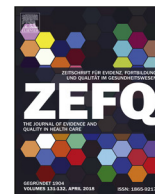




Contents lists available at ScienceDirect

Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>

Versorgungsforschung / Health Services Research

Unerfüllte Behandlungswünsche jüngerer und älterer Menschen in sozial deprivierten Räumen: eine qualitative Interviewstudie im Ruhrgebiet



Unmet health care needs of younger and older people in socially deprived regions: A qualitative interview study in the Ruhr area

Sarah Heidenreiter*, Michael Lauerer, Eckhard Nagel

Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften (IMG) der Universität Bayreuth, Bayreuth, Deutschland

ARTIKEL INFO

Artikel-Historie:

Eingegangen: 27. Februar 2024
 Revision eingegangen: 4. Juni 2024
 Akzeptiert: 11. Juni 2024
 Online gestellt: 17. Juli 2024

Schlüsselwörter:

Unerfüllte Behandlungswünsche
 Zugang zur Gesundheitsversorgung
 Vulnerable Gruppen
 Sozialstatus

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Unerfüllte Behandlungswünsche werden als entscheidender Indikator für Gleichberechtigung im Zugang zur Gesundheitsversorgung betrachtet. Bei Jüngeren können sie zu schlechteren Gesundheitsergebnissen im Erwachsenenalter führen, bei Älteren mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko einhergehen. Daher wurden diese im Rahmen eines Forschungsprojekts zur „Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebenssituation junger und alter Menschen im Ruhrgebiet“ untersucht.

Methode: Unerfüllte Behandlungswünsche wurden mithilfe von semistrukturierten Leitfadeninterviews mit jüngeren und älteren Menschen im Ruhrgebiet (n = 29) erhoben. Aufgrund der besonderen Raum- und Sozialstruktur der Untersuchungsregion war es das Ziel, vor allem Personen mit niedrigem subjektivem Sozialstatus (SSS) für die Studie zu rekrutieren. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und einer qualitativen Inhaltsanalyse sowie einer ergänzenden Frequenzanalyse zugeführt. Die Berichterstattung orientiert sich an den *Standards for Qualitative Research* (SRQR).

Ergebnisse: Die Befragten berichten über Mängel in der Behandlung sowie der Arzt-Patienten-Kommunikation bei Haus- und Fachärzt:innen. Das Gefühl, altersbedingt nicht ernst genommen zu werden, wird von beiden Altersgruppen mehrfach als Ursache für unerfüllte Behandlungswünsche angeführt. Wartezeiten sind insbesondere bei Fachärzt:innen relevant, während Zuzahlungen zu Leistungen vor allem in der Zahnmedizin und Kieferorthopädie eine Rolle spielen. Unerfüllte Behandlungswünsche werden vorrangig von Personen mit mittlerem SSS berichtet. Insgesamt konstatieren knapp zwei Drittel der Befragten, mindestens einen unerfüllten Behandlungswunsch zu haben oder gehabt zu haben. Bei Interviewteilnehmenden mit niedrigem SSS ist der Anteil deutlich geringer, und finanzielle Aspekte werden nicht als Ursache genannt. Erklärungsansätze hierfür reichen von einer geringeren Gesundheitskompetenz bis zur Angst vor Diskreditierung.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse geben Hinweise auf Defizite in der regionalen Gesundheitsversorgung von jüngeren und älteren Menschen im Ruhrgebiet. Entsprechende Handlungsfelder ergeben sich aus den für unerfüllte Behandlungswünsche als relevant identifizierten Versorgungsbereichen und Gründen. Die berichteten Erkenntnisse bieten zudem eine Grundlage für differenzierte quantitative Befragungen mit repräsentativen Stichproben.

ARTICLE INFO

Article History:

Received: 27 February 2024
 Received in revised form: 4 June 2024
 Accepted: 11 June 2024
 Available online: 17 July 2024

ABSTRACT

Introduction: Unmet health care needs are considered a key indicator of equity in access to health care. For younger people, they can lead to poorer health outcomes in adulthood, for older people, they are associated with an increased risk of mortality. Unmet needs were therefore investigated as part of a research project on „Improving the health-related life situation of young and old people in the Ruhr area.“

Method: Unmet health care needs were surveyed with the help of semi-structured guideline interviews with younger and older people in the Ruhr area (n = 29). Due to the spatial and social structure of the

* Korrespondenzadresse. Sarah Heidenreiter. Universität Bayreuth, Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Prieserstr. 2, 95444 Bayreuth, Deutschland.
 E-Mail: Sarah.heidenreiter@uni-bayreuth.de (S. Heidenreiter).

Keywords:

Unmet health care needs
 Access to health care
 Vulnerable groups
 Social status

study region, the aim was to recruit especially people with a low subjective social status (SSS) for the study. The interviews were recorded, transcribed, and subjected to a qualitative content analysis and a supplementary frequency analysis. The reporting is based on the Standards for Qualitative Research (SRQR).

Results: The respondents reported deficiencies in treatment and doctor-patient communication with GPs and specialists. The feeling of not being taken seriously due to age is cited several times by both age groups as a reason for unmet health care needs. Waiting times are particularly relevant in the case of specialist consultations, while co-payments for services mainly play a role in dentistry and orthodontics. Unmet needs are primarily reported by people with a medium SSS. Overall, almost two thirds of the respondents stated that they have or have had at least one unmet need. Participants with a low SSS report fewer unmet needs and do not mention any financial aspects as a cause. Explanations for this range from lower health literacy to the fear of being discredited.

Conclusions: The results provide indications of deficits in regional health care provision for younger and older people in the Ruhr region. Corresponding fields of action result from the areas of care and reasons identified as relevant for unmet health care needs. The reported findings also provide a basis for differentiated quantitative surveys with representative samples.

Einleitung

Unerfüllte Behandlungswünsche (UB)¹ haben speziell für vulnerable Gruppen, zu denen auch jüngere und ältere Menschen mit niedrigem Sozialstatus zählen, eine hohe Relevanz. Allgemein können UB bei jüngeren Menschen zu schlechteren Gesundheitsergebnissen im Erwachsenenalter führen [1], bei Älteren mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko [2] einhergehen. UB gelten dabei als entscheidender Indikator für Gleichberechtigung im Zugang zur Gesundheitsversorgung: Ihre Analyse kann einen Beitrag leisten, die geografische, finanzielle, kulturelle und physische Zugänglichkeit darzustellen sowie Barrieren und Ungleichheiten zu beurteilen [3]. UB adressieren allgemein den Unterschied zwischen Gesundheitsleistungen, die von Patient:innen als notwendig erachtet werden, um ein bestimmtes Gesundheitsproblem zu lösen, und den tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen [4]. Hier wird ein UB in Anlehnung an Tuck et al. als Situation, in der Einzelpersonen wahrnehmen, dass sie eine gesundheitliche Intervention benötigen, diese aber nicht erhalten, definiert. Sie bekommen diese nicht aufgrund von Barrieren, die außerhalb ihrer Kontrolle liegen, oder weil sie die Gesundheitsleistungen nicht verlangen bzw. nicht in der Lage sind, sie in Anspruch zu nehmen. UB können darüber hinaus auch in Anspruch genommene Leistungen sein, welche von den Patient:innen als unzureichend oder ungeeignet empfunden werden. Behandlungswünsche sind überdies unerfüllt, wenn Behandlungen erst verzögert, d. h. nicht zum Zeitpunkt, zu dem sie aus Patient:innensicht notwendig gewesen wären, stattgefunden haben. Die Leistungsanspruchnahme garantiert also nicht, dass Bedürfnisse auch befriedigt werden [5].

