

WIP-Information 4/2009

Liebe Leserinnen und Leser,

wir freuen uns, Ihnen heute unseren aktuellen Newsletter zu übersenden. Auch die Oktober-Ausgabe enthält eine Zusammenfassung der neusten Veröffentlichungen des WIP sowie eine Übersicht interessanter Studien aus Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung.

Wir wünschen Ihnen eine informative Lektüre!

Ihr WIP-Team

Oktober 2009

I. Editorial **S. 2**

II. WIP – aktuell **S. 3**

[Die Arzneimittelversorgung von Kindern in der PKV](#) S. 3

[Deutschland – ein im internationalen Vergleich teures Gesundheitswesen?](#) S. 4

[Radiologie - Analyse ambulanter Arztrechnungen zu Abschnitt O. der GOÄ](#) S. 5

III. Neues aus Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung **S. 6**

[Prävention](#) S. 6

[Ambulante Versorgung](#) S. 8

[Versorgungsforschung](#) S. 9

I. Editorial

"Die Krankenkassen konnten durch die Überschussentwicklung der letzten fünf Jahre wieder Finanzreserven von 4,9 Mrd. € aufbauen". Eine andere Meldung: "Finanzdebakel: Den Krankenkassen fehlen bald 7,5 Mrd. €". Zwischen den beiden Meldungen liegt genau ein Monat. Die erste stammt vom Bundesministerium für Gesundheit vom 7. September dieses Jahres und die zweite aus einem Bericht auf Spiegel-Online vom 7. Oktober. Dass zwischen den beiden Meldungen eine Bundestagswahl liegt, ist sicher richtig, aber allein als Erklärung nicht ausreichend. Die Gesundheitspolitik ist zum Feld gesellschaftspolitischer Grundsatzdiskussionen geworden. Umso wichtiger wäre es, mit klar verständlichen und eindeutigen Fakten zu diskutieren. Hierzu gehört vor allem, die zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitssystems endlich offen anzugehen.

Insbesondere der demographische Wandel in Verbindung mit dem medizinisch-technischen Fortschritt wird zu einem immer höheren Finanzbedarf bei den Krankenkassen führen. Davor kann und sollte niemand mehr die Augen verschließen. Das WIP hat auf dieses Problem bereits in früheren Studien hingewiesen. Auch das aktuelle WIP-Diskussionspapier 12/09 greift diese Thematik auf und zeigt, dass sich die Altersstruktur der Bevölkerung deutlich auf die Höhe der Gesundheitskosten eines Landes auswirkt. Wird dieser oft vernachlässigte Faktor berücksichtigt, gehört das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich keineswegs zu den teuersten.

Angesichts der demographischen Entwicklung sind die Beitragssatzprognosen für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung alles andere als günstig. Bleibt die Hoffnung, dass die neue Bundesregierung mit einer wirklich ehrlichen Bestandsaufnahme die Grundlage für eine nachhaltige Gesundheitspolitik schafft.

Impressum

Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)
des Verbands der privaten Krankenversicherung e.V.

Bayenthalgürtel 40
50968 Köln

Telefon: 0221 / 9987 - 1652

Telefax: 0221 / 9987 - 3962

E-Mail : [wip\(at\)pkv.de](mailto:wip(at)pkv.de)

Internet: www.wip-pkv.de

V.i.S.d.P. Christian Weber

Redaktion: Verena Finkenstädt

Alle vorgestellten Diskussionspapiere des WIP können unter <http://www.wip-pkv.de> eingesehen und heruntergeladen werden.

Abonnieren Sie die WIP-Information [hier](#)

II. WIP - aktuell

Die Arzneimittelversorgung von Kindern in der PKV (Frank Wild) – WIP-Diskussionspapier 13/09

Nachdem das WIP Anfang dieses Jahres bereits die Arzneimittelversorgung der über 80-Jährigen untersucht hat, liegt der Schwerpunkt im vorliegenden Diskussionspapier auf den 0- bis 13-jährigen Versicherten. Im Untersuchungsjahr 2008 waren fast 13 % aller PKV-Versicherten jünger als 14 Jahre. Auf diese Versichertengruppe entfällt ein Anteil von 5,2 % aller Arzneimittelausgaben. Für die Analyse wurden die Arzneimittelverordnungsdaten der

unter 14-Jährigen von acht PKV-Unternehmen ausgewertet.

