Präv Gesundheitsf 2020 · 15:332–339
<https://doi.org/10.1007/s11553-020-00768-y>
 Eingegangen: 5. Dezember 2019
 Angenommen: 8. Februar 2020
 Online publiziert: 6. April 2020
 © Der/die Autor(en) 2020

Lorena Denise Wetzel · Katharina Rathmann

Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland

Inanspruchnahme und wahrgenommene Barrieren des Gesundheitswesens bei Menschen mit Behinderung in Deutschland: Ergebnisse des GEDA 2014/2015-EHIS-Survey

Einleitung

Mit der Unterzeichnung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) hat sich die Bundesrepublik zu einem „Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung“ für über 7,7 Mio. Menschen mit amtlich anerkannten Schwerbehinderung (9,4 % der Gesamtbevölkerung) und ca. 2,7 Mio. Menschen mit leichter Behinderung (3,2 % der Gesamtbevölkerung) in Deutschland verpflichtet [4, 5, 28]. Nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation wird fast jede*r einmal kurz- oder längerfristig von einer individuellen Beeinträchtigung betroffen sein [31]. Unter Beeinträchtigungen werden dabei eingeschränkte Körperfunktionen und -strukturen verstanden [4, 5, 12]. Eine Behinderung liegt dagegen vor, wenn eine Beeinträchtigung durch umweltbedingte Barrieren verursacht wird und in einer eingeschränkten Teilhabe resultiert [4, 5, 12].

Trotz des zehnjährigen Bestehens der UN-BRK und des im Jahr 2016 verabschiedeten Bundesteilhabegesetzes (BTHG) mit stufenweisem in Kraft treten bis 2024 haben Menschen mit Behinderung nach wie vor einen erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung und sind diesbezüglich in verschiedener Hinsicht benachteiligt [1, 5, 17, 22, 23]. Bislang sind bspw. <5 % der

Arztpraxen in Deutschland barrierefrei [5]. Außerdem haben Menschen mit Behinderung häufig einen schlechten Gesundheitszustand, ein erhöhtes Risiko für Begleit- und Folgeerkrankungen, einen hohen und frühen Pflegebedarf sowie folglich eine häufige Inanspruchnahme des Gesundheitswesens [5, 6, 32]. Barrieren im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsversorgung sind z. B. physikalische (bauliche) Barrieren, unangemessene medizinische Hilfsmittel, finanzielle Einschränkungen, ein nicht wertschätzender Umgang mit Menschen mit Behinderung, ein Mangel an Wissen und Fähigkeiten des medizinischen Personals aber auch Barrieren in der Information und in der Kommunikation [9, 10, 18, 21–23, 25, 29]. Das Vorhandensein von Barrieren im Gesundheitswesen kann sich negativ auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auswirken, weshalb ein gleichberechtigter Zugang zum Gesundheitswesen ohne Barrieren elementar für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung ohne Diskriminierung ist [5, 22, 29]. Im zweiten Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-BRK wurde deshalb ein Handlungsschwerpunkt auf die „Bedarfsgerechte Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung und Pflege für Menschen mit Behinderung“ gelegt [7].

Um Aussagen über zukünftige Bedarfe in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung zu treffen, für soziale Gerechtigkeit zu sorgen und die Effektivität und Effizienz von Gesundheitsleistungen zu verbessern, ist es notwendig, Daten zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zu erheben und auszuwerten [2]. Bislang liegen allerdings kaum Studien zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Menschen mit Behinderung in Deutschland vor. Ebenso besteht Bedarf nach konkreten Daten und Zahlen zu den wahrgenommenen Barrieren im Gesundheitswesen von Menschen mit Behinderung [22].

Die repräsentative Studie „Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA)“ aus dem Jahr 2014/2015 erfasst die Inanspruchnahme von Allgemein- bzw. Hausarzt*innen, Facharzt*innen, psychologischen Facharzt*innen, Physiotherapeut*innen, häuslichen Pflegediensten bzw. sozialen Hilfsdiensten, zahnmedizinischen Untersuchungen sowie stationären und ambulanten Krankenhausaufenthalten. Als Barrieren wurden die Nicht-Bezahlbarkeit von benötigten medizinischen, zahnärztlichen und psychologischen Untersuchungen bzw. Behandlungen und verordneten Medikamenten, sowie Untersuchungsverzögerungen aufgrund langer Wartezeiten auf einen Untersuchungstermin und der Entfernung zur Untersuchung

Tab. 1 Stichprobenbeschreibung

	GdB ≥ 50		GdB < 50		Keine Behinderung	
	n	%	n	%	n	%
<i>Geschlecht (n = 23.481)</i>						
Männer	1256	52,5	703	54,3	9608	48,5
Frauen	1138	47,5	592	45,7	10.184	51,5
<i>Alter (n = 23.482)</i>						
18–39 Jahre	171	7,1	126	9,7	7200	36,4
40–59 Jahre	613	25,6	651	50,3	7409	37,4
60+ Jahre	1611	67,3	518	40,0	5183	26,2
<i>Kreissiedlungstyp (n = 23.482)</i>						
Kreisfreie Großstädte	768	32,1	345	26,6	5738	29,0
Städtische Kreise	906	37,8	537	41,4	7726	39,0
Ländliche Kreise	365	15,2	229	17,7	3438	17,4
Dünn besiedelte ländliche Kreise	356	14,9	185	14,3	2889	14,6
<i>Allgemeiner Gesundheitszustand (n = 23.379)</i>						
Gut	614	25,7	501	38,8	14.946	75,9
Schlecht	1771	74,3	791	61,2	4756	24,1
<i>Chronische Erkrankung (n = 23.321)</i>						
Ja	2092	87,9	1031	79,9	7658	39,0
Nein	288	12,1	259	20,1	11.993	61,0
GdB Grad der Behinderung						

bzw. Behandlung, herangezogen. Bislang wurden diese Angaben nicht für Menschen mit Behinderung ausgewertet. Im Fokus dieses Beitrags steht daher die Analyse

1. der Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitswesen und
2. der wahrgenommenen Barrieren im Gesundheitswesen bei Menschen mit im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung anhand der Daten des GEDA 2014/2015-EHIS-Surveys.