UB sind, gerade in Deutschland, wenig wissenschaftlich untersucht [6]. Studien der letzten zehn Jahre stammen häufig aus den USA [u.a. 1,7–12] und Kanada [5,13], vereinzelt aus Europa [2,3,14,15] bzw. Asien [16]. Dabei werden insbesondere finanzielle Aspekte [1,3,5,7,11–17], lange Wartezeiten [4,15,17] sowie die mangelnde Verfügbarkeit von Leistungen bzw. mangelnder Zugang [4,15,18,19] sowie Zeitmangel auf Patient:innenseite [14,15] als dominante Gründe für das Vorhandensein von UB berichtet. Hier handelt es sich vorwiegend um quantitative Untersuchungen mit sehr spezifischen und im Hinblick auf die Gesundheitssituation, den Erwerbsstatus oder das Alter heterogene Zielgruppen. Zudem werden unterschiedliche Definitionen von UB, die vor allem in der Detailtiefe differieren, herangezogen [20]. Während manche Studien lediglich danach fragen, ob eine Person medizinische Hilfe gebraucht hätte, sie sich diese aber nicht leisten konnte, finden sich in anderen

Untersuchungen umfangreichere Definitionen, die z.B. auch eine unzureichende oder nicht rechtzeitige Behandlung eines medizinischen Problems berücksichtigen. Persönliche nicht-finanzielle Gründe, die zu einer Unerfülltheit führen, werden nur vereinzelt betrachtet. Entsprechend ist die Vergleichbarkeit eingeschränkt.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit UB in Deutschland ist somit ein Desiderat, dem sich die vorliegende Untersuchung annimmt. Dabei setzt sie den Schwerpunkt auf jüngere und ältere Menschen im Ruhrgebiet. Von besonderem Interesse sind – aufgrund ihrer Vulnerabilität – Personen mit niedrigem Sozialstatus. Neben der geographischen Lage stellen Luftbelastung, Anteil von Grün- und Blauflächen, Bevölkerungs- und Sozialstruktur, Gesundheitsinfrastruktur (z.B. Krankenhäuser) und deren Erreichbarkeit vulnerabilitätsrelevante Faktoren dar [21]. Daher erfolgt eine kleinräumige Betrachtung von Vulnerabilität, auf deren Grundlage regionspezifische Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung bzw. des Zugangs entwickelt werden können. Die Auswahl des Ruhrgebiets als Untersuchungsregion begründet sich in seiner Raum- und Sozialstruktur: Die sozioökonomischen Besonderheiten zeigen sich bspw. durch eine – verglichen mit den anderen Regionen Nordrhein-Westfalens (NRW) – hohe Arbeitslosenquote bzw. ein vergleichsweise niedriges verfügbares Einkommen je Einwohner:in. [22] Die Einzigartigkeit der Region wird auch mit Blick auf die Versorgungssituation deutlich: Dem Ruhrgebiet wurde im Rahmen der Bedarfsplanung eine eigene Planungskategorie (Typ 6: Polyzentrischer Verflechtungsraum) zugeordnet, die wie folgt charakterisiert ist: „Regionen, in denen wegen hoher Verdichtung nur intraregional wechselseitige Versorgungsbeziehungen existieren und nicht nach mitversorgenden und mitversorgten Bereichen differenziert werden kann. Als solche Region wurde das Ruhrgebiet eingestuft, das in puncto Verdichtung, Urbanität, Krankenhausdichte und Binnenverflechtung einzigartig ist.“ [23] Dadurch wurden die bestehenden fünf Typen ergänzt und den regionalen Besonderheiten des Ruhrgebiets (hinsichtlich Morbidität, demografischen/sozioökonomischen/räumlichen/infrastrukturellen Aspekten) in besonderem Maße Rechnung getragen [23].

Mit der Interviewstudie soll exploriert werden, welche UB jüngere und ältere Menschen im Ruhrgebiet haben und welche Gründe aus Betroffenenpersicht für die berichteten UB ausschlaggebend sind. Auch mögliche Unterschiede zwischen Personen mit niedrigem subjektivem Sozialstatus und denjenigen mit mittlerem bzw. hohem subjektivem Sozialstatus bzgl. ihrer UB sind zu untersuchen.

¹ engl.: unmet health care needs

Methodik

Studienhintergrund

In einem qualitativen Studiendesign befragten wir Personen mit Hauptwohnsitz im Ruhrgebiet, einerseits im Alter von 14–19 Jahren und andererseits Ältere ab 60 Jahren. Diese Interviewstudie ist Bestandteil des Forschungsprojekts „Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebenssituation junger und alter Menschen im Ruhrgebiet“, welches von der in Essen ansässigen Brost-Stiftung gefördert wurde und sich in fünf Teilstudien untergliedert: (i) Evaluation der aktuellen Versorgungssituation auf Basis einer Literaturrecherche und Expert:innenbefragung, Sekundärdatenanalyse der (ii) Morbidität und (iii) Leistungsanspruchnahme sowie (iv) Erfassung von UB dieser Zielgruppen. Die wesentlichen Erkenntnisse der Teilprojekte werden trianguliert und auf dieser Basis (v) Handlungsempfehlungen abgeleitet. Über Teilbereich (iv) wird hier berichtet.

Erhebungsinstrumente

Die Erfassung von UB erfolgte in semistrukturierten Leitfadenterviews² [24]. Der Interviewleitfaden ist dabei als Grundgerüst zu verstehen, der an die individuellen Gegebenheiten einer jeden Gesprächssituation angepasst werden muss. Daher muss die Reihenfolge der Follow-up-Fragen (Folgefragen zum Nachfassen) nicht strikt eingehalten werden. Auch die Entscheidung, ob und wann (welche) Nachfragen gestellt werden, erfolgte situationsspezifisch in Abhängigkeit des Interviewverlaufs sowie der vorherigen Ausführungen der Teilnehmenden. Die Leitfäden wurden aufbauend auf bisherigen Studien [vgl. u.a. 4,5,19] konzipiert und nach Pretests mit Personen aller Sozialstatusgruppen (n = 20) angepasst.³ Grundlage für die Leitfäden war die in dieser Studie herangezogene Definition von UB, die sich vorrangig an der Arbeit von Tuck et al. [5] orientiert. Weitere Fragen, die auf die Gründe der UB oder die Versorgungsbereiche abzielen, leiteten sich aus dem Erkenntnisinteresse unserer Untersuchung ab. Ergänzend erfassten wir den subjektiven Gesundheitszustand mittels Schulnoten zu Beginn des Interviews und soziodemographische Merkmale mit einem Kurzfragebogen. Neben Alter, Geschlecht, Hauptwohnsitz, Migrationsstatus, Krankenversicherungsart und Schulabschluss ist hier der subjektive Sozialstatus (SSS) mithilfe der deutschen Version der *MacArthur Scale* [25] abgefragt worden. Wenngleich die Interviews während der SARS-CoV-2-Pandemie stattfanden, wurden Teilnehmende gebeten, von pandemieunabhängigen UB zu berichten. Dazu wurde ihnen eine Definition von UB (Erzählstimulus) vorgelesen:

Ein Wunsch zur Behandlung ist unerfüllt, wenn man das Gefühl hat, eine bestimmte Leistung zur Lösung eines gesundheitlichen Problems zu benötigen, sie aber nicht oder nicht zu 100% erhält. Dazu zählt auch, dass die Leistung verzögert erbracht wird oder man damit nicht zufrieden ist. Eine Behandlung kann dabei alles sein, was Sie sich für ein gesundheitliches Problem wünschen, also z.B. die ärztliche oder therapeutische Behandlung und Untersuchung, aber auch Reha, Medikamente oder Hilfsmittel wie Krücken.

