



FORSCHUNGSBERICHTE DES
INSTITUTS FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIE UND KLINI-
SCHE EPIDEMIOLOGIE DER UNIVERSITÄT ZU KÖLN



STUDIEN ZU GESUNDHEIT, MEDIZIN UND GESELLSCHAFT

NR. 04/ 2011 VOM 19.07.2011 *** ISSN 1862-7412 *** WWW.IGKE.DE/SGMG

Ungleichheiten der Gesundheitsversorgung - Befragung von Bürgern in zwei Kölner Stadtteilen

Autoren:

Huptasch B*

Santos S*

Drabik A

Passon A

Lüngen M

Korrespondierender Autor: markus.luengen@uk-koeln.de

* gleichberechtigte Erstautoren in alphabetischer Reihenfolge

Die Reihe „Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft“ umfasst Arbeits- und Forschungsberichte des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln sowie kooperierender Wissenschaftler und Institutionen.

Die Berichte und weitere Informationen zu den Forschungsberichten können im Volltext abgerufen werden unter
<http://www.igke.de/SGMG>

Bitte zitieren Sie vorliegenden Bericht als

Huptasch B, Santos S, Drabik A, Passon A, Lungen M. Ungleichheiten der Gesundheitsversorgung – Befragung von Bürgern in zwei Kölner Stadtteilen. Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2011; Köln: Ausgabe 04/2011 vom 19.07.2011.

1 Einleitung

Gesundheitliche Ungleichheiten gemessen am sozioökonomischen Status konnten für Deutschland in der Vergangenheit bereits nachgewiesen werden [1]. Im Mittelpunkt dieser Untersuchungen liegen vor allem Wirkungszusammenhänge zwischen der sozioökonomischen Lage auf der einen, und Lebensstil, Gesundheitszustand sowie Inanspruchnahme von Versorgungs- und Vorsorgeleistungen auf der anderen Seite [2 - 4]. Der Fokus bei der Untersuchung gesundheitlicher Ungleichheiten richtete sich zuletzt zunehmend stärker auf die Determinanten sozialer Ungleichheit und ging damit über die bloße Beschreibung vorherrschender Missstände hinaus [5].

Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit umfassen unter anderem demografische Faktoren, die Lebens- und Arbeitsbedingungen, den individuellen Lebensstil, genetische Faktoren sowie die Kommune und das soziale Umfeld [6 - 9].

Vergleichsweise wenige Untersuchungen existieren über den Einfluss des kleinräumigen Umfeldes der Bürger. Diese oftmals als Nachbarschaft oder auch Stadtviertel bezeichnete Einflussvariable kann erheblichen Einfluss auf Zugang, Qualität und Kosten der Versorgung entwickeln, etwa wenn Ärzte die Entscheidung über ihre Niederlassung treffen. Auch werden sich soziodemografische Variablen nach Stadtteilen nicht zufällig verteilen [10]. Bisher bekannt war, dass es Abweichungen im Versorgungsbedarf und der Versorgungsdichte in Stadtteilen geben kann. Schröer (2008) analysierte die wichtigsten Motive der Vertragsärzte für ihre individuelle Standortentscheidung und untersuchte am Beispiel des Rhein-Erft-Kreises (westlich von Köln), ob es innerhalb der KV-Planungseinheiten räumliche Unterschiede in der ambulanten Versorgung gibt [11].

Unsere Studie soll anhand einer schriftlichen Befragung von Bürgern erheben, welche subjektiv empfundenen Abweichungen bezüglich der Dimensionen Zugang zum Arzt, Finanzierung (Zuzahlung) und empfundener Versorgungsqualität zwischen sozioökonomisch heterogenen Stadtteilen bestehen.

2 Methode

2.1 Fragebogen

Der Fragebogen basiert auf der Zusammenschau von für die vorliegende Studie relevanten Items bereits existierender Umfragen zur Patientenzufriedenheit [14 - 17] und einer zusätzlichen Expertenbefragung. Für die Expertenbefragung wurde die Methode der Gruppenbefragung gewählt. Dabei wurde der Fragebogen 3 Personen aus verschiedenen Fachgebieten vorgelegt. Anschließend wurde der Fragebogen in einem „Zwei-Phasen-Pretesting“ [18] getestet, wobei neben dem Standardpretest ein schriftlich auszufüllender Evaluationsbogen eingesetzt wurde.