Erstmalig werden die selbstberichtete Inanspruchnahme und wahrgenommenen Barrieren im Gesundheitswesen bei Menschen mit Behinderung, differenziert nach dem GdB (GdB < 50 vs. GdB ≥ 50), analysiert und in Vergleich zu jenen der Menschen ohne Behinderung gesetzt. Diese Unterscheidung ist notwendig, um zielgruppenadäquate Bedarfe im Gesundheitswesen und wahrgenommene Barrieren in der Gesundheitsversorgung ableiten zu können und folglich zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung beizutragen.

Material und Methoden

Beschreibung der Datenbasis

Die Datenbasis bildet der repräsentative Survey GEDA 2014/2015-EHIS. Im Rahmen der Befragungsstudie wurden bundesweit Daten zum Thema Gesundheit durch das Robert Koch-Institut erhoben [20]. Für die nationalen Auswertungen stehen die Daten der über 18-jährigen Wohnbevölkerung zur Verfügung [20]. In der Studiendurchführung der Jahre 2014/2015 wurden erstmalig zusätzlich Module des „European Health Interview Survey“ (EHIS) in den Fragebogen (online und Papierform) integriert [10]. Die Stichprobe umfasst 24.016 Personen [20]. Personen ohne Angabe zu ihrem Behinderungsstatus wurden ausgeschlossen, weshalb die Stichprobe letztendlich 23.481 Personen mit und ohne Behinderung umfasst, wovon 1295 bzw. 5,5 % einen GdB < 50 und 2395 bzw. 10,2 % einen GdB ≥ 50 haben. Die Analysen umfassen zwischen 23.380 und 11.865 Fälle. Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass bei den Variablen zur Nicht-Bezahlbarkeit von Untersu-

chungen bzw. Behandlungen und Medikamenten diejenigen, die keinen Bedarf angegeben hatten, nicht in den Analysen berücksichtigt wurden. Aufgrund der hohen Anzahl an fehlenden Angaben pro abhängige Variable wurde auf die Verwendung eines Missing-Filters über alle verwendeten Variablen verzichtet.

Wie der Stichprobenbeschreibung (Tab. 1) entnommen werden kann, befinden sich unter den Menschen ohne Behinderung etwas mehr Frauen, wohingegen bei den Menschen mit Behinderung der Anteil an Männern höher ausfällt. Außerdem weisen Menschen mit Behinderung in der Stichprobe häufiger ein höheres Alter auf, geben häufiger einen schlechten Gesundheitszustand und das Vorhandensein einer chronischen Erkrankung an als Menschen ohne Behinderung.

Variablenbeschreibung

Die unabhängige Variable „Behinderungsstatus“ (1 = keine Behinderung, 2 = GdB < 50 , 3 = GdB ≥ 50) wurde herangezogen, um zwischen Menschen mit und ohne Behinderung sowie nach dem GdB vergleichen zu können. Als abhängige Variablen dienen für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens der Besuch von Allgemein- bzw. Hausarzt*innen, Facharzt*innen, Physiotherapeut*innen, psychologischen Facharzt*innen, ambulante und stationäre Krankenhausaufenthalte, die Inanspruchnahme eines häuslichen Pflegedienstes bzw. sozialen Hilfsdienstes und einer zahnmedizinischen Untersuchung innerhalb eines Jahres. Die Variablen wurden binär zusammengefasst (0 = seltener als jährlich oder nie, 1 = innerhalb eines Jahres). Barrieren finanzieller Art wurden mit der Frage: „Kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass Sie eine Untersuchung oder Behandlung benötigt hätten, Sie sich diese aber nicht leisten konnten?“ erhoben [20]. Die Subkategorien dieser Fragestellung umfassen ärztliche, zahnärztliche bzw. kieferorthopädische, psychologische Untersuchungen bzw. Behandlungen und verordnete Medikamente. Des Weiteren wurden Barrieren zu Untersuchungs- bzw. Behandlungsverzögerungen innerhalb der letzten

L. D. Wetzel · K. Rathmann

Inanspruchnahme und wahrgenommene Barrieren des Gesundheitswesens bei Menschen mit Behinderung in Deutschland: Ergebnisse des GEDA 2014/2015-EHIS-Survey

Zusammenfassung

Hintergrund. Menschen mit Behinderung sind in der gesundheitlichen Versorgung benachteiligt. Eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung verlangt einen gleichberechtigten Zugang zum Gesundheitswesen ohne Barrieren. Erstmals werden Inanspruchnahme und wahrgenommene Barrieren des Gesundheitswesens bei Menschen mit und ohne Behinderung, differenziert nach dem Grad der Behinderung (GdB) mittels repräsentativer Daten für Deutschland ausgewertet.

Fragestellung. Gibt es Unterschiede in der Inanspruchnahme und den wahrgenommenen Barrieren des Gesundheitswesens von Menschen mit im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung?

Material und Methode. Datenbasis bildet der Survey „Gesundheit in Deutschland

Aktuell 2014/2015“. Die Stichprobe umfasst 23.481 Personen mit und ohne Behinderung, wovon 1295 Personen (5,5 %) einen GdB <50 und 2395 Personen (10,2 %) einen GdB ≥50 aufweisen. Uni-, bi- und multivariate Analysen wurden für die abhängigen Variablen Besuch von Haus- und Fachärzt*innen, ambulante und stationäre Krankenhausaufenthalte und wahrgenommene Barrieren (u. a. Wartezeit auf einen Termin, Entfernung, Nicht-Bezahlbarkeit von Untersuchungen) vorgenommen.