Die Aufstellung einer Rangliste der umsatzstärksten Präparate verdeutlicht, dass bei den Kindern insgesamt bezüglich der Kosten aufgrund der Grundimmunisierung Impfstoffe dominieren (siehe Tabelle). Betrachtet man die umsatzstärksten Medikamente differenziert nach Altersgruppen, rangiert bei den 0-bis 2-Jährigen auf Platz 1 Prevenar, das zur Pneumokokken-Impfung eingesetzt wird, bei den 3- bis 6-Jährigen das Asthmamittel Singulair und in der Altersgruppe der 7- bis 13-Jährigen führt das teure Wachstumshormon Genotropin die Liste mit Abstand an.

Platz	Therapeutische Untergruppe	Umsatzanteil	Ø Preis
1	Impfstoffe	25,56%	63 €
2	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	7,67%	35 €
3	Antibiotika zur systemischen Anwendung	7,00%	19 €
4	Hypophysen- und Hypothalamushormone	6,82%	854 €
5	Husten- und Erkältungspräparate	6,07%	10 €
6	Allergene	5,00%	365 €
7	Homöopathie	4,13%	10 €
8	Immunsere und Immunglobuline	3,36%	992 €
9	Psychoanaleptika	3,23%	57 €
10	Ophthalmika	2,21%	14 €

Der Blick auf die Verordnungshäufigkeit ergibt ein ähnliches Bild, allerdings entfällt ein Großteil der Verordnungen vor allem auf Husten- und Erkältungsmittel. Von hoher Bedeutung sind auch homöopathische Medikamente und Arzneimittel der Anthroposophie. Knapp 11 % aller Verordnungen bei privatversicherten Kindern entfallen auf diese komplementärmedizinischen Medikamente.

Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass die Bedeutung von nicht verschreibungs-

pflichtigen Präparaten bei Kindern relativ hoch ist. Fast ein Viertel der Arzneimittelausgaben entfallen auf diese Präparate. Die Generikaquote ist dagegen etwas geringer als bei älteren Versicherten. Der Preisunterschied zwischen Original und Generika liegt bei den umsatzstärksten generikafähigen Wirkstoffen bei den Kindern allerdings im Durchschnitt nur bei etwa 2 %, so dass eine Erhöhung der Generikaquote nur ein sehr geringes Einsparvolumen verspricht.

[Download WIP-Diskussionspapier 13/09](#)

Deutschland – ein im internationalen Vergleich teures Gesundheitswesen? (Frank Niehaus, Verena Finkenstädt) – WIP-Diskussionspapier 12/09

Das deutsche Gesundheitswesen gilt in der gesundheitspolitischen Diskussion als eines der weltweit teuersten. Das WIP-Diskussionspapier 12/09 analysiert in diesem Zusammenhang einen Aspekt, der in der Diskussion über zu hohe Kosten im Gesundheitswesen oftmals vernachlässigt wird: Die Auswirkungen der Altersstruktur eines Landes auf die Höhe der Gesundheitsausgaben. Wenn die Gesundheitskosten der Menschen mit dem Lebensalter ansteigen, dann muss der Altersaufbau einer Bevölkerung Auswirkungen auf die insgesamt in einem Land anfallenden Gesundheitskosten haben. Werden in der Folge die gesamten Gesundheitskosten zweier Länder gegenübergestellt, kann der Vergleich nur dann zu aussagefähigen Ergebnissen führen, wenn die Altersstruktur in den jeweiligen Ländern berücksichtigt wird.

Im vorliegenden Papier wurde daher berechnet, wie hoch die Gesundheitsausgaben einzelner OECD-Länder wären, hätten diese die deutschen altersspezifischen Gesundheitsausgabenprofile. Die so ermittelten Ausgaben wurden anschließend mit den Gesundheitsausgaben verglichen, die die OECD-Gesundheitsausgabenstatistik für die entsprechenden Länder ausweist.

Das Ergebnis zeigt, dass die deutschen Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich im Mittelfeld liegen. In einem Ranking der Länder nach Höhe ihrer altersstrukturbereinigten Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Gesundheitsausgabenniveau in Deutschland, ist z.B. das Gesundheitswesen der Schweiz um 28,78 % teurer als das deutsche (siehe Tabelle). Auffällig ist, dass gerade diejenigen Länder höhere Ausgaben aufweisen, die wiederholt in Deutschland als Reformoption diskutiert werden, wie z.B. die Niederlande. Diese Erkenntnis sollte dazu Veranlassung geben, solche Ideen noch einmal sorgfältig zu überprüfen.

Rang	Land	Abweichung vom deutschen Ausgabenniveau in Prozent
1	USA	132,27 %
2	Norwegen	45,20 %
3	Schweiz	28,76 %
4	Kanada	19,82 %
5	Niederlande	15,49 %
6	Irland	14,33 %
7	Österreich	10,45 %
8	Frankreich	5,14 %
9	Belgien	4,42 %
10	Dänemark	4,01 %
11	Deutschland	0 %
12	Australien	-2,07 %
13	Schweden	-4,32 %
14	Großbritannien	-11,00 %
15	Finnland	-17,83 %
16	Griechenland	-21,30 %
17	Spanien	-21,44 %
18	Italien	-25,86 %
19	Japan	-31,52 %
20	Portugal	-37,38 %

[Download WIP-Diskussionspapier 12/09](#)

Radiologie - Analyse ambulanter Arztrechnungen zu Abschnitt O. der GOÄ (Torsten Keßler) – WIP-Diskussionspapier 11/09

Innerhalb der ärztlichen Versorgung gilt die Radiologie als ein Bereich besonderer Innovationsintensität. Das Diskussionspapier 11/09 stellt die Liquidationspraxis im ambulanten ärztlichen Versorgungssektor unter besonderer Berücksichtigung der radiologischen Leistungen dar. Letztere sind in Abschnitt O. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegt und umfassen Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztherapie und Strahlentherapie.

Datengrundlage ist eine Stichprobe von ca. 40.000 anonymisierten ambulanten und stationären ärztlichen sowie zahnärztlichen Rechnungen der 21 größten PKV-Unternehmen, die in einem repräsentativen Erhebungsverfahren ausgewählt wurden. Die Vergleichsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entstammen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Die Analyse bezieht sich auf die Jahre 2004 bis 2006.

Im Ergebnis betragen die Ausgaben für strahlendiagnostische Leistungen in der ambulanten Versorgung je GKV-Versicherten 27 € im Jahr 2006. Der Vergleichswert für Privatversicherte (inklusive Beihilfe) liegt bei 99 €. Somit wurden in

der PKV mehr als das Dreifache für radiologische Leistungen gezahlt als in der GKV. Dieses Verhältnis gilt auch bei Herausrechnung der Strahlentherapie, die in den GKV-Daten nicht erfasst ist. Zudem sind in der GKV von 2004 bis 2006 die Ausgaben je Versicherten um rund 4 % gestiegen, in der PKV betrug der Anstieg 10 %.

Insbesondere die deutlich höheren Pro-Kopf-Ausgaben für radiologische Leistungen in der PKV sind diskussionswürdig. Neben qualitativ anderen Leistungen können hier höhere Preise für vergleichbare Leistungen in der PKV sowie ein Mengeneffekt („Überdiagnostik“) für die unterschiedlichen Pro-Kopf-Ausgaben verantwortlich sein. Weil Radiologen in der Regel auf Zuweisung tätig werden, kann ein ökonomisches Eigeninteresse für eine Mengenausweitung ausgeschlossen werden. Allerdings gibt es einen Trend, vermehrt radiologische Leistungen direkt in der eigenen Praxis zu erbringen.

Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass die Ausgabendifferenz zwischen GKV und PKV wegen des vermuteten unterschiedlichen Leistungsspektrums nicht exakt quantifizierbar ist. Dennoch weist die starke Differenz zwischen GKV und PKV insgesamt auf einen großen Reformbedarf der Vergütung der radiologischen Leistungen hin.

[Download WIP-Diskussionspapier 11/09](#)

III. Neues aus Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung

Prävention

***Public knowledge of benefits of breast and prostate cancer screening in Europe* von Gerd Gigerenzer et al. (2009). In: *Journal of the National Cancer Institute* 2009, Vol. 101, Issue 17, September 2009, S. 1216-1220.**

Der Nutzen von Krebsfrüherkennung wird von Patienten in Europa deutlich überschätzt. Dabei sind die Deutschen besonders schlecht informiert. Zu diesem Ergebnis kommt die erste europaweite Studie zum Verständnis der Krebsfrüherkennung, die das Harding-Zentrum für Risikokompetenz zusammen mit der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK-Nürnberg e.V.) durchgeführt hat. 10.228 Frauen und Männer in neun europäischen Ländern (Österreich, Frankreich, Deutschland, Italien, Niederlande, Polen, Russland, Spanien und Großbritannien) wurden im Rahmen von Interviews zu zwei Aspekten befragt: 1. Einschätzung des Nutzens der Krebsfrüherkennung, 2. Wie informieren sich die Bürger?

In früheren evidenzbasierten Studien wurde festgestellt, dass von 1.000 Frauen, die an keinem Mammographie-Screening-Programm teilgenommen haben, innerhalb von 10 Jahren fünf mit der Diagnose Brustkrebs sterben. Von 1.000 Frauen, die an einem Screening teilgenommen haben, sterben dagegen 4 an Brustkrebs. Beinahe 98 % der deutschen Frauen gaben jedoch an, die Mammographie könne statt des einen mindestens 10 Krebstode verhindern. Der Nutzen dieser Untersuchung wird somit stark überschätzt. Ähnlich stellt sich das Bild bei den männlichen Studienteilnehmern dar: Eine Prostatakrebsfrüherkennung (PSA-Test) kann nur bei maximal einem von 1.000 Männern verhindern, an Prostatakrebs zu sterben. Dies wissen allerdings nur 11 % der befragten Männer, in Deutschland nur 6 %.

Hinsichtlich der Information der Bürger zu Screening-Programmen zeigt die Studie, dass häufige Arztbesuche und häufige Lektüre von Gesundheitsbroschüren die Überschätzung von Mammographie und PSA-Tests eher erhöhen als reduzieren. Laut Autor der Studie gebe es keine einzige Informationsquelle, die korrekte Informationen liefert. Zusammenfassend konstatieren die Wissenschaftler, dass die Information über den Nutzen von Mammographie und PSA-Tests die allgemeine Öffentlichkeit nicht erreicht hat – eingeschlossen der Altersgruppe der 50- bis 69-Jährigen, auf die die Screening-Programme abzielen.

Evaluationsbericht 2005 – 2007: Ergebnisse des Mammographie-Screening-Programms in Deutschland. Kooperationsgemeinschaft Mammographie (Hrsg.), August 2009.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und die Kooperationsgemeinschaft Mammographie (getragen von gesetzlichen Krankenkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung) haben am 21.09.09 den ersten Evaluationsbericht des deutschen Mammographie-Screening-Programms vorgestellt. In diesem Bericht sind die Auswertungen des Mammographie-Screenings von 77 Screening-Einheiten der Jahre 2005 bis 2007 zusammengefasst. Ziel des deutschen Programms ist es, die Sterblichkeit an Brustkrebs in der Zielgruppe der 50- bis 69-jährigen Frauen zu senken, indem die Diagnose bösartiger Tumoren in der Brust auf ein möglichst frühes, prognostisch günstiges Stadium vorverlegt wird. Im Evaluationsbericht wird keine Größenordnung genannt, doch bei Beschluss des Programms im Jahr 2002 wurde erwartet, dass die Brustkrebsmortalität um bis zu 30 % gesenkt werden könne.

Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass die Mortalitätsrate frühestens nach 10 Jahren beurteilt werden kann. Die ersten Screening-Einheiten haben ihre Arbeit erst 2005 aufgenommen. Eine inhaltliche Bewertung des Einflusses des Screening-Programms auf die Brustkrebsmortalität ist für Deutschland demzufolge zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich.

Das erste Ergebnis des Evaluationsberichtes bezieht sich auf die gesamtdeutsche Teilnehmerquote. Diese lag 2007 bei 53,6 %. Es müssen jedoch mindestens 70 % der Zielpopulation regelmäßig an der Untersuchung teilnehmen, wenn die angestrebte Mortalitätssenkung realisiert werden soll. Ein weiteres Teilergebnis ist, dass durch das Mammographie-Screening wesentlich häufiger kleinere Tumore bis zu einer Größe von 10mm aufgespürt werden. Der Anteil dieser kleinen Karzinome liegt im Screening bei gut 30 %, vor Einführung des Mammographie-Screenings waren es rund 14 %. Laut Dr. Reiner Hess (Unparteiischer Vorsitzender des G-BA) widerlege der Evaluationsbericht die Zweifel am medizinischen Nutzen der Mammographie und unterstreiche anhand von belastbaren Daten den Mehrwert für alle Frauen, die an dem Programm teilnehmen. Im Bericht findet sich jedoch keine Aussage dazu, ob als Folge früherer oder besserer Diagnostik mehr Therapien nötig sind und ob diese kostengünstiger sind.

Im Jahr 2002 hatten Bundestag und Bundesrat einstimmig beschlossen, ein Mammographie-Screening-Programm auf der Grundlage der Europäischen Leitlinien in Deutschland einzuführen. Danach erhalten Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren alle zwei Jahre eine Einladung zum Mammographie-Screening.

WIP- Kommentar: Bei der Zusammenschau der o.g. Veröffentlichungen zeigt sich Folgendes: Einerseits wird der Nutzen des Mammographie-Screening von deutschen Frauen stark überschätzt, andererseits nehmen über 50 % der anspruchsberechtigten Frauen an der Früherkennungsuntersuchung teil. Unter der Annahme, dass die Teilnahmerate ein Parameter ist, der in hohem Maße die Wirksamkeit des Screenings in Bezug auf eine bevölkerungsbezogene Reduktion der Mortalität beeinflusst, erscheint es wünschenswert, dass sich möglichst viele Frauen einer Mammographie unterziehen. Man muss jedoch die Frage stellen, ob nur deshalb über 50 % der Zielgruppe am Mammographie-Screening-Programm teilnehmen, weil die Frauen überhöhte bzw. falsche Erwartungen an die Teilnahme knüpfen. Daneben darf nicht außer Acht gelassen werden, dass eine Mammographie auch Nachteile mit sich bringt: Nach einer Untersuchung des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung von 2003, werden von 1.000 Frauen, die 10 Jahre regelmäßig ein Mammogramm machen lassen, viele mindestens einmal eine falsch-positive Diagnose bekommen und unnötige Ängste und einschneidende Therapien erleiden. Damit Frauen eine wirklich informierte Entscheidung über eine Inanspruchnahme der Mammographie treffen können, sind Transparenz sowie umfangliche Aufklärung und Information über Nutzen und Risiken unverzichtbar.

Weitere Informationen zum Thema Früherkennung finden sich im WIP-Diskussionspapier 6/07: [Nutzen der Prävention im Gesundheitswesen - ein Literaturüberblick](#)

***Healthy living is the best revenge – Findings from the European prospective investigation into cancer and nutrition-Potsdam Study* von Earl S. Ford et al. (2009). In: Archives of Internal Medicine, Vol. 169, No. 15, August 2009, S. 1355-1362.**

Bei gesunder Lebensweise sinkt das Risiko, eine chronische Erkrankung zu entwickeln, um 78 %. Bezogen auf Krebs vermindert sich das Risiko um 36 %. Dies ist das Ergebnis einer großen Potsdamer Langzeitstudie mit 23.153 weiblichen und männlichen Teilnehmern im Alter von 35 bis 65 Jahren.

Ziel der Studie war es, die Effekte von vier Faktoren einer gesunden Lebensweise zu untersuchen. Für die Autoren gehören hierzu: der Status Nichtraucher, ein Body-Mass-Index (BMI) von unter 30, mehr als 3,5 Stunden körperliche Aktivität pro Woche und eine gesunde Ernährung. Generell gilt: Je mehr der vier Merkmale die Teilnehmer aufwiesen, desto geringer war ihr Erkrankungsrisiko. Allein ein BMI unter 30 verringert das Risiko chronisch zu erkranken um mehr als die Hälfte. Dies trifft besonders auf das Typ-2-Diabetesrisiko zu. War eine Person zudem ihr Leben lang Nichtraucher, sinkt das Risiko für chronische Krankheiten sogar um 70 %.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse betonen die Autoren, wie wichtig es sei, der Bevölkerung eine gesunde Lebensweise nahe zu bringen. Da die Wurzeln der o.g. Faktoren oftmals schon in der Kindheit angelegt werden, sei es besonders wichtig, schon möglichst früh mit der Vermittlung einer gesunden Lebensführung anzufangen.

Ambulante Versorgung

***Wer konsultiert den Allgemeinarzt in Deutschland? Eine Analyse zum Einfluss von Versicherung und anderen sozialen Merkmalen auf die Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Leistungen im Alter* von Stefan Gruber und Markus Kiesel (2009). In: Engelhardt, Henriette (Hrsg.): Altern in Europa – Empirische Analysen mit dem Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. University of Bamberg Press 2009.**

Die Autoren wollen in ihrer Studie einen Beitrag zur Quantifizierung tatsächlich bestehender Unterschiede in der allgemeinärztlichen Versorgung zwischen gesetzlich und privat versicherten Patienten leisten. Die verwendeten Daten entstammen der deutschen Teilstichprobe der ersten Welle des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) von 2004 und enthalten Informationen zum Thema Gesundheit, sozioökonomischer Status sowie zur sozialen und familialen Situation von 2.260 älteren Befragten, deren Durchschnittsalter bei 64,3 Jahren liegt. Ein Anteil von 84 % der Stichprobe bezieht seine medizinische Versorgung ausschließlich über die GKV, rund 11 % sind privat versichert und der übrige Anteil ist gesetzlich versichert und verfügt über eine private Zusatzversicherung.

Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass Privatpatienten den allgemeinmedizinischen Versorgungsbereich in deutlich geringerem Maße in Anspruch nehmen als GKV-Versicherte. Die statistische Wahrscheinlichkeit, dass ein in der PKV Versicherter den Allgemeinmediziner konsultiert, ist im Vergleich zu in der GKV Versicherten um zwei Drittel geringer. Es wird die Vermutung aufgestellt, dass Privatversicherte nicht medizinisch unterversorgt sind oder generell weniger Leistungen nachfragen, sondern dass diese Versichertengruppe den fachärztlichen Bereich stärker in Anspruch nimmt.

Ausmaß und Gründe für Ungleichheiten der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland von Markus Lungen et al. (2009). *Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2009*; Köln: Ausgabe 05/2009 vom 30.03.2009.

In der vorliegenden Studie des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln (IGKE) wird anhand empirischer Daten untersucht, welcher Zusammenhang in Deutschland zwischen der sozioökonomischen Situation von Bürgern und ihrer Morbidität, Inanspruchnahme der Versorgung und gesundheitsrelevantem Verhalten besteht. Grundlage der Untersuchung sind Befragungsdaten des TNS Healthcare Panel, die Angaben von 29.421 Haushalten mit 75.122 Personen umfassen. Erhoben wurden detaillierte Informationen über 20 Krankheiten, die Inanspruchnahme von Fach- und Allgemeinärzten sowie von Krankenhausaufenthalten auf der einen und über den sozioökonomischen Hintergrund auf der anderen Seite. In der Zusammenschau stellen die Autoren folgende Ergebnisse vor:

1. Ungünstige Gesundheitszustände häufen sich besonders in den unteren Schichten. Die Autoren erklären dieses durch Bildungs- und Einkommenseffekte. Medizinisch ungünstige Verhaltensweisen (Rauchen oder Adipositas) kommen in den unteren Schichten ebenfalls häufiger vor.
2. Obere Schichten suchen häufiger den Facharzt auf, während untere Schichten häufiger den Hausarzt konsultieren. Vorsorgeleistungen und Krebsfrüherkennungsprogramme werden in stärkerem Maße von den oberen Schichten in Anspruch genommen.
3. Insgesamt wurde festgestellt, dass der Zugang zu kurativen Leistungen des Gesundheitswesens keine bedeutenden Unterschiede nach sozialen Schichten aufweist. Hier bestünde kein sozialpolitischer Handlungsbedarf.
4. Aufgrund der im Vergleich höheren Morbidität in den unteren Schichten, halten es die Autoren der Studie für sinnvoll, Angebote zur Gesundheitsvorsorge gezielter auf Menschen aus unteren sozialen Schichten zuzuschneiden.

Gegenüber der Ärzte Zeitung resümiert das IGKE, dass es kein Zugangsproblem beim Arztbesuch gebe. Die schichtspezifischen Unterschiede hinsichtlich Morbidität und Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen würden nicht durch das Gesundheitswesen hervorgerufen oder beeinflusst, sondern durch viele Faktoren außerhalb des Gesundheitswesens, wie z.B. dem Bildungsniveau.