

# Soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung

Im politischen Raum und in den Medien ist des Öfteren von „Zwei-“ oder „Dreiklassenmedizin“ die Rede. Damit wird vielfach die Vorstellung verbunden, dass die Zugangschancen zu gesundheitlicher Versorgung für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen ungleich verteilt seien, dass Versorgungsangebote ungleich stark in Anspruch genommen würden und die Versorgungsqualität ungleich hoch sei. Aus wissenschaftlicher Sicht ist es erforderlich, solche generellen Vorstellungen zu präzisieren und vor dem Hintergrund der vorliegenden Evidenz festzustellen, ob solche sozialen Ungleichheiten wirklich existieren und, falls ja, von welchen Indikatoren sie beeinflusst werden.

SIEGFRIED GEYER

## 1 Einleitung

Soziale Ungleichverteilungen beim Auftreten der häufigsten Erkrankungen gehören zu den konsistenten und gut replizierbaren Befunden der Sozialepidemiologie. Die Risiken, dass solche Krankheiten auftreten, erhöhen sich graduell mit abnehmender Bildungsqualifikation, abnehmender beruflicher Position und/oder abnehmendem Einkommen (Braveman et al. 2011; Geyer 2020), einige Studien verwendeten auch Vermögen (Geyer et al. 2014; Poirier et al. 2018) oder Wohnqualität (Howden-Chapman et al. 2023) als Indikatoren sozialer Differenzierung. Für diesen Zusammenhang wurde der Begriff des sozialen Gradienten geprägt.

Während Ungleichheiten beim Auftreten von Erkrankungen sehr gut dokumentiert sind, sind sie im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung Gegenstand von Diskussionen in und außerhalb der Wissenschaft. In kontrovers geführten politischen Debatten, populärwissenschaftlichen Veröffentlichungen und in der Presse wurden Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung mit den Begriffen „Zweiklassenmedizin“ (Herbert 2006; Die Linke 2017) oder „Dreiklassenmedizin“ (Schäfer 2019; Tarazona 2010) belegt. Jenseits dieser semantisch unscharfen Begriffe stellt sich die Frage, wie soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung konzeptuell ge-

fasst werden können, und in einem weiteren Schritt, ob sie existieren.

In der Literatur zu Ungleichheiten in der Versorgung findet sich eine Dreiteilung in

- ungleiche *Zugänge* zur Versorgung: In Anlehnung an die vorliegenden Studien können sie sich in Gestalt unterschiedlich langer Wartezeiten, ausbleibender Behandlungen oder regionaler Unterschiede der Verfügbarkeit medizinischer Versorgung manifestieren;
- Ungleichheiten in der *Versorgungsqualität*, die sich primär in Abhängigkeit von der Art der Krankenversicherungszugehörigkeit, in unterschiedlichen Risiken von Krankheitsverläufen, dem Wiederauftreten von Erkrankungen oder Sterblichkeitsrisiken manifestieren können;
- soziale Ungleichheiten in der *Inanspruchnahme* medizinischer Leistungen durch Patientinnen und Patienten.

Die Zahl der verfügbaren empirischen Studien zu diesen Themen ist überschaubar, und die Befunde sind heterogen (Klein/Knesebeck 2022). Sie unterscheiden sich zudem nach dem Land, in dem Studien durchgeführt wurden, denn Unterschiede können nicht nur nach den oben genannten Merkmalen sozialer Differenzierung auftreten, sondern mehr noch in Abhängigkeit von der Art der Krankenversicherung, in Deutschland sind dies Unter-

schiede zwischen Versicherten in der Gesetzlichen (GKV) und der Privaten Krankenversicherung (PKV). In einigen internationalen Studien wurden auch regionale Zugangsbarrieren zur medizinischen Versorgung untersucht. In Europa bezieht sich dies insbesondere auf Großbritannien (Corris et al. 2020), außerhalb Europas liegen Studien z. B. für Indonesien vor, also für ein Land, dessen Gesundheitssystem sich im Aufbau befindet (Wenang et al. 2021). Für Deutschland gibt es keine Studien zu regionalen Unterschieden im Zugang zur medizinischen Versorgung, regionsbezogene Merkmale sind in Surveys auch nicht notwendigerweise enthalten bzw. sie werden nicht mitgeliefert, z. B. in der Europäische Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen EU-SILC (Hollederer/Wildner 2018).

Für diesen Beitrag werden vorrangig Arbeiten verwendet, die Ergebnisse für Deutschland darstellen, für Studien zur Versorgungsqualität werden auch internationale Studien einbezogen. Aufgrund der eher unzureichenden Literaturlage wird sowohl auf Studien Bezug genommen, die soziale Ungleichheiten über die Art der Krankenversicherung operationalisieren, als auch auf solche, wie sie in der Sozialepidemiologie verwendet werden. Arbeiten, die sich speziell auf die Zeit der Corona-Pandemie beziehen, bleiben ausgespart, weil es sich dabei um eine Sondersituation handelt, die mit der Rückkehr zur Versorgungspraxis vor der Pandemie beendet sein sollte.

## 2 Soziale Ungleichheiten im Zugang zur ambulanten und stationären Versorgung

Wartezeiten beim Zugang zur medizinischen Versorgung wurden durch eine im Jahr 2008 durchgeführte randomisierte Feldstudie aus einem wissenschaftlichen Disput zu einer kontrovers geführten öffentlichen Diskussion. In 189 Facharztpraxen wurde um eine Terminvereinbarung zur Durchführung eines Allergie- oder Lungenfunktionstests, einer Pupillendilatation, einer Magnetresonanztomographie zur Untersuchung eines Knies, einer Gastroskopie oder um einen Hörtest gebeten. Die Kontaktaufnahme geschah telefonisch, und in jeweils der Hälfte aller Fälle stellte sich die anrufende Person als GKV- oder als PKV-Versicherte vor. Als Kriterium zur Aufdeckung von Unterschieden zwischen den Versicherungsarten wurde die Zahl der Arbeitstage bis zum angegebenen Behandlungstermin gewählt. Es zeigte sich, dass GKV-Versicherte durchweg mehr als dreimal so lange auf einen Termin hätten warten müssen wie PKV-Versicherte. In Tagen gezählt waren es für Allergie- oder Lungenfunktionstests im Mittel 26 (GKV) und 8,4 (PKV) Tage, bei einer Gastroskopie waren es 36,7 bzw. 11,9 Tage. Diese Differenzen zeigen

erhebliche Unterschiede nach Kassenzugehörigkeit, was eine Reihe weiterer Studien zum Thema inspiriert hat. Die Autoren weisen auf diese erheblichen Disparitäten im Zugang zur Versorgung und auf die damit verbundenen Ungleichheiten hin, räumen jedoch ein, dass es sich durchweg um aufschiebbare Maßnahmen gehandelt hat. Die Studie untersuchte keine Notfalldiagnostik, keine Notaufnahmen oder akut erforderliche ambulante oder stationär durchzuführende Behandlungen (Lüngen et al. 2008). Die Ergebnisse können daher nicht umstandslos auf andere Arten von Behandlungen übertragen werden. Obwohl die in der Untersuchung berichteten längeren Wartezeiten bei GKV-Versicherten im Ernstfall kaum mit gesundheitlichen Nachteilen einhergehen sollten, könnten sie mit erheblichen Unterschieden in der Zufriedenheit zwischen PKV- und GKV-Versicherten verbunden sein. Unabhängig von der Versicherungsart kommen lange Wartezeiten in allen Gesundheitssystemen vor (OECD 2020). Sie gehören zu den am häufigsten genannten Gründen für Unzufriedenheit mit der Behandlung aufseiten der Patientinnen und Patienten (FGW 2018).

In einer Studie mit Surveydaten aus dem Bertelsmann-Gesundheitsmonitor der Jahre 2011 bis 2013 wurden für allgemeinmedizinische Praxen die Wartezeiten von der Anmeldung bis zur Behandlung in Abhängigkeit von der Kassenzugehörigkeit untersucht. Hier lagen die mittleren Wartezeiten bei 4,0 Tagen, wobei gesetzlich Versicherte mit im Mittel 4,1 Tagen etwas länger warteten als Privatversicherte mit 3,3 Tagen. Auch bei den GKV-Versicherten kamen lange Wartezeiten eher selten vor, jedoch lag ihr Anteil höher als bei PKV-Versicherten. Wesentlich deutlicher unterschieden sich die Wartezeiten zwischen Regionen, denn in den östlichen Bundesländern warteten Patientinnen und Patienten länger als bei Praxen in den westlichen Ländern, was durch unterschiedliche Versorgungsdichten zustande kommt, also durch eine geringere Zahl von Praxen in Relation zur Größe der Bevölkerung. Unterschiedlich lange Wartezeiten gab es ebenfalls nach Alter, denn jüngere warteten im Durchschnitt kürzer als ältere Patientinnen und Patienten. Ein durchgehender Befund auch in dieser Studie war die höhere Behandlungszufriedenheit von Privatversicherten (Luque Ramos et al. 2018).

Eine neuere, vom Statistikportal STATISTA veröffentlichte Studie liegt für das Jahr 2021 vor. Es wurden 6193 Personen im Alter von 18 Jahren und älter befragt, die im vorangegangenen Jahr einen Arzt besucht hatten, ohne dass nach der Art der fachärztlichen Behandlung differenziert wurde. Die Wartezeiten wurden in Abhängigkeit von der Kassenzugehörigkeit dargestellt, doch die Unterschiede zwischen den Kassenarten waren eher gering. So gaben 28 % der GKV- und 30 % der PKV-Versicherten an, dass sie bei ihrem Arztbesuch keine Wartezeiten in Kauf zu nehmen hatten. Bei den GKV-Versicherten berichteten 10 % Wartezeiten von zwei bis drei Tagen, bei Privatversicherten waren es 15 %. Unter den Befragten mit

längeren Wartezeiten waren GKV-Versicherte häufiger vertreten, die Unterschiede zwischen den Versicherungsarten waren gering (STATISTA 2021).

Eine weitere Studie aus einem klinischen Setting zeigt, dass längere Wartezeiten in Abhängigkeit vom Versicherungsstatus auch bei schweren Erkrankungen bei laufenden Behandlungen auftreten können. In einer Querschnittstudie an 4626 Patientinnen mit Mammakarzinom wurde mitgeteilt, dass GKV-Patientinnen mit Mammakarzinom in der Klinik über längere Wartezeiten bei anstehenden Untersuchungen, Behandlungen, bei der Entlassung sowie bei ärztlichen Gesprächen berichteten, und auch in diesen Fällen waren privat versicherte Patientinnen insgesamt zufriedener mit den erhaltenen Behandlungen. Die Relation zwischen privat und gesetzlich Versicherten kann ein Faktor der Priorisierung sein, denn die Behandlungskapazitäten in Kliniken sind begrenzt, im vorliegenden Fall hatte dies jedoch keinen Einfluss auf die Disparitäten zwischen den beiden Gruppen von Patientinnen (Lee et al. 2019).

Ungleichheiten im Zugang zur stationären Versorgung sind schwierig zu untersuchen, und so ist auch die Zahl der Arbeiten zum Thema gering. In einer monozentrischen Studie an Patientinnen und Patienten mit Darmkrebserkrankungen wurden die Wartezeiten zu verschiedenen Stadien des Behandlungsprozesses untersucht. Demnach gab es beim Erstkontakt zwar Wartezeiten bis zum Behandlungsbeginn, die Unterschiede zwischen den Versicherungsarten waren jedoch aufgrund der großen Streuung und der insgesamt kleinen Fallzahlen nicht statistisch signifikant. Durch Kassenzugehörigkeit bedingte Verzögerungen bis zu fachärztlichen und stationären Behandlungen fanden sich nicht, die tatsächlich aufgetretenen Unterschiede in den Wartezeiten ließen sich auf Verzögerungen seitens der Patientinnen und Patienten zurückführen (Langenbach et al. 2010). Insgesamt gibt es auf der Grundlage dieser Studie keine Hinweise auf systembedingte ungleich lange Wartezeiten zwischen Patientinnen und Patienten verschiedener Kassenarten in der klinischen Versorgung. Die vorliegende Evidenz ist jedoch zu gering, um Schlussfolgerungen zu ziehen.

### 3 Ungleichheiten in der Qualität der Versorgung

Ungleichheiten in der Qualität der Versorgung sind schwieriger zu untersuchen als Zugangsbarrieren, denn die Operationalisierung von Qualität ist komplexer. In Studien wurde daher auch oft Mortalität als Endpunkt gewählt, was jedoch eine Reihe von Erkrankungen ausschließt und zu Unschärfen in den Ergebnissen führt. Soziale Ungleichheiten bei der Sterblichkeit nach Erkran-

kung als Endpunkt lässt zudem mehrere Interpretationen zu, denn ohne Kenntnis von Krankheitsstadien bleibt es offen, ob Ungleichheiten in den Erkrankungsstadien bereits vor der Diagnose existierten oder ob es Unterschiede in der Qualität medizinischer Behandlungen gab. Aus Deutschland gibt es nur wenige Arbeiten zu sozialen Unterschieden bei der Behandlung und zu Krankheitsverläufen, für die größtenteils die genannten Einschränkungen gelten.

Anhand einer quasi-experimentellen Studie untersuchten Knesebeck et al. (2020) bei Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz, ob Migrationshintergrund mit Unterschieden in der allgemeinmedizinischen Entscheidungsfindung verbunden ist. Die beteiligten Ärztinnen und Ärzte machten keine Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten mit und ohne Migrationshintergrund, bei den Letztgenannten wurden jedoch im ärztlichen Gespräch mehr Fragen zu Lebensweisen und zum familiären Hintergrund gestellt. Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten mit und ohne Migrationshintergrund hinsichtlich des Auftretens von Rezidiven und der Sterblichkeit nach Erkrankung wurden in einer monozentrischen Studie in einer deutschen Klinik ( $n = 8162$ ) untersucht. Sie verwendete detaillierte klinische, soziodemografische und Behandlungsdaten, was die Aussagekraft der Ergebnisse erheblich verbessert. Unter Einbeziehung mehrerer Krebsarten zeigten sich weder für die Länge rezidivfreier Intervalle noch für die Sterblichkeit Unterschiede zwischen den verglichenen Gruppen (Rüdiger et al. 2021).

In einer Studie mit Daten einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung aus den Jahren 1987 bis 1996 wurde untersucht, ob es bei Patientinnen und Patienten mit Lungenkrebs, Krebserkrankungen des Darms, des Magens und bei Brustkrebs Unterschiede in den Überlebenschancen nach Erkrankung gab. Es zeigte sich, dass es mit Ausnahme von Brustkrebs soziale Gradienten im Erkrankungsaufreten gab. Nach Erkrankung gab es – bei Berücksichtigung der Indikatoren Einkommen und berufliche Position – innerhalb der Gruppe der Patientinnen und Patienten jedoch keine sozialen Unterschiede im Überleben (Geyer 2008). Diese Analysen wurden mit GKV-Daten der Jahre 2005 bis 2016 für Lungenkrebs wiederholt. Wiederum wurden keine sozialen Unterschiede im Überleben nach sozioökonomischem Status gefunden, was mit den oben genannten Einschränkungen als Argument für sozial gleiche Behandlungsverfahren gewertet werden kann. Da die Daten nur von gesetzlich Versicherten verwendet wurden, bleibt es offen, ob die Ergebnisse bei Vergleichen mit Privatversicherten anders ausgefallen wären (Schröder 2021).

Für den Fall des Typ-2-Diabetes wurde untersucht, wie sich Komorbiditäten (gleichzeitiges Auftreten von zwei oder mehr Erkrankungen) bei Typ-2-Diabetes über eine Beobachtungsperiode von 2005 bis 2017 bei unterschiedlichen Gruppen von Versicherten entwickeln. Als Indika-

tor für soziale Differenzierung wurde das Individualeinkommen verwendet. Vor dem Hintergrund erheblicher sozialer Unterschiede beim Auftreten von Typ-2-Diabetes (Safieddine et al. 2020) zeigten sich für die gesamte Versichertenpopulation Anstiege in den Komorbiditätsraten, was als Verschlechterung des Gesundheitszustands von bereits an Typ-2-Diabetes erkrankten Männern und Frauen gewertet werden muss. Zwischen den Einkommensgruppen gab es jedoch keine Unterschiede in den Komorbiditätsraten, die Anstiege waren in allen betrachteten Einkommensgruppen ähnlich und statistisch nicht signifikant. Diese Entwicklungen können so interpretiert werden, dass es keine Behandlungsunterschiede nach Einkommen gegeben hat (Safieddine et al. 2023).

Direkte Indikatoren der Behandlungsqualität wurden in einer US-amerikanischen Studie betrachtet, indem bei 11 368 Brustkrebspatientinnen (Alter: 66–90 Jahre) Unterschiede nach sozioökonomischem Status untersucht wurden. Alle waren über die Armenversorgung Medicaid versichert. Es zeigte sich, dass bei gleichem Krankenversicherungsschema ärmere Frauen weniger effektive Behandlungsverfahren erhielten, was mit höheren Wahrscheinlichkeiten von Rezidiven und geringeren Überlebenswahrscheinlichkeiten einherging (Dreyer et al. 2018). In einer weiteren Studie wurden zwischen 1992 und 2010 krankenversicherte Brustkrebspatientinnen (Alter: 75 Jahre) aus den USA einbezogen. Der sozioökonomische Status (SES) wurde nicht individuell, sondern durch wohnortbasierte Maße zugeordnet. Endpunkt war die Überlebensdauer nach Diagnose, und jeder Patientin mit einem niedrigen SES wurde anhand einer Reihe von Kriterien eine Patientin mit höherem SES zugeordnet. In der Folge zeigten sich erhebliche Unterschiede in der Überlebenszeit. So lag der Median in der Gruppe der Frauen mit niedrigem SES bei 84 Monaten, während sie in der Gruppe mit höherem SES bei 126 Monaten lag. Die Autoren der Studie führen diese Ergebnisse auf Unterschiede in Erkrankungsstadien zum Zeitpunkt des Erstkontakts zurück, relevante Behandlungsunterschiede wurden nicht berichtet. Der größte Teil der Behandlungsergebnisse wäre damit bereits zum Zeitpunkt der Diagnose festgelegt gewesen (Silber et al. 2018). Ähnliche Befunde wurden in einer weiteren US-amerikanischen Studie für das Auftreten von Metastasen zum Zeitpunkt der Diagnose berichtet (Diessner et al. 2020). Die Versicherungsart variierte innerhalb der beiden berichteten Studien nicht. Bei Einbeziehung des Indikators Versicherungsart zeigten sich in einer früheren Studie für Brustkrebs, Lungenkrebs und Darmkrebs ebenfalls erhebliche Unterschiede in der Mortalität. Im Vergleich waren die Sterblichkeiten bei Patientinnen und Patienten, die Unterstützung durch das Gesundheitsfürsorgeprogramm Medicaid erhielten, durchweg um ein Mehrfaches höher als bei Personen, die privat oder über Health-Maintenance-Organisationen (HMO) versichert waren (Bradley et al. 2001).

## 4 Soziale Ungleichheiten in der Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung

Soziale Ungleichheiten im Zugang zur medizinischen Versorgung und Unterschiede in der Qualität medizinischer Behandlungen werden üblicherweise auf strukturelle Merkmale von Versorgungssystemen zurückgeführt. Unterschiede in der Inanspruchnahme können dagegen multikausal sein, denn sie können als Ergebnis individueller Entscheidungen von Patientinnen und Patienten, von Barrieren bei der Inanspruchnahme, von Mangelsituationen in der Versorgung oder auch als Ergebnis aller genannten Faktoren verstanden werden.

In einer Studie mit Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung wurde gezeigt, dass die Teilnahme am Zervixkarzinomscreening (der Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses) während des Beobachtungszeitraums von 2006 bis 2011 angestiegen war, jedoch hatten sich die im ersten Beobachtungsjahr bestehenden Unterschiede nach schulisch-beruflicher Qualifikation bis zum letzten Beobachtungsjahr vergrößert. Die absolute und relative Zunahme war in der höchsten Qualifikationsstufe von 52,5 % auf 58,4 % am höchsten, während die Teilnahmequote in der niedrigsten Stufe von 38,4 % auf 40,4 % anstieg, die sozialen Unterschiede hatten sich damit vergrößert (Geyer et al. 2015). Es handelte sich bei der Früherkennung des Zervixkarzinoms in den betrachteten Jahren nicht um eine Untersuchung auf Einladung, wie es z. B. beim Brustkrebscreening der Fall ist. Die Screenings wurden im Rahmen eines definierten Programms durchgeführt, was für die teilnehmenden Frauen nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden war. Für die gleiche Zeitperiode führten wir Analysen mit Krankenversicherungsdaten für Frauen im Alter zwischen 50 und 76 Jahren zur Teilnahme am Brustkrebscreening durch (unveröffentlichte Daten und eigene Analysen). Es zeigte sich, dass die Teilnahmeraten über die Jahre schwankten, jedoch lag sie bei Frauen mit niedrigeren Bildungsniveaus durchgängig höher als bei den Frauen mit Hochschulabschluss. Beim Brustkrebscreening handelt es sich um ein Programm mit Einladungsschreiben, die postalisch versandt werden. Einladungsverfahren führen zu einer Verbesserung der Teilnahmeraten und zu einer Verringerung sozialer Unterschiede, denn sie senken die Schwelle für eine Inanspruchnahme und erhöhen die Transparenz der medizinischen Versorgung. Das Bildungsniveau ist in diesem Falle von geringerer Bedeutung. Beim sogenannten „grauen“ Screening, das auf Initiative der Versicherten selbst durchgeführt wird, waren die Teilnahmeraten zwar niedriger, jedoch zeigte sich der bekannte soziale Gradient, d. h., je höher die Qualifikation ist, desto höher fällt die Teilnahmerate aus (Siegel et al. 2017).

Ein ähnlicher Gradient in die gleiche Richtung zeigte sich bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie. Obwohl bekannt ist, dass die Morbiditätsraten bei psychischen Erkrankungen mit dem Grad der Bildungs- und der materiellen Benachteiligung zunehmen (Kivimäki et al. 2020), gab es in einer mit Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführten Studie die höchsten Inanspruchnahmeraten bei den besser ausgebildeten Männern und Frauen (Epping et al. 2017). Psychotherapie ist ein besonderer Fall, weil eine Diagnose einer psychischen Störung noch immer mit der Angst vor sozialer Abwertung oder Stigmatisierung verbunden ist (Siegel et al. 2017), im Fall von Psychotherapien können Inanspruchnahmeraten auch durch die Unterversorgung mit Therapieplätzen und lange Wartezeiten beeinflusst werden (Rommel et al. 2017).

Wegen bestehender und über die Zeit zunehmender Zuzahlungsregelungen sollten soziale Ungleichheiten in der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen auftreten, wie es auch in der bereits genannten Arbeit von Hollederer/Wildner (2018) angenommen wurde. In einer Studie mit Daten der Deutschen Mundgesundheitsstudien 1989, 1997 und 2005 wurden Muster der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Versorgungsleistungen betrachtet. Dabei wurde untersucht, ob die Inanspruchnahme in Abhängigkeit von Einkommen und Bildung mehr präventions- oder mehr beschwerdeorientiert stattfindet. Insgesamt nahm die präventionsorientierte Inanspruchnahme über die Zeit zu. Entgegen den Erwartungen waren Effekte von Bildung gering oder nicht vorhanden, jedoch hatten sich in den durch die Studien abgedeckten Zeiträumen auf Bevölkerungsebene die Anteile von Männern und Frauen mit höheren Bildungsabschlüssen erhöht. Effekte des Einkommens auf ein beschwerdeorientiertes Inanspruchnahmeverhalten zeigten sich nur in der untersten Einkommensgruppe, obwohl die Zuzahlungen über die Zeit erhöht wurden (Geyer/Micheelis 2012).

Auf der Grundlage des EU-SILC 2005 und 2014 wurde eine Studie zu ungedecktem medizinischem Bedarf durchgeführt. Es zeigte sich, dass bei Angehörigen unterer Einkommensgruppen im Bedarfsfall medizinische Leistungen seltener in Anspruch genommen wurden als bei Personen mit mittleren und höheren Einkommen. Diese Tendenz war bei zahnmedizinischen etwas stärker als bei allgemeinmedizinischen Leistungen. Obwohl die Befunde auf finanzielle Zugangsbarrieren verweisen, lassen die Daten mehrere Interpretationen zu. Präzisere Schlussfolgerungen zu den Relationen zwischen systembedingten und individuellen Anteilen der Nichtinanspruchnahme waren nicht möglich, da die Daten nur die subjektiven Einschätzungen abbildeten, ohne dass sie mit spezifischen Diagnosen abgeglichen werden konnten (Hollederer/Wildner 2018).

## 5 Schlussbetrachtung

Die Literaturlage zu sozialen Ungleichheiten in der Versorgung stellt sich als eher lückenhaft und unvollständig dar. Insbesondere internationale Studien haben gezeigt, dass es Ungleichheiten in der Versorgung nach den aus der Sozialepidemiologie bekannten Indikatoren sozialer Differenzierung gibt, es treten jedoch auch erhebliche Unterschiede nach der Art der Krankenversicherung auf. Für Deutschland wurden für den Zugang zur Versorgung auf der Grundlage von Surveys oder empirischen Studien Unterschiede nach der Art der Krankenversicherung berichtet, jedoch bezogen sich die vorliegenden Arbeiten auf aufschiebbare Behandlungen. Für den Bereich der stationären Versorgung liegt für Deutschland nur eine einzige Studie vor. Sie hat keine Hinweise auf soziale Unterschiede in der stationären Versorgung erbracht, stattdessen entstanden Verzögerungen bis zur Behandlung ausschließlich auf der Patientenseite (Langenbach et al. 2010). Studien zu sozialen Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung sollten also nicht nur strukturelle, sondern auch patientenseitige Barrieren berücksichtigen.

Qualität in der Versorgung ist empirisch schwerer zu fassen, weil zur Beurteilung medizinischer Angebote keine einheitlichen Kriterien zur Verfügung stehen. Mortalität als Qualitätsindikator stellt einen eher groben Ansatz dar. In Studien aus Deutschland wurden keine Unterschiede in der Mortalität berichtet, was sich jedoch nur auf Befunde innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung bezieht. In der Einleitung wurden als mögliche Endpunkte das Wiederauftreten von Erkrankungen (z. B. ein Reinfarkt oder Rezidive bei Krebserkrankungen) genannt. Für Deutschland ist die Datengrundlage in Gestalt von Routinedaten von Krankenversicherungen zwar vorhanden, sie wurde bisher aber nicht zur Untersuchung von Ungleichheiten in der Versorgung genutzt. Leider liegen auch keine Untersuchungen vor, die gesetzliche und private Krankenversicherungen im Hinblick auf Behandlungsverfahren und Behandlungsergebnisse vergleichen, sodass hier eine erhebliche Forschungslücke besteht. Vergleiche zwischen den beiden Versicherungsarten werden auch dadurch erschwert, dass in der PKV zusätzliche Leistungen vertraglich aufgenommen oder ausgeschlossen werden können. Hinzu kommt, dass private Krankenversicherungen ihre Daten bisher nicht oder nur ausnahmsweise für wissenschaftliche Analysen zur Verfügung gestellt haben. US-amerikanische Studien zeigten sowohl soziale Unterschiede in der Versorgung innerhalb einer Versicherungsart (Dreyer et al. 2018; Silber et al. 2018) als auch zwischen verschiedenen Versicherungsarten (Bradley et al. 2001), die wesentlich mehr Variabilität aufweisen als private und gesetzliche Versicherungen in Deutschland.

Soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme stellen sich als Kombinationen struktureller und individueller

Faktoren dar, die teilweise wiederum auf die Ungleichheitsstruktur der Gesellschaft rückführbar sind. Bei der Psychotherapie gibt es ein erhebliches Stadt-Land-Gefälle in der Versorgung, das sich neben der räumlichen Entfernung zwischen Wohnort und Praxis auch in unterschiedlich langen Wartezeiten zuungunsten ländlicher Regionen manifestiert (Rabe-Menssen et al. 2017; Rommel et al. 2017). Neben diesen strukturellen Faktoren spielen Merkmale der häufigsten ambulant behandelten psychischen Erkrankungen (Angst und Depression) sowie die Angst vor Stigmatisierung eine Rolle. Ein besseres Wissen über Versorgungsmöglichkeiten oder eine stärkere Aufmerksamkeit von Hausärztinnen und Hausärzten sollten eine teilweise Verbesserung erbringen.

Beim Screening von Erkrankungen wird bisher weitgehend auf die Eigeninitiative von Patientinnen und Patienten gebaut, wobei es keine oder kaum finanzielle Barrieren des Zugangs gibt. Verbesserungen sollten durch eine Ausweitung von Einladungsmodellen erreichbar sein, die geeignet sind, die Teilnahmeraten insgesamt zu verbessern und soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme zu reduzieren.

Als mögliche praktische Folgerungen aus den angesprochenen Befunden ergeben sich folgende Aspekte: Ungleichheiten im Zugang zur Versorgung könnten sich künftig eher noch vergrößern. Ein durch den demografischen Wandel entstehender zunehmender Mangel an Ärztinnen und Ärzten in der Fläche und damit einhergehende Stadt-Land-Disparitäten könnten wenigstens teilweise durch videogestützte Konsultationen kompensiert werden. Ein niedrigschwelliger Zugang zur Versorgung könnte durch gemeindenahere Versorgungseinrichtungen erleichtert werden. Diese müssten nicht notwendigerweise dauerhaft mit Ärztinnen und Ärzten besetzt werden, sondern durch breit qualifiziertes Personal aus der Pflege.

Um zu untersuchen, ob es überhaupt Ungleichheiten in der Qualität der medizinischen Versorgung gibt, ist es erforderlich, die Datengrundlagen zu schaffen, indem Routinedaten aus verschiedenen Quellen aus Kliniken und Krankenversicherungen genutzt werden.

Ungleichheiten in der Inanspruchnahme könnten durch die Verbesserung gesundheitsbezogenen Wissens und verbesserte Prävention reduziert werden. Im Sinne eines zweiten Ansatzes könnten Ungleichheiten in der Inanspruchnahme durch eine stärker auf die Menschen zugehende Medizin verringert werden. Wenn für eine größere Zahl von Erkrankungen Einladungsmodelle konzipiert werden, wird sich jedoch bald die Frage stellen, wo eine vertretbare Grenze zwischen Eigeninitiative und Einladungen mit starkem Aufforderungscharakter verläuft. ■

## LITERATUR

- Bradley, C. J. / Given, C. W. / Roberts, C.** (2001): Disparities in Cancer Diagnosis and Survival, in: *Cancer* 91(1), S. 178–88
- Braveman, P. / Egarter, S. / Williams, D. R.** (2011): The Social Determinants of Health: Coming of Age, in: *Annual Review of Public Health* 32, S. 381–398, DOI: 10.1146/annurev-publhealth-031210-101218
- Corris, V. / Dormer, E. / Brown, A. / Whitty, P. / Collingwood, P. / Bamba, C. / Newton, J. L.** (2020): Health Inequalities Are Worsening in the North East of England, in: *British Medical Bulletin* 134(1), S. 63–72, DOI: 10.1093/bmb/ldaa008
- Diessner, B. J. / Weigel, B. J. / Murugan, P. / Zhang, L. / Poynter, J. N. / Spector, L. G.** (2020): Associations of Socioeconomic Status, Public vs Private Insurance, and Race/Ethnicity with Metastatic Sarcoma at Diagnosis, in: *JAMA Network Open* 3(8), DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.11087
- Dreyer, M. S. / Nattinger, A. B. / McGinley, E. L. / Pezzin, L. E.** (2018): Socioeconomic Status and Breast Cancer Treatment, in: *Breast Cancer Research and Treatment* 167(1), S. 1–8, DOI: 10.1007/s10549-017-4490-3
- Epping, J. / Muschik, D. / Geyer, S.** (2017): Social Inequalities in the Utilization of Outpatient Psychotherapy: Analyses of Registry Data from German Statutory Health Insurance, in: *International Journal for Equity in Health* 16(1), DOI: 10.1186/s12939-017-0644-5
- FGW (Forschungsgruppe Wahlen) FW** (2018): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2018. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage April–Juni 2018, Mannheim
- Geyer, S.** (2008): Social Inequalities in the Incidence and Case-fatality of Cancers of the Lung, the Stomach, the Bowels, and the Breast, in: *Cancer Causes and Control* 19(9), S. 965–974
- Geyer, S.** (2020): Soziale Ungleichverteilungen von Gesundheit und Krankheit und ihre Erklärungen, in: Jungbauer-Gans, M. / Kriviy, P. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitssoziologie*, Wiesbaden, S. 169–192
- Geyer, S. / Jaunzeme, J. / Hillemanns, P.** (2015): Cervical Cancer Screening in Germany: Group-specific Participation Rates in the State of Niedersachsen (Lower Saxony). A Study with Health Insurance Data, in: *Archives of Gynecology and Obstetrics* 291, S. 623–629, DOI: 10.1007/s00404-014-3421-3
- Geyer, S. / Micheelis, W.** (2012): Changes in Problem-based and Routine-based Health Care Attendance. A Comparison of Three National Dental Health Surveys, in: *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 40(5), S. 459–467
- Geyer, S. / Spreckelsen, O. / von dem Knesebeck, O.** (2014): Wealth, Income, and Health before and after Retirement, in: *Journal of Epidemiology and Community Health* 68(11), S. 1080–1087
- Herbert, S.** (2006): Diagnose: unbezahlbar: Aus der Praxis der Zweiklassenmedizin, Köln
- Holleder, A. / Wildner, M.** (2018): Ungedeckter medizinischer Versorgungsbedarf in Deutschland: Ergebnisse im EU-SILC-Survey 2005 bis 2014, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 144(01), DOI: 10.1055/a-0671-4605
- Howden-Chapman, P. / Bennett, J. / Edwards, R. / Jacobs, D. / Nathan, K. / Ormandy, D.** (2023): Review of the Impact of Housing Quality on Inequalities in Health and Well-being, in: *Annual Review of Public Health* 44, S. 233–254, DOI: 10.1146/annurev-publhealth-071521-111836
- Kivimäki, M. / Batty, G. D. / Pentti, J. / Shipley, M. J. / Sipilä, P. N. / Nyberg, S. T. / Suominen, S. B. / Oksanen, T. / Stenholm, S. / Virtanen, M. / Marmot, M. G. / Singh-Manoux, A. / Brunner, E. J. / Lindbohm, J. V. / Ferrie, J. E. / Vahtera, J.** (2020): Association between Socioeconomic Status and the Development of Mental and Physical Health Conditions in Adulthood: A Multi-cohort Study, in: *Lancet Public Health* 5(3), DOI: 10.1016/s2468-2667(19)30248-8
- Klein, J. / von dem Knesebeck, O.** (2022): Soziale Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung, in: Siegrist, J. / Stöbel, U. / Trojan, A. (Hrsg.): *Medizinische Soziologie in Deutschland*, Wiesbaden, S. 243–256
- von dem Knesebeck, O. / Scherer, M. / Marx, G. / Koens, S.** (2020): Medical Decision Making among Patients with Heart Failure – Does Migration Background Matter?, in: *BMC Primary Care* 21, DOI: 10.1186/s12875-020-01260-4
- Langenbach, M. / Sauerland, S. / Kröbel, K. W. / Zirngibl, H.** (2010): Why so Late? Delay in Treatment of Colorectal Cancer is Socially Determined, in: *Langenbeck's Archives of Surgery* 395, S. 1017–1024
- Lee, S. / Gross, S. E. / Pfaff, H. / Dresen, A.** (2019): Differences in Perceived Waiting Time by Health Insurance Type in the Inpatient Sector: An Analysis of Patients With Breast Cancer in Germany, in: *Inquiry* 56, DOI: 10.1177/0046958019875897
- Die Linke** (2017): Wahlprogramm der Partei DIE LINKE zur Bundestagswahl 2017, Berlin
- Lüngen, M. / Stollenwerk, B. / Messner, P. / Lauterbach, K. W. / Gerber, A.** (2008): Waiting Times for Elective Treatments According to Insurance Status: A Randomized Empirical Study in Germany, in: *International Journal for Equity in Health* 7(1), DOI: 10.1186/1475-9276-7-1
- Luque Ramos, A. / Hoffmann, F. / Spreckelsen, O.** (2018): Waiting Times in Primary Care Depending on Insurance Scheme in Germany, in: *BMC Health Services Research* 18(1), DOI: 10.1186/s12913-018-3000-6
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development)** (2020): *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, Paris
- Poirier, M. J. P. / Grignon, M. / Grépin, K. A. / Dion, M. L.** (2018): Transnational Wealth-related Health Inequality Measurement, in: *SSM Population Health* 6, S. 259–275, DOI: 10.1016/j.ssmph.2018.10.009
- Rabe-Menssen, C. / Hentschel, G. / Ruh, M.** (2017): Ergebnisse der DPTV-Online-Umfrage – Ist-Zustand vor der Richtlinien-Reform: Erhebliche regionale Unterschiede in der Wartezeit auf Psychotherapie. Deutsche Psychotherapeuten-Vereinigung: DPTV Hintergrund 2.2017, Berlin
- Rommel, A. / Bretschneider, J. / Kroll, L. E. / Prütz, F. / Thom, J.** (2017): Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Indivi-

duelle Determinanten und regionale Unterschiede, in: *Journal of Health Monitoring* 2 (4), DOI: 10.17886/rki-gbe-2017-111

**Rüdiger, R. / Geiser, F. / Ritter, M. / Brossart, P. / Keyver-Paik, M.-D. / Faridi, A. / Vatter, H. / Bootz, F. / Landsberg, J. / Kalff, J. C. / Herrlinger, U. / Kristiansen, G. / Pietsch, T. / Aretz, S. / Thomas, D. / Radbruch, L. / Kramer, F.-J. / Strassburg, C. P. / Gonzales-Carmona, M. / Skowasch, D. / Essler, M. / Schmid, M. / Nadal, J. / Ernstmann, N. / Sharma, A. / Funke, B. / Schmidt-Wolf, I. G. H.**

(2021): No Evidence to Support the Impact of Migration Background on Treatment Response Rates and Cancer Survival: A Retrospective Matched-pair Analysis in Germany, in: *BMC Cancer* 21 (1), DOI: 10.1186/s12885-021-08141-8

**Safieddine, B. / Sperlich, S. / Beller, J. / Lange, K. / Epping, J. / Tetzlaff, J. / Geyer, S.** (2020): Socioeconomic Inequalities in Type 2 Diabetes in Employed Individuals, Nonworking Spouses and Pensioners, in: *SSM – Population Health* 11, DOI: 10.1016/j.ssmph.2020.100596

**Safieddine, B. / Sperlich, S. / Beller, J. / Lange, K. / Geyer, S.** (2023): Socioeconomic Inequalities in Type 2 Diabetes Comorbidities in Different Population Subgroups: Trend Analyses Using German Health Insurance Data, in: *Scientific Reports* 13, DOI: 10.1038/s41598-023-37951-y

**Schäfer, A.** (2019): Dreiklassenmedizin in Deutschland, in: *GesundheitsRecht* 18 (11), S. 681–686, DOI: 10.9785/gesr-2019-181103

**Schröder, S.** (2021): Soziale Ungleichverteilung bei der Inzidenz von Lungencarcinomen, sowie bei der Mortalität von Patienten, die Lungencarcinome haben. Diss. Medizinische Hochschule Hannover

**Siegel, S. / Rau, H. / Dors, S. / Brants, L. / Börner, M. / Mahnke, M. / Zimmermann, P. L. / Willmund, G. / Ströhle, A.** (2017): Barrieren der Inanspruchnahme von Psychotherapie ehemaliger Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr (Veteranen). Eine Expertenbefragung, in: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 125, S. 30–37, DOI: 10.1016/j.zefq.2017.06.006

**Silber, J. H. / Rosenbaum, P. R. / Ross, R. N. / Reiter, J. G. / Niknam, B. A. / Hill, A. S. / Bongiorno, D. M. / Shah, S. A. / Hochman, L. L. / Even-Shoshan, O. / Fox, K. R.** (2018): Disparities in Breast Cancer Survival by Socioeconomic Status Despite Medicare and Medicaid Insurance, *The Milbank Quarterly* 96 (4), S. 706–754, DOI: 10.1111/1468-0009.12355

**STATISTA** (2021): Wie viele Tage/Wochen haben Sie auf ihren letzten Arzttermin gewartet?, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/706853/umfrage/umfrage-zur-wartezeit-auf-den-letzten-arzttermin-nach-krankenversicherung>

**Tarazona, M.** (2010): Regionale Bildungsdisparitäten und Beschäftigungsentwicklung, in: *Raumforschung und Raumordnung* 68 (6), S. 471–481, DOI: 10.1007/s13147-010-0057-z

**Wenang, S. / Schaeffers, J. / Afdal, A. / Gufron, A. / Geyer, S. / Dewanto, I. / Haier, J.** (2021): Availability and Accessibility of Primary Care for the Remote, Rural, and Poor Population of Indonesia, in: *Frontiers in Public Health* 9, DOI: 10.3389/fpubh.2021.721886

## AUTOR

**SIEGFRIED GEYER**, Prof. Dr., Leiter der Forschungs- und Lehrinheit Medizinische Soziologie an der Medizinischen Hochschule Hannover. Forschungsschwerpunkte: Langzeitliche Morbiditätsentwicklung, soziale Ungleichheiten bei Gesundheit und Krankheit, Auswirkungen von chronischen Erkrankungen auf die soziale Lage.

@ geyer.siegfried@MH-Hannover.de