

Aus dem Institut für Medizinische Soziologie  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

## **Soziale Ungleichheit in der medizinischen Versorgung**

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor rerum medicarum (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Susanne Schnitzer

geboren in Tegucigalpa (Honduras)

Gutachter: 1. Prof. Dr. A. Kuhlmeiy

2. Prof. Dr. rer. cur. M. H.-J. Winter

3. Prof. Dr. O. von dem Knesebeck

Datum der Promotion: 01.02.2013

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b>	<b>4</b>
<b>Anteilerklärung</b>	<b>15</b>
<b>Ausgewählte Publikationen</b>	<b>16</b>
 <i>Kenntnisstand und Bewertung gesundheitspolitischer Reformen im Spiegel sozialer Determinanten. Ergebnisse der KBV-Versichertenbefragung 2009.</i>	
 <i>Beschwerden als Baustein eines gesundheitlichen Versorgungsmonitorings? Eine Nutzeranalyse des Amtes der Bundespatientenbeauftragten für den Zeitraum 2004 bis 2007.</i>	
 <i>Complaints as indicators of health care shortcomings: which groups of patients are affected?</i>	
 <i>Führt das Hausarztmodell zu mehr Gleichheit im Gesundheitssystem? Ein Vergleich der Versorgungssituation von Hausarztmodellteilnehmern und Nichtteilnehmern.</i>	
<b>Lebenslauf</b>	<b>51</b>
<b>Vollständige Publikationsliste</b>	<b>55</b>
<b>Selbständigkeitserklärung</b>	<b>57</b>
<b>Danksagung</b>	<b>58</b>

## Zusammenfassung

### Abstract

Soziale Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung - bislang ein in der Forschung vernachlässigtes Thema - bilden den Fokus vorliegender Publikationspromotion. Im Zentrum der Analysen steht dabei der Zusammenhang verschiedener Dimensionen der medizinischen Versorgung bzw. des Gesundheitssystems mit sozialen Determinanten wie Alter, Geschlechtszugehörigkeit und Bildungsstand. Eine erste Publikation befasst sich mit der Frage, inwiefern Ungleichheiten im Kenntnisstand über gesundheitspolitische Reformmaßnahmen und deren Bewertung zwischen einzelnen Statusgruppen existieren (Schnitzer et al. 2011).

Grundlage dieser Studie war eine bevölkerungsrepräsentative Befragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aus dem Jahr 2009 (N=2032). Anhand von Regressionsanalysen konnte gezeigt werden, dass vor allem formal höher Gebildete, ältere Befragte und Deutsche einen hohen Kenntnisstand aufweisen. Ein Unterschied in der Bewertung der gesundheitspolitischen Neuerungen besteht zwischen Befragten aus Ost- und Westdeutschland – Westdeutsche sind signifikant unzufriedener.

Die größere Unzufriedenheit der Westdeutschen drückt sich allerdings nicht in einem erhöhten Beschwerdeverhalten aus, wie die Analyse von 13505 „Beschwerdebrieffen“ zeigt, die zwischen 2004-2007 an die Bundespatientenbeauftragte gerichtet wurden (Schnitzer et al. 2012).

Hingegen verdeutlichen die multivariaten Ergebnisse, dass die häufigsten Beschwerden über die medizinische Versorgung besonders von Personen in einer prekären finanziellen Situation, von chronisch Kranken mit einer oder mehreren Erkrankungen (Multimorbidität) und Frauen geäußert werden. In einer vorangehenden Arbeit wurde überprüft, inwieweit das Datenmaterial der „Beschwerdebriefe“ die methodisch statistischen Voraussetzungen für statusspezifische Analysen erfüllt (Schenk et al. 2010).

In einer weiteren Untersuchung zum Thema Versorgungsungleichheit war von Interesse, ob die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung und das Inanspruchnahmeverhalten von Fachärzten durch soziale Determinanten beeinflusst werden (Schnitzer et al. 2011).

Datengrundlage war wiederum eine bevölkerungsrepräsentative Befragung der KBV (2010, N=6065). Der Vergleich von Hausarztmodellteilnehmern und Nichtteilnehmern zeigt, dass vor allem Ältere, Versicherte aus Kleinstädten, formal niedrig Gebildete und Rentner am Hausarztmodell teilnehmen. Ungleichheiten in der häufigen Inanspruchnahme von Fachärzten zwischen einzelnen sozialen Gruppen werden abgebaut, wenn der Hausarzt im Sinne einer „Lotsenfunktion“ regulierend eingreift.

Zusammenfassend lässt sich resümieren, dass die Studienergebnisse Ungleichheiten im Versorgungssystem erkennen lassen, die größtenteils mit gesundheitspolitischen Reformmaßnahmen in Verbindung stehen. Wie die Ergebnisse zur hausarztzentrierten Versorgung verdeutlichen, können Neuregelungen allerdings auch zum Abbau von sozialen Ungleichheiten beitragen.

## **Einleitung**

Gesundheitliche Ungleichheit - der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Krankheit bzw. Gesundheit - ist sowohl international als auch für Deutschland vielfach belegt und diskutiert (Helmert 2003, Mackenbach et al. 1997, Marmot et al. 1991, Mielck 2000, Richter/ Hurrelmann 2006, Whitehead 1998). Eine ungünstige Lebenslage mit vergleichsweise geringen soziökonomischen, personalen und/oder sozialen Ressourcen erhöht das Risiko einer Erkrankung. Ob bzw. inwiefern auch von einer sozialen Ungleichheit in der medizinischen Versorgung gesprochen werden kann, ist eine Fragestellung, die in Deutschland bisher kaum untersucht wurde (Steinhausen et al. 2008). Die Debatte um eine Ungleichbehandlung im medizinischen Versorgungssystem konzentriert sich unter dem Stichwort „Zwei-Klassen-Medizin“ größtenteils auf Unterschiede je nach Versichertenstatus (Lauterbach 2007, Mielck/ Helmert 2007, Zok 2007). Studien zur Analyse von Versorgungsungleichheiten im Kontext von Gesundheitsreformen liegen in noch geringerem Umfang vor. Ein aktueller Review zu Gesundheitsreformmaßnahmen in der Europäischen Union und deren Einfluss auf gesundheitliche Ungleichheiten zeigt, dass für Deutschland bisher keine Ergebnisse existieren (Gelormino et al. 2011).

