

Aus dem CharitéCentrum Human- und Gesundheitswissenschaften (CC 1)  
Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft.  
Direktorin: Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeiy

## **Habilitationsschrift**

### **Die Bedeutung sozialer Determinanten für die Gesundheitsversorgung**

Zur Erlangung der Lehrbefähigung für das Fach  
Medizinische Soziologie

vorgelegt dem Fakultätsrat der Medizinischen Fakultät  
Charité-Universitätsmedizin Berlin

von

Dr. rer. medic. Susanne Schnitzer, Dipl.-Sowi

Eingereicht: Juli 2019

Dekan: Prof. Dr. med. Axel R. Pries

1. Gutachterin: Prof. Dr. Marie-Luise Dierks, Hannover
2. Gutachter: Prof. Dr. Nico Dragano, Düsseldorf

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>iii</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1. Soziale Determinanten der Gesundheit .....	1
1.2. Soziale Determinanten der Ungleichheit .....	2
1.2.1. Soziale Ungleichheit .....	2
1.2.2. Soziale Determinanten.....	3
1.2.3. Konzepte zur Erfassung von sozialer Ungleichheit anhand sozialer Determinanten .....	3
1.3. Gesundheitsversorgung.....	4
1.3.1. Pflegerelevante Gesundheitsversorgung .....	5
1.3.2. Ambulante Gesundheitsversorgung der Allgemeinbevölkerung .....	6
1.4. Forschungsziele.....	6
1.5. Datengrundlage und Methoden.....	8
1.5.1. Datengrundlage .....	8
1.5.2. Methoden.....	9
<b>2. Eigene Ergebnisse zur pflegerelevanten Versorgung</b> .....	<b>10</b>
2.1. Publikation 1: „How does sex affect the care dependency risk in the first year after stroke? A study based on claims data from a German health insurance fund“ .....	10
2.2. Publikation 2: „Risk profiles for care dependency: cross-sectional findings of a population-based cohort study in Germany“.....	19
<b>3. Eigene Ergebnisse zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung in     Deutschland</b> .....	<b>39</b>
3.1. Publikation 3: „Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale der Inanspruchnahme und des Zugangs zu haus- und fachärztlicher Versorgung – Ergebnisse einer deutschlandweiten Bevölkerungsbefragung von 2006 bis 2016“ .....	39
3.2. Publikation 4: “Patients’ perceptions of health system responsiveness in ambulatory care in Germany”.....	55
3.3. Publikation 5: „Gesundheitsreformen und Versichertenpräferenzen. Eine Clusteranalyse mit Daten der bevölkerungsrepräsentativen KBV- Befragung 2010“ .....	66

<b>4. Diskussion .....</b>	<b>75</b>
4.1. Zusammenfassung der relevantesten Ergebnisse .....	75
4.2. Ergebnisse zur pflegerelevanten Versorgung .....	76
4.2.1. Geschlechtszugehörigkeit und Pflegerisiko.....	76
4.2.2. Risikoprofile für Pflegebedarf.....	77
4.3. Ergebnisse zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung in Deutschland .....	78
4.3.1. Inanspruchnahme und Zugang zur ärztlichen Versorgung.....	78
4.3.2. „Health System Responsiveness“ in der ambulanten Versorgung.....	80
4.3.3. Gesundheitsreformen und Versichertenpräferenzen.....	80
4.4. Stärken und Schwächen der eingebundenen Studien.....	81
4.5. Fazit und praktische Implikationen.....	83
<b>5. Zusammenfassung.....</b>	<b>85</b>
<b>6. Literaturangaben .....</b>	<b>i</b>

**Danksagung**

**Erklärung**

## Abkürzungsverzeichnis

AOK = Allgemeine Ortskrankenkasse

BIS = Berliner Initiative Studie

BKK = Betriebskrankenkasse

DGMS = Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie

DGSMP = Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention

FGW = Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld Mannheim

GPS = Gute Praxis Sekundärdatenanalyse

HSR = Health System Responsiveness

IMSR = Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

KBV = Kassenärztliche Bundesvereinigung

MDK = Medizinischer Dienst der Krankenkassen

MMT = Mikro Mental Test

OR = Odds Ratio

RLT = Roper-Logan-Tierney Model of Nursing

TUG = Times-Up-and-Go-Test

WHO = World Health Organization

# 1. Einleitung

Das „Recht auf Gesundheit“ wurde erstmals 1948 in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verankert. Dort heißt es, dass das Recht auf den höchstmöglichen Gesundheitsstandard eines der fundamentalen Menschenrechte ist. In Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte steht:

*„Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung.“* (UN-Vollversammlung, 1948)

Das erklärte Ziel von Gesellschaften ist es daher, eine gesundheitliche Chancengleichheit zu erreichen, d.h. alle Personen sollen die Chance haben gesund zu sein und gesund zu bleiben. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen gesundheitliche Risiken und Ressourcen identifiziert werden. In der Folge kann der je nach Gruppe unterschiedliche Handlungsbedarf im Hinblick auf Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitliche Versorgung ermittelt werden.

Soziale Determinanten stellen ein geeignetes Konzept zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Ressourcen auf nationaler und internationaler Ebene dar. Bei der Betrachtung der sozialen Determinanten stellt sich jedoch die Frage, auf welchen Kontext sich diese beziehen. Soziale Determinanten von was und auf was bezogen (Frohlich, 2010)? Hier existieren verschiedene Perspektiven und Konzepte, die in den Debatten und Ausführungen zu sozialen Determinanten nicht immer klar benannt und voneinander unterschieden werden (Graham, 2004). Die hier vorliegende Arbeit nimmt eine Präzisierung der Begrifflichkeiten vor, indem sie die zentralen Definitionen der sozialen Determinanten einführt und innerhalb des Bezugsrahmens „soziale Ungleichheit“ verortet. Das übergeordnete Ziel der Habilitationsschrift ist es, anhand ausgewählter Bereiche der gesundheitlichen Versorgung zu einem besseren Verständnis und einem Informationsgewinn hinsichtlich des Zusammenhangs von sozialen Determinanten und gesundheitlicher Versorgung beizutragen

In der folgenden Einleitung beginne ich mit einer Begriffsbestimmung zu sozialen Determinanten. Hierfür unterscheide ich zunächst das Konzept der WHO (soziale Determinanten von Gesundheit) von jenem von Stefan Hradil (soziale Determinanten der Ungleichheit) (1.1. und 1.2). Anschließend führe ich den Begriff der Gesundheitsversorgung ein, wobei ich meine Arbeiten einer pflegerelevanten Gesundheitsversorgung und einer bevölkerungsbezogenen Gesundheitsversorgung zuordne (1.3). In Kapitel 1.4 benenne ich meine Forschungsziele und das letzte Kapitel der Einleitung (1.5) beinhaltet die Darstellung der verschiedenen Datengrundlagen meiner Arbeiten (Krankenkassendaten, Kohortendaten, Surveydaten).

## 1.1. Soziale Determinanten der Gesundheit

Die WHO definiert soziale Determinanten der Gesundheit folgendermaßen: *„The social determinants of health are the conditions in which people are born, grown, live, work and age“* (WHO, 2019). Diese Bedingungen werden von Geld, Macht und weiteren globalen und regionalen Ressourcen wie politischen und ökonomischen Systemen, aber auch von sozialen Normen bestimmt. Soziale Determinanten der Gesundheit sind weitestgehend für gesundheitliche Ungleichheiten („health inequities“) verantwortlich, also für Unterschiede im Gesundheitsstatus sowohl innerhalb eines Landes als auch im internationalen Vergleich, die

als ungerecht und vermeidbar angesehen werden (WHO, 2019). Mit der WHO-Definition wird somit eine Verbindung zwischen sozialen Determinanten und gesundheitlicher Ungleichheit gezogen, die allerdings etwas vage bleibt und insofern viel Spielraum für die Vorgehensweisen zur Operationalisierung von sozialen Determinanten lässt.

## **1.2. Soziale Determinanten der Ungleichheit**

### **1.2.1. Soziale Ungleichheit**

In der soziologischen Debatte in Deutschland existieren verschiedene Theorien und Ansätze zur Erfassung und Erklärung von sozialer Ungleichheit – ganz unabhängig von Gesundheit. Seit den 1970er Jahren werden neben ökonomischen Merkmalen, die die Klassen- und Schichtzugehörigkeit markieren, auch sogenannte „neuere soziale Ungleichheiten“ wie Geschlecht, Alter oder Migration diskutiert, die zwar nicht neu, aber neu in den Blick geraten sind. Ulrich Beck hat hier mit seiner „Individualisierungstheorie“ eine breite Debatte befördert und mitgestaltet (Beck & Pöferl, 1986). Seiner These zufolge gab es ein kollektives Mehr an kulturellen und ökonomischen Gütern aufgrund des Wirtschaftsaufstiegs Westdeutschlands in der Nachkriegsära, was dazu geführt hat, dass wir heute „jenseits von Klasse und Schicht leben“ (Beck, 1983). Risiken seien „demokratisiert“ worden und können jeden treffen, wie er am Beispiel von Umweltkatastrophen verdeutlicht. Die Debatte um die „neuen sozialen Ungleichheiten“ hat auch in die Medizinische Soziologie, Sozialepidemiologie und Gesundheitswissenschaften Einzug gehalten. Aufgrund einer nicht mehr überschaubaren Evidenz zum höheren Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko bei Angehörigen der unteren Schichten im Vergleich zu Angehörigen der oberen Schichten dominiert jedoch gegenwärtig noch immer die Betrachtung der Schichtzugehörigkeit. Da der Begriff der sozialen Schicht häufig, gerade für Angehörige der unteren Schichten, als stigmatisierend kritisiert wird, verwenden verschiedene Forscher\*innen stattdessen den des sozialen Status.<sup>1</sup> Dieser tendiert allerdings dazu, die soziökonomische Lage zu individualisieren, während mit dem Begriff der sozialen Schicht stärker auf die hierarchische Gesellschaftsordnung Bezug genommen wird (Slesina, 1991). Der Bildungsstatus, der Berufsstand und das Einkommen sind die Merkmale, die üblicherweise zur Bestimmung des sozialen Status bzw. der Schichtzugehörigkeit herangezogen werden. Sie gelten auch als sogenannte „vertikale“ Determinanten, da sie eine gesellschaftliche Hierarchie begründen (Unter-, Mittel-, Oberschicht) (Hradil, 2005). Horizontale Determinanten stellen im Gegensatz hierzu Merkmale dar, die Unterschiede zwischen Gruppen auch bei gleicher Schichtzugehörigkeit markieren. So kann es beispielsweise innerhalb der Gruppe der Mittelschichtsangehörigen systematische Unterschiede bezüglich Gesundheit und Krankheit zwischen Männern und Frauen, zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund etc. geben. Theoretische Ansätze in der Medizinischen Soziologie und den Gesundheitswissenschaften, die versuchen, den Blick von den rein vertikalen Determinanten hin zu horizontalen zu öffnen, beziehen sich häufig auf Pierre Bourdieu oder Stefan Hradil. Bourdieu strukturiert die gesellschaftlichen Machtverhältnisse anhand verschiedener Kapitalsorten (ökonomisches, kulturelles und soziales), und wenngleich er dem ökonomischen Merkmal (von Marx und Weber kommend) weiterhin stark verhaftet bleibt, erweitert er die Analyse um „soziale Kapitalsorten“ aber auch um grundlegende Prinzipien wie den Habitus, der für die Produktion und Reproduktion von gesell-

---

<sup>1</sup> Allerdings trifft der Begriff des sozialen Status, der inhaltlich dasselbe wie der Schichtbegriff ausdrückt, meines Erachtens nicht den Kern der Sache. Problematisch ist nicht das Wording an sich, sondern die negativen Zuschreibungen, die z.B. mit dem Begriff der Unterschicht verbunden werden (ungesunde Ernährung, häufiger Nikotinkonsum, höhere Adipositasprävalenz etc.). Häufig wird bei der bloßen Deskription dieser Zuschreibungen, die ja empirische Realitäten darstellen, stehen geblieben, d.h., es wird zu wenig auf Ursachen und Erklärungen z.B. für gesundheitsgefährdendes Verhalten von Angehörigen der unteren Schichten eingegangen. Eine Problematik, die mir vor allem in der Lehre immer wieder begegnet und nicht zuletzt von den Studierenden kritisch diskutiert wird.

schaftlichen Gütern verantwortlich ist (Bourdieu, 1983). Gerade der Habitusbegriff wird vielfach im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention rezipiert und angewandt, etwa wenn es darum geht, Ernährungsgewohnheiten verschiedener Bevölkerungsgruppen zu erklären. Bourdieus weitreichende und komplexe Theorie (Bourdieu, 1987) soll an dieser Stelle jedoch nicht weiter ausgeführt und diskutiert werden, da sie für die vorliegende Arbeit nicht zentral ist.

### 1.2.2. Soziale Determinanten

Für die vorliegende Arbeit ist vor allem der theoretische Ansatz von Stefan Hradil als prominentem Vertreter der Sozialstrukturanalyse in Deutschland relevant. Soziale Determinanten der Ungleichheit sind bei ihm:

*„soziale Positionen von Menschen in Beziehungsgeflechten, wie etwa das Geschlecht, das Alter, de[r] Beruf, die Wohnregion, die ethnische Zugehörigkeit, die Kohortenzugehörigkeit (Geburtsjahrgang), die an sich keine Besser- oder Schlechterstellung darstellen, aber diese mit hoher Wahrscheinlichkeit nach sich ziehen“ (Hradil, 2005).*

Das heißt, aus bestehenden Unterschieden, die nicht zwangsläufig und automatisch mit einer gesellschaftlichen Besser- oder Schlechterstellung verbunden sein müssten (z.B. Unterschiede zwischen Männern und Frauen oder zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund), werden aufgrund gesellschaftlicher Zuschreibungs-, Herstellungs- und Reproduktionsprozesse systematische Ungleichheiten im Gesellschaftssystem. Nach Hradil sind hierbei Determinanten wie Geschlechtszugehörigkeit oder Alter, die quasi unveränderbar sind und biologisch *zugeschrieben* werden, von jenen zu unterscheiden, die beeinflusst werden können (z.B. die Berufsposition) und demnach *erworben* sind (Hradil, 2005). Systematische Unterschiede aufgrund der (zugeschriebenen oder erworbenen) Determinanten, die mit bestimmten Vor- und Nachteilen in Abhängigkeit der sozialen Gruppen verbunden sind, markieren die soziale Ungleichheit. Diese drückt sich nach Hradil in unterschiedlichen Lebensbedingungen und Lebenschancen von Menschen aus (Hradil, 2005).

### 1.2.3. Konzepte zur Erfassung von sozialer Ungleichheit anhand sozialer Determinanten

Unabhängig von der theoretischen Perspektive stellt sich jeweils die Frage, wie methodisch-konzeptionell vorgegangen wird, um soziale Ungleichheit zu untersuchen. In den empirischen Gesundheitswissenschaften, der Medizinischen Soziologie und Sozialepidemiologie werden aus Gründen der Forschungsvereinfachung und aufgrund der bereits erwähnten Evidenz hinsichtlich der Wirkung der sozioökonomischen Determinanten auf Gesundheit und Krankheit überwiegend die vertikalen Determinanten Bildung, Beruf und Einkommen herangezogen. Diese werden entweder einzeln betrachtet (Einzelindikatoren) oder es wird ein Schichtindex generiert. Hierfür werden die drei Determinanten zusammengeführt und innerhalb einer vertikalen (Schichtungs-)Struktur verortet (Winkler & Stolzenberg, 1999). Horizontale Determinanten werden überwiegend im Rahmen einer einzelnen Disziplin untersucht (Migrationsforschung, Geschlechterforschung, gerontologische Forschung) oder als „Nebenwiderspruch“<sup>2</sup> betrachtet bzw. als „Störvariable“ („Confounder“) adjustiert. Nach wie vor mangelt es sowohl in der Forschung als auch in der Praxis an einer verschränkten

---

<sup>2</sup> Der Begriff „Nebenwiderspruch“ bezieht sich hier auf die feministische Kritik an der marxistischen Theorie, in der die Unterdrückung der Frauen im Verhältnis zum Hauptwiderspruch zwischen Kapital und Arbeit als Nebenwiderspruch betrachtet wurde (Hall, 1994e; Haug, 2015). Demnach wäre mit der Überwindung des Hauptwiderspruchs von Kapital und Arbeit die „Frauenfrage“ automatisch obsolet. Ausgehend von dieser Kritik wurden Ansätze wie der der „Intersektionalität“ entwickelt, der am Ende dieses Kapitels vorgestellt wird.