Der Fragebogen umfasste in der eingesetzten Fassung 16 Fragen. Die Dimensionen Zugang, Qualität und Finanzierung wurden über 11 Fragen abgedeckt.

Innerhalb der Fragenkategorie zum Zugang zur medizinischen Versorgung wurden neben dem Vergleich der Wartezeiten der Versicherten (sowohl bei Vergabe eines Sprechstundentermins als auch innerhalb der Praxis) und ihren möglichen gesundheitlichen Folgen beispielsweise auch das Facharztangebot in den jeweiligen Stadtteilen betrachtet. In Bezug auf die Qualität wurden subjektive Einschätzungen der Patienten zu Aspekten wie der „Gründlichkeit“ der Behandlung und der Arzt-Patienten-Kommunikation abgefragt. Als wesentliche für den Patienten spürbare Finanzierungsaspekte wurden die 2004 eingeführte Praxisgebühr und Arzneimittelzuzahlungen evaluiert.

Zusätzlich wurde die generelle Zufriedenheit mit dem medizinischen Versorgungsangebot abgefragt sowie soziodemografische Angaben (Tabelle 1).

Tab. 1 Dimensionen und Attribute der Versichertenbefragung

Dimension	Attribut
Allgemeine Angaben	
Soziodemografie	Alter Geschlecht Nationalität
Krankenversicherung	Versicherungsstatus (gesetzlich/privat)
Inanspruchnahmeverhalten	Arzttreue Art der Praxisform Besuchshäufigkeit
Zugang	Wartezeit Termin Wartezeit Praxis Gesundheitliche Nachteile durch Wartezeit Anfahrtsweg Hausbesuche Facharztangebot
Qualität	Dauer Behandlungsgespräch Sorgfalt der Untersuchung Beurteilung des Arztes Aufmerksamkeit Patientenbeteiligung Einfühlungsvermögen
Finanzierung	Praxisgebühr Arzneimittelzuzahlungen
Zufriedenheit	Medizinisches Versorgungsangebot im Stadtteil Entwicklung des Versorgungsangebots

2.2 Stichprobe

Es wurden 2.000 Haushalte in zwei Kölner Stadtteilen kontaktiert. Die einbezogenen Stadtteile sollten folgende Voraussetzungen erfüllen:

- 1) Divergenz in Bezug auf Durchschnittseinkommen, Arbeitslosenquote und Anteil der Sozialleistungsempfänger (soziale Struktur),
- 2) Hinreichende Größe bezüglich der Ausdehnung und des Bevölkerungsanteils, um eine möglichst eigenständige gesundheitliche Versorgung bereitstellen zu können.

Als geeignet wurden die Stadtteile Köln-Lindenthal (als sozial starkes Gebiet mit hohem Durchschnittseinkommen) und Köln-Porz (als sozial schwaches Gebiet mit niedrigem Durchschnittseinkommen) ausgesucht. Grundlage für die Einordnung der Stadtteile waren die öffentlichen Angaben zur Sozialstruktur [19] (Tabelle 2).

Die Fragebögen wurden im Mai 2010 in einem Zufallsverfahren händisch verteilt. Dazu wurden nach vorgegeben Kriterien eines Random-Route Verfahrens (etwa „drittes Haus auf der linken Seite, zweites Klingelschild, danach viertes Haus rechts“ etc. [20]) Briefkästen ausgewählt. Im Anschreiben angesprochen wurde jeweils diejenige Person, die zuletzt Geburtstag hatte. Personen unter 18 Jahren wurden von der Befragung ausgeschlossen. Neben dem Fragebogen und Anschreiben erhielten die Befragten einen portofreien Rückumschlag. Als Rücksendefrist wurden 6 Wochen vorgesehen. Ein Nachfassen erfolgte nicht. Die Rücksendung war anonym. Es bestand die Möglichkeit, die E-Mail Adresse zu nennen, um an einer Verlosung teilzunehmen.

Tab. 2 Arbeitslose, Arbeitslosenquote und Hilfebedürftige in der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach SGB II in den Stadtteilen Köln-Porz und Köln-Lindenthal

(Stand: 31.12.2009)

Stadtteil	Arbeitslose	Arbeitslosenquote	Hilfebedürftige insgesamt	SGB II – Quote
Köln-Lindenthal	551	3,7	651	2,9
Köln-Porz	838	12,5	2 103	19,1
Köln insgesamt	52 956	10,3	116 870	14,3

2.3 Statistische Analyse und Operationalisierung

Die statistische Analyse erfolgte mit dem Statistikpaket SPSS (Version 18.0). Neben einer deskriptiven Analyse wurde in einem zweiten Schritt eine induktive Analyse zur Untersuchung statistisch signifikanter Einflüsse auf die Dimensionen Zugang, Qualität, Finanzierung und Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung durchgeführt. Die Operationalisierung der einzelnen Dimensionen erfolgte anhand der folgenden Items des Fragebogens:

Zugang: „Als Sie das letzte Mal bei Ihrem Haus- oder Allgemeinarzt einen Sprechstunden-Termin ausgemacht haben, bei dem Sie auch den Arzt sprechen wollten, wie viele Tage mussten Sie da auf den Termin warten?“

Da die Antwortkategorien („Ich konnte sofort kommen“/ „1 Tag“/ „2 Tage – 1 Woche“/ „Mehr als 1 Woche aber weniger als 14 Tage“/ „Mehr als 2 Wochen“) zu geringe Häufigkeiten aufwiesen wurde die Frage dichotomisiert in die zwei Kategorien „Wartezeit \leq 1 Woche“ und „Wartezeit $>$ 1 Woche“.

Qualität: „Wie gut hat Ihnen Ihr Hausarzt beim letzten Besuch zugehört, unabhängig davon, wie beschäftigt er gerade war?“; „Wie gut hat er die Erkrankung und die geplante Therapie mit Ihnen besprochen?“; „Wie gut hat er Ihre Sorgen und Ängste berücksichtigt?“.

Aufgrund des hohen linearen Zusammenhangs war die Zusammenfassung dieser drei Fragen zur Wahrnehmung der Arzt-Patienten-Kommunikation legitim und der Mittelwert wurde als abhängige Variable verwendet.

Finanzierung: „Haben Sie schon einmal einen Arztbesuch wegen der Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro... aufgeschoben?“/...vermieden?“/...bin von der Praxisgebühr befreit“/nichts davon“.

Auch hier erfolgte eine Dichotomisierung der ursprünglich vier Antwortmöglichkeiten zu den Kategorien „aufgeschoben und/oder vermieden“ und „weder noch“.

Zufriedenheit: „Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem derzeitigen medizinischen Versorgungsangebot in Ihrem Stadtteil?“

Die betrachteten Einflussvariablen waren „Stadtteil“, „Alter“, „Geschlecht“, „Nationalität“ und „Versichertenstatus“ (gesetzlich/privat). Bei der Analyse der Gesamtzufriedenheit der Versicherten wurden außerdem die anderen drei Dimensionen (Qualität, Zugang, Finanzierung) als Einflussvariablen betrachtet. Für die Dimensionen Qualität und Zufriedenheit wurde, aufgrund der metrischen Charakteristik der abhängigen Variablen, ein lineares Regressionsmodell gewählt. Für die dichotomen Dimensionen Zugang und Finanzierung erfolgte eine Anpassung an ein logistisches Regressionsmodell.

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobenbeschreibung

Die Rücklaufquote der insgesamt 2.000 ausgeteilten Fragebögen betrug nach Ausschluss zweier unbrauchbarer Fragebögen 18% (360 gültige Bögen). Davon kamen 61,4% (221 Bögen) aus dem Stadtteil Lindenthal und 38,6% (139 Bögen) aus dem Stadtteil Porz.

Die Stichprobenpopulation im Stadtteil Lindenthal ist etwas jünger (bis 49 Jahre) als im Stadtteil Porz, wo der Anteil von Bewohnern ab 50 Jahren leicht überwiegt (Lindenthal: 55% < 50 J; Porz: 48,6% < 50 J). Der Anteil der über 70-jährigen Personen ist in Porz deutlich größer (26,8% versus 19,5% in Lindenthal).

Im als sozial gehobener klassifizierten Stadtteil Lindenthal gaben 97,2% der Antwortenden ihre Nationalität mit deutsch an, 78,2% waren in der gesetzlichen Krankenversicherung und 61,2% waren weiblich. In Porz waren 95,7% der Befragten deutscher Nationalität, 92% waren gesetzlich versichert und 66,7% waren weiblich (Tabelle 3).

Tab. 3 Verteilung der Stichprobenpopulation nach soziodemografischen Faktoren

Stadtteil	Lindenthal	Porz
	Anteil in % (Anzahl)	Anteil in % (Anzahl)
Alter		
18 – 49	55 (121)	48,6 (67)
50 – 69	25,5 (56)	24,6 (34)
70+	19,5 (43)	26,8 (37)
Gesamt (Fehlende Werte=2)	100,0 (220)	100,0 (138)
Geschlecht		
Weiblich	61,2 (134)	66,7 (92)
Männlich	38,8 (85)	33,3 (46)
Gesamt (Fehlende Werte=3)	100,0 (219)	100,0 (138)
Nationalität		
Deutsch	97,2 (210)	95,7 (132)
Andere	2,8 (6)	4,4 (6)
Gesamt (Fehlende Werte=6)	100,0 (216)	100,0 (138)

Versichertenstatus		
Gesetzlich	78,2 (172)	92,0 (127)
Privat	21,8 (48)	8,0 (11)
Gesamt (Fehlende Werte=2)	100,0 (220)	100,0 (138)

3.2 Zugang

In dem als sozial schwächer klassifizierten Stadtteil Köln-Porz wurde die Zahl der Hausarztbesuche mit im Durchschnitt 4,7 pro Jahr angegeben, gegenüber 3,7 Besuchern pro Jahr in Lindenthal.

Lindenthaler Versicherte warteten kürzer auf einen Sprechstundentermin als Versicherte in Porz. 91,7% der befragten Lindenthaler Bürger gaben an, ihren letzten Arzttermin innerhalb einer Woche erhalten zu haben, 8,3% warteten länger als eine Woche. Im Stadtteil Porz erhielten 78% den letzten Arzttermin innerhalb einer Woche, 22% der Befragten mussten länger als sieben Tage warten.

Die Variable Stadtteil weist einen signifikanten Einfluss auf den Zugang zur ambulanten Versorgung auf ($p=0,002$). Die Chance, einen Sprechstundentermin innerhalb einer Woche zu bekommen, ist für in Lindenthal lebende Versicherte rund 2,9-mal höher als für Porzer Versicherte. Für die anderen im Modell untersuchten unabhängigen Variablen („Alter“, „Geschlecht“, „Nationalität“, „Versichertenstatus“) konnte kein signifikanter Einfluss auf die abhängige Variable „Zugang zur Versorgung“ festgestellt werden.

Von den Versicherten *mit* Wartezeit gaben 13,6% der Befragten in der Porzer Stichprobe an, dass die zeitliche Verzögerung bei der Termin-Vergabe mit Sicherheit gesundheitliche Nachteile für sie zur Folge hatte. In Lindenthal betrug dieser Anteil 0%.

Auch innerhalb der Arztpraxis unterschieden sich die Wartezeiten von Lindenthaler und Porzer Versicherten deutlich. 30 – 60 Minuten oder sogar länger als 60 Minuten warteten 24,7% in Lindenthal gegenüber 55,5% der Befragten in Porz.

Mehr Porzer als Lindenthaler Befragte führen immer oder häufig in einen anderen Stadtteil, um einen adäquaten Facharzt aufzusuchen (Porz: 39,1%; Lindenthal 25%). Ähnlich

hoch waren die Anteile der Befragten, die noch keine fachärztliche Behandlung nötig gehabt hatten (Porz: 5,8%; Lindenthal: 4,2%).

3.3 Qualität

Insgesamt wurden alle drei die Arzt-Patienten-Kommunikation betreffenden Items in der Lindenthaler Studienpopulation, auf einer Skala von 0 („Sehr gut“) bis 6 („Gar nicht“), um einige Punktwerte besser als in der Porzer Vergleichsgruppe bewertet. Nach Zusammenfassung der Teilfragen ergaben sich im Mittel folgende Bewertungen: Lindenthal: 1,33 Punktwerte (SD=1,39); Porz: 1,51 Punktwerte (SD=1,54).

Die Variable Stadtteil hatte keinen signifikanten Einfluss auf die empfundene Qualität der Versorgung ($p=0,417$). Signifikant war einzig der Versichertenstatus ($p=0,017$). Gesetzlich Versicherte bewerteten die Qualität der ärztlichen Kommunikation im Mittel um 0,51 Punktwerte schlechter als privat Versicherte.

In beiden Stadtteilen gaben die Befragten die durchschnittliche Dauer des letzten Behandlungsgesprächs bei Ihrem Arzt mit 12,4 Minuten (Lindenthal, SD=7,4 Minuten) bzw. 12,6 Minuten (Porz, SD=6,5 Minuten) annähernd gleich an.

In beiden Stadtteilen fühlte sich ein nahezu gleich großer Anteil der Befragten unzureichend sorgfältig durch ihren Arzt behandelt (Lindenthal: 62,8%; Porz: 60,3%). Ein höherer Anteil in Porz gab an, sich schon „Öfter als einmal“ nicht gründlich genug untersucht gefühlt zu haben (28,7% gegenüber 16,3% in Lindenthal).

3.4 Finanzierung

Als wesentliche für den Patienten spürbare Finanzierungsaspekte wurden die 2004 eingeführte Praxisgebühr und Arzneimittelaufzahlungen evaluiert.

35,2% der Befragten in Lindenthal und 42,3% der Befragten in Porz gaben an, schon einmal einen Arztbesuch wegen der Praxisgebühr aufgeschoben oder vermieden zu haben. Von der Praxisgebühr befreit sind mehr Versicherte in Lindenthal (18,7%) als in Porz (13,1%). Die Gründe für die Befreiung wurden hier nicht näher differenziert.

Die Variable Stadtteil hatte in dieser Untersuchung keinen signifikanten Einfluss auf die Wahrnehmung von finanziellen Barrieren in der Gesundheitsversorgung ($p=0,123$).

Ein signifikanter Einfluss konnte dagegen für die Variablen „Alter“ ($p<0,001$) und „Versichertenstatus“ ($p<0,001$) gefunden werden. Die Chance einen Arztbesuch aufzuschieben und/oder zu vermeiden ist bei jüngeren Versicherten signifikant höher als bei Versicherten ab 70 Jahren und bei den privat Versicherten um den Faktor 0,022 geringer als bei gesetzlich Versicherten.

Hinsichtlich der Auswirkungen von Medikamentenzuzahlungen auf das Verhalten der Versicherten gaben mehr als doppelt so viele Porzer Befragte an, die Besorgung eines vom Arzt verschriebenen Medikaments wegen der Zuzahlung in der Apotheke schon mindestens einmal aufgeschoben zu haben (Lindenthal: 6,4%; Porz: 13,9%). Den Kauf vermieden und sich stattdessen ohne Medikament auskuriert haben sich etwas mehr Befragte in Porz als in Lindenthal (15,3% vs. 14,6%). Ähnlich wie bei der Praxisgebühr sind auch von der Rezeptgebühr mehr Lindenthaler als Porzer Bürger befreit (11,9% vs. 8,8%).

3.5 Zufriedenheit

Zusammenfassend erfolgte durch die Versicherten eine allgemeine Bewertung des Versorgungsangebots in ihrem jeweiligen Stadtteil. Auf die Frage „Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem derzeitigen medizinischen Versorgungsangebot in Ihrem Stadtteil?“ lag die durchschnittliche Bewertung auf einer visuellen Analog-Skala von 0 bis 6 in Lindenthal bei 1,3 (SD=1,3), in Porz bei 2,2 (SD=1,6).

Es konnte ein signifikanter Einfluss des Stadtteils auf die Zufriedenheit der Befragten festgestellt werden ($p<0,001$). Im Mittel waren die befragten Lindenthaler Versicherten im Vergleich zu den Porzern um 0,7 Punktwerte zufriedener mit der Versorgung. Auch der Versichertenstatus ($p=0,031$) wurde als signifikanter Einflussfaktor auf die Zufriedenheit ausgemacht. Gesetzlich Versicherte waren im Vergleich zu den privat Versicherten um 0,4 Punktwerte unzufriedener. Die Qualität der Versorgung hat ebenfalls einen

signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit dahingehend, dass diese um 0,337 Einheiten steigt, wenn die Qualität um eine Einheit steigt ($p < 0,001$).

Tabelle 4 zeigt zusammenfassend die statistisch signifikanten Einflussvariablen für die untersuchten Dimensionen. Weitere Informationen und Zahlenmaterial kann bei den Autoren nachgefragt werden.

Tab. 4 Signifikante Einflussvariablen auf die untersuchten Dimensionen

Variable	Zugang	Qualität	Finanzierung	Allgemeine Zufriedenheit
Stadtteil	$p=0,002$	n.s.*	n.s.	$p < 0,001$
Versichertenstatus	n.s.	$p=0,017$	$p < 0,001$	n.s.
Geschlecht	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Nationalität	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Alter	n.s.	n.s.	$p < 0,001$	n.s.
Qualität der Versorgung**	-	-	-	$p < 0,001$

* nicht signifikant

** wurde für die Gesamtzufriedenheit als eigene abhängige Variable überprüft

4 Diskussion

In einer Befragung von Bürgern in zwei Kölner Stadtteilen mit unterschiedlicher Sozialstruktur ermittelten wir die Einschätzung bezüglich der Dimensionen Zugang, Finanzierung und Qualität sowie die allgemeine Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung. Die Befragung erfolgte vor dem Hintergrund, dass sich die Diskussion um Versorgungsdichten immer stärker auch auf die kleinräumigen Abweichungen konzentriert.

Unsere Befragung zeigt, dass der Stadtteil insbesondere einen signifikanten Einfluss auf den Zugang zur Versorgung hat. Weniger stark ist der Einfluss des Stadtteils auf die empfundene Qualität und auf Belastungen durch die Finanzierung (Zuzahlungen). Für Finan-

zierung und Qualität spielten der Versichertenstatus (gesetzlich oder privat) und das Alter der befragten Bürger eine größere Rolle. Das Einkommen als weitere mögliche Erklärungsvariable wurde nicht abgefragt. Der Anteil der privatversicherten Personen ist in Lindenthal deutlich höher als in Porz (21,8% versus 8%). Dieser Aspekt lässt vermuten, dass die oben genannten Unterschiede in den Wartezeiten auf die unterschiedliche Verteilung der gesetzlich- bzw. privatversicherten Patienten zurückzuführen sind. Ein solcher Zusammenhang lässt sich auch aus bisher veröffentlichten Studien ableiten [21,22].

Unsere Ergebnisse werden durch andere Untersuchungen weitgehend bestätigt. Wie in der Befragung der Bertelsmann Stiftung 2009, konnte auch in dieser Studie festgestellt werden, dass die Qualität der Versorgung von gesetzlich Versicherten im Vergleich zu privat Versicherten, als signifikant schlechter empfunden wird. Bisher gibt es allerdings nach bestem Wissen der Autoren keine deutsche Studien, welche die Ergebnisqualität anhand klinischer Endpunkte für gesetzlich und privat Versicherte vergleicht. Unser Ergebnis lässt jedoch vermuten, dass zumindest subjektiv eine gravierende Ungleichbehandlung wahrgenommen wird. [23,24,25].

Auch in Bezug auf Finanzierung müssen die Ergebnisse in den Zusammenhang bereits bestehender Studien gestellt werden. Einerseits existiert ein gut belegter (indirekter) Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheitsstatus [26,27,28,3], andererseits dürfte die Frage nach der individuellen Zahlungsbereitschaft (Zuzahlungen, Selbstbehalte) stärker von der individuellen Situation abhängen und weniger vom Stadtteil. Die Wirkung von Zuzahlungen, auch unter Einbeziehung von möglichen Befreiungen, ist in der Literatur zudem uneinheitlich beantwortet worden. [29,30]. Betrachtet man die Ergebnisse dieser Untersuchung, so kann vermutet werden, dass die Praxisgebühr, weniger als bisher angenommen, zu einer Ungleichheit unterschiedlicher sozialer Schichten beiträgt.

Einen signifikanten Einfluss hat der Stadtteil jedoch auf die generelle Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung. Dies spricht dafür, dass die Gesundheitsversorgung nicht losgelöst von den sie umgebenden kleinräumigen gesellschaftlichen Bedingungen und der Sozialstruktur gesehen werden darf. Unsere Ergebnisse weisen darauf hin, dass es sehr wohl bereits Versorgungsunterschiede auch innerhalb von überversorgten Regionen

gibt. Insgesamt weist Köln eine hohe Dichte an Ärzten auf, so dass die Unterschiede innerhalb der Kölner Stadtteile als bedenklich gelten können. Wir vermuten, dass diese Ergebnisse auf andere Städte übertragbar sind.

Einschränkungen unserer Studie liegen in möglichen Verzerrungen durch die Antwortquoten, die, wie nicht anders zu erwarten, vergleichsweise niedrig liegen. Inwieweit besonders zufriedene oder unzufriedene Bürger antworteten, ist uns nicht bekannt. Zumindest in Bezug auf die Hausarztbesuche (als einem Marker für Morbidität) konnte keine auffällige Abweichung festgestellt werden.

Wir empfehlen, die Untersuchung mit zeitlichem Abstand zu wiederholen um Zeitreihenergebnisse zu erhalten und dabei möglichst weitere Stadtteile beziehungsweise Städte einzubeziehen. In einer gesundheitspolitischen Versorgungsdebatte sollten kleinräumige Auswirkungen von Versorgungsgesetzen stärker in den Blickpunkt genommen werden.

5 Literatur

1. Lampert T, Saß AC, Häfelinger M, Ziese T. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut; 2005.
2. Mielck A. Soziale Ungleichheit und Mortalität. In: Mielck A, Hrsg. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Hans Huber; 2000: 69-84.
3. Lungen M, Siegel M, Drabik A, Büscher G, von Törne I. Ausmaß und Gründe für Ungleichheiten der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. In: Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft; Köln: Ausgabe 05/2009 vom 30.06.2009.
4. Rückinger S, von Kries R, Pauli S, Munte A, Mielck A. Die Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Frauen wird in Regionen mit niedrigerem Haushaltseinkommen seltener in Anspruch genommen – Analyse von Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Gesundheitswesen 2008; 70 (7): 393-7.
5. Richter M, Hurrelmann K. Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. Aus Politik und Zeitgeschichte 2007; 42: 3-10.
6. Mackenbach JP. Health inequalities: Europe in profile. An independent expert report commissioned by the UK presidency of the EU. London: Department of Health; 2006.°URL:http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4121584.pdf.
7. Schulz A, Northridge M. Social determinants of health: implications for environmental health promotion. Health Educ Behav 2004; 31(4):455-71.

8. Najman J. A general model of the social origins of health and wellbeing. In: Eckersley R, Dixon J, Douglas B, Hrsg. The social origins of health and well-being. Cambridge: Cambridge University Press; 2001:73-82.
9. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: part 2. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
10. Kawachi I, Berkman L. Neighborhood and Health. New York: Oxford University Press; 2003.
11. Schröder MA. Disparitäten der ambulanten ärztlichen Versorgung. Eine exemplarische Untersuchung am Beispiel eines großstadtnahen Landkreises. VDM Verlag Dr. Müller; 2008.
12. Wörz M, Foubister T, Busse R. Access to health care in the EU-Member states. Euro Observer 2006; 8(2):1-4.
13. Donabedian A. Needed research in the assessment and monitoring of the quality of medical care. National Center for Health Services Research. Research Report Series; 1978.
14. Bertelsmann-Stiftung. Gesundheitsmonitor. URL: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-32DAAEDE-50F2F89B/bst/hs.xsl/prj_7097_86894.htm.
15. Gericke CA, Schiffhorst G, Busse R, Häussler B. Ein valides Instrument zur Messung der Patientenzufriedenheit in ambulanter haus- und fachärztlicher Behandlung: das Qualiskope-A. Gesundheitswesen 2004; 66 (11): 723-31.