Da es inhaltlich und methodisch angeraten ist, Forschungen zu Versorgungsungleichheiten von deren gesundheitlichen Auswirkungen analytisch zu trennen (Knesebeck et al. 2009), liegt der Fokus der Promotionsarbeit auf der Identifizierung von potenziellen Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung in Deutschland. Dabei steht die Perspektive der Befragten bzw. Patienten, die seit den 1990er Jahren für die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen an Bedeutung gewonnen hat (Strodtholz/ Badura 2006), im Zentrum der Untersuchung.

## **Zielstellung**

Die Promotionsarbeit setzt an dem oben dargestellten Forschungsdefizit an und untersucht soziale Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung. Dabei werden verschiedene Dimensionen der Versorgung bzw. des Gesundheitssystems betrachtet und auf ihre Zusammenhänge mit sozialen Determinanten hin untersucht:

### Dimensionen:

- 1) Gesundheitsreformen: Kenntnisstand und Bewertung
- 2) Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit (Beschwerden) mit dem Versorgungssystem und der ärztlichen Behandlung
- 3) Zugang: Inanspruchnahme von Arztbesuchen und Wahltarifen (Neuregelung: Hausarztmodell)

### Soziale Determinanten:

Bildungsstand, Erwerbsstatus, Geschlechtszugehörigkeit, Alter, Staatsangehörigkeit, Ost-West-Zugehörigkeit, Gemeindegröße, Versichertenstatus, Gesundheitszustand

## **Methodik**

### **Publikation 1:**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und das Institut für Medizinische Soziologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin entwickelten einen Fragenkatalog zur telefonischen Befragung gesetzlich und privat Versicherter in Deutschland. Im Auftrag der KBV hat die Mannheimer Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH (FGW) hierfür im Zeitraum vom 16. bis 19. März 2009 insgesamt 2 032 zufällig ausgewählte Bürgerinnen und Bürger in Deutschland telefonisch befragt. Die Stichprobe wurde aus der Gesamtheit der deutschsprachigen Wohnbevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren gezogen, die in Privathaushalten mit Telefonanschluss lebt. Für die Stichprobe wurde eine zweifach gestufte Zufallsauswahl verwendet. Zunächst wurden Haushalte ausgewählt, dann eine Person eines jeden Haushalts. Die Auswertung der Studie erfolgte gewichtet. Die Sollverteilungen für Geschlecht, Alter und Bildung sind dem Mikrozensus und der amtlichen Statistik entnommen. Die Fallzahl beträgt gewichtet und ungewichtet 2032 Fälle. Im Mittelpunkt der Auswertung stehen Ungleichheiten zwischen einzelnen sozialen Statusgruppen (Bildungsstand, Ost-West-Zugehörigkeit, Alter, Geschlechtszugehörigkeit, Staatsangehörigkeit, Versichertenstatus) im Kenntnisstand über Reformen des deutschen Gesundheitssystems und deren Bewertung (Gesundheitsfonds, Hausarztmodell, neue Formen der Behandlung). Für eine Darstellung und Analyse des allgemeinen Kenntnisstandes wurde ein Index generiert, der die drei Variablen zur Informiertheit zusammenfasst. Der Bewertungsindex setzt sich analog aus den drei Fragen zur Einschätzung der Reformen zusammen. Zusammenhänge zwischen sozialen Statusgruppen und Kenntnissen über Neuregelungen sowie deren Bewertung wurden anhand bi- und multivariater Analysen durchgeführt (Chi<sup>2</sup>-Test, logistische Regression mittels Variablen-Rückwärtsselektion). Diejenigen, die keine Kenntnisse haben, werden mit denjenigen verglichen, die angaben, bereits von der jeweiligen Reformmaßnahme gehört zu haben. Als Kontrollvariable ging „Anzahl der Hausarztbesuche in den letzten 12 Monaten“ in die Analysen ein. Analog wurde bei den Fragen zur Bewertung der Reformen vorgegangen, wobei hier zusätzlich der Kenntnisstand in Form des generierten Index als Kontrollvariable verwendet wurde.

### **Publikation 2:**

Seit Einrichtung des Amtes der/des Patientenbeauftragten im Jahr 2004 sind dort mehrere 10000 telefonische und schriftliche Anliegen von Patienten und Patientinnen eingegangen. Das von der Hans-Böckler-Stiftung unterstützte Projekt „Informationen für eine partizipative Gesundheitsversorgung“ (IPAGE), welches am Institut für Medizinische Soziologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin durchgeführt wurde, hat diese Datenquelle für den Zeitraum von Januar 2004 bis Dezember 2007 ausgewertet. Es wurde eine Vollerhebung der individuellen