Nach der Klärung von Verständnisschwierigkeiten erhielten sie einen Erzählaufforderung mit der Hauptfrage (siehe [Abbildung 1](#)).

Rekrutierung & Durchführung der Interviews

Die Rekrutierung erfolgte von Februar bis August 2020 mittels Targeted Sampling. Als Orientierung dienten die in der

Sozialraumanalyse Emscherregion [26] identifizierten Gebiete mit (sehr) starker sozialer Benachteiligung der jüngeren bzw. älteren Bevölkerung, um trotz bestehender Zugangsschwierigkeiten möglichst viele Personen mit niedrigem Sozialstatus zu erreichen. Dazu wurden über 200 lokale Institutionen bzw. Multiplikator:innen wie Sozial- und Szenetreffpunkte für Jugendliche und Senior:inneneinrichtungen kontaktiert. Überdies erfolgten Posts in regionalen Facebook-Gruppen. Durch die COVID-19-Pandemie und die damit verbundenen Schutzmaßnahmen sowie temporären Schließungen insbesondere in Einrichtungen der Zielgruppen, war eine Rekrutierung mittels Multiplikator:innen nur noch eingeschränkt möglich. In der zweiten Rekrutierungsphase fand daher eine direkte telefonische Kontaktierung potenzieller Studienteilnehmender mithilfe einer zufallsgenerierten Telefonstichprobe statt. Insgesamt wurden ca. 3.000 Festnetznummern in Essen, Gelsenkirchen, Duisburg, Dortmund und Bottrop angerufen.

Im Rahmen des Gesamtprojekts wurde der Fokus auf die Betrachtung von Personen mit niedrigem Sozialstatus, aber auch auf den Vergleich unterschiedlicher Sozialstatusgruppen gelegt. Dementsprechend lag das Erkenntnisinteresse auch im Rahmen der Teilstudie, über die hier berichtet wird, in der Analyse UB von jüngeren bzw. älteren Menschen mit niedrigem Sozialstatus und dem Vergleich mit anderen Statusgruppen. So können Unterschiede hinsichtlich des Vorliegens von UB und ihrer Gründe identifiziert werden. Folglich waren sowohl Personen mit niedrigem, mittlerem und hohem Sozialstatus in die Interviewstudie einzuschließen. Die Einschlusskriterien zur Teilnahme beziehen sich auf die Zugehörigkeit zu einer der Altersgruppen und auf den Hauptwohnsitz im Ruhrgebiet.

Um eine effiziente und im Hinblick auf das Erkenntnisinteresse adäquate Umsetzung der Methode sicherzustellen, wurde eine theoretische Sättigung der Ergebnisse unter der Voraussetzung angenommen, dass die Durchführung von weiteren Interviews keine wesentlichen Erkenntnisse mehr generiert hätte.

Analyse

Die Interviews wurden mittels Tonaufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend verbatim transkribiert. Wir führten eine qualitative Inhaltsanalyse strukturierenden Typs nach Mayring [27] durch. Vornehmliches Ziel war es, die wesentlichen Inhalte der Interviews in einem Kategoriensystem abzubilden. Dafür wurde dieses System in seiner Grundstruktur deduktiv angelegt und im Zuge der Datenanalyse induktiv ergänzt. Die Auswertung erfolgte mithilfe der Software MAXQDA (Version 2020). Ergänzend wurde im Rahmen einer Frequenzanalyse (mit MS Excel) bestimmt, wie viele Befragte spezifische Codes mindestens einmal genannt haben. So konnte auf deren Relevanz, auch im Vergleich zu anderen Kodierungen, geschlossen werden. Die Resultate der Inhalts- und Frequenzanalyse werden im Folgenden integriert dargestellt. Die gesamte Berichterstattung orientiert sich an den Standards for Qualitative Research (SRQR) [28].

Kategoriensystem

Identifizierte UB werden jeweils anhand von drei übergeordneten, deduktiv aus dem Interviewleitfaden abgeleiteten Kategorien charakterisiert (siehe [Abbildung 2](#)): Art des UB (Hauptkategorie 1, HK 1), betroffener Versorgungsbereich (HK 2) und Grund für den UB (HK 3). Die erste Hauptkategorie ist analog zur Definition von UB deduktiv (literaturbasiert) nach fünf Arten von UB in Subkategorien differenziert: (i) Leistung nicht erhalten, (ii) verzögert

² Das Einverständnis zur Studienteilnahme wurde schriftlich mithilfe einer Einwilligungserklärung festgehalten. Bei Interviewteilnehmenden, welche das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, war eine zusätzliche Einwilligung mindestens eines Erziehungsberechtigten nötig.

³ Die Leitfäden können bei der Erstautorin angefragt werden.

Teil B: Hauptteil - unerfüllte Behandlungswünsche	
B1. Hauptfrage: Erzählen Sie mir bitte von einer Situation, in der Sie einen UB hatten.	
B2. Follow-up Fragen	
Art der Leistung	Bitte beschreiben Sie mir genauer, um welche Leistung es sich handelt(e). <ul style="list-style-type: none"> • Bei <u>welchem Arzt oder Therapeuten?</u> • <u>Welche Leistung wäre es konkret gewesen?</u>
Gründe	Weshalb ist Ihr Behandlungswunsch unerfüllt geblieben/haben Sie ihn als unerfüllt empfunden? <ul style="list-style-type: none"> • Warum waren Sie nicht zufrieden? • Welche Gründe gab es dafür? (persönlich etc.) / Welche Umstände haben dazu geführt?
Beteiligte	Wer hatte die Idee zur Leistung? / Ging der Wunsch von Ihnen aus?
Zeitpunkt/-raum	Versuchen Sie sich bitte zurückzuerinnern, wann der Behandlungswunsch vorlag.
Dauer	<ul style="list-style-type: none"> • Wie lange bestand/besteht der Wunsch? • Wie oft hatten Sie den Wunsch?
Ergebnis	Wurde der Behandlungswunsch <u>irgendwann erfüllt/das gesundheitliche Problem gelöst?</u>

(+) Wenn <u>gelöst</u>	(-) Wenn <u>nicht gelöst</u>
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Wie</u> wurde es gelöst/<u>wer</u> hat dabei <u>geholfen</u>? • <u>Was</u> hat dazu geführt, dass der Wunsch nicht mehr bestand? 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Warum</u> wurde es <u>nicht</u> gelöst? • Welche Folgen hatte das für Sie?
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Was</u> hätten Sie sich zusätzlich <u>gewünscht</u>/hätte man Ihrer Meinung nach tun <u>können</u> oder <u>müssen</u>? 	

