

Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2008

Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage

Mai/Juni 2008

**FORSCHUNGSGRUPPE
WAHLEN TELEFONFELD**



FGW Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH
68161 Mannheim • N7, 13-15 • Tel. 0621/1233-0 • Fax: 0621/1233-199

© FGW Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH

N7, 13-15 • 68161 Mannheim
Tel. 0621/12 33-0 • Fax: 0621/12 33-199
E-Mail: info@forschungsgruppe.de
www.forschungsgruppe.de

Amtsgericht Mannheim HRB 6318
Geschäftsführer: Matthias Jung • Andrea Wolf

Analyse: Bernhard Kornelius
Juli 2008

Versichertenbefragung der KBV

Für die Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat die Mannheimer Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH vom 13. Mai bis 9. Juni 2008 in Deutschland insgesamt 6.114 zufällig ausgewählte Bürgerinnen und Bürger telefonisch befragt. Die Interviews wurden von 150 Interviewern durchgeführt. Die Ergebnisse der Untersuchung sind repräsentativ für die deutsche Wohnbevölkerung im Alter zwischen 18 und 79 Jahren. Alle Ergebnisse sind in Prozent angegeben. Methodische Einzelheiten werden im Anhang erläutert.

Die Untersuchung ist inhaltlich in vier Teile gegliedert: Als Erstes werden allgemeine Themen zur Häufigkeit von Arztbesuchen, zur hausärztlichen Versorgungslage sowie zu Wartezeiten der Patienten sowohl für Termine als auch vor Ort in der Praxis dokumentiert. Neben praxisspezifischen Faktoren wie Lage, Wegzeiten oder Auswahlkriterien werden die Gründe des jeweils letzten Arztbesuches ermittelt und eine Bewertung des behandelnden Arztes vorgenommen. Hierbei wird das subjektive Bild der Patienten des jeweils von ihnen zuletzt konsultierten Arztes, nicht aber das Image der gesamten Profession erstellt. In einem zweiten Themenblock interessieren im Bereich Gesundheitspolitik und Wahltarife die Konsequenzen der aktuellen Gesundheitsreform, die Bereitschaft für ausgewählte Wahltarife und hier insbesondere Einstellungen und Erfahrungen rund um das Hausarztmodell.

Im dritten Abschnitt geht es um Aut-idem-Regelungen sowie IGeL-Leistungen: Haben die Patienten Erfahrungen mit der Nicht-Verordnung bestimmter Medikamente durch den Arzt? Wie bewerten die Versicherten das Thema Substitution durch wirkstoffgleiche Präparate in der Apotheke und welche Erfahrungen wurden hierbei gemacht? Wie stark und von wem werden IGeL-Leistungen beim Arzt nachgefragt, wo und in welchem Umfang werden sie arztseitig angeboten und welche Bevölkerungsgruppen nehmen diese kostenpflichtigen Angebote an? Als Viertes folgt das Kapitel Beschwerden und individuelle Situation: Hier werden mögliche Unzufriedenheit mit dem Arzt, die Adressaten bei Kritik sowie erfolgter Arztwechsel als Konsequenz von Unzufriedenheit identifiziert. Abschließend werden kompakt individueller Gesundheitszustand und Zukunftsoptimismus aus Sicht der Befragten dokumentiert.

Dort, wo es möglich ist und sinnvoll erscheint, wird sowohl eine Differenzierung zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung als auch eine Unterscheidung von gesetzlich bzw. privat versicherten Personen vorgenommen. Da die vorliegende Studie methodisch auf der Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahr 2006 aufbaut, können bei inhaltsgleichen Fragen mögliche Veränderungen oder Kontinuitäten dargestellt werden.

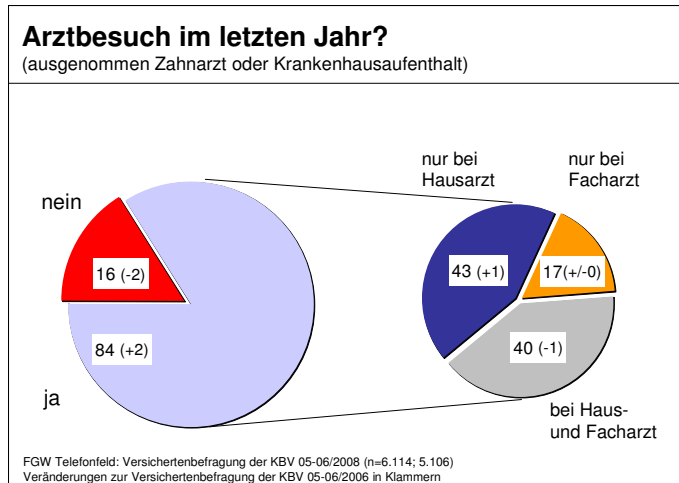
Inhalt

1.	Arztbesuch und Versorgungslage	
1.1	Haus- und Facharztbesuche	3
1.2	Bewertung des Arztes	6
1.3	Hausärztliche Versorgungslage	8
1.4	Praxisbesuch: Arztkontakt, Praxisgröße und Anlass	9
1.5	Wartezeiten	11
1.6	Arztpraxen: Wegzeiten und Lage	16
1.7	Auswahlkriterien für Arztpraxen	18
2.	Gesundheitspolitik und Wahltarife	
2.1	Konsequenzen der Gesundheitsreform	20
2.2	Wahltarife	22
2.3	Hausarztmodell: Bekanntheit, Teilnahme und Erfahrungen	26
2.4	Hausarztmodell: Information und Teilnahmegründe	28
3.	Medikamentenverordnung und IGeL-Leistungen	
3.1	Nicht-Verordnung von Medikamenten und Aut-idem-Substitution	31
3.2	Erfahrungen mit Aut-idem-Regelung	32
3.3	Nachfrage und Angebot von IGeL-Leistungen	34
4.	Unzufriedenheit mit Ärzten und individuelle Situation	
4.1	Beschwerden aus Unzufriedenheit	38
4.2	Arztwechsel aus Unzufriedenheit	40
4.3	Eigene Gesundheit und Zukunftsoptimismus	41
5.	Methodisch-statistische Anmerkungen	43

1. Arztbesuch und Versorgungslage

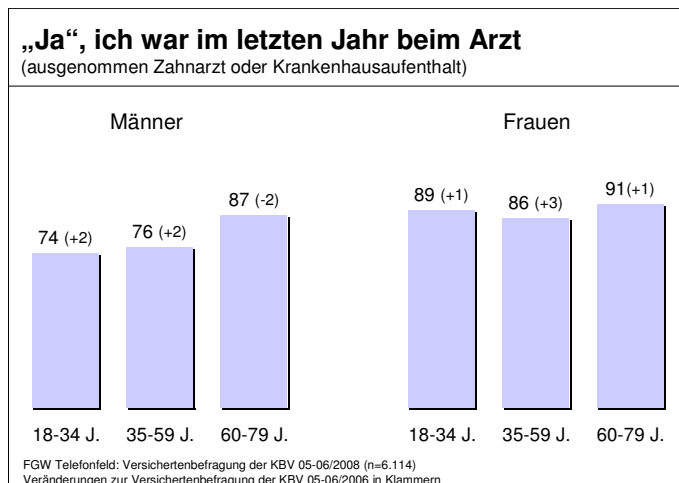
1.1 Haus- und Facharztbesuche

Arztbesuche gehören in Deutschland weiter zum Alltag: Nach 82% vor zwei Jahren sagen heute 84% aller deutschsprachigen Bürgerinnen und Bürger im Alter zwischen 18 und 79 Jahren, dass sie **in den letzten zwölf Monaten bei einem Arzt** in der Praxis waren, um sich selbst behandeln oder



beraten zu lassen. 16% (2006: 18%) waren im letzten Jahr nicht beim Arzt, wobei Besuche bei Zahnärzten oder Krankenhausaufenthalte hierbei keine Berücksichtigung finden. Unabhängig von der Anzahl der Praxisbesuche insgesamt waren 43% aller Befragten, die in diesem Zeitraum mindestens einmal beim Arzt waren, ausschließlich bei einem Hausarzt und 17% ausschließlich bei einem Facharzt. 40% haben sowohl Hausarzt wie Spezialist konsultiert.

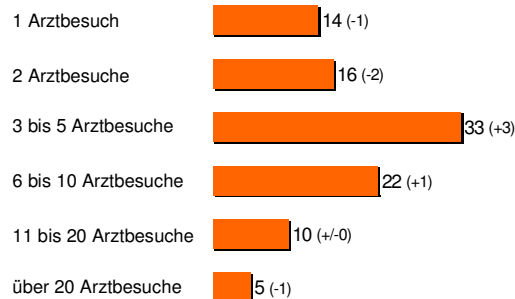
In praktisch allen Bevölkerungsgruppen haben mindestens drei Viertel der Befragten im letzten Jahr einen Arzt aufgesucht. Soziale wie demographische Faktoren, Nationalität oder die Art der Krankenversicherung offenbaren in der Analyse nur Detailunterschiede: Beim Arzt waren 79% aller männlichen



und 88% aller weiblichen Befragten, 81% der Berufstätigen und 90% der Rentner, 84% der gesetzlich und 81% der privat versicherten Personen sowie 84% derjenigen mit deutscher und 78% mit einer anderen Staatsbürgerschaft. Und während 94% der Befragten mit einem – nach eigenem Bekunden – nicht guten Gesundheitszustand beim Arzt waren, haben 86% der Bürger mit einer guten und 75% derjenigen mit einer sehr guten gesundheitlichen Verfassung einen Arzt besucht.

Anzahl der Arztbesuche im letzten Jahr

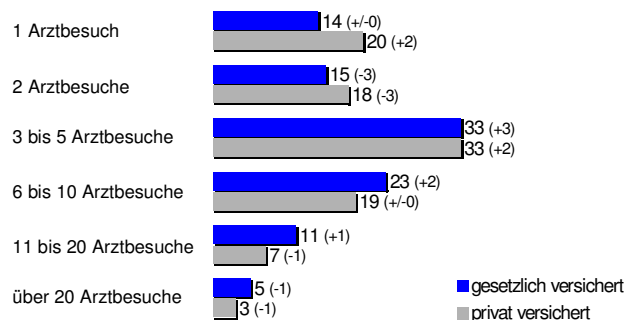
(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=5.106)
Veränderungen zur Versichertenbefragung der KBV 05-06/2006 in Klammern

Anzahl der Arztbesuche im letzten Jahr

(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt)

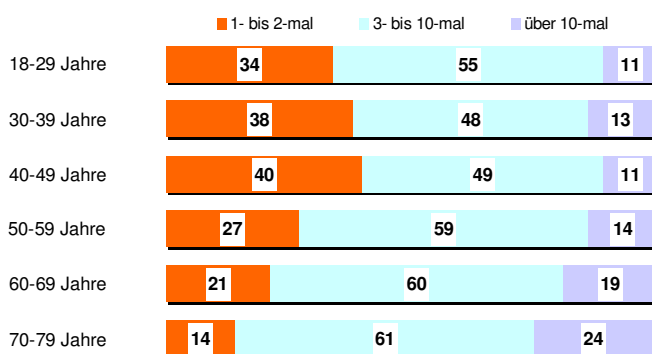


FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=5.106)
Veränderungen zur Versichertenbefragung der KBV 05-06/2006 in Klammern

etwas weniger Arztbesuche von privat als von gesetzlich versicherten Bürgern, was sich partiell aber mit den geringen PKV-Anteilen bei älteren Menschen erklärt. Deutsche sind – unabhängig von ihrer Versicherung – proportional häufiger in Arztpraxen anzutreffen als ihre ausländischen Mitbürger.

Anzahl der Arztbesuche im letzten Jahr

(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=5.106)

Insgesamt haben die Bürgerinnen und Bürger die Arztpraxen ähnlich häufig frequentiert wie vor zwei Jahren: 14% (2006: 15%) der Befragten, die in den letzten zwölf Monaten beim Arzt waren, geben für dieses Zeitfenster bei der **Anzahl der Arztbesuche** „einen“ zu Protokoll. 16% (2006: 18%) waren zweimal, 33% (2006: 30%) drei- bis fünfmal, 22% (2006: 21%) sechs- bis zehnmal, 10% (2006: 10%) elf- bis zwanzigmal und 5% (2006: 6%) noch häufiger zur eigenen medizinischen Behandlung oder Beratung in einer Praxis. Eine Differenzierung zwischen Versicherungsarten offenbart dabei tendenziell

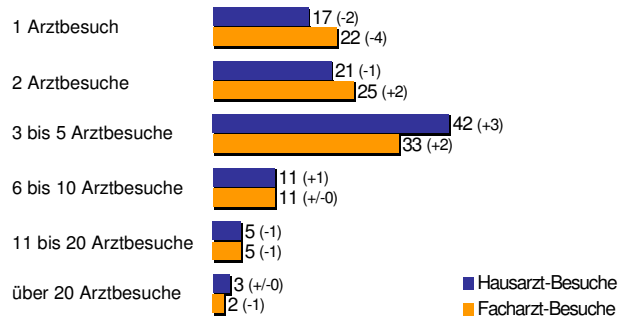
Unterschiede hinsichtlich der jährlichen Anzahl von Praxisbesuchen gibt es zudem hinsichtlich Alter und Geschlecht: Während die jüngeren Generationen weitgehend unabhängig ihrer spezifischen Altersgruppe unterdurchschnittlich oft beim Arzt sind, steigt die Intensität von Praxisbesuchen bei middle-

ren und älteren Semestern parallel mit dem Alter sehr deutlich an. Außerdem besuchen Frauen insgesamt häufiger einen Arzt als Männer, wobei hier insbesondere jüngere Männer vergleichsweise selten einen Mediziner zu Rate ziehen.

Der Gesamttrend, wonach Arztpraxen etwas stärker frequentiert sind als bei der letzten Bestandsaufnahme vor zwei Jahren, gilt für **Haus- und Facharztpraxen** gleichermaßen. Was speziell den Hausarzt betrifft, hat eine relative Mehrheit der Befragten diesen Praxen in den letzten zwölf

Haus- und Facharztbesuche im letzten Jahr

(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Haus- und/oder Facharzt)



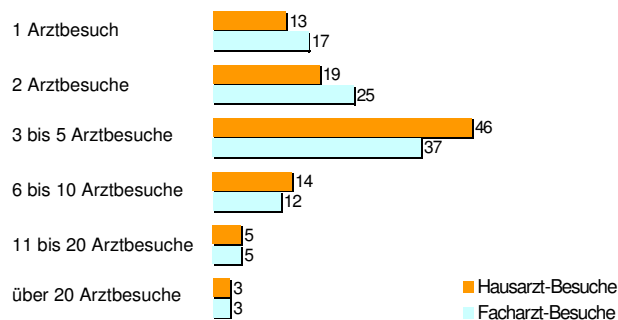
FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=4.213; 2.930)
Veränderungen zur Versichertenbefragung der KBV 05-06/2006 in Klammern

Monaten drei bis fünf Besuche abgestattet. Spezialisten werden insgesamt etwas weniger häufig aufgesucht.

Patienten, die an einem Hausarztmodell teilnehmen, konsultieren überdurchschnittlich häufig Haus-, aber auch Fachärzte. Zu beachten ist hierbei allerdings, dass in der Gruppe von Hausarztmodell-Teilnehmern der Anteil an älteren Menschen sowie an Personen mit weniger gutem oder schlechtem Gesundheitszustand über dem Schnitt liegt.

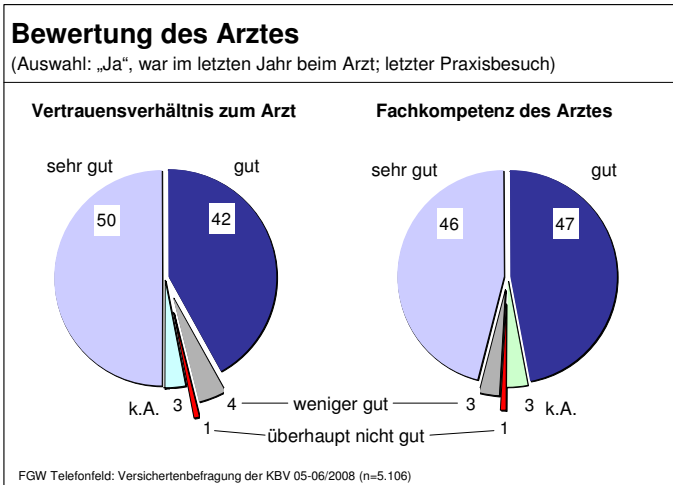
Hausarztmodell-Nutzer: Haus- u. Facharztbesuche

(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Haus- und/oder Facharzt)



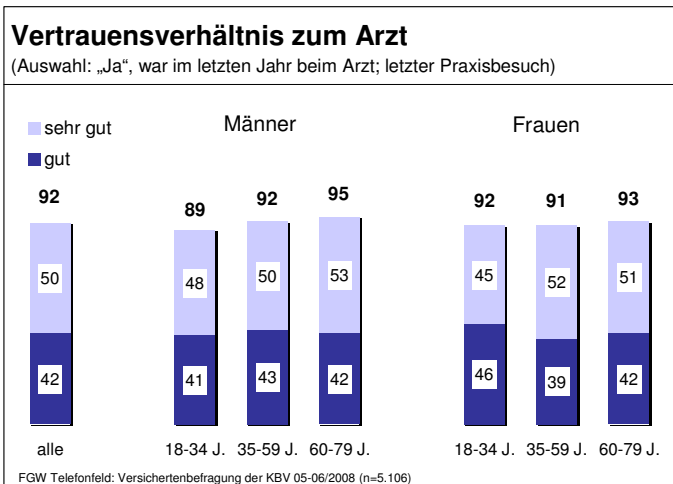
FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=846; 506)
Veränderungen zur Versichertenbefragung der KBV 05-06/2006 in Klammern

1.2 Bewertung des Arztes

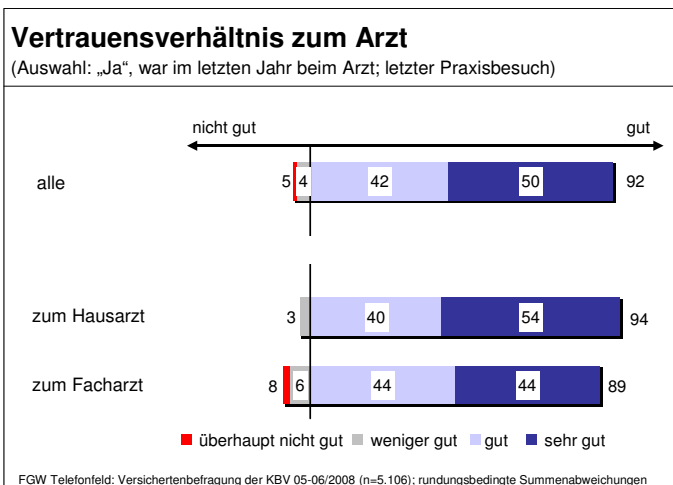


Zwischen gesetzlich und privat versicherten Personen besteht bei dieser qualitativen wie zwischenmenschlichen Bewertung hoher Konsens, wobei Haus- und Fachärzte hier wie dort gleichermaßen gute Noten bekommen.

Deutschlands Ärzte bekommen von den Patienten Bestnoten: Sowohl das Vertrauensverhältnis zum Arzt als auch dessen Fachkompetenz werden landauf, landab sehr positiv dargestellt. Das hohe Vertrauen geht dabei genau wie das fachliche Lob für die Mediziner quer durch alle Bevölkerungsschichten.