schriftlichen Anfragen und Beschwerden vorgenommen (N=16 117). 82,5% der Anliegen sind Beschwerden. Die Patientenschreiben wurden mithilfe eines Kategoriensystems einer reduktiven und kategorisierenden quantitativen Inhaltsanalyse unterzogen (Früh 2007). Zur Überprüfung der Inter-Rater-Reliabilität wurden jeweils 34 identische Briefe durch die beteiligten Codierer erfasst. Zur Charakterisierung der Nutzer wurden u. a. die Merkmale Geschlecht, Alter, Versichertenstatus, Erwerbsstatus, Bildungs- und Migrationshintergrund sowie verschiedene gesundheitsbezogene Merkmale codiert. Sofern nicht explizit berichtet, wurden diese anhand weiterer Kontextinformationen rekonstruiert. Typisch für das Ausgangsmaterial und die Erhebungsform ist, dass nicht alle forschungsrelevanten Merkmale von den Anfragenden und Beschwerdeträgern kontinuierlich berichtet werden. Daher wurde im Rahmen dieser Publikation analysiert, welche soziodemografischen Merkmale in den Anfragen und Beschwerden in quantitativ ausreichendem Maße berichtet werden bzw. rekonstruierbar sind und somit systematisch für eine Analyse herangezogen werden können. Für jene Merkmale, die in vergleichsweise geringerem Umfang rekonstruiert werden konnten („Alter“ und „Erwerbsstatus“), wurde die Struktur der Subgruppe mit Angabe dieser Merkmale („Responder“) mit jener ohne Angabe („Non-Responder“) verglichen. Dieser Strukturvergleich liefert Hinweise auf die „interne“ Repräsentativität der Daten, d. h. darauf, inwieweit die Subgruppe der „Responder“ die Grundgesamtheit widerspiegelt und die Ergebnisse für alle eingegangenen Beschwerden und Anfragen generalisierbar sind. Mittels des Chi-Quadrat-Tests konnte überprüft werden, ob sich „Responder“ und „Non-Responder“ hinsichtlich ausgewählter Merkmale signifikant unterscheiden. Darüber hinaus wurden die prozentualen Abweichungen zwischen „Non-Respondern“ und „Respondern“ ausgewiesen und die Verteilung der soziodemografischen Merkmale bevölkerungsweiten Daten der amtlichen Statistik gegenübergestellt.

### **Publikation 3:**

Die oben beschriebene Fragestellung bzw. Publikation 2 stellt die Voraussetzung des nächsten Untersuchungsgegenstands (Publikation 3) dar. Nach der methodischen Überprüfung der Datenquelle des IPAGE-Projekts (siehe oben) erfolgte anschließend eine inhaltliche Auswertung des Materials, wobei ausschließlich die „Beschwerdebriefe“ betrachtet wurden, d.h. diejenigen Briefe, die mindestens eine Beschwerde beinhalten (N=13505). Ausgehend von der Annahme, dass Patientenbeschwerden Versorgungsdefizite abbilden, stand zum einen die Frage nach den häufigsten Beschwerden im Vordergrund und zum anderen, welche sozialen Statusgruppen hiervon am stärksten betroffen sind, d.h. welche Ungleichheiten hier bestehen. Die drei am häufigsten hervorgebrachten Beschwerden wurden als abhängige Variablen codiert und im Hinblick auf soziale Einflussfaktoren mittels logistischer Regressionen untersucht. Kritik am Arzt-Patienten-Kontakt stellt die vierte abhängige Variable dar, da Beschwerden, die die

Arzt-Patienten-Beziehung betreffen, im Zeitverlauf, in relativen Anteilen betrachtet, zugenommen haben.

#### **Publikation 4:**

Datengrundlage ist eine bevölkerungsrepräsentative Befragung im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die wiederum von der Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH durchgeführt wurde (31. Mai bis 18. Juni 2010). Die Stichprobenziehung erfolgte analog der weiter oben beschriebenen Vorgehensweise (Publikation 1). Ziel der Befragung war es, die aktuelle ambulante Versorgungssituation in Deutschland darzustellen. Das Erhebungsinstrument wurde, wie bereits bei der Befragung im Jahr 2009 (Publikation 1), gemeinsam von Vertretern der KBV und des Instituts für Medizinische Soziologie der Charité Berlin entwickelt. Die Fallzahl beträgt gewichtet und ungewichtet 6065 Fälle. Publikation 4 fokussiert auf einem Vergleich der Versorgungssituation von Teilnehmern an Programmen der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) mit Nichtteilnehmern und untersucht die Einflussfaktoren für eine häufige Facharztinanspruchnahme bei beiden Versichertengruppen. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Frage, welche sozialen Determinanten die Wahrscheinlichkeit erhöhen, am Hausarztmodell teilzunehmen und welche Ungleichheiten zwischen sozialen Statusgruppen im Inanspruchnahmeverhalten von Fachärzten bestehen. Die Versorgungssituation wird über Fragen nach der Inanspruchnahme von Ärzten (Haus-, Fach-, Notärzte), Wartezeiten, nach der Wegezeit zur Arztpraxis und dem Anlass des letzten Arztbesuches sowie über Fragen zum Arzt-Patienten-Verhältnis operationalisiert. Die Signifikanztests zum Vergleich der Versorgungssituation zwischen HZV und Nichtteilnehmern wurden, abhängig vom Skalenniveau der Variablen, unter Anwendung des Chi<sup>2</sup>-Tests oder des nonparametrischen U-Tests nach Mann und Whitney durchgeführt. Die Einflussfaktoren für eine Teilnahme HZV wurde anhand logistischer Regressionen ermittelt und die Modellbestimmung fand mittels Variablen- Rückwärtsselektion statt. Die abhängige Variable zeigt hierbei eine Teilnahme HZV an. Wechselwirkungen zwischen Alter und der Fach- sowie Hausarztbesuchsfrequenz wurden anhand generierter Interaktionsterme überprüft. Zur Ermittlung der Einflussfaktoren, die im Zusammenhang mit einer häufigen Inanspruchnahme eines Facharztes stehen, wurde die Variable „Facharztbesuche“, die drei Ausprägungen aufweist, dichotomisiert und die neue Variable „häufiger Facharztbesuch“ generiert. Getestet wurden dieselben unabhängigen Variablen wie im vorhergehenden Modell, wiederum mittels Variablen-Rückwärtsselektion.



## Ergebnisse

### Publikation 1:

Die Ergebnisse der bivariaten Analysen und der logistischen Regressionen zeigen, dass der *Kenntnisstand* über Reformmaßnahmen im Gesundheitssystem signifikant von Bildungsstand, Alter und Staatsangehörigkeit beeinflusst wird. Anhand der Betrachtung des Index zum Kenntnisstand (Methodenteil) lässt sich erkennen, dass rund die Hälfte der jüngsten Altersgruppe und der nichtdeutschen Befragten über wenig Kenntnisse verfügen, das heißt entweder keine Neuregelung oder höchstens eine kennen. Darüber hinaus wird deutlich, dass der Grad der Informiertheit durchgehend signifikant mit dem Bildungsstand assoziiert ist. Beispielsweise ist die Wahrscheinlichkeit das Hausarztmodell nicht zu kennen für Befragte mit dem formal niedrigsten Bildungsstand gegenüber formal hoch Gebildeten rund dreifach so hoch. Die *Bewertung* der Reformmaßnahmen variiert in erster Linie zwischen Ost- und Westdeutschen. Die Wahrscheinlichkeit, dass Westdeutsche die Reformmaßnahmen negativ bewerten, ist gegenüber Ostdeutschen signifikant erhöht. Über die Hälfte von ihnen glaubt, dass die gesundheitliche Versorgung der gesetzlich Versicherten durch den Gesundheitsfonds schlechter wird, während nur rund 40% der Ostdeutschen diese Befürchtung teilen. Altersspezifisch lässt sich konstatieren, dass vor allem die Befragten der mittleren Altersgruppe negative Einschätzungen abgeben.

### Publikation 2:

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung wenden sich überproportional Personen im höheren Lebensalter bzw. Rentner, aber auch Erwerbslose, Personen aus Berlin und den Neuen Bundesländern an die Patientenbeauftragte. „Geschlecht“, „Region“ und „Versichertenstatus“ können durchweg bei einem hohen Anteil der Beschwerdeträger und Anfragenden codiert werden. „Alter“ und „Erwerbsstatus“ lassen sich in vergleichsweise geringem Umfang rekonstruieren. Ein Strukturvergleich von „Respondern“ und „Non-Respondern“ zeigt aber, dass die Ergebnisse der Subgruppe mit Angabe dieser Merkmale („Responder“) für alle eingegangenen Anliegen verallgemeinerbar sind. In nicht auswertbarem Maße waren der Bildungs- und Migrationshintergrund erfassbar.

### Publikation 3:

Mehr als die Hälfte aller erfassten Beschwerden (N= 7215) wurde im Jahr 2004 an die Bundespatientenbeauftragte gerichtet. Die am häufigsten genannten Kritikthemen sind „Kritik an einer ungerechten Politik“ (23,8%), „Kritik an einer Ablehnung oder Einschränkung von Arzneimitteln“ (23,8%) und „Kritik an einer Ablehnung oder Einschränkung von anderen, nicht-medikamentösen Leistungen“ (23,9%). Im Zeitverlauf nimmt der Anteil der Beschwerden über das Arzt-Patientenverhältnis in relativen Anteilen betrachtet zu (6,7% 2004; 13% 2007). Die

multivariaten Analysen zeigen, dass die dargestellten Beschwerden besonders häufig von gesetzlich Versicherten, von Personen in einer prekären finanziellen Situation, von chronisch Kranken mit einer oder mehreren Erkrankungen (Multimorbidität) und Frauen geäußert werden.

#### **Publikation 4:**

Hinsichtlich der sozialen Merkmale verdeutlicht der Vergleich zwischen Hausarztmodellteilnehmern und Nichtteilnehmern, dass vor allem Ältere, Versicherte aus Kleinstädten, Personen mit einer formal niedrigen Bildung und Rentner in diesen Wahltarif eingeschrieben sind. Hausarztmodellteilnehmer gehen häufiger zu Haus- und Fachärzten. Erwartungsgemäß wird die häufige Inanspruchnahme von Fachärzten sowohl bei den Teilnehmern als auch bei den Nichtteilnehmern vom Gesundheitszustand beeinflusst. Darüber hinaus zeigen die multivariaten Analysen jedoch unterschiedliche Einflussfaktoren für beide Gruppen: Bei den Nichtteilnehmern sind es in erster Linie Personen aus Großstädten, Frauen und formal höher Gebildete, die häufig zum Facharzt gehen. Diese Zusammenhänge sind in der Gruppe der Hausarztmodellteilnehmer nicht vorhanden, d.h. hier wird die Wahrscheinlichkeit einer häufigen Facharztinanspruchnahme weder von Bildung, noch von Geschlechtszugehörigkeit oder Gemeindegröße signifikant beeinflusst. Im Gegensatz zur Vergleichsgruppe übt hingegen Alter einen Einfluss aus, da die 60-79-Jährigen am häufigsten zum Facharzt gehen und zwar unabhängig von ihrem Gesundheitszustand.