Sichtweise und Methodik, die es erlaubt, mehrere soziale Determinanten gleichzeitig und in ihrer Wechselwirkung zu untersuchen. Gründe hierfür liegen sicherlich im Fehlen geeigneter theoretischer Ansätze, die für die empirische Umsetzung fruchtbar gemacht werden können. Als Beispiel für ein Konzept, das es erlaubt, horizontale und vertikale Determinanten zusammen in einem Modell zu betrachten, kann der Lebenslagenansatz (Hradil, 1987, 2012) angeführt werden. Er stellt eine (theoretische) Erweiterung der Schichtungsanalyse dar, da nicht nur auf vertikale, sondern auch auf horizontale Determinanten fokussiert wird. Im Unterschied zu Klassen- und Schichtkategorien erfassen Lebenslagenmodelle nicht nur den erwerbstätigen Teil, wodurch etwa Rentner\*innen aus der Analyse herausfallen, sondern die gesamte Bevölkerung (Hradil, 2005).

*„Lagemodelle erlauben es, nach Alter, nach Regionen (z.B. Ost- und Westdeutschland), nach Männern und Frauen sowie nach In- und Ausländern zu unterscheiden und damit auch einige der viel diskutierten ‚horizontalen Ungleichheiten‘ einzubeziehen (...). Lebenslage wird die Gesamtheit (un)vorteilhafter Lebensbedingungen eines Menschen genannt“ (Hradil, 2005).*

Die empirische Umsetzung gestaltet sich jedoch schwieriger als die Generierung eines Schichtindex oder die Hinzunahme einzelner sozialer Determinanten. Das statistische Verfahren der Clusteranalyse stellt hier eine Möglichkeit der Umsetzung dar, die jedoch sehr komplex und methodisch nicht unumstritten ist (Bortz, 2005; Eckey, Kosfeld, & Rengers, 2002). Im Rahmen der vorliegenden Habilitationsschrift wird auch eine Arbeit eingebunden, die dieses Verfahren angewandt hat, um Lebenslagen zu analysieren (vgl. Kapitel 3.3).

Ein weiterer theoretischer Ansatz, der eine verschränkte Analyse von mehreren Determinanten der Ungleichheit vornimmt, ist das Konzept der Intersektionalität, dessen Ursprung sowohl in der marxistischen Debatte um den „Haupt- und Nebenwiderspruch“ als auch in der Kritik von afroamerikanischen Feministinnen liegt, die eine isolierte Betrachtung der Diskriminierungsdeterminanten Geschlecht und „Rasse“ problematisieren (Crenshaw, 2018). In den letzten Jahren wird der Ansatz vermehrt auch in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften rezipiert.<sup>3</sup> Intersektionalität meint die Verschränkung verschiedener Determinanten sozialer Ungleichheit, wobei häufig die Trias Klasse bzw. soziale Schicht, Geschlecht und Ethnie bzw. „Rasse“ betrachtet wird. Entscheidend ist hierbei, dass es bei der Analyse nicht um ein bloßes Addieren der einzelnen Determinanten, sondern vielmehr um die multiplen Effekte ihrer Wechselwirkungen geht, wobei die Frage nach der spezifischen Wirkungsweise einzelner Determinanten im Zusammenspiel mit den weiteren Faktoren (isoliert, sich kreuzend, simultan, verschränkt) das Forschungsinteresse bestimmt (Degele & Winker, 2011; Nack, 2007). Wie auch beim Lebenslagenansatz ist die empirisch-statistische Operationalisierung des Konzepts der Intersektionalität eine Herausforderung. Die Erweiterung der statistischen Analysen um Moderatoreffekte, Interaktionsterme sowie Mediatoranalysen, die Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Variablen untersuchen, kann als Ansatz in diese Richtung angesehen werden. Kohärente methodische Modelle, die die Theorie adäquat umsetzen, sind meines Wissens jedoch noch zu entwickeln.

### **1.3. Gesundheitsversorgung**

Im Rahmen der vorliegenden Habilitationsschrift wurden soziale Determinanten in der gesundheitlichen Versorgung untersucht. Der Begriff der Gesundheitsversorgung umfasst hierbei nicht nur alle Formen der Krankenversorgung, sondern auch alle Formen

---

<sup>3</sup> So habe ich in meiner damaligen Funktion als Sprecherin der AG Frauen und Gesundheit der DGMS (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie) 2015 einen Workshop zum Thema „Doing Gender und Intersektionalität im Kontext von Gesundheitshandeln“ initiiert. Der Workshop wurde gemeinsam mit der AG Theorie der DGMS geplant und am 23. September 2015 auf der Jahrestagung der DGMS und DGSM (Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention) erfolgreich durchgeführt.

individuum- und populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung (Janßen, Frie, Dinger, Schiffmann, & Ommen, 2009). So werden prinzipiell alle Bürger\*innen in Deutschland, unabhängig von ihrem Alter und ihrem Gesundheits- bzw. Krankheitszustand (präventiv und kurativ), gesundheitlich versorgt. Die Ausgestaltung und Organisation der gesundheitlichen Versorgung variiert jedoch je nach Bedarf, Indikation und Zielgruppe. Die Versorgung von Kindern muss anders organisiert und durchgeführt werden als jene von alten und sehr alten Menschen, die Akutversorgung unterscheidet sich von der Versorgung von chronisch Kranken, präventive Versorgung verläuft unter gänzlich anderen Prämissen als die kurative Versorgung etc. Gesundheitsversorgung ist somit Krankenversorgung plus präventive Versorgung (Pfaff, 2003) und findet in allen Bereichen des Gesundheitssystems statt. Dabei lässt sich Gesundheitsversorgung in den Kontext der Versorgungsforschung einordnen, die, *„ausgehend von der Patienten- sowie Populationsperspektive (...), die Versorgungsstrukturen und -prozesse der Gesundheitsversorgung untersucht, den Outcome auf Ebene der Alltagsversorgung beschreibt und komplexe Interventionen zur Verbesserung der Versorgung evaluiert“* (Rothmund & Schwartz, 2017). Die dieser Habilitationsschrift zugrunde liegenden Arbeiten lassen sich zwei Bereichen der Gesundheitsversorgung zuordnen – zum einen der (sektorenübergreifenden) pflegerelevanten Gesundheitsversorgung und zum anderen der ambulanten Gesundheitsversorgung, die auf die Allgemeinbevölkerung in Deutschland ausgerichtet ist.

### **1.3.1. Pflegerelevante Gesundheitsversorgung**

Die Versorgung von pflegebedürftigen Personen ist zu einer bedeutenden Herausforderung für Gesellschaften des „langen Lebens“ geworden. Pflegebedürftigkeit ist ein Zustand höchster sozialer, psychischer und körperlicher Vulnerabilität, dem meist langjährige Krankheitsprozesse vorausgehen oder der durch ein Ereignis – wie beispielsweise ein Schlaganfallereignis – ausgelöst wird (Blüher, Schnitzer, & Kuhlmeier, 2017). In Deutschland wird Pflegebedürftigkeit als Grad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit sowie der Abhängigkeit von personeller Hilfe in unterschiedlichen Lebensbereichen und Aktivitäten definiert (Blüher et al., 2017). Diese muss durchgehend für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten bestehen, um eine Pflegestufe<sup>4</sup> und somit Leistungen aus der Pflegeversicherung im Rahmen des deutschen Sozialversicherungssystems zu erhalten. Die pflegerische Versorgung findet sowohl im ambulanten Bereich (häusliche Pflegedienste) als auch im stationären Setting (Pflegeheime) statt. Ziel der Versorgung ist es, einen progredienten Verlauf bei einer bereits bestehenden Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. zu verzögern und die Autonomie in der alltäglichen Lebensführung zu fördern. Jenseits der Versorgung von Personen, die bereits pflegebedürftig sind, gilt es, dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit bereits im Vorfeld entgegenzuwirken. Um diese beiden Ziele zu erreichen, sind Kenntnisse über die Ursachen der Entstehung und des Verlaufs von Pflegebedürftigkeit notwendig. Noch ist nicht bekannt, welche Risiko- und Ressourcenkonstellationen mit einer Pflegebedürftigkeit in Verbindung stehen (sowohl national als auch international), welche Ursachen ihr zugrunde liegen. Ein Teil der eingebundenen Forschungsarbeiten hat sich dieser Frage gewidmet und das Pflegerisiko von alten und vulnerablen Personen in Deutschland untersucht. Das „Roper-Logan-Tierney Model of Nursing“ (RLT) (Roper, Logan, & Tierney, 2009) war hierbei theoretischer Ausgangspunkt. Das Modell folgt der Grundüberlegung, dass jegliches – mithin auch gesundheitsbezogenes

---

<sup>4</sup> Seit 2017 werden pflegebedürftige Personen bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) nicht mehr nach Pflegestufen (1–3), sondern nach Pflegegraden (1–5) eingestuft. Mit dieser Neuerung werden vermehrt psychosoziale Indikatoren berücksichtigt und der Blick richtet sich stärker auf Ressourcen als auf Einschränkungen. Die dieser Arbeit zugrunde liegenden Analysen wurden vor der Einführung der Pflegegrade durchgeführt und basieren somit auf den Pflegestufen (1–3, wobei mit jeder Stufe der Grad der Abhängigkeit zunimmt).

– menschliche Handeln in Kontexte von physischen, psychischen, sozialen und weiteren Umgebungsfaktoren (wie z.B. Wohnumwelten oder ökonomischen Bedingungen) eingebettet ist und dass aus je unterschiedlichen Konstellationen dieser Faktoren unterschiedliche Ausmaße an Hilfe- und Pflegebedarf auf einem Kontinuum zwischen Unabhängigkeit und Abhängigkeit resultieren. Im Fokus meiner Arbeiten zum Pflegerisiko stand hierbei die Analyse von (horizontalen und vertikalen) sozialen Determinanten, denn während schon einige Kenntnisse im Bereich von Morbiditäten und pflegebegründeten Diagnosen vorliegen, die mit einer Pflegebedürftigkeit assoziiert sind, sind bisher kaum Studienergebnisse zum Einfluss sozialer Determinanten auf das Pflegerisiko vorhanden (Blüher et al., 2017). Im Kontext der vorliegenden Habilitationsschrift wird der Terminus „pflegerrelevante Versorgung“ verwendet, da die gesundheitliche Versorgung – wie oben ausgeführt – sowohl im Vorfeld einer Pflegebedürftigkeit (im präventiven Sinne) als auch im Falle der pflegerischen Versorgung bei bereits pflegebedürftigen Personen zentral ist.

### **1.3.2. Ambulante Gesundheitsversorgung der Allgemeinbevölkerung**

Die ambulante Versorgung der Allgemeinbevölkerung kann aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden – aus der Perspektive der Leistungserbringer\*innen (Ärzt\*innen, Krankenkassen), der politischen Akteur\*innen oder der Patient\*innen selbst. Befragungen von Patient\*innen als Teil einer patientenorientierten Versorgungsforschung finden in verschiedenen Settings (Krankenhaus, Ärzt\*innenpraxis, Reha-Einrichtung etc.), einrichtungsübergreifend oder bevölkerungsbezogen statt. Fragestellungen und Analysen umfassen beispielsweise Interessen und Präferenzen, subjektive Gesundheit, Interaktion mit dem medizinischen Personal, Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen oder die Beteiligung von Patient\*innen an der medizinischen Behandlung (Pfaff, Neugebauer, Glaeske, & Schrappe, 2017). Auch Dimensionen der Patientenzufriedenheit wie Fragen zur Kompetenz von Ärzt\*innen, zur räumlich-technischen Ausstattung, zum Behandlungserfolg aus Sicht der Patient\*innen, zur Versorgungskontinuität oder Verfügbarkeit sind Bestandteile von Patientenbefragungen. Diese dienen der Evaluation der Patientenorientierung oder der *Health System Responsiveness* (HSR)<sup>5</sup> von Versorgung (Pfaff et al., 2017), helfen Schwachstellen zu identifizieren, und Wege der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung aufzuzeigen. Die eingebundenen Arbeiten des zweiten Teils der vorliegenden Habilitationsschrift (Kapitel 3) beziehen sich auf bevölkerungsrepräsentative Befragungen der deutschsprachigen Allgemeinbevölkerung in Deutschland zur ambulanten medizinischen Versorgung.

## **1.4. Forschungsziele**

Die dieser Habilitationsschrift zugrunde gelegten Publikationen vereint das gemeinsame Forschungsziel, anhand sozialer Determinanten Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung zu analysieren. Damit trägt die Arbeit zur Wissenserweiterung im noch recht spärlich beleuchteten Forschungsfeld der Versorgungsungleichheiten bei. In den hier zusammengefassten Einzelstudien werden ausgewählte Bereiche der gesundheitlichen Versorgung auf ihre Zusammenhänge mit sozialen Determinanten hin untersucht: Der erste Teil der Ergebnisdarstellung befasst sich mit der Frage, welche sozialen (und gesundheitsbezogenen) Determinanten mit einer Pflegebedürftigkeit assoziiert sind. Der Schwerpunkt der ersten Analyse liegt hierbei auf einer geschlechtsspezifischen Betrachtung (2.1), während die zweite Risikoprofile für Pflegebedarf explorativ untersucht (2.2). Der zweite Teil der Ergebnisdarstellung fokussiert auf die ambulante Versorgung in Deutschland. In der ersten Untersuchung standen Inanspruchnahme und Zugang zur haus- und fachärztlichen

---

<sup>5</sup> Das Konzept der *HSR* ist Gegenstand der unter 3.2 eingebundenen Arbeit der vorliegenden Habilitationsschrift.

Versorgung in Deutschland in einem Zeitraum von zehn Jahren im Vordergrund (3.1). Die zweite Studie in diesem Teil fokussiert auf die HSR und untersucht verschiedene Dimensionen des Konzepts (Vertrauen zu den Ärzt\*innen, Freundlichkeit der Ärzt\*innen, Diskretion, Partizipation, Kommunikation,) (3.2). Die zentrale Fragestellung der dritten Untersuchung (3.3) war, ob sich verschiedene Gruppen bzw. Cluster mit ähnlichen Kenntnis- und Präferenzmustern bezogen auf Neuregelungen im Gesundheitssystem finden lassen.

In Kapitel 2 der Habilitationsschrift standen folgende spezifischen Forschungsziele im Mittelpunkt:

- Kapitel 2.1: Die Untersuchung verfolgt das Ziel, den Zusammenhang zwischen der Geschlechtszugehörigkeit und dem Pflegerisiko für Personen im ersten Jahr nach einem Schlaganfall zu untersuchen. Analog zur Studienlage wurde angenommen, dass Frauen nach einem Schlaganfallereignis häufiger als Männer pflegebedürftig werden, was übereinstimmend auf das höhere Durchschnittsalter der Frauen zurückgeführt wird. Neben der Überprüfung dieser Annahmen war es das Ziel der eingebundenen Untersuchung, weitere Assoziationen zu analysieren, die den Zusammenhang zwischen der Geschlechtszugehörigkeit und dem Pflegerisiko erklären können.
- Kapitel 2.2: Ziel dieser Studie war es, Risikoprofile für Pflegebedarf explorativ zu analysieren und hierbei den Zusammenhang mit sozialen und gesundheitsbezogenen Determinanten sowohl einzeln als auch in ihrer Gesamtschau (Risikoprofil) zu ermitteln. Forschungsleitend waren folgende Fragestellungen: Welches Risikoprofil lässt sich ermitteln, wenn alle Determinanten gleichzeitig analysiert werden? Gibt es Zusammenhänge zwischen erklärenden Determinanten, die die Assoziationen mit Pflegebedürftigkeit erklären?

In Kapitel 3 der Habilitationsschrift standen folgende spezifischen Forschungsziele im Mittelpunkt:

- Kapitel 3.1: Ziel dieser Studie war es, erstmalig für Deutschland die Inanspruchnahme und den Zugang zur ambulanten Versorgung im zeitlichen Verlauf (2006–2016) zu betrachten. Ausgehend von der Annahme, dass sowohl für Patient\*innen als auch auf Seiten der Leistungserbringer\*innen und der politischen Akteur\*innen überwiegend eine häufige Inanspruchnahme von Haus- und Fachärzt\*innen sowie sehr lange Wartezeiten problematisch sind, wurde auf diese Dimensionen fokussiert. Forschungsleitend war die Frage, welche sozialen Determinanten mit einer häufigen Inanspruchnahme (>10 Haus- und Facharztbesuche im letzten Jahr vor der Befragung) und mit sehr langen Termin-Wartezeiten (>4 Wochen) assoziiert sind.
- Kapitel 3.2: In dieser Untersuchung war das Ziel, erstmalig die HSR der ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland aus Sicht der Bevölkerung zu untersuchen, d.h. die Fähigkeit des Gesundheitssystems, den Erwartungen der Bevölkerung hinsichtlich ihrer Versorgung zu begegnen. Zentrale Frage war wiederum, ob es hier Unterschiede aufgrund sozialer Determinanten gibt, die auf unterschiedliche Bedarfe verschiedener Bevölkerungsgruppen schließen lassen.
- Kapitel 3.3: Ausgehend von der Kritik an einem eindimensionalen Schichtkonzept (Kapitel 1.2) war es das Ziel dieser Analyse, Lebenslagen von Personen in Deutschland zu ermitteln, die sich durch ähnliche Präferenzen und Kenntnisse zur gesundheitlichen Versorgung auszeichnen.