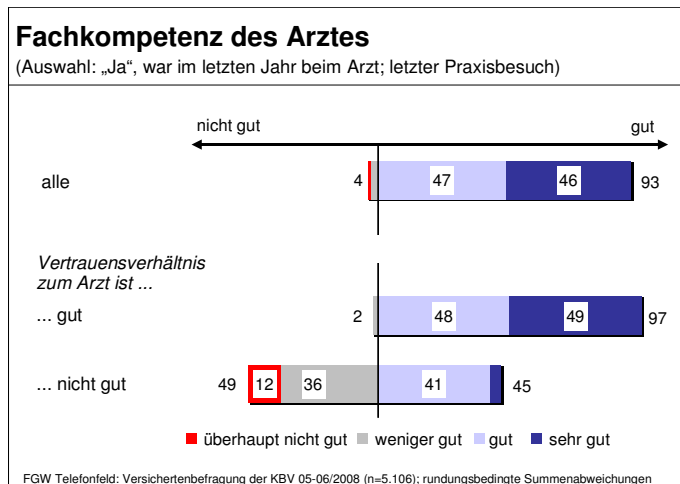
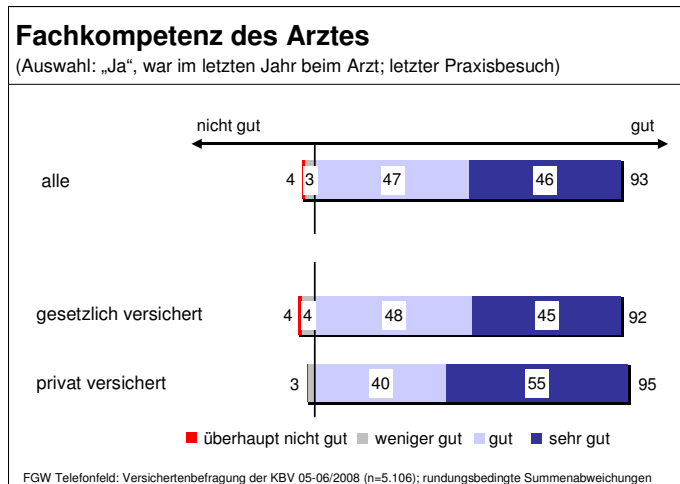


Ihr **Vertrauensverhältnis zum Arzt** charakterisieren 92% aller Befragten mit „sehr gut“ (50%) oder „gut“ (42%). Nur 5% sprechen von einem „weniger guten“ (4%) oder „überhaupt nicht guten“ (1%) Verhältnis. Bezugspunkt ist hier und im Folgenden immer der zuletzt besuchte Arzt der zurückliegenden zwölf Monate. Das Vertrauen bewegt sich bei männlichen und weiblichen, jungen und alten, formal hoch, mittel und niedrig gebildeten Befragten auf ähnlich hohem Niveau. Die Nationalität der Patienten spielt ebenfalls kaum eine Rolle. 49% der gesetzlich und 56% der privat versicherten Bürger beschreiben ihr



Vertrauensverhältnis als sehr gut. Ganz erheblich gestört ist die Patienten-Arzt-Beziehung nur an einer einzigen Stelle: Dort, wo die fachlichen Fähigkeiten des Arztes angezweifelt werden, beklagen 61% gleichzeitig ein gestörtes Vertrauensverhältnis.

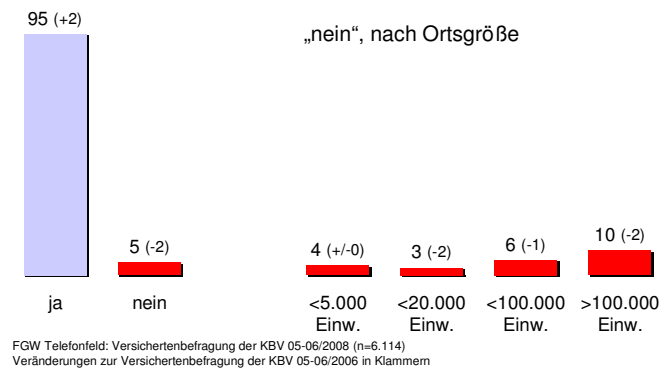
Insgesamt bestehen an den **fachlichen Fähigkeiten des Arztes** kaum Zweifel: Nur 4% der Befragten stufen die medizinisch-therapeutischen Leistungen des Arztes bei ihrem letzten Praxisbesuch mit „weniger gut“ (3%) oder „überhaupt nicht gut“ (1%) ein. Das Gros von insgesamt 93% der Bürgerinnen und Bürger attestiert dagegen „sehr gute“ (46%) oder „gute“ (47%) Arbeit, 3% wollen oder können dies nicht beurteilen. Auch hier gilt entsprechend der oben beschriebenen Muster hohe Zufriedenheit in allen sozialen und demographischen Gruppen. Selbst im Detail sind die geschlechts-, alters- oder bildungsspezifischen Unterschiede gering bis marginal.



Im Osten wird die Fachkompetenz von Ärzten praktisch genauso hoch geschätzt wie im Westen. „Sehr gut“ heißt es für 48% der Fachärzte und 45% der Hausärzte. PKV-Angehörige vergeben mit anteilig 55% noch etwas häufiger die Bestnote als die Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung mit 45%. Je häufiger Patienten Arztpraxen aufsuchen, desto öfter sprechen sie von zuletzt sehr guten Leistungen. Bei einer Verschlechterung der eigenen Gesundheit urteilen die Befragten jedoch reservierter über das Können des Arztes. Und wenn kein Vertrauen zum Arzt vorhanden ist, werden dessen fachliche Qualitäten weit überproportional häufig in Frage gestellt. Ist umgekehrt Vertrauen vorhanden, beurteilt fast jeder Zweite den Arzt fachlich mit „sehr gut“.

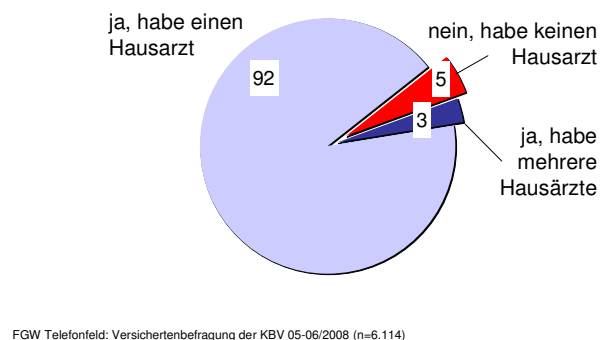
1.3 Hausärztliche Versorgungslage

Haben Sie einen Hausarzt?



Der Versorgungsgrad mit Hausärzten bewegt sich auf konstant hohem Niveau: 95% (2006: 93%) aller Bürgerinnen und Bürger haben einen Hausarzt, den sie im Krankheitsfall oder zur Beratung für gewöhnlich konsultieren, 5% (2006: 7%) haben keinen Hausarzt. Das **Vorhandensein eines Hausarztes** gehört dabei in praktisch allen Bevölkerungsgruppen zum Standard: 93% aller Männer und 96% aller Frauen sowie – unabhängig vom Geschlecht – gut neun von zehn Personen sämtlicher Altersgruppen haben einen Hausarzt. Die Bewohner kleinerer Ortschaften haben noch häufiger einen Hausarzt als Bewohner von Großstädten. Unter gesetzlich Versicherten sind es mit 96% etwas mehr als unter privat Versicherten mit 87% und unter Befragten mit deutschem Pass mit 95% nochmals mehr als unter den ausländischen Mitbürgern mit 87%. Der eigene Gesundheitszustand spielt beim Vorhandensein eines Hausarztes eine nachgeordnete Rolle. Selbst 84% der Befragten, die im letzten Jahr überhaupt nicht beim Arzt waren, haben einen Hausarzt, den sie bei Bedarf aufsuchen.

Haben Sie einen Hausarzt?



Für die hausärztliche Behandlung und Beratung haben die allermeisten Bürger nur eine Anlaufstation: Neben den 5% aller Befragten ohne Hausarzt haben 92% **einen Hausarzt, zu dem sie immer gehen**. Weitere 3% aller Befragten geben an, **mehrere Hausärzte** zu konsultieren. Sichtbar über

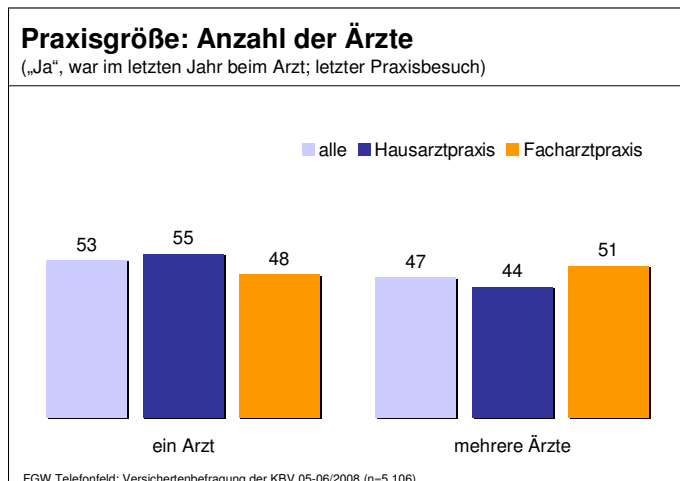
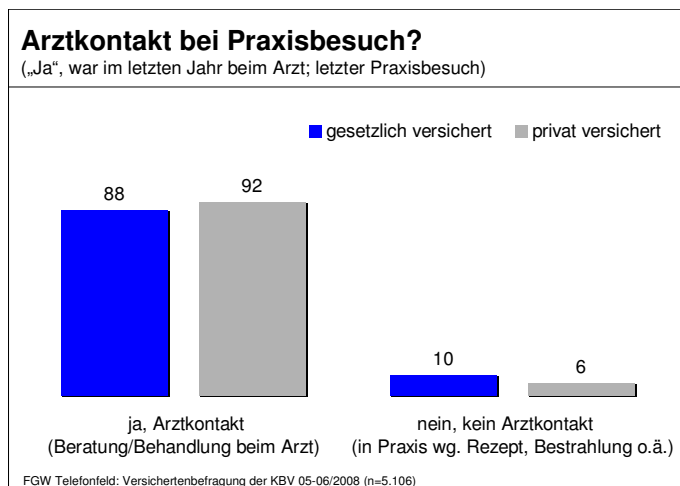
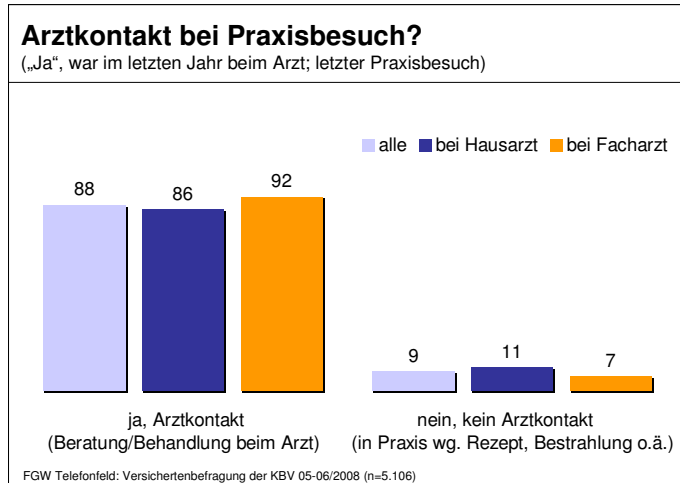
dem Schnitt liegt dieser Anteil ausschließlich in den besonders mobilen Gruppen: 8% aller 18- bis 24-jährigen Befragten sowie 10% der unter 35-Jährigen mit formal hohem Bildungsniveau geben zu Protokoll, mehrere Hausärzte zu haben. Bei den über 60-Jährigen, die überproportional häufig hausärztliche Praxen frequentieren, hat dagegen nur einer von hundert Befragten mehrere Hausärzte.

1.4 Praxisbesuch: Arztkontakt, Praxisgröße und Anlass

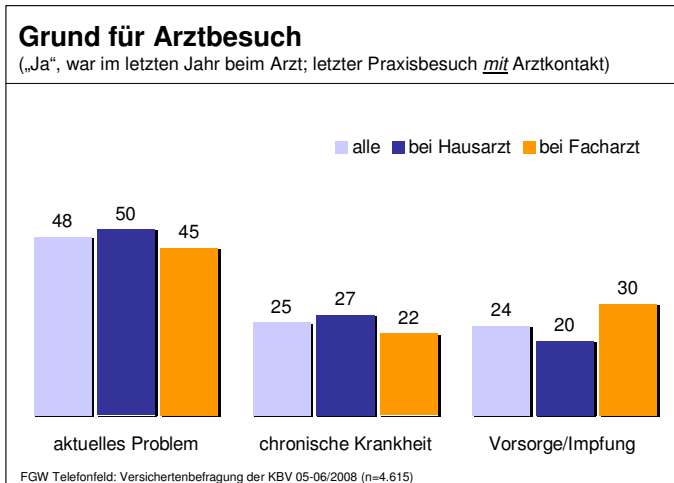
Ein **Praxisbesuch** ohne **Arztkontakt** ist eher die Ausnahme: 88% aller Befragten, die im letzten Jahr eine Praxis besucht haben, waren zuletzt zur Beratung oder Behandlung direkt beim Arzt. Bei 9% erfolgte der Praxisbesuch ohne Arztkontakt, z.B. um ein Rezept abzuholen oder um eine Anwendung bzw. Behandlung zu erhalten, die nicht durch den Arzt erfolgen muss. Letzteres ist dabei überdurchschnittlich oft bei älteren Patienten der Fall sowie bei denjenigen, die regelmäßig Medikamente nehmen müssen. Die Häufigkeit von Praxisbesuchen spielt dagegen praktisch überhaupt keine

Rolle. Beim Aufsuchen eines Spezialisten hatten 92% aller Patienten direkten Arztkontakt, beim Hausarzt waren es mit 86% etwas weniger. Unabhängig von Allgemein- oder Fachmediziner zeigt schließlich auch die Art der Krankenkasse, dass Arztkontakte bei privat versicherten Bürgern nicht wesentlich häufiger stattfinden als bei den Angehörigen einer gesetzlichen Krankenversicherung.

Unter allen Befragten, die – weiter ausgenommen Zahnarzt oder Klinikaufenthalt – in den letzten zwölf Monaten einen Arzt aufgesucht haben, geben 53% an, zuletzt in einer **Einzel-** und 47% in einer **Gemeinschaftspraxis** gewesen zu sein. Die Einwohnerzahl

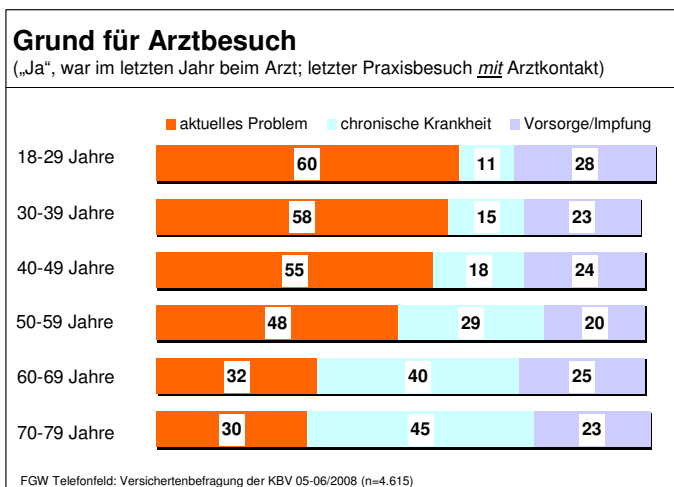


kommt bei der Praxisgröße kaum zum Tragen – lediglich in Städten mit mehr als 100.000 Bewohnern liegt der Anteil der besuchten Gemeinschaftspraxen nach Angaben der Befragten etwas über dem Schnitt.



Als **Grund für** ihren letzten **Praxisbesuch mit Arztkontakt** benennen 48% der Befragten ein aktuelles Problem wie etwa „eine Grippe oder Schmerzen“. 25% konsultierten den Arzt aufgrund einer chronischen Angelegenheit, 24% aufgrund einer Vorsorgeuntersuchung bzw. Impfung und 3% wegen sonstiger Gründe.

Bei Männern erfolgte ein Arztbesuch etwas häufiger aus aktuellem Anlass als bei Frauen. Bei chronischen Erkrankungen gab es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.



Das Alter zeigt den klaren Trend, wonach parallel zu den Lebensjahren auch die Anzahl der durch chronische Erkrankungen begründeten Praxisbesuche steigt. Außerdem waren 17% der Berufstätigen, aber 45% der Rentner zuletzt wegen dauerhafter Beschwerden in Behandlung. Die Kombination der

Faktoren Alter und Geschlecht offenbart schließlich, dass fast doppelt so viele 18- bis 34-jährige Frauen wie Männer zur Vorsorge beim Arzt waren und außerdem auch die 35- bis 59-jährigen Männer vergleichsweise selten aus Vorsorgegründen eine Praxis aufgesucht haben. Ausländische Staatsbürger nennen überdurchschnittlich oft einen aktuellen sowie einen präventiven Anlass, chronische Ursachen waren in dieser Gruppe eher selten der Grund.

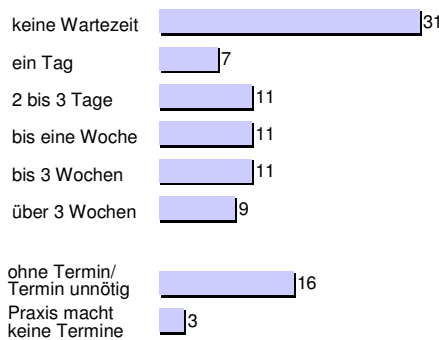
1.5 Wartezeiten

Bei Arztbesuchen gibt es auch Wartezeiten: Sowohl für einen Termin als auch in der Praxis selbst müssen sich Patienten bisweilen gedulden. Allerdings sind Wartezeiten für Termine stark vom Faktor Dringlichkeit abhängig und variieren ganz erheblich zwischen Haus- und Facharztpraxen. Privat versicherte Patienten kommen sowohl bei der Terminvereinbarung als auch in der Sprechstunde tendenziell etwas schneller zum Zug. Allerdings empfindet es kassenunabhängig nur eine Minderheit der Bürger als störend, wenn es beim Termin Wartezeiten gibt. Erst wenn die Wartezeiten mehrere Tage oder gar Wochen betragen, steigt die Unzufriedenheit ganz erheblich.

16% aller Befragten sind zuletzt ohne Terminabsprache in die Praxis gegangen bzw. sagen, dass eine Terminabsprache nicht notwendig war. In 3% der Fälle handelt es sich um Arztpraxen, die ohne Terminvergabe arbeiten. 31% aller Befragten, die in den letzten zwölf Monaten beim Arzt waren, haben sofort einen Termin bekommen. Damit gab es für rund die Hälfte der Befragten überhaupt keine Wartezeit. Bei 7% betrug die **Wartezeit für einen Termin** beim letzten Praxisbesuch einen Tag, bei 11% waren es zwei bis drei Tage, 11% mussten sich bis zu einer Woche und ebenfalls 11% zwei bis drei Wochen gedulden. Bei insgesamt 9% aller Befragten hat es länger als drei Wochen gedauert, bis sie einen Arzttermin erhalten haben. Dabei bestehen zwischen Haus- und Fachärzten erhebliche Unterschiede, denn auf einen Termin beim Spezialisten müssen Patienten sehr viel länger warten. Ob es sich um eine Gemeinschaftspraxis oder einen allein praktizierenden Arzt handelt, ist bei den Wartezeiten irrelevant.