Ergebnisse. Menschen mit Behinderung haben höhere Chancen für eine Inanspruchnahme des Gesundheitswesens als Menschen ohne Behinderung. Dabei zeigt sich ein behinderungsspezifischer Gradient nach dem GdB. Menschen mit Behinderung nehmen außerdem häufiger Barrieren im Gesundheits-

wesen wahr als Menschen ohne Behinderung z. B. für Untersuchungsverzögerungen aufgrund einer weiten Entfernung und weil sie sich ärztliche Untersuchungen nicht leisten können.

Schlussfolgerungen. Die Ergebnisse verdeutlichen den in der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen geforderten Abbau von Barrieren im Gesundheitswesen für Menschen mit Behinderung. Studien sind aufgefordert zielgruppenadäquate Bedarfe und Barrieren in der Gesundheitsversorgung, differenziert nach dem GdB, zu erfassen.

Schlüsselwörter

Versorgungsforschung · Beeinträchtigung · Art. 25 UN-BRK · Gesundheitssystem · Zugang zum Gesundheitswesen

Utilization and perceived barriers of the healthcare system for people with disabilities in Germany: results of the GEDA 2014/2015-EHIS-survey

Abstract

Background. People with disabilities are still disadvantaged in health care. Equal access without barriers is necessary for appropriate health care. For the first time the utilization and perceived barriers of the healthcare system were analyzed by representative data for people with disabilities, differentiated according to the degree of disability (DoD), and in comparison to people without disabilities in Germany.

Objectives. What differences exist in the utilization and perceived barriers of the healthcare system among people with and without disabilities?

Materials and methods. Data of the representative survey “Gesundheit in Deutschland Aktuell 2014/2015” was used. The sample

includes $N = 23,481$ people, among them there are $n = 1295$ persons (5.5%) with a DoD <50 and $n = 2395$ persons (10.2%) with a DoD ≥50. Uni-, bi- and multivariate analyses were conducted for the dependent variables, i.e., visit of general practitioner and specialists, outpatient and inpatient hospitalizations and perceived barriers (e.g. waiting time for an appointment, distance, nonaffordability of examinations).

Results. People with disabilities have a higher chance of using the healthcare system than people without disabilities. A disability-specific gradient according to the DoD becomes apparent. In addition, people with disabilities are more likely to experience barriers in the healthcare system than people

without disabilities, e.g. for examination delays due to a long distance and for nonaffordability of medical examinations.

Conclusions. The results emphasize the need for reduction of barriers in the healthcare system for people with disabilities as required by the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Studies are requested to identify needs of specific target groups and barriers in health care, differentiated according to the DoD.

Keywords

Impairment · Access to health care · Healthcare system · Article 25 UN-CRPD · Health service research

12 Monaten aufgrund von „zu langem Warten auf einen Termin“ und einer „zu weiten Entfernung oder Probleme dorthin zu gelangen“ ausgewertet. Das ursprüngliche Antwortformat dieser Variablen (1 = ja, 2 = nein, 3 = kein Bedarf) wurde dichotomisiert (0 = nein, 1 = ja) und Personen, die keinen Bedarf angegeben haben, von weiteren Analysen ausgeschlossen.

Analysestrategie

Die Datenanalyse erfolgte unter Verwendung einer Design- und Anpassungsgewichtung [20]. Es wurden univariate Häufigkeitstabellen sowie kreuztabellarische Auswertungen mit χ^2 -Signifikanzprüfung und multivariate Analysen in Form von binär-logistischen Regressionen adjustiert nach Alter, Geschlecht, all-

gemeinem Gesundheitszustand, Kreis-siedlungstyp und chronischen Erkrankungen durchgeführt. Die Ergebnisse der binär-logistischen Regression berücksichtigen das Chancenverhältnis in Form der Odds Ratios (OR) unter Angabe des jeweiligen 95 %-Konfidenzintervalls (KI). Alle Analysen erfolgten mit dem Datenauswertungsprogramm SPSS (Version 25).

Tab. 2 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Menschen mit einem GdB <50, mit einem GdB ≥50 und keiner Behinderung (in %, n in Klammern, χ^2 -Signifikanzprüfung)

		GdB ≥50	GdB <50	Keine Behinderung	Gesamt
Allgemein- bzw. Hausarzt/-ärztin (n = 23.380)	$p < 0,001$	93,4 (n = 2220)	90,7 (n = 1170)	78,4 (n = 15.451)	80,6 (n = 18.841)
Facharzt/-ärztin (n = 23.325)	$p < 0,001$	84,1 (n = 1993)	77,1 (n = 991)	62,1 (n = 12.216)	65,2 (n = 15.200)
Psychologische Facharzt/-ärztin (n = 23.332)	$p < 0,001$	20,3 (n = 478)	18,1 (n = 233)	7,9 (n = 1547)	9,7 (n = 2258)
Physiotherapeut/in (n = 23.366)	$p < 0,001$	35,1 (n = 830)	33,2 (n = 428)	19,2 (n = 3788)	21,6 (n = 5046)
Zahnmedizinische Untersuchung (n = 23.365)	$p < 0,001$	82,0 (n = 1947)	85,8 (n = 1107)	80,8 (n = 15.923)	81,2 (n = 18.977)
Ambulant im Krankenhaus (n = 22.916)	$p < 0,001$	15,9 (n = 369)	12,7 (n = 160)	9,9 (n = 1917)	10,7 (n = 2446)
Stationär im Krankenhaus (n = 23.376)	$p < 0,001$	36,9 (n = 875)	22,3 (n = 288)	12,9 (n = 2550)	15,9 (n = 3713)
Häuslicher Pflegedienst bzw. sozialer Hilfsdienst (n = 23.300)	$p < 0,001$	11,5 (n = 272)	1,8 (n = 23)	1,6 (n = 318)	2,6 (n = 613)