## 1.5. Datengrundlage und Methoden

### 1.5.1. Datengrundlage

Die hier dargestellten Ergebnisse beruhen auf einer breiten Daten- und Informationsgrundlage, die neben Befragungssurveys auch Routinedaten einer gesetzlichen Krankenversicherung sowie Kohortendaten umfassen. Ausführliche Informationen zum Studiendesign, zu den Daten, Erhebungsmethoden und statistischen Auswertungsverfahren sind in den jeweiligen Teilstudien nachzulesen. An dieser Stelle soll lediglich ein kurzer Überblick gegeben werden.

Eine Untersuchung im Kontext der pflegerelevanten Forschung (Kapitel 2.1) basiert auf der Sekundärdatenanalyse von Routinedaten der Deutschen BKK. Die Studienpopulation setzt sich aus Personen zusammen, die im Jahre 2007 initial von einem Schlaganfall betroffen waren. Zur Analyse der Fragestellung wurde ein Beobachtungszeitraum von einem Jahr nach Initialereignis festgelegt. Bei der Auswertung wurde sich an der „Guten Praxis Sekundärdatenanalyse“ (GPS) orientiert (Swart et al., 2015).

Eine weitere hier vorgestellte Studie, die im Bereich der pflegerelevanten Forschung angesiedelt ist, nutzt Daten einer prospektiven, populationsbezogenen Kohorte von alten und sehr alten Personen, die in der AOK Nordost versichert waren (Berliner Initiative Studie – BIS). Im Rahmen der BIS wurden rund 2.000 in Berlin lebende Frauen und Männer im Alter ab 70 Jahren zu drei Zeitpunkten (2009, 2011, 2013) untersucht und befragt (Schaeffner et al., 2010). Die initiale Zielsetzung der BIS war, die Epidemiologie von Niereninsuffizienz bei älteren Personen zu untersuchen. Im Teilprojekt „BIS-prevention“, in dem ich als Projektleitung am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (IMSR) fungierte, wurde der „Einfluss der Versorgungssituation auf Inzidenz und Progredienz von Pflegebedürftigkeit“ untersucht. In Kooperation mit den Initiatorinnen der Studie konnten für das erste Follow-up verschiedene geriatrische Assessment-Parameter wie der Mobilitätstest „Timed-Up-&-Go“ (TUG) (Podsiadlo & Richardson, 1991) oder der „Mikro-Mental-Test“ (MMT) (Rapp, Rieckmann, Gutzmann, & Folstein, 2002) sowie zusätzliche soziale Determinanten erhoben werden. In der hier eingebundenen Studie wurden alle Daten ausgewertet, die zum Zeitpunkt des ersten Follow-ups vorlagen.

Die Untersuchungen im zweiten Teil der Habilitationsschrift zur Beurteilung und Bewertung der ambulanten Versorgung aus Patientensicht basieren auf den bevölkerungsrepräsentativen Telefonsurveys der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die seit 2006 durchgeführt werden. Im Fokus der Befragungen standen die Erfahrungen mit der ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland aus der Perspektive der Nutzer\*innen des Gesundheitssystems (Bundesvereinigung, 2018; Tille, Gibis, Balke, Kuhlmeier, & Schnitzer, 2017). Die Erhebungsinstrumente wurden von einer Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertreter\*innen der KBV, der Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld Mannheim (FGW) und dem IMSR, konzipiert, wobei ich seit 2008 Teil dieser Arbeitsgruppe bin. Der Fragebogen beinhaltete ein Kernmodul, das für jedes Befragungsjahr identische Items enthielt, sowie weitere Module zu wechselnden Themen. Die Grundgesamtheit der Befragung umfasste die deutschsprachige Wohnbevölkerung ab 18 Jahren, die in Privathaushalten mit Festnetztelefonanschlüssen lebte. Die Stichprobenziehung erfolgte über eine Zufallsauswahl und wurde jeweils im Frühjahr über einen Zeitraum von vier bis sechs Wochen von der FGW durchgeführt. Die Stichprobengröße lag jährlich bei rund 6.000 Befragten. Die Ergebnisse der Untersuchung sind repräsentativ für die Deutsch sprechende Bevölkerung in Deutschland (Bundesvereinigung, 2018; Tille et al., 2017).

Die dieser Habilitationsschrift zugrunde gelegten Forschungsarbeiten und Forschungsergebnisse basieren auf nationalen Daten, die innerhalb Deutschlands erfasst und ausgewertet

wurden. Eine internationale Einordnung und deren Diskussion finden sich in den jeweiligen Teilstudien. Einige Instrumente und Konzepte sind in Anlehnung an internationale Forschungsprojekte konzipiert bzw. für Deutschland adaptiert worden (HSR-Konzept der WHO, TUG, MMT).

### **1.5.2. Methoden**

Vor dem Hintergrund der oben aufgeführten Kritik am eindimensionalen Schichtkonzept bzw. dem bloßen Fokussieren auf vertikale Determinanten zur Erfassung von sozialer Ungleichheit erfolgte in den hier eingebundenen Untersuchungen die Analyse von horizontalen und vertikalen Determinanten gleichermaßen. Soziale Determinanten wurden – mit Ausnahme des Lebenslagenmodells (s. Kapitel 3.3) – als Einzelindikatoren betrachtet. Auch in Kapitel 2.1, in dem die Geschlechtszugehörigkeit im Vordergrund der Analyse steht, werden weitere soziale Determinanten nicht nur „kontrolliert“ oder als „Störvariablen“ adjustiert, sondern mit untersucht und diskutiert. Besonderes Augenmerk der empirisch-quantitativen Arbeiten liegt dabei auf Abweichungen zwischen bi- und multivariaten Ergebnissen, die Hinweise auf Hintergründe und Mechanismen für bestimmte Assoziationen geben können. Die Auswahl der statistischen Analysen erfolgte auf Grundlage der Datenvoraussetzungen, Datenstruktur und der jeweiligen Fragestellungen. Insgesamt kam ein breites Set an Verfahren zur Anwendung, von deskriptiven, univariaten Betrachtungen über bivariate Gruppenvergleiche bis hin zu verschiedenen multivariaten Verfahren (binär logistische Regressionen, Trend- und Clusteranalysen, Diskriminanzanalysen) und statistischen Tests (Hosmer-Lemeshow, Omnibus-Tests, Interaktionsterme), die von mir selbst oder unter meiner Anleitung durchgeführt wurden.

## 2. Eigene Ergebnisse zur pflegerelevanten Versorgung

Kapitel 2 liefert einen Überblick über die empirischen Ergebnisse zur pflegerelevanten Versorgung. Es besteht aus den beiden Teilen „How does sex affect the care dependency risk in the first year after stroke“ (Kapitel 2.1) und „Risk profiles for care dependency“ (Kapitel 2.2).

### 2.1. Publikation 1: „How does sex affect the care dependency risk in the first year after stroke? A study based on claims data from a German health insurance fund“.

Frauen leben länger als Männer und sind deshalb in stärkerem Maße von Krankheit betroffen. An dieser Stelle wird in der Forschung oftmals stehen geblieben und nicht weiter untersucht, wie sich die geschlechtsspezifischen Differenzen erklären. So erleiden beispielsweise jedes Jahr mehr Frauen als Männer einen Schlaganfall, was wiederum auf deren höhere Lebenserwartung zurückgeführt wird (Eriksson, Glader, Norrving, Terént, & Stegmayr, 2009). Darüber hinaus zeigen Studien, dass auch ihr Zustand nach einem Schlaganfall im Vergleich zu Männern ungünstiger ist, sie beispielsweise mehr von funktionellen Einschränkungen betroffen sind oder häufiger ins Pflegeheim eingewiesen werden (Eriksson et al., 2009; Kapral et al., 2005; Niewada, Kobayashi, Sandercock, Kamiński, & Członkowska, 2005; Petrea et al., 2009). Die Hintergründe hierfür sind nur spärlich erforscht. Die erste in die vorliegende Habilitationsschrift integrierte Publikation setzt bei dieser Forschungslücke an und versucht eine Annäherung an die Fragen, welcher Zusammenhang zwischen Geschlechtszugehörigkeit und einem Pflegerisiko im ersten Jahr nach einem Schlaganfall besteht und wie dieser erklärt werden kann. Da vermehrt biologische und weniger sozial bedingte Hintergründe vermutet werden, wurde für „Geschlecht“ in der englischsprachigen Publikation der Terminus „Sex“<sup>1</sup> und nicht „Gender“ gewählt. Der nachfolgende Text entspricht dem Abstract der Arbeit Schnitzer et al., 2017 (DOI: 10.1080/10749357.2017.1305645):

„*Hintergrund:* Die Studie untersucht den Zusammenhang zwischen der Geschlechtszugehörigkeit und dem Pflegerisiko im ersten Jahr nach einem Schlaganfall. *Methode:* Die Studie basiert auf Routinedaten einer Deutschen Krankenversicherung. Es wurden jene Patient\*innen eingeschlossen, die zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember 2007 die Diagnose eines ischämischen oder hämorrhagischen Schlaganfalls erhielten, ein Jahr nach dem Schlaganfall überlebten und vor dem Ereignis nicht pflegebedürftig waren (n = 1851). Die Daten wurden über einen Zeitraum von einem Jahr erfasst. Pflegebedürftigkeit wurde als Zustand definiert, der einen erheblichen Hilfebedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erfordert. Geriatriische Zustände wurden analog zu zugehörigen ICD-10 Symptomen definiert (zum Beispiel Harninkontinenz, kognitive Einschränkungen, Depression). Die Analysen erfolgten anhand multivariater Regressionsanalysen. *Ergebnisse:* Ein Jahr nach dem Schlaganfall waren Frauen signifikant häufiger pflegebedürftig als Männer (31,2% Frauen vs. 21,3% Männer, Odds Ratio für Pflegebedürft-

---

<sup>1</sup> Die aus den anglo-amerikanischen Sozialwissenschaften stammende Unterscheidung zwischen dem biologischen Geschlecht „Sex“ und dem sozialen Geschlecht „Gender“, mit der auf die soziale Konstruktion von Geschlecht verwiesen wird, hat mittlerweile breiten Eingang auch in die deutschen Sozialwissenschaften und Geschlechterstudien gefunden (Gildemeister, 2008; Treibel, 2006) (s. auch Kapitel 4.5).

tigkeit: 1.67; 95% CI: 1.36-2.07). Adjustiert nach Alter verringerten sich die Odds Ratio-Werte um 65,7% auf 1.23 (n.s.). Adjustiert nach geriatrischen Zuständen verringerten sich die Odds Ratio-Werte weiter und waren nicht mehr signifikant (adjustierte OR: 1.18 (CI: 0.90-1.53). *Diskussion:* Es kann vermutet werden, dass Frauen ein höheres Risiko als Männer haben, nach einem Schlaganfall pflegebedürftig zu werden, da sie zum Zeitpunkt des Schlaganfallereignisses älter sind und vermehrt an geriatrischen Zuständen wie Harninkontinenz leiden. Präventionsstrategien sollten daher auf geriatrische Zustände fokussieren, um das Pflegerisiko von Frauen infolge eines Schlaganfallereignisses zu reduzieren.“ (Übersetzung durch die Autorin).

*Veröffentlichter Artikel:* **Schnitzer, S.**, Deutschbein, J., Nolte, CH., Kohler, M., Kuhlmeier, A., Schenk, L. How does sex affect the care dependency risk one year after stroke? A study based on claims data from a German health insurance fund, *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2017, 24(6):415-21.

<http://doi.org/10.1080/10749357.2017.1305645>

## 2.2. Publikation 2: „Risk profiles for care dependency: cross-sectional findings of a population-based cohort study in Germany“.

Analysen auf Grundlage von Routinedaten, wie sie in der ersten eingebundenen Untersuchung vorgenommen wurden (Kapitel 2.1), unterliegen einigen Limitationen, die gerade für medizinsoziologische Fragestellungen relevant sind. Da sie auf Abrechnungsdaten (der Krankenkassen) beruhen, fehlen Angaben zu Merkmalen wie Ehe/Partnerschaft oder Bildungsstand. Dieser Limitation konnte mit der nachfolgenden Arbeit zur Erfassung von Risikoprofilen von Pflegebedarf begegnet werden, da sie auf Daten der Kohortenstudie (Berliner Initiative Studie – BIS) von alten und sehr alten Personen ab 70 Jahren basiert. So war es möglich, interessierende soziale Determinanten wie die Frage nach einer bestehenden Partnerschaft oder dem Bildungsstand mit einzubeziehen. Die Annahme, dass soziale Determinanten wie eine Partnerschaft oder das soziale Netz der/des Betroffenen das altersspezifische Pflegerisiko erklären könnten, war das Ergebnis einer vorangehenden (hier nicht eingebundenen) Arbeit zum Einfluss des Alters auf das Pflegerisiko (Schnitzer et al., 2015). Da es sich bei der BIS um eine prospektive, populationsbasierte Kohorte handelt, konnte die Fragestellung zudem indikationsunspezifisch untersucht werden (anders als in Kapitel 2.1). Der nachfolgende Text entspricht dem Abstract der Arbeit Schnitzer et al., 2019 (DOI: 10.1177/0898264318822364):

„*Hintergrund:* Die Zunahme der Lebenserwartung in den westlichen Gesellschaften geht mit einer erhöhten Inzidenz von Pflegebedürftigkeit bei älteren Menschen einher. *Ziel:* Ziel der Studie war es zu untersuchen, welche gesundheitsrelevanten und sozialen Determinanten mit einer Pflegebedürftigkeit assoziiert sind. *Methode:* Wir verwendeten Querschnittsdaten aus dem ersten Follow-up (N = 1.699) einer prospektiven, populationsbasierten Kohortenstudie mit älteren Teilnehmer\*innen (≥70 Jahre). Pflegebedürftigkeit wurde erfasst, wenn Proband\*innen substantielle Unterstützung in mindestens zwei Aktivitäten des täglichen Lebens für mindestens 90 Minuten täglich benötigten. Die Analysen erfolgten anhand multivariater logistischer Regressionen. *Ergebnisse:* Das durchschnittliche Alter der Proband\*innen lag bei 82 Jahren; 18,9% waren pflegebedürftig. Pflegebedürftigkeit war signifikant mit dem Alter, der Harninkontinenz, Schlaganfall, Stürzen, Krebs, Diabetes, Bildungsniveau, Partnerlosigkeit, eingeschränkter Mobilität und körperlicher Inaktivität verbunden. *Diskussion:* Unsere Forschung unterstreicht die Bedeutung der Mobilitätsförderung, auch bei pflegebedürftigen Menschen. Zukünftige Studien sollten die Rolle von Partnerschaft in Hinblick auf die Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit untersuchen“ (Übersetzung durch die Autorin).

*Veröffentlichter Artikel:* **Schnitzer, S.**, Blüher, S., Teti, A., Schaeffner, E., Ebert, N., Martus, P., Suhr, R., Kuhlmeier, A. Risk Profiles for Care Dependency: Cross-Sectional Findings of a Population-Based Cohort Study in Germany, *Journal of Aging and Health*, 2020, 32(5-6) 352–360.

<https://doi.org/10.1177%2F0898264318822364>

### **3. Eigene Ergebnisse zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung in Deutschland**

In Kapitel 3 werden drei Untersuchungen vorgestellt, die auf den bevölkerungsweiten Surveys der KBV basieren und verschiedene Aspekte der ambulanten Versorgung aus Sicht der Bevölkerung herausstellen. Die Studie „Inanspruchnahme und Zugang zur ärztlichen Versorgung“ (Kapitel 3.1) liefert einen Überblick für einen Zeitraum von zehn Jahren, anschließend wird das Konzept HSR dargestellt (Kapitel 3.2) und die letzte hier vorgestellte empirische Analyse befasst sich mit „Gesundheitsreformen und Versichertenpräferenzen“ (Kapitel 3.3). In allen Arbeiten stand wiederum die Frage im Mittelpunkt, welche Assoziationen mit sozialen Determinanten vorhanden sind. Die Reihung der nachfolgenden Teilstudien ist nicht analog zu ihrer Entstehung gewählt. So liegt die Erarbeitung der zuletzt aufgeführten Untersuchung (Kapitel 3.3) am längsten zurück. Da in dieser Arbeit jedoch eine mögliche Alternative zur Einzelindikatorbetrachtung anhand des Lebenslagenmodells gewählt wurde, bildet sie den idealen Abschluss der Präsentation meiner Analysen.