#### **Diskussion**

Die Frage nach potentiellen Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung wurde im Rahmen dieser Promotion anhand verschiedener Dimensionen untersucht. Soziale Ungleichheiten im Kenntnisstand von Reformmaßnahmen (**Publikation 1**), die in erster Linie im Zusammenhang mit Bildungsstand, Alter und Staatsangehörigkeit existieren, können zumindest teilweise durch eine Informationsasymmetrie von Seiten der Ärzte und Krankenkassen erklärt werden. Dies wird anhand einer Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aus dem Jahr 2008 deutlich, die zeigt, dass Informationen beispielsweise über das Hausarztmodell größtenteils über den Hausarzt und die Krankenkassen bezogen werden (Schnitzer et al. 2008 (6)). Womöglich führt eine erhöhte Statusinkonsistenz innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung dazu, dass weniger Informationen mit den Patienten geteilt werden. Dass Informiertheit und Aufklärung über medizinische Leistungen mit dem sozialen Status variieren, zeigen auch andere Studien (Reisig et al. 2007, Morr et al. 2007). Möglicher Hintergrund dafür, dass Westdeutsche die Reformmaßnahmen besonders negativ bewerten, könnte deren Befürchtung eines „Status quo“ - Verlusts ihrer guten medizinischen Versorgung sein. Die größere Unzufriedenheit der Westdeutschen drückt sich allerdings nicht in einem stärkeren Beschwerdeverhalten aus. Die Analyse der 13505

„Beschwerdebrieve“, die zwischen 2004-2007 an die Bundespatientenbeauftragte gerichtet wurden, zeigt – mit einer Ausnahme – keinen Unterschied im Beschwerdeverhalten zwischen Ost- und Westdeutschen (**Publikationen 3**). Beschwerden werden hier in erster Linie von Personen formuliert, die aufgrund von Krankheit, materieller Notlage oder Versichertenstatus (gesetzlich) in besonderem Maße von Einschränkungen und negativen Veränderungen im Zuge der Reformmaßnahmen betroffen sind. Mit dem im Jahr 2004 in Kraft getretenem Gesundheitsmodernisierungsgesetz sind eine Reihe von Maßnahmen eingeführt worden, die mit finanziellen Mehrbelastungen für Versicherte verbunden sind. Beispielsweise muss seither für jedes Quartal eine Praxisgebühr von 10 Euro bezahlt werden oder ist eine völlige Befreiung von Zuzahlungen (Härtefallregelung) nicht mehr möglich. Die Datenanalyse liefert Hinweise dafür, welches die dringendsten Themen für Patienten in Deutschland sind, da diese von den Betroffenen selbst formuliert wurden und es nicht um die Bewertung von standardisierten Vorgaben von Seiten der Forschenden ging. Dass das Datenmaterial die Voraussetzungen für die Analysen erfüllt und zwar auch für jene sozialen Merkmale, die in vergleichsweise geringem Umfang vorhanden sind, zeigt eine vorangehende Arbeit (**Publikation 2**). Im Rahmen dieser Untersuchung wurde die Frage verfolgt, inwieweit soziodemografische Merkmale in auswertbarem Maße in den Briefen berichtet bzw. rekonstruiert werden konnten. Während Angaben zu Geschlechtszugehörigkeit, Alter und Versichertenstatus zu jeweils hohen Anteilen angegeben wurden, sind für einige Merkmale (z.B. Alter und Erwerbsstatus) vergleichsweise wenig Angaben vorhanden. Der Strukturvergleich dieser Merkmale zeigt jedoch, dass die Abweichungen in den meisten Merkmalen gering ausfallen und die Richtung der Abweichungen gleich bleibend ist. Damit ist die relative Struktur der Ausprägungen zwischen „Respondern“ und „Non-Respondern“ annähernd identisch, so dass die statistischen Ergebnisse dieser „Responder-Variablen“ (**Publikation 3**) für die Grundgesamtheit aller erfassten Beschwerden an die Bundespatientenbeauftragte generalisierbar sind. In Deutschland wurde mit diesen beiden Arbeiten (**Publikation 2 und 3**) erstmalig eine versorgungssektorenübergreifende Datenquelle systematisch ausgewertet. Lediglich Schneider et al. führte bislang eine erste explorative Analyse anhand einer Stichprobe von 850 Briefen aus dem Jahr 2005 durch (Schneider et al. 2007). Vor dem Hintergrund der großen Fallzahlen empfiehlt es sich, diese „Datenquelle“ kontinuierlich fortzuführen und darüber hinaus mit weiteren Beschwerdesystemen im Sinne eines Versorgungsmonitorings zu verbinden. Zu bedenken gilt hierbei, dass die hervorgebrachten Beschwerden nur „die Spitze des Eisbergs“ darstellen. Hinter jeder geäußerten Beschwerde stehen mehrere nicht geäußerte. Verschiedenen Studien haben gezeigt, dass nur ein geringer Anteil derjenigen Personen sich beschwerten, die unzufrieden mit der ärztlichen Versorgung oder dem Gesundheitssystem sind (Schnitzer et al. 2008 (5), Gal et al. 2007).

Die vergleichenden Analysen der Versorgungssituation von Teilnehmern an der hausarztzentrierten Versorgung und Nichtteilnehmern (**Publikation 4**) verdeutlicht, dass

Ungleichheiten und Zugangsbarrieren abgebaut werden können, wenn der Hausarzt im Sinne einer „Lotsenfunktion“ regulierend eingreift: Während in der Gruppe der Personen, die nicht am Hausarztmodell teilnehmen, vor allem diejenigen mit hohem Bildungsstand, sowie Frauen und Versicherte aus Großstädten häufig zum Facharzt gehen, sind diese Unterschiede in der Gruppe der Hausarztmodellteilnehmer nicht mehr vorhanden. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass in den unteren sozialen Statusgruppen Fachärzte seltener in Anspruch genommen werden (Gruber/Kiesel 2010, Röckl-Wiedmann et al. 2002). Auch dass Frauen mehr Gesundheitsleistungen als Männer in Anspruch nehmen, ist durch zahlreiche Studien belegt (Thode et al. 2005, Scheffer et al. 2006, Klug et al. 2005). Bei einer erhöhten Facharztdichte in Großstädten sind zudem häufige Facharztbesuche der Versicherten in diesen Regionen plausibel. Wie gezeigt werden konnte, bestehen diese Unterschiede nicht mehr in der Gruppe der Hausarztmodellteilnehmer, was als Hinweis auf die gelungene, mit dem Wahlmodell intendierte Umsetzung der „Lotsenfunktion“ des Hausarztes gedeutet werden kann. Allerdings ist es nicht möglich anhand des Datenmaterials zu klären, ob die „Gleichheit“ der Inanspruchnahme durch eine Reduzierung der Facharztbesuche erreicht wird oder durch vermehrte Überweisungen von formal niedrig Gebildeten, Personen aus Kleinstädten etc. Zudem bleibt die Frage unbeantwortet, ob die Regulierung der Facharztbesuche auch im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung verläuft. Das Ergebnis, dass ältere Modellteilnehmer im Gegensatz zu Nichtteilnehmern mehr Fachärzte in Anspruch nehmen - und zwar unabhängig von ihrem Gesundheitszustand - sollte in weiteren Untersuchungen überprüft werden. Zusammenfassend lässt sich resümieren, dass die Studienergebnisse Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung erkennen lassen, die alle im Kontext der Gesundheitsreformen in Deutschland zu sehen sind: Sowohl Kenntnisstand und Bewertung von gesundheitspolitischen Neuregelungen, als auch die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit dem derzeitigen Gesundheitssystem und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen innerhalb neuer Versorgungsmodelle weisen einen Zusammenhang mit dem sozialen Status auf. Gerade im Hinblick auf die weiterhin stattfindenden Umwälzungen des deutschen Gesundheitssystems ist es dringend erforderlich, dass politische Entscheidungsträger einer Ausweitung von sozialen Ungleichheiten im Versorgungssystem entgegenwirken und die Konsequenzen von Reformmaßnahmen für besonders betroffene Bevölkerungsgruppen abmildern. Dabei gilt es eine differenzierte Betrachtung vorzunehmen, denn wie die Ergebnisse zur hausarztzentrierten Versorgung zeigen, können innovative Maßnahmen auch zum Abbau von Ungleichheiten im Versorgungssystem beitragen.

## Literatur

Früh W (2007). Inhaltsanalyse. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft

Gal I, Doron I (2007). Informal complaints on health services: hidden patterns, hidden potentials. *International Journal for Quality in Health Care* 19: 158-163

Gelormino E, Bambra C, Spadea T, Bellini S, Costa G (2011). The effects of health care reforms on health inequalities: A review and analysis of the European evidence base. *International Journal of Health Services* 41(2): 209-230

Gruber S, Kiesel M (2010). Inequality in health care utilization in Germany? Theoretical and empirical evidence for specialist consultation. *J Public Health* 18: 351-365

Helmert U (2003). Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken. Augsburg: Maro

Klug SJ, Hetzer M, Blettner M (2005). Screening for breast and cervical cancer in a large German City: participation, motivation and knowledge of risk factors. *Eur J Public Health* 15:70-77

Knesebeck O von, Bauer U, Geyer S, Mielck A (2009). Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung – Ein Plädoyer für systematische Forschung. *Gesundheitswesen* 71: 59-62

Lauterbach K (2007). Der Zweiklassenstaat. Wie die Privilegierten Deutschland ruinieren. Berlin: Rowohlt

Mackenbach JP, Kunst A, Cavelaars AE, et al. (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet* 349: 1655-1659

Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I, Brunner E, Feeney A (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 337 (8754): 1387-1393

Mielck A (2000). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Verlag Hans Huber

Mielck A, Helmert U (2007). Das Arzt-Patienten-Verhältnis in der ambulanten Versorgung: Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten. In: *Gesundheitsmonitor 2007, Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung: 114-132

Morr AK, Broscheit J, Blissing S et al. (2007). Einfluss von Faktoren des sozioökonomischen Status auf die Anwendung der Periduralanästhesiesubpartal. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 211:23-26

Reisig V, Reitmeir P, Döring A et al., and the KORA Study Group (2007). Social inequalities and outcomes in type 2 diabetes in the German region of Augsburg. A cross-sectional study. *International Journal of Public Health* 52: 158-165

Richter M, Hurrelmann K (2006) (Hg.). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Röckl-Wiedmann I, Meyer N, Fischer R, Laubereau B, Weitkunat R, Überla K (2002). Schichtspezifische Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Vorsorgeverhalten in Bayern: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung. In: *Sozial- und Präventivmedizin* 47(5): 307-317

Scheffer S, Dauven S, Sieverding M (2006). Soziodemografische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland – Eine Übersicht. *Gesundheitswesen* 68:139–146

Schneider N, Dierks M-L, Seidel G et al (2007). The federal government commissioner for patient issues in Germany: initial analysis of the user inquiries . *BMC Health Services Research* 24 (7)

Schnitzer S, Richter S, Walter A, Balke K, Kuhlmeier A (2008). Die Bewertung der ambulanten Gesundheitsversorgung aus Sicht der Versicherten – Ergebnisse der KBV-Befragung 2008 – Teil 1. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 5: 11-20

Schnitzer S, Richter S, Walter A, Balke K, Kuhlmeier A (2008). Die Bewertung der ambulanten Gesundheitsversorgung aus Sicht der Versicherten – Ergebnisse der KBV-Befragung 2008 – Teil 2. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 6: 19-27

Steinhausen S, Kowalski C, Janßen C, Pfaff H (2008). Wechselwirkungen zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit und Gesundheitsversorgung. In: *Public Health Forum* 16 (59): 13-14

Strodtholz P, Badura B (2006). Patientenorientierung im Gesundheitswesen durch Patientenbefragung. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* (46): 444–463

Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P, Kurth BM (2005). Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 48:296–306

Whitehead M (1998). Diffusion of Ideas on Social Inequalities in Health: A European Perspective. In: *The Milbank Quarterly* 76 (3): 469-492

Zok K (2007). Warten auf den Arzttermin. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter GKV- und PKV-Versicherten. In: *WIdOmonitor* 4 (1): 1-7

## Erklärung über den Anteil an den Publikationen

Susanne Schnitzer hatte folgenden Anteil an den vorgelegten Publikationen:

### Publikation 1:

**Schnitzer S**, Kuhlmei A, Balke K, Litschel A, Walter A, Schenk L (2011).  
*Kenntnisstand und Bewertung gesundheitspolitischer Reformen im Spiegel sozialer Determinanten. Ergebnisse der KBV-Versichertenbefragung 2009.*  
Das Gesundheitswesen; 73: 153-161

80 Prozent

Beitrag im Einzelnen: Mitwirkung an der Fragebogenentwicklung, Aufstellung der Forschungsfrage, Literaturrecherche, statistische Auswertung, Manuskripterstellung

### Publikation 2:

Schenk L, **Schnitzer S**, Adolph H, Holzhausen J, Matheis E, Kuhlmei A (2012).  
*Beschwerden als Baustein eines gesundheitlichen Versorgungsmonitorings? Eine Nutzeranalyse des Amtes der Bundespatientenbeauftragten für den Zeitraum 2004 bis 2007.*  
Das Gesundheitswesen; 74: 3-11

20 Prozent:

Beitrag im Einzelnen: Literaturrecherche, Beteiligung an statistischer Auswertung und Manuskripterstellung

### Publikation 3:

**Schnitzer S**, Kuhlmei A, Adolph H, Holzhausen J, Schenk L (2012).  
*Complaints as indicators of health care shortcomings: which groups of patients are affected?*  
International Journal for Quality in Health Care; doi: 10.1093/intqhc/mzs036

80 Prozent:

Beitrag im Einzelnen: Aufstellung der Forschungsfrage, Literaturrecherche, statistische Auswertung, Manuskripterstellung

### Publikation 4:

**Schnitzer S**, Balke K, Walter A, Litschel A, Kuhlmei A (2011).  
*Führt das Hausarztmodell zu mehr Gleichheit im Gesundheitssystem? Ein Vergleich der Versorgungssituation von Hausarztmodellteilnehmern und Nichtteilnehmern.*  
Bundesgesundheitsblatt; 8 (54): 942-950

80 Prozent:

Beitrag im Einzelnen: Mitwirkung an der Fragebogenentwicklung, Aufstellung der Forschungsfrage, Literaturrecherche, statistische Auswertung, Manuskripterstellung

---

Ort/ Datum

---

Unterschrift Antragstellerin

## Ausgewählte Publikationen

### Publikation 1:

**Schnitzer S**, Kuhlmei A, Balke K, Litschel A, Walter A, Schenk L (2011).  
*Kenntnisstand und Bewertung gesundheitspolitischer Reformen im Spiegel sozialer Determinanten. Ergebnisse der KBV-Versichertenbefragung 2009.*  
Das Gesundheitswesen; 73: 153-161

### Publikation 2:

Schenk L, **Schnitzer S**, Adolph H, Holzhausen J, Matheis E, Kuhlmei A (2012).  
*Beschwerden als Baustein eines gesundheitlichen Versorgungsmonitorings? Eine Nutzeranalyse des Amtes der Bundespatientenbeauftragten für den Zeitraum 2004 bis 2007.*  
Das Gesundheitswesen; 74: 3-11

### Publikation 3:

**Schnitzer S**, Kuhlmei A, Adolph H, Holzhausen J, Schenk L (2012).  
*Complaints as indicators of health care shortcomings: which groups of patients are affected?*  
International Journal for Quality in Health Care; doi: 10.1093/intqhc/mzs036

### Publikation 4:

**Schnitzer S**, Balke K, Walter A, Litschel A, Kuhlmei A (2011).  
*Führt das Hausarztmodell zu mehr Gleichheit im Gesundheitssystem? Ein Vergleich der Versorgungssituation von Hausarztmodellteilnehmern und Nichtteilnehmern.*  
Bundesgesundheitsblatt; 8 (54): 942-950



## **Curriculum Vitae**

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

## Vollständige Publikationsliste

- Schnitzer S, Kuhlmeiy A, Adolph H, Holzhausen J, Schenk L (2012). Complaints as indicators of health care shortcomings: which groups of patients are affected? *International Journal for Quality in Health Care*; doi: 10.1093/intqhc/mzs036
- Schenk L, Schnitzer S, Adolph H, Holzhausen J, Matheis E, Kuhlmeiy A (2012). Beschwerden als Baustein eines gesundheitlichen Versorgungsmonitorings? Eine Nutzeranalyse des Amtes der Bundespatientenbeauftragten für den Zeitraum 2004 bis 2007. *Das Gesundheitswesen*; 74: 3-11
- Schnitzer S, Balke K, Walter A, Litschel A, Kuhlmeiy A (2011). Führt das Hausarztmodell zu mehr Gleichheit im Gesundheitssystem? Ein Vergleich der Versorgungssituation von Hausarztmodellteilnehmern und Nichtteilnehmern. *Bundesgesundheitsblatt*; 8 (54): 942-950
- Schnitzer S, Kuhlmeiy A, Balke K, Litschel A, Walter A, Schenk L (2011). Kenntnisstand und Bewertung gesundheitspolitischer Reformen im Spiegel sozialer Determinanten. Ergebnisse der KBV-Versichertenbefragung 2009. *Das Gesundheitswesen*; 73: 153-161
- Schnitzer S, Bellis MA, Anderson Z, Hughes K, Calafat A, Juan M, Kokkevi A (2009). Nightlife Violence: A Gender-Specific View on Risk Factors for Violence in Nightlife Settings: A Cross-Sectional Study in Nine European Countries. *Journal of Interpersonal Violence*; XX(X): 1-19
- Bellis MA, Hughes K, Calafat A, Juan M, Schnitzer S (2009). Relative Contributions of Holiday Location and Nationality to Changes in Recreational Drug Taking Behaviour: A Natural Experiment in the Balearic Islands. *European Addiction Research*; 15: 78-86
- 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. *Gesundheits- und Sozialpolitik*; 5: 11-20
- 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 2. *Gesundheits- und Sozialpolitik*; 6: 19-27
- Balke K, Schnitzer S, Walter A, Richter S, Kuhlmeiy A (2008). Wartezeit ist wichtiges Kriterium bei der Wahl der Arztpraxis. *Deutsches Ärzteblatt*; 105 (34-35): 1766-1768
- Kuhlmeiy A, Hitzblech T, Schnitzer S (2008). Alter und Gesundheit: Vorstellungen in unterschiedlichen Generationen. In: Böcken J, Braun B, Amhof R (Hg.): *Gesundheitsmonitor 2008*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung; 210-230
- Hughes K, Bellis MA, Calafat A, Juan M, Schnitzer S and Anderson Z (2008). Predictors of violence in young tourists: a comparative study of British, German and Spanish holidaymakers. *The European Journal of Public Health*; 18: 569-574
- Bellis MA, Hughes K, Calafat A, Juan M, Ramon A, Rodriguez JA, Mendes F, Schnitzer S and Phillips-Howard P (2008). Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: a cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health*; 8:155
- Schnitzer S, Steffan E (2007). Sensibilisierung zum Thema Häusliche Gewalt – (K)ein Thema für junge Männer? *Info\_Dienst für Gesundheitsförderung*; 3:22-23
- Schnitzer S, Steffan E (2007). Schulische Prävention häuslicher Gewalt. *Die Deutsche Schule*; 3:369-370

Steffan E, Herrmann U, Schnitzer S, Muthesius D (2004). FrauenLeben I. Abschlussbericht der qualitativen Phase der Studie „Einfluss medizinischer Therapiefortschritte auf die Lebens- und Handlungsperspektiven von Frauen mit HIV und AIDS“. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (unveröffentlichter Forschungsbericht)

Steffan E, Herrmann U, Kerschl AV, Schnitzer S (2004). FrauenLeben II. Abschlussbericht der quantitativen Phase der Studie „Einfluss medizinischer Therapiefortschritte auf die Lebens- und Handlungsperspektiven von Frauen mit HIV und AIDS“. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (unveröffentlichter Forschungsbericht)

## **Abstract**

Schnitzer S, Richter S, Walter A, Balke K, Kuhlmeier A (2009). Soziale Ungleichheit in der ambulanten Versorgung? Eine empirische Untersuchung anhand der KBV-Versichertenbefragung 2008. Das Gesundheitswesen 2009; 71 (Abstract zum Vortrag auf DGMS Kongress 2009 in Hamburg)

## **Vorträge**

*Führt das Hausarztmodell zu mehr Gleichheit im Gesundheitssystem? Ein Vergleich der Versorgungssituation von Hausarztmodellteilnehmern und Nichtteilnehmern.* Vortrag auf dem gemeinsamen Kongress der DGSMP und der DGMS in Bremen, 21.09.2011

*Kenntnisstand und Bewertung gesundheitspolitischer Reformen im Spiegel sozialer Determinanten. Ergebnisse der KBV-Versichertenbefragung 2009.* Vortrag auf dem gemeinsamen Kongress der DGSMP, DGEpi und EUMASS in Berlin, 22.09.2010

*Welchen Einfluss haben soziale Merkmale auf das Beschwerdeverhalten? Eine Analyse der Beschwerdebriefe an die Patientenbeauftragte in Deutschland zwischen 2004-2007.* Vortrag auf dem gemeinsamen Kongress der DGMP und DGMS in Gießen, 16.09.2010

*Soziale Ungleichheit in der ambulanten Versorgung? Eine empirische Untersuchung anhand der KBV-Versichertenbefragung 2008.* Vortrag auf dem gemeinsamen Kongress der DGSMP und der DGMS in Hamburg, 23.09.2009

*„Abenteuer Nachtleben“ – Risikoverhalten in der Clubszene. Erste Ergebnisse der EU-Studie „Recreational Cultures as a Tool to Prevent Risk Behaviour“.* Vortrag auf dem 30. Bundesdrogenkongress, Mai 2007

## **Poster**

Amort F, Steffan E, Sokolowski S, Schnitzer S (2007). Wissen, Einstellungen und Verhalten bezüglich HIV und STI von MSM in Österreich, Italien, Slowenien und der Slowakei. POSTER; Deutsch – österreichischer AIDS Kongress 2007

## Erklärung

„Ich, Susanne Schnitzer, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: *Soziale Ungleichheit in der medizinischen Versorgung* selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Datum

Unterschrift

## **Danksagung**

Sehr herzlich möchte ich mich bei meiner Betreuerin Frau Prof. Dr. Kuhlmeier und bei meiner Kollegin Frau Dr. Liane Schenk für ihre Unterstützung bedanken. Sie waren mir eine wertvolle Hilfe in allen Phasen der Dissertation. Sehr danken möchte ich auch allen anderen, die mich auf diesem Weg unterstützend begleitet haben: meiner Beziehung, meinen Freunden/innen und meiner Familie. Vielen Dank für die vielen wohlthuenden Worte und konstruktiven Hinweise.