



SOZU_Akut – Soziale Ungleichheiten in der subjektiven Versorgungsqualität im Akutkrankenhaus

Thomas Althenöner, Mirjam Philippi, Carolin Baczkiewicz & Michael Köhler

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorwort.....	2
2.	Ziele des Projekt.....	3
3.	Methoden und Setting.....	3
4.	Stichprobe	4
5.	Ergebnisse	5
6.	Kritische Betrachtung der Ergebnisse des Projektes.....	8
7.	Ausblick.....	10
8.	Autoren.....	10
9.	Literaturverzeichnis.....	11

Zusammenfassung

Als eine mögliche Erklärung des Zusammenhangs zwischen sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten werden Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung diskutiert. Ein Kriterium könnte die durch Patienten erlebte Qualität gesundheitlicher Versorgung sein. Mit Hilfe der Studie „SOZU_Akut“ sollte untersucht werden, inwieweit die subjektiv wahrgenommene Versorgungsqualität während eines stationären Aufenthaltes im Akutkrankenhaus in Abhängigkeit sozioökonomischer Merkmale differiert. Als sozioökonomische Einflussgrößen wurden Bildung, sozialer Status und der Krankenversicherungsstatus einbezogen. Insgesamt beurteilen die in der standardisierten Befragung einbezogenen 1340 Krankenhauspatienten die Versorgung durch Ärzte und Pflegekräfte sehr positiv und haben hohes Vertrauen zu ihnen. In einer Reihe von Dimensionen unterscheidet sich die Bewertung in Abhängigkeit von Bildung, Schicht und Versicherungsstatus. Zwar kann nicht die Existenz eines durchweg bestehenden Gradienten nachgewiesen werden, nach dem sozioökonomisch Schwächere schlechter versorgt werden, in einigen Bereichen wird dies allerdings so wahrgenommen. Dies betrifft in erster Linie den Umgang der Ärzte und Pflegekräfte mit den Patienten sowie Wartezeiten und Terminverschiebungen. Sozioökonomisch schwächere Patienten artikulieren zudem ein geringeres Bedürfnis nach Aufklärung, gleichzeitig geben Personen der unteren Schicht häufiger an, dass bei ihnen Informationen zu Behandlung und Medikation offen blieben. Da vor allem die psychische Belastung durchgängig eine kritischere Bewertung hervorruft und schwächer gestellte Patienten gleichzeitig stärker psychisch beeinträchtigt sind, sollte diesem Aspekt in der Krankenhausversorgung vermehrt Beachtung zuteilwerden. Im Hinblick auf andere Kriterien, wie der Zimmerausstattung oder der Sauberkeit zeigt sich ein inkongruentes Bild. Während PKV-Versicherte und Patienten der oberen sowie der unteren Statusgruppe hier bessere Bewertungen abgaben, scheinen diese Merkmale eher von Patienten der mittleren Statusgruppe kritischer gesehen zu werden. Geht man davon aus, dass eine als höher empfundene Versorgungsqualität sich positiv auf die Genesung auswirkt, könnte eine verstärkte Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten in Teilen auch zur Kompensation gesundheitlicher Ungleichheit beitragen.

SOZU_Akut – Soziale Ungleichheiten in der subjektiven Versorgungsqualität im Akutkrankenhaus

Thomas Altenhöner, Mirjam Philippi, Carolin Baczkiewicz & Michael Köhler

1. Vorwort

Der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit ist auch für Industrienationen anerkannt (z.B. Kroll 2010). Entgegen früherer Annahmen, die von einem Abbau von Ungleichheiten ausgingen, weiten sich diese aus (Kunst et al. 2005; Kroll 2010). Personen der unteren Bildungs-, Einkommens- und Berufsgruppen haben ein erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko und bewerten ihre Gesundheit und Lebensqualität schlechter (z.B. Lampert et al. 2005). Zu den Ursachen des Zusammenhangs zwischen sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten existieren verschiedene Erklärungsansätze. Nach dem Ansatz von Mielck (2000) entstehen gesundheitliche Differenzen durch sozioökonomisch determinierte Unterschiede in Belastungen und materiellen und psychosozialen Ressourcen, im Gesundheitsverhalten und in der gesundheitlichen Versorgung. Während sich für die ersten drei Bereiche in zahlreichen Untersuchungen zeigt, dass untere soziale Schichten nahezu überall benachteiligt sind, besteht hinsichtlich einer schichtspezifisch differenzierten gesundheitlichen Versorgung noch Unklarheit (z.B. Janßen et al. 2009). International – und hier vor allem für den angloamerikanischen Sprachraum – konnten bereits im Zugang zu verschiedenen Maßnahmen (z.B. invasive Eingriffe bei Herzinfarkt) Unterschiede in Abhängigkeit von sozioökonomischen Merkmalen (Jackson et al. 2005; Philbin et al. 2001) nachgewiesen werden. Allerdings sind solche Ergebnisse aus anderen Gesundheitssystemen kaum auf die Versorgungssituation in Deutschland übertragbar. Für Deutschland liegen nur wenige Befunde vor, die sich vor allem auf die Prävention (Vorsorge, Impfung), die ambulante zahnmedizinische Versorgung oder Wartezeiten beziehen (vgl. Janßen et al. 2009). Inwieweit auch in der akutstationären Versorgung soziale Ungleichheiten bestehen, ist für Deutschland nicht bekannt. Dementsprechend wird ein besonderer Bedarf in der Erforschung potenzieller Versorgungsungleichheiten gesehen (z.B. v. d. Knesebeck et al. 2009).