16. Grogan S, Conner M, Norman P, Willits D, Porter I. Validation of a questionnaire measuring patient satisfaction with general practitioner services. *Quality in Health Care* 2000; 9 (4):210-5.
17. Nübling M, Mühlbacher A, Niebling W. Patientenbefragung in der Hausarztpraxis: Entwicklung, Validierung und Einsatz eines Instrumentes. *Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundheitswes.* 2004; 98 (4):301-8.
18. Prüfer P, Rexroth M. Zwei-Phasen-Pretesting. ZUMA-Arbeitsbericht 2000/08. Mannheim; 2000.
19. Amt für Stadtentwicklung und Statistik. Die Kölner Stadtteile in Zahlen. 2010. URL:°<http://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf15/koelner-stadtteile-in-zahlen-2010.pdf>.
20. Kromrey H. Empirische Sozialforschung. 11. Aufl. Stuttgart: Lucius & Lucius; 2006: 309 f.
21. Lungen M, Stollenwerk B, Messner P, Lauterbach KW, Gerber A. Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany. *Int J Equity Health.* 2008;7: 1-7.
22. Sauerland D, Kuchinke BA, Wübker A. Warten gesetzlich Versicherte länger? Zum Einfluss des Versichertenstatus auf den Zugang zu medizinischen Leistungen im stationären Sektor. *Gesundh ökon Qual manag* 2009; 14(2): 86-94.
23. Marstedt G. GKV-Reformen im Urteil der Versicherten: Erst einmal Systemdefizite beheben! *Gesundheitsmonitor. Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung* 2009; 3: 1-7.

URL: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-CFD00BA7-4BA997E9/bst/Newsletter_Gesundheitsmonitor_3_2009.pdf.

24. Vonneilich N, Althenhöner T, Böcken J, von dem Knesebeck O.. Soziale Ungleichheit in der wahrgenommenen Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung bei chronisch Kranken. Gesundheitswesen 2010; Ausgabe e-first. URL: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1249706>.

25. Reisig V , Reitmeir P , Döring A et al. and the KORA Study Group . Social inequalities and outcomes in type 2 diabetes in the German region of Augsburg . A cross-sectional study. International Journal of Public Health 2007; 52: 158-65.

26. Wagstaff A, van Doorslaer E. Equity in Health Care Finance and Delivery. In: Culyer A, Hrsg. Handbook of Health Economics. Amsterdam: Elsevier; 2000: 1804-62.

27. Mackenbach JP et al. The shape of the relationship between income and self-assessed health: an international study. Int J Epidemiol 2005; 34:286-93.

28. Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst A. Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. Luxembourg: European Commission (OIL); 2007. URL: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/socioeco_in_equalities_en.pdf.

29. Zok K. Das Arzt – Inanspruchnahmeverhalten nach Einführung der Praxisgebühr. Ergebnisse aus zwei Repräsentativumfragen unter 3000 GKV-Versicherten. WIdO-Monitor 2005; 2(2): 1-7.

30. Gebhardt, B. Zwischen Steuerungswirkung und Sozialverträglichkeit - eine Zwischenbilanz zur Praxisgebühr aus Sicht der Versicherten. Gesundheitsmonitor. Böcken J et al.,Hrsg. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung; 2005: 11-31.

Interessenkonflikt

Es besteht kein finanzieller Interessenkonflikt. Das Projekt wurde teilweise (Versand- und Materialkosten) von der Dr. Werner Jackstädt-Stiftung gefördert.