Abbildung 1. Auszug aus dem Interviewleitfaden.

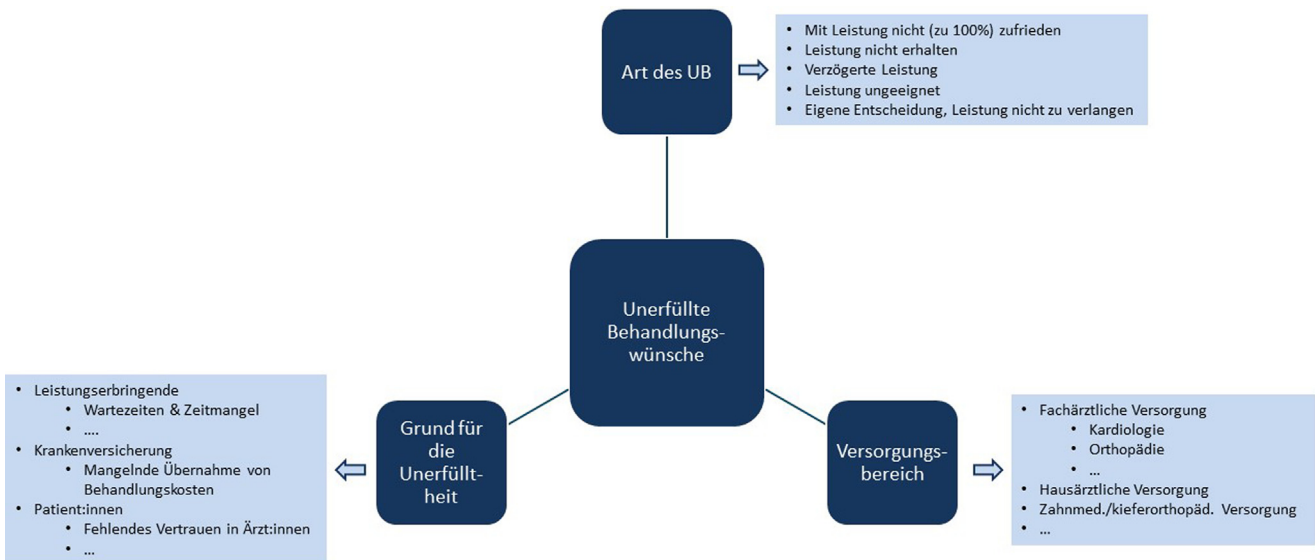


Abbildung 2. Auszug aus dem Kategoriensystem.

erbrachte Leistung, (iii) mit Leistung nicht (zu 100%) zufrieden, (iv) ungeeignete Leistung oder (v) eigene Entscheidung, die Leistung nicht zu verlangen. HK 2 ordnet UB Versorgungsbereichen zu. HK

3 differenziert Gründe für die Unerfülltheit von Behandlungswünschen. Sowohl für HK 2 als auch HK 3 wurden den Subkategorien zur weiteren Spezifizierung Sub-Subkategorien zugeordnet.

Dies erfolgte induktiv aus dem Textmaterial heraus. Das erweiterte Codebuch mit Kategoriendefinition, Ankerbeispielen und Kodierregeln ist dem [Anhang A](#) zu entnehmen.

Ethik und Selbstreflexion der Autor:innen

Die Ethikkommission der Universität Bayreuth gab ein positives Votum für die Durchführung der qualitativen Studie. Der Blick auf die forschungsgegenständlichen Fragestellungen ist vom akademischen Werdegang der Autor:innen und ihren wissenschaftlichen Erfahrungen geprägt. Entsprechend sei darauf hingewiesen, dass die Erstautorin über einen gesundheitsökonomischen, der Zweitautor über ein sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen und der Drittautor über einen medizinisch-philosophischen Hintergrund verfügt. Als Korrektiv wurde der Austausch mit weiteren Fachkolleg:innen sowohl zur Diskussion der Ergebnisse als auch bei der Finalisierung des Manuskripts gesucht.

Ergebnisse

An den Interviews nahmen 23 ältere (davon n = 5 Hochschultrige ≥ 80 Jahre) sowie sechs jüngere Personen von März bis Juli 2020 teil. Die durchschnittliche Dauer betrug 15 Minuten (Spanne: 6–45 min). Männer sind in der Stichprobe weniger stark repräsentiert. Im Hinblick auf den SSS liegt eine leichte Häufung im mittleren Bereich vor. Über 85% der Teilnehmenden stufen die eigene Gesundheit als sehr gut bis befriedigend ein. [Tabelle 1](#) gibt eine Übersicht zu den Interviewteilnehmenden.

Die meisten Befragten leben in Essen (n = 11) oder Gelsenkirchen (n = 7)⁴.

19 von 29 Untersuchungsteilnehmenden (66%) konstatieren, mindestens einen UB zu haben bzw. gehabt zu haben. Insgesamt berichten die Teilnehmenden über 63 UB. Im Hinblick auf Geschlecht, Migrationsstatus und Altersgruppe sind keine bedeutsamen Unterschiede bezüglich des Vorkommens von UB festzustellen. Personen mit mittlerem SSS berichten besonders häufig UB (92%). Auch bei GKV-Versicherten ohne Zusatzversicherung deutet sich eine Häufung (73%) an (siehe [Anhang A](#)). Die weiteren Ergebnisse werden nachstehend den Hauptkategorien folgend präsentiert.

Art der unerfüllten Behandlungswünsche (HK 1)

Am häufigsten (n = 27) sind UB dadurch charakterisiert, dass eine Person mit der Leistung nicht (vollständig) zufrieden war. Eine nicht erhaltene Leistung (n = 13) bzw. verzögert erbrachte Leistung (n = 12) bildet die zweit- bzw. dritthäufigste Art der berichteten UB. Acht UB zeigen sich darin, dass Befragte die erhaltene Leistung als ungeeignet empfunden haben (n = 8). Bei drei der UB hat eine Person selbst entschieden, die Leistung nicht zu verlangen und sie damit nicht in Anspruch zu nehmen.

Unerfüllte Behandlungswünsche nach Versorgungsbereichen (HK 2)

UB finden sich – wie aus [Tabelle 2](#) hervorgeht – häufig in der zahnmedizinischen/kieferorthopädischen (n = 10), hausärztlichen (n = 11) und insbesondere fachärztlichen Versorgung (n = 26).

Im letztgenannten Bereich erweisen sich v.a. die Kardiologie, Orthopädie und Dermatologie als relevant. Exemplarisch kann ein von einer älteren Person genannter UB, der sich in einer verzögert erbrachten Leistung manifestiert und dem Fachbereich Kardiologie zuzuordnen ist, angeführt werden: „Ich habe vom [...]“

Tabelle 1
Charakterisierung der Interviewteilnehmenden (n = 29).