Das subjektive Erleben gesundheitlicher Versorgung durch die Betroffenen stellt hierbei ein mögliches Qualitätskriterium dar. Neben ethischen Gründen, wie der Gleichbehandlung in der Versorgung, sprechen auch ökonomische Gründe – Erfahrungen von Patienten beeinflussen deren zukünftige Entscheidung hinsichtlich der Wahl einer Einrichtung – für den Patienten als „Qualitätsevaluator“. Zudem scheint eine von Patienten erlebte hohe Versorgungsqualität auch gesundheitliche Merkmale zu beeinflussen. So wird eine Relevanz für den Behandlungserfolg, das Schmerzempfinden, die psychische Belastung oder die Compliance der Patienten diskutiert (Pfaff et al. 2009). Bei der Beurteilung der Qualität der erhaltenen Versorgung während eines Akutkrankenhausaufenthaltes lassen sich Merkmale identifizieren, die für Patienten von besonderer Bedeutung sind. Diese betreffen die medizinische und nicht-medizinische Betreuung, infrastrukturelle Bedingungen und die Gesamtzufriedenheit mit dem Klinikaufenthalt (Steffen 2004). Schaeffer (2006) hat in einer umfangreichen wissenschaftlichen Recherche folgende Aspekte stationärer Versorgungsqualität herausgearbeitet: Vertrauenswürdigkeit; fachliche Expertise und Kompetenz; Verhältnis/Beziehung zum Patienten; Kommunikation und Information; Organisation/Management. Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der erhaltenen Versorgung und im Hinblick auf die Erwartungen an die Versorgungsqualität zeigen sich alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede (Borde et al. 2002; Deck & Böhmer 2001). Erste Untersuchungen zu Zusammenhängen zwischen sozioökonomischen Bedingungen und dem Erleben von Versorgung lassen auf schichtspezifische Differenzen schließen. So beschreiben Vonneilich und Kollegen (2010), dass Patienten mit niedrigem Bildungs- und Einkommensniveau die Beziehung zu ihrem Arzt etwas schlechter beurteilen als Patienten höherer Einkommensgruppen. Weitere Studien kamen zu dem Ergebnis, dass Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status unzufriedener mit Kontakten in das Gesundheitswesen sind als Personen mit mittlerem bzw. höherem Status (Horch et al. 2011).

SOZU_Akut – Soziale Ungleichheiten in der subjektiven Versorgungsqualität im Akutkrankenhaus

Thomas Altenhöner, Mirjam Philippi, Carolin Baczkiewicz & Michael Köhler

2. Ziele des Projekt

Im Projekt wurde untersucht, inwieweit sich die subjektiv wahrgenommene Versorgungsqualität in Abhängigkeit soziodemografischer und sozioökonomischer Merkmale wie Bildung, Einkommen, Beruf und Versicherungsstatus unterscheidet. Von besonderer Bedeutung scheinen dabei Aspekte der Interaktion und Kommunikation zwischen Patienten und Ärzten bzw. Pflegekräften (z.B. Arber et al. 2006; Deck & Böhmer 2001). Konkret wird folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- *Unterscheidet sich die subjektiv wahrgenommene Qualität eines akutstationären Krankenhausaufenthaltes in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht?*
- *Bewerten Patienten niedriger sozialer Statusgruppen oder mit geringerer Bildung die Qualität der während des Krankenhausaufenthaltes erhaltenen ärztlichen und pflegerischen Versorgung anders als Angehörige oberer sozialer Schichten oder als besser gebildete Betroffene?*
- *Gibt es im Hinblick auf die erlebte Versorgungsqualität Differenzen zwischen Patienten, die privat krankenversichert und denjenigen die gesetzlich versichert sind?*
- *Inwieweit existieren Unterschiede in Abhängigkeit von den genannten sozioökonomischen Parametern hinsichtlich der Bewertung der Kommunikation und der Verständigung mit Ärzten und Pflegekräften?*
- *Weisen untere soziale Schichten ein anderes Bedürfnis an Informationen zu und Beteiligung an Behandlungen auf als sozioökonomisch Bessergestellte? Zeigen sich Unterschiede in der Betrachtung von Alter, Geschlecht, Bildung oder dem Versichertenstatus der Patienten?*

3. Methoden und Setting

Methoden

Die Studie wurde als multizentrische Querschnittstudie in sieben Kliniken im Saarland und in Rheinland-Pfalz durchgeführt. Mit Hilfe standardisierter Fragebögen wurden Patienten von internistischen, chirurgischen sowie orthopädischen Fachabteilungen der beteiligten Häuser kurz vor ihrer Entlassung befragt. Es wurden Patienten eingeschlossen, die die folgenden Kriterien erfüllten: Deutschsprachigkeit; Alter zwischen 18 bis 75 Jahren; mindestens zwei Nächte stationärer Aufenthalt; keine manifeste psychiatrische Diagnose (z.B. Demenz).

Messinstrumente

Als sozioökonomische Merkmale wurden Bildung, Einkommen und beruflicher Status erhoben. Aus den Merkmalen Bildung, Berufsstatus und Einkommen wurde ein dreistufiger additiver Schichtindex nach Winkler und Stolzenberg (2009) gebildet. Zudem wurden das Alter, das Geschlecht, der Familienstand, die Anzahl der ständig im Haushalt lebenden Personen sowie der Erwerbs- und Versicherungsstatus erhoben. Zur Messung der subjektiv wahrgenommenen Versorgungsqualität wurden ausgewählte Skalen des Kölner Patientenfragebogens (KPF) von Pfaff et al. (2004) genutzt. Der KPF bietet die Möglichkeit, Versorgungsqualität aus Patientensicht in verschiedenen Bereichen der Krankenhausversorgung, wie z.B. Organisation, ärztliche oder pflegerische Versorgung zu erfragen. Die Skalen werden aus 3 bis 6 Items gebildet und umfassen in der Regel ein vier- oder fünfstufiges Antwortformat. Zur Einschätzung weiterer Kriterien wurden Single-Items eingesetzt. Den Aufnahmeprozess, die Vorbereitung der Entlassung und das Essen stufen die Patienten auf einer fünfstufigen Skala von sehr schlecht bis sehr gut ein. Weiterhin wurden die Patienten nach ihrer Gesamtzufriedenheit und Bereitschaft zur Weiterempfehlung der Klinik mit fünfstufigen Skalen gefragt. Vor allem als Kontrollmerkmale wurden weitere Gesundheitsfragen einbezogen. Die Patienten stufen dabei die Krankheit, die zum Klinikaufenthalt geführt hat, von



SOZU_Akut – Soziale Ungleichheiten in der subjektiven Versorgungsqualität im Akutkrankenhaus

Thomas Altenhöner, Mirjam Philippi, Carolin Baczkiewicz & Michael Köhler

„leicht“ über „mittel“ und „schwer“ bis „sehr schwer“ ein und gaben an, ob es sich dabei um eine akute oder chronische Erkrankung handelte. Des Weiteren wurden sie nach ihrem allgemeinen Gesundheitszustand, bewertet auf der Skala „ausgezeichnet“, „sehr gut“, „gut“, „weniger gut“ und „schlecht“, befragt. Zur Messung der psychischen Befindlichkeit wurde die Skala Depressivität der deutschen Version der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS_D: Herrmann, Buss & Snaith 1995; Zigmont & Snaith 1983) genutzt.

4. Stichprobe

Die Datenerhebung erfolgte in der Zeit von Januar bis Juni 2011. Jede Untersuchungseinheit, bestehend aus einer oder mehreren Stationen des gleichen Fachgebietes (Innere Medizin; Chirurgie; Orthopädie) einer kooperierenden Klinik, erhielt in der Regel Befragungsmaterial für 120 Patienten. Das Befragungsmaterial umfasste je ein Informationsschreiben des Projektteams und der Klinik, einen Patientenfragebogen sowie einen Rückumschlag. Die ausgefüllten Fragebogen sollten in dem verschlossenen Rückumschlag an das Pflegepersonal zurückgegeben werden. Insgesamt wurden 1.699 Bögen an Patienten ausgegeben, von denen 1413 ausgefüllt zurückgegeben wurden. Dies entspricht einem Bruttorücklauf von 83%. In einem weiteren Schritt wurden Fragebögen von 73 Patienten eliminiert, da sie nur unzureichend ausgefüllt waren oder die Patienten die Selektionskriterien (z.B. Alter) nicht erfüllten. Es ergab sich insgesamt eine Nettostichprobe von N=1340, die in die Datenanalysen einbezogen werden konnte. In Tabelle 1 werden die Stichprobenwerte im Überblick nach Geschlecht getrennt dargestellt.

Tabelle 1: Verteilung sozioökonomischer und -demografischer Merkmale nach Geschlecht

Merkmal	Gesamt	Männlich	Weiblich	Prüfwert	p
Stichprobe (%/N)	100 (1.340)	56,1 (749)	43,9 (586)		
Alter (M/SD)	55,8 (13,8)	56,2 (13,2)	55,42 (14,4)	T=1,0	.332
Familienstand (%/N)				$\chi^2=57,0$	<.001
<i>ledig</i>	12,5 (158)	14,5 (103)	10,0 (55)		
<i>verheiratet/Partner</i>	69,1 (873)	72,3 (515)	64,9 (358)		
<i>geschieden/getrennt lebend</i>	9,4 (119)	9,4 (67)	9,4 (52)		
<i>verwitwet</i>	9,0 (114)	3,8 (27)	15,8 (87)		
Erwerbstätigkeit (%/N)	45,4 (559)	46,1 (321)	44,7 (238)	$\chi^2=0,2$.625
Schulabschluss (%/N)				$\chi^2=10,2$.006
<i>Max. Hauptschule</i>	60,4 (725)	60,9 (420)	59,7 (305)		
<i>Mittlere Reife</i>	21,1 (254)	18,4 (127)	24,9 (127)		
<i>(Fach-)Abitur</i>	18,5 (222)	20,7 (143)	15,5 (79)		
Schicht (%/N)				$\chi^2=14,9$.001
<i>untere Schicht</i>	54,0 (612)	50,0 (340)	59,9 (272)		
<i>mittlere Schicht</i>	33,1 (375)	34,4 (234)	31,1 (141)		
<i>obere Schicht</i>	13,0 (147)	15,6 (106)	9,0 (41)		
Versicherungsstatus (%/N)				$\chi^2=10,7$.005
<i>nur GKV</i>	84,8 (1034)	83,5 (576)	86,4 (458)		
<i>GKV mit Zusatz-PKV</i>	6,0 (73)	5,1 (35)	7,2 (38)		
<i>PKV</i>	9,3 (113)	11,4 (79)	6,4 (34)		

Tabelle 2 zeigt die Bewertungen der subjektiv erlebten Versorgungsqualität geschlechtsspezifisch. Insgesamt wird die Versorgungsqualität im Krankenhaus von den Patienten erwartungsgemäß positiv (vgl. Klein 2004) bewertet. Die Skalenmittelwerte liegen überwiegend im guten bis sehr guten Bereich. Zwischen Männern und Frauen ließen sich kaum Differenzen nachweisen. Männer hatten ein etwas höheres Vertrauen in die Pflegekräfte und bewerteten ihren Behandlungserfolg



SOZU_Akut – Soziale Ungleichheiten in der subjektiven Versorgungsqualität im Akutkrankenhaus

Thomas Altenhöner, Mirjam Philippi, Carolin Baczkiewicz & Michael Köhler

ein wenig besser als die Patientinnen. Dagegen blieben bei Männern am Ende des Krankenhausaufenthaltes mehr Fragen offen, während Frauen mehr an den Behandlungsentscheidungen beteiligt werden wollten als Männer.

Tabelle 2: Subjektive Versorgungsqualität und Geschlecht

Merkmal	Gesamt (M/SD)	Männlich (M/SD)	Weiblich (M/SD)	Prüfwert T	p
Qualität der ärztlichen Versorgung					
Vertrauen zu Ärzten	0,87 (0,18)	0,87 (0,17)	0,88 (0,20)	-0,16	.873
Vernachlässigung durch Ärzte	0,32 (0,30)	0,34 (0,30)	0,32 (0,30)	1,10	.270
Informationsunsicherheit durch Ärzte	0,17 (0,22)	0,17 (0,22)	0,17 (0,23)	-0,02	.988
aktive Benachteiligung durch Ärzte	0,10 (0,20)	0,11 (0,20)	0,10 (0,20)	0,66	.510
Qualität der pflegerischen Betreuung und Versorgung					
Vertrauen zu Pflegekräften	0,85 (0,21)	0,87 (0,19)	0,84 (0,24)	2,25	.025
Vernachlässigung durch Pflegekräfte	0,26 (0,28)	0,25 (0,28)	0,26 (0,28)	-1,01	.313
aktive Benachteiligung durch Pflege	0,09 (0,19)	0,09 (0,18)	0,09 (0,19)	-0,38	.703
Bedürfnis nach Partizipation und Kommunikation					
Aufklärungsbedürfnis	0,93 (0,16)	0,93 (0,16)	0,94 (0,16)	-1,39	.165
Partizipationsbedürfnis	0,87 (0,18)	0,86 (0,18)	0,89 (0,19)	-2,39	.017
offener med. Informationsbedarf	0,33 (0,38)	0,35 (0,39)	0,30 (0,38)	2,09	.037
Weitere Struktur- Prozess- und Ergebnismerkmale					
Ablauf der Aufnahme	0,79 (0,22)	0,78 (0,22)	0,79 (0,23)	-0,86	.388
Wartezeit	0,35 (0,34)	0,36 (0,33)	0,35 (0,35)	0,27	.789
Terminverschiebung	0,23 (0,32)	0,28 (0,32)	0,25 (0,31)	1,51	.131
Absprachen zwischen Abteilungen	0,67 (0,34)	0,66 (0,34)	0,69 (0,34)	-1,93	.054
Vorbereitung der Entlassung	0,74 (0,21)	0,73 (0,21)	0,75 (0,22)	-1,52	.130
Essensversorgung	0,70 (0,24)	0,71 (0,24)	0,69 (0,25)	1,01	.314
Zimmerausstattung	0,82 (0,23)	0,81 (0,22)	0,82 (0,23)	-0,51	.609
Sauberkeit	0,81 (0,22)	0,81 (0,22)	0,81 (0,23)	0,01	.992
subjektiver Behandlungserfolg	0,82 (0,22)	0,83 (0,21)	0,80 (0,24)	1,99	.046
Gesamtzufriedenheit	0,84 (0,23)	0,83 (0,24)	0,85 (0,21)	-1,57	.117
Weiterempfehlungsbereitschaft	0,87 (0,21)	0,87 (0,21)	0,87 (0,20)	0,18	.858

Auf eine Skala von 0-1 standardisierte Mittelwerte und Standardabweichungen (geringste Ausprägung=0; höchste Ausprägung=1) (zur näheren Erläuterung siehe Abschnitt 5; Absatz 1)

5. Ergebnisse

Im Folgenden werden die signifikanten Ergebnisse der Kovarianzanalysen dargestellt. Aufgrund der unterschiedlichen Antwortformate wurden die Werte auf eine einheitliche Werteskala von 0 bis 1 transformiert. 0 entspricht der jeweils kleinstmöglichen Ausprägung, 1 dem höchstmöglichen Wert. Ein Mittelwert von 0,80 bedeutet dementsprechend, dass die Bewertung der Qualität dieses Kriteriums bei 80% der maximal (in der Regel best-)möglichen Qualitätsausprägung liegt. Die Transformation ermöglicht zum einen Aussagen darüber, zu wie viel Prozent ein Qualitätskriterium aus Sicht der Patienten „erfüllt“ ist und erlaubt zum anderen einen direkten Vergleich der Durchschnittswerte der Skalen. Die Analysen zur Relevanz von Schulbildung, sozialer Schicht und Versichertenstatus für die subjektive Versorgungsqualität, werden in drei Schritten umgesetzt. In Modell 1 werden Mittelwertdifferenzen in den Qualitätskriterien bivariat geprüft. In zwei weiteren multiplen Berechnungen werden zunächst Alter und Geschlecht als Kovariaten einbezogen (Modell 2). In Modell 3 wird als potenzieller Konfunder zusätzlich die psychische Belastung durch Depressivität kontrolliert.

SOZU_Akut – Soziale Ungleichheiten in der subjektiven Versorgungsqualität im Akutkrankenhaus

Thomas Altenhöner, Mirjam Philippi, Carolin Baczkiewicz & Michael Köhler

Tabelle 3 zeigt die Merkmale subjektiver Versorgungsqualität, die sich in Abhängigkeit vom Grad der Schulbildung signifikant voneinander unterscheiden. Patienten, die höchstens einen Hauptschulabschluss haben, bewerten das Vertrauen gegenüber den Ärzten etwas höher, fühlen sich gleichzeitig aber mehr von ihnen vernachlässigt, als Patienten, die mindestens die Realschule abgeschlossen haben. Die Unterschiede bleiben auch unter Kontrolle von Geschlecht und Alter (Modell 2), sowie der psychischen Belastung (Modell 3) signifikant.

Patienten mit höherem Schulabschluss möchten etwas mehr über ihre Erkrankung und Behandlungsmethoden aufgeklärt werden. Unter Einbezug des Effekts der psychischen Belastung lässt sich der Unterschied nicht mehr nachweisen, d.h. die Bildungsdifferenzen sind hier auf die sich unterscheidende psychische Belastung der Bildungsgruppen zurückzuführen. Patienten mit besserer Bildung sind psychisch weniger belastet (nicht dargestellt). Patienten mit niedrigerem Schulabschluss berichten während des Krankenhausaufenthalts – auch nach der Adjustierung für Alter, Geschlecht und Depressivität – mehr Wartezeiten und Terminverschiebungen z.B. in Bezug auf Untersuchungen. Umgekehrt nehmen Patienten mit höherem Bildungsabschluss – zumindest bivariat (Modell I) etwas mehr Schwierigkeiten in den Abstimmungen zwischen den Abteilungen wahr.

Tabelle 3: Signifikante Befunde der subjektiven Versorgungsqualität in Abhängigkeit von Schulbildung. Ergebnisse der Kovarianzanalysen

Merkmal	Schulabschluss		Modell I	Modell II	Modell III
	≤ Hauptschule (M/SD)	≥ Realschule (M/SD)	Prüfwert & Signifikanz	Prüfwert & Signifikanz	Prüfwert & Signifikanz
Qualität der ärztlichen Versorgung					
Vertrauen zu Ärzten	0,89 (0,18)	0,86 (0,19)	F=7,08 p=.008	F=4,74 p=.030	F=6,14 p=.013
Vernachlässigung durch Ärzte	0,34 (0,31)	0,28 (0,26)	F=12,00 p=.001	F=10,55 p=.001	F=6,62 p=.010
Bedürfnis nach Partizipation und Kommunikation					
Aufklärungsbedürfnis	0,92 (0,17)	0,95 (0,13)	F=7,59 p=.006	F=5,25 p=.022	F=3,72 p=.054
Weitere Struktur- Prozess- und Ergebnismerkmale					
Wartezeit	0,37 (0,35)	0,30 (0,31)	F=13,63 p<.001	F=8,79 p=.003	F=7,70 p=.006
Terminverschiebung	0,29 (0,33)	0,21 (0,28)	F=16,63 p<.001	F=9,97 p=.002	F=7,95 p=.005
Absprachen zwischen Abteilungen	0,69 (0,34)	0,65 (0,33)	F=3,96 p=.047	F=2,00 p=.157	F=1,54 p=.215
Essensversorgung	0,72 (0,23)	0,68 (0,24)	F=8,05 p=.005	F=3,14 p=.077	F=3,61 p=.058
Sauberkeit	0,83 (0,21)	0,79 (0,24)	F=9,65 p=.002	F=3,39 p=.066	F=3,12 p=.078
Weiterempfehlungsbereitschaft	0,89 (0,20)	0,85 (0,22)	F=8,88 p=.003	F=2,96 p=.086	F=3,35 p=.068

Auf eine Skala von 0 bis 1 standardisierte Mittelwerte und Standardabweichungen (geringste Ausprägung=0; höchste Ausprägung=1)

Modell I: nicht adjustiert; **Modell II:** adjustiert für Alter und Geschlecht; **Modell III:** adjustiert für Alter, Geschlecht und Depressivität; Prüfwerte (F) und Signifikanzen (p) für den Einfluss des Faktors Schulbildung

Weitere Unterschiede zeigen sich bei der Essensversorgung, in der Einschätzung der Sauberkeit, sowie der Weiterempfehlungsbereitschaft. Patienten mit niedrigerer Schulbildung bewerteten diese Merkmale etwas besser, nach Kontrolle von Alter, Geschlecht bzw. psychischer Belastung sind die Differenzen nur noch als tendenzielle Effekte nachweisbar.



SOZU_Akut – Soziale Ungleichheiten in der subjektiven Versorgungsqualität im Akutkrankenhaus

Thomas Althenhöner, Mirjam Philippi, Carolin Baczkiewicz & Michael Köhler

Betrachtet man die Mittelwertdifferenzen der subjektiven Versorgungsqualität zwischen den sozialen Schichten (Tabelle 4), zeigt sich, dass mit sinkendem Status der Eindruck einer Vernachlässigung durch Ärzte bzw. einer Benachteiligung durch Pflegekräfte zunimmt. Das Bedürfnis nach Aufklärung steigt umgekehrt mit zunehmender Schicht. Patienten der unteren Statusgruppen gaben etwas häufiger an, dass bei ihnen Informationen zu Medikation, Behandlungsmethoden und -risiken sowie zum Umgang mit ihrer Erkrankung offen blieben. Die Prozessmerkmale „Wartezeiten“ und „Terminverschiebungen“ lassen ebenfalls einen sozialen Gradienten zu Ungunsten niedrigerer sozialer Schichten erkennen. Allerdings zeigt sich – wie auch hinsichtlich des offenen Informationsbedarfs, dass die Differenzen bzw. ein Teil von ihnen auf die unterschiedliche psychische Belastung der Patienten zurückzuführen ist. Patienten mit niedrigerem Status sind psychisch stärker belastet (nicht dargestellt). Kein sozialer Gradient aber dennoch schichtspezifische Unterschiede in der Strukturqualität zeigen sich bei der Wahrnehmung der Patienten in Bezug auf die Ausstattung der Zimmer sowie der Sauberkeit in den Kliniken. Angehörige der mittleren Schicht bewerten diese beiden Merkmale etwas kritischer als Betroffene der unteren und oberen Schicht. Letztere beurteilen diese am besten.

Tabelle 4: Signifikante Befunde der subjektiven Versorgungsqualität in Abhängigkeit von der sozialen Schicht. Ergebnisse der Kovarianzanalysen

Merkmal	Soziale Schicht			Modell I Prüfwert & Signifikanz	Modell II Prüfwert & Signifikanz	Modell III Prüfwert & Signifikanz
	untere Schicht (M/SD)	mittlere Schicht (M/SD)	obere Schicht (M/SD)			
Qualität der ärztlichen Versorgung						
Vernachlässigung durch Ärzte	0,35 (0,30)	0,30 (0,29)	0,24 (0,24)	F=8,00 p<.001	F=7,97 p<.001	F=4,86 p=.008
Qualität der pflegerischen Betreuung und Versorgung						
aktive Benachteiligung durch Pflege	0,10 (0,20)	0,06 (0,14)	0,06 (0,16)	F=7,07 p=.001	F=6,62 p=.001	F=3,87 p=.021
Bedürfnis nach Partizipation und Kommunikation						
Aufklärungsbedürfnis	0,91 (0,18)	0,95 (0,14)	0,96 (0,13)	F=7,47 p=.001	F=7,28 p=.001	F=5,05 p=.007
offener med. Informationsbedarf	0,36 (0,40)	0,29 (0,37)	0,29 (0,34)	F=3,82 p=.022	F=4,67 p=.010	F=1,75 p=.174
Weitere Struktur- Prozess- und Ergebnismerkmale						
Wartezeit	0,37 (0,34)	0,32 (0,33)	0,31 (0,32)	F=3,43 p=.033	F=3,27 p=.038	F=1,97 p=.140
Terminverschiebung	0,28 (0,33)	0,23 (0,29)	0,22 (0,29)	F=4,42 p=.012	F=4,38 p=.013	F=2,91 p=.055
Zimmerausstattung	0,82 (0,22)	0,79 (0,25)	0,85 (0,21)	F=4,56 p=.011	F=3,87 p=.021	F=3,83 p=.022
Sauberkeit	0,82 (0,21)	0,77 (0,25)	0,84 (0,21)	F=6,30 p=.002	F=4,71 p=.009	F=4,87 p=.008

Auf eine Skala von 0 bis 1 standardisierte Mittelwerte und Standardabweichungen (geringste Ausprägung=0; höchste Ausprägung=1)

Modell I: nicht adjustiert; **Modell II:** adjustiert für Alter und Geschlecht; **Modell III:** adjustiert für Alter, Geschlecht und Depressivität; Prüfwerte (F) und Signifikanzen (p) für den Einfluss des Faktors soziale Schicht

Auch hinsichtlich des Versicherungsstatus zeigen sich in einzelnen Merkmalen Differenzen in der erlebten Versorgungsqualität (Tabelle 5). Gesetzlich Krankenversicherte fühlen sich von ärztlicher Seite etwas mehr vernachlässigt bzw. benachteiligt als privat Krankenversicherte. Nach Kontrolle der psychischen Belastung ist der Effekt der ärztlichen Vernachlässigung nicht mehr erkennbar,



SOZU_Akut – Soziale Ungleichheiten in der subjektiven Versorgungsqualität im Akutkrankenhaus

Thomas Althenhöner, Mirjam Philippi, Carolin Baczkiewicz & Michael Köhler

der Eindruck einer aktiven Benachteiligung weist noch einen tendenziellen Unterschied auf. Die pflegerische Versorgung wird von GKV-Versicherten ebenfalls etwas kritischer bewertet, der Effekt schwächt sich nach Kontrolle für Depressivität ab. D.h. auch hier scheint ein Teil der Effekte mit einer ungleichen psychischen Belastung erklärt werden zu können. Privatversicherte beurteilen zudem ihre Zimmerausstattung besser, ebenso haben sie ein höheres Bedürfnis nach Aufklärung. Den Aufnahmeprozess hingegen halten gesetzlich Versicherte für ein wenig besser abgestimmt als PKV-Versicherte.

Tabelle 5: Signifikante Befunde der subjektiven Versorgungsqualität in Abhängigkeit von der Krankenversicherung. Ergebnisse der Kovarianzanalysen

Merkmal	Krankenversicherung		Modell I	Modell II	Modell III
	GKV (M/SD)	PKV (M/SD)	Prüfwert & Signifikanz	Prüfwert & Signifikanz	Prüfwert & Signifikanz
Qualität der ärztlichen Versorgung					
Vernachlässigung durch Ärzte	0,33 (0,30)	0,27 (0,27)	F=3,85 p=.050	F=4,28 p=.039	F=2,13 p=.144
aktive Benachteiligung durch Ärzte	0,10 (0,19)	0,06 (0,13)	F=3,50 p=.061	F=3,91 p=.048	F=2,81 p=.094
Qualität der pflegerischen Betreuung und Versorgung					
aktive Benachteiligung durch Pflege	0,09 (0,18)	0,05 (0,12)	F=3,95 p=.047	F=3,99 p=.046	F=3,27 p=.071
Bedürfnis nach Partizipation und Kommunikation					
Aufklärungsbedürfnis	0,93 (0,16)	0,97 (0,08)	F=4,46 p=.035	F=5,23 p=.022	F=4,70 p=.030
Weitere Struktur- Prozess- und Ergebnismerkmale					
Ablauf der Aufnahme	0,79 (0,22)	0,74 (0,23)	F=4,80 p=.029	F=5,61 p=.018	F=5,42 p=.020
Zimmerausstattung	0,81 (0,23)	0,87 (0,19)	F=5,99 p=.015	F=5,00 p=.025	F=4,60 p=.032

Auf eine Skala von 0 bis 1 standardisierte Mittelwerte und Standardabweichungen (geringste Ausprägung=0; höchste Ausprägung=1)

Modell I: nicht adjustiert; **Modell II:** adjustiert für Alter und Geschlecht; **Modell III:** adjustiert für Alter, Geschlecht und Depressivität; Prüfwerte (F) und Signifikanzen (p) für den Einfluss des Faktors Krankenversicherung

6. Kritische Betrachtung der Ergebnisse des Projektes

Die querschnittliche Befragung wurde noch während der akutstationären Phase (inhouse) durchgeführt. Durch diese Strategie konnte mit über 80% ein deutlich höherer Rücklauf erzielt werden als mit einer postalischen Nachbefragung nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Allerdings hatten die Patienten aufgrund der Methodik nur wenig Zeit zur Reflexion der wahrgenommenen Versorgungsqualität und sie befanden sich zum Befragungszeitpunkt noch in einer gewissen Abhängigkeitssituation. Möglicherweise fielen die Bewertungen daher etwas positiver aus als es bei einer Befragung von bereits entlassenen Patienten der Fall gewesen wäre (Klein 2004). Vermutlich könnte sich eine damit einhergehende geringere Varianz in den Antworten auch hemmend für die Identifikation von Versorgungsungleichheiten auswirken.

Grundsätzlich spiegeln die Ergebnisse Befunde anderer Studien (z.B. Horch et al. 2011) wider, nach denen sich die befragten Patienten mit dem Krankenhausaufenthalt und den Kontakten zum Gesundheitswesen in allen Dimensionen zufrieden bis sehr zufrieden zeigen. Die Patienten beurteilen die Versorgung und Behandlung durch Ärzte und Pflegekräfte insgesamt sehr positiv und haben hohes Vertrauen zum behandelnden Klinikpersonal. Ebenso bestätigt die Studie die grund-

SOZU_Akut – Soziale Ungleichheiten in der subjektiven Versorgungsqualität im Akutkrankenhaus

Thomas Altenhöner, Mirjam Philippi, Carolin Baczkiewicz & Michael Köhler

sätzliche Bedeutung soziodemografischer Merkmale wie Alter und Geschlecht und sozioökonomischer Faktoren wie Bildung und Schicht für das Erleben gesundheitlicher Versorgung (z.B. Sofaer & Firminger 2005; Vonneilich et al. 2010). Unterschiede zwischen der Bewertung von Männern und Frauen lagen jedoch nur in wenigen Bereichen, wie z.B. der Einschätzung des Vertrauens zu Pflegekräften und dem Partizipationsbedürfnis vor. Somit bestätigt die Studie lediglich Erkenntnisse nach denen sich eher kein eindeutiger Trend zu einer generell geschlechtsspezifisch differenter Bewertung ablesen lässt (z.B. Dehn-Hindenburg 2010; Rahmqvist 2001).

In einer Reihe von Dimensionen unterscheidet sich die Bewertung in Abhängigkeit von Bildung, Schicht und Versicherungsstatus. Zwar kann nicht die Existenz eines durchweg bestehenden Gradienten nachgewiesen werden, nach dem sozioökonomisch Schwächere aus ihrer Sicht schlechter versorgt werden, in einigen Bereichen wird dies allerdings so wahrgenommen. Dies betrifft in erster Linie den Umgang der Ärzte und Pflegekräfte sowie die berichteten Wartezeiten und Terminverschiebungen. Differenzen in der erlebten Vernachlässigung und/oder Benachteiligung durch Pflegekräfte oder Ärzte werden in Abhängigkeit von allen drei sozioökonomischen Einflussgrößen sichtbar. Sie bleiben – außer für den Versicherungsstatus – größtenteils auch nach Kontrolle der psychischen Belastung bestehen. Für die Praxis bedeutet dies, dass sich Professionelle der Pflege und Medizin stärker damit auseinandersetzen sollten, inwieweit sie ihren Umgang besser auf die Bedürfnisse – sozial schwächerer Patienten – abstimmen können, um diesem Eindruck entgegenwirken können. Ein vergleichbarer Befund zeigte sich für Wartezeiten und Terminverschiebungen, die in ähnlicher Weise auch von Kuchinke und Kollegen (2009) und für den ambulanten Bereich von Zok (2007) berichtet wurden. Auch hier wäre zu reflektieren, warum soziale Kriterien eine Rolle bei der Terminierung spielen und inwieweit diese reduziert werden können. Da vor allem die psychische Belastung durchgängig eine kritischere Bewertung hervorruft und schwächer gestellte Patienten gleichzeitig seelisch stärker beeinträchtigt sind (vgl. z.B. Robert Koch-Institut 2011), sollte diesem Aspekt in der Krankenhausversorgung vermehrt Beachtung geschenkt werden. Die Relevanz für den akutstationären Versorgungsalltag scheint unbestritten, obgleich zunächst unklar bleibt, inwieweit psychisch Belastete dieselbe Versorgungsleistung negativer einschätzen oder tatsächlich eine Ungleichversorgung z.B. von Patienten hervorgerufen wird, indem sie sich im Versorgungsprozess weniger offen bzw. defensiver oder zurückgezogener verhalten.

Im Hinblick auf andere Kriterien wie Zimmerausstattung oder Sauberkeit zeigt sich zunächst ein inkongruentes Bild. Während PKV-Versicherte und Patienten der oberen sowie der unteren Statusgruppe hierzu bessere Bewertungen abgegeben hatten, scheinen diese Merkmale eher von Patienten der mittleren Statusgruppe kritisch gesehen zu werden. Die Ursache könnte darin liegen, dass die Patientengruppen in verschiedenen Stationen bzw. Zimmern gelegen haben. Da einige der Kliniken eigene Stationen bzw. Zimmer für Privatpatienten anbieten, liegt die Vermutung nahe, dass diese etwas besser eingerichtet sind, eventuell auch häufiger gereinigt werden. Umgekehrt werden Patienten der mittleren Schicht als überwiegend GKV-Versicherte ohne Zusatzversicherung (82%; obere Schicht=46%) in den gleichen Stationen bzw. Zimmern behandelt wie Patienten der unteren Statusgruppe. Dementsprechend könnten evtl. in dieser Studie nicht geprüfte unterschiedliche Erwartungshaltungen zwischen unterer und mittlerer Schicht zu diesem Ergebnis beigetragen haben.

Patienten mit niedrigem sozialen Status bzw. Bildungsgrad artikulieren in der Krankenhausversorgung ein geringeres Bedürfnis nach Aufklärung. Gleichzeitig geben Personen der unteren Schicht häufiger als Patienten höherer Schichten an, dass bei ihnen mehr Informationen hinsichtlich Be-

SOZU_Akut – Soziale Ungleichheiten in der subjektiven Versorgungsqualität im Akutkrankenhaus

Thomas Altenhöner, Mirjam Philippi, Carolin Baczkiewicz & Michael Köhler

handlung und Medikation offen blieben. Möglicherweise lässt sich dies als Folge des geringeren Aufklärungsbedürfnis interpretieren. D.h. der schwächer ausgeprägte Bedarf an Aufklärung führt zu einer geringeren Kommunikation - aufgrund dieser passiveren Haltung der Patienten wird ein Teil von Informationen nicht vermittelt. Zu einem ähnlichen Ergebnis in Bezug auf den Versichertenstatus kommt Sawicki (2005), wonach sich in einer PKV abgesicherte Patienten vor ihrer Entlassung signifikant besser über weitergehende Symptome und Risiken ihrer Erkrankung informiert fühlen als gesetzlich Versicherte. Ebenso konnten Floer und Kollegen (2004) zum „Shared decision making“ zeigen, dass Patienten unterer Statusgruppen häufiger angaben, der Arzt sollte allein über die weitere Behandlung entscheiden. Willems et al. (2005) bestätigten in diesem Zusammenhang einen ungleichen Kommunikationsstil von Ärzten, die sich gegenüber sozioökonomisch schwächeren Patienten etwas direkter verhielten. Um einem solchen Missverständnis besser begegnen zu können, sollten Professionelle v.a. psychisch belastete oder sozial benachteiligte Patienten zur Beteiligung an der Gestaltung ihrer gesundheitlichen Versorgung ermutigen bzw. Fragen zu stellen, die ihr Verständnis verbessern können.

7. Ausblick

Die Ergebnisse der Studie zeigen einige schichtspezifische Differenzen in der subjektiven Versorgungsqualität während eines Aufenthaltes im Akutkrankenhaus. Inwieweit sich ungleiche Aspekte auf den weiteren Krankheitsverlauf bzw. Genesungsprozess auswirken, kann im Rahmen dieser Studie nicht beantwortet werden und sollte in weiteren Forschungsvorhaben untersucht werden. Allerdings zeichnet sich ab, dass sich auch Patientenerwartungen und -bedürfnisse in Abhängigkeit von sozioökonomischen Merkmalen unterscheiden. Möglicherweise werden dadurch Teile des o.g. Missverständnisses zwischen Passivität und mangelnder Information hervorgerufen. Diesen Aspekt sollten Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen zukünftig stärker berücksichtigen. Geht man davon aus, dass sich eine als höher empfundene Versorgungsqualität auf den weiteren Krankheitsverlauf auswirkt, könnte mit der Verbesserung der Patientenorientierung möglicherweise auch ein gewisser Beitrag zur Kompensation gesundheitlicher Ungleichheit geleistet werden.

8. Autoren

Projektleiter

Prof. Dr. Thomas Altenhöner

Fachbereich: Gesundheit und Pflege

E-Mail: taltenhoener@htw-saarland.de

Homepage: <http://www.htw-saarland.de/sowi/Studium/studienangebot/gup>

Tel: 049-681-5867-380

Fax: 049-681-5867-379

Projektmitarbeiter

Carolin Baczkiewicz (BA)

Michael Köhler (Gesundheits- und Krankenpfleger)

Mirjam Philippi (Kinderkrankenschwester)

Kooperationspartner

7 Akutkrankenhäuser aus dem Saarland und Rheinland-Pfalz

SOZU_Akut – Soziale Ungleichheiten in der subjektiven Versorgungsqualität im Akutkrankenhaus

Thomas Altenhöner, Mirjam Philippi, Carolin Baczkiewicz & Michael Köhler

9. Literaturverzeichnis

- Arber, S, Mc Kinlay, J, Adams, A, Marceau, L, Link, C, O'Donell, A (2006). Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relating to CHD: A video-simulation experiment. *Social Science & Medicine*, 62, 103–115.
- Deck R, Böhmer S (2001). Erfahrungen alter Menschen mit einem Krankenhausaufenthalt. *Gesundheitswesen*, 63, 522-529.
- Floer, B, Schnee, M, Böcken, J, Streich, W, Kunstmann, W, Isfort, J, Butzlaff, M (2004). Shared decision making. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 129, 2343-2347.
- Herrmann C, Buss U, Snaith RP (1995) HADS-D. Hospital anxiety and depression scale – Dt. Version. Bern: Huber.
- Horch K, Ryl L, Hintzpeter B, Dierks ML (2011). Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen – Die Nutzerperspektive. GBE kompakt 2(2). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Jackson L, Leclerc J, Erskine Y, Linden W (2005). Getting the most out of cardiac rehabilitation: a review of referral and adherence predictors. *Heart*, 91, 10-14.
- Janssen, C, Grosse Frie, K, Dinger, H, Schiffmann, Ommen, O (2009). Der Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.). *Gesundheitliche Ungleichheit. 2. aktualisierte Auflage*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 150-165.
- Klein K (2004). Ereignisorientierte Patientenbefragung – Entwicklung und Validierung eines ereignisorientierten Fragebogens zur Bewertung der stationären medizinischen Rehabilitation (Diss). Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität.
- Kroll, LE (2010). Sozialer Wandel, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Die Entwicklung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland zwischen 1984 und 2006. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuchinke BA, Sauerland D, Wübker A (2009). The influence of insurance status on waiting times in German acute care hospitals: an empirical analysis of new data. *Int. Journal for Equity in Health*, 8 (44).
- Kunst A, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E, Mielck A, Ramm J, Spadea T, Stronegger W Mackenbach J (2005). Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology* 34(2), 295-305.
- Lampert T, Saß AC, Häfelinger M, Ziese T (2005). Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: RKI.
- Mielck A (2000). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Huber.
- Pfaff H, Steffen P, Brinkmann A, Lütticke J, Nitzsche A (2004). Der Kölner Patientenfragebogen (KPF). Kennzahlenhandbuch. Köln: Universität zu Köln.
- Pfaff H, Brinkmann A, Jung J, Steffen P (2009). Qualitätserhebungen im Gesundheitswesen. Der Patient als Partner in der Evaluation von Qualität. In: Gehrlach C, Altenhöner T, Schwappach D (Hrsg.). *Der Patients' Experience Questionnaire: Patientenerfahrungen vergleichbar machen*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Philbin EF, McCullough PA, DiSalvo TG, William G, Jenkins PL, Weaver WD (2001). Underuse of Invasive Procedures Among Medicaid Patients With Acute Myocardial Infarction. *American Journal of Public Health* 91(7). 1082-1088.
- Rahmqvist M (2001). Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons for units. *Int. Journal for Quality in Health Care*, 13(5). 385-390.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2011). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Berlin: RKI.
- Sawicki P (2005). Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ein simultaner Sechs-Länder-Vergleich aus Patientensicht. *Medizinische Klinik*, 100(11). 755-768.
- Schaeffer D (2006). Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Sofaer S, Firminger K (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Ann. Rev. Public Health*, 26. 513-559.
- Steffen, P (2004). Patientenzufriedenheit als Zielgröße für das strategische Krankenhausmanagement. In: Pfaff, H., Lütticke, J, Badura, B, Piekarski, C, Richter, P (Hrsg.). „Weiche“ Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement. Bern: Huber: 85-108
- von dem Knesebeck O, Bauer U, Geyer S, Mielck A (2009). Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung – Ein Plädoyer für systematische Forschung. *Gesundheitswesen*, 71. 59-62.
- Vonneilich N, Altenhöner T, Böcken J, v d Knesebeck O (2010). Soziale Ungleichheit in der wahrgenommenen Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung bei chronisch Kranken. *Gesundheitswesen*, 73. 211-216.
- Willems, S, de Maesschalck, S, Deveugele, M, Derese, A, de Maeseneer, J (2005). Socioeconomic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Education & Counseling*, 56. 139-146.
- Winkler J, Stolzenberg H (2009). Adjustierung des Sozialen-Schicht-Index für die Anwendung im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003/2006. Wismarer Diskussionspapiere. Wismar: Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, Hochschule Wismar.
- Wittchen HU, Jacobi F, Klose M, Ryl M (2010). Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Zigmond AS, Snaith RP (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67(6). 361-70.
- Zok K (2007). Warten auf den Arzttermin. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter GKV- und PKV-Versicherten. *WIdO-monitor* 1/2007. Bonn: WIdO.