Wartezeiten für Termin

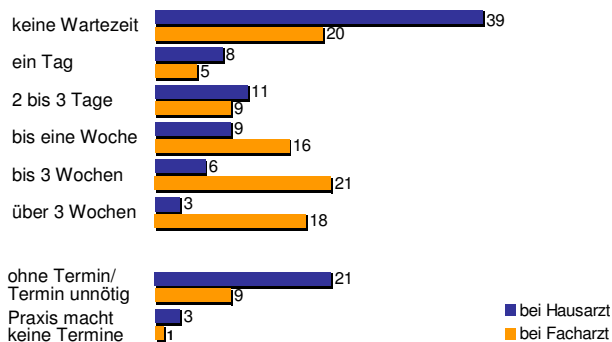
(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt; letzter Praxisbesuch)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=5.106)

Wartezeiten für Termin

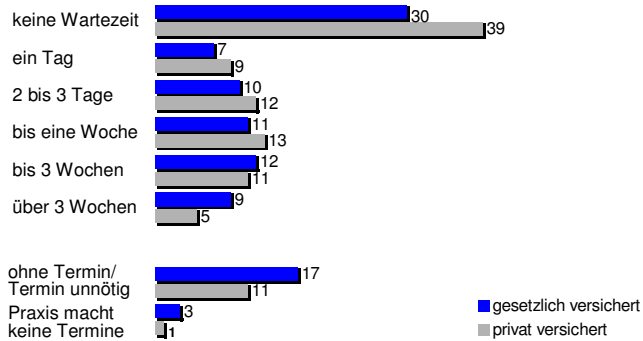
(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt; letzter Praxisbesuch)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=5.106)

Wartezeiten für Termin

(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt; letzter Praxisbesuch)



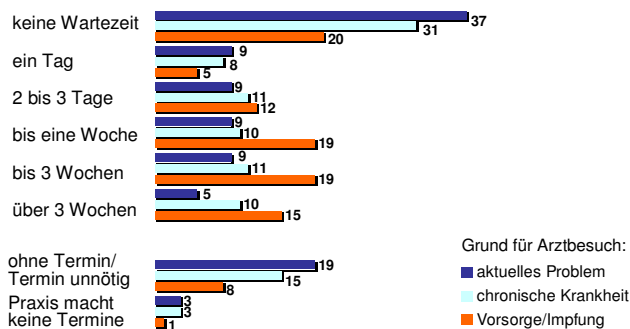
FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=5.106)

Wann man in Deutschland Arzttermine bekommt, beeinflusst ganz offensichtlich auch die Art der Krankenversicherung: 30% aller gesetzlich, aber 39% aller privat Versicherten haben für ihren letzten Arztbesuch sofort einen Termin bekommen. Und wenn es Wartezeiten gab, mussten sich gesetzlich versicherte

Personen tendenziell ein wenig länger gedulden als Privatpatienten. Dabei gilt bei Haus- und Fachärzten gleichermaßen, dass sich die Angehörigen gesetzlicher Krankenversicherungen mit längeren Wartezeiten arrangieren müssen.

Wartezeiten für Termin

(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt; letzter Praxisbesuch)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=5.106)

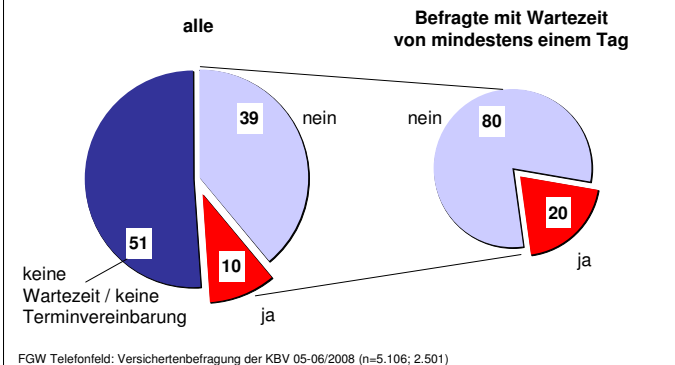
Maßgeblich bestimmt wird eine Terminsetzung auch durch Dringlichkeit und Motiv eines Arztbesuches: Bei Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen müssen Patienten länger auf einen Termin warten. Bei aktuellen Problemen sind Wartezeiten dagegen sichtbar verkürzt, gleichzeitig gehen dann über-

proportional viele direkt und ohne vorherige Absprache zum Arzt. Wenn aktuelle Beschwerden vorliegen, sind die Differenzen zwischen privat und gesetzlich Versicherten zwar nicht mehr so groß, aber auch in diesen Fällen erhalten die Angehörigen einer privaten Krankenversicherung noch immer etwas schneller einen Termin.

Dass für einen Termin beim Arzt einige Tage oder Wochen Wartezeit einkalkuliert werden müssen, stört insgesamt betrachtet nur einen relativ kleinen Teil der Patienten: 10% aller Befragten, die im letzten Jahr beim Arzt waren bzw. 20% derjenigen, die für ihren letzten Arztbesuch einen **Termin**

Hat es Ihnen zu lange gedauert, bis Sie einen Termin bekommen haben?

(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt, letzter Besuch)

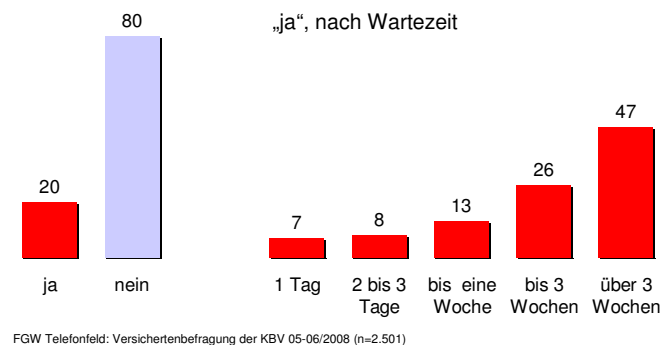


vereinbaren und darauf mindestens einen Tag warten mussten, hat dies **zu lange gedauert**, 80% aus der Gruppe mit Wartezeit bewerten diese Wartezeit dagegen unkritisch.

Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen, den verschiedenen Altersgruppen oder auch zwischen Rentnern und Berufstätigen sind gering. In großen Städten gibt es geringfügig mehr Unzufriedenheit mit der Wartezeit als in den kleineren Städten des Landes; Befragte mit vielen

Bei Wartezeit: Hat es Ihnen zu lange gedauert, bis Sie einen Termin bekommen haben?

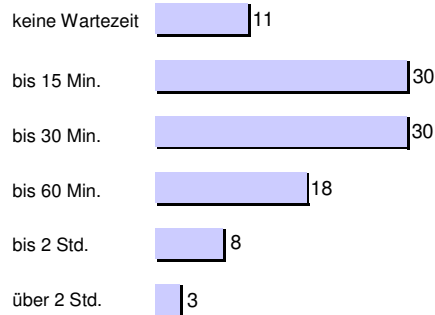
(Auswahl: „Ja“, war beim Arzt, letzter Besuch, Wartezeit mindestens einen Tag)



Praxisbesuchen urteilen etwas kritischer als diejenigen, die im letzten Jahr ein bis zweimal einen Arzt konsultiert haben. Allerdings korrespondiert der Unmut über Wartezeiten massiv mit der konkreten Dauer bis zur Terminvergabe: Wenn Patienten drei Wochen und länger warten müssen, wird dies lediglich von rund jedem Zweiten akzeptiert.

Wartezeiten in der Praxis

(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt; letzter Praxisbesuch)



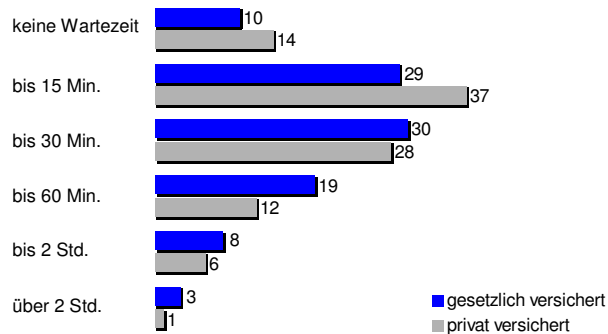
FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=5.106)

11% aller Befragten hatten bei ihrem letzten Arztbesuch überhaupt keine Wartezeit, 30% haben bis zu einer Viertelstunde und ebenfalls 30% bis zu einer halben Stunde gewartet. Bei 18% hat es bis zu einer Stunde gedauert, bis sie in der Sprechstunde an der Reihe waren. 8% haben bis zu zwei Stunden und 3% mehr als zwei Stunden im Wartezimmer der Praxis verbracht, bis sie behandelt oder beraten wurden, 2% wissen es nicht mehr.

Die **Wartezeiten in Arztpraxen** liegen bei einem Großteil der Patienten im Bereich von bis zu einer halben Stunde: Insgesamt waren 41% der Patienten innerhalb von 15 Minuten bzw. zusammengefasst 71% innerhalb von 30 Minuten in der Sprechstunde an der Reihe. Die Ergebnisse im Detail: 11%

Wartezeiten in der Praxis

(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt; letzter Praxisbesuch)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=5.106)

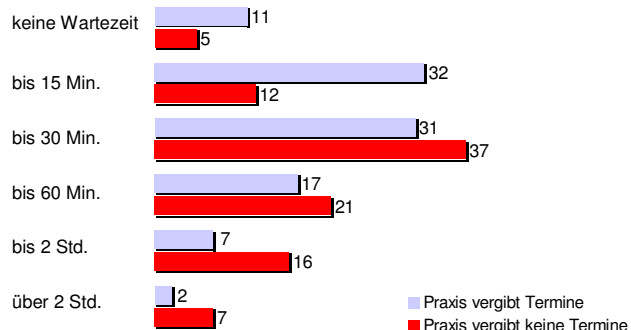
Wie bereits bei der Vergabe von Terminen zeigt auch bei den Wartezeiten in der Praxis die Art der Krankenversicherung einen Effekt: GKV-Mitglieder verbringen in der Sprechstunde mit Warten in der Regel mehr Zeit als die Angehörigen einer privaten Krankenversicherung. Anders als bei den Terminen gibt es zwischen Haus- und Fachärzten bei der Wartezeit in der Sprechstunde keine nennenswerten Unterschiede. Zudem warten Patienten in Praxen mit nur einem Arzt in etwa genauso lange wie die Besucher von Gemeinschaftspraxen.

Wie bereits bei der Vergabe von Terminen zeigt auch bei den Wartezeiten in der Praxis die Art der Krankenversicherung einen Effekt: GKV-Mitglieder verbringen in der Sprechstunde mit Warten in der Regel mehr Zeit als die Angehörigen einer privaten Krankenversicherung. Anders als bei den

Ebenfalls Wirkung zeigt ein Detail im Praxismanagement: In Arztpraxen, die prinzipiell keine Termine vergeben, müssen sich Patienten länger gedulden. Im Osten Deutschlands sitzen Patienten länger im Wartezimmer als im Westen des Landes. Doch nachdem der Grund für einen Arztbesuch die Terminvergabe noch entscheidend beeinflusst hatte und für akute Fälle vergleichsweise schnell Termine vergeben wurden, gibt es vor Ort in der Praxis dann praktisch keine Unterschiede mehr: Ob die Patienten wegen eines aktuellen Problems, einer chronischen Angelegenheit oder einer Vorsorgemaßnahme beim Arzt sind, macht sich bei den Wartezeiten in der Sprechstunde kaum noch bemerkbar.

Wartezeiten in der Praxis

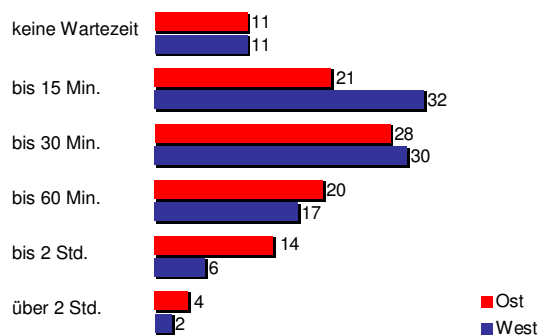
(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt; letzter Praxisbesuch)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=5.106)

Wartezeiten in der Praxis

(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt; letzter Praxisbesuch)

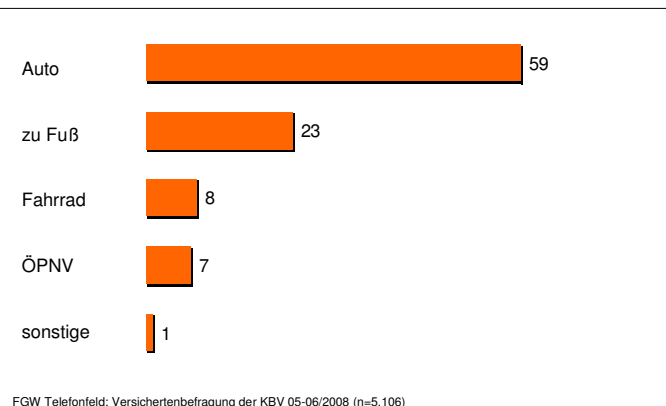


FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=5.106)

1.6 Arztpraxen: Wegzeiten und Lage

Weg zur Arztpraxis: Transport-/Verkehrsmittel

(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt, letzter Praxisbesuch)

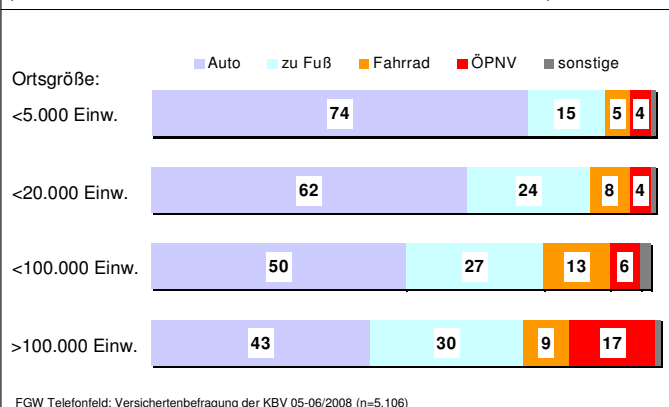


Wenn die Menschen in Deutschland zum Arzt gehen, nehmen sie meistens das Auto: 59% aller Befragten, die in den letzten zwölf Monaten eine Praxis aufgesucht haben, sind mit einem Auto dorthin gelangt. 23% sind gelaufen, 8% mit dem Fahrrad und 7% mit öffentlichen Verkehrsmitteln

gefahren, 1% nennt sonstige **Verkehrs- oder Transportmittel zur Praxis** wie z.B. das Taxi, 2% machen hier keine Angaben. Das Auto ist dabei in nahezu allen sozialen und demographischen Gruppen das meistgenutzte Transportmittel. Männer nutzen es etwa genau so häufig wie Frauen, Berufstätige zahlreicher als Rentner, Befragte im Westen der Republik öfter als im Osten und Deutsche deutlich häufiger als ausländische Mitbürger.

Weg zur Arztpraxis: Transport-/Verkehrsmittel

(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt, letzter Praxisbesuch)



Wirklich große Unterschiede beim Verkehrsmittel zeigt jedoch erst der Faktor Ortsgröße: In kleinen Orten kommt das Auto sehr viel öfter zum Einsatz als in Großstädten. Umgekehrt nehmen in den großen Städten besonders viele für den Weg zum Arzt Busse und Bahnen oder sind zu Fuß unterwegs.

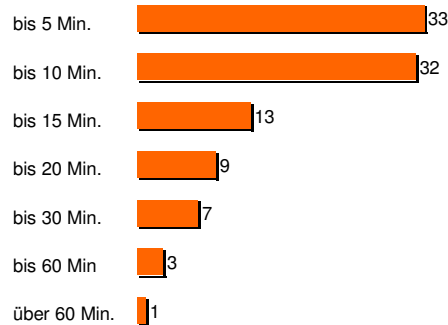
„Per pedes“ gilt zudem etwas häufiger für ältere Semester als für die jüngere Generation; Ausländer gehen deutlich häufiger zu Fuß in die Praxis als Befragte mit deutscher Staatsbürgerschaft. Schließlich zeigt die Differenzierung zwischen Haus- und Facharzt, dass 28% der Befragten zuletzt den Hausarzt, aber nur 14% den Facharzt zu Fuß erreicht haben.

Der Weg zum Arzt ist in der Regel kurz: Rund zwei von drei Befragten sind innerhalb von zehn Minuten beim Arzt; speziell den Hausarzt erreichen sogar drei von vier in diesem Zeitfenster. Nur gut einer von zehn Befragten ist länger als eine Viertelstunde zum Hausarzt unterwegs. Konkret taxieren 33% der Befragten ihre **Wegzeit zur Arztpraxis** unabhängig vom Verkehrsmittel auf bis zu fünf, 32% auf bis zu zehn und 13% auf bis zu 15 Minuten. 9% waren bis zu 20 Minuten, 7% bis zu 30 Minuten und 3% bis zu einer Stunde zur Arztpraxis unterwegs. Bei einem von hundert Befragten nahm dieser Weg über eine Stunde in Anspruch. Kaum Gewicht hat dabei der Faktor Ortsgröße: Die Einwohner von kleineren Gemeinden oder Kleinstädten benötigen für ihren Weg in die Praxis im Großen und Ganzen genauso viel Zeit wie die interviewten Großstadtbewohner. Die Ost-West-Perspektive

zeigt geringfügig längere Wegzeiten für Patienten in den neuen Bundesländern, ältere Menschen brauchen tendenziell länger als Befragte der jüngeren Altersgruppen. Bei der Frage zur **Lage der Arztpraxis** sagen 68% aller Berufstätigen „näher am Wohnort“ und 14% „näher am Arbeitsort“, bei 17% handelt es sich um die etwa gleiche Distanz.

Wegzeiten zur Praxis

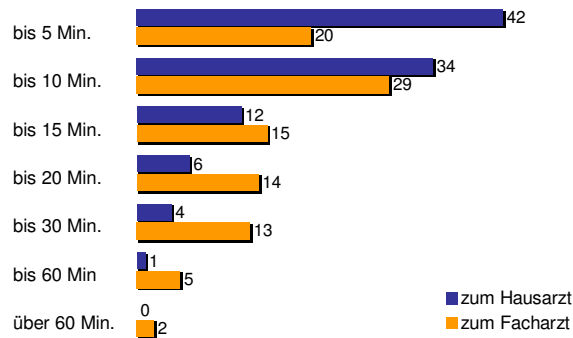
(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt, unabhängig vom Verkehrsmittel)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=5.106)

Wegzeiten zur Praxis

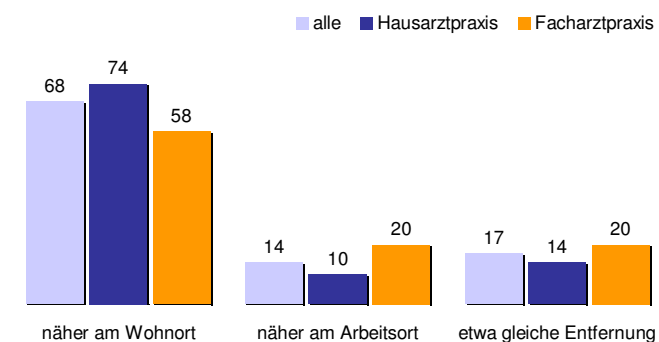
(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt, unabhängig vom Verkehrsmittel)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=5.106)

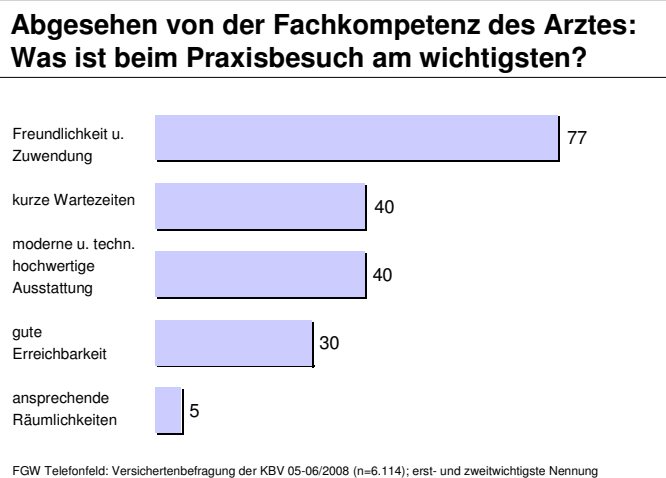
Lage der Arztpraxis

(Auswahl: Berufstätige; „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt; letzter Praxisbesuch)



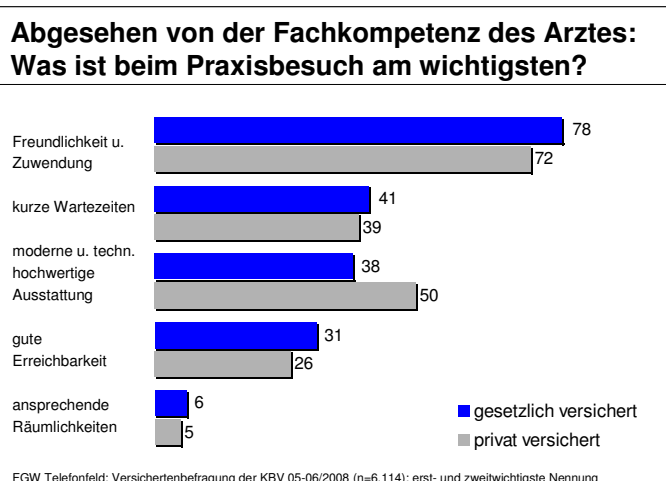
FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=2.813)

1.7 Auswahlkriterien für Arztpraxen



Beim Praxisbesuch hat für die allermeisten Patienten die menschliche Komponente Vorrang: Wenn – abgesehen von den fachlichen Fähigkeiten des Arztes – nach den beiden **wichtigsten Kriterien beim Praxisbesuch** gefragt wird, entfallen 77% aller Nennungen auf den Bereich Freundlichkeit und

Zuwendung, 40% auf kurze Wartezeiten, ebenfalls 40% auf eine technisch hochwertige und moderne Ausstattung, 30% auf eine gute Erreichbarkeit der Praxis und 5% auf ansprechende Räumlichkeiten.