Variable		n (% gerundet)
Geschlecht	weiblich	19 (66)
	männlich	10 (34)
Altersgruppe	Jüngere (14–19 Jahre)	6 (21)
	Ältere (≥ 60 –79 Jahre)	23 (79)
Subjektiver Sozialstatus (SSS)*	niedrig	7 (24)
	mittel	12 (41)
	hoch	10 (34)
Krankenversicherungsstatus	GKV	22 (76)
	GKV + Zusatzversicherung	3 (10)
	PKV	4 (14)
Migrationsstatus	kein Migrationshintergrund	19 (66)
	Migrationshintergrund (ein-/beidseitig)	10 (34)
Subjektiver Gesundheitsstatus**	sehr gut (1)	3 (11)
	sehr gut - gut (1-2)	2 (7)
	gut (2)	9 (32)
	gut - befriedigend (2-3)	2 (7)
	befriedigend (3)	8 (29)
	befriedigend - ausreichend (3-4)	3 (11)
	ausreichend (4)	1 (4)
	mangelhaft (5)	0 (0)
ungenügend (6)	0 (0)	
	k.A.	1 (4)

* Bei einer Person erfolgte die Einordnung auf Basis des höchsten erreichten Schulabschlusses als Proxy für die fehlende Angabe zum SSS.

** Da mehrere Personen (n=7) sich nicht bei einer Schulnote einordnen wollten und Zwischenkategorien wie „zwischen 1 und 2“ angaben, werden diese entsprechend dargestellt.

Tabelle 2
Versorgungsbereiche der unerfüllten Behandlungswünsche.

Versorgungsbereiche	n (% gerundet)
Fachärztliche Versorgung	26 (41)
Kardiologie	7 (11)
Orthopädie	6 (10)
Dermatologie	5 (8)
Weitere Fachrichtungen*	8 (13)
Hausärztliche Versorgung	11 (17)
Zahnmedizinische/kieferorthopädische Versorgung	10 (16)
Arzt:in (unspezifisch) - ambulante Versorgung	5 (8)
Stationäre Versorgung	3 (5)
Physiotherapie	3 (5)
Rehabilitative/kurmedizinische Versorgung	3 (5)
Sonstige Leistungen	2 (3)
Σ Unerfüllte Behandlungswünsche	63

* umfasst Fachrichtungen, die \leq zweimal angeführt wurden sowie UB der fachärztlichen Versorgung, bei denen die Fachrichtung nicht näher spezifiziert wurde.

Hausarzt gesagt bekommen, dass ich zum Kardiologen gehen soll. [...] und die haben gesagt, ich muss warten so zwei, drei Monate. Mein Zustand wurde so kritisch, dass ich nach dem Besuch beim Arzt für zwei Wochen ins Krankenhaus musste.“ (Ä:14⁵)

Die nachstehende Aussage einer 83-jährigen Befragten aus der Kardiologie verdeutlicht, dass im Kontext von UB nicht nur Behandlung, Diagnostik oder Therapie adressiert werden, sondern vielmehr auch zwischenmenschliche Aspekte wie das ärztliche Gespräch und damit die Arzt-Patienten-Kommunikation zu berücksichtigen sind: „Und dann hat er sich keine Mühe gegeben, obwohl ich schon seit Jahren zu diesem Kardiologen ging, dann hat er zu mir gesagt: ‚Ja, was wollen Sie eigentlich? Vergessen Sie, wie alt Sie sind?‘ [...] Der hat nichts gemacht, der hat kein

⁴ Weitere Wohnorte der Befragten: Dortmund (n=4), Herne (n=3) sowie Duisburg, Mülheim an der Ruhr, Recklinghausen und Unna (je n=1)

⁵ Abkürzung der Fundstellenbezeichnung: Zielgruppe (Ältere/Jüngere): Interviewnummer

Blutdruck gemessen, gar nichts. [...] Ja, und dann habe ich gesagt: ‚Ich möchte mich von Ihnen trennen, also streichen Sie mich aus Ihrer Kartei.‘ Weil DAS ist nicht in Ordnung, nur weil man alt ist? Wissen Sie, ich will Ihnen das sagen, ich bin über achtzig und nur weil man alt ist, wird einem das Gefühl vermittelt: Sei doch froh, dass du überhaupt noch da rumkriechst.“ (Ä:21)

Die Konsequenz aus diesem UB war für die Befragte Wechsel zu einer anderen Fachärztin, bei der sie ebenfalls einen UB berichtet.

Im Kontext der stationären Versorgung wurden UB u.a. in Form einer verzögert erbrachten Leistung identifiziert. Eine interviewte Person berichtet von ihrem stationären Aufenthalt aufgrund einer Bauchspeicheldrüsenentzündung im letzten Jahr: „[Mit der] Krankenhausversorgung habe ich auch einmal eine sehr schlechte Erfahrung gemacht [...] eh sich überhaupt ein Arzt da drum gekümmert hat. [...] das waren mehrere Stunden.“ (Ä:13)

UB in den Versorgungsbereichen rehabilitative/kurmedizinische Versorgung bzw. Physiotherapie manifestieren sich häufig in einer nicht erhaltenen Leistung oder einer Unzufriedenheit mit der Leistung selbst. Im nachstehenden Zitat finden sich UB im Kontext des letztgenannten Bereichs: „Ich habe jetzt für meine Schulter sechsmal Physiotherapie bekommen. [...] Aber der Arzt hat direkt gesagt: ‚Sie brauchen nicht noch mal weiter zu fragen, mehr als sechs gibt es nicht, weil Ihre Krankenkasse mehr nicht verschreibt.‘ Das fand ich nicht gut. [...] ich habe manchmal Last mit dem Rücken gehabt und man bekommt ja, oder früher habe ich dann Fango und Massage bekommen. Das bekomme ich jetzt nicht mehr verschrieben.“ (Ä:3)

Eine Besonderheit zeigt sich für Personen mit niedrigem SSS. Diese nennen die meisten UB in der hausärztlichen Versorgung (50%). Befragte mit hohem SSS berichten hingegen keinen UB in diesem Bereich. Während die stationäre sowie die rehabilitative/kurmedizinische Versorgung bei Personen mit niedrigem SSS nicht als Versorgungsbereich mit UB identifiziert werden, führen Personen mit hohem SSS hier jeweils zwei UB an.

Gründe für unerfüllte Behandlungswünsche (HK 3)

Nachfolgend werden die im Hinblick auf die genannten UB bedeutsamsten Versorgungsbereiche (Fachärzt:innen, Hausärzt:innen/Ärzt:innen ambulant unspezifisch, Zahnmedizin/Kieferorthopädie) betrachtet. Hier finden sich 47 UB, denen 78 Gründe zugeordnet sind. **Abbildung 3** gibt eine Übersicht über diese Gründe. Der Großteil bezieht sich auf die Leistungserbringenden (n = 59, ausgefüllte Balken). Einige Ursachen finden sich zudem bei der Krankenversicherung (n = 12, gepunkteter Balken) bzw. bei den Patient:innen selbst (n = 7, schraffierte Balken).

Wartezeiten und Zeitmangel (n = 16) sowie Mängel in der Arzt-Patienten-Beziehung (n = 15) werden insbesondere bei Fachärzt:innen (je n = 12) berichtet, stellen jedoch auch in der hausärztlichen Versorgung ein Problem dar: „Ach, ja, das ist schwierig. [...] lange Wartezeiten, wenn was Unvorhergesehenes ist und so, und auch trotzdem lange Wartezeiten mit Termin. [...] beim Hausarzt, ja.“ (Ä:13)

Die Befragte ergänzt, dass sie aufgrund der Wartezeiten Fachärzt:innen erst gar nicht aufsuche: „Zum Facharzt gehe ich schon gar nicht. [...] auch wegen der Wartezeiten. Da muss man ja manchmal sehr lange auf einen Termin warten.“ (Ä:13)

Im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung spielen sowohl allgemeine Mängel in der Kommunikation als auch fehlende Partizipationsmöglichkeiten für Patient:innen am Gespräch sowie bei der Entscheidungsfindung eine Rolle. Zudem berichten jüngere wie ältere Befragte darüber, altersbedingt nicht ernst genommen zu werden: „Sie hat ihre Arbeit sehr gut verrichtet, aber ich bin

immer mit einem unguuten Gefühl da hin gegangen und habe mich dort dann mit ihr in einem Raum ein bisschen unwohl gefühlt. [...] also wenn ich Fragen hatte, das hat meine Mutter dann auch immer gemacht und sie hat [...] mit meiner Mutter die Sachen sozusagen abgeklärt. [...] und ich hätte mir halt gewünscht, dass sie vielleicht also erstens freundlicher gewesen wäre und auch mehr mich selber angesprochen hätte.“ (J:3)

Ein weiterer Jugendlicher fühlt sich aufgrund seines jungen Alters ebenfalls nicht ausreichend ernst genommen und berichtet von Zeitmangel im Gespräch: „Für mich ist das halt so, dass die Ärzte, nicht alle, teilweise mich dann [...] eher nicht so perfekt ernst nehmen. [...] wenn man zum Beispiel eine Frage stellt ihm gegenüber, dann ist es halt so, er ist so in Eile, sage ich mal. Und dann geht er auch nicht immer auf die Fragen ein, die man gestellt hat, wenn man zum Beispiel zwei oder drei gestellt hat. [...] von den Eltern kommen die Fragen besser an.“ (J:6)

Die fehlende Übernahme von Behandlungskosten durch die Krankenversicherung (n = 12) ist im Bereich der Zahnmedizin/Kieferorthopädie im Hinblick auf Zuzahlungen oder Selbstbeteiligungen (n = 7) von besonderer Relevanz: „Die Füllung oder die Ersatzteile, da gibt es doch von bis. Und das finde ich so, man könnte sagen, also die Kasse zahlt das und das und das kann ich Ihnen empfehlen. Man muss so furchtbar viel beim Zahnarzt dazuzahlen.“ (Ä:6)

Daneben wird dieser Grund auch in Bezug auf die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) angeführt.

Personen mit hohem SSS nennen ausnahmslos diese Gründe für UB in der zahnmedizinischen/kieferorthopädischen Versorgung. Auffällig ist, dass Befragte mit niedrigem SSS weder hier noch in einem anderen Versorgungsbereich finanzielle Gründe für UB anführen.

Mängel in der Behandlung bzw. ein fehlender Behandlungserfolg werden in mehreren Versorgungsbereichen (n = 12) angeführt: Befragte nennen in diesem Zusammenhang bspw. Schmerzen bei der Zahnbehandlung, starke Nebenwirkungen oder negative gesundheitliche Folgen einer als fehlerhaft empfundenen Behandlung.

Darüber hinaus sind eine aus Sicht der Befragten unzureichende Diagnostik bzw. Untersuchung (n = 7), Probleme bei der Verschreibung von Leistungen (fehlend, ungeeignet, übermäßig; n = 5), fehlendes Vertrauen in Ärzt:innen zur Lösung des gesundheitlichen Problems (n = 4), eine mangelnde Aufklärung seitens der Leistungserbringenden (n = 4) sowie sonstige patient:innenbezogene Gründe (n = 3) ursächlich für die berichteten UB.

Diskussion

Mit der vorliegenden Studie ist es gelungen, UB und deren Gründe am Beispiel von jüngeren und älteren Personen im Ruhrgebiet in einem qualitativen Setting zu explorieren. Die eingangs skizzierten Gründe für UB im internationalen Kontext finden sich zum Großteil auch in unserer Untersuchung: Hier sind übereinstimmend die mangelnde Übernahme von Behandlungskosten, d.h. finanzielle Aspekte und Wartezeiten auch in der zahnmedizinischen/kieferorthopädischen bzw. fachärztlichen Versorgung entscheidende Ursachen. In anderen Studien wurde neben Wartezeiten als Ursache auf Gesundheitssystemebene zusätzlich auch die eigene Zeitknappheit der Befragten als gesundheitssystemunabhängiger Grund für deren UB berichtet. D.h. ein UB lag in diesem Fall vor, weil Patient:innen selbst zu wenig Zeit hatten und deswegen bspw. keinen Arzt aufsuchten. Dieser Grund wurde in der vorliegenden Untersuchung nicht identifiziert.

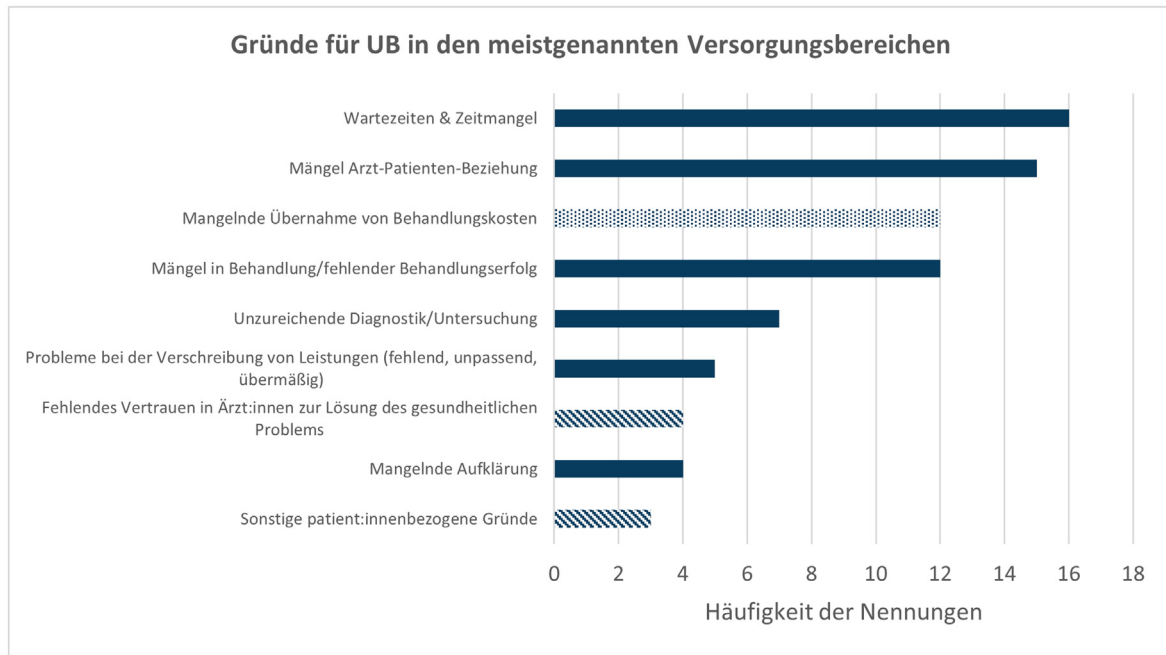


Abbildung 3. Aggregierte Gründe der Unerfülltheit im Bereich der meistgenannten Versorgungsbereiche; Häufigkeit der Nennungen (n = 59). Ausgefüllte Balken: Leistungserbringendenbezogene Ursachen; Gepunkteter Balken: Krankenversicherungsbezogene Ursachen; Schraffierte Balken: Patient:innenbezogene Ursachen.

Bei einem Vergleich der Ergebnisse mit internationalen Publikationen ist zu berücksichtigen, dass mit den unterschiedlichen Gesundheitssystemen auch spezifische Zugangsbarrieren einhergehen. Unsere Ergebnisse legen nahe, dass die Unerfülltheit eines einzelnen Behandlungswunsches oft auf mehrere Gründe zurückzuführen ist. Ein UB kann also durch das Zusammenspiel mehrerer Faktoren entstehen. Im Rahmen unserer Studie werden diese von den Befragten vorrangig den Leistungserbringenden zugeordnet. Wichtige, die Arzt-Patienten-Kommunikation bzw. -Beziehung betreffende Ursachen werden in der vorliegenden Untersuchung erstmals identifiziert: Sowohl Jüngere als auch Ältere führen das Gefühl, aufgrund ihres Alters nicht ernst genommen zu werden, an.

UB werden hier vorrangig von Personen mit mittlerem SSS geäußert. Damit decken sich die Ergebnisse zunächst nicht mit dem von Hoebel et al. [29] bzw. Lindström et al. [14] festgestellten Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status (SES) und Vorkommen von UB zu Ungunsten von Personen mit niedrigem SES. Dieser Unterschied muss nicht darauf zurückzuführen sein, dass das tatsächliche Auftreten von UB bei jüngeren und älteren Personen mit niedrigem Sozialstatus im Ruhrgebieten seltener ist als bei Personen der mittleren Statusgruppe. Vielmehr könnte eine geringere Gesundheitskompetenz dazu führen, dass betroffene Personen UB nicht als solche identifizieren bzw. artikulieren können oder sich etwaiger Barrieren im Zugang bzw. bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nicht bewusst sind. Auch die Angst vor Diskreditierung bei der Nennung finanzieller Aspekte könnte ein Grund dafür sein, dass Personen mit niedrigem SSS diese nicht als Ursache für die Unerfülltheit anführen. Unterschiede in der Gesundheitskompetenz könnten einen Erklärungsansatz für den geringeren Anteil an berichteten UB bei Personen mit niedrigem SSS im Vergleich zu denjenigen mit mittlerem bzw. hohem SSS bilden. Um dies zu überprüfen, bedarf es quantitativer Untersuchungen, die neben UB auch die Gesundheitskompetenz erfassen. Eine Studie von Quenzel und Schaeffer [30], die die Gesundheitskompetenz vulnerabler Personengruppen in NRW untersucht, deutet auf eine starke Abweichung von bspw. bildungsfernen Jugendlichen sowie älteren Menschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung hin. Diese zeigt sich durch ein geringes

Wissen über gesundheitsförderliches, -bewahrendes und krankheitsverhinderndes Verhalten und Problemen dabei, sich im Gesundheitswesen zurecht zu finden. Neben der Gesundheitskompetenz könnte eine unterschiedliche Erwartungshaltung der Befragten in Abhängigkeit ihres Sozialstatus bezüglich der Arzt-Patienten-Kommunikation zu Unterschieden in der Bewertung von UB, die sich auf das Gespräch bzw. die Interaktion zwischen Arzt:in und Patient:in beziehen, führen.

Insgesamt berichten knapp zwei Drittel der Befragten mindestens einen UB. Verglichen mit international publizierten Prävalenzen, die sich meist in einem Bereich von 10% bis 25% bewegen [1,3,13,15,17,19], erscheint dieser Anteil hoch. Dabei ist zum einen zu bedenken, dass die vorliegende Studie UB nicht in einem genuin quantitativen Forschungsansatz betrachtet. Zum anderen beschränkt sich ein Gros publizierter Untersuchungen auf UB der letzten 3-12 Monate. Eine Begrenzung des Zeitraums wurde in der vorliegenden Arbeit bewusst nicht vorgenommen, da für Deutschland bisher kaum Evidenz zum Thema UB besteht. Der Fokus lag hierbei auf der qualitativen Exploration UB und deren Gründe und nicht auf einer Quantifizierung oder zeitlichen Einordnung. Letztere kann Inhalt weiterführender quantitativer Untersuchungen sein. Überdies werden verzögerte Leistung und UB oft getrennt voneinander erfasst. Ein weiterer starker Einflussfaktor für den hohen Anteil an UB in der vorliegenden Analyse dürfte der Fokus auf vulnerable Personengruppen im Ruhrgebiet sein.

Stärken und Limitationen

Die vorliegende Interviewstudie weist einen hohen Detaillierungsgrad auf: Neben dem Vorkommen wurden Art und Gründe für UB sowie die Versorgungsbereiche, in denen UB bestehen, exploriert. Auch der Fokus auf jüngere und ältere Menschen mit Wohnsitz in einem Gebiet mit besonderer Raum- und Sozialstruktur, und damit auf vulnerable Gruppen, ist hervorzuheben.

Durch das qualitative Studiendesign ist eine Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse nicht gegeben. Dies war jedoch auch nicht Ziel der Untersuchung. Limitationen ergeben sich vor allem aus der Stichprobensammensetzung: Der Anteil von jüngeren Personen

(21%) sowie der Anteil von Menschen mit niedrigem SSS (24%) fällt vergleichsweise gering aus. Trotz der Bemühungen, insbesondere Personen mit niedrigem SSS zu erreichen, finden sich mehr Personen in der mittleren (41%) bzw. der hohen Statuskategorie (34%). Damit zeigen sich die eingangs erwähnten Rekrutierungsschwierigkeiten bei dieser Subgruppe. Weitere Teilnehmende konnten trotz einer ausgedehnten Rekrutierungsphase sowie einer Erweiterung der Rekrutierungsstrategie nicht erreicht werden. Zu berücksichtigen ist zudem, dass die dargestellten UB die subjektive Wahrnehmung der Befragten widerspiegeln und sich von objektiven Behandlungsbedarfen unterscheiden können. In der Gesamtschau geben die Ergebnisse aber Hinweise auf Defizite in der Versorgung und können damit als Grundlage zur Ableitung von konkreten Lösungsansätzen zur Verbesserung der Versorgungssituation verstanden werden.

Fazit

Potenzielle Handlungsfelder für die Optimierung der regionalen Gesundheitsversorgung – insbesondere für jüngere und ältere Menschen – ergeben sich aus den Versorgungsbereichen, in denen die meisten UB identifiziert wurden. Dazu zählen die fachärztliche, hausärztliche und zahnmedizinische/kieferorthopädische Versorgung. Entsprechende Interventionen können an den dargelegten Gründen für UB ansetzen. Dies sind insbesondere Wartezeiten und Zeitmangel, Probleme in der Arzt-Patienten-Beziehung, fehlende Übernahme von Behandlungskosten sowie wahrgenommene Mängel bei der Behandlung. Gerade die Kommunikation zwischen Leistungserbringenden und Patient:innen könnte eine Schlüsselrolle zur Verbesserung bilden. Die berichteten Ergebnisse bieten eine Grundlage für differenzierte quantitative Befragungen mit repräsentativen Stichproben. Hierbei könnte auch ein besonderer Schwerpunkt auf den Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und dem Vorkommen von UB gelegt werden.

Interessenkonflikt

Die Autor*innen geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Autor*innenschaft

Sarah Heidenreiter: Konzeptualisierung, Methodik, Untersuchung, Formale Analyse, Projektbetreuung, Visualisierung, Schreiben - Originalentwurf, Schreiben - Review & Überarbeitung. Michael Lauerer: Supervision, Schreiben - Review & Überarbeitung. Eckhard Nagel: Fördermittelakquise, Konzeptualisierung, Schreiben - Review & Überarbeitung.

Anhang A. Zusätzliche Daten

Zusätzliche Daten verbunden mit diesem Artikel finden sich in der Online-Version unter <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2024.06.001>.

Literatur

- [1] Hargreaves DS, Elliott MN, Viner RM, Richmond TK, Schuster MA. Unmet health care need in US adolescents and adult health outcomes. *Pediatrics* 2015;136:513–20. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0237>.
- [2] Lindström C, Rosvall M, Lindström M. Unmet health-care needs and mortality: A prospective cohort study from southern Sweden. *Scand J Public Health* 2019;1403494819863530. <https://doi.org/10.1177/1403494819863530>.
- [3] Popovic N, Terzic-Supic Z, Simic S, Mladenovic B. Predictors of unmet health care needs in Serbia; analysis based on EU-SILC data. *PLoS ONE* 2017;12:e0187866.
- [4] Sanmartin C, Houle C, Tremblay S, Berthelot J-M. Changes in unmet health care needs. *Health Rep* 2002;13:15–21.
- [5] Tuck A, Oda A, Hynin M, Bennett-AbuAyyash C, Roche B, Agic B, et al. Unmet health care needs for syrian refugees in canada: a follow-up study. *J Immigr Minor Health* 2019. <https://doi.org/10.1007/s10903-019-00856-y>.
- [6] Ramtohl I, Lauerer M. Warum bleiben Behandlungswünsche von GKV- und PKV-Versicherten unerfüllt?: Eine quantitative Inhaltsanalyse semi-strukturierter Leitfadeninterviews. *Gesundheitswesen* 2015;77:A12. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1562968>.
- [7] Walker ER, Cummings JR, Hockenberry JM, Druss BG. Insurance status, use of mental health services, and unmet need for mental health care in the United States. *Psychiatr Serv* 2015;66:578–84. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400248>.
- [8] An R. Unmet mental health care needs in U.S. children with medical complexity, 2005–2010. *J Psychosom Res* 2016;82:1–3. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.12.007>.
- [9] Parasuraman SR, Anglin TM, McLellan SE, Riley C, Mann MY. Health care utilization and unmet need among youth with special health care needs. *J Adolesc Health* 2018;00:1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.03.020>.
- [10] Irvin K, Fahim F, Alshehri S, Kitsantas P. Family structure and children's unmet health-care needs. *J Child Health Care* 2018;22:57–67. <https://doi.org/10.1177/1367493517748372>.
- [11] Sanmartin MX, Ali MM, Chen J, Dwyer DS. Mental health treatment and unmet mental health care need among pregnant women with major depressive episode in the United States. *Psychiatr Serv* 2019;70:503–6. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800433>.
- [12] Frank J, Restar A, Kuhns L, Reischer S, Biello K, Garofalo R, et al. Unmet health care needs among young transgender women at risk for HIV transmission and acquisition in two urban U.S. cities: the lifeskills study. *Transgend Health* 2019;4:1–8. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0026>.
- [13] Awe OA, Okpalauwaekwe U, Lawal AK, Ilesanmi MM, Feng C, Farag M. Association between patient attachment to a regular doctor and self-perceived unmet health care needs in Canada: a population-based analysis of the 2013 to 2014 Canadian community health surveys. *Int J Health Plann Manage* 2019;34:309–23. <https://doi.org/10.1002/hpm.2632>.
- [14] Lindström C, Rosvall M, Lindström M. Socioeconomic status, social capital and self-reported unmet health care needs: a population-based study. *Scand J Public Health* 2017;45:212–21. <https://doi.org/10.1177/1403494816689345>.
- [15] eurostat, Unmet health care needs statistics; 2023. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_health_care (accessed 13 August 2023).
- [16] Hwang J. Understanding reasons for unmet health care needs in Korea: what are health policy implications? *BMC Health Serv Res* 2018;18. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3369-2>.
- [17] Herr M, Arvieu J-J, Aegerter P, Robine J-M, Ankrj J. Unmet health care needs of older people: prevalence and predictors in a French cross-sectional survey. *Eur J Pub Health* 2014;24:808–13. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt179>.
- [18] Gibson PR, Kovach S, Lupfer A. Unmet health care needs for persons with environmental sensitivity. *J Multidiscip Healthc* 2015;8:59–66. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S61723>.
- [19] Ronksley PE, Sanmartin C, Quan H, Ravani P, Tonelli M, Manns B, et al. Association between perceived unmet health care needs and risk of adverse health outcomes among patients with chronic medical conditions. *Open Med* 2013;7:e21–30.
- [20] OECD, Unmet needs for health care: Comparing approaches and results from international surveys; 2020.
- [21] Günster C, Klauber J, Robra B-P, Schmuker C, Schneider A, editors. *Versorgungs-Report: Klima und Gesundheit*. Berlin, KG: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co; 2021.
- [22] Information und Technik Nordrhein-Westfalen, Statistikatlas NRW | Kartenanwendung; 2022. <https://www.statistikatlas.nrw.de/> (accessed 2 February 2024).
- [23] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Die Bedarfsplanung - Grundlagen, Instrumente und Umsetzung.
- [24] Döring N, Bortz J. *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*, fifth. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg; 2016.
- [25] Hoebel J, Müters S, Kuntz B, Lange C, Lampert T. *Messung des subjektiven sozialen Status in der Gesundheitsforschung mit einer deutschen Version der MacArthur Scale*. *Bundesgesundheitsblatt* 2015;58.
- [26] Bogumil J, Schröpler J-P, Strohmeier KP, editors. *Sozialraumanalyse Emscherregion*. Bochum: ZEFIR; 2012.
- [27] Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. twelfth ed. Weinheim Basel: Beltz Verlagsgesellschaft; 2010.
- [28] O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med* 2014;89:1245–51. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>.
- [29] Hoebel J, Rommel A, Schröder S, Fuchs J, Nowossadeck E, Lampert T. Socioeconomic inequalities in health and perceived unmet needs for healthcare among the elderly in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 2017;14. <https://doi.org/10.3390/ijerph14101127>.
- [30] Quenzel G, Schaeffer D. *Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen*, Universität Bielefeld, Bielefeld; 2016.