):55–60
18. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL et al. (2009) The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord* 114(1–3):163–173
19. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth edition (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington, DC
20. Baumeister SE, Ricci C, Kohler S et al. (2016) Physical activity surveillance in the European Union: reliability and validity of the European Health Interview Survey-Physical Activity Questionnaire (EHIS-PAQ). *Int J Behav Nutr Phys Act* 13(1):1–10
21. Finger JD, Tafforeau J, Gisle L et al. (2015) Development of the European Health Interview Survey – Physical Activity Questionnaire (EHIS-PAQ) to monitor physical activity in the European Union. *Arch Public Health* 73:59
22. World Health Organization (2010) Global recommendations on physical activity for health. Global Strategy on Diet, Physical Activity & Health. WHO Press, Geneva
23. Finger JD, Mensink GBM, Lange C et al. (2017) Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(2):37–44.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2650> (Stand: 16.06.2017)
24. Mensink GBM, Schienkiewitz A, Lange C (2017) Obstkonsum bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(2):45–51.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2652> (Stand: 16.06.2017)
25. Mensink GBM, Schienkiewitz A, Lange C (2017) Gemüsekonsum bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(2):52–58.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2649> (Stand: 16.06.2017)
26. Zeiher J, Kuntz B, Lange C (2017) Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(2):59–65.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2653> (Stand: 16.06.2017)
27. Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB et al. (1998) The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med* 158(16):1789–1795
28. Seitz H, Bühringer G (2010) Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), Hamm
29. Burger M, Bronstrup A, Pietrzik K (2004) Derivation of tolerable upper alcohol intake levels in Germany: a systematic review of risks and benefits of moderate alcohol consumption. *Prev Med* 39(1):111–127
30. Lange C, Manz K, Kuntz B (2017) Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen. *Journal of Health Monitoring* 2(2):66–73.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2646> (Stand: 16.06.2017)
31. Eurostat (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED).
http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de (Stand: 13.01.2017)
32. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). *Arch Public Health* 75:40
33. Saß AC, Lange C, Finger JD et al. (2017) „Gesundheit in Deutschland aktuell“ – Neue Daten für Deutschland und Europa, Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 2(1):83–90.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2585> (Stand: 16.01.2019)
34. World Health Organization (Hrsg) (2011) World Report on Disability. WHO, Geneva
35. Harand J, Steinwede J, Schröder H et al. (2021) BMAS-Forschungsbericht 571. Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – 4. Zwischenbericht – Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bonn
36. Schröttle M, Hornberg C (2013) Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland. Ergebnisse der quantitativen Befragung. Endbericht. BMFSFJ, Berlin

37. Schmückle D, Schmolz GK, Lindert J (2017) „Psychische Gesundheit bei erwachsenen Menschen mit intellektueller Behinderung. Schutz- und Risikofaktoren in Bezug auf Depression und Angststörung“ – eine Querschnittstudie. *Gesundheitswesen* 79(05):415–418
38. Einfeld SL, Ellis LA, Emerson E (2011) Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: a systematic review. *J Intellect Dev Disabil* 36(2):137–143
39. Cree RA, Okoro CA, Zack MM et al. (2020) Frequent Mental Distress Among Adults, by Disability Status, Disability Type, and Selected Characteristics – United States, 2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 69:1238–1243
40. Jaarsma EA, Dijkstra PU, Geertzen JH et al. (2014) Barriers to and facilitators of sports participation for people with physical disabilities: a systematic review. *Scand J Med Sci Sports* 24(6):871–881
41. Tillmann V, Anneken V (2019) Teilhabe an den gesundheitsförderlichen Potenzialen von Sport und Bewegung. In: Walther K, Römisch K (Hrsg) *Gesundheit inklusive: Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit*. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, S. 229–245
42. Deutscher Behindertensportverband e. V. (2020) Teilhabe VEREINFacht – So gelingt der Sport für Alle! www.dbs-npc.de/files/dateien/sportentwicklung/breitensport/Tempor%C3%A4r/DBS_Handbuch%20Behindertensport_final.pdf (Stand: 17.11.2021)
43. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg) (2016) *Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Nationaler Aktionsplan 2.0 der Bundesregierung zur UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)*. BMAS, Berlin
44. Nicklett EJ, Kadell AR (2013) Fruit and vegetable intake among older adults: a scoping review. *Maturitas* 75(4):305–312
45. Heilert D, Kaul A (2017) Smoking Behaviour in Germany – Evidence from the SOEP. SOEPpapers. DIW, Berlin. https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_o1.c.563343.de/diw_spo920.pdf (Stand: 15.02.2022)
46. Emerson E (2018) Smoking among adults with and without disabilities in the UK. *J Public Health* 40(4):e502–e509
47. Courtney-Long E, Stevens A, Caraballo R et al. (2014) Disparities in Current Cigarette Smoking Prevalence by Type of Disability, 2009–2011. *Public Health Rep* 129(3):252–260
48. van Duijvenbode N, VanDerNagel JEL (2019) A Systematic Review of Substance Use (Disorder) in Individuals with Mild to Borderline Intellectual Disability. *Eur Addict Res* 25(6):263–282
49. Kerr S, Lawrence M, Darbyshire C et al. (2013) Tobacco and alcohol-related interventions for people with mild/moderate intellectual disabilities: a systematic review of the literature. *J Intellect Disabil Res* 57(5):393–408
50. Williams F, Kouimtsidis C, Baldacchino A (2018) Alcohol use disorders in people with intellectual disability. *BJPsych Advances* 24(4):264–272
51. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (Hrsg) (2015) *Fachexpertise. Geistige Behinderung und Sucht. Ergebnisse der verbandsübergreifenden Arbeitsgruppe. BeB, Berlin*
52. Schülle M (Hrsg) (2016) *Barrieren der Barrierefreiheit – Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Teil 1 – Empirische Erkenntnisse. Beitrag D33-2016. www.reha-recht.de* (Stand: 11.06.2019)
53. Schülle M, Hornberg C (2016) Barrieren der Barrierefreiheit in der medizinischen Versorgung. Fördernde und hemmende Faktoren bei der Etablierung medizinischer Zentren für Erwachsene mit geistiger und Mehrfachbehinderung (MZE). *Bundesgesundheitsbl* 59(9):1117–1124
54. Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg) (2015) *Barrieren abbauen. Ideen und Vorschläge für die Praxis. KBV, Berlin*
55. Leibner R, de Cruppé W, Schwalen S et al. (2017) Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung durch Menschen mit geistiger Behinderung. Eine querschnittliche Erhebung. *Gesundheitswesen* 79(08/09):P-XI-M-76
56. Rüesch P (2006) *Gesundheitsversorgung von Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen oder Behinderung in der Schweiz – Arbeitsdokument des Obsan 14. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/arbeitsdokument-14-d.pdf* (Stand: 24.11.2021)
57. Ohlmeier C, Frick J, Prütz F et al. (2014) Nutzungsmöglichkeiten von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Bundesgesundheitsbl* 57(4):464–472
58. Hessel A, Gunzelmann T, Geyer M et al. (2000) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60jährigen in Deutschland – gesundheitliche, sozialstrukturelle, sozio-demographische und subjektive Faktoren. *Z Gerontol Geriatr* 33(4):289–299

59. Bhandari A, Wagner T (2006) Self-reported utilization of health care services: improving measurement and accuracy. *Med Care Res Rev* 63(2):217–235
-
60. Schröder H, Steinwede J, Schäfers M et al. (2017) 1. Zwischenbericht – Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen.
https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-492-repraesentativbefragung-behinderung.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (Stand: 25.11.2021)
-
61. Tempelmann A, Kolpatzik K, Ehrenreich H et al. (2019) Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Pflege: Das Projekt QualiPEP. *Bundesgesundheitsbl* 62(3):296–303
-

Annex Tabelle 1
Gesundheitliche Lage bei Frauen mit und ohne
Beeinträchtigungen und Behinderungen nach
Alter (n=1.406 Frauen mit und n=11.341 ohne
Beeinträchtigungen und Behinderungen)

Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

	18–29 Jahre		30–44 Jahre	
	Mit BB	Ohne BB	Mit BB	Ohne BB
Subjektive Gesundheit (sehr gut/gut)				
% (95 %-KI)	20,5 (11,2–34,6)	82,9 (80,7–84,9)	23,2 (15,5–33,2)	83,2 (81,3–84,9)
p-Wert*	<0,001	Ref.	<0,001	Ref.
Depressive Symptomatik (PHQ-8)				
% (95 %-KI)	55,5 (39,8–70,0)	15,0 (13,2–17,1)	42,9 (32,3–54,1)	9,1 (7,8–10,5)
p-Wert*	<0,001	Ref.	<0,001	Ref.
Ausdaueraktivitäten (mind. 2,5 Std. pro Woche)				
% (95 %-KI)	23,9 (13,4–39,1)	46,1 (43,0–49,1)	32,7 (23,6–43,3)	39,3 (37,1–41,6)
p-Wert*	0,003	Ref.	0,358	Ref.
Muskelkräftigungsaktivitäten (mind. 2 Tage pro Woche)				
% (95 %-KI)	28,3 (17,2–43,0)	34,6 (32,1–37,2)	24,5 (16,1–35,5)	21,2 (19,5–23,0)
p-Wert*	0,640	Ref.	0,351	Ref.
Obstkonsum (täglich oder mehrmals täglich)				
% (95 %-KI)	33,6 (21,1–49,0)	38,3 (35,7–41,1)	46,4 (35,9–57,2)	44,5 (42,2–46,9)
p-Wert*	0,758	Ref.	0,314	Ref.
Gemüsekonsum (täglich oder mehrmals täglich)				
% (95 %-KI)	33,1 (21,1–47,8)	31,9 (29,5–34,3)	35,8 (25,8–47,3)	38,6 (36,2–41,1)
p-Wert*	0,668	Ref.	0,942	Ref.
Tabakkonsum (täglich oder gelegentlich)				
% (95 %-KI)	17,8 (8,6–33,3)	28,4 (26,1–30,8)	40,5 (29,4–52,6)	26,2 (24,1–28,4)
p-Wert*	0,112	Ref.	0,047	Ref.
Alkoholkonsum (Risikokonsum)				
% (95 %-KI)	4,6 (1,6–12,6)	13,2 (11,5–15,2)	10,9 (5,7–19,8)	11,1 (9,5–12,9)
p-Wert*	0,063	Ref.	0,764	Ref.
Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen				
% (95 %-KI)	100,0 100,0	90,1 (88,3–91,6)	99,6 (97,5–99,9)	87,4 (85,7–88,9)
p-Wert*	<0,001	Ref.	<0,001	Ref.
Inanspruchnahme stationärer Leistungen				
% (95 %-KI)	34,0 (21,6–49,1)	14,3 (12,3–16,6)	32,5 (23,2–43,3)	10,3 (9,0–11,9)
p-Wert*	0,004	Ref.	<0,001	Ref.
Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste				
% (95 %-KI)	2,6 (0,4–13,9)	2,3 (1,6–3,4)	7,8 (3,9–14,9)	3,5 (2,8–4,2)
p-Wert*	0,926	Ref.	0,023	Ref.

mit BB = mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, ohne BB = ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen, KI = Konfidenzintervall, Ref. = Referenzgruppe, PHQ-8 = 8-Item Patient Health Questionnaire

* p-Werte aus multivariaten log-Poisson-Regressionen

Fortsetzung nächste Seite

Annex Tabelle 1 Fortsetzung
Gesundheitliche Lage bei Frauen mit und ohne
Beeinträchtigungen und Behinderungen nach
Alter (n=1.406 Frauen mit und n=11.341 ohne
Beeinträchtigungen und Behinderungen)

Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

	45–64 Jahre		≥ 65 Jahre	
	Mit BB	Ohne BB	Mit BB	Ohne BB
Subjektive Gesundheit (sehr gut/gut)				
% (95 %-KI)	21,9 (17,8–26,6)	74,5 (72,9–76,1)	16,1 (12,9–19,8)	57,5 (54,4–60,5)
p-Wert*	<0,001	Ref.	<0,001	Ref.
Depressive Symptomatik (PHQ-8)				
% (95 %-KI)	36,1 (31,4–41,0)	8,3 (7,3–9,4)	24,7 (21,0–28,8)	3,1 (2,2–4,2)
p-Wert*	<0,001	Ref.	<0,001	Ref.
Ausdaueraktivitäten (mind. 2,5 Std. pro Woche)				
% (95 %-KI)	41,0 (35,9–46,3)	49,0 (47,2–50,9)	20,4 (16,7–24,7)	42,2 (39,1–45,5)
p-Wert*	0,075	Ref.	<0,001	Ref.
Muskelkräftigungsaktivitäten (mind. 2 Tage pro Woche)				
% (95 %-KI)	30,0 (25,4–35,1)	29,2 (27,6–30,8)	20,3 (16,7–24,3)	28,4 (26,1–30,7)
p-Wert*	0,311	Ref.	0,003	Ref.
Obstkonsum (täglich oder mehrmals täglich)				
% (95 %-KI)	51,3 (46,5–56,1)	53,8 (51,9–55,7)	68,6 (63,6–73,2)	74,6 (72,1–76,9)
p-Wert*	0,661	Ref.	0,057	Ref.
Gemüsekonsum (täglich oder mehrmals täglich)				
% (95 %-KI)	40,8 (36,2–45,6)	39,6 (37,8–41,5)	43,2 (39,2–47,3)	50,6 (47,8–53,5)
p-Wert*	0,139	Ref.	0,009	Ref.
Tabakkonsum (täglich oder gelegentlich)				
% (95 %-KI)	26,1 (21,6–31,1)	23,7 (22,3–25,2)	6,2 (4,4–8,5)	6,8 (5,7–8,1)
p-Wert*	0,856	Ref.	0,892	Ref.
Alkoholkonsum (Risikokonsum)				
% (95 %-KI)	9,2 (6,8–12,4)	18,6 (17,1–20,1)	8,3 (5,9–11,4)	14,2 (12,4–16,3)
p-Wert*	<0,001	Ref.	0,006	Ref.
Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen				
% (95 %-KI)	97,5 (95,2–98,7)	89,8 (88,6–90,8)	98,4 (96,8–99,2)	92,9 (91,3–94,2)
p-Wert*	<0,001	Ref.	<0,001	Ref.
Inanspruchnahme stationärer Leistungen				
% (95 %-KI)	35,9 (31,3–40,8)	11,0 (9,9–12,2)	41,2 (37,1–45,4)	19,7 (17,4–22,2)
p-Wert*	<0,001	Ref.	<0,001	Ref.
Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste				
% (95 %-KI)	6,2 (4,2–8,9)	0,5 (0,3–0,9)	22,6 (19,0–26,5)	2,8 (2,0–3,8)
p-Wert*	<0,001	Ref.	<0,001	Ref.

mit BB=mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, ohne BB=ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen, KI=Konfidenzintervall, Ref.=Referenzgruppe,
 PHQ-8=8-Item Patient Health Questionnaire

* p-Werte aus multivariaten log-Poisson-Regressionen

Annex Tabelle 2
Gesundheitliche Lage bei Männern mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen nach Alter (n=1.505 Männer mit und n=9.120 ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen)

Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

	18–29 Jahre		30–44 Jahre	
	Mit BB	Ohne BB	Mit BB	Ohne BB
Subjektive Gesundheit (sehr gut/gut)				
% (95 %-KI)	46,0 (30,1–62,7)	91,2 (89,2–92,8)	33,8 (23,5–46,0)	83,6 (81,4–85,5)
p-Wert*	<0,001	Ref.	<0,001	Ref.
Depressive Symptomatik (PHQ-8)				
% (95 %-KI)	34,2 (19,8–52,2)	8,6 (6,8–10,7)	40,1 (28,4–53,1)	7,8 (6,4–9,5)
p-Wert*	<0,001	Ref.	<0,001	Ref.
Ausdaueraktivitäten (mind. 2,5 Std. pro Woche)				
% (95 %-KI)	44,1 (28,0–61,6)	57,0 (53,8–60,1)	32,4 (21,2–46,0)	54,5 (51,7–57,2)
p-Wert*	0,270	Ref.	0,121	Ref.
Muskelkräftigungsaktivitäten (mind. 2 Tage pro Woche)				
% (95 %-KI)	36,1 (21,4–53,8)	43,9 (41,1–46,8)	23,5 (14,5–35,9)	28,9 (26,7–31,3)
p-Wert*	0,422	Ref.	0,613	Ref.
Obstkonsum (täglich oder mehrmals täglich)				
% (95 %-KI)	36,0 (21,6–53,5)	25,2 (22,5–28,1)	33,0 (22,3–45,9)	28,2 (25,9–30,6)
p-Wert*	0,139	Ref.	0,296	Ref.
Gemüsekonsum (täglich oder mehrmals täglich)				
% (95 %-KI)	29,1 (17,0–45,1)	19,7 (17,4–22,2)	19,8 (12,1–30,6)	19,1 (17,1–21,2)
p-Wert*	0,172	Ref.	0,803	Ref.
Tabakkonsum (täglich oder gelegentlich)				
% (95 %-KI)	20,7 (10,5–36,6)	35,1 (32,0–38,4)	46,7 (35,8–57,9)	34,9 (32,4–37,6)
p-Wert*	0,065	Ref.	0,204	Ref.
Alkoholkonsum (Risikokonsum)				
% (95 %-KI)	9,3 (3,2–24,2)	17,6 (15,5–19,9)	11,4 (5,7–21,3)	13,7 (12,0–15,7)
p-Wert*	0,232	Ref.	0,485	Ref.
Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen				
% (95 %-KI)	83,8 (66,7–93,0)	77,9 (75,2–80,4)	92,8 (83,6–97,0)	77,0 (74,6–79,3)
p-Wert*	0,330	Ref.	<0,001	Ref.
Inanspruchnahme stationärer Leistungen				
% (95 %-KI)	17,5 (8,0–34,2)	8,2 (6,6–10,2)	37,3 (26,1–50,0)	8,2 (6,8–9,8)
p-Wert*	0,078	Ref.	<0,001	Ref.
Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste				
% (95 %-KI)	26,5 (13,6–45,2)	0,1 (0,0–0,4)	11,0 (4,8–23,1)	0,4 (0,2–1,0)
p-Wert*	<0,001	Ref.	<0,001	Ref.