#### **3.1. Publikation 3: „Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale der Inanspruchnahme und des Zugangs zu haus- und fachärztlicher Versorgung – Ergebnisse einer deutschlandweiten Bevölkerungsbefragung von 2006 bis 2016“.**

Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung aufgrund sozialer Determinanten müssen nicht zwangsläufig auch eine Ungleichheit im Sinne einer Ungerechtigkeit bedeuten (vgl. Kapitel 1.2.2.). Etwa wenn Unterschiede hinsichtlich gesundheitlicher Bedarfsfaktoren bestehen, also ältere Personen mit einer schlechteren Gesundheit mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen als jüngere Personen, die gesünder sind, etc. Hier greift das Verhaltensmodell von Andersen („Behavioral Model of Health Services Use“), der „predisposing characteristics, enabling resources“ und „perceived need“ (R. Andersen, Davidson, & Baumeister, 2001; R. M. Andersen, 1995) als entscheidende Faktoren einer Inanspruchnahme ausmacht. Die Ergebnisse der hier vorgestellten Studie zur Inanspruchnahme von Ärzt\*innen wurden in Anlehnung an das Modell von Andersen diskutiert. Der nachfolgende Text entspricht dem Abstract der Arbeit Tille et al., 2017 (DOI: 10.1016/j.zefq.2017.07.012): „*Hintergrund:* Dieser Beitrag untersucht für den Zeitraum von 2006 bis 2016, mit welchen soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Merkmalen die Inanspruchnahme und der Zugang zur ambulanten Gesundheitsversorgung assoziiert sind. Erstmals liegt der Fokus dabei auf den Vielnutzern von Haus- und Fachärzten sowie auf Personen mit sehr langen Wartezeiten auf Arzttermine. *Methoden:* Grundlage der Analyse bilden neun Bevölkerungsbefragungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, in denen kumuliert 42.925 Personen ab 18 Jahren bundesweit telefonisch befragt wurden. Als „Vielnutzer“ wurden Befragte mit mehr als zehn Besuchen bei Haus- und Fachärzten in den jeweils vorangegangenen zwölf Monaten operationalisiert. „Sehr lange Termin-Wartezeiten“ wurden kategorisiert, wenn Befragte länger als einen Monat auf den letzten Arzttermin warten mussten. Die soziodemografischen Merkmale umfassen Alter, Geschlecht, Bildungsabschluss, Erwerbsstatus, Größe und Region des Wohnortes sowie Art der Krankenversicherung der Befragten. Als gesundheitsbezogene Faktoren wurden der subjektive Gesundheitszustand und der Grund des

letzten Arztbesuchs (aktuelles Problem, chronische Krankheit, Vorsorgeuntersuchung) berücksichtigt. Die statistischen Analysen erfolgten anhand bi- und multivariater Verfahren (logistische Regressionen). *Ergebnisse:* Inanspruchnahme: Vielnutzer von Haus- und Fachärzten sind vorrangig Personen mit einem subjektiv schlechten Gesundheitszustand, Personen in Rente sowie jüngere Befragte (18- bis 34-Jährige). Hausärzte werden darüber hinaus signifikant häufiger von formal niedrig Gebildeten im Vergleich zu formal höher Gebildeten konsultiert. Gesetzlich Versicherte zählen öfter als privat Versicherte zu den Vielnutzern der Hausärzte, während privat Versicherte häufiger Vielnutzer der Fachärzte sind. Zugang: Von sehr langen Wartezeiten bei Haus- und Fachärzten sind vor allem Personen betroffen, die diese aufgrund einer Vorsorgeuntersuchung aufsuchen, sowie gesetzlich Versicherte, in Ost-Deutschland lebende Personen und jene ab 60 Jahren. Über einen Monat auf einen Facharzttermin warten außerdem formal höher Gebildete signifikant häufiger als formal niedriger Gebildete. Im Untersuchungszeitraum hat sich der Anteil der Vielnutzer sowie derjenigen mit sehr langen Wartezeiten bei Facharztterminen unter den Befragten erhöht. *Schlussfolgerung:* Die Befunde der Studie zeigen, dass die häufige Inanspruchnahme haus- und fachärztlicher Leistungen besonders stark mit dem subjektiv schlechten Gesundheitszustand der Befragten assoziiert ist. Dies weist auf eine Priorisierung nach gesundheitlichem Bedarf hin. Um diese auch im Zugang zur ambulanten Gesundheitsversorgung zu erreichen, sind regulatorische Eingriffe erforderlich, die insbesondere für gesetzlich Krankenversicherte, in Ost-Deutschland lebende Personen sowie Ältere die Wartezeiten von über einem Monat auf Facharzttermine verkürzen.“

*Veröffentlichter Artikel:* Tille, F., Gibis, B., Balke, K., Kuhlmeier, A., **Schnitzer, S.** Sozio-demografische und gesundheitsbezogene Merkmale der Inanspruchnahme und des Zugangs zu haus- und fachärztlicher Versorgung – Ergebnisse einer deutschlandweiten Bevölkerungs-befragung von 2006 bis 2016, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2017, 126:52-65.

<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.07.012>

### 3.2. Publikation 4: “Patients’ perceptions of health system responsiveness in ambulatory care in Germany”.

Nach der WHO stellt die *Responsiveness* eines Gesundheitssystems eine der zentralen Größen zur Beurteilung der Qualität desselben dar (de Silva, 2000; Mirzoev & Kane, 2017; Robone, Rice, & Smith, 2011). Unter *Health System Responsiveness* wird die Fähigkeit des Gesundheitssystems verstanden, den Erwartungen der Bevölkerung hinsichtlich der nicht-medizinischen und nicht-monetären Aspekte der Versorgung gerecht zu werden. Erstmals für Deutschland wurde in der hier vorgestellten Studie die HSR der ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland aus Sicht der Bevölkerung untersucht. Der nachfolgende Text entspricht dem Abstract der Arbeit Tille, Röttger, et al., 2019 (DOI: 10.1016/j.pec.2018.08.020):

„Ziel: Die *Health System Responsiveness* der ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland aus Nutzerperspektive zu erfassen und Zusammenhänge mit sozialen Determinanten zu untersuchen. *Methoden*: Die Analyse basiert auf einer Befragung von 6113 Erwachsenen in Deutschland im Jahr 2016. Die Responsiveness der haus- und fachärztlichen Versorgung wurde entlang der Bereiche Vertrauen, Freundlichkeit, Diskretion, Autonomie und Kommunikation operationalisiert. Die statistischen Analysen erfolgten anhand bivariater und multivariater logistischer Regressionen. *Ergebnisse*: Über 90% aller Befragten bewerteten ihren letzten Haus- und Facharztbesuch als gut, bezogen auf die Bereiche Vertrauen, Freundlichkeit, Partizipation und Kommunikation, jedoch lediglich die Hälfte beurteilte die Diskretion in der Arztpraxis als gut (Hausarztbesuche: 50,3%; Facharztbesuche: 52,4%). Bei den Hausärzt\*innen wurden die Bereiche am häufigsten von den jüngsten Befragten zwischen 18 und 34 Jahren negativ bewertet und bei den Fachärzt\*innen überwiegend von Befragten, die ein aktuelles medizinisches Problem als Grund für die ärztliche Konsultation angaben. *Diskussion*: Während die Responsiveness der ambulanten Versorgung insgesamt gut bewertet wird, ist die Beurteilung der Diskretion bedenklich. Insbesondere ein junges Lebensalter und eine schlechte Gesundheit der Patient\*innen sind mit einer negativen Beurteilung der Responsiveness assoziiert. *Praktische Implikationen*: Maßnahmen zur Verbesserung der Infrastruktur von Arztpraxen und zur Verbesserung der Responsiveness bei Patient\*innen unter 35 Jahren sowie bei Personen mit Gesundheitsproblemen sind von entscheidender Bedeutung, um die Responsiveness zu verbessern.“ (Übersetzung durch die Autorin).

*Veröffentlichter Artikel*: Tille, F., Röttger, J., Gibis, B., Busse, R., Kuhlmeier, A., **Schnitzer, S.** Patients’ perceptions of health system responsiveness in ambulatory care in Germany, *Patient Education and Counseling*, 2019, 102(1):162-71.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.020>

### 3.3. Publikation 5: „Gesundheitsreformen und Versichertenpräferenzen. Eine Clusteranalyse mit Daten der bevölkerungsrepräsentativen KBV-Befragung 2010“.

Die HSR der ambulanten medizinischen Versorgung bemisst sich im weitesten Sinne auch daran, wie gut Patient\*innen über Neuregelungen im Gesundheitssystem informiert sind, wie sie diese bewerten und welche Präferenzen sie hinsichtlich ihrer Versorgung haben. Dabei ist sowohl für Leistungserbringer\*innen als auch für politische Entscheidungsträger\*innen von Interesse, wie der Kenntnisstand und die Patientenpräferenzen mit sozialen Determinanten in Verbindung stehen. So kann bei Bedarf zielgruppenspezifisch agiert werden, etwa im Bereich der Informationsvermittlung. In den vorhergehenden eigenen Untersuchungen wurden soziale Determinanten nach gängiger Praxis als Einzelindikatoren betrachtet. Wie unter 1.2.3 diskutiert, stellt der Lebenslagenansatz darüber hinaus eine Möglichkeit dar, verschiedene Determinanten kombiniert zu untersuchen. Mithilfe des statistischen Verfahrens der Clusteranalyse können Lebenslagen empirisch ermittelt werden. Die hier vorgestellte Analyse erfolgte unter Verwendung dieses multivariaten Verfahrens zur Bestimmung von Patientengruppen mit ähnlichen Präferenz- und Kenntnismustern. Der nachfolgende Text entspricht dem Abstract der Arbeit Schnitzer et al., 2013 (DOI: 10.1055/s-0033-1333728):

„*Zusammenfassung:* In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, wie bekannt verschiedene Neuregelungen des deutschen Gesundheitssystems sind (elektronische Gesundheitskarte, Kostenerstattungstarif usw.) und wie diese bewertet werden. Weiterhin wird der Frage nachgegangen, inwieweit sich verschiedene Gruppen von Versicherten mit ähnlichen Präferenz- und Kenntnismustern finden lassen. Grundlage der Analyse bildet eine bevölkerungsrepräsentative Versichertenbefragung der KBV (Kassenärztlichen Bundesvereinigung) im Jahr 2010, in der 6065 Personen zwischen 18 und 79 Jahren interviewt wurden. 4 verschiedene Gruppen von Versicherten können unterschieden werden: Die „Qualitätsorientierten“, die „Uninformierten“, die „Internetversierten“ und die „Informierten“. Auffälligstes Ergebnis ist, dass die „Uninformierten“ mit dem niedrigsten Kenntnisstand über neuere Reforminhalte überwiegend formal hoch Gebildete, erwerbstätige Männer im mittleren Alter sind. Um Neuregelungen im Gesundheitswesen erfolgreich implementieren und Informationen hierüber zielgruppenspezifisch verbreiten zu können, empfiehlt es sich, neben der Berücksichtigung einzelner sozialer Determinanten, die Gesamtheit der Lebensumstände bzw. Lebenslagen der Versicherten zu betrachten.“

*Veröffentlichter Artikel:* **Schnitzer, S.**, Grittner, U., Balke, K., Kuhlmeier, A. Gesundheitsreformen und Versichertenpräferenzen. Eine Clusteranalyse mit Daten der bevölkerungsrepräsentativen KBV-Befragung 2010, Gesundheitswesen, 2013; 75(12):789-96.

<https://doi.org/10.1055/s-0032-1322091>

## 4. Diskussion

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse meiner Arbeiten zusammengefasst (Kapitel 4.1) und anschließend in die Studienlage eingeordnet – zunächst die Ergebnisse zur pflegerelevanten Versorgung (Kapitel 4.2.) und nachfolgend zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung (Kapitel 4.3). Schließlich werden Stärken und Schwächen der Einzelstudien aufgeführt (4.4) und abschließend ein Fazit sowie praktische Implikationen formuliert (4.5.)

### 4.1. Zusammenfassung der relevantesten Ergebnisse

Übergeordnetes Ziel der vorliegenden Habilitationsschrift war es, anhand ausgewählter Bereiche der gesundheitlichen Versorgung zu einem besseren Verständnis und einem Informationsgewinn hinsichtlich des Zusammenhangs von sozialen Determinanten und gesundheitlicher Versorgung beizutragen.

Im Kontext der pflegerelevanten Versorgung konnte zunächst gezeigt werden, dass Frauen im ersten Jahr nach einem Schlaganfallereignis häufiger als Männer pflegebedürftig waren und sich dieser Zusammenhang über ihr höheres Lebensalter und ihre häufigere Betroffenheit von geriatritypischen Morbiditäten erklärt (Kapitel 2.1). Die Analysen weisen weiter darauf hin, dass vor allem Harninkontinenz als ein geriatrischer Zustand, der überwiegend Frauen betrifft, für deren erhöhtes Pflegerisiko verantwortlich ist. In Kapitel 2.2 wurden Determinanten von Pflegebedarf anhand einer prospektiven, populationsbasierten Datenbasis untersucht. Trotz divergierender Datenbasis (Routinedaten versus Kohortendaten) und Zielpopulation (Schlaganfallpatient\*innen versus Alterskohorte) zeigt sich übereinstimmend mit Kapitel 2.1, dass kein signifikanter Zusammenhang mit der Geschlechtszugehörigkeit besteht, wenn Alter und Morbiditäten berücksichtigt werden. In Kapitel 2.2 lag der Fokus jedoch nicht primär auf der Geschlechtsspezifität, sondern auf der Frage, welche Risikoprofile für Pflegebedarf bestimmt werden können. Neben Assoziationen mit Morbiditäten und geriatrischen Assessment-Parametern konnte analog zu den Ergebnissen in Kapitel 2.1 ein hohes Lebensalter als signifikante Determinante identifiziert werden. In Kapitel 2.2 wurden darüber hinaus Zusammenhänge mit Bildungsstatus, Einkommen und Partnerschaft ermittelt. Wurden Morbiditäten und geriatrische Assessment-Parameter berücksichtigt (adjustiert), zeigten sich keine signifikanten Assoziationen mehr mit Einkommen und Bildung – mit einer Ausnahme: Die mittleren Bildungsgruppen waren im Vergleich zur niedrigsten Bildungsgruppe von einem höheren Pflegerisiko betroffen. Besonders hervorzuheben ist das Ergebnis zur Partnerschaft: Personen ohne Partnerschaft hatten ein signifikant höheres Pflegerisiko gegenüber Personen, die angaben, eine\*n Partner\*in zu haben.

In den Studien zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung wurden die Inanspruchnahme von Ärzt\*innen sowie Wartezeiten auf einen Arzttermin, die HSR der ambulanten Versorgung und Versichertenpräferenzen zu Neuregelungen im Gesundheitssystem untersucht. Übereinstimmend zeigt sich auch hier ein starker Einfluss des Lebensalters auf die gesundheitliche Versorgung. Überraschend war das Ergebnis, dass ältere Befragte seltener Haus- und Fachärzt\*innen aufsuchen als jüngere Befragte (Kapitel 3.1). Gleichzeitig sind es jedoch jene ältesten Befragten, die am längsten auf einen Arzttermin warten müssen (Kapitel 3.1). Bezogen auf die HSR zeigt sich, dass die älteste Befragtengruppe am zufriedensten mit den untersuchten Aspekten der ambulanten Versorgung ist (Kapitel 3.2). Schließlich verdeutlichen die altersspezifischen Ergebnisse der letzten Studie (Kapitel 3.3), dass nicht allein das Alter für einen hohen Informationsstand zu Neuregelungen im Gesundheitssystem ausschlaggebend ist, sondern weitere Lebensumstände wie Erwerbstätigkeit oder der

Gesundheitszustand (Kapitel 3.3) eine Rolle spielen. Neben dem Alter stellt der Bildungsstand eine signifikante soziale Determinante in den Arbeiten zur ambulanten Versorgung dar. So zeigen die Analysen zur Inanspruchnahme von Ärzt\*innen, dass Hausärzt\*innen besonders häufig von formal niedrig gebildeten Personen aufgesucht werden, während höher gebildete Personen überwiegend Fachärzt\*innen in Anspruch nehmen (Kapitel 3.1). Ein hoher Bildungsstand korreliert darüber hinaus mit einer negativen Bewertung der HSR (Kapitel 3.2). Schließlich trat in der letzten eingebundenen Publikation (Kapitel 3.3) das überraschende Ergebnis zutage, dass höher gebildete, erwerbstätige Männer im mittleren Alter das Cluster der „Uninformierten“ mit dem niedrigsten Kenntnisstand zu Neuregelungen im Gesundheitssystem bilden. Signifikante Geschlechterunterschiede waren bei Kontrolle der weiteren sozialen Determinanten in keiner der eingebundenen Studien vorhanden.