GdB Grad der Behinderung

Ergebnisse

■ **Tab. 2** zeigt die 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Menschen mit Behinderung (differenziert nach dem GdB) im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung. Menschen mit Behinderung geben häufiger an, Allgemein- bzw. Hausärzt*innen (GdB ≥50: 93,4 %, GdB <50: 90,7 %), Fachärzt*innen (GdB ≥50: 84,1 %, GdB <50: 77,1 %), psychologische Fachärzt*innen (GdB ≥50: 20,3 %, GdB <50: 18,1 %) und Physiotherapeut*innen (GdB ≥50: 35,1 %, GdB <50: 33,2 %) innerhalb eines Jahres zu besuchen sowie ambulant (GdB ≥50: 15,9 %, GdB <50: 12,7 %) und stationär (GdB ≥50: 36,9 %, GdB <50: 22,3 %) in einem Krankenhaus zu sein als Menschen ohne Behinderung. Häusliche Pflegedienste bzw. soziale Hilfsdienste werden am häufigsten durch Menschen mit Schwerbehinderungen (11,5 %) und nur selten durch Menschen mit leichter (1,8 %) oder keiner Behinderung (1,6 %) in Anspruch genommen. Bei der Inanspruchnahme von zahnmedizinischen Untersuchungen zeigen sich geringfügige aber dennoch signifikante Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Behinderung. Insgesamt wird für die Inanspruchnahme des Ge-

sundheitswesens ein behinderungsspezifischer Gradient nach dem GdB ersichtlich.

Wie in ■ **Tab. 3** dargestellt nehmen Menschen mit Behinderung außerdem häufiger Barrieren im Gesundheitswesen wahr als Menschen ohne Behinderung. Menschen mit Behinderung geben bspw. häufiger an, sich benötigte ärztliche (GdB ≥50: 6,1 %, GdB <50: 6,4 %), zahnärztliche (GdB ≥50: 10,2 %, GdB <50: 12,1 %), psychologische Untersuchungen bzw. Behandlungen (GdB ≥50: 4,2 %, GdB <50: 5,2 %) sowie verordnete Medikamente (GdB ≥50: 6,7 %, GdB <50: 6,7 %) innerhalb eines Jahres nicht leisten zu können als Menschen ohne Behinderung. Auch verzögern sich Untersuchungen aufgrund des Wartens auf einen Untersuchungstermin (GdB ≥50: 25,4 %, GdB <50: 33,0 %) oder einer zu großen Entfernung zur Untersuchung bzw. Behandlung (GdB ≥50: 7,3 %, GdB <50: 7,9 %) häufiger bei Menschen mit als bei Menschen ohne Behinderung. Insgesamt geben dabei Menschen mit einem GdB <50 etwas häufiger an Barrieren wahrzunehmen als Menschen mit einem GdB ≥50.

Die Ergebnisse der binär-logistischen Regressionsanalysen zeigen (■ **Tab. 4**) analog zu den bivariaten Ergebnissen,

dass Menschen mit Behinderung für alle Indikatoren der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens eine erhöhte Chance aufweisen, eine Gesundheitsversorgung innerhalb eines Jahres in Anspruch zu nehmen gegenüber Menschen ohne Behinderung. Menschen mit einem GdB ≥50 zeigen bspw. eine 1,51- bzw. 1,75-fach höhere Chance innerhalb eines Jahres einen/eine Allgemein- bzw. Hausarzt/-ärztin (95%-KI: 1,27–1,81, $p < 0,001$) und einen/eine Facharzt/-ärztin (95%-KI: 1,54–1,98, $p < 0,001$) zu konsultieren als Menschen ohne Behinderung. Bei Menschen mit einem GdB <50 ist die Chance um den Faktor 1,44 (95%-KI: 1,18–1,76, $p < 0,001$) bzw. 1,32 (95%-KI: 1,14–1,52, $p < 0,001$) gegenüber Menschen ohne Behinderung erhöht. Menschen mit Schwerbehinderung haben außerdem eine 4,55-fach höhere Chance (95%-KI: 3,72–5,56, $p < 0,001$) innerhalb eines Jahres einen häuslichen Pflegedienst bzw. sozialen Hilfsdienst in Anspruch zu nehmen als Menschen ohne Behinderung.

Unabhängig vom GdB weisen Menschen mit Behinderung eine höhere Chance auf, Barrieren im Gesundheitswesen wahrzunehmen als Menschen ohne Behinderung. Menschen mit Behinderung geben eine ca. 1,7-fach erhöhte Chance für Untersuchungsverzögerungen aufgrund einer zu weiten Entfernung oder Problemen zur Untersuchung bzw. Behandlung zu gelangen sowie bei der Nicht-Bezahlbarkeit von verordneten Medikamenten gegenüber Menschen ohne Behinderung an. Menschen mit einem GdB <50 berichten eine 1,31-fach höhere Chance (95%-KI: 1,14–1,50, $p < 0,001$) als Menschen ohne Behinderung, auf einen Untersuchungstermin zu warten. Gegenüber Menschen ohne Behinderung verfügen Menschen mit einem GdB ≥50 über eine 1,38-fach höhere Chance (95%-KI: 1,12–1,72, $p = 0,003$), sich eine ärztliche Untersuchung bzw. Behandlung nicht leisten zu können.

Diskussion

Ziel der Studie war es 1) die selbstberichtete Inanspruchnahme und 2) die wahrgenommenen Barrieren im Gesundheitswesen von Menschen mit Behinderung

Tab. 3 12-Monats-Prävalenz der wahrgenommenen Barrieren des Gesundheitswesens durch Menschen mit einem GdB <50, mit einem GdB ≥50 und keiner Behinderung (in %, n in Klammern, χ^2 -Signifikanzprüfung)

		GdB ≥50	GdB <50	Keine Behinde- rung	Gesamt
Auf Untersuchungstermin gewartet (n = 19.391)	$p < 0,001$	25,4 (n = 571)	33,0 (n = 386)	24,7 (n = 3950)	25,3 (n = 4907)
Untersuchung verzögert wegen Entfernung (n = 19.454)	$p < 0,001$	7,3 (n = 165)	7,9 (n = 93)	3,8 (n = 614)	4,5 (n = 872)
Benötigte ärztliche Untersuchung bzw. Behandlung nicht bezahlbar (n = 18.750)	$p < 0,001$	6,1 (n = 134)	6,4 (n = 74)	4,1 (n = 634)	4,5 (n = 842)
Benötigte zahnärztliche Untersuchung bzw. Behandlung nicht bezahlbar (n = 19.158)	$p = 0,134$	10,2 (n = 220)	12,1 (n = 140)	11,6 (n = 1839)	11,5 (n = 2199)
Benötigte verordnete Medikamente nicht bezahlbar (n = 18.266)	$p < 0,001$	6,7 (n = 147)	6,7 (n = 78)	3,6 (n = 542)	4,2 (n = 767)
Benötigte Untersuchung bzw. Behandlung psychischer Probleme nicht bezahlbar (n = 12.206)	$p = 0,097$	4,2 (n = 66)	5,2 (n = 43)	3,7 (n = 365)	3,9 (n = 474)

GdB Grad der Behinderung

(GdB <50 vs. GdB ≥50) im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung mittels repräsentativer Daten für Deutschland zu untersuchen.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Menschen mit Behinderung unabhängig vom GdB häufiger innerhalb eines Jahres das Gesundheitswesen in Anspruch nehmen als Menschen ohne Behinderung. Analog dazu geht aus den multivariaten Analysen hervor, dass ein Zusammenhang zwischen dem Behinderungsstatus und der selbstberichteten Inanspruchnahme von allgemeinmedizinischen, fachärztlichen, zahnmedizinischen, psychologischen und physiotherapeutischen Versorgungsleistungen sowie den stationären und ambulanten Krankenhausaufenthalten und der Nutzung von häuslichen Pflegediensten bzw. sozialen Hilfsdiensten besteht. Menschen mit einem GdB ≥50 weisen für alle Indikatoren der Inanspruchnahmen des Gesundheitswesens, außer für zahnmedizinische Untersuchungen, die höchsten Chancenverhältnisse auf.

Ähnliche Ergebnisse gehen aus den wenigen nationalen und aus internationalen Studien hervor [3, 8, 17, 24]. Im zweiten Teilhabebericht der Bundesregierung wird bspw. mittels Daten der GEDA 2012/2013-Studie gezeigt, dass Menschen mit Beeinträchtigungen häufiger

innerhalb eines Jahres Ärzt*innen konsultieren als Menschen ohne Beeinträchtigungen [5]. Dies wird auch durch internationale Forschungsergebnisse bestätigt und u. a. mit einem höheren (spezifischen) Versorgungsbedarf der Bevölkerungsgruppe begründet [16, 27]. Nationale Studien zur Inanspruchnahme von zahnmedizinischen Leistungen bei Menschen mit Behinderung bestehen kaum. Im internationalen Kontext zeigen Studien hierzu widersprüchliche Ergebnisse: in Brasilien [14] und Taiwan [15] wird die Inanspruchnahme von zahnmedizinischen Leistungen durch Menschen mit Behinderung im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung als geringer beschrieben, in Irland als deutlich höher eingestuft [16]. Die in den Ergebnissen dargelegte häufigere Inanspruchnahme von zahnmedizinischen Untersuchungen durch Menschen mit einem GdB <50 gegenüber Menschen mit einem GdB ≥50 könnte daraus resultieren, dass aufgrund der Schwere der Behinderung eine aufsuchende Behandlung häufiger nicht möglich ist [17]. Bezüglich der Inanspruchnahme von psychologischen Fachärzt*innen werden die aufgezeigten Ergebnisse durch nationale Studien bestätigt, welche sich allerdings nur auf Menschen mit geistiger Behinderung beziehen [8, 24]. Aus internationalen

Studien wird ersichtlich, dass Menschen mit Behinderung häufiger eine psychologische Gesundheitsversorgung erhalten als Menschen ohne Behinderung [7, 26]. Dies könnte bspw. durch eine höhere psychische Krankheitslast und schlechtere psychische Gesundheit von Menschen mit Behinderung erklärt werden [19]. Keine vergleichbaren nationalen Studien bestehen zur Inanspruchnahme von Physiotherapeut*innen und häuslichen Pflegediensten bzw. sozialen Hilfsdiensten durch Menschen mit Behinderung. Aus internationalen Studien geht allerdings eine häufigere Nutzung von Physiotherapeut*innen durch Menschen mit Behinderung als durch Menschen ohne Behinderung hervor [7, 16]. Die häufigeren ambulanten und stationären Krankenhausaufenthalte von Menschen mit Behinderung gegenüber Menschen ohne Behinderung stimmen ebenfalls mit Ergebnissen von nationalen und internationalen Studien überein [3, 8]. Es muss betont werden, dass der aktuelle Forschungsstand zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung sehr eingeschränkt ist. Schülle kritisiert folglich, dass die Versorgungssituation von Menschen mit Behinderung bislang kaum bewertet werden kann, da es an wissenschaftlichen Erkenntnissen z. B. in Form von systematischen Reviews zu diesem Thema mangle [22]. Viele Studien beziehen sich lediglich auf eine spezifische Behinderungsart (i. d. R. Menschen mit geistiger Behinderung) und unterscheiden häufig nicht nach der Art, Ursache oder Schwere der Behinderung.

Der hohen Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Menschen mit Behinderung steht entgegen, dass der Versorgungsbedarf dieser Bevölkerungsgruppe als nicht gedeckt beschrieben wird [1, 8, 10, 23]. Dies äußert sich u. a. darin, dass Menschen mit Behinderung häufiger als Menschen ohne Behinderung angeben, sich benötigte Untersuchungen bzw. Behandlungen sowie verordnete Medikamente nicht leisten zu können. Außerdem besteht spezifischer Bedarf an Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen für die Bevölkerungsgruppe [13]. Die Allianz der deutschen Nichtregierungs-

Tab. 4 Chancenverhältnis der selbstberichteten Inanspruchnahme und wahrgenommenen Barrieren des Gesundheitswesens bei Menschen mit einem GdB <50 und einem GdB ≥50 im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung (Odds Ratio, 95 %-Konfidenzintervall)

	GdB ≥50 (OR [95%-KI])	GdB <50 (OR [95%-KI])
<i>Selbstberichtete Inanspruchnahme des Gesundheitswesens</i>		
Besuch Allgemein bzw. Hausarzt/-ärztin (n = 23.189)	1,51 (1,27–1,81)*	1,44 (1,18–1,76)*
Besuch Facharzt/-ärztin (n = 23.150)	1,75 (1,54–1,98)*	1,32 (1,14–1,52)*
Besuch psychologische/r Facharzt/-ärztin (n = 23.155)	2,09 (1,83–2,38)*	1,69 (1,44–2,00)*
Besuch Physiotherapeut/in (n = 23.189)	1,56 (1,40–1,73)*	1,46 (1,29–1,66)*
Zahnmedizinische Untersuchung (n = 23.180)	1,28 (1,13–1,44)*	1,57 (1,33–1,86)*
Ambulant im Krankenhaus (n = 22.775)	1,38 (1,20–1,58)*	1,10 (0,92–1,32)
Stationär im Krankenhaus (n = 23.184)	1,94 (1,74–2,15)*	1,17 (1,01–1,35)***
Häuslicher Pflegedienst bzw. sozialer Hilfsdienst (n = 23.122)	4,55 (3,72–5,56)*	0,87 (0,56–1,34)
<i>Wahrgenommene Barrieren des Gesundheitswesens</i>		
Auf Untersuchungstermin gewartet (n = 19.281)	1,04 (0,93–1,17)	1,31 (1,14–1,50)*
Untersuchung verzögert wegen Entfernung (n = 19.329)	1,66 (1,36–2,03)*	1,71 (1,34–2,18)***
Ärztliche Untersuchung bzw. Behandlung nicht bezahlbar (n = 18.594)	1,38 (1,12–1,72)**	1,25 (0,96–1,63)
Zahnärztliche Untersuchung bzw. Behandlung nicht bezahlbar (n = 19.011)	0,95 (0,81–1,12)	0,95 (0,79–1,16)
Verordnete Medikamente nicht bezahlbar (n = 18.015)	1,72 (1,38–2,13)*	1,68 (1,29–2,18)*
Untersuchung bzw. Behandlung psychischer Probleme nicht bezahlbar (n = 11.865)	1,13 (0,84–1,53)	1,16 (0,82–1,64)

Referenzkategorie: Menschen ohne Behinderung

GdB Grad der Behinderung, OR Odds Ratio, 95 %-KI 95%-Konfidenzintervall

* $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,05$

Kein Stern: $p > 0,05$, adjustiert nach: Alter, Geschlecht, allgemeiner Gesundheitszustand, siedlungsstruktureller Kreistyp, chronische Erkrankung

organisationen zur Behindertenrechtskonvention kritisiert, dass Menschen mit Behinderung durch nicht krankenkassenfinanzierte Leistungen in Form von z. B. Eigenanteilen, Zu- und Aufzahlungen besonders belastet werden und die Regelung zum Mildern von besonderen Härten (z. B. Chroniker-Richtlinie im SGB V) nur unzureichend greifen [1].

Die Ergebnisse der bi- und multivariaten Analysen weisen darauf hin, dass Menschen mit Behinderung häufiger Barrieren im Gesundheitswesen wahrnehmen als Menschen ohne Behinderung. Dies entspricht dem aktuellen Forschungsstand [1, 9, 21–23, 31]. Es besteht eine Assoziation zwischen dem Behinderungsstatus und dem Warten auf einen Untersuchungstermin, der Verzögerung von Untersuchungen aufgrund von zu weiter Entfernung bzw. Problemen dorthin zu gelangen und der Nicht-Bezahlbarkeit von ärztlichen

Untersuchungen bzw. Behandlungen und verordneten Medikamenten. Bislang gibt es kaum quantitative Daten, die die aufgezeigten Ergebnisse untermauern. Aus der nationalen und der internationalen Literatur (häufig qualitative Studien) wird deutlich, dass Menschen mit Behinderung häufiger auf einen Untersuchungstermin warten [5, 10, 33], weite und z. T. problematische Wege zu Gesundheitsdienstleistern [17, 30] sowie Schwierigkeiten bei der Finanzierung von Untersuchungen bzw. Behandlungen und Medikamenten [1, 30] haben.

Stärken und Schwächen

Die vorliegende Studie hat erstmals die Inanspruchnahme und wahrgenommenen Barrieren des Gesundheitswesens bei Menschen mit Behinderung, differenziert nach dem GdB, im Vergleich

zu Menschen ohne Behinderung mittels repräsentativer Daten analysiert.

Bei der Betrachtung und Interpretation der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass die Gruppe der Menschen mit Behinderung zwar in Privathaushalten lebt und dort befragt wurde – was auf ein hohes Ausmaß an Selbständigkeit rückschließen lässt – dass man aber von einer heterogenen Population aufgrund unterschiedlicher Behinderungsarten ausgehen muss. Der GEDA-Datensatz ermöglicht keine Subanalysen nach der Behinderungsart und -ursache. Es kann deshalb nicht ausgeschlossen werden, dass die Ergebnisse aufgrund eines überproportionalen Anteils von Menschen mit einer bestimmten Behinderungsart oder -ursache verzerrt sind. Detailliertere Subgruppenanalysen wären notwendig, um spezifische Bedarfe ableiten zu können, welche u. a. für die Planung von gesundheitsförderlichen oder präventiven Interventionen wichtig sind [6, 13]. Eine weitere Limitation ist, dass die Gesamtheit der Menschen mit Behinderung im GEDA 2014/2015-EHIS-Survey nur unvollständig abgebildet wird, da an einer Studienteilnahme nur Personen die in Privathaushalten wohnen eingeschlossen sind [20]. Dies schließt systematisch Personen aus, die in stationären Wohn- oder Pflegeeinrichtungen leben. Außerdem kann das Erhebungsformat (Selbstaussfüllerfragebogen) die Teilnahme von Menschen mit Behinderung am Survey erschweren oder verhindern. Es liegen keine Informationen vor, dass der Fragebogen des GEDA 2014/2015-EHIS-Survey in leichter Sprache verfügbar ist oder mit Assistenz durchgeführt werden kann [20]. Verzerrungen der Studienergebnisse können daher aus falsch oder nicht verstandenen Fragen resultieren. Das Querschnittsdesign von GEDA 2014/2015-EHIS lässt zudem keine Rückschlüsse auf Kausalität zu.

Herausforderungen für Forschung und Praxis

Die häufige Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Menschen mit Behinderung verdeutlicht den Bedarf an der Verbesserung des Gesundheitswe-

sens bei Zugang und Inanspruchnahme von Menschen mit Behinderung sowie im allgemeinen Sinne auch den Bedarf an zielgruppenspezifischen Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung der Bevölkerungsgruppe. Diese Maßnahmen können dazu beitragen, dass das Auftreten von Krankheiten und deren Verbreitung bei Menschen mit Behinderung reduziert werden [13]. Außerdem sollte die Sozialraumgestaltung und Teilhabe am Gesundheitswesen besser auf Menschen mit Behinderung angepasst werden [1, 5]. Um bspw. Schwierigkeiten in der Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen für Personen mit Mobilitätseinschränkungen abzubauen, ist die barrierefreie Ausgestaltung von Praxisräumen und von Krankenhäusern sowie dem Transport durch öffentliche Verkehrsmittel, insbesondere auch in ländlichen Regionen, notwendig. Dies ist bislang noch nicht in ausreichendem Maße der Fall [5]. Auch Rehabilitationseinrichtungen sind rechtlich verpflichtet umfassende Barrierefreiheit sicherzustellen (nicht zuletzt durch § 37 SGB IX, n. F. durch BTHG).

Derzeit ist noch nicht belegt, dass die durch das GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2003 eingeführten Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen zu der erhofften „[...] Stärkung des Kostenbewusstseins der Versicherten und zu einem effizienten Umgang mit den vorhandenen Ressourcen führen [...]“ [11]. Es sind weitere Studien notwendig, die untersuchen, ob diese Regelung zu einem medizinisch bedenklichen Verzicht auf Untersuchungen, Behandlungen oder Medikamente bei Menschen mit Behinderung führt und ob Menschen mit Behinderung aufgrund von Zu- und Hilfszahlungen benachteiligt werden.

Künftige Studien sind dazu aufgefordert neben dem GdB, auch die Behinderungsart und -ursache zu erheben. Dadurch kann die sehr diverse Gruppe der Menschen mit Behinderung differenziert nach Teilgruppen verglichen und zielgruppenadäquate Bedarfe und Barrieren in der Gesundheitsversorgung abgeleitet werden, was wiederum die Versorgung im Gesundheitswesen verbessern kann [13]. Für künftige Erhebungen sollte in Betrachtung gezogen

werden, die Erhebungsinstrumente an die Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Behinderung anzupassen (bspw. durch die Bereitstellung des Erhebungsinstruments in Leichter Sprache), um eine gleichberechtigte Teilnahme zu ermöglichen und Verzerrungspotentiale zu reduzieren. Zudem sollte versucht werden, die Gesamtheit der Menschen mit Behinderung in Deutschland – im Sinne einer Gesundheitsberichterstattung bei Menschen mit Behinderung – zu erfassen und abzubilden. Zu Beginn wäre es daher bereits hilfreich, wenn in den GEDA-Surveys auch Personen, die in stationären Einrichtungen wohnen, berücksichtigt werden würden.

Fazit für die Praxis

- Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen die Relevanz von Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs und der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Menschen mit Behinderung.
- Die Erreichbarkeit von Einrichtungen des Gesundheitswesens sollte, insbesondere auch in ländlichen Regionen, ausgebaut und besser auf die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung ausgerichtet werden.
- Künftige Studien sollten untersuchen, ob Menschen mit Behinderung aufgrund von Zu- und Hilfszahlungen im Gesundheitswesen benachteiligt werden und ob diese zu medizinisch bedenklichen Verzicht von ärztlichen Untersuchungen bzw. Behandlungen oder verordneten Medikamenten führen.
- Neben Menschen mit Behinderung, die in Privathaushalten leben, sind auch Mitmenschen in institutionellen Lebenswelten (wie z. B. in Einrichtungen der Eingliederungs- und Behindertenhilfe) künftig in Studien zur Gesundheitsversorgung und mittels zielgruppenadäquater Erhebungsinstrumente zu berücksichtigen.

Korrespondenzadresse

Lorena Denise Wetzel
Fachbereich Pflege und
Gesundheit, Hochschule
Fulda
Fulda, Deutschland
lorena-denise.wetzel@
pg.hs-fulda.de

Funding. Open Access funding provided by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. L. D. Wetzel und K. Rathmann geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Allianz der deutschen Nichtregierungsorganisationen zur UN-Behindertenrechtskonvention (2013) Für Selbstbestimmung, gleiche Rechte, Barrierefreiheit, Inklusion! Erster Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland
2. Andersen RM, Davidson PL (2010) Improving access to care in america. Individual and contextual indicators. In: Andersen RM, Rice TH, Kominski GF (Hrsg) Changing the US health care system. Key issues in health services policy and management, 2. Aufl. Jossey-Bass, San Francisco, 53–31
3. Axmon A, Karlsson B, Ahlström G (2016) Health care utilisation among older persons with intellectual disability and dementia: a registry study. J Intellect Disabil Res 60(12):1165–1177
4. Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2017) Die UN-

- Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
5. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016) Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung
 6. Burtcher R (2015) Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Lernschwierigkeiten
 7. Gallego G, Dew A, Lincoln M et al (2017) Access to therapy services for people with disability in rural Australia: a carers' perspective. *Health Soc Care Community* 25(3):1000–1010
 8. Geraedts M, Schwalen S (2017) Gesundheitsuntersuchung für Menschen mit geistiger Behinderung. Modellprojekt zur Erfassung der medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. Abschlussbericht
 9. Hasseler M (2014) Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in gesundheitlicher Versorgung [People with intellectual and multiple disabilities as a vulnerable population group in health care]. *Dtsch Med Wochenschr* 139(40):2030–2034
 10. Hasseler M (2015) Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen in der akuten stationären Versorgung [People with intellectual and multiple disabilities in the acute in-patient care—selected results of a qualitative exploratory study]. *Dtsch Med Wochenschr* 140(21):e217–23
 11. Hergenröder CW (2012) Zuzahlungen als Hemmschuh gesundheitlicher Teilhabe. In: Gesellschaftliche Teilhabe trotz Schulden? Perspektiven interdisziplinären Wissenstransfers. VS, Wiesbaden, S 81–101
 12. DIMDI (2019) ICD-10-GM Version 2019. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision)
 13. Latteck A-D (2017) Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Menschen mit Behinderungen und der Auswertung der vorliegenden Evidenz
 14. Leal Rocha L, Vieira de Lima Saintrain M, Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer A (2015) Access to dental public services by disabled persons. *BMC Oral Health* 15:35
 15. Lin P-Y, Wang K-W, Tu Y-K et al (2016) Dental service use among patients with specific disabilities: a nationwide population-based study. *J Formos Med Assoc* 115(10):867–875
 16. McCarron M, Cleary E, McCallion P (2017) Health and health-care utilization of the older population of Ireland: comparing the intellectual disability population and the general population. *Res Aging* 39(6):693–718
 17. Nitschke I, Kaschke I (2011) Zahnmedizinische Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Special care dentistry for dependent elderly and people with disabilities). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 54(9):1073–1082
 18. Pösl NF, Wattenberg I, Hornberg C (2018) Behandlungsdefizite, Barrieren, Bedarfe – Die gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen in Deutschland mit besonderem Fokus auf Nordrhein-Westfalen (Faktenblatt)
 19. Rathmann K, Wetzel LD, Neuperdt L (2019) Psychische Gesundheit bei Menschen mit Behinderung: Aktuelle Befunde und Bedarfe. In: Scherenberg V, Pundt J (Hrsg) *Psychische Gesundheit wirksam stärken – aber wie?* APOLLON University Press, Bremen
 20. Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring (2018) *Gesundheit in Deutschland aktuell 2014/2015-EHIS (GEDA 2014/2015-EHIS)*. Scientific Use File 1. Version. <https://doi.org/10.7797/9-201415-1-1-1>
 21. Schäfer-Walkmann S, Traub F, Häussermann M et al (2015) Barrierefrei gesund. Sozialwissenschaftliche Analyse der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung im Stadtgebiet Stuttgart. Lambertus, Freiburg i.B.
 22. Schülle M (2016) Barrieren der Barrierefreiheit – Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Teil 1 – Empirische Erkenntnisse. Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht
 23. 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) [Accessibility barriers in the German health care system: Supporting and inhibiting factors when establishing medical centres for mentally and multiply disabled persons]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 59(9):1117–1124
 24. Schützwohl M, Koch A, Koslowski N et al (2016) Mental illness, problem behaviour, needs and service use in adults with intellectual disability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 51(5):767–776
 25. Seidel M (2013) Barrierefreiheit beginnt mit der Wertschätzung der Menschen. *Dtsch Arztebl* 110(33-34):1548–1550
 26. Shimoyama M, Iwasa K, Sonoyama S (2018) The prevalence of mental health problems in adults with intellectual disabilities in Japan, associated factors and mental health service use. *J Intellect Disabil Res* 62(11):931–940
 27. Shoostari S, Brownell M, Mills RSL et al (2017) Comparing health status, health trajectories and use of health and social services between children with and without developmental disabilities: a population-based longitudinal study in Manitoba. *J Appl Res Intellect Disabil* 30(4):584–601
 28. Statistisches Bundesamt (2018) *Statistik der schwerbehinderten Menschen. Kurzbericht 2017*
 29. Steffen P, Blum K (2017) Menschen mit geistiger Behinderung. Defizite in der Versorgung. Ergebnisse einer explorativen Untersuchung in zwei Hamburger Bezirken. *Dtsch Arztebl* 109(2012):860–862
 30. Vergunst R, Swartz L, Hem K-G et al (2017) Access to health care for persons with disabilities in rural South Africa. *BMC Health Serv Res* 17(1):741
 31. Weltgesundheitsorganisation (2011) *World report on disability*. World Health Organization, Geneva
 32. Weltgesundheitsorganisation (2015) *WHO Global Disability Action Plan, 2014–2021. Better health for all people with disability*. World Health Organization, Geneva
 33. Whittle EL, Fisher KR, Reppermund S et al (2019) Access to mental health services: the experiences of people with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 32(2):368–379