mit BB=mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, ohne BB=ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen, KI=Konfidenzintervall, Ref.=Referenzgruppe, PHQ-8=8-Item Patient Health Questionnaire

* p-Werte aus multivariaten log-Poisson-Regressionen

Fortsetzung nächste Seite

Annex Tabelle 2 Fortsetzung
Gesundheitliche Lage bei Männern mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen nach Alter (n=1.505 Männer mit und n=9.120 ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen)

Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

	45–64 Jahre		≥ 65 Jahre	
	Mit BB	Ohne BB	Mit BB	Ohne BB
Subjektive Gesundheit (sehr gut/gut)				
% (95 %-KI)	23,1 (19,4–27,1)	73,3 (71,4–75,1)	21,1 (17,9–24,9)	62,3 (59,4–65,1)
p-Wert*	<0,001	Ref.	<0,001	Ref.
Depressive Symptomatik (PHQ-8)				
% (95 %-KI)	28,7 (24,0–34,0)	6,3 (5,4–7,3)	14,3 (11,4–17,6)	1,7 (1,2–2,5)
p-Wert*	<0,001	Ref.	<0,001	Ref.
Ausdaueraktivitäten (mind. 2,5 Std. pro Woche)				
% (95 %-KI)	37,0 (32,0–42,3)	47,2 (45,1–49,3)	38,4 (34,3–42,7)	52,5 (49,5–55,5)
p-Wert*	0,017	Ref.	<0,001	Ref.
Muskelkräftigungsaktivitäten (mind. 2 Tage pro Woche)				
% (95 %-KI)	28,8 (24,2–33,9)	26,0 (24,4–27,7)	30,7 (27,0–34,6)	32,8 (30,4–35,4)
p-Wert*	0,070	Ref.	0,557	Ref.
Obstkonsum (täglich oder mehrmals täglich)				
% (95 %-KI)	32,5 (27,9–37,3)	37,0 (34,9–39,3)	62,8 (58,5–66,8)	60,9 (58,3–63,5)
p-Wert*	0,105	Ref.	0,388	Ref.
Gemüsekonsum (täglich oder mehrmals täglich)				
% (95 %-KI)	19,5 (15,9–23,7)	21,9 (20,4–23,6)	37,9 (33,7–42,2)	35,2 (32,4–38,0)
p-Wert*	0,730	Ref.	0,301	Ref.
Tabakkonsum (täglich oder gelegentlich)				
% (95 %-KI)	35,1 (30,5–40,1)	26,9 (25,2–28,7)	7,4 (5,7–9,7)	10,1 (8,6–11,7)
p-Wert*	0,041	Ref.	0,030	Ref.
Alkoholkonsum (Risikokonsum)				
% (95 %-KI)	18,4 (14,8–22,6)	22,1 (20,5–23,9)	13,9 (11,3–17,1)	19,3 (17,3–21,5)
p-Wert*	0,143	Ref.	0,048	Ref.
Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen				
% (95 %-KI)	96,3 (93,5–98,0)	83,1 (81,5–84,6)	96,9 (95,1–98,1)	91,9 (90,2–93,2)
p-Wert*	<0,001	Ref.	<0,001	Ref.
Inanspruchnahme stationärer Leistungen				
% (95 %-KI)	37,5 (32,9–42,3)	12,1 (10,9–13,5)	38,3 (34,1–42,7)	20,4 (18,2–22,8)
p-Wert*	<0,001	Ref.	<0,001	Ref.
Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste				
% (95 %-KI)	3,8 (2,3–6,2)	0,4 (0,2–0,8)	10,5 (8,3–13,2)	1,6 (1,0–2,7)
p-Wert*	<0,001	Ref.	<0,001	Ref.

mit BB=mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, ohne BB=ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen, KI=Konfidenzintervall, Ref.=Referenzgruppe, PHQ-8=8-Item Patient Health Questionnaire

* p-Werte aus multivariaten log-Poisson-Regressionen

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

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

Satz

Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis

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



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



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