## **4.2. Ergebnisse zur pflegerelevanten Versorgung**

### **4.2.1. Geschlechtszugehörigkeit und Pflegerisiko**

Ziel der Arbeit war es, die Assoziation zwischen dem Pflegerisiko im ersten Jahr nach einem Schlaganfall und der Geschlechtszugehörigkeit zu untersuchen. Die Ergebnisse zeigen, dass Frauen häufiger als Männer pflegebedürftig waren, wenn sie einen Schlaganfall hatten und diesen im ersten Jahr danach überlebten. Auch andere Studien, die die Auswirkungen eines Schlaganfalls geschlechtsspezifisch untersucht haben, kommen zu diesem Ergebnis (Eriksson et al., 2009; Gall, Tran, Martin, Blizzard, & Srikanth, 2012; Kapral et al., 2005; Niewada et al., 2005; Petrea et al., 2009). Die Analysen weisen weiter darauf hin, dass sich das höhere Pflegerisiko der Frauen durch ihr durchschnittlich höheres Lebensalter und ihre stärkere Betroffenheit von geriatrischen Zuständen erklären lässt. Denn werden diese geriatrischen Morbiditäts-Komplexe in die statistischen Analysen integriert, ist der vormals signifikante statistische Zusammenhang zwischen dem Pflegerisiko und der Geschlechtszugehörigkeit nicht mehr statistisch relevant ( $p < 0.005$ ). Von den insgesamt acht untersuchten geriatrischen Komplexen hatte das Vorliegen einer Harninkontinenz den stärksten Effekt auf das Pflegerisiko in der Gesamtpopulation (Männer und Frauen). Da unsere geschlechtsspezifischen Analysen wiederum zeigen, dass Frauen rund doppelt so häufig wie Männer von Harninkontinenz betroffen waren, liegt der Schluss nahe, dass das höhere Pflegerisiko der Frauen zu einem Großteil auf deren häufigere Betroffenheit von Harninkontinenz zurückzuführen ist. Oder anders ausgedrückt: Frauen haben ein höheres Risiko im ersten Jahr nach einem Schlaganfall pflegebedürftig zu werden, da sie häufiger von geriatrischen Zuständen betroffen sind – in erster Linie von Harninkontinenz.

Dass Frauen nach einem Schlaganfall häufiger als Männer an Harninkontinenz leiden und dass Harninkontinenz mit Pflegebedürftigkeit assoziiert ist, wird durch andere Studien bestätigt (Di Carlo et al., 2003; Kolominsky-Rabas, Hilz, Neundoerfer, & Heuschmann, 2003). Auch in der Allgemeinbevölkerung sind Frauen überproportional häufig von Harninkontinenz betroffen (Hannestad, Rortveit, Sandvik, & Hunskaar, 2000; Temml, Haidinger, Schmidbauer, Schatzl, & Madersbacher, 2000), und zwar – wie in unserer Studie – altersunabhängig. Die Gründe hierfür liegen zum einen in anatomischen Unterschieden zwischen Männern und Frauen, zum anderen in physiologischen und hormonellen Veränderungen infolge von Geburten und Menopause. Analog unserer Annahme (Kapitel 2.1) sind daher biologische Differenzen („Sex“) und weniger soziale („Gender“) für das erhöhte Pflegerisiko von Frauen verantwortlich. Unsere Ergebnisse verweisen auf die Notwendigkeit einer Geschlechtersensibilität sowohl in der klinischen Versorgung als auch in der Forschung. Zukünftige Studien sollten sich der Frage widmen, welche sozialen und psychosozialen Determinanten hinter der größeren Vulnerabilität von Frauen stehen, die einen Schlaganfall überlebt haben. Entsprechend können Präventionsmaßnahmen, wie beispielsweise physio-

therapeutische Therapien zur Stärkung des Beckenbodens, verstärkt geschlechtsspezifisch adressiert werden, um dem erhöhten Pflegerisiko von Frauen entgegenzuwirken.

#### **4.2.2. Risikoprofile für Pflegebedarf**

Das folgende Risikoprofil für Pflegebedarf konnte bei der gleichzeitigen Analyse mehrerer sozialer und gesundheitsbezogener Determinanten ermittelt werden: Ein hohes Lebensalter, eine fehlende Partnerschaft, ein mittlerer Bildungsstand, eingeschränkte Mobilität, körperliche Inaktivität, Harninkontinenz, ein Schlaganfallereignis, Stürze, Krebs und Diabetes waren signifikant mit einer Pflegebedürftigkeit assoziiert.

Studien zum Einfluss von sozialen Determinanten liegen bisher nur vereinzelt vor. Die Bedeutung des Lebensalters als wesentliche Determinante des Pflegebedarfs ist statistisch gut belegt (Hajek et al., 2015) und wurde in einer eigenen Untersuchung auf Basis von Abrechnungsdaten einer Krankenkasse näher untersucht (Schnitzer et al., 2015). In dieser vorausgehenden, hier nicht eingebundenen Untersuchung stand die Frage im Vordergrund, inwieweit sich das altersspezifische Pflegerisiko über die Krankheitslast erklärt. Die Ergebnisse zeigen, dass die in den Analysen berücksichtigten Morbiditäten das altersspezifische Risiko nicht ausreichend erklären, sondern vermutlich soziale Determinanten wie eine Partnerschaft von Bedeutung sind, die jedoch im Rahmen der Abrechnungsdaten nicht vorlagen. Zukünftige Studien sollten daher vermehrt auf soziale Determinanten fokussieren, so die Empfehlung auf Grundlage der Analysen (Schnitzer et al., 2015). Die hier eingebundene und diskutierte Untersuchung zur Erfassung von Risikoprofilen baut auf diesen vorangehenden Analysen auf, da es anhand der BIS-Kohortendaten möglich war, soziale Determinanten wie den Bildungsstand, das Einkommen oder eine Partnerschaft zu untersuchen. Nachfolgend werden diese Ergebnisse zu den sozialen Determinanten in die nationale und internationale Studienlage eingeordnet.

In Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede zeigt sich keine eindeutige Befundlage. Die Ergebnisse differieren, je nachdem ob nach Alter und Morbiditäten adjustiert wurde (Hajek et al., 2016; Schnitzer et al., 2017). In der hier vorliegenden Studie konnte kein Zusammenhang des Pflegerisikos mit der Geschlechtszugehörigkeit gefunden werden. Möglicherweise ist dies jedoch auf den überproportional hohen Anteil älterer Männer in der Kohorte zurückzuführen (s. Kapitel 4.4). Befunde zum Einfluss von Bildungsstand und Einkommen auf das Pflegerisiko sind rar. Einige Autor\*innen konstatieren ein höheres Risiko bei Angehörigen niedriger Einkommensgruppen (Nilsson, Avlund, & Lund, 2010; Nilsson et al., 2014; Unger, Giersiepen, & Windzio, 2015) oder formal niedriger Bildungsgruppen (Huisman et al., 2005; Sulander et al., 2012). In diesen Studien wurde allerdings nicht nach Morbiditäten adjustiert, die als Hintergrund für das erhöhte Pflegerisiko von Personen mit niedrigem sozialem Status angenommen werden (Avendano et al., 2005; Ramsay, Whincup, Morris, Lennon, & Wannamethee, 2008). Auch in der hier vorgestellten Studie war adjustiert nach Morbiditäten und geriatrischen Assessment-Parametern kein signifikanter Zusammenhang zwischen Pflegebedürftigkeit und Einkommen mehr vorhanden. Somit scheint die Annahme, dass sich das höhere Pflegerisiko von Angehörigen niedriger sozialer Schichten über deren höhere Krankheitslast erklärt, bestätigt. Allerdings trifft dieser Zusammenhang nur teilweise zu, da sich adjustiert nach Morbiditäten zwar keine signifikante Assoziation mehr mit einem niedrigen Bildungsstatus findet, allerdings weiterhin ein Zusammenhang mit der mittleren Bildungsgruppe besteht. Zukünftige Studien sollten den Einfluss des Bildungsstandes auf das Risiko einer Pflegebedürftigkeit untersuchen, um differenzierte Präventionsstrategien und Bedarfe entwickeln zu können.

Die wenigen Studien, die den Einfluss von Partnerschaft auf das Pflegerisiko bzw. Körperliche Funktionseinschränkungen untersucht haben, unterscheiden sich hinsichtlich der verwendeten Indikatoren einer Partnerschaft (verheiratet, unverheiratet, zusammenwohnend

etc.). Ein Vergleich unserer Studie, die ein erhöhtes Risiko von Personen ohne Partner\*in zeigt, mit anderen Studien ist daher nur bedingt möglich. Überwiegend liefern die Studien jedoch Hinweise auf ein erhöhtes Pflegerisiko respektive ein erhöhtes Risiko auf Funktionseinschränkungen für alte und sehr alte Menschen, die keine\*n Partner\*in haben (Hajek & König, 2016; Kharicha et al., 2007; Nilsson et al., 2010). Hajek & König vermuten, dass sich das Risiko allein lebender Personen über andere Faktoren erklärt, die mit einer Pflegebedürftigkeit in Verbindung stehen, wie Sturzrisiko oder Mobilitätseinschränkungen (Hajek & König, 2016). Diese Hypothese wird durch unsere Studie erhärtet, da sich der Effekt des Partnerschaftsstatus abschwächt, wenn nach Mobilität, Stürzen, Harninkontinenz und körperlicher Aktivität adjustiert wird. Gerade in Deutschland kann vermutet werden, dass der\*die Partner\*in im vulnerablen Vorfeld einer Pflegebedürftigkeit das Risiko einer Pflegebedürftigkeit durch Unterstützung im Alltag (Einkaufen, Anziehen, Waschen etc.) abfedern kann. Denn in Deutschland wird Pflegebedürftigkeit, wie weiter oben dargestellt, über den Grad der Abhängigkeit in den Verrichtungen der Aktivitäten des täglichen Lebens bestimmt. Daher ist eine Schlussfolgerung unserer Arbeit, dass es angeraten ist, in weitergehenden Studien die Rolle von Partnerschaft genauer zu untersuchen, um mögliche Präventionspotentiale hinsichtlich der Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedarf zu erkennen. Abschließend sei darauf verwiesen, dass sich aktuell ein Manuskript im Review-Verfahren befindet, das diese Fragestellungen auf Grundlage der BIS-Daten longitudinal untersucht (Schneider, A., Blüher, S., Grittner, U., Anton, V., Schaeffner, E., Ebert, N., Jakob, O., Martus, P., Kuhlmeier, A., Wenning, V., Schnitzer, S. Is there an association between social determinants and care dependency risk? A multi-state model analysis of a longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, submitted 05.05.2019).

### **4.3. Ergebnisse zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung in Deutschland**

#### **4.3.1. Inanspruchnahme und Zugang zur ärztlichen Versorgung**

Die Untersuchung zur Inanspruchnahme und zum Zugang zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung im Zeitraum von 2006 bis 2016 (Kapitel 3.1) zeigt, dass sich der Anteil der Vielnutzer\*innen (>10 Arztbesuche im Jahr) im Zeitverlauf erhöht hat und sehr lange Wartezeiten von über einem Monat zugenommen haben.

#### ***Ergebnisse zur Inanspruchnahme***

Die ältesten Befragten nehmen Haus- und Fachärzt\*innen am seltensten in Anspruch. Auch eine Untersuchung von Rattay et al. (Rattay et al., 2013) hat die vergleichsweise geringere Fachärztinanspruchnahme von älteren Menschen festgestellt. Als möglichen Hintergrund hierfür sind zwei Erklärungen denkbar: Zum einen ist aus Studien bekannt, dass Ältere, die objektiv an mehr Erkrankungen leiden, subjektiv ihre Gesundheit positiver einschätzen bzw. zufriedener sind als Jüngere mit einer objektiv geringeren Krankheitslast. Dies wird auch als „Zufriedenheitsparadox“ bezeichnet (Baltes, 1997; Ferring, 2014). Diese größere Zufriedenheit auch bei einer vergleichsweise hohen Krankheitslast bei älteren Menschen könnte also dafür verantwortlich sein, dass sie länger als jüngere warten, bis sie eine\*n Ärzt\*in aufsuchen. Dies ist auch deshalb plausibel, weil der Gang zum\*r Ärzt\*in gerade für Ältere eine höhere Barriere darstellen bzw. beschwerlicher sein kann, was wiederum die zweite Erklärung für die geringeren Inanspruchnahmequoten der älteren Befragten sein könnte.

Weiter zeigen die Ergebnisse, dass bei gleichem subjektivem Versorgungsbedarf formal niedrig Gebildete häufiger zum\*r Hausärzt\*in gehen als formal hoch Gebildete, während hoch Gebildete wiederum häufiger zu Fachärzt\*innen gehen als niedrig Gebildete. Dies

konnte auch in anderen Studien gezeigt werden (Reibling & Wendt, 2010), unter anderem in eigenen Analysen zur hausarztzentrierten Versorgung (Schnitzer, Balke, Walter, Litschel, & Kuhlmei, 2011). Gründe hierfür liegen unter anderem in der häufigen Teilnahme formal niedrig gebildeter Personen an Modellen der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztmodelle). Für Teilnehmer\*innen dieser Versorgungsmodelle sind die Hausärzt\*innen die erste Ansprechperson im Gesundheitssystem (Gatekeeper), d.h. die Teilnehmer\*innen verpflichten sich, Fachärzt\*innen erst nach einer Überweisung durch den\*die Hausärzt\*in aufzusuchen. Bremer & Wübker nennen als weitere Gründe die höheren „Suchkosten“, d.h. Anstrengungen, die mit der Auswahl geeigneter Fachärzt\*innen verbunden sind und die für niedrig Gebildete schlechter geleistet werden können, so dass sie die Hausärzt\*innen vorziehen (Bremer & Wübker, 2013). Dass diese höheren „Suchkosten“ weniger von höher Gebildeten gescheut werden, erklärt wiederum deren häufigere Fachärzt\*innenanspruchnahme. Durchgängig starke Zusammenhänge zeigen sich zwischen der Inanspruchnahme von Haus- und Fachärzt\*innen und dem subjektiven Gesundheitszustand der Befragten. Vor allem Personen, die ihren eigenen Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht einschätzen, gehen häufig zu Haus- und Fachärzt\*innen. Auch Rattay et al. (Rattay et al., 2013) stellen diesen Zusammenhang fest. Dieser Befund deutet darauf hin, dass die Priorisierung der Inanspruchnahme nach dem gesundheitlichen Bedarf erfolgt. So kann korrespondierend mit dem Analysemodell von Andersen (Kapitel 3.1) angenommen werden, dass die Inanspruchnahme zuvorderst durch den gesundheitlichen Bedarf bestimmt wird und somit eine Chancengerechtigkeit im Sinne der größten Chance beim höchsten Bedarf besteht. Allerdings bleibt die bereits weiter oben aufgeführte Frage offen, warum ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren Ärzt\*innen seltener in Anspruch nehmen bzw. ob dies tatsächlich ihrem Bedarf entspricht. Hierauf sollten zukünftige Studien fokussieren, um mögliche Barrieren der Versorgung zu identifizieren.

### ***Ergebnisse zu den Wartezeiten***

Der zweite Schwerpunkt der hier diskutierten Untersuchung lag auf der Analyse der Wartezeiten für einen Arzttermin. Die Ergebnisse zeigen, dass die Wartezeiten in Abhängigkeit von sozialen Determinanten variieren. Da die Wartezeiten in den multivariaten Analysen nach gesundheitsbezogenen Merkmalen wie der subjektiven Gesundheit adjustiert worden sind, können die Ergebnisse weitestgehend<sup>7</sup> als bedarfsunabhängig interpretiert werden. Die stärksten Assoziationen zeigen sich mit dem Versichertenstatus, der als Proxy für den sozioökonomischen Status herangezogen werden kann. Analog zu weiteren Studien (Huber & Mielck, 2010; Roll, Stargardt, & Schreyögg, 2012; Sundmacher & Kopetsch, 2013; Zok, 2007) warten gesetzlich Versicherte signifikant länger als privat Versicherte. Dies kann vermutlich auch mit dem systeminhärenten Anreizsystem für die Behandlung privat Versicherter erklärt werden, da Ärzt\*innen für Privatpatient\*innen höhere Vergütungsraten als für gesetzlich Versicherte erhalten. Die Ergebnisse einer eigenen früheren Untersuchung konnten jedoch verdeutlichen, dass der Versichertenstatus keinen Einfluss auf die Wartezeit hat, wenn ein akutes gesundheitliches Problem vorliegt (Schnitzer, Richter, Walter, Balke, & Kuhlmei, 2008). Dass ältere Befragte besonders häufig von sehr langen Wartezeiten betroffen sind, sollte vor allem auch im Hinblick auf den zuvor diskutierten Befund ihrer geringeren Inanspruchnahme von Ärzt\*innen näher untersucht werden. Dieses Ergebnis scheint gerade mit Blick auf die Vermeidung möglicher systematischer Benachteiligungen, die eine gesundheitliche Ungleichheit befördern relevant. Ein interessantes Ergebnis der hier eingebundenen Untersuchung konnte im Hinblick auf den Bildungsstand festgestellt werden: Nicht die formal niedrig Gebildeten sind von sehr langen Wartezeiten betroffen, sondern die

---

<sup>7</sup> Weitestgehend deshalb, weil zu objektiven Krankheitsparametern wie Diagnosen oder Laborparameter keine Daten vorlagen.

formal höher Gebildeten. Sundmacher & Kopetsch stellen in ihrer Studie denselben Zusammenhang fest (Sundmacher & Kopetsch, 2013). Als Hintergrund wird jedoch keine Ungleichheit im Sinne einer Ungerechtigkeit vermutet. Plausibel ist vielmehr, dass die Hausärzt\*innen, die besonders häufig von den formal niedrigen Bildungsgruppen in Anspruch genommen werden, die Terminvereinbarung bei den Fachärzt\*innen organisieren, so dass die Wartezeiten kürzer sind. Insofern kann hier ein positiver Effekt der Rolle der Hausärzt\*innen als „Gatekeeper“ angenommen werden. Diese Schlussfolgerung wird auch durch eine frühere eigene Untersuchung zur Frage, inwieweit das Hausarztmodell zu mehr Gleichheit im Gesundheitssystem führt, erhärtet (Schnitzer, Balke, et al., 2011).

#### **4.3.2. „Health System Responsiveness“ in der ambulanten Versorgung**

Die insgesamt hohe Qualität hinsichtlich der Dimensionen Vertrauen, Freundlichkeit, Partizipation und der Ärzt\*in-Patient\*in-Beziehung im ambulanten Sektor korrespondiert mit weiteren Studienergebnissen hierzu (Bramesfeld, Wedegärtner, Elgeti, & Bisson, 2007; Petek, Kersnik, Künzi, Szecsenyi, & Wensing, 2011; J Röttger & Busse, 2016; Nicole B Valentine et al., 2003). Im internationalen Vergleich liegt Deutschland hier allerdings überwiegend im Durchschnitt, wie Untersuchungen aus anderen Ländern mit denselben Studieninstrumenten zeigen (Petek et al., 2011; N. Valentine, De Silva, & Murray, 2000; Nicole B Valentine et al., 2003). Demgegenüber wird die Diskretion am Empfang bzw. im Anmeldebereich der Arztpraxis häufig schlecht bewertet. Die Ergebnisse der hier eingebundenen Studie verweisen auf Verbesserungsbedarf, beispielsweise in Form von baulichen Veränderungen in den Praxen, die eine vertraulichere Gesprächsatmosphäre zwischen Ärzt\*innen/medizinischen Fachangestellten und Patient\*innen ermöglichen.

Bezogen auf Assoziationen mit sozialen Determinanten zeigt die Untersuchung, dass vor allem Jüngere und höher Gebildete die HSR kritisch bewerten. Als Hintergrund hierfür kann deren höhere Erwartungshaltung bezüglich ihrer Versorgung angenommen werden, die anhand einer eigenen früheren Untersuchung zum Kenntnisstand und zur Bewertung von Neuregelungen im Gesundheitssystem in Deutschland bestätigt werden kann (Schnitzer, Kuhlmeier, et al., 2011). Auffälligstes Ergebnis der hier eingebundenen Untersuchung war, dass Personen mit einer schlechten Gesundheit die HSR schlechter bewerten als Personen mit guter Gesundheit. Dieses Ergebnis, das sich mit dem einer länderübergreifenden Studie deckt (Nicole Britt Valentine & Bonsel, 2016), verweist auf Defizite in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Gerade bei jenen, die von der gesundheitlichen Versorgung in höchstem Maße abhängig sind, besteht die Gefahr einer beeinträchtigten medizinsch-therapeutischen Behandlung, wenn sie unzufrieden mit ihrem\*r Ärzt\*in sind (Julia Röttger, Blümel, Köppen, & Busse, 2016). Es ist zu empfehlen, angehende Ärzt\*innen bereits in ihrer Ausbildung auf die Bedeutung der Erwartungen von Patient\*innen hinzuweisen.

#### **4.3.3. Gesundheitsreformen und Versichertenpräferenzen**

Als Ergebnis der Analyse zur Bestimmung verschiedener Versichertengruppen wurden vier Cluster ermittelt: 1) Qualitätsorientierte, 2) Uninformierte, 3) Internetversierte, 4) Informierte. Überraschend war das Ergebnis, dass die „Informierten“ in erster Linie formal niedrig gebildete Frauen in Teilzeit oder Rente sind. Demgegenüber setzt sich das Cluster der „Uninformierten“ überwiegend aus formal hoch gebildeten, erwerbstätigen Männern im mittleren Alter zusammen. Überraschend sind die Ergebnisse, weil grundsätzlich eine positive Korrelation von Bildung und Gesundheitswissen angenommen und durch Studien bestätigt wird (Kuntz & Lampert, 2012; Kutner, Greenburg, Jin, & Paulsen, 2006; Sørensen et al., 2015). Auch eine eigene, in Kooperation mit Tille et al. durchgeführte und jüngst publizierte Studie auf Grundlage des KBV-Surveys bestätigt den Zusammenhang zwischen

Gesundheitskompetenz und Bildungsstand (Tille, Weishaar, Gibis, & Schnitzer, 2019). Darüber hinaus wurde bereits in einer früheren Untersuchung deutlich, dass formal niedrig Gebildete weniger Kenntnisse zu Reformmaßnahmen im Gesundheitssystem haben als formal höher Gebildete (Schnitzer, Kuhlmeier, et al., 2011). Der Unterschied zu der hier eingebundenen Arbeit besteht in der Operationalisierung von sozialen Determinanten. Während die Arbeiten, die eine klare positive Korrelation zwischen Bildung und Gesundheitswissen konstatieren, einzelne horizontale, vertikale Determinanten oder einen Schichtindex verwenden, wurde in der Clusteranalyse der eingebundenen Untersuchung – analog zur Theorie Hradils (Hradil, 1987, 2001, 2009) – die Lebenslage der Befragten anhand mehrerer Merkmale kombiniert betrachtet. So ergab sich ein differenziertes Bild: Weder der Bildungsstand noch das Alter sind für sich genommen ausschlaggebend für Kenntnisse und Präferenzen bezüglich ihrer Gesundheitsversorgung. So scheint bei Erwerbstätigen das Interesse für das Gesundheitssystem aufgrund mangelnder zeitlicher Ressourcen in den Hintergrund zu treten – auch bei höherem Bildungsstand und höherem Alter und vor allem, wenn die Gesundheit nicht beeinträchtigt ist. Umgekehrt scheint eine eingeschränkte Gesundheit für die Informationssuche und das Interesse für Neuerungen im Gesundheitssystem ausschlaggebender zu sein als die Bildung. Diese Analysen verdeutlichen, dass ein Lebenslagenansatz im Vergleich zur Betrachtung einzelner vertikaler und horizontaler Determinanten oder zum Schichtansatz geeigneter sein kann, um Informationen zielgruppenspezifisch zu adressieren und die Erwartungen und Präferenzen von Patient\*innen differenziert erfassen zu können. Auch Sperlich & Geyer kommen in ihrer Untersuchung zum Schluss, dass je nach Forschungsfrage überlegt und entschieden werden sollte, ob soziale bzw. sozioökonomische Determinanten oder ein Lebenslagenansatz für die Analyse herangezogen werden (Sperlich & Geyer, 2010).

#### **4.4. Stärken und Schwächen der eingebundenen Studien**

Das aus unterschiedlichen Quellen stammende Datenmaterial, das den Analysen der vorliegenden Habilitationsschrift zugrunde liegt, hat jeweils spezifische Stärken und Schwächen, die in diesem Kapitel umrissen werden.

Routinedaten der Krankenkassen, wie sie in Kapitel 2.1 verwendet wurden, weisen eine Reihe von Vorteilen auf: Sie bilden die aktuelle Versorgungssituation umfassend ab, sie unterliegen keinem „Recall Bias“ (Verzerrungen aufgrund von Erinnerungsproblemen) und keiner „Non-Responder“-Problematik (Swart et al., 2015). Zudem besteht kein Erhebungsaufwand und die Proband\*innen sind durch die Befragungssituation nicht belastet, was vor allem bei Untersuchungen von alten und sehr alten Menschen von Bedeutung ist. Die Nutzung von Routinedaten ist allerdings auch mit einer Reihe von Limitationen verbunden. So ist es auf Grundlage der Daten nicht möglich, Aussagen zur Schwere der Erkrankung, zu den Aktivitäten des täglichen Lebens oder zur Lebensqualität zu treffen. Im Kontext der vorliegenden Habilitationsschrift war darüber hinaus vor allem die Limitation fehlender Angaben zu sozialen Determinanten wie Bildungsstand, Partnerschaft oder sozialen Netzwerken relevant. Dieser Beschränkung konnte mit der zweiten eingebundenen Untersuchung (Kapitel 2.2) begegnet werden, die auf der BIS-Kohorte (s. Kapitel 1.5) basiert. Kohortenstudien wie die BIS haben den Vorteil, dass sie ein breites Spektrum an Informationen erfassen. Entsprechend liegen in der BIS-Kohorte Angaben zu sozialen Determinanten (Bildung, Einkommen, Partnerschaft etc.), Gesundheitsverhalten (körperliche Aktivität), geriatrischen Assessment-Parametern (TUG-Test, MMT, etc.), Morbiditäten sowie Laborparametern vor. Die BIS-Daten wurden zudem mit den Abrechnungsdaten der AOK Nordost verknüpft, um Informationen zum Pflegestatus der Proband\*innen zu erhalten. Diese Kombination aus Befragungsdaten, Assessment-Parametern, Labordaten und Abrechnungs-

daten sowie das durchschnittlich hohe Alter der Proband\*innen ist die besondere Stärke der BIS-Kohorte. Gleichwohl unterliegt auch die BIS einigen Limitationen. So liegt die Response-Rate für die Baseline-Stichprobe bei lediglich 8,1%. Diese vergleichsweise niedrige Response-Rate ist allerdings nicht ungewöhnlich für Alterskohorten, da die Bereitschaft zu einer Studienteilnahme mit höherem Lebensalter abnimmt (Murphy, Schwerin, Eyeran, & Kennet, 2008). Zudem zeigt eine Studie von Ebert et al., dass kein Selektionsbias bezogen auf die Morbiditätsstruktur von BIS-Proband\*innen gegenüber Nichtteilnehmer\*innen besteht (Ebert et al., 2017). Hinsichtlich der Geschlechterverteilung können die Ergebnisse jedoch nur als eingeschränkt repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung betrachtet werden, da ältere Männer im Vergleich zur amtlichen Statistik überproportional häufig vertreten sind (Destatis, 2013).

Eine für die Deutsch sprechende Wohnbevölkerung Deutschlands repräsentative Datenbasis ist mit dem KBV-Survey vorhanden, auf deren Grundlage die Analysen des dritten Kapitels dieser Habilitationsschrift basieren. In Deutschland existieren nur einige wenige Bevölkerungsbefragungen zur Gesundheitsversorgung (Tille et al., 2017). Im Unterschied zu amtlichen Statistiken und Routinedaten von Krankenversicherungen können anhand von Befragungen Informationen zur subjektiven Beurteilung und Einschätzung der gesundheitlichen Versorgung erhoben und auch Zielgruppen erreicht werden, die das Gesundheitssystem nicht in Anspruch nehmen. Eine besondere Stärke der KBV-Befragungen liegt hierbei in der Möglichkeit, einige Versorgungsaspekte, die wiederholt erfasst werden, im zeitlichen Verlauf zu betrachten. So konnten im Rahmen der Publikation zur Inanspruchnahme und zu den Wartezeiten für einen Arzttermin (Kapitel 3.1) die Daten aus zehn verschiedenen Befragungswellen aggregiert und analysiert werden. Der umfassende Datensatz mit einer Stichprobengröße von 42.925 Fällen stellt eine Besonderheit dieser Arbeit dar. Bevölkerungsbefragungen, wie die KBV-Surveys, weisen allerdings auch einige Limitationen auf. Beispielsweise kann der sogenannte „Recall Bias“ dazu führen, dass Angaben zu Aspekten, die in der Vergangenheit liegen, verzerrt wiedergegeben werden und die subjektiven Angaben insofern von objektiv erfassten Messungen abweichen (Tille et al., 2017). Als eine weitere Einschränkung der KBV-Versichertenbefragung muss hervorgehoben werden, dass nur die Deutsch sprechende Bevölkerung erfasst wurde. Da häufig aber gerade ausländische Personen mit mangelnden Deutschkenntnissen eine vulnerable Gruppe hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung darstellen (Poethko-Müller et al., 2009; Schenk et al., 2008a) wäre es wünschens- und empfehlenswert, die Erhebungsinstrumente zukünftig mehrsprachig und migrationssensibel zu gestalten (Schenk & Neuhauser, 2005).

Schließlich vereint alle Arbeiten die Limitation eines Designs im Querschnitt, so dass es nicht möglich war, Schlussfolgerungen zu kausalen Zusammenhängen zwischen sozialen Determinanten und der jeweiligen Outcome-Variablen zu ziehen. Allerdings konnte dieser Limitation in jeder Studie spezifisch begegnet werden. In der Arbeit zum geschlechtsspezifischen Pflegerisiko nach einem Schlaganfall wurden beispielweise alle Personen ausgeschlossen, die vor dem Ereignis bereits pflegebedürftig waren, so dass nur Patient\*innen analysiert wurden, die infolge des Schlaganfalls pflegebedürftig geworden sind (Schnitzer, 2015). In der auf den BIS-Daten beruhenden Untersuchung stand nicht die Frage der Kausalität im Vordergrund, sondern der Profilvergleich von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen hinsichtlich ihrer sozialen und medizinisch-geriatrischen Charakterisierung. Aktuell werden longitudinale Analysen durchgeführt, um den Einfluss von sozialen Determinanten zu verschiedenen Zeitpunkten (Eintritt, Verlauf von Pflegebedürftigkeit) untersuchen zu können (s. auch Kapitel 4.2.2). Die KBV-Surveys sind zwar jeweilige Querschnitts-Befragungen – allerdings ist es möglich, verschiedene Items im zeitlichen Verlauf zu betrachten, was in der vorliegenden Habilitationsschrift in Kapitel 3.1 vorgenommen wurde.

## 4.5. Fazit und praktische Implikationen

Die Bedeutung sozialer Determinanten für die Gesundheitsversorgung speist sich aus dem postulierten Ziel einer gesundheitlichen Chancengleichheit. Systematische Unterschiede aufgrund sozialer Determinanten verweisen auf eine Chancenungleichheit. Erkenntnisse zu sozialen Determinanten sind daher für die Analyse gesundheitlicher Ungleichheiten und damit verbundener Maßnahmen zur Verringerung der Ungleichheiten von hoher Relevanz. Während soziale Determinanten von Gesundheit und Krankheit bereits gut beforscht sind, liegen weniger Erkenntnisse zu sozialen Determinanten in der gesundheitlichen Versorgung vor. Mit der vorliegenden Habilitationsschrift wurde diese Forschungslücke adressiert. Im Unterschied zur gängigen Praxis in der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung lag der Fokus hierbei nicht primär auf vertikalen Determinanten sowie der Verwendung von Alter und Geschlecht als „Confounder“ oder „Störvariablen“. Vielmehr wurde eine integrierte Herangehensweise gewählt, die vertikale Determinanten und horizontale Determinanten gleichermaßen betrachtet.<sup>8</sup> Zudem wurden Erklärungsansätze für Unterschiede aufgrund sozialer Determinanten diskutiert. Als bedeutende soziale Determinante zeigt sich in allen Teilstudien das Lebensalter – dies beruht zum einen auf der Tatsache, dass mit einem höheren Lebensalter eine höhere Krankheitslast einhergeht. Zum anderen verweisen die Analysen aber auch auf soziale Konnotationen des Alters, etwa in Hinblick auf das diskutierte „Zufriedenheitsparadox“, Unterschiede in der Gesundheitskompetenz oder hinsichtlich der Erwartungshaltungen zur Gesundheitsversorgung (Kapitel 3.1 und 3.2). Die horizontale Determinante „Partnerschaft“ spielt im Kontext von Pflegebedürftigkeit eine signifikante Rolle, wie die Ergebnisse von Kapitel 2.2 zeigen. Alte und sehr alte Menschen, die angaben, in einer Partnerschaft zu leben, waren seltener pflegebedürftig. Die multivariaten Analysen deuten darauf hin, dass sich die protektive Wirkung einer Partnerschaft über die Unterstützung im Alltag erklärt, so dass etwa das Sturzrisiko abgefedert oder die Mobilität befördert werden kann. Weitere Untersuchungen sollten die Rolle der Partnerschaft in Hinblick auf das Entstehen und den Verlauf einer Pflegebedürftigkeit untersuchen. Unterschiede zwischen Männern und Frauen wurden in keiner der Untersuchungen festgestellt, wenn nach Morbiditäten, geriatrischen Assessment-Parametern oder der subjektiven Gesundheit kontrolliert wurde. Ein Fazit dieser Arbeit ist jedoch, dass sich die Forschung an diesem Punkt nicht erschöpft – vielmehr stellt sich doch die Frage, welche geschlechtsspezifischen Erkrankungen, Zustände und Einschätzungen die Zusammenhänge begründen. Liegen biologische oder soziale Mechanismen hinter den Unterschieden? Im Falle der eingebundenen Arbeit zum Pflegerisiko nach einem Schlaganfall (Publikation 2.1) verdeutlichen die Ergebnisse, dass vor allem Risiken, die physiologisch/biologisch zu begründen sind (Harninkontinenz) das geschlechtsspezifische Pflegerisiko erklären. Analog zu den geschlechtsspezifischen Ergebnissen zeigen sich auch in Kapitel 2.2 keine bildungsspezifischen Unterschiede mehr, wenn Morbiditäten berücksichtigt (adjustiert) werden. Somit ordnen sich die Ergebnisse in die bekannte Studienlage ein, wonach die Morbiditätslast mit abnehmender sozialer Schicht steigt (Hurrelmann & Richter, 2009; Marmot, 2005; Mielck, 2008). Eine Ausnahme bestand allerdings hinsichtlich der mittleren Bildungsgruppen: Auch nach Berücksichtigung (Adjustierung) von Morbiditäten hatten diese im Vergleich zu niedrigen Bildungsgruppen ein höheres Risiko, pflegebedürftig zu sein. Zukünftige Studien sollten dieses Ergebnis überprüfen und den Hintergrund für das höhere Pflegerisiko der mittleren Bildungsgruppen untersuchen. Die vertikale Determinante Bildung spielt auch im Bereich der ambulanten, gesundheitlichen Versorgung eine signifikante Rolle. Anhand der Ergebnisse wurde deutlich, dass höher Gebildete die untersuchten Aspekte der HSR besonders kritisch

---

<sup>8</sup> In Publikation 2.1 lag der Fokus zwar auf der geschlechtsspezifischen Analyse. Weitere soziale Determinanten wurden jedoch nicht lediglich adjustiert, sondern zusätzlich aufgeführt und diskutiert.

bewerten (Kapitel 3.2) sowie den niedrigsten Kenntnisstand zu Neuregelungen im Gesundheitssystem aufweisen – das letztgenannte Ergebnis bezieht sich allerdings nicht auf alle höher Gebildeten, sondern nur auf Erwerbstätige im mittleren Alter (Kapitel 3.3).

Die Gesamtschau der Ergebnisse aller Teilstudien verweist auf verschiedene praktische Implikationen: 1) Forschungen zu sozialen Determinanten gesundheitlicher Versorgung sollten neben der Analyse der Ist-Situation vermehrt auf Hintergründe und Erklärungsansätze fokussieren. So zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeiten, dass eine differenzierte Betrachtung, die soziale Hintergründe und Lebensumstände mitberücksichtigt, empfehlenswert ist, etwa um etwaige Unterstützungsbedarfe zur Förderung der Mobilität bei alten und sehr alten alleinstehenden Personen abschätzen zu können. Mixed-Methods-Ansätze, die qualitative und quantitative Forschung verbinden, scheinen hier lohnenswert. 2) Untersuchungen im Bereich der Gesundheitsversorgung und Versorgungsforschung sollten vermehrt zwischen dem biologischen Geschlecht („Sex“) und dem sozialen Geschlecht („Gender“) unterscheiden. Sind Unterschiede zwischen Männern und Frauen biologisch-anatomisch begründet, ergeben sich andere Interventions- und Therapiemöglichkeiten (z.B. Beckenbodentraining zur Prävention von Harninkontinenz, Kapitel 2.1) als im Falle von Unterschieden, die sich über Sozialisationsprozesse erklären lassen (riskantes Gesundheitsverhalten, etc.). In den gesundheitswissenschaftlichen und sozialepidemiologischen Studien werden diese Analysekatoren bisher noch zu wenig berücksichtigt. 3) Zukünftige Studien zu sozialen Determinanten in der Gesundheitsversorgung sollten neben vertikalen Determinanten vermehrt auch horizontale Determinanten analysieren. Die vertikalen sozialen Determinanten Bildung, Einkommen und/oder beruflicher Status sind zwar, da es sich um „erworbene“ Eigenschaften handelt (Hradil, 2005), augenscheinlich zugänglicher für Präventionsmaßnahmen als die „zugeschriebenen“ Merkmale wie Alter oder Geschlechtszugehörigkeit (Hradil, 2005). Allerdings zeigen gerade die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, dass diese quasi biologischen Kategorien für Prävention und Interventionsansätze von hoher Relevanz sind. Daher ist eine integrierte und im besten Fall verschränkte Sicht verschiedener sozialer Determinanten empfehlenswert. Zugleich stellt sich hier jedoch die Frage nach der optimalen Komplexität. Auch wenn Ansätze wie der Lebenslagenansatz (Kapitel 3.3) oder der aktuell stark diskutierte Intersektionalitäts-Ansatz die Debatte fruchtbar erweitern, erscheint deren Translation in die Forschungspraxis nach wie vor schwierig. Sich dieser Aufgabe anzunehmen, bleibt eine Herausforderung für die nahe Zukunft.

## 5. Zusammenfassung

Um das gesellschaftlich postulierte Ziel einer gesundheitlichen Chancengleichheit verfolgen zu können, sind Erkenntnisse zu sozialen Determinanten in der Gesundheitsversorgung von hoher Relevanz. In der vorliegenden Arbeit wurden ausgewählte Bereiche der pflege-relevanten und ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland auf ihre Zusammenhänge mit sozialen Determinanten hin untersucht.

Die Ergebnisse beruhen auf verschiedenen Datengrundlagen. So wurden für die pflege-relevanten Fragestellungen zum einen Routinedaten einer deutschen Krankenversicherung (BKK) ausgewertet (1.851 Schlaganfallpatient\*innen, einjähriger Beobachtungszeitraum, Kapitel 2.1) und zum anderen Daten einer prospektiven, populationsbezogenen Kohorte von alten und sehr alten Personen, die in der AOK Nordost versichert waren (Berliner Initiative Studie, N=1.699, Kapitel 2.2). Für die Analysen zur ambulanten Gesundheitsversorgung wurden die bevölkerungsrepräsentativen Telefonsurveys der Kassenärztlichen Bundesvereinigung herangezogen (jährlich rund 6.000 Befragte, aggregierte Daten von 42.925 Personen in Kapitel 3.1). Die statistischen Analysen erfolgten anhand binär logistischer Regressionen, Trend- und Clusteranalysen, Diskriminanzanalysen sowie verschiedener Tests (Hosmer-Lemeshow, Omnibus-Tests, Interaktionsterme). Das Ziel der vorliegenden Arbeit, zu einem Informationsgewinn hinsichtlich des Zusammenhangs von sozialen Determinanten und gesundheitlicher Versorgung beizutragen, wurde anhand von fünf Forschungsarbeiten verfolgt.

In der ersten Arbeit (**Kapitel 2.1**) konnte gezeigt werden, dass Frauen im ersten Jahr nach einem Schlaganfallereignis häufiger als Männer pflegebedürftig waren und sich dieser Zusammenhang über ihr höheres Lebensalter und ihre häufigere Betroffenheit von geriatritypischen Morbiditäten, insbesondere Harninkontinenz, erklärt.

In **Kapitel 2.2** lag der Fokus auf der Frage, welche Risikoprofile für Pflegebedarf bestimmt werden können. Neben Assoziationen mit Morbiditäten und geriatrischen Assessment-Parametern waren eine fehlende Partnerschaft, ein mittlerer Bildungsstand sowie ein hohes Lebensalter signifikant mit Pflegebedürftigkeit assoziiert.

Die Studie zur Inanspruchnahme und zum Zugang zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung im Zeitverlauf von 2006 bis 2016 (**Kapitel 3.1**) zeigt unter anderem, dass ältere Befragte seltener Haus- und Fachärzt\*innen aufsuchen als jüngere Befragte, es gleichzeitig jedoch jene ältesten Befragten sind, die am längsten auf einen Arzttermin warten müssen. Hausärzt\*innen wurden besonders häufig von formal niedrig gebildeten Personen aufgesucht, während höher gebildete Personen überwiegend Fachärzt\*innen in Anspruch nahmen.

In **Kapitel 3.2** wurde die Health System Responsiveness im Bereich der haus- und fachärztlichen Versorgung entlang der Dimensionen Vertrauen, Freundlichkeit der Ärzt\*innen, Diskretion, Partizipation und Kommunikation auf ihre Zusammenhänge mit sozialen Determinanten hin untersucht. Über alle Bereiche betrachtet wurden Hausärzt\*innen vor allem von den jüngsten Befragten und Fachärzt\*innen überwiegend von Befragten mit mittlerem oder hohem Bildungsstand sowie von Befragten kritisiert, die den\*die Fachärzt\*in aufgrund einer akuten Erkrankung in Anspruch nahmen.

Ausgehend von der Kritik an einem eindimensionalen Schichtkonzept war es das Ziel von **Kapitel 3.3**, Lebenslagen von Personen in Deutschland zu ermitteln, die sich durch ähnliche Präferenzen und Kenntnisse zur gesundheitlichen Versorgung auszeichnen. Anhand einer Clusteranalyse wurden vier verschiedene Cluster bzw. Gruppen ermittelt: Die „Qualitätsorientierten“, die „Uninformierten“, die „Internetversierten“ und die „Informierten“. Auffälligstes

Ergebnis ist, dass die „Uninformierten“ mit dem niedrigsten Kenntnisstand über Neuerungen im Gesundheitssystem überwiegend formal hoch gebildete, erwerbstätige Männer im mittleren Alter waren.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit tragen zu einem besseren Verständnis und Wissensstand hinsichtlich des Zusammenhangs von sozialen Determinanten und gesundheitlicher Versorgung bei und leisten somit einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit.

## 6. Literaturangaben

- Andersen, R., Davidson, P., & Baumeister, S. (2001). Improving access to care in America: individual and contextual indicators. In R. Andersen, Rice TH, Kominski GF (Ed.), *Changing the US health care system: key issues in health services policy and management*. (pp. 3-30). San Francisco: Jossey-Bass.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10. doi:10.2307/2137284.
- Avendano, M., Kunst, A. E., van Lenthe, F., Bos, V., Costa, G., Valkonen, T., . . . Mackenbach, J. P. (2005). Trends in socioeconomic disparities in stroke mortality in six European countries between 1981-1985 and 1991-1995. *Am J Epidemiol*, 161(1), 52-61. doi:10.1093/aje/kwi011.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American psychologist*, 52(4), 366.
- Beck, U. (1983). Jenseits von Stand und Klasse? S. 35-74 in: Reinhard Kreckel (Hg.): Soziale Ungleichheiten. *Soziale Welt, Sonderband, 2*.
- Beck, U., & Pofert, A. (1986). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Blüher, S., Schnitzer, S., & Kuhlmeier, A. (2017). Der Zustand Pflegebedürftigkeit und seine Einflussfaktoren im hohen Lebensalter *Pflege-Report* (pp. 3-11).
- Bortz, J. (2005). *Statistik: für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bourdieu, P. (1983). Ökonomisches, kulturelles, soziales Kapital. S. 183–198 in: R. Kreckel (Hrsg.), Soziale Ungleichheiten. *Soziale Welt Sonderband. Göttingen: Schwartz*.
- Bourdieu, P. (1987). *Die feinen Unterschiede: Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt a. M. : Suhrkamp.
- Bramesfeld, A., Wedegärtner, F., Elgeti, H., & Bisson, S. (2007). How does mental health care perform in respect to service users' expectations? Evaluating inpatient and outpatient care in Germany with the WHO responsiveness concept. *BMC Health Services Research*, 7(1), 99.
- Bremer, P., & Wübker, A. (2013). Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Haus- und Facharztleistungen in Deutschland. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 8(1), 15-21. doi:10.1007/s11553-012-0368-8.
- Bundesvereinigung, K. (2018). *Versichertenbefragungen*. Retrieved from <https://www.kbv.de/html/versichertenbefragung.php> on June 17, 2019.
- Crenshaw, K. (2018). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics [1989] *Feminist legal theory* (pp. 57-80): Routledge.
- de Silva, A. (2000). A framework for measuring responsiveness. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper. No. 32: Geneva: World Health Organisation.
- Degele, N., & Winker, G. (2011). Intersektionalität als Beitrag zu einer gesellschaftstheoretisch informierten Ungleichheitsforschung. *Berliner Journal für Soziologie*, 21(1), 69-90. doi:10.1007/s11609-011-0147-y.
- Destatis, W. (2013). Datenreport 2013–Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. *Zusammenarbeit mit dem SOEP, Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn*.
- Di Carlo, A., Lamassa, M., Baldereschi, M., Pracucci, G., Basile, A. M., Wolfe, C. D., . . . Inzitari, D. (2003). Sex differences in the clinical presentation, resource use, and 3-month outcome of acute stroke in Europe: data from a multicenter multinational hospital-based registry. *Stroke*, 34(5), 1114-1119.
- Ebert, N., Jakob, O., Gaedeke, J., van der Giet, M., Kuhlmann, M. K., Martus, P., . . . Schaeffner, E. S. (2017). Prevalence of reduced kidney function and albuminuria in older adults: the Berlin Initiative Study. *Nephrol Dial Transplant*, 32(6), 997-1005. doi:10.1093/ndt/gfw079.

- Eckey, H.-F., Kosfeld, R., & Rengers, M. (2002). Clusteranalyse *Multivariate Statistik* (pp. 203-288). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Eriksson, M., Glader, E.-L., Norrving, B., Terént, A., & Stegmayr, B. (2009). Sex differences in stroke care and outcome in the Swedish national quality register for stroke care. *Stroke*, *40*(3), 909-914.
- Ferring, D. (2014). „Zufriedenheitsparadox“ und „Unzufriedenheitsdilemma“. Die Einstellung zum Altern. *Selbstoptimierung*, 41-42. doi:10.13140/RG.2.1.4451.0166.
- Frohlich, K. L. (2010). The social determinants of what? *Int J Public Health*, *55*(4), 235-236. doi:10.1007/s00038-010-0134-7.
- Gall, S. L., Tran, P. L., Martin, K., Blizzard, L., & Srikanth, V. (2012). Sex differences in long-term outcomes after stroke: functional outcomes, handicap, and quality of life. *Stroke*, *43*(7), 1982-1987.
- Gildemeister, R. (2008). Soziale Konstruktion von Geschlecht: „Doing gender“. In S. M. Wilz (Ed.), *Geschlechterdifferenzen—Geschlechterdifferenzierungen* (pp. 167-198). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Graham, H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, *82*(1), 101-124.
- Hajek, A., Brettschneider, C., Lange, C., Posselt, T., Wiese, B., Steinmann, S., . . . Fuchs, A. (2015). Longitudinal predictors of institutionalization in old age. *PLoS One*, *10*(12), e0144203.
- Hajek, A., Brettschneider, C., Lange, C., Posselt, T., Wiese, B., Steinmann, S., . . . Fuchs, A. (2016). Gender differences in the effect of social support on health-related quality of life: results of a population-based prospective cohort study in old age in Germany. *Quality of Life Research*, *25*(5), 1159-1168.
- Hajek, A., & König, H.-H. (2016). Longitudinal predictors of functional impairment in older adults in Europe—evidence from the survey of health, ageing and retirement in Europe. *PLoS One*, *11*(1), e0146967.
- Hall, S. (1994e). „Rasse“, Artikulation und Gesellschaften mit struktureller Dominante. In S. Hall (Ed.), *Rassismus und kulturelle Identität. Ausgewählte Schriften 2* (pp. 66-88). Hamburg: Argument.
- Hannestad, Y. S., Rortveit, G., Sandvik, H., & Hunskaar, S. (2000). A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *Journal of clinical epidemiology*, *53*(11), 1150-1157.
- Haug, F. (2015). *Der im Gehen erkundete Weg. Marxismus-Feminismus*. Hamburg: Argument.
- Hradil, S. (1987). Lagen und Milieus: Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft. In S. Hradil (Ed.), *Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft* (pp. 139-170). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hradil, S. (2001). *Soziale Ungleichheit in Deutschland. 8. Auflage. Lehrbuch*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hradil, S. (2005). *Soziale Ungleichheit in Deutschland* (8 ed.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hradil, S. (2009). Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (pp. 35-54). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hradil, S. (2012). Soziale Exklusions- und Desintegrationsrisiken: Soziale Ungleichheit, soziale Abhängigkeit. In I. Beck & H. Greving (Eds.), *Lebenslage und Lebensbewältigung*. (pp. 124-133). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Huber, J., & Mielck, A. (2010). Morbidität und Gesundheitsversorgung bei GKV- und PKV-Versicherten. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, *53*(9), 925-938.
- Huisman, M., Kunst, A. E., Bopp, M., Borgan, J.-K., Borrell, C., Costa, G., . . . Marinacci, C. (2005). Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *The Lancet*, *365*(9458), 493-500.

- Hurrelmann, K., & Richter, M. (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Janßen, C., Frie, K. G., Dinger, H., Schiffmann, L., & Ommen, O. (2009). Der Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (pp. 149-165). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kapral, M. K., Fang, J., Hill, M. D., Silver, F., Richards, J., Jaigobin, C., & Cheung, A. M. (2005). Sex differences in stroke care and outcomes: results from the Registry of the Canadian Stroke Network. *Stroke*, *36*(4), 809-814.
- Kharicha, K., Iliffe, S., Harari, D., Swift, C., Gillmann, G., & Stuck, A. E. (2007). Health risk appraisal in older people 1: are older people living alone an 'at-risk' group? *Br J Gen Pract*, *57*(537), 271-276.
- Kolominsky-Rabas, P. L., Hilz, M. J., Neundoerfer, B., & Heuschmann, P. U. (2003). Impact of urinary incontinence after stroke: results from a prospective population-based stroke register. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, *22*(4), 322-327.
- Kuntz, B., & Lampert, T. (2012). Bildung als Ressource für Gesundheit. *Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung* (74), 11-12.
- Kutner, M., Greenburg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). *The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483)*. Washington DC.: U.S. Department of Education.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, *365*(9464), 1099-1104. doi:10.1016/s0140-6736(05)71146-6.
- Mielck, A. (2008). Soziale ungleichheit und gesundheit in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, *51*(3), 345-352.
- Mirzoev, T., & Kane, S. (2017). What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. *BMJ Glob Health*, *2*(4), e000486. doi:10.1136/bmjgh-2017-000486.
- Murphy, J., Schwerin, M., Eyeran, J., & Kennet, J. (2008). Barriers to survey participation among older adults in the national survey on drug use and health: The importance of establishing trust. *Survey Practice*, *1*(2).
- Nack, A. (2007). Gender, Race, Class & Health: Intersectional Approaches. Edited by Amy J. Schulz and Leith Mullings. San Francisco: Jossey-Bass, 2006, 423 pp., \$60.00 (paper). *Gender & Society*, *21*(2), 297-298. doi:10.1177/0891243206297800.
- Niewada, M., Kobayashi, A., Sandercock, P. A., Kamiński, B., & Członkowska, A. (2005). Influence of gender on baseline features and clinical outcomes among 17,370 patients with confirmed ischaemic stroke in the international stroke trial. *Neuroepidemiology*, *24*(3), 123-128.
- Nilsson, C. J., Avlund, K., & Lund, R. (2010). Social inequality in onset of mobility disability among older Danes: the mediation effect of social relations. *Journal of Aging and Health*, *22*(4), 522-541.
- Nilsson, C. J., Siersma, V., Mänty, M., Avlund, K., Vass, M., & Lund, R. (2014). Mobility decline in old age: the combined effect of mobility-related fatigue and socioeconomic position. *J Epidemiol Community Health*, *68*(6), 510-515.
- Petek, D., Kersnik, J., Künzi, B., Szecsenyi, J., & Wensing, M. (2011). Patients' evaluations of European general practice—revisited after 11 years. *International Journal for Quality in Health Care*, *23*(6), 621-628. doi:10.1093/intqhc/mzr052.
- Petrea, R. E., Beiser, A. S., Seshadri, S., Kelly-Hayes, M., Kase, C. S., & Wolf, P. A. (2009). Gender differences in stroke incidence and poststroke disability in the Framingham heart study. *Stroke*, *40*(4), 1032-1037.
- Pfaff, H. (2003). Versorgungsforschung - Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In H. Pfaff, M. Schrappe, K. Lauterbach, U. Engelmann, & M. Halber (Eds.), *Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung* (pp. 13-23). Bern: Verlag Hans Huber.

- Pfaff, H., Neugebauer, E. A., Glaeske, G., & Schrappe, M. (2017). *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik - Anwendung* Stuttgart: Schattauer.
- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142-148.
- Poethko-Müller, C., Ellert, U., Kuhnert, R., Neuhauser, H., Schlaud, M., & Schenk, L. (2009). Vaccination coverage against measles in German-born and foreign-born children and identification of unvaccinated subgroups in Germany. *Vaccine*, 27(19), 2563-2569.
- Ramsay, S. E., Whincup, P. H., Morris, R. W., Lennon, L. T., & Wannamethee, S. (2008). Extent of social inequalities in disability in the elderly: results from a population-based study of British men. *Annals of epidemiology*, 18(12), 896-903.
- Rapp, M., Rieckmann, N., Gutzmann, H., & Folstein, M. F. (2002). Mikro-Mental-Test Ein Kurzverfahren zum Demenzscreening. *Der Nervenarzt*, 73(9), 839-844.
- Rattay, P., Butschalowsky, H., Rommel, A., Prütz, F., Jordan, S., Nowossadeck, E., . . . Kamtsiuris, P. (2013). Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 832-844.
- Reibling, N., & Wendt, C. (2010). Bildungsniveau und Zugang zu Gesundheitsleistungen. *Gesundheitswesen*, 72, 447-454.
- Robone, S., Rice, N., & Smith, P. C. (2011). Health systems' responsiveness and its characteristics: a cross-country comparative analysis. *Health Serv Res*, 46(6pt2), 2079-2100. doi:10.1111/j.1475-6773.2011.01291.x
- Roll, K., Stargardt, T., & Schreyögg, J. (2012). Effect of type of insurance and income on waiting time for outpatient care. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 37(4), 609-632.
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (2009). *Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Basierend auf Lebensaktivitäten*. Bern, Schweiz: Huber.
- Rothmund, M., & Schwartz, W. (2017). *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik-Methodik-Anwendung*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Röttger, J., Blümel, M., Köppen, J., & Busse, R. (2016). Forgone care among chronically ill patients in Germany—Results from a cross-sectional survey with 15,565 individuals. *Health Policy*, 120(2), 170-178.
- Röttger, J., & Busse, R. (2016). How do chronically ill patients rate medical care by their GPs and Specialists? Results of a Germany-wide Survey. *Gesundheitswesen*, 78(S 01), e89-e96. doi:10.1055/s-0041-110669.
- Schaeffner, E. S., van der Giet, M., Gaedeke, J., Tolle, M., Ebert, N., Kuhlmann, M. K., & Martus, P. (2010). The Berlin initiative study: the methodology of exploring kidney function in the elderly by combining a longitudinal and cross-sectional approach. *Eur J Epidemiol*, 25(3), 203-210. doi:10.1007/s10654-010-9424-x.
- Schenk, L., & Neuhauser, H. (2005). Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz*, 48(3), 279-286.
- Schenk, L., Neuhauser, H., Ellert, U., Poethko-Müller, C., Kleiser, C., & Mensink, G. (2008a). *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut Berlin.
- Schnitzer, S., Balke, K., Walter, A., Litschel, A., & Kuhlmeier, A. (2011). Führt das Hausarztmodell zu mehr Gleichheit im Gesundheitssystem? *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 54(8), 942.
- Schnitzer, S., Blüher, S., Teti, A., Schaeffner, E., Ebert, N., Martus, P., . . . Kuhlmeier, A. (2019). Risk Profiles for Care Dependency: Cross-Sectional Findings of a Population-Based Cohort Study in Germany. *Journal of Aging and Health*, 0898264318822364. doi:10.1177/0898264318822364.
- Schnitzer, S., Deutschbein, J., Nolte, C. H., Kohler, M., Kuhlmeier, A., & Schenk, L. (2017). How does sex affect the care dependency risk one year after stroke? A study based

- on claims data from a German health insurance fund. *Topics In Stroke Rehabilitation*, 1-7. doi:10.1080/10749357.2017.1305645.
- Schnitzer, S., Grüttner, U., Balke, K., & Kuhlmeiy, A. (2013). Gesundheitsreformen und Versichertenpräferenzen. Eine Clusteranalyse mit Daten der bevölkerungsrepräsentativen KBV-Befragung 2010. *Das Gesundheitswesen*, 75(12), 789-796.
- Schnitzer, S., Kuhlmeiy, A., Balke, K., Litschel, A., Walter, A., & Schenk, L. (2011). Kenntnisstand und Bewertung gesundheitspolitischer Reformen im Spiegel sozialer Determinanten. *Das Gesundheitswesen*, 73(03), 153-161.
- Schnitzer, S., Richter, S., Walter, A., Balke, K., & Kuhlmeiy, A. (2008). Die Bewertung der ambulanten Gesundheitsversorgung aus Sicht der Versicherten – Ergebnisse der KBV-Befragung 2008 – Teil 1. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik*, 62(5), 11-20.
- Schnitzer, S., von dem Knesebeck, O., Kohler, M., Peschke, D., Kuhlmeiy, A., & Schenk, L. (2015). How does age affect the care dependency risk one year after stroke? A study based on claims data from a German health insurance fund. *BMC geriatrics*, 15(1), 135.
- Slesina, W. (1991). Soziale Ungleichheit-soziale Schichtung. *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Stuttgart: Enke, 204-226.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., . . . Ueters, E. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.
- Sperlich, S., & Geyer, S. (2010). Lebenslagen oder Schichten – Welcher Ansatz eignet sich besser zur Beschreibung gesundheitsriskanter Lebenskontexte von Müttern? *Das Gesundheitswesen*, 72(11), 813-823.
- Sulander, T., Heinonen, H., Pajunen, T., Karisto, A., Pohjolainen, P., & Fogelholm, M. (2012). Longitudinal changes in functional capacity: effects of socio-economic position among ageing adults. *International journal for equity in health*, 11(1), 78.
- Sundmacher, L., & Kopetsch, T. (2013). Waiting times in the ambulatory sector-the case of chronically ill patients. *International journal for equity in health*, 12(1), 77.
- Swart, E., Gothe, H., Geyer, S., Jaunzeme, J., Maier, B., Grobe, T. G., & Ihle, P. (2015). Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. [Good Practice of Secondary Data Analysis (GPS): Guidelines and Recommendations]. *Gesundheitswesen*, 77(02), 120-126. doi:10.1055/s-0034-1396815.
- Temml, C., Haidinger, G., Schmidbauer, J., Schatzl, G., & Madersbacher, S. (2000). Urinary incontinence in both sexes: prevalence rates and impact on quality of life and sexual life. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 19(3), 259-271.
- Tille, F., Gibis, B., Balke, K., Kuhlmeiy, A., & Schnitzer, S. (2017). Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale der Inanspruchnahme und des Zugangs zu haus- und fachärztlicher Versorgung – Ergebnisse einer deutschlandweiten Bevölkerungsbefragung von 2006 bis 2016. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 126, 52-65.
- Tille, F., Röttger, J., Gibis, B., Busse, R., Kuhlmeiy, A., & Schnitzer, S. (2019). Patients' perceptions of health system responsiveness in ambulatory care in Germany. *Patient Educ Couns*, 102(1), 162-171. doi:10.1016/j.pec.2018.08.020.
- Tille, F., Weishaar, H., Gibis, B., & Schnitzer, S. (2019). Patients' understanding of health information in Germany. *Patient Preference and Adherence*, 13, 805-817. doi:<https://doi.org/10.2147/PPA.S202748>.
- Treibel, A. (2006). *Einführung in soziologische Theorien der Gegenwart*, 7. aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- UN-Vollversammlung. (1948). Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Retrieved from <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/> on June 17, 2019.
- Unger, R., Giersiepen, K., & Windzio, M. (2015). Long Term Care in the Life Course. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 67, 193-215.

- Valentine, N., De Silva, A., & Murray, C. (2000). *Estimating responsiveness level and distribution for 191 countries: methods and results*. Geneva: World Health Organization.
- Valentine, N. B., & Bonsel, G. J. (2016). Exploring models for the roles of health systems' responsiveness and social determinants in explaining universal health coverage and health outcomes. *Global health action*, 9(1), 29329.
- Valentine, N. B., Ortiz, J. P., Tandon, A., Kawabata, K., Evans, D. B., & Murray, C. J. (2003). Patient experiences with health services: population surveys from 16 OECD countries. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*, 643-653.
- World Health Organization (2019). Social Determinants of Health. Retrieved from [https://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/) on June 17, 2019.
- Winkler, J., & Stolzenberg, H. (1999). Der Schichtindex 1998. *Gesundheitswesen*, 61, 177-182.
- Zok, K. (2007). Warten auf den Arzttermin. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter GKV- und PKV-Versicherten. *WIdO-monitor*, 4, 1-7.

## Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei Frau Professor Adelheid Kuhlmei bedanken, die mir während meiner nunmehr elfjährigen Tätigkeit am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft immer zur Seite stand und mir meine Qualifizierung ermöglichte – zunächst im Rahmen meiner Dissertation und daran anschließend meiner Habilitation. Sie hatte und hat stets ein offenes Ohr für meine Anliegen und Ideen und damit wesentlich zur Schärfung meines wissenschaftlichen Profils und Reifung meiner Persönlichkeit im Sinne eines lebenslangen Lernprozesses beigetragen.

Weiterhin danke ich den Kolleg\*innen am Institut für die kollegiale und fachliche Zusammenarbeit der letzten Jahre – Dr. Stefan Blüher für die wunderbar angenehme und fruchtbare Zusammenarbeit im Bereich der pflegerelevanten Forschungsarbeiten, Thomas Stein für die wohltuende Arbeitsatmosphäre im Büroalltag, Daniel Schindel, Johannes Deutschbein und Thomas Stein für die gute Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung in der Projektarbeit sowie PD Dr. Liane Schenk für die Unterstützung in meiner „frühen Forschungsphase“. Ein besonderer Dank gilt Klaus Balke und der durch ihn vertretenen Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) – mit ihm und der KBV verbindet mich eine langjährige, sehr konstruktive Kooperation, die sich auch in dieser Schrift widerspiegelt. Untrennbar mit dieser Kooperation verbunden ist meine enge Zusammenarbeit mit Florian Tille bei der Erstellung von Manuskripten auf Grundlage der KBV-Surveys. Auch für unseren regen Austausch zur Thematik der sozialen Determinanten sowie seine kritische Lektüre meiner Arbeit möchte ich ihm herzlich danken. An dieser Stelle lässt sich weiterhin mein Dank an Charline Jedro anschließen, die mich als studentische Hilfskraft in großartiger Art und Weise unterstützt hat. Erwähnen und danken möchte ich zudem allen Patient\*innen und Befragten, die durch ihre Partizipation an den verschiedenen Studien meine Arbeiten erst ermöglicht haben.

Professor Olaf von dem Knesebeck danke ich für seine Mentorentätigkeit im Rahmen des Mentoringprogramms der Charité. Er hat mir hilfreiche Impulse gegeben und entscheidend an einer Publikation im Bereich meiner pflegerelevanten Forschungsarbeiten mitgewirkt. Auch frühere Kolleg\*innen aus meiner Zeit vor der Charité haben meine Laufbahn befördert und mit beeinflusst – allen voran Professor Marc Bellis von der University Liverpool, aber auch weitere Mitglieder des europäischen Forschungsverbundes IREFREA wie Professor Amador Calafat oder Professor Karen Hughes, mit denen ich meine ersten Manuskripte verfassen und veröffentlichen konnte.

Schließlich gilt besonderer Dank meinen Freund\*innen und meiner Familie, die mich in den letzten Jahren auf meinem Weg getragen und gehalten und mir immer wieder vor Augen geführt haben, worum es im Leben eigentlich geht.

# Erklärung

§ 4 Abs. 3 (k) der HabOMed der Charité

Hiermit erkläre ich, dass

- weder früher noch gleichzeitig ein Habilitationsverfahren durchgeführt oder angemeldet wurde,
- die vorgelegte Habilitationsschrift ohne fremde Hilfe verfasst, die beschriebenen Ergebnisse selbst gewonnen sowie die verwendeten Hilfsmittel, die Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaftlern/Wissenschaftlerinnen und mit technischen Hilfskräften sowie die verwendete Literatur vollständig in der Habilitationsschrift angegeben wurden,
- mir die geltende Habilitationsordnung bekannt ist.

Ich erkläre ferner, dass mir die Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis bekannt ist und ich mich zur Einhaltung dieser Satzung verpflichte.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift