

Journal of Health Monitoring · 2020 5(2)
DOI 10.25646/6063
Robert Koch-Institut, Berlin

Laura Krause¹, Lorena Dini², Franziska Prütz¹

¹ Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring

² Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Allgemeinmedizin

Eingereicht: 02.09.2019
Akzeptiert: 16.12.2019
Veröffentlicht: 30.06.2020

Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung bei Frauen ab 50 Jahren in Deutschland

Abstract

Insbesondere für ältere und hochaltrige Frauen auf dem Land kann die Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte aufgrund von weiten Anfahrtswegen oder einem eingeschränkten Versorgungsangebot schwierig sein. Mit Daten der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) wurden Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung für Frauen ab 50 Jahren in Deutschland untersucht. 21,0% der Frauen berichteten von Schwierigkeiten, in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung rechtzeitig einen Untersuchungstermin zu bekommen. Der Anteil der Frauen mit einer aufgrund der Entfernung verzögerten ärztlichen Untersuchung liegt unter 5%. Frauen in Großstädten mussten häufiger innerhalb eines Jahres auf einen Untersuchungstermin warten als Frauen in kleineren Gemeinden, bei denen wiederum häufiger als bei Frauen in Großstädten aufgrund der Entfernung ein Untersuchungstermin verspätet stattfand. Aus den Ergebnissen lassen sich Hinweise für die Versorgungsplanung ableiten.

 ZUGANGSBARRIEREN · GESUNDHEITSVERSORGUNG · FRAUEN · DEUTSCHLAND · GESUNDHEITSMONITORING

Einleitung

Ein großer Teil der Einrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge ist in Städten und Großstädten angesiedelt [1]. Da ländliche Regionen eine geringere Bevölkerungsdichte mit eher wenigen Städten und Großstädten aufweisen, sind diese Gebiete häufiger von Erreichbarkeitsproblemen betroffen [1]. Für Deutschland werden Zugangsbarrieren zu Einrichtungen der Gesundheitsversorgung vor allem in einigen Regionen in den neuen Bundesländern beschrieben [2, 3]. Während zum Beispiel die Mehrheit der Bevölkerung ein Krankenhaus der Grundversorgung in weniger als 20 Minuten Pkw-Fahrzeit erreichen kann [4], wird in einigen Regionen in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und im Norden Sachsen-Anhalts diese Zeitschwelle

überschritten [5]. Ähnliches trifft auf die ambulante ärztliche Versorgung zu [6]. In Großstädten ist für fast 90% der Bevölkerung eine niedergelassene Arztpraxis in fußläufiger Entfernung erreichbar, in ländlichen Regionen ist dies nur für knapp über 60% der Fall [6] – alle anderen sind auf die Nutzung eines Pkw oder auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen. Allerdings konnte mehr als ein Fünftel aller Haushalte in Deutschland 2017 nicht auf einen Pkw zurückgreifen [7]. Dies trifft vor allem auf ältere und hochaltrige Frauen in ländlichen Regionen zu [8]. Auch ist in ländlichen Räumen der Zugang zum öffentlichen Personennahverkehr nicht immer gegeben [9]. Eine geringe Bevölkerungsdichte, große Entfernungen zwischen dem Wohnort und niedergelassenen Haus- und Facharztpraxen

Infobox: Zugangshürden zur Gesundheitsversorgung

Im Ergebnisbericht des europäischen Health-ACCESS-Projekts [15] werden sechs Zugangshürden zur gesundheitlichen Versorgung beschrieben:

- Hürde 1:** Teil der Bevölkerung mit Krankenversicherung
- Hürde 2:** Umfang der Krankenversicherung
- Hürde 3:** Regelungen zur Kostenbeteiligung
- Hürde 4:** Geografische Hindernisse (z. B. Abgelegenheit einer Gegend)
- Hürde 5:** Organisatorische Hindernisse (z. B. Wartezeiten)
- Hürde 6:** Inanspruchnahme der zur Verfügung stehenden Leistungen

sowie ein begrenztes Angebot des öffentlichen Personennahverkehrs prägen in Deutschland viele ländliche Regionen [10]. Gerade ältere und hochaltrige Frauen, die auf dem Land wohnen, können somit oft nur unter erschwerten Bedingungen ihren Alltag – hierzu gehört auch das Aufsuchen von Arztpraxen – bewältigen [11].

Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung (siehe Infobox) bei Frauen ab 50 Jahren in Deutschland untersucht. Datengrundlage ist die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) [12, 13], die Aussagen über Zugangsbeschränkungen aus geografischen Gründen (größere Entfernung) oder organisatorischen Gründen (Wartezeit) ermöglicht. Die Analysen wurden im Rahmen des Projekts „Regionale Versorgung von Frauen über 49 Jahre durch Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und für Allgemeinmedizin (Frauen 5.0)“ vorgenommen [14]. Ziel des Projekts ist es, ausgehend von einer Beschreibung der aktuellen Versorgungssituation und unter Einbeziehung der Patientinnen und der ärztlichen Perspektive, zukunftsweisende Modelle zur Sicherstellung der ambulanten gynäkologischen und allgemeinärztlichen Versorgung vor allem für ländliche Regionen zu entwickeln [14].

Indikator

Die GEDA-Studie ist eine bundesweite Befragung der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland, die vom Robert Koch-Institut (RKI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt wird [12, 13]. Sie ist Teil des bevölkerungsbezogenen Gesundheitsmonitorings am RKI. Aufgabe des Gesundheitsmonitorings ist es, zuverlässige Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesund-

heitsverhalten und die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bereitzustellen. Zwischen 2009 und 2012 fanden drei GEDA-Wellen als telefonische Befragungen statt, in GEDA 2014/2015-EHIS wurde ein schriftlicher Fragebogen eingesetzt [12, 16]. Die Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS ist an anderer Stelle ausführlich beschrieben [12, 13].

Der Fragebogen für GEDA 2014/2015-EHIS enthält unter anderem den Fragenkatalog der Europäischen Gesundheitsumfrage (European Health Interview Survey, EHIS [16]) [12]. Dieser besteht aus vier Modulen, wobei das zweite Modul zur Gesundheitsversorgung auch Zugangsbarrieren zur medizinischen Versorgung erfasst. Die Teilnehmenden wurden zum Beispiel gefragt, ob sich in den letzten zwölf Monaten eine Untersuchung oder Behandlung verzögert hat, weil sie zu lange auf einen Termin warten mussten („Wartezeit“). Eine weitere Frage war, ob sich in den letzten zwölf Monaten eine Untersuchung oder Behandlung verzögert hat, weil die Entfernung zu weit war oder es Probleme gab, dorthin zu kommen („größere Entfernung“) [16]. Die Antwortkategorien waren jeweils „ja“, „nein“ und „kein Bedarf“. Frauen, die angaben, in den letzten zwölf Monaten keinen Bedarf gehabt zu haben, wurden aus den Analysen ausgeschlossen.

Der erste Teil der Analysen zum Thema „Wartezeit“ basiert auf Daten von 5.532 Frauen ab 50 Jahren, der zweite Teil zum Thema „größere Entfernung“ auf Daten von 5.545 Frauen ab 50 Jahren. Die Ergebnisse werden als Prävalenzen mit 95%-Konfidenzintervallen stratifiziert nach Alter, sozioökonomischem Status (SES) [17], Wohnort [18, 19] und Art der Krankenversicherung dargestellt. Ob Gruppenunterschiede signifikant sind, wurde mittels multivariater binär-logistischer Regressionen geprüft. Die Berechnungen

GEDA 2014/2015-EHIS**Datenhalter:** Robert Koch-Institut**Ziele:** Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich**Erhebungsmethode:** Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen**Grundgesamtheit:** Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland**Stichprobenziehung:** Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen**Teilnehmende:** 24.016 Personen (13.144 Frauen, 10.872 Männer)**Responserate:** 26,9%**Untersuchungszeitraum:** November 2014–Juli 2015Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Der Kreistyp spiegelt den Grad der Urbanisierung wider und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse der Teilnehmenden zu klassifizieren [20]. Es wird von einem signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn der berechnete p-Wert kleiner als 0,05 ist.