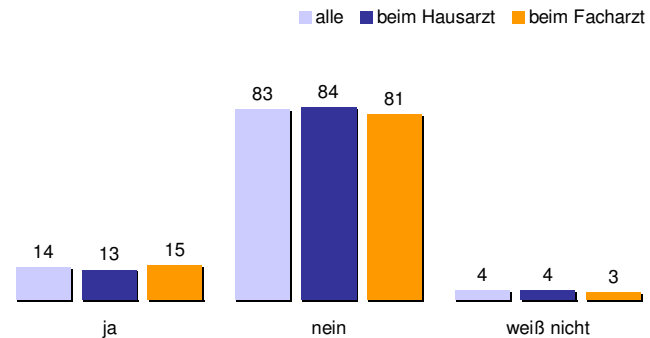
Der Punkt Freundlichkeit und Zuwendung steht dabei in allen Altersgruppen ähnlich hoch auf der Agenda, wird in Ost und West gleichermaßen geschätzt und hat bei Frauen noch stärkere Priorität als bei Männern. Kurze Wartezeiten sind jüngeren Menschen wichtiger als älteren und haben für Berufstätige deutlich mehr Relevanz als für Rentner. Doch während die Wartezeiten beim Arzt gesetzlich und privat versicherten Befragten ähnlich wichtig sind, ist für sichtbar mehr privat als gesetzlich Versicherte eine moderne und technisch hochwertige Praxisausstattung ein wichtiges Argument. Was die gute Erreichbarkeit von Arztpraxen angeht, gibt es weder zwischen Kleinstadt- und Großstadtbewohnern noch zwischen Ost und West sichtbare Unterschiede. Dass Arztpraxen ansprechende Räumlichkeiten zu bieten haben, ist schließlich in allen Bevölkerungsgruppen ein nur nachgeordnetes Kriterium.

Der Punkt Freundlichkeit und Zuwendung steht dabei in allen Altersgruppen ähnlich hoch auf der Agenda, wird in Ost und West gleichermaßen geschätzt und hat bei Frauen noch stärkere Priorität als bei Männern. Kurze Wartezeiten sind jüngeren Menschen wichtiger als älteren und haben für Berufstätige deutlich mehr Relevanz als für Rentner. Doch während die Wartezeiten beim Arzt gesetzlich und privat versicherten Befragten ähnlich wichtig sind, ist für sichtbar mehr privat als gesetzlich Versicherte eine moderne und technisch hochwertige Praxisausstattung ein wichtiges Argument. Was die gute Erreichbarkeit von Arztpraxen angeht, gibt es weder zwischen Kleinstadt- und Großstadtbewohnern noch zwischen Ost und West sichtbare Unterschiede. Dass Arztpraxen ansprechende Räumlichkeiten zu bieten haben, ist schließlich in allen Bevölkerungsgruppen ein nur nachgeordnetes Kriterium.

Unter denjenigen Befragten, die im letzten Jahr beim Arzt waren, geben insgesamt 14% an – 13% beim Hausarzt und 15% beim Facharzt –, bei ihrem letzten Praxisbesuch eine **Urkunde über Maßnahmen zum Qualitätsmanagement** gesehen zu haben, 83% ist ein entsprechendes Dokument

Praxisbesuch: Urkunde über Maßnahmen zum Qualitätsmanagement bemerkt?

(„Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt; letzter Praxisbesuch)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=5.106); rundungsbedingte Summenabweichungen

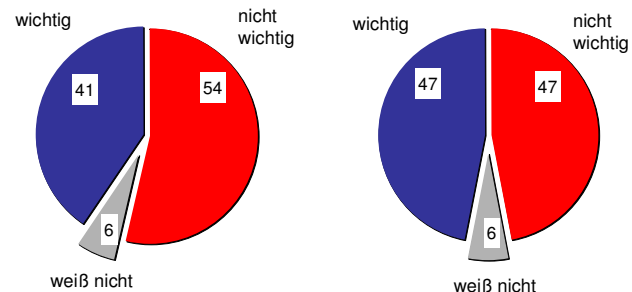
nicht aufgefallen, 4% wissen es nicht. Im Westen der Republik haben 15% und im Osten 10% eine solche Urkunde bemerkt, Befragte mittleren Alters haben nach eigenen Angaben öfter ein solches Dokument wahrgenommen als die jüngere oder die ältere Generation.

Gütesiegel, die Arztpraxen bestimmte Qualitätsstandards bescheinigen, sind für Patienten bei der Auswahl neuer Praxen partiell relevant: Für 41% aller Befragten wäre ein **solches Gütesiegel bei der Suche nach einer neuen Hausarztpraxis ein wichtiger Grund für die Entscheidung**, für 54% spielt

Gütesiegel für Qualitätsstandards: Relevanz bei der Suche einer neuen Praxis

bei Suche nach *Hausarztpraxis*

bei Suche nach *Facharztpraxis*

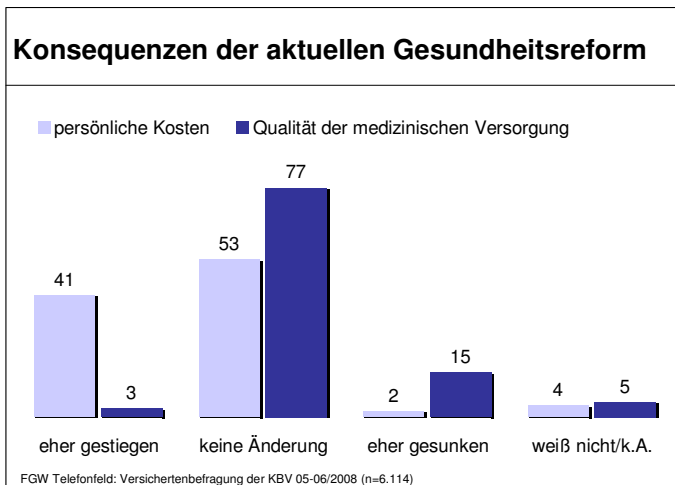


FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=6.114); rundungsbedingte Summenabweichungen

dieser Nachweis keine Rolle, 6% sind indifferent. Wenn es um die **Auswahl einer neuen Facharztpraxis** geht, sagen 47% „wichtig“, 47% „nicht wichtig“ und 6% „weiß nicht“. Ein Gütesiegel eines Hausarztes hat bei der Suche nach einer geeigneten Praxis für etwas mehr gesetzlich als privat versicherte Befragte Bedeutung. Bei der Facharztwahl sind die Einstellungsunterschiede zwischen PKV- und GKV-Angehörigen in dieser Sache marginal.

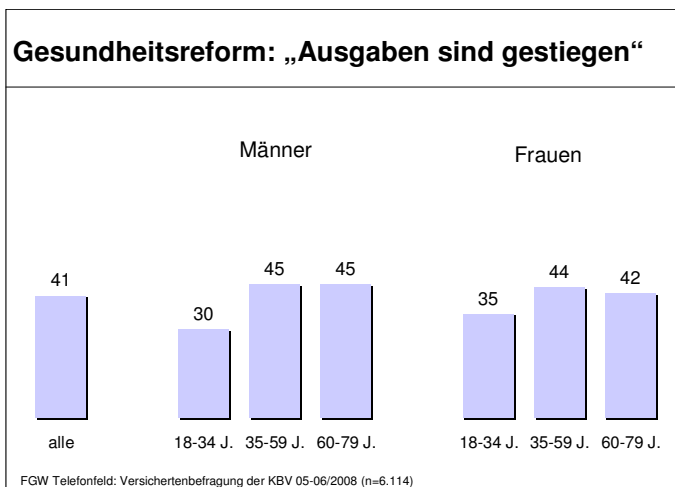
2. Gesundheitspolitik und Wahltarife

2.1 Konsequenzen der Gesundheitsreform

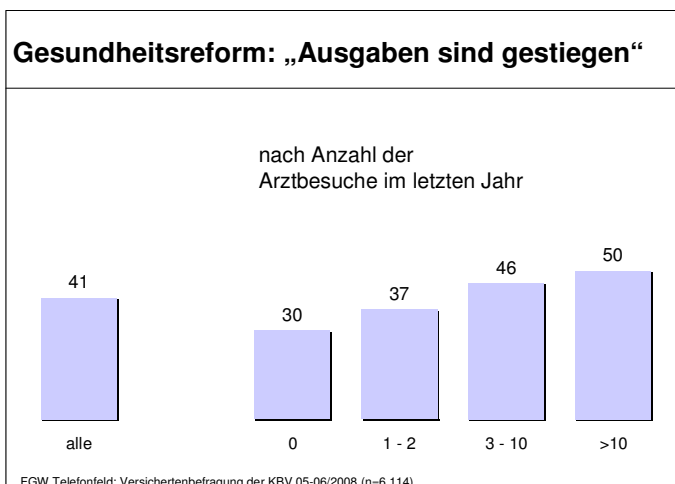


Für rund drei von vier Bürgern hat sich mit der aktuellen Gesundheitsreform die Qualität der medizinischen Versorgung nicht substantiell verändert. Allerdings beklagen gut zwei von fünf Befragten gestiegene Ausgaben für medizinische Versorgung und höhere Beiträge zur Krankenversicherung.

Gleichzeitig spürt rund die Hälfte der Befragten zurzeit keine echten finanziellen Konsequenzen; Entlastungen für die Bürger durch die aktuelle Gesundheitsreform sind jedoch die absolute Ausnahme.



Die finanziellen Auswirkungen der Gesundheitsreform werden von gesetzlich Versicherten analog der Gesamtheit bewertet: 41% aus dieser Gruppe konstatieren eher gestiegene und 3% eher gesunkene Kosten, für 53% haben sich die **finanziellen Belastungen für medizinische Versorgung und Krankenversicherung durch die Gesundheitsreform** nicht viel verändert.

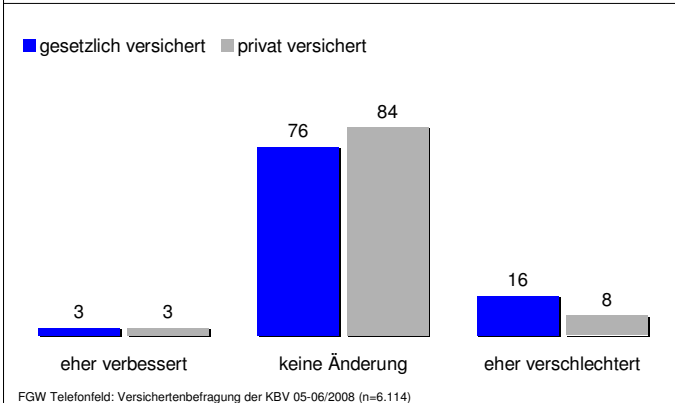


Zwischen Männern und Frauen oder zwischen Ost und West gibt es keine Unterschiede, beim Alter sprechen ausschließlich die unter 30-Jährigen überdurchschnittlich häufig von Kontinuität bei den

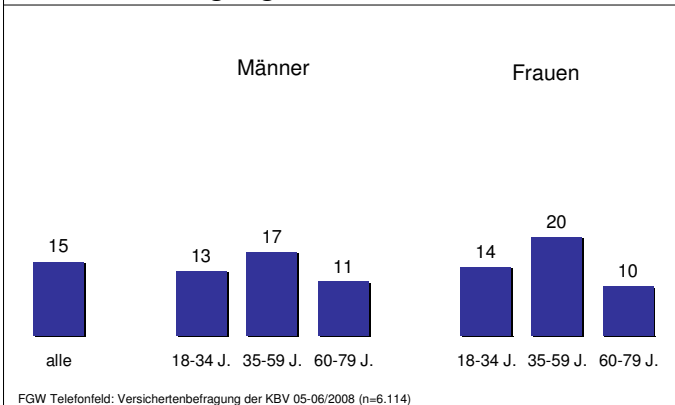
Kosten. Mehrbelastungen werden besonders bei denjenigen Befragten sichtbar, die häufig beim Arzt sind, regelmäßig Medikamente einnehmen müssen und/oder ihren eigenen Gesundheitszustand als weniger gut klassifizieren.

Die Konsequenzen der Gesundheitsreform treffen gesetzlich versicherte Bürger stärker als diejenigen mit einer privaten Krankenversicherung. Während sich an der **Qualität der medizinischen Versorgung durch die Gesundheitsreform** für 84% der privat versicherten Bürger nicht viel geändert hat, sind dies bei den Angehörigen einer gesetzlichen Krankenversicherung 76%. Jeweils 3% der gesetzlich bzw. privat Versicherten sprechen von medizinischen Verbesserungen, für 8% der privat und 16% der gesetzlich versicherten Befragten hat sich die Lage verschlechtert. In den demographischen Gruppen liegt der Anteil derjenigen Befragten, die reformbedingt medizinisch sinkende Qualität reklamieren, bei Frauen wie Männern mittleren Alters leicht über dem Schnitt. Praktisch keine Unterschiede gibt es bei dieser Einschätzung aus Ost-West-Perspektive oder hinsichtlich des formalen Bildungsniveaus der interviewten Personen. Eine bestimmte Subgruppe, in der mehr als einer von zehn Befragten die Auswirkungen der aktuellen Gesundheitsreform für sich persönlich positiv einstuft, gibt es bei dieser Bewertung nicht.

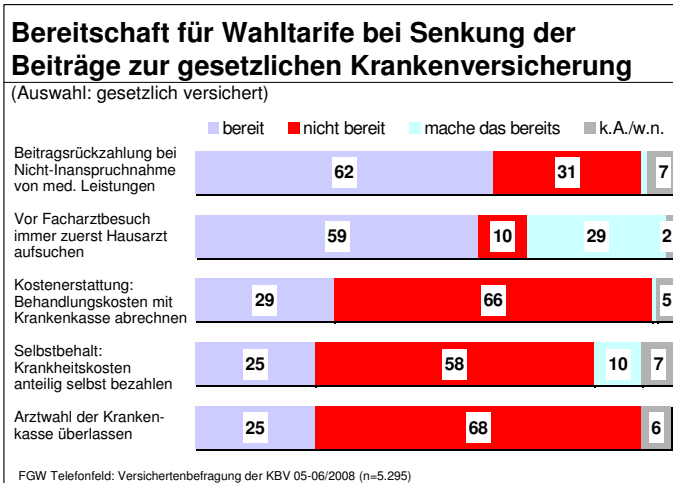
Konsequenzen der aktuellen Gesundheitsreform: Qualität der medizinischen Versorgung



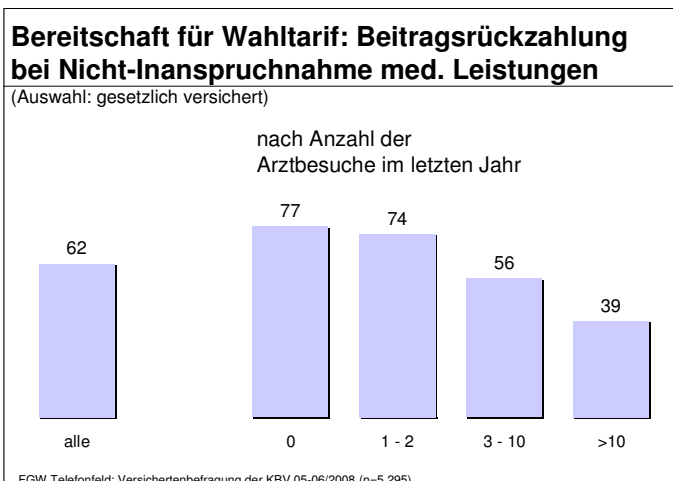
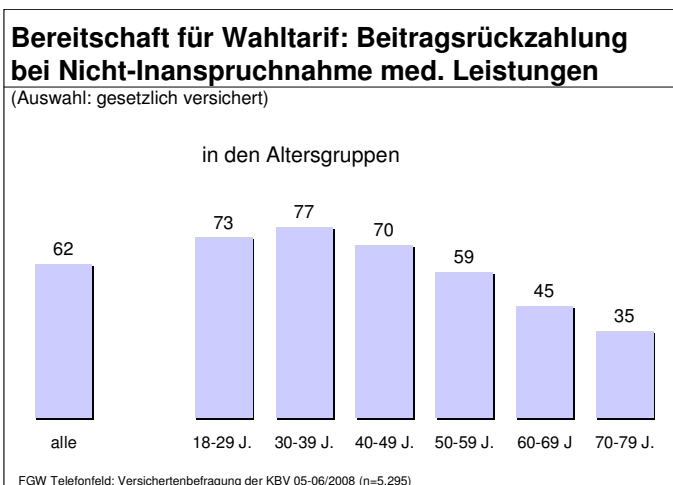
Gesundheitsreform: „Qualität meiner medizinischen Versorgung hat sich verschlechtert“



2.2 Wahltarife



gesetzlich Versicherten hohe Bereitschaft. Auf Distanz gehen die meisten Befragten, wenn sie Krankheitskosten vorstrecken und dann mit ihrer Kasse individuell abrechnen sollen, wenn sie sich an den Kosten partiell selbst beteiligen sollen oder wenn die Krankenkasse und nicht der Patient den Arzt aussuchen würde.



Die **Akzeptanz für Wahltarife** in der gesetzlichen Krankenversicherung wird maßgeblich von den spezifischen Inhalten bestimmt: Für das Modell Beitragsrückzahlung bei Nicht-Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie den Gang zum Hausarzt vor jedem Facharztbesuch existiert unter

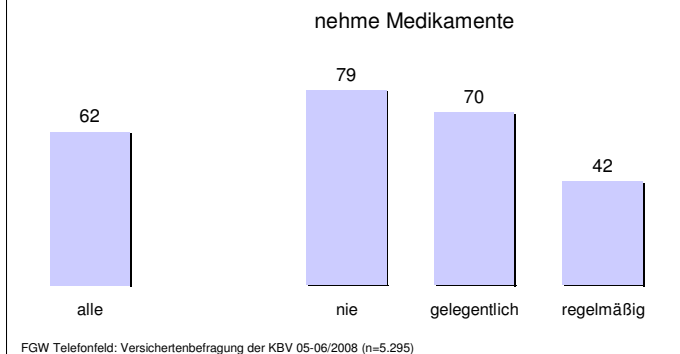
Die Ergebnisse im Detail: 62% aller gesetzlich versicherten Bürger im Alter zwischen 18 und 79 Jahren wären bereit, bei ihrer Krankenkasse einen Tarif zu wählen, bei dem sie **Beiträge zurückerstattet** bekommen, wenn sie nur **wenige oder keine medizinischen Leistungen in Anspruch** nehmen. 31% wären hierzu nicht bereit, 7% können oder wollen dies nicht sagen und Einer von Hundert hat nach eigenen Angaben bereits einen Tarif mit Beitragsrückzahlung gewählt. Positiv wird der Ansatz insbesondere von jüngeren Befragten sowie von mittleren Altersgruppen aufge-

nommen, die 60- bis 69-Jährigen beurteilen ihn ambivalent und die 70- bis 79-Jährigen überwiegend ablehnend. 71% der Berufstätigen, aber nur 39% der Rentner signalisieren für einen Wahltarif mit Option auf Beitragsrückzahlung ihre Bereitschaft.

Entscheidend sind zudem die eigene Konstitution, die eigenen Arztgangge-wohnheiten sowie die Notwendigkeit zur Medi-kamenteneinnahme: Wäh-rend einerseits die Akzeptanz bei Befragten mit einem sehr guten gesundheitlichen Zustand besonders hoch ausfällt, liegt sie bei gesetzlich Ver-

Bereitschaft für Wahltarif: Beitragsrückzahlung bei Nicht-Inanspruchnahme med. Leistungen

(Auswahl: gesetzlich versichert)

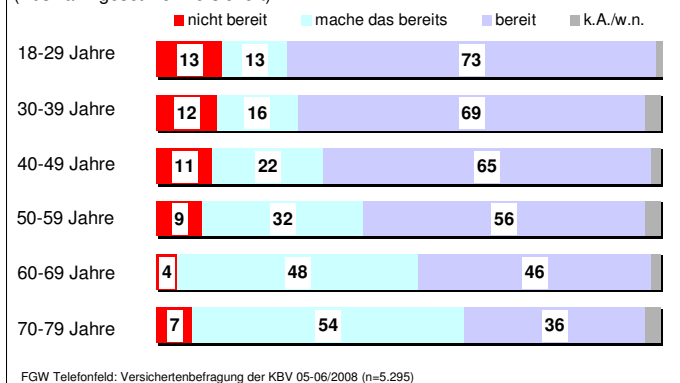


sicherten mit häufigen Arztbesuchen sowie denjenigen, die regelmäßig Medika-mente einnehmen müssen, auf weit unterdurchschnittlichem Niveau.

Wenn dies die Kosten für die Krankenversicherung spürbar senken würde, wären 59% der gesetzlich Versicherten bereit, **vor einem Facharztbesuch immer zuerst den Hausarzt aufzusuchen**. Bei nur 10% trifft dieses Konzept auf Ablehnung, 29% geben zu Protokoll, dass sie schon jetzt immer zuerst

Bereitschaft für Wahltarif: Vor Facharztbesuch immer zuerst Hausarzt aufsuchen

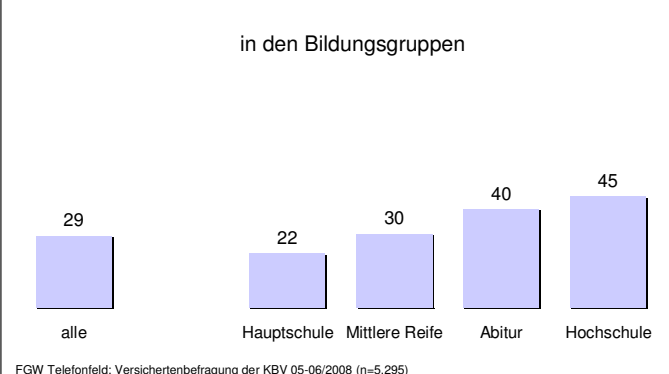
(Auswahl: gesetzlich versichert)



zu ihrem Hausarzt gehen und 2% antworten nicht. Analog der oben beschriebenen Muster ist die Bereitschaft bei jüngeren Menschen besonders hoch, nimmt aber parallel zum Alter der befragten Personen immer stärker ab. Dagegen gibt es mit zunehmendem Alter immer mehr Bürger, die ohnehin immer zuerst den Hausarzt konsultieren. Und auch unter Befragten mit eher schlechter gesundheitlicher Verfassung sowie denen mit hoher Arztgangfrequenz liegt der Anteil derjenigen, die bereits heute grundsätzlich zuerst den Hausarzt ansteuern, klar über dem Schnitt.

Bereitschaft für Wahltarif: Kostenerstattung nach selbstständiger Abrechnung mit Krankenkasse

(Auswahl: gesetzlich versichert)

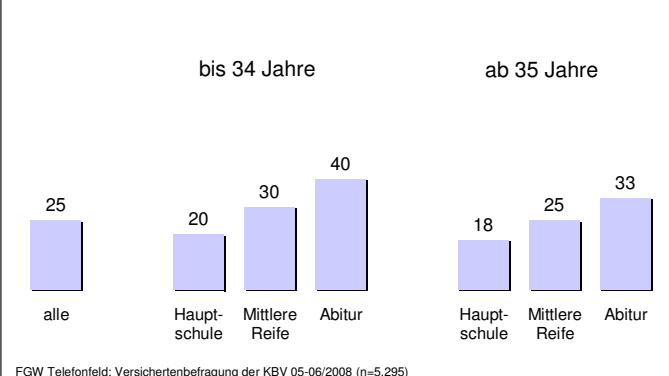


Deutlich weniger Potenzial als Beitragsrückzahlung oder das Hausarzt-Primat hat in der gesetzlich krankenversicherten Bevölkerung der Kostenerstattungstarif: Selbst wenn sich so die eigenen Belastungen sichtbar reduzieren ließen, wären nur 29% der Befragten zunächst zur **Übernahme von Be-**

handlungskosten bereit, um **diese dann später mit der Krankenkasse abzurechnen**. Eine klare Mehrheit von 66% lehnt dieses Vorgehen ab, 5% antworten nicht. Auch hier kommt die größere Zustimmung von jüngeren Befragten, auch wenn die Altersgruppenunterschiede an dieser Stelle weniger deutlich ausfallen. Zwischen Männern und Frauen gibt es bei dieser Ansicht kaum Differenzen, zwischen Ost und West sind die Unterschiede gering. Allerdings kommt der Faktor formale Bildung zum Tragen: Parallel zur Höhe des erreichten Schulabschlusses wächst auch die Bereitschaft, Arztrechnungen zum eigenen finanziellen Vorteil zunächst selbst zu bezahlen.

Bereitschaft für Wahltarif: Selbstbehalt an den Krankheitskosten

(Auswahl: gesetzlich versichert)



25% aller Befragten wären bereit, zur Senkung der eigenen Versicherungsbeiträge **jährlich einen bestimmten Teil ihrer Krankheitskosten selbst zu bezahlen**, 58% wären dazu nicht bereit, 10% machen dies nach eigenen Angaben bereits und 7% wollen oder können nicht antworten. Wenn sich so

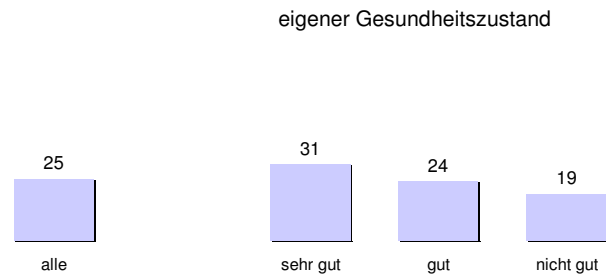
eine Reduktion von Beiträgen erzielen ließe, äußern sich 28% der männlichen und 22% der weiblichen Befragten zustimmend. Unter Berufstätigen sind es 28% und unter Rentnern 17%. Bildungsspezifisch gibt es erneut den Effekt, dass Befragte mit höherem Schulabschluss dem Selbstbehalt erheblich aufgeschlossener gegenüberstehen als Befragte mit niedrigeren Abschlüssen. Dies gilt primär für die jüngere Generation, wo mit 40% der unter 35-Jährigen mit Abitur besonders viele einen Selbstbehalt-Tarif persönlich für attraktiv erachten. Befragte, die häu-

fig beim Arzt sind oder ihre eigene Gesundheit mit „nicht gut“ umschreiben, stehen einem entsprechenden Selbstbehalt-Modell dagegen äußerst reserviert gegenüber.

Zu einem **von der Krankenkasse ausgewählten Arzt** zu wechseln, wird von 68% aller gesetzlich Versicherten abgelehnt, selbst wenn sich dadurch die eigenen Kassenbeiträge senken ließen. Bereitschaft zeigen unter dieser Prämisse 25%, insgesamt 6% sind indifferent.

Bereitschaft für Wahltarif: Wechsel zu einem von der Krankenkasse gewählten Arzt

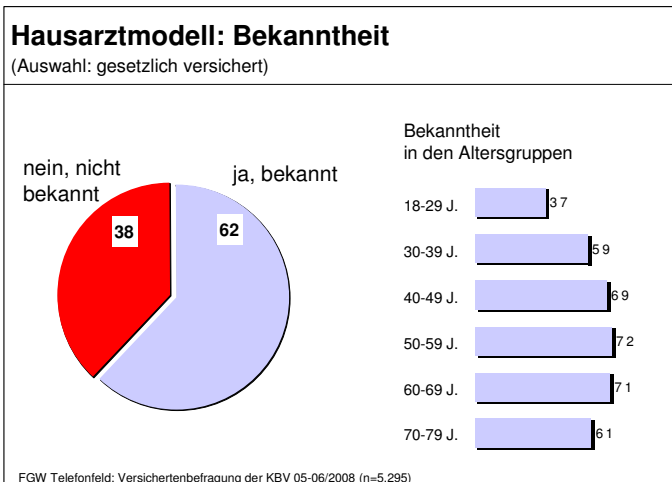
(Auswahl: gesetzlich versichert)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=5.295)

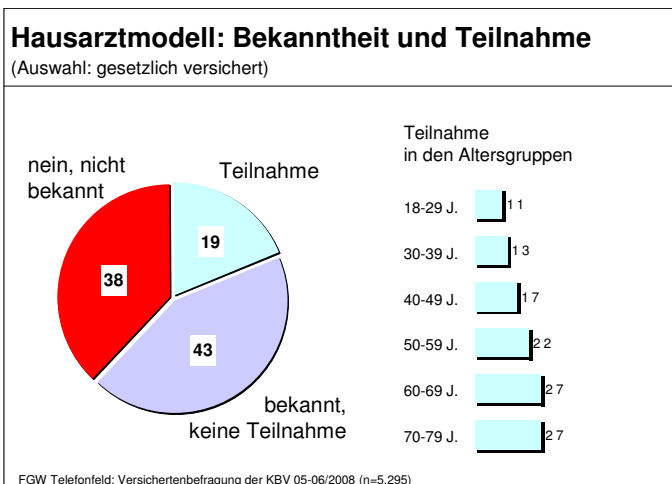
Die Arztwahl durch die Krankenkasse wird von sämtlichen Altersgruppen klar abgelehnt, wobei sich die Älteren einmal mehr besonders distanziert äußern. Bei Frauen ist ein solches Modell noch etwas unpopulärer als bei Männern und trifft bei formal Hochgebildeten auf ebenso wenig Akzeptanz wie bei Befragten mit niedrigem Schulabschluss. Schließlich korrespondiert die Einstellung zu einem entsprechenden Wahltarif erneut mit den Faktoren eigene Gesundheit, Häufigkeit von Arztbesuchen und Medikamenteneinnahme: Für die allermeisten Menschen in einer gesundheitlich weniger guten Verfassung sowie für diejenigen, die oft beim Arzt sind und/oder regelmäßig Medikamente einnehmen müssen, ist auch dieser Wahltarif zur Einsparung von Krankenversicherungsbeiträgen keine in Frage kommende Option.

2.3 Hausarztmodell: Bekanntheit, Teilnahme und Erfahrungen



62% aller gesetzlich versicherten Befragten haben bereits **von Hausarztmodellen gehört**, bei denen sich die Patienten verpflichten, bei allen gesundheitlichen Beschwerden zuerst immer einen bestimmten Hausarzt aufzusuchen. 38% der GKV-Angehörigen sind solche Hausarztmodelle dagegen

kein Begriff. Überproportional hoch ist der Bekanntheitsgrad von Hausarztmodellen in den mittleren Altersgruppen und hier speziell bei den 35- bis 59-jährigen Frauen. Erhebliche Defizite bei der Bekanntheit gibt es dagegen bei jungen Menschen unter 30 Jahren sowie grundsätzlich bei Befragten ohne deutschen Pass. Im Westen haben etwa genauso viele gesetzlich Versicherte schon einmal vom Hausarztmodell gehört wie im Osten, in Großstädten liegt die Bekanntheit geringfügig über der in kleineren Orten.



Insgesamt 19% aller gesetzlich Versicherten geben an, an solch einem **Hausarztmodell teilzunehmen**, bei dem sie bei Beschwerden immer erst einen bestimmten Hausarzt aufsuchen. 43% kennen zwar das Angebot, nehmen aber nicht teil, 38% mit gesetzlicher Krankenversicherung ist

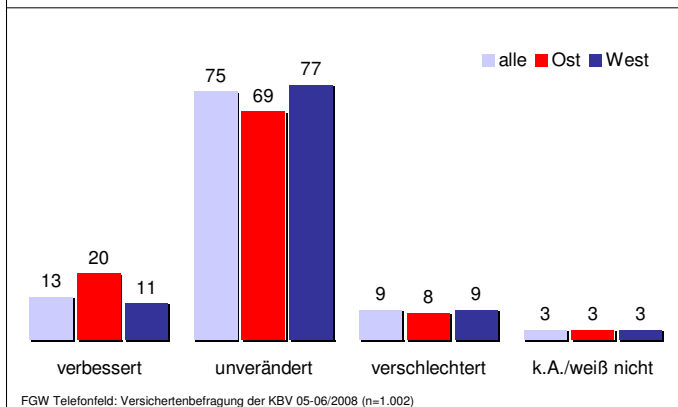
das Hausarztmodell unbekannt. Modellteilnehmer sind überwiegend Rentner und generell ältere Menschen, außerdem leicht überdurchschnittlich viele in einer weniger guten gesundheitlichen Konstitution sowie Befragte, die häufig beim Arzt sind und/oder auf die regelmäßige Einnahme von Medikamenten angewiesen sind.

Die meisten Versicherten, die sich bei ihrer Krankenkasse für diesen Wahltarif entschieden haben, konstatieren durch das **Hausarztmodell im Vergleich zur früheren Versorgung** keinen Effekt: Für 75% hat sich mit dem Hausarztmodell nichts verändert, insgesamt 13% sagen „stark verbessert“ (2%) oder

„eher verbessert“ (11%), für 9% hat sich die Lage hingegen „eher verschlechtert“ (6%) oder „stark verschlechtert“ (2%), 3% wollen oder können dies nicht beurteilen. Im Osten Deutschlands werden die Auswirkungen auf die Versorgung durch das Hausarztmodell von sichtbar mehr Befragten positiv beschrieben als im Westen, wobei hier wie dort dennoch klare Mehrheiten keine Veränderungen bei der Versorgung feststellen.

Versorgung durch Teilnahme am Hausarztmodell

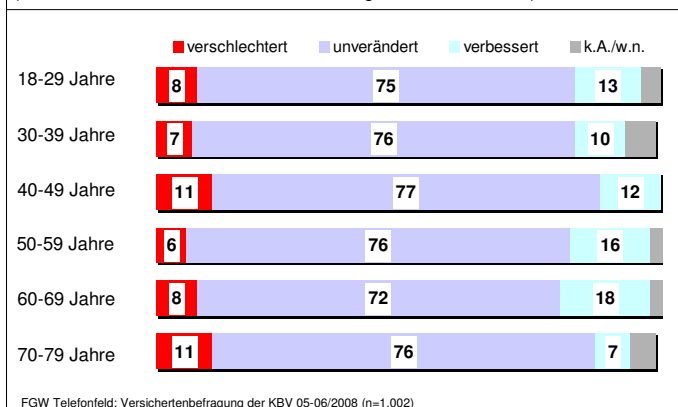
(Auswahl: Teilnehmer am Hausarztmodell; gesetzlich versichert)



Im Detail hat sich durch das Hausarztmodell auch innerhalb der meisten Teilgruppen für rund drei Viertel der Befragten weder in die eine noch in die andere Richtung etwas verändert. Positive wie negative Resonanz ist umgekehrt überall sehr verhalten. Ausschließlich Befragte, welche die finan-

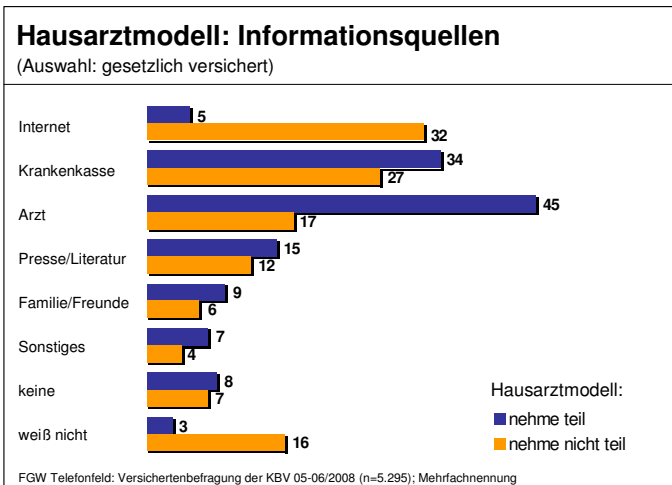
Versorgung durch Teilnahme am Hausarztmodell

(Auswahl: Teilnehmer am Hausarztmodell; gesetzlich versichert)

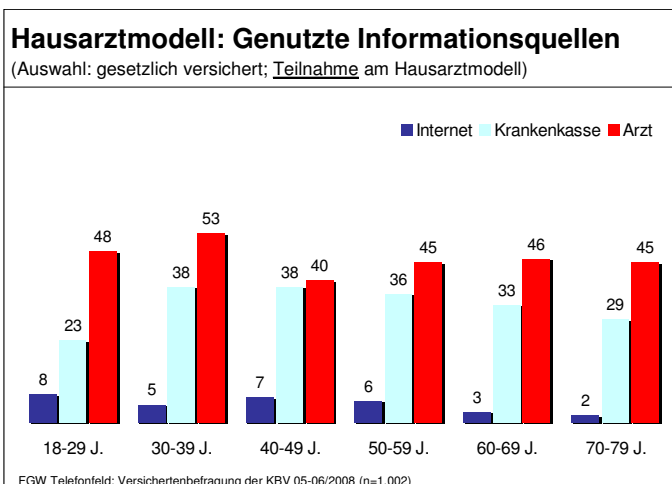
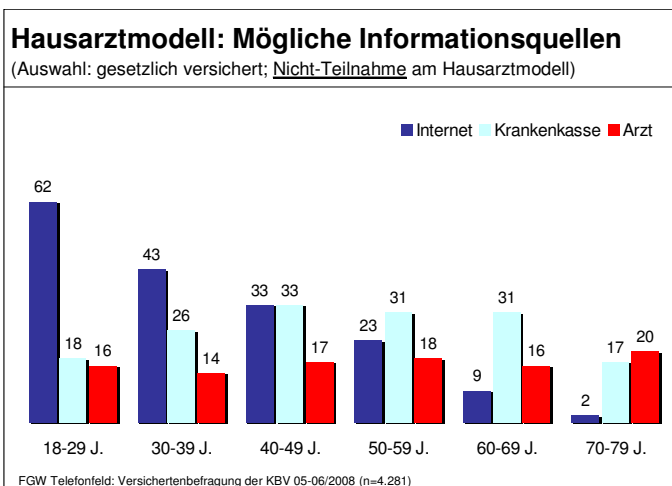


ziellen sowie die versorgungsspezifischen Konsequenzen der aktuellen Gesundheitsreform positiv bewerten, sprechen überdurchschnittlich oft von einer persönlichen Verbesserung der Versorgung durch das Hausarztmodell. Allerdings gilt wie für alle anderen Gruppen auch hier, dass jeweils eine klare Mehrheit mit dem Hausarztmodell keine Veränderung der Versorgungslage ausmachen kann.

2.4 Hausarztmodell: Information und Teilnahmegründe



Was mögliche und tatsächlich genutzte **Informationsquellen zum Thema Hausarztmodell** betrifft, gibt es zwischen potenziellen und tatsächlichen Nutzern dieses Wahltarifes auffallende Unterschiede: Befragte mit gesetzlicher Krankenversicherung, die zwar vom Hausarztmodell gehört haben, dieses aber nicht nutzen, würden sich primär im Internet sowie bei der Krankenkasse informieren. Nur einer von rund sechs Befragten aus dieser Gruppe würde sich zu diesem Thema beim Arzt erkundigen. Der Arzt war allerdings für fast jeden zweiten Befragten, der bereits an einem Hausarztmodell teilnimmt, eine Anlaufstation: 45% der GKV-Angehörigen mit Hausarztmodell haben sich vorab bei einem Mediziner über diesen Wahltarif informiert. Dabei spielt das Alter der Hausarztmodell-Nutzer fast keine Rolle, da der Arzt von Jung und Alt gleichermaßen vorab um Rat gefragt wurde. Das

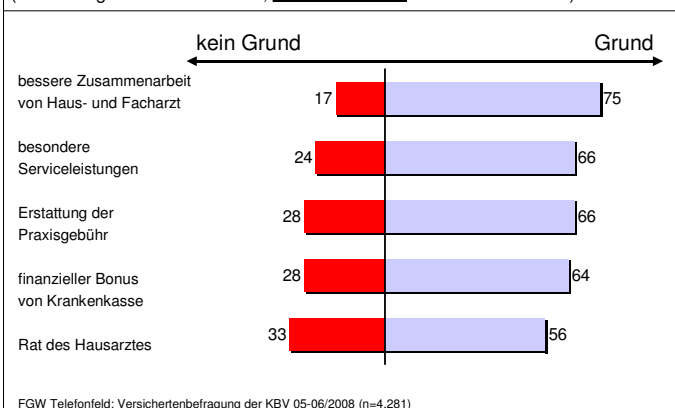


Internet – für die Nicht-Teilnehmer am Hausarztmodell mögliche Informationsquelle Nummer Eins – kam in der Realität dagegen selten zum Einsatz: Nur 5% aller Befragten, die heute an einem Hausarztmodell teilnehmen, haben sich zuvor entsprechende Informationen im Netz beschafft.

Zwischen den **tatsächlichen Motiven und möglichen Anreizen für die Teilnahme an einem Hausarztmodell** gibt es ebenfalls erhebliche Differenzen: Für 75% aller Befragten, die vom Hausarztmodell gehört haben, aber nicht teilnehmen, wäre die Aussicht auf eine bessere Kooperation von Haus-

Hausarztmodell: Mögliche Teilnahmegründe

(Auswahl: gesetzlich versichert; Nicht-Teilnahme am Hausarztmodell)

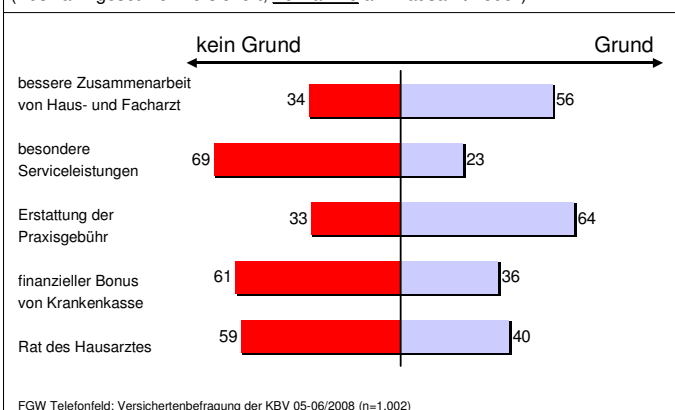


und Facharzt ein möglicher Teilnahmegrund. Unter Befragten, die in einem Hausarztmodell eingeschrieben sind, hat der Faktor Zusammenarbeit nur für 56% eine Rolle gespielt.

Noch sehr viel deutlicher fallen potenzielle und reale Motive bei dann verbesserten Serviceleistungen auseinander: 66% der Nicht-Teilnehmer, aber nur 23% der Teilnehmer an einem Hausarztmodell nennen dies als Beweggrund. Die Erstattung von Praxisgebühren als Anstoß, diesen Modelltarif zu

Hausarztmodell: Tatsächliche Teilnahmegründe

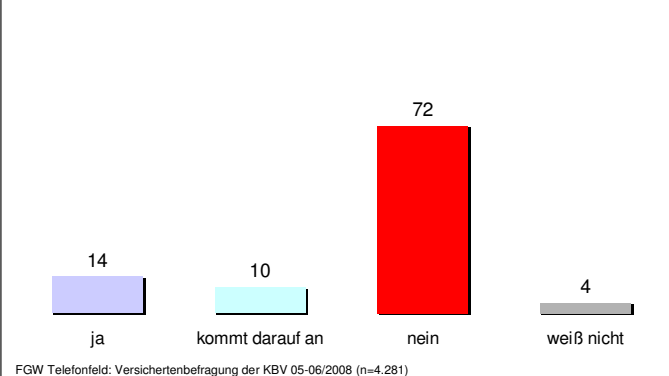
(Auswahl: gesetzlich versichert; Teilnahme am Hausarztmodell)



wählen, lassen dagegen 66% der Nicht-Teilnehmer und 64% der Teilnehmer als Argument zählen. Für 64% der Nicht-Teilnehmer am Hausarztmodell sind finanzielle Bonuszahlungen der Krankenkasse ein Teilnahmegrund. Unter Befragten, die das Hausarztmodell bereits nutzen, war dies aber nur bei 36% ein tatsächlicher Beweggrund. Und während unter Nicht-Teilnehmern ein entsprechender Ratschlag des Hausarztes für 56% zur Teilnahme führen könnte, sagen 40% der befragten Hausarztmodell-Nutzer, dass eine entsprechende ärztliche Beratung letztendlich mit zur Wahl dieses Tarifes geführt hat.

Würden Sie Ihren Hausarzt wechseln, um an einem Hausarztmodell teilnehmen zu können?

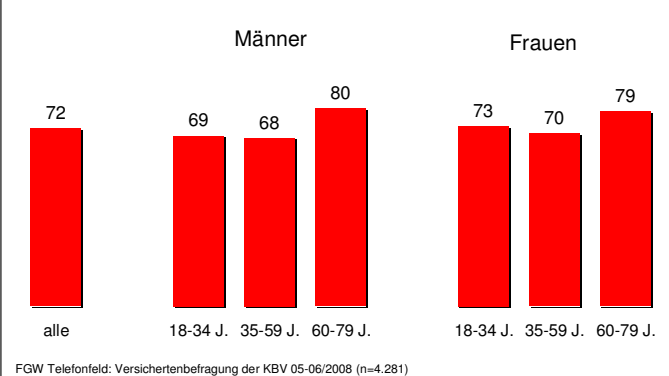
(Auswahl: gesetzlich versichert; Nicht-Teilnahme am Hausarztmodell)



Um an einem Hausarztmodell teilnehmen zu können, würden 14% aller gesetzlich Versicherten ohne Teilnahme an einem Hausarztmodell einen Wechsel des Hausarztes in Kauf nehmen. 10% würden es von den konkreten Rahmenbedingungen abhängig machen. Für eine klare Mehrheit von 72% käme ein Wechsel des Hausarztes hierfür jedoch nicht in Frage. Im Detail wird dieser Schritt besonders stark von älteren Menschen abgelehnt sowie von Befragten, die häufig einen Hausarzt besuchen. Der eigene Gesundheitszustand spielt bei dieser hypothetischen Entscheidung keine Rolle.

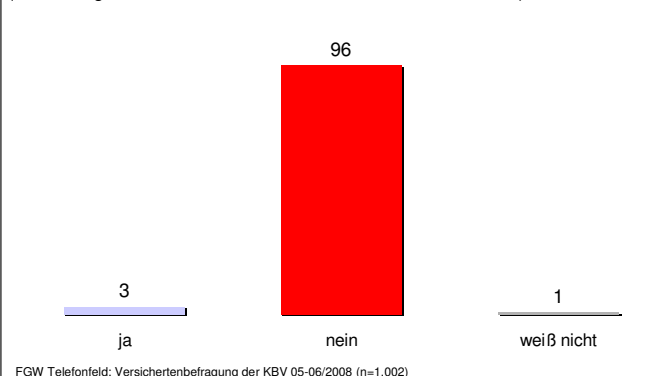
„Nein“, würde meinen Hausarzt nicht wechseln, um an Hausarztmodell teilnehmen zu können

(Auswahl: gesetzlich versichert; Nicht-Teilnahme am Hausarztmodell)



Mussten Sie Ihren Hausarzt wechseln, um an einem Hausarztmodell teilnehmen zu können?

(Auswahl: gesetzlich versichert; Teilnahme am Hausarztmodell)

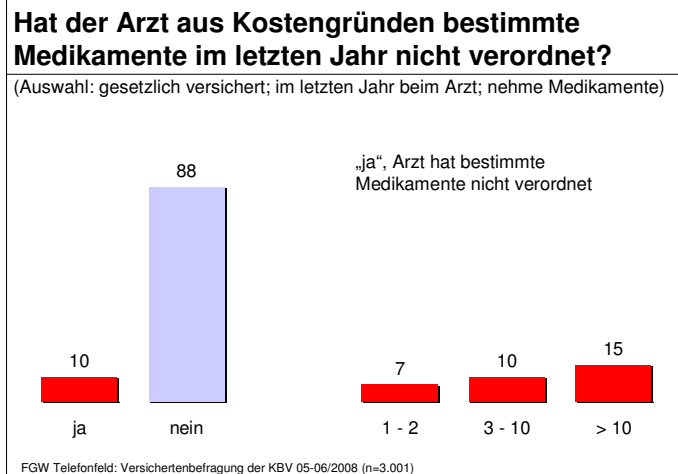


Ein Wechsel des Hausarztes war in der Praxis bisher nur selten notwendig: 3% aller Befragten, die an einem Hausarztmodell teilnehmen, mussten hierfür ihren angestammten Hausarzt wechseln, bei 96% war dies nicht der Fall, 1% äußerte sich nicht.

3. Medikamentenverordnung und IGeL-Leistungen

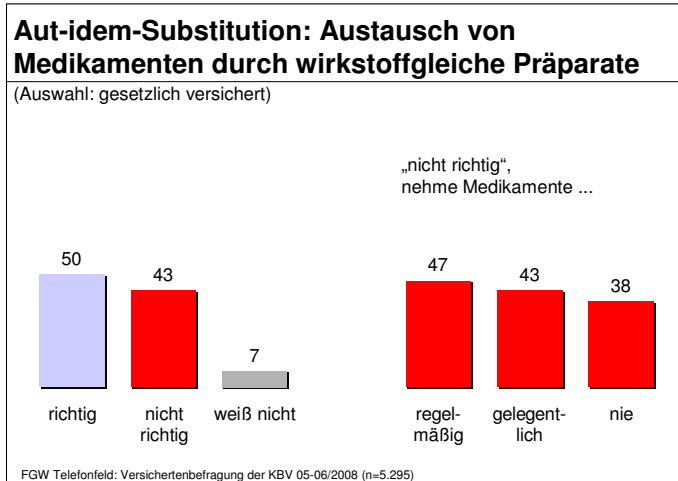
3.1 Nicht-Verordnung von Medikamenten und Aut-idem-Substitution

Jedem zehnten GKV-Angehörigen wurde in den letzten zwölf Monaten **vom Arzt aus Kostengründen einmal ein bestimmtes Medikament nicht verordnet**, obwohl dies der Patient persönlich für wichtig gehalten hat. Bei 88% der Befragten, die regelmäßig oder gelegentlich Medikamente einnehmen



müssen, war dies nicht der Fall. Zwischen Männern und Frauen oder zwischen Ost und West gibt es bei dieser Erfahrung keine Unterschiede, in den Altersgruppen konstatieren nur die 60- bis 69-Jährigen leicht überproportional häufig eine Nicht-Verordnung bestimmter Arzneimittel. Dass der Arzt bestimmte, von Patientenseite aus als wichtig erachtete Medikamente nicht verschrieben hat, wird außerdem leicht überdurchschnittlich häufig von Befragten mit zahlreichen Arztbesuchen und/oder mit einem weniger guten Gesundheitszustand erwähnt.

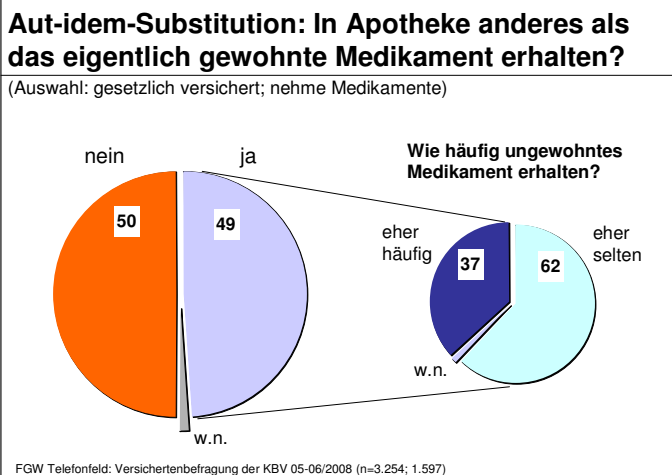
Seit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes muss die Apotheke ein Präparat grundsätzlich durch ein wirkstoffgleiches Präparat austauschen, für das ein Rabattvertrag besteht, soweit der Arzt den Austausch nicht ausgeschlossen hat. Diese Regelungen zur sogenannten Aut-



idem-Substitution werden in der Bevölkerung ambivalent beurteilt: Dass Bürger mit ihrem Rezept in der Apotheke **aus Kostengründen statt des gewohnten Arzneimittels möglicherweise ein wirkstoffgleiches Präparat** erhalten können, finden 50% aller GKV-Angehörigen prinzipiell richtig und 43% nicht richtig, 7% wollen oder können das nicht beurteilen. Befragte, die regelmäßig Medikamente einnehmen müssen, bewerten diesen Teilaspekt der Gesundheitsreform ähnlich wie die Gesamtheit der gesetzlich Versicherten. 55% der Berufstätigen,

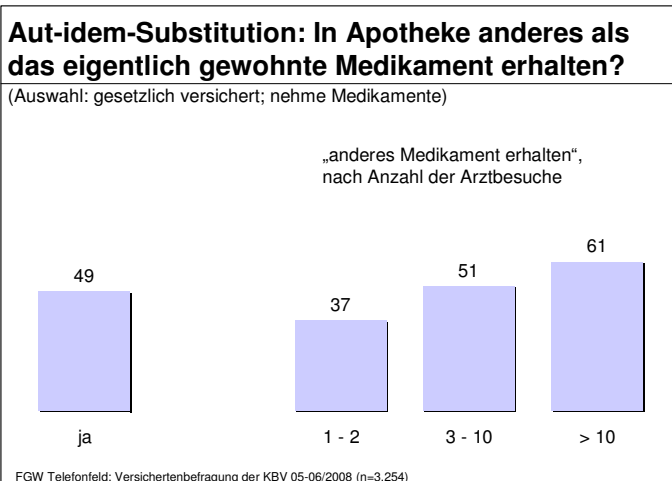
aber nur 40% der Rentner äußern sich positiv. Überwiegend Zustimmung kommt eher von jüngeren Menschen sowie von Befragten mit höherem Bildungsabschluss.

3.2 Erfahrungen mit Aut-idem-Regelung



Fast jeder zweite GKV-Angehörige, der regelmäßig oder gelegentlich Medikamente einnehmen muss, war offensichtlich von dieser Regelung betroffen: Bei 49% dieser Befragten kam es in den letzten zwölf Monaten vor, dass **in der Apotheke ein anderes als das bislang gewohnte Medikament**

ausgehändigt wurde, bei 50% war das nicht der Fall. Bei 62% aller Befragten, die in der Apotheke ein für sie ungewohntes, wenngleich therapeutisch äquivalentes Medikament erhalten haben, war dies eher selten der Fall, 37% haben diese Erfahrung in den letzten zwölf Monaten eher häufig gemacht.



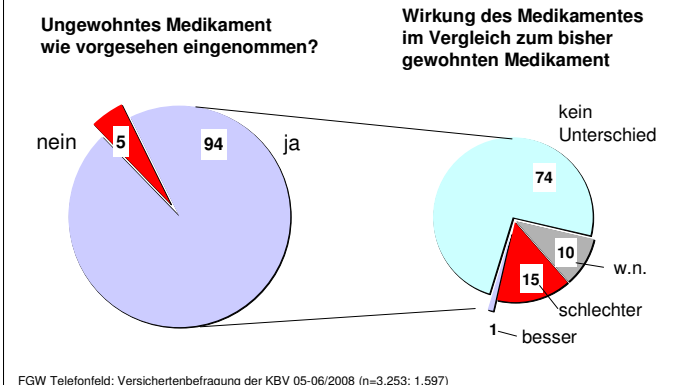
Im Westen haben in diesem Zeitraum nach eigenen Angaben 51% und im Osten 44% ein ungewohntes Präparat erhalten, unter Frauen sind es 51% und unter Männern 47%. Jüngere Menschen waren weniger häufig betroffen als ältere, wobei die verschiedenen Generationen natürlich ganz

unterschiedlich von den hier entscheidenden Faktoren eigene Konstitution, Arztbesuche und Medikamenteneinnahme betroffen sind: Befragte mit weniger guter Gesundheit, vielen Arztbesuchen und/oder der Notwendigkeit regelmäßiger Medikamenteneinnahme haben überproportional oft in der Apotheke ein wirkstoffgleiches Präparat erhalten.

Trotz unterschiedlicher Meinungen zum Thema Aut-idem-Substitution scheint dies die Therapie-treue nur wenig zu beeinflussen: 94% aller Befragten, denen in den letzten zwölf Monaten ein wirkstoffgleiches Medikament ausgehändigt wurde, haben dieses **ungewohnte Medikament zuletzt wie**

Ungewohntes Medikament: Einnahme u. Wirkung

(Auswahl: gesetzlich versichert; nehme Med.; ungewohntes Med. erhalten)

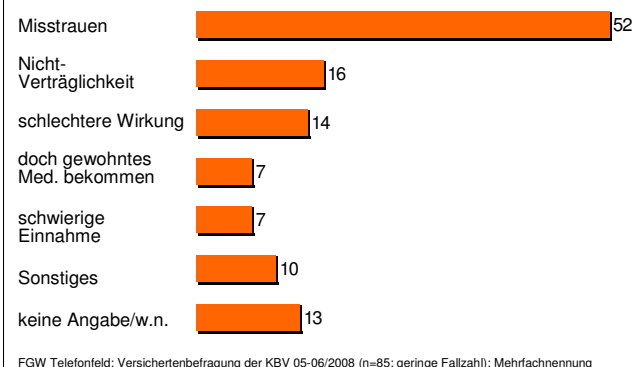


vorgesehen eingenommen, 5% haben dies nicht getan. Die Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen oder demographischen Gruppen fällt dabei kaum ins Gewicht. Befragte mit sehr gutem Gesundheitszustand haben etwas häufiger von der Einnahme des ungewohnten Arzneimittels abgesehen als diejenigen mit einer weniger guten Physis. Bei der **Wirkung des ungewohnten Medikamentes** konnten 74% der Befragten keinen Unterschied zum bislang gewohnten Präparat feststellen, 15% berichten von einer schlechteren Wirkung, für 1% gab es eine Verbesserung und 10% können oder wollen die therapeutischen Effekte überhaupt nicht vergleichend bewerten.

Der hauptsächliche Grund bei Nicht-Einnahme des ungewohnten Medikamentes ist offensichtlich Misstrauen: 52% aller Nennungen von Befragten, die das neue Präparat nicht wie vorgesehen eingenommen haben, entfallen auf dieses Motiv. Aufgrund der spezifischen Auswahl bei dieser Frage

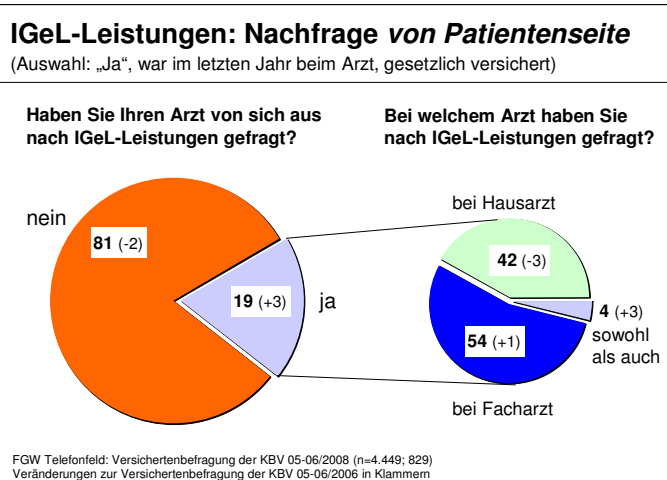
Gründe bei Nicht-Einnahme ungewohnter Medikamente

(Auswahl: gesetzlich versichert; nehme Med.; ungewohntes Med. erhalten)



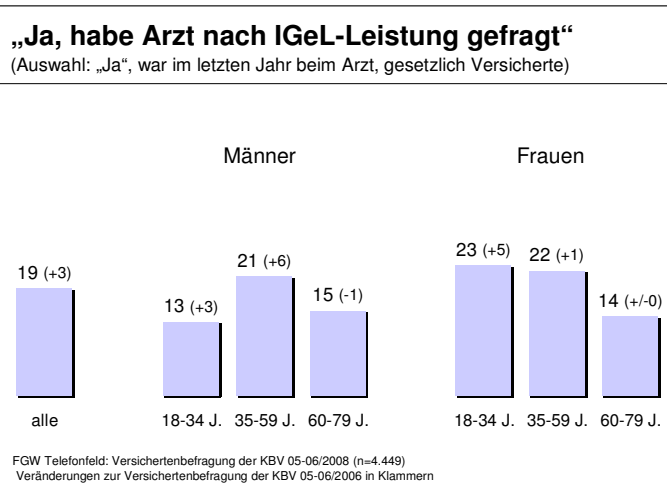
ist die Fallzahl (n) gering. Mit Abstand folgen bei den Nennungen die Nicht-Verträglichkeit (16%), eine nach persönlichem Empfinden schlechtere Wirkung (14%), ein dann doch erfolgter Rückgriff auf das bisher gewohnte Medikament (7%), Schwierigkeiten bei der Einnahme (7%) sowie verschiedene sonstige Ursachen (10%). 13% nennen keine Gründe, weshalb sie von der Einnahme des ungewohnten Medikamentes abgesehen haben.

3.3 Nachfrage und Angebot von IGeL-Leistungen



Die patientenseitige Nachfrage nach Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen) in Deutschland ist geringfügig gestiegen: 19% aller gesetzlich Versicherten, die in den letzten zwölf Monaten beim Arzt waren, haben in diesem Zeitraum **von sich aus ihren Arzt nach einer individuellen**

Gesundheitsleistung gefragt. In der Versichertenbefragung der KBV im Jahr 2006 lag dieser Wert bei 16%. Umgekehrt haben 81% (2006: 83%) der GKV-Angehörigen nicht nach einer entsprechenden Behandlung, Diagnose oder Therapie gefragt, die vom Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen ausgenommen und demnach selbst zu bezahlen ist. Wie schon vor zwei Jahren ist die Nachfrage nach IGeL-Leistungen bei Fachärzten mit 54% (2006: 53%) etwas höher als bei Hausärzten mit 42% (2006: 45%). 4% (2006: 1%) haben sich bei Haus- und Facharzt nach solchen kostenpflichtigen Zusatzleistungen erkundigt.



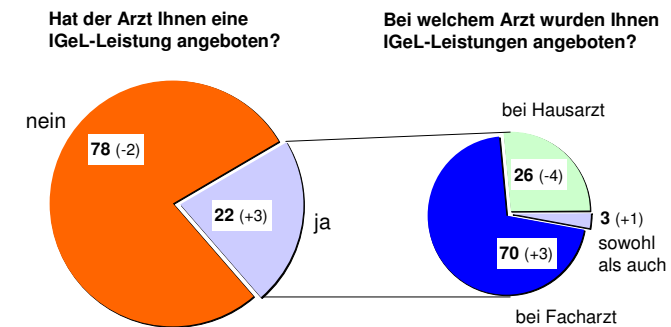
Die Nachfrage nach IGeL-Leistungen ist unter Patientinnen (20%; 2006: 18%) weiterhin etwas stärker als unter Patienten (17%; 2006: 14%). Während wie schon vor zwei Jahren 14% (2006: 14%) der Rentner nach individuellen Zusatzleistungen gefragt haben, ist der Anteil unter Berufstätigen

leicht auf 22% (2006: 18%) gestiegen. Zwischen Deutschen (19%; 2006: 17%) und Ausländern (18%; 2006: 12%) sind die Unterschiede gering, ebenso zwischen Befragten mit sehr gutem (19%; 2006: 17%) oder nicht gutem (21%; 2006: 15%) Gesundheitszustand. Eine entscheidende Rolle spielt weiterhin das formale Bildungsniveau: Nach einer IGeL-Leistung haben unter Kassenpatienten mit Hauptschulabschluss 14%, mit Mittlerer Reife 19%, mit Abitur 26% und mit Hochschulabschluss 32% gefragt.

Neben der Nachfrage- ist auch die Angebotsseite ganz leicht gewachsen: 22% (2006: 19%) aller gesetzlich versicherten Bürger wurde in den letzten zwölf Monaten **vom Arzt aus ein IGeL-Angebot unterbreitet**, dessen Bezahlung die Patienten selbst übernehmen müssten. 78% (2006: 80%) der

IGeL-Leistungen: Angebot von Seiten des Arztes

(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt, gesetzlich versichert)



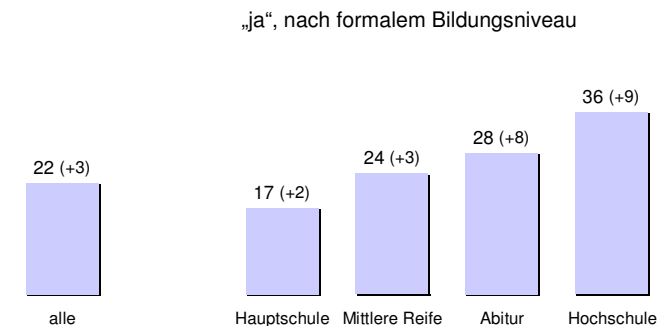
FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=4.449; 976)
Veränderungen zur Versichertenbefragung der KBV 05-06/2006 in Klammern

Befragten hat der Arzt von sich aus kein individuelles kostenpflichtiges Gesundheitsangebot erstellt. Initiator ist dabei noch häufiger als vor zwei Jahren ein Facharzt: 70% (2006: 67%) aller Befragten wurde die IGeL-Leistung beim Spezialisten angeboten, bei 26% (2006: 30%) kam die Offerte vom Hausarzt und 3% (2006: 2%) sagen, dass ihnen hier wie dort in den letzten zwölf Monaten kostenpflichtige Zusatzleistungen angeboten wurden.

Viel Gewicht hat hierbei der Faktor Bildung, da mit Ansteigen des formalen Bildungsniveaus Patienten häufiger auf kostenpflichtige Zusatzleistungen aufmerksam gemacht werden. Der Faktor Alter zeigt, dass in den Gruppen zwischen 40 und 59 Jahren etwa jeder vierte Befragte Erfahrungen mit IGeL-

„Ja, Arzt hat mir IGeL-Leistung angeboten“

(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt, gesetzlich versichert)

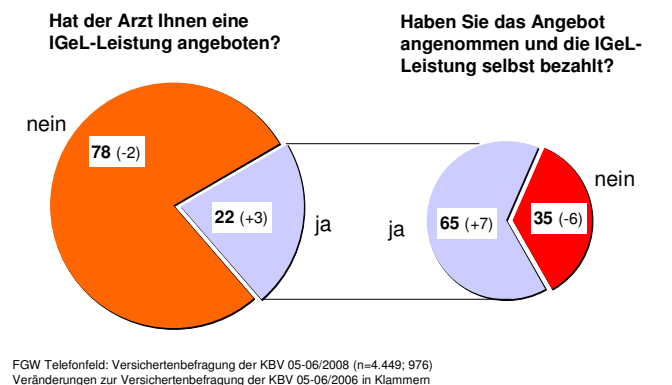


FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=4.449)
Veränderungen zur Versichertenbefragung der KBV 05-06/2006 in Klammern

Angeboten hat. Den unter 30-Jährigen sowie den über 70-Jährigen wurden dagegen weniger häufig Zusatzleistungen empfohlen. Frauen erhalten mit anteilig 24% (2006: 21%) weiterhin häufiger entsprechende Angebote vom Arzt als Männer mit 19% (2006: 17%), wobei im Detail 26% der unter 35-jährigen Frauen sowie 28% der 35- bis 59-jährigen Frauen, aber nur 17% der über 60-jährigen Patientinnen IGeL-Angebote unterbreitet wurden. Schließlich steigen auch mit der Anzahl der Arztbesuche die Erfahrungen mit arztseitigen Angeboten. Der eigene Gesundheitszustand zeigt in diesem Kontext hingegen kaum Auswirkungen.

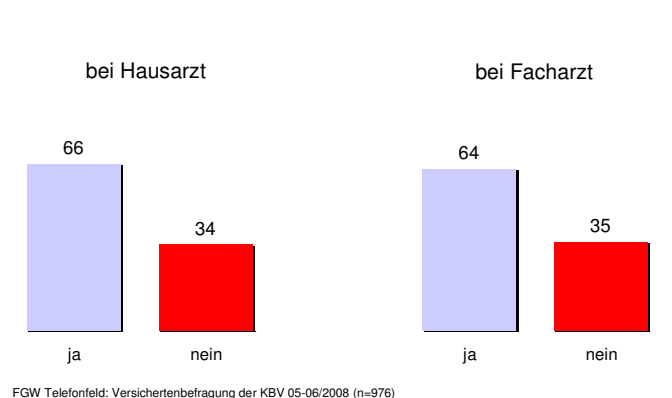
IGeL-Leistungen: Angebot von Seiten des Arztes

(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt, gesetzlich versichert)



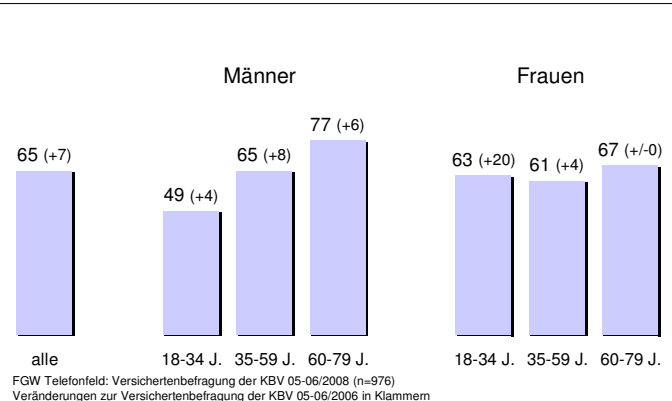
„Ja, habe IGeL-Angebot angenommen“

(Auswahl: „Ja“, war beim Arzt, gesetzlich versichert, IGeL-Angebot erhalten)



„Ja, habe IGeL-Angebot angenommen“

(Auswahl: „Ja“, war beim Arzt, gesetzlich versichert, IGeL-Angebot erhalten)



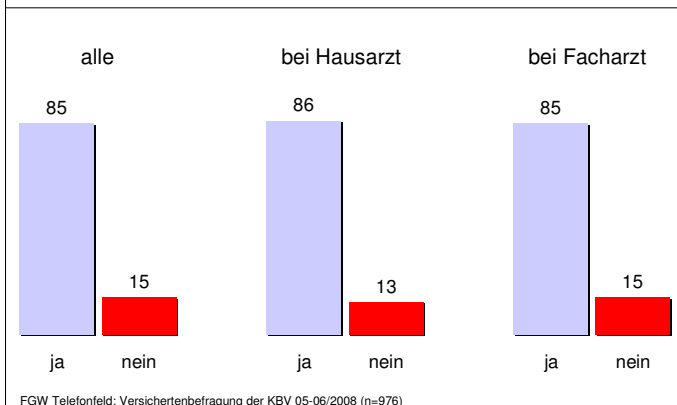
Wenn Ärzte Patienten IGeL-Angebote machen, dann meist mit Erfolg: Nach 58% vor zwei Jahren haben jetzt 65% aller Befragten das **IGeL-Angebot des Arztes angenommen** und die Zusatzleistung selbst bezahlt. 35% (2006: 41%) sind nicht auf die Offerte eingegangen. Bei dieser Quote ist es praktisch unerheblich, wo das Angebot gemacht wurde, da dieses bei 66% der Hausärzte, aber auch bei 64% der Fachärzte von den Patienten angenommen wurde. Im Osten akzeptierten 70% und im Westen 63% den Vorschlag; unter Männern waren es mit 68% etwas mehr als unter Frauen mit 63%. Speziell jüngere Männer sagten weiterhin vergleichsweise häufig „nein“, bei jüngeren Frauen – vor zwei Jahren ähnlich reserviert wie Männer – ist die Zustimmung erheblich gestiegen. Während bei allen unter 60-Jährigen leicht unterdurchschnittlich viele auf das Angebot des Arztes eingegangen sind,

haben es bei den über 70-Jährigen mit 82% überproportional viele angenommen. Bildungsspezifisch gibt es – konträr zur Nachfrage von IGeL-Angeboten bei der tatsächlichen Annahme von Zusatzleistungen – jetzt keine Unterschiede. Die Anzahl der zurückliegenden Angebote des Arztes spielt genau wie der eigene Gesundheitszustand eine nachgeordnete Rolle.

Für die Entscheidung bei der Annahme einer kostenpflichtigen Zusatzleistung hatten 85% aller Patienten, die in den letzten zwölf Monaten mit dieser Frage konfrontiert wurden, ausreichend Bedenkzeit. 15% der Befragten reklamieren, dass sie nicht **ausreichend Zeit für die Überlegung** hatten, ob sie

IGeL-Angebot vom Arzt: Ausreichend Bedenkzeit?

(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt, gesetzlich versichert)

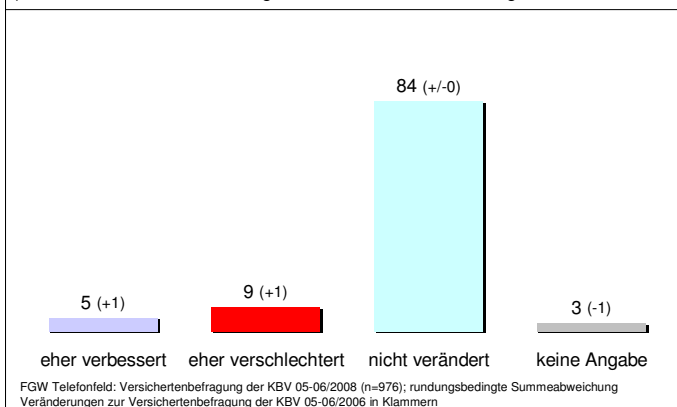


das **IGeL-Angebot des Arztes annehmen möchten oder nicht**. Im Detail kritisieren dabei 16% der weiblichen und 12% der männlichen Befragten fehlende Bedenkzeit, im Osten sind dies 12% und im Westen 15%. Beim Facharzt hätten sich 15% und beim Hausarzt 13% mehr Zeit für die Entscheidung gewünscht, ob sie das Angebot des Arztes nach einer individuellen Gesundheitsleistung – und damit die Eigenübernahme von Zusatzkosten – akzeptieren wollen oder nicht.

Auf **das Patienten-Arzt-Verhältnis** hat das Anbieten von **IGeL-Leistungen** in den meisten Fällen keine Konsequenzen: Für 84% der Befragten, die vom Arzt ein solches Angebot erhalten haben, hat sich deshalb das Verhältnis zu diesem Arzt nicht verändert. Mit anteilig 9% konstatiert fast jeder

Verhältnis zum Arzt nach dessen IGeL-Angebot ...

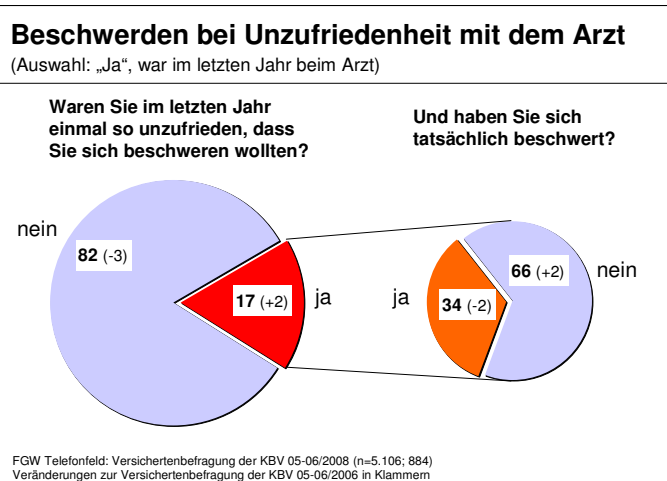
(Auswahl: „Ja“, war beim Arzt, gesetzlich versichert, IGeL-Angebot erhalten)



zehnte Befragte eine Verschlechterung im Verhältnis als Folge dieser Offerte, bei 5% hat sich das Miteinander von Arzt und Patient seitdem verbessert und 3% wollen oder können Veränderungen aufgrund des Anbietens von IGeL-Leistungen überhaupt nicht kommentieren. Im Vergleich mit den Ergebnissen der letzten Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vor zwei Jahren hat sich in dieser Einschätzung praktisch nichts geändert.

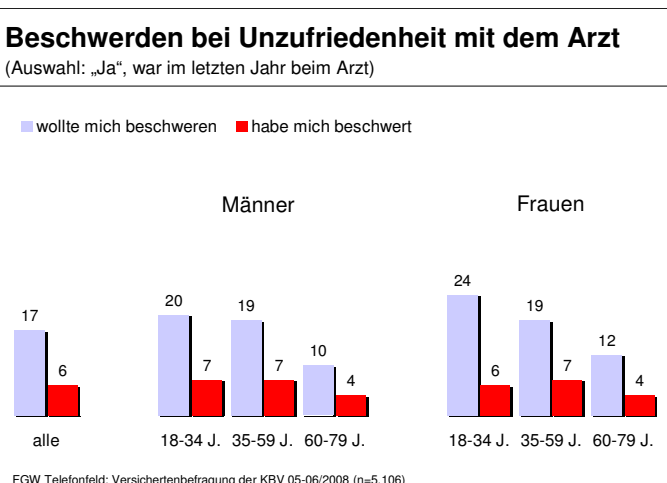
4. Unzufriedenheit mit Ärzten und individuelle Situation

4.1 Beschwerden aus Unzufriedenheit



17% der Befragten waren bei einem Arztbesuch in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal **mit dem Arzt so unzufrieden, dass sie sich beschweren wollten**. Vor zwei Jahren lag dieser Wert bei 15%. Umgekehrt hatten 82% (2006: 85%) aller Bürgerinnen und Bürger nach dem Praxisbesuch

keinen arzt-spezifischen Beschwerdegrund. Doch wenn Patienten einen Grund zur Beschwerde haben, wird diese überwiegend nicht kommuniziert: 66% (2006: 64%) aus der Gruppe, die ein Beschwerdemotiv hatten, haben auf die Beschwerde verzichtet, 34% (2006: 36%) haben sich dagegen tatsächlich beschwert. Dies entspricht insgesamt einem Anteil von 6% aller Patientinnen und Patienten, die im letzten Jahr beim Arzt waren.



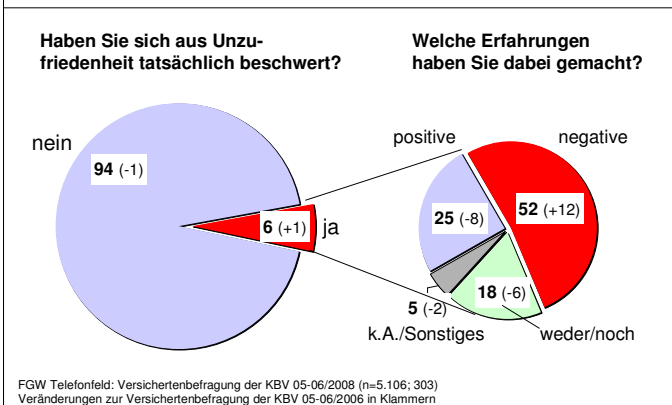
Einen Grund zur Beschwerde hatten nach eigenen Angaben sichtbar mehr jüngere Befragte im Alter unter 40 Jahren als die Generation 60 plus. 19% der Berufstätigen und 12% der Rentner wollten sich beschweren. Unter GKV-Angehörigen liegt dieser Anteil bei 18%, unter privat Versicherten

waren 14% so unzufrieden, dass sie eine Beschwerde in Erwägung gezogen haben. Ein Beschwerdemotiv hatten ferner 14% der Befragten, die im letzten Jahr ausschließlich bei einem Hausarzt waren, sowie 19% derjenigen mit ausschließlichem Facharztkontakt. Unabhängig dieser Differenzierung steigen die Klagen mit der Anzahl von jährlichen Arztbesuchen insgesamt. 26% der Bürger in einer gesundheitlich nicht guten, aber jeweils 15% derjenigen in guter oder sehr guter Verfassung wollten sich über einen Arzt beschweren.

Wenn Patienten ihre Unzufriedenheit mit dem Arzt kundtun, sind die **Erfahrungen bei Beschwerden** eher negativ: 52% aller Befragten, die ihre Beschwerdeabsicht in die Tat umgesetzt haben, berichten von schlechten Erfahrungen, bei 25% gab es eine positive Rückmeldung, bei 18% gab es weder in die eine noch die andere Richtung eine Reaktion und 5% machen hierzu keine Angaben. Damit hat sich das Feedback von unzufriedenen Patienten verstärkt: Vor zwei Jahren haben noch 40% der Befragten negative und 33% positive Erfahrungen gemacht, wenn sie sich aus Unzufriedenheit über einen Arzt beschwert haben.

Beschwerden bei Unzufriedenheit mit dem Arzt

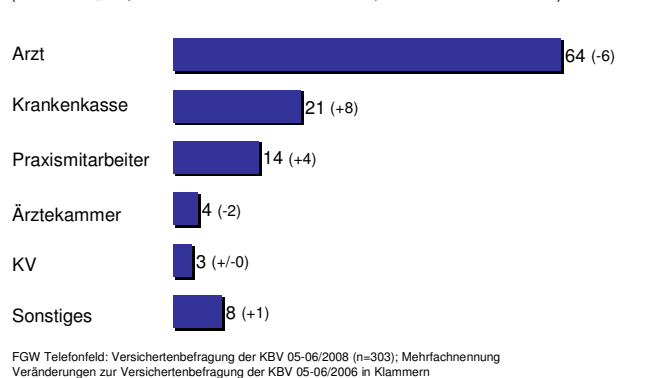
(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt)



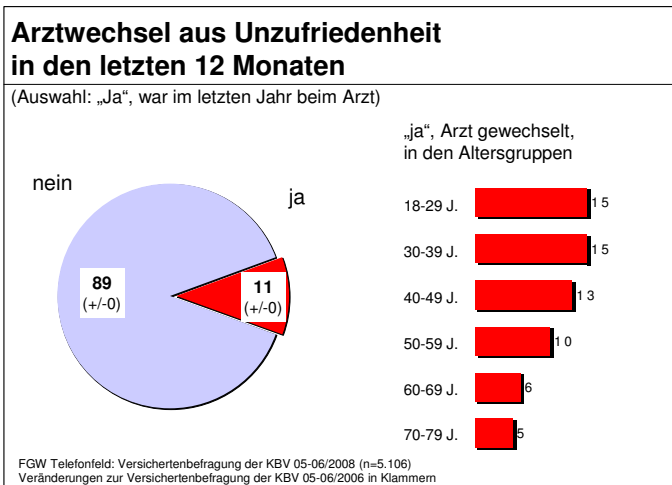
Adressat einer Beschwerde ist in erster Instanz der Arzt selbst: Wenn Patienten mit dem Mediziner unzufrieden waren und sich tatsächlich beschwert haben, wurde diese Beschwerde von 64% der Befragten direkt beim Arzt vorgetragen. 21% haben sich an die Krankenkasse und 14% an andere Praxismitarbeiter gewandt, 4% sind bei einer Ärztekammer und 3% bei einer Kassenärztlichen Vereinigung vorstellig geworden, 8% nennen sonstige Ansprechpartner.

Beschwerde bei Unzufriedenheit mit dem Arzt: Wo haben Sie sich beschwert?

(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt, habe mich beschwert)

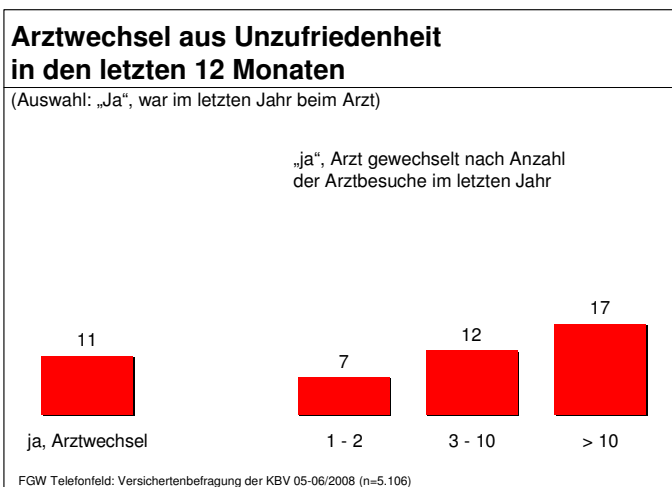


4.2 Arztwechsel aus Unzufriedenheit



Arztwechsel aus Unzufriedenheit sind in Deutschland zwar relativ selten, aber dennoch ein konstant präsentenes Phänomen: Exakt wie vor zwei Jahren sagen auch jetzt wieder 11% der Befragten, die in den letzten zwölf Monaten eine Praxis aufgesucht haben, dass Unzufriedenheit mit einem

Arzt zur Wahl eines neuen Arztes geführt hat. 89% (2006: 89%) hatten in diesem Zeitraum keinen Grund zum Arztwechsel. Analog der Ergebnisse aus der Vorgängerstudie im Jahr 2006 haben jetzt erneut mehr jüngere als ältere Befragte bei Unzufriedenheit Konsequenzen gezogen und sich einen neuen Arzt gesucht. Im Detail fällt hier auf, dass nur 12% der unter 35-jährigen Männer, aber 18% der Frauen dieser Altersgruppe diesen Schritt vollzogen haben.



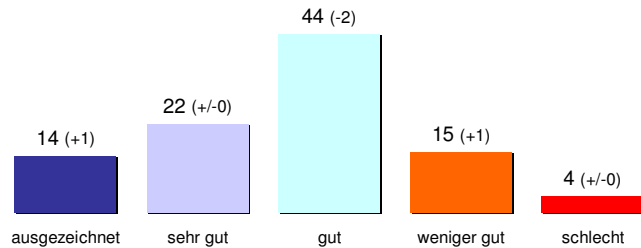
Im Detail war für 11% der GKV- und 13% der PKV-Versicherten Unzufriedenheit mit dem Arzt im letzten Jahr ein Motiv, diesen zu wechseln. Während sich in kleinen Gemeinden genau wie in mittelgroßen Städten jeweils rund jeder Zehnte kritikbedingt einen neuen Arzt gesucht hat, liegt die Wechselquote mit

14% in Großstädten mit über 100.000 Einwohnern leicht über dem Schnitt. 17% der Befragten mit weniger gutem oder schlechtem Gesundheitszustand haben in den letzten zwölf Monaten einen Arzt gewechselt, unter Befragten mit einer sehr guten Physis waren dies 9%. Schließlich korrespondieren Arztwechsel aus Unzufriedenheit auch mit der Anzahl von Arztbesuchen: Je häufiger Patienten einen Arzt aufsuchen, desto öfter haben sie diesen aufgrund von Kritik an dessen Leistungen auch wieder verlassen.

4.3 Eigene Gesundheit und Zukunftsoptimismus

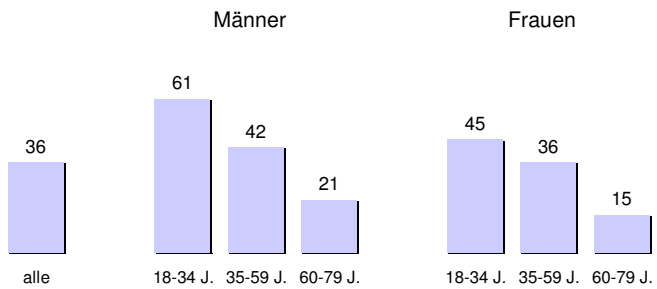
Die Menschen in Deutschland erfreuen sich überwiegend guter Gesundheit: Insgesamt 36% aller deutschsprachigen Bürgerinnen und Bürger im Alter zwischen 18 und 79 Jahren bewerten ihren eigenen **Gesundheitszustand** aktuell mit „ausgezeichnet“ (14%) oder „sehr gut“ (22%), 44% sprechen von einem „guten“ Gesundheitszustand, bei insgesamt 19% ist dieser „weniger gut“ (15%) oder „schlecht“ (4%). Damit herrscht bei dieser subjektiven Einschätzung des körperlichen Wohlbefindens hohe Konstanz: Bei der Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vor zwei Jahren, die ebenfalls in den Monaten Mai und Juni durchgeführt wurde, hatten die Befragten ihren Gesundheitszustand praktisch genau wie heute eingeschätzt. Analog der bereits 2006 beschriebenen Muster fällt diese Selbsteinschätzung bei jüngeren Menschen, und hier besonders bei jüngeren Männern, besonders positiv aus. Mit zunehmendem Alter wird dann der Gesundheitszustand weniger gut eingestuft, wobei diesen selbst unter den 70- bis 79-jährigen Befragten noch immer rund zwei Drittel mit mindestens „gut“ klassifizieren.

Eigener Gesundheitszustand in den letzten vier Wochen



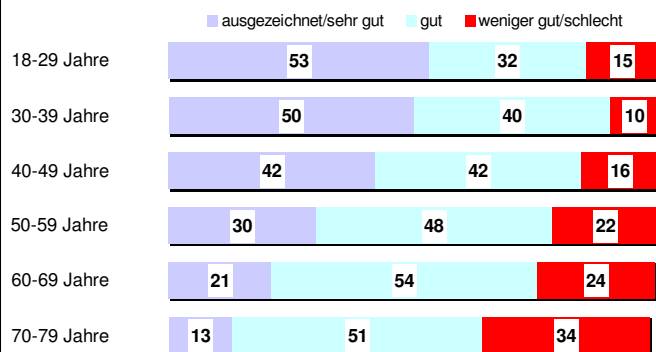
FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=6.114)
Veränderungen zur Versichertenbefragung der KBV 05-06/2006 in Klammern

Eigener Gesundheitszustand in den letzten vier Wochen „ausgezeichnet/sehr gut“



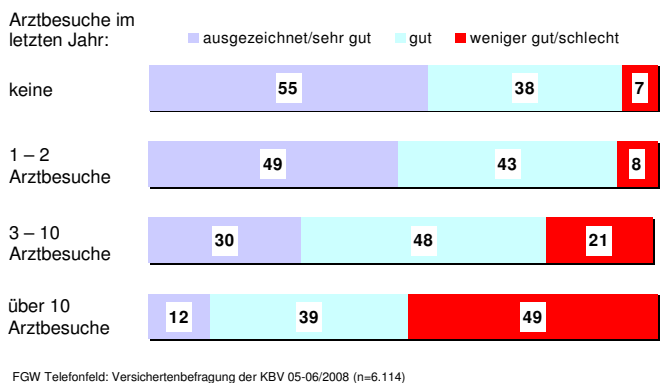
FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=6.114)

Eigener Gesundheitszustand in den letzten vier Wochen



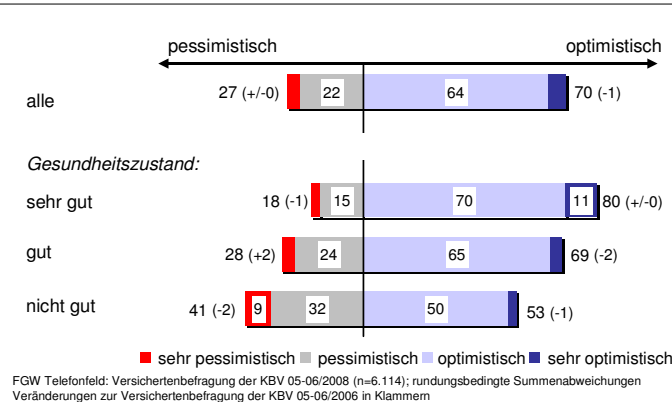
FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 05-06/2008 (n=6.114)

Eigener Gesundheitszustand in den letzten vier Wochen



Im Westen sprechen 38% und im Osten 31% der Befragten von einem „ausgezeichneten“ oder „sehr guten“ Gesundheitszustand. Unter deutschen Staatsbürgern tun dies 36% und unter den deutschsprachigen Ausländern 46%. Dass knapp die Hälfte der privat versicherten Befragten, aber nur gut ein Drittel der PKV-Angehörigen ihren Gesundheitszustand als „ausgezeichnet“ oder „sehr gut“ klassifiziert, erklärt sich jedoch primär mit einem altersspezifischen Effekt: Unter älteren Menschen – die ihre gesundheitliche Verfassung wie oben beschrieben weit überproportional häufig negativ einschätzen – ist eine private Krankenversicherung eher selten.

„Für meine Zukunft bin ich ...“



Wie entscheidend der Faktor Gesundheit für die Menschen in Deutschland ist, wird abschließend vom **Zukunftsoptimismus** der Bürger unterstrichen: Dieser bewegt sich zwar grundsätzlich auf hohem Niveau, und nahezu unverändert zu 2006 sagen auch heute wieder 70% aller Befragten, dass sie

ihre Zukunft „sehr optimistisch“ (6%) oder „optimistisch“ (64%) einschätzen. 27% sind hingegen „pessimistisch“ (22%) oder „sehr pessimistisch“ (4%). Persönliche Perspektiven und Physis liegen dabei offensichtlich nahe beieinander: Wenn die eigene Gesundheit beeinträchtigt ist, sinkt der Optimismus der Menschen erheblich. Allerdings sehen selbst Befragte in weniger guter oder schlechter gesundheitlicher Verfassung ihre Zukunft noch mehrheitlich positiv. Eine bestimmte demographische oder soziale Bevölkerungsgruppe oder eine bestimmte Region, in der die Pessimisten die Oberhand besäßen, gibt es in Deutschland nicht.

5. Methodisch-statistische Anmerkungen

Für die Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat die Mannheimer Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH vom 13. Mai bis 9. Juni 2008 in Deutschland insgesamt 6.114 zufällig ausgewählte Bürgerinnen und Bürger telefonisch befragt. Die Interviews wurden von 150 Interviewern durchgeführt. Die Ergebnisse der Untersuchung sind repräsentativ für die deutsche Wohnbevölkerung im Alter zwischen 18 und 79 Jahren. Alle Ergebnisse sind in Prozent angegeben.

Die Stichprobe wurde aus der deutsch sprechenden Wohnbevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren gezogen, die in Privathaushalten mit Telefonanschluss lebt. Da repräsentative Aussagen für alle 17 Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen werden sollten, wurden die Gebiete der kleineren KVen überquotiert. Diese Überquotierung wurde für die nationale Auswertung wieder auf die korrekten Größenanteile der jeweiligen Gebiete zurückgeführt. Die Ergebnisse innerhalb der KVen bleiben davon unverändert.

Für die Stichprobe wurde eine zweifach geschichtete Zufallsauswahl verwendet. Zunächst wurden Haushalte ausgewählt, dann eine Person eines jeden Haushalts. Die Auswahl der Privathaushalte erfolgte im RLD-Verfahren (randomize last digit) auf der Basis einer Stichprobe aus der Gesamtheit der Privathaushalte mit Eintrag im Telefonbuch. Die so ermittelten Anschlüsse bilden die Brutto-Haushalts-Stichprobe dieser Untersuchung. Mit Hilfe eines Zufallsverfahrens wurde dann aus den Mitgliedern jedes Haushalts zwischen 18 und 79 Jahren die Zielperson ausgewählt.

Die Auswertung der Studie erfolgte gewichtet. Zunächst wurde die haushaltsrepräsentative Stichprobe in eine Personenstichprobe transformiert. Diese Transformation muss erfolgen, weil die Chance eines Haushaltsmitgliedes, befragt zu werden, umgekehrt proportional zur jeweiligen Haushaltsgröße ist. Die Personenstichprobe wurde dann unter Berücksichtigung der amtlichen Statistik nach Geschlecht, Alter und Bildung gewichtet, um die durch Random-Ausfälle aufgetretenen Verzerrungen zu beseitigen. Da für deutschsprachige Ausländer keine amtliche Statistik für Geschlecht, Alter und Bildung vorliegt, wurde ihnen das Gewicht 1 zugewiesen. Die Fallzahl beträgt gewichtet und ungewichtet 6.114 Fälle.

Die gewichtete Umfrage ist unter Berücksichtigung der wahrscheinlichkeitstheoretischen Grundlagen von Stichproben repräsentativ für die deutsche Wohnbevölkerung Deutschlands zwischen 18 und 79 Jahren. Für die ebenfalls befragte Gruppe der deutschsprachigen Ausländer gilt eine eingeschränkte Repräsentati-

vität, weil diese Gruppe als Grundgesamtheit nicht klar abgrenzbar ist und es daher für sie auch keine Soll-Werte in der amtlichen Statistik gibt.

Da es sich um eine Zufallsstichprobe handelt, kann für jedes Stichprobenergebnis ein Vertrauensbereich angegeben werden, innerhalb dessen der wirkliche Wert des Merkmals in der Gesamtheit mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit liegt. Für die Erhebung ergeben sich folgende Vertrauensbereiche: Bei einem Merkmalswert von 50% liegt der wahre Wert mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% bei einer Stichprobengröße von $n=6.000$ zwischen 48,7% und 51,3%. Beträgt die Merkmalsausprägung 10%, so liegt der wahre Wert zwischen 9,2% und 10,8%.

Kurzportrait FGW Telefonfeld GmbH, Mannheim

Die Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH existiert seit 1994. Damals wurde das Telefonstudio der Forschungsgruppe Wahlen e.V. in eine eigenständige Firma ausgegründet. Seither ist die FGW Telefonfeld GmbH als Feldinstitut für alle Umfragen der Forschungsgruppe Wahlen und *ipos* zuständig. Daneben entwickelte sich die FGW Telefonfeld GmbH im Laufe der Jahre zu einem Full-Service-Institut für quantitative Umfragen nicht nur im Bereich der Sozialforschung, sondern auch der Marktforschung und ist dort für eine Vielzahl von Auftraggebern tätig.

Die FGW Telefonfeld GmbH verfügt in Mannheim über ein modernes Telefonstudio mit 140 computergestützten Telefonarbeitsplätzen (CATI) und rund 300 sorgfältig geschulten Interviewerinnen und Interviewern. Bei den Umfragen kommen selbst erstellte Stichproben zum Einsatz, die aus den Daten der jeweils letzten nationalen Wahl gewonnen werden und die die gleichen Qualitätskriterien erfüllen müssen wie die für Hochrechnungen benutzten Stichproben. Die Auswahl der zu befragenden Personen erfolgt dabei immer streng nach dem Zufallsprinzip, da nur so wirklich repräsentative Ergebnisse erzielt werden können.

FGW Telefonfeld GmbH

68161 Mannheim • N7, 13-15
Tel. 0621/1233-0 • Fax: 0621/1233-199
www.forschungsgruppe.de
info@forschungsgruppe.de

Amtsgericht Mannheim HRB 6318
Geschäftsführer: Matthias Jung, Andrea Wolf