Ergebnisse und Einordnung

Bei 21,0 % der Frauen ab 50 Jahren fand in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung aufgrund von Wartezeit verzögert statt (Tabelle 1). Der Anteil der Frauen, bei denen im letzten Jahr aufgrund von Wartezeit ein Untersuchungs- oder Behandlungstermin verspätet stattfand, nimmt mit dem Alter ab: Während bei etwa jeder dritten 50- bis 59-jährigen Frau (29,1%) im vergangenen Jahr ein Untersuchungs- oder Behandlungstermin wegen Wartezeit verzögert war, ist es bei den 80-jährigen und älteren Frauen etwa jede siebte (14,9%). Frauen, die in Großstädten mit 100.000 und mehr Einwohnern leben, berichteten häufiger von einer aufgrund von Wartezeit verzögerten ärztlichen Untersuchung oder Behandlung als Frauen in kleineren Gemeinden mit unter 50.000 Einwohnern. Der Anteil der Frauen, bei denen in den letzten zwölf Monaten eine Untersuchung oder Behandlung aufgrund von Wartezeit verspätet stattfand, ist unter gesetzlich versicherten Frauen deutlich höher als unter privat versicherten Frauen. Unterschiede nach SES bestehen nicht (Tabelle 1).

Bei 4,9 % der Frauen ab 50 Jahren fand eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung aufgrund der Entfernung verzögert statt (Tabelle 1). Dieser Anteil variiert mit dem Alter und ist in der höchsten Altersgruppe am größten: Während im Alter zwischen 50 und 59 Jahren rund jede zwanzigste Frau (5,4%) berichtet, dass bei ihr im letzten Jahr eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung aufgrund der Entfernung verspätet stattfand, war es bei den 80-jährigen und älteren Frauen etwa jede zehnte (10,4%). Im Vergleich zu Frauen mit hohem SES geben Frauen mit mittlerem und insbesondere mit niedrigem SES häufiger an, dass bei ihnen in den letzten zwölf Monaten eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung wegen der Entfernung verzögert stattfand. Auch berichteten Frauen mit Wohnort in kleineren Gemeinden mit unter 50.000 Einwohnern häufiger von einer im letzten Jahr aufgrund der Entfernung verzögerten ärztlichen Untersuchung oder Behandlung als Frauen mit Wohnort in Großstädten mit 100.000 und mehr Einwohnern. Der Anteil der Frauen mit einer aufgrund der Entfernung verzögerten ärztlichen Untersuchung oder Behandlung ist zudem unter gesetzlich versicherten Frauen höher als unter privat versicherten (Tabelle 1).

Die dargestellten Unterschiede nach Alter, SES, Wohnort und Art der Krankenversicherung erweisen sich in der multivariaten binär-logistischen Regressionsanalyse als statistisch signifikant (Daten nicht gezeigt).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Anteil der Frauen mit einer aufgrund der Entfernung verzögerten ärztlichen Untersuchung oder Behandlung unter 5% beträgt. Nichtsdestotrotz weisen die Ergebnisse auf Risikogruppen hin: Frauen in kleineren Gemeinden geben

Tabelle 1
Anteil der Frauen ab 50 Jahren, die im letzten Jahr auf einen Untersuchungstermin gewartet haben (n=1.181) beziehungsweise bei denen aufgrund der Entfernung eine ärztliche Untersuchung verzögert stattfand (n=254) nach Alter, sozioökonomischen Status, Wohnort und Art der Krankenversicherung
 Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

	Auf Untersuchungstermin gewartet		Untersuchung verzögert wegen Entfernung	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt	21,0	(19,7–22,4)	4,9	(4,2–5,7)
Altersgruppe				
50–59 Jahre	29,1	(26,8–31,5)	5,4	(4,4–6,7)
60–69 Jahre	18,5	(16,3–20,9)	3,4	(2,5–4,6)
70–79 Jahre	16,2	(13,9–18,8)	3,6	(2,5–5,0)
≥80 Jahre	14,9	(11,3–19,4)	10,4	(7,4–14,5)
Sozioökonomischer Status				
Niedrig	21,6	(19,0–24,5)	8,3	(6,5–10,6)
Mittel	20,9	(19,3–22,5)	4,2	(3,4–5,1)
Hoch	19,7	(17,1–22,6)	1,7	(1,0–2,7)
Wohnort				
Gemeinden < 50.000 Einwohner	18,9	(16,5–21,5)	6,4	(5,0–8,1)
Gemeinden/Städte 50.000–< 100.000 Einwohner	19,6	(16,1–23,6)	5,9	(3,8–9,1)
Großstädte ≥ 100.000 Einwohner	22,2	(20,6–23,9)	4,1	(3,4–5,1)
Krankenversicherung				
Gesetzlich versichert	22,2	(20,8–23,8)	5,2	(4,4–6,1)
Privat versichert	13,1	(10,7–15,9)	2,3	(1,5–3,5)

KI = Konfidenzintervall

Jede fünfte Frau ab 50 Jahren hat Probleme, rechtzeitig einen Termin für eine medizinische Untersuchung oder Behandlung zu bekommen.

häufiger als Frauen in Großstädten an, dass bei ihnen in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung aufgrund der Entfernung verspätet stattfand. Darüber hinaus berichten Frauen ab 80 Jahren sowie Frauen mit niedrigem SES häufiger von einer aufgrund der Entfernung verzögerten ärztlichen Untersuchung als jüngere Frauen und Frauen mit hohem SES. Hierzu passt, dass Hochaltrige und sozial benachteiligte Personengruppen häufiger in ländlichen Regionen leben [1] und dementsprechend längere Wegstrecken zu Ärztinnen und Ärzten zurücklegen müssen [10]. Die Ergebnisse der multivariaten Regressionsanalyse zeigen allerdings, dass das Alter und der SES unabhängig vom Wohnort unter Kontrolle der Krankenversicherung einen eigenen

Einfluss auf die Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen haben. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang deswegen auch, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen wie ein vermindertes Hör-, Seh- und Gehvermögen bei hochaltrigen Frauen sowie bei Frauen mit niedrigem SES sehr häufig vorkommen [21, 22]. Eine Sensitivitätsanalyse auf Datenbasis von GEDA 2014/2015-EHIS zeigt, dass Frauen ab 50 Jahren, bei denen gesundheitliche Einschränkungen vorliegen, häufiger von einer aufgrund der Entfernung verzögerten ärztlichen Untersuchung oder Behandlung berichten als Frauen dieser Altersgruppe ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen (8,8% bzw. 2,6%). Damit kommen für Frauen ab 80 Jahren sowie für Frauen aus sozial benachteiligten Verhältnissen mehrere Faktoren

Jede zwanzigste Frau ab 50 Jahren berichtet von einer aufgrund der Entfernung verzögerten Untersuchung oder Behandlung.

Frauen in Großstädten mussten häufiger auf einen Untersuchungstermin warten als Frauen in kleineren Gemeinden, bei denen wiederum häufiger ein Untersuchungstermin aufgrund der Entfernung verspätet stattfand.

zusammen, die den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung erschweren können.

Im Gegensatz dazu liegt der Anteil der Frauen, bei denen im letzten Jahr eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung aufgrund von Wartezeit verspätet stattfand, bei knapp über 20%. Ob Unterschiede in der Wartezeit zwischen haus- und fachärztlichen Praxen bestehen, kann den vorliegenden Daten nicht entnommen werden. Aufschluss darüber gibt eine Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die Wartezeiten in der ambulanten Versorgung detaillierter untersucht hat [23], mit dem Ergebnis, dass Patientinnen und Patienten schneller Termine in hausärztlichen als in fachärztlichen Praxen bekommen. Dies spiegelt sich auch in der Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Erreichbarkeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wider: Während etwa jede siebte Person eher unzufrieden mit der Erreichbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten ist, ist es nur rund jede 14. Person mit Blick auf die Erreichbarkeit von Hausärztinnen und Hausärzten [24]. Im internationalen Vergleich zeigt sich allerdings, dass die Wartezeiten auf einen Facharzttermin in Deutschland mit am geringsten sind [23, 25].

Frauen im Alter zwischen 50 und 59 Jahren berichten häufiger als Frauen höherer Altersgruppen, dass bei ihnen im Jahr vor der Befragung eine Untersuchung oder Behandlung wegen Wartezeit verzögert war. Nach der bereits zitierten Studie der KBV führten dringende Anliegen und akute Beschwerden zu kürzeren Wartezeiten [23]. Weil das Erkrankungsrisiko mit zunehmendem Alter steigt [21], kann vermutet werden, dass 50- bis 59-jährige Frauen seltener Beschwerden aufweisen, die umgehend einer ärztlichen Untersuchung bedürfen, als alte und hochaltrige Frauen.

Ein weiteres Ergebnis der Analysen ist, dass bei gesetzlich versicherten Frauen deutlich häufiger ein Untersuchungs- oder Behandlungstermin aufgrund von Wartezeit verspätet stattfand als bei privat versicherten Frauen. Dieser Befund wird durch die bereits zitierte sowie eine weitere aktuelle Studie der KBV gestützt, die längere Wartezeiten für gesetzlich Versicherte angeben [23, 26]. Die Daten aus GEDA 2014/2015-EHIS zeigen außerdem, dass unter gesetzlich versicherten im Vergleich zu privat versicherten Frauen auch der Anteil derjenigen höher ist, bei denen sich aufgrund der Entfernung eine ärztliche Untersuchung verzögert hat. Dies kann damit zusammenhängen, dass vor allem besserverdienende Personen privat krankenversichert sind und diese Personengruppe im Vergleich zur Gesamtbevölkerung häufiger in der Stadt lebt [27]. Das im Mai 2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) soll bewirken, dass gesetzlich Versicherte zukünftig schneller einen Facharzttermin bekommen, unter anderem durch den Ausbau der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen [28].

Lange Wartezeiten und eingeschränkte räumliche Erreichbarkeit lassen sich auch als Hinweis darauf interpretieren, dass das medizinische Versorgungsangebot regional ungleich verteilt ist. Laut den Daten aus GEDA 2014/2015-EHIS scheinen lange Wartezeiten vor allem bei Frauen in Großstädten eine Rolle zu spielen, eine eingeschränkte räumliche Erreichbarkeit besonders bei Frauen in kleineren Gemeinden. Untersuchungen aus Deutschland zeigen, dass regionale Unterschiede insbesondere in der fachärztlichen Versorgung bestehen [29–33]. Vor dem Hintergrund der demografischen Alterung ist anzunehmen, dass die sich derzeit abzeichnenden Probleme bei der

Der Anteil der Frauen, die von Zugangsbarrieren berichten, ist unter gesetzlich versicherten Frauen höher als unter privat versicherten.

Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen künftig weiter zunehmen werden [34]. Dies unterstreicht die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Sicherstellung einer bedarfsge-rechten Versorgung; Instrumente wären neben einer ange-messenen Bedarfsplanung zum Beispiel mobile Arztpraxen oder sektorenübergreifende Versorgungsmodelle [35, 36]. Wie sich die Anzahl und der Anteil älterer Frauen in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern entwickeln wird, ist in einem weiteren [Fact sheet](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring dargestellt.

Korrespondenzadresse

Dr. Laura Krause
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: KrauseL@rki.de

Zitierweise

Krause L, Dini L, Prütz F (2020)
Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung bei Frauen ab
50 Jahren in Deutschland.
Journal of Health Monitoring 5(2):27–35.
DOI 10.25646/6063

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Datenschutz und Ethik

GEDA 2014/2015-EHIS wurde gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) durchgeführt. Die Studie wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) in Deutschland zur Prüfung vorgelegt. Es wurden keine Bedenken gegen die

Durchführung der Studie geäußert. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und willigten informiert in die Teilnahme ein (informed consent). Abhängig von der gewählten Erhebungsmethode wurde die Einwilligung in schriftlicher oder elektronischer Form eingeholt.

Förderungshinweis

GEDA 2014/2015-EHIS wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Das Projekt „Regionale Versorgung von Frauen über 49 Jahre durch Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und für Allgemeinmedizin (Frauen 5.0)“ wurde durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (Förderkennzeichen: 01VSF16030).

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Bundesministerium für Verkehr, Bau, und Stadtentwicklung (Hrsg) (2012) Mobilität, Erreichbarkeit und soziale Exklusion. Fähigkeiten und Ressourcen einer ländlichen Bevölkerung für eine ange-messene Versorgung und Teilhabe am öffentlichen Leben. BMVBS-Online-Publikation, Nr 27. https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/ministerien/BMVBS/Online/2012/DL_ON272012.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Stand: 19.12.2019)
2. Neumeier S (2013) Modellierung der Erreichbarkeit öffentlicher Apotheken: Untersuchung zum regionalen Versorgungsgrad mit Dienstleistungen der Grundversorgung. Thünen Working Paper 14. Johann Heinrich von Thünen-Institut, Braunschweig

3. Neumeier S (2015) Lokale Verteilung Ambulanter Pflegedienste nach SGB XI in Deutschland auf Basis eines rasterbasierten GIS-Erreichbarkeitsmodells. Thünen Working Paper 47. Johann Heinrich von Thünen-Institut, Braunschweig
4. Spangenberg M (2012) Erreichbarkeit von Krankenhäusern. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J et al. (Hrsg) Krankenhaus-Report 2012 – Schwerpunkt Regionalität. Schattauer, Stuttgart, S. 97–109
5. Schlömer C, Pütz T (2011) Bildung, Gesundheit, Pflege – Auswirkungen des demographischen Wandels auf die soziale Infrastruktur. BBSR-Berichte Kompakt 11:1–16
6. Sturm G, Walther A (2011) Lebensqualität in kleinen Städten und Landgemeinden. Aktuelle Befunde der BBSR-Umfrage. BBSR-Berichte Kompakt 5:7–16
7. infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH (2018) Mobilität in Deutschland 2008. Kurzreport: Verkehrsaufkommen – Struktur – Trends. <http://www.mobilitaet-in-deutschland.de/publikationen2017.html> (Stand: 20.09.2018)
8. Giesel F, Köhler K, Nowossadek E (2013) Alt und immobil auf dem Land? Mobilitätseinschränkungen älterer Menschen vor dem Hintergrund einer zunehmend problematischen Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen. Bundesgesundheitsbl 56(10):1418–1424
9. Greß S, Stegmüller K (2011) Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – Ein Zukunftskonzept. Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung. Friedrich-Ebert-Stiftung, Wiesbaden
10. Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (Hrsg) (2013) Langfristige Sicherung von Versorgung und Mobilität in ländlichen Räumen. Demografische Herausforderungen, interkommunale Kooperationen und Mobilitätsstrategien am Beispiel Nordfriesland. BMVI, Berlin
11. Gutsche JM, Albrecht M, Einig K (2010) Masterplan Daseinsvorsorge. Demografischer Wandel – Region schafft Zukunft in den Modellregionen Südharz-Kyffhäuser und Stettiner Haff. BMVBS-Online-Publikation, Nr. 35. https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/ministerien/BMVBS/Online/2010/DL_ON352010.pdf;jsessionid=042A1946C669EB401C622C327685E403.live21303?__blob=publicationFile&v=2 (Stand: 19.12.2019)
12. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). Arch Public Health 75:40
13. Saß AC, Lange C, Finger JD et al. (2017) „Gesundheit in Deutschland aktuell“ – Neue Daten für Deutschland und Europa. Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS. Journal of Health Monitoring 2(1):83–90. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2585> (Stand: 19.12.2019)
14. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2016) Geförderte Projekte des Innovationsausschusses zur Förderbekanntmachung Versorgungsforschung vom 8. April 2016. <https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/50/Versorgungsforschung-Uebersicht-gefoerderte-Projekte-2016.pdf> (Stand: 07.06.2019)
15. Busse R, Wörz M, Foubister T et al. (2006) Mapping Health Service Access: National and Cross-Border Issues (HealthACCESS). https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_22_frep_en.pdf (Stand: 23.08.2019)
16. Eurostat (2013) European Health Interview Survey (EHIS wave 2) - Methodological manual - 2013 edition. Publications Office of the European Union, Luxembourg
17. Lampert T, Kroll LE, Müters S et al. (2013) Messung des sozio-ökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Bundesgesundheitsbl 56(1):131–143
18. BIK Aschpurwis und Behrens (2010) BIK Regionen. BIK Aschpurwis und Behrens GmbH, Hamburg
19. Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A et al. (2013) Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5-6):832–844
20. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED). https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de (Stand: 10.09.2018)
21. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) Gesundheit und Krankheit im Alter. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3220> (Stand: 19.06.2020)

22. Hoebel J, Rommel A, Schröder SL et al. (2017) Socioeconomic Inequalities in Health and Perceived Unmet Needs for Healthcare among the Elderly in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 14(10):1127
23. Kopetsch T (2014) Wartezeiten in der ambulanten Versorgung. Dezernat 4 – Ärztliche Leistungen und Versorgungsstruktur. GB Sicherstellung und Versorgungsstruktur. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
24. Bock C, Osterkamp N, Schulte C (2012) Fachärztliche Versorgung auf dem Land – Mangel oder fehlender Komfort? In: Böcken J, Braun B, Repschläger U (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2012: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen – Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 160–181. http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaarticles/201208_Beitrag.pdf (Stand: 06.08.2019)
25. Kopetsch T (2015) Facharzttermine im internationalen Vergleich. Geringe Wartezeiten in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt* 112(31–32):A-1318
26. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2018) Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2018. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage April – Juni 2018. https://www.kbv.de/media/sp/Berichtband_KBV_Versichertenbefragung_2018.pdf (Stand: 11.11.2019)
27. Sundmacher L, Ozegowski S (2013) Ziehen Privatpatienten Ärzte an? *Gesundheit und Gesellschaft* 16(12/13):31–35
28. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2019) Schnellere Termine, mehr Sprechstunden, bessere Angebote für gesetzlich Versicherte. *Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html> (Stand: 07.06.2019)
29. Krause L, Prütz F (2019) Gesundheit und Versorgung von Frauen ab 50 Jahren in ländlichen Regionen – Informationen für die Versorgungsplanung aus dem Projekt „Frauen 5.0“. Vortrag auf dem 24. Kongress Armut und Gesundheit, Berlin. https://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Kongress/Kongress_2019/Online-Doku_2019/04_Krause_Pruetz_PP.pdf (Stand: 07.08.2019)
30. Bertelsmann Stiftung (Hrsg) (2014) Ärztedichte: Bedarfsplanung plant am Bedarf vorbei. *Faktencheck Gesundheit*. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/xcms_bst_dms_40103_40104_2.pdf (Stand: 05.09.2018)
31. Etgeton S (2015) Ärztedichte. Neue Bedarfsplanung geht am Bedarf vorbei. *Faktencheck Gesundheit*. Spotlight Gesundheit 3:1–8. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-032015/> (Stand: 09.07.2019)
32. Albrecht M, Etgeton S, Ochmann RR (2015) Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte): HNO-Ärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen. *Faktencheck Gesundheit*. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Aerztedichte_2.pdf (Stand: 11.06.2019)
33. Schang L, Schüttig W, Sundmacher L (2016) Unterversorgung im ländlichen Raum – Wahrnehmung der Versicherten und ihre Präferenzen für innovative Versorgungsmodelle. In: Böcken J, Braun B, Repschläger U (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2012: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen – Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 58–85. http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaarticles/4_Schang_Schuetting_Sundmacher_Gemo_16.pdf (Stand: 07.08.2019)
34. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) *Gesundheit in Deutschland*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3248> (Stand: 19.12.2019)
35. Kassenärztliche Vereinigung Hessen (2018) *Medibus: Die mobile Hausarztpraxis*. <https://www.kvhessen.de/medibus/> (Stand: 14.02.2019)
36. Amelung V, Wolf S, Ozegowski S et al. (2015) Totgesagte leben länger – Empfehlungen zur Integrierten Versorgung aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen. *Bundesgesundheitsbl* 58(4):352–359

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Martin Thißen,
Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit