

# Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2018

Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage

April – Juni 2018

**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](mailto:info@forschungsgruppe.de)  
[www.forschungsgruppe.de](http://www.forschungsgruppe.de)

Amtsgericht Mannheim HRB 6318  
Geschäftsführer: Matthias Jung • Andrea Wolf

Analyse: Bernhard Kornelius  
Juli 2018

## **Versichertenbefragung der KBV**

Für die Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat die Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH vom 9. April bis 4. Juni 2018 in Deutschland insgesamt 6.043 zufällig ausgewählte Bürgerinnen und Bürger telefonisch befragt. Die Ergebnisse der Untersuchung sind repräsentativ für die erwachsene Deutsch sprechende Wohnbevölkerung. Alle Ergebnisse sind in Prozent angegeben, methodische Einzelheiten werden im Anhang erläutert.

Inhaltlich ist die Studie in drei Kapitel aufgeteilt: In Kapitel eins „Arztbesuche und Arztpraxen“ werden u.a. Häufigkeiten von Haus- und Facharztbesuchen sowie Wartezeiten für Termine und Wartezeiten in der Praxis dokumentiert. Wie in den Vorjahren erfolgt eine – nach subjektivem Patientenempfinden – Bewertung des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Ärztin. Außerdem gibt es Fragen zur Unzufriedenheit mit Ärzten, zur Barrierefreiheit von Arztpraxen sowie zur Online-Recherche von Patientinnen und Patienten im Vorfeld von Arztbesuchen.

In Kapitel zwei „Gesundheitssystem und Gesundheitsversorgung“ werden die Versicherten nach persönlichen Konsequenzen gesundheitspolitischer Veränderungen, nach ihren Erwartungen an die zukünftige Gesundheitsversorgung sowie nach einer Bewertung ihrer eigenen Krankenversicherung gefragt. Weitere Themen sind Angebot und Nachfrage von individuellen Gesundheitsleitungen, die elektronische Patientenakte, Arzthonorare, Anlaufstellen für ärztliche Hilfe sowie das geplante nationale Gesundheitsportal im Internet.

Im Kapitel drei „Individuelle Situation“ werden kompakt der individuelle Gesundheitszustand sowie chronische Erkrankungen der Befragten dokumentiert. Zudem geht es um Medikamentenpläne sowie beim Thema private Pflege um das Ausmaß und die Belastungen von Pflegenden.

Wie gewohnt werden dort, wo es möglich ist und sinnvoll erscheint, Differenzierungen zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung, gesetzlich und privat versicherten Personen, Ost und West oder verschiedenen demographischen und sozialen Gruppen vorgenommen. Befragt wurden erneut auch Versicherte im Alter ab 80 Jahren. Um Veränderungen oder Kontinuitäten zu KBV-Versichertenbefragungen aus früheren Jahren darstellen zu können, sind im Folgenden die methodisch vergleichbaren Ergebnisse der 18- bis 79-Jährigen ausgewiesen. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf eine gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Alle Ergebnisse der Studie, auch sämtliche Altersgruppen, sind tabellarisch dokumentiert und stehen zum Download bereit unter <http://www.kbv.de/html/versichertenbefragung.php>.



# Inhalt

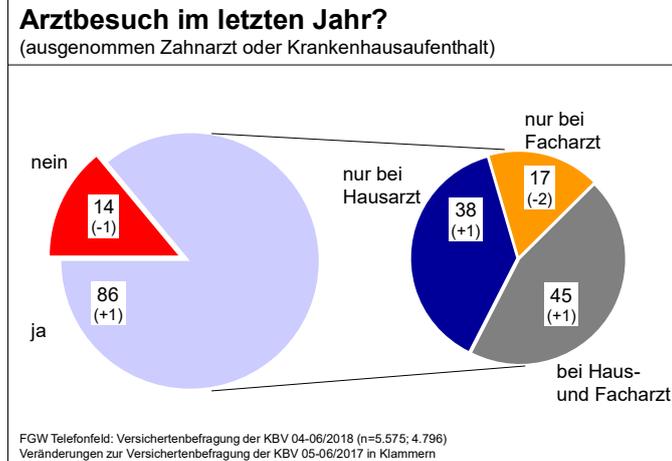
<b>1.</b>	<b>Arztbesuche und Arztpraxen</b>	
1.1	Haus- und Facharztbesuche .....	3
1.2	Wartezeiten für Termine .....	8
1.3	Wartezeiten in der Praxis .....	12
1.4	Bewertung des Arztes .....	14
1.5	Unzufriedenheit, Beschwerden und Arztwechsel .....	16
1.6	Barrierefreiheit von Arztpraxen .....	18
1.7	Arztbesuche: Vorab-Information im Internet .....	19
<b>2.</b>	<b>Gesundheitssystem und Gesundheitsversorgung</b>	
2.1	Absicherung im Krankheitsfall und Gesundheitsversorgung .....	21
2.2	Eigene Krankenversicherung: GKV vs. PKV .....	23
2.3	Elektronische Patientenakte .....	25
2.4	Nationales Gesundheitsportal im Internet .....	27
2.5	Nachfrage und Angebot von IGeL-Leistungen .....	28
2.6	Angleichung von Arzthonoraren .....	31
2.7	Ärztliche Hilfe: Anlaufstellen und Notaufnahmen .....	32
<b>3.</b>	<b>Individuelle Situation</b>	
3.1	Eigene Gesundheit und chronische Erkrankungen.....	34
3.2	Medikationspläne.....	35
3.3	Pflege von Angehörigen .....	36
<b>4.</b>	<b>Methodisch-statistische Anmerkungen</b> .....	39



## 1. Arztbesuche und Arztpraxen

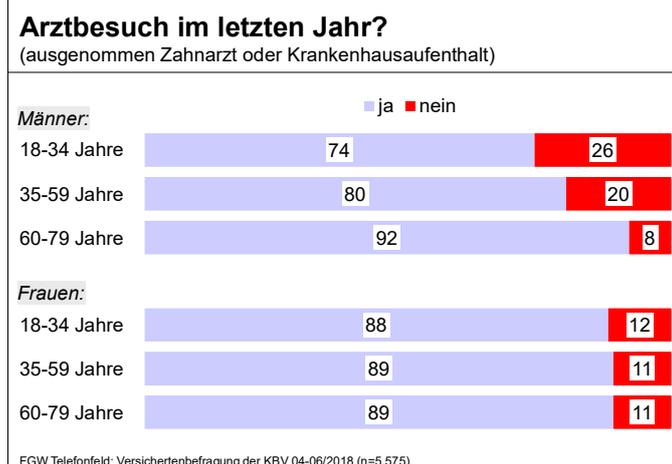
### 1.1 Haus- und Facharztbesuche

86% aller 18- bis 79-jährigen Bürgerinnen und Bürger waren **in den letzten zwölf Monaten bei einem Arzt in der Praxis**, um sich selbst behandeln oder beraten zu lassen. Unter diesen Befragten waren 38% **ausschließlich beim Hausarzt** und 17% **ausschließlich beim Facharzt**, 45% – zunächst



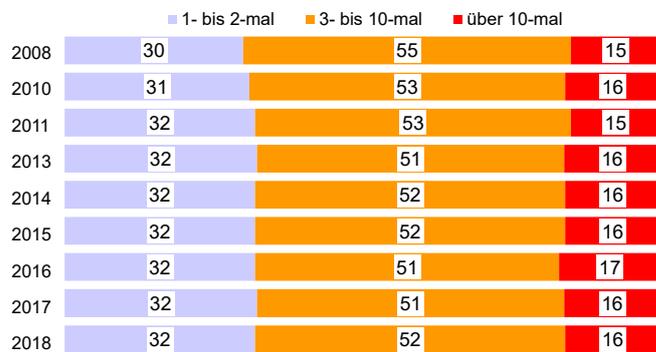
unabhängig von individuellen Häufigkeiten – haben im letzten Jahr **sowohl Haus- als auch Facharzt** aufgesucht. Insgesamt 14% aller befragten deutschsprachigen Erwachsenen sagen, dass sie in diesem Zeitraum weder eine Hausarzt- noch eine Facharztpraxis aufgesucht haben, wobei Zahnarztbesuche oder Krankenhausaufenthalte hier explizit ausgeklammert bleiben. Damit bleibt der Anteil der Versicherten mit bzw. ohne Arztbesuch(e) im hohen Maße konstant: Bei ausnahmslos allen KBV-Versichertenbefragungen seit 2006 haben jeweils immer gut vier von fünf Befragten angegeben, mindestens einmal in den vergangenen zwölf Monaten einen Arzt konsultiert zu haben.

Dass sie im letzten Jahr nicht beim Arzt waren, konstatieren – tendenziell analog zu früheren Messzeitpunkten – mit 17% sichtbar mehr Männer als Frauen mit 11%. Hinzu kommt primär bei männlichen Versicherten ein typischer Alterseffekt, wonach sich in der Generation 60 plus deutlich weniger Befragte ganz ohne Arztbesuche finden als bei den unter 60-jährigen Männern, und hier insbesondere bei den unter 35-Jährigen: Speziell in dieser Gruppe sagen mit 26% annähernd doppelt so viele Befragte wie in der Gesamtheit der Versicherten, dass sie in den vergangenen zwölf Monaten überhaupt nicht beim Arzt waren.



### Anzahl der Arztbesuche im letzten Jahr

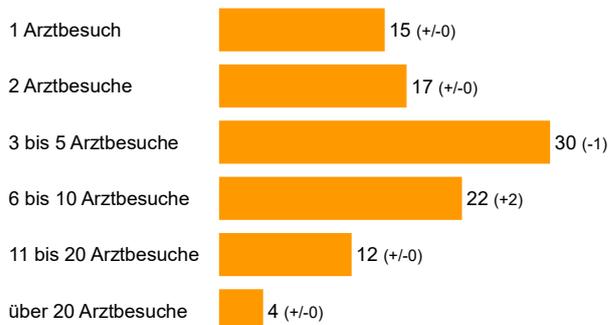
(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 04-06/2018 (n=4.796)

### Anzahl der Arztbesuche im letzten Jahr

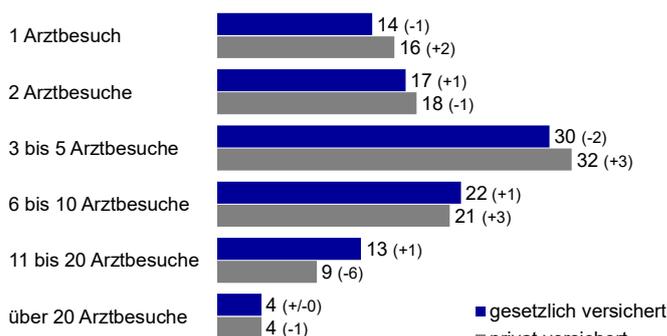
(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 04-06/2018 (n=4.796)  
Veränderungen zur Versichertenbefragung der KBV 05-06/2017 in Klammern

### Anzahl der Arztbesuche im letzten Jahr

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



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 04-06/2018 (n=4.796)  
Veränderungen zur Versichertenbefragung der KBV 05-06/2017 in Klammern

Eine über die Jahre außergewöhnlich hohe Konstanz gibt es zudem bei der **Anzahl von Arztbesuchen**: Exakt wie bei allen Erhebungen seit 2011, sowie mit nur statistisch irrelevanten Veränderungen zu Studien aus früheren Jahren, hat knapp ein Drittel derjenigen Befragten, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal eine Praxis aufgesucht haben, im letzten Jahr ein- bis zweimal einen Arzt konsultiert. Etwas mehr als die Hälfte der Versicherten war drei- bis zehnmal und rund jeder Sechste war häufiger als zehnmal beim Arzt. Die Häufigkeiten im Detail: Konstant 15% der Befragten geben an, „einmal“ in den letzten 12 Monaten einen Arzt aufgesucht zu haben, 17% sagen hier „zweimal“, bei 30% waren es „drei bis fünf“ Arztbesuche, 22% sagen „sechs bis zehn“ und 12% „elf bis zwanzig“, weitere 4% der Versicherten haben „mehr als zwanzig“ Konsultationen hinter sich. Ähnlich

wie schon in der letzten Befragung im Jahr 2017 unterschieden sich gesetzlich und privat Versicherte bei der Häufigkeit von Arztbesuchen nur noch unwesentlich, nachdem zuvor hier noch häufiger Unterschiede aufgetreten waren: Vor einigen Jahren waren gesetzlich versicherte Patienten nach eigenen Angaben alles in allem noch etwas häufiger beim Arzt als privat Versicherte.

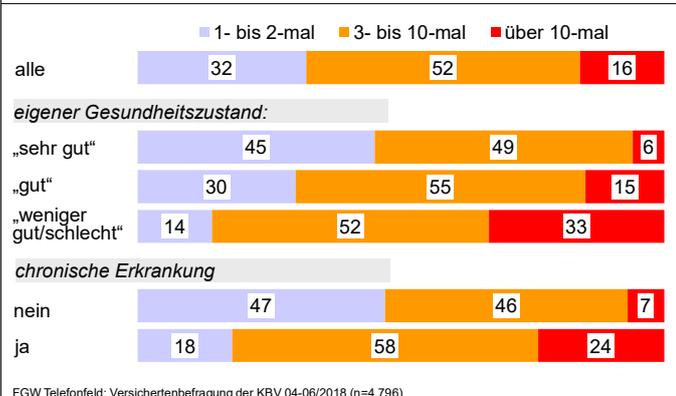
Während der Versicherungsstatus an dieser Stelle inzwischen kaum noch eine Rolle spielt, bleibt die Anzahl von Arztbesuchen primär eine Frage des eigenen Gesundheitszustandes bzw. von chronischen Krankheiten: Je schlechter die Befragten ihre eigene Gesundheit beschreiben, desto häufiger

benötigen sie medizinische Beratung oder Behandlung. Unabhängig von dieser Selbsteinstufung zur eigenen gesundheitlichen Konstitution frequentieren außerdem Befragte mit chronischen Krankheiten Arztpraxen weitaus häufiger als Versicherte ohne eine dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigung.

Neben dem individuellen Gesundheitsbild bestätigen sich bei der Häufigkeit von Praxisbesuchen typische geschlechtsspezifische und demographische Muster: Ärzte werden häufiger von Frauen als von Männern konsultiert, außerdem steigt die Anzahl von Arztbesuchen im Großen und Ganzen mit dem Alter der Befragten. Im Westen gibt es etwas mehr Versicherte, die mehr als zehnmal beim Arzt waren als im Osten Deutschlands; in kleinen Orten bzw. Gemeinden mit weniger als 5.000 Einwohnern finden sich mehr Befragte mit nur ein bis zwei Arztbesuchen als in den über 100.000 Einwohner zählenden Großstädten.

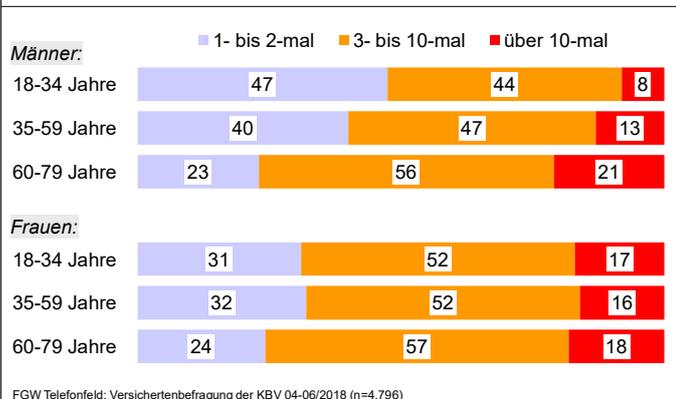
### Anzahl der Arztbesuche im letzten Jahr

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



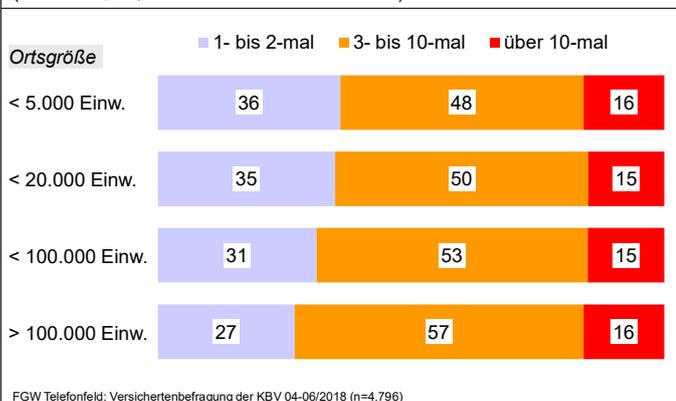
### Anzahl der Arztbesuche im letzten Jahr

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

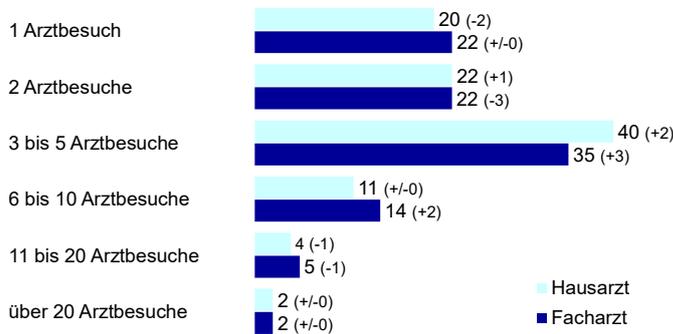


### Anzahl der Arztbesuche im letzten Jahr

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



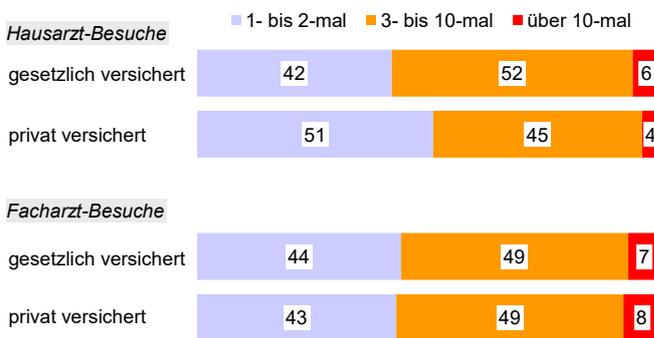
### Anzahl der Haus- und Facharztbesuche im letzten Jahr (Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Haus- und/oder Facharzt)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 04-06/2018 (n=3.989; 2.976)  
Veränderungen zur Versichertenbefragung der KBV 05-06/2017 in Klammern

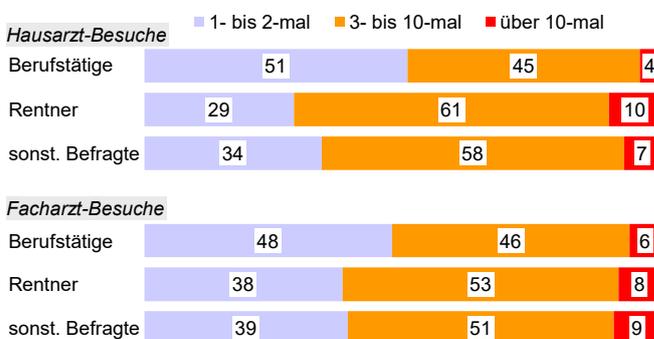
Die Differenzierung der Häufigkeiten zwischen Konsultationen von Hausärzten und von Fachärzten zeigt, dass Spezialisten in den letzten zwölf Monaten ähnlich oft aufgesucht wurden wie Hausärzte. Etwas stärkere Abweichungen gibt es hierbei nur in der Antwortkategorie „drei bis fünf“ Haus- bzw. Facharztbesuche“. Ein kurzfristiger Trend zu mehr oder weniger Haus- bzw. Facharztbesuchen ist nicht zu konstatieren, nachdem sich die – ausnahmslos geringen – Veränderungen zur KBV-Versichertenbefragung aus dem Jahr 2017 durchweg im Bereich der statistischen Fehlertoleranzen bewegen.

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



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 04-06/2018 (n=3.989; 2.976)

### Anzahl der Arztbesuche im letzten Jahr (Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 04-06/2018 (n=3.989; 2.976)

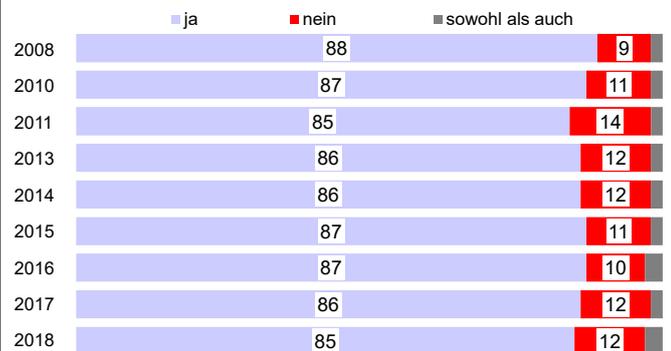
Bei der Häufigkeit von Facharztbesuchen gibt es praktisch keine Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Angehörigen. Bei Hausärzten sind hingegen Kassenpatienten häufiger anzutreffen als die Mitglieder einer privaten Krankenversicherung. Ansonsten bestätigen sich für beide Arztgruppen die zuvor beschriebenen allgemeingültigen Trends, wonach ältere Befragte und/oder Rentner sowohl Haus- als auch Fachärzten deutlich mehr Besuche abstatten als jüngere und/oder berufstätige Befragte.

Ähnlich dem Schnitt der vergangenen Jahre hatten 85% aller Befragten **bei ihrem letzten Praxisbesuch auch Kontakt zum Arzt**. Bei 12% der Versicherten gab es zuletzt keinen Arztkontakt, etwa weil sie vom Praxispersonal betreute bzw. durchgeführte Leistungen wie eine Blutabnahme in Anspruch

genommen oder ein Rezept abgeholt haben. Hausarztpraxen werden mit anteilig 16% weiterhin erheblich häufiger aus anderen, nicht unmittelbar arztgebundenen Gründen aufgesucht als Facharztpraxen mit nur 4%. Unabhängig davon sind bei ab 50-jährigen Befragten Praxisbesuche ohne Arztkontakt etwas häufiger als unter jüngeren Menschen.

### Arztkontakt bei Praxisbesuch?

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

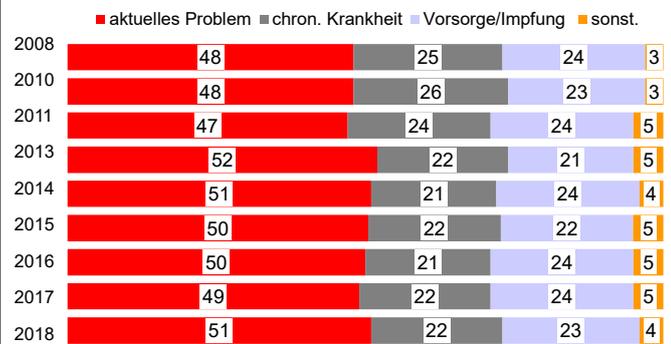


FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 04-06/2018 (n=4.796)

**Hauptgrund für den letzten Praxisbesuch** war bei 51% der Patienten mit Arztkontakt ein aktuelles Problem, wie z.B. Schmerzen oder eine Grippe. Bei 22% der Befragten waren es anhaltende Beschwerden bzw. eine chronische Krankheit, und 23% waren zur Vorsorge oder wegen einer Impfung beim Arzt. Typisch bei den Gründen von Praxisbesuchen sind signifikante Alterseffekte: Je älter die Patienten, desto häufiger gehen sie wegen chronischer Krankheiten zum Arzt, speziell bei Männern wird dann auch die Vorsorge häufiger.

### Grund für Arztbesuch

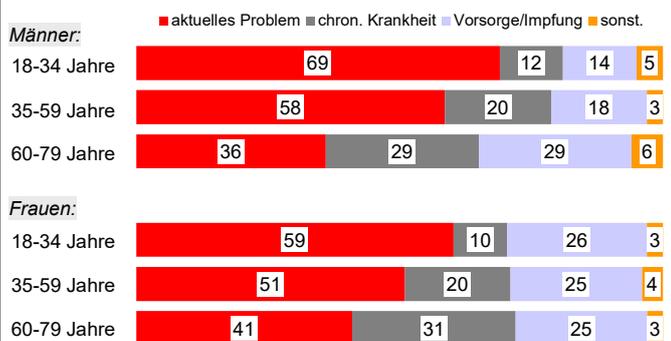
(Auswahl: „Ja“, war beim Arzt; letzter Praxisbesuch mit Arztkontakt)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 04-06/2018 (n=4.231)

### Grund für Arztbesuch

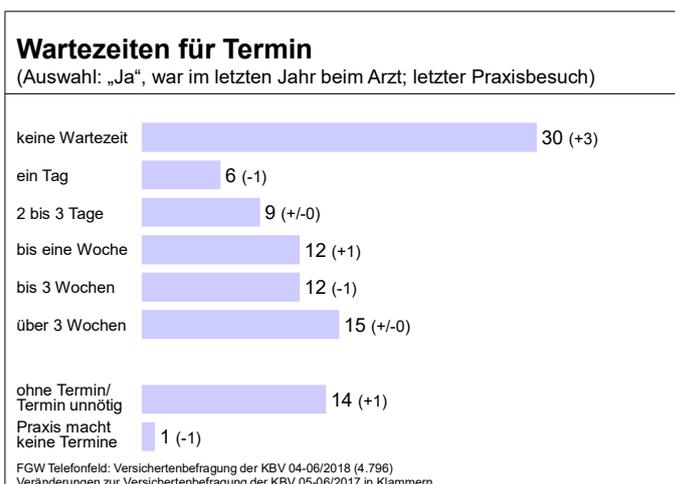
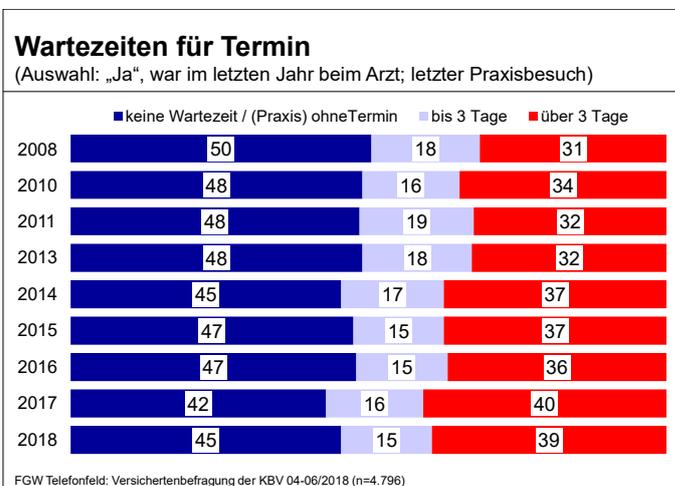
(Auswahl: „Ja“, war beim Arzt; letzter Praxisbesuch mit Arztkontakt)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 04-06/2018 (n=4.231)

## 1.2 Wartezeiten für Termine

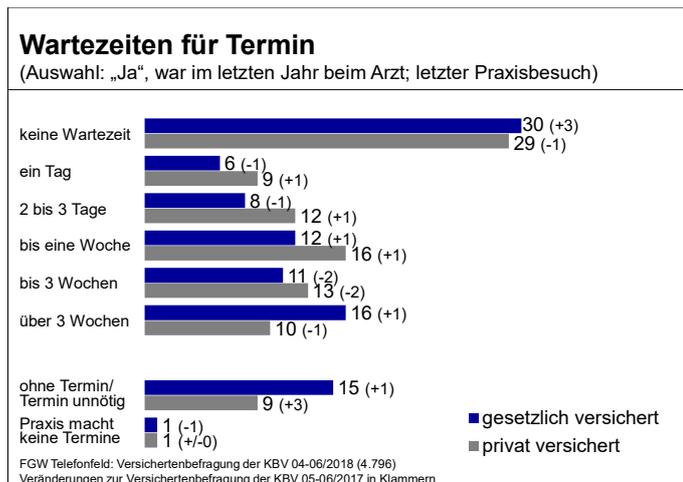
Bei Arztbesuchen fallen häufig Wartezeiten an. Doch obwohl sich viele Patienten sowohl für einen Arzttermin als auch später in der Praxis vor dem eigentlichen Behandlungsbeginn mitunter länger gedulden müssen, stören sich nur die wenigsten Befragten an den **Wartezeiten für Arzttermine** – vorausgesetzt das entsprechende Zeitfenster beträgt nicht mehrere Wochen. Wie lange die Versicherten konkret warten müssen, bis sie den gewünschten Arzttermin bekommen bzw. bis sie in der Sprechstunde an der Reihe sind, ist im Einzelfall höchst unterschiedlich. Relevant für kürzere oder längere Wartezeiten ist vor allem die Dringlichkeit einer Behandlung. Daneben spielen weiterhin auch Faktoren wie die Art der Krankenversicherung oder die aufgesuchte (Fach-)Arztgruppe eine Rolle.



Beim Thema Wartezeiten bleibt bemerkenswert, dass zunächst einmal zusammengenommen 45% der Befragten vor ihrem letzten Arztbesuch überhaupt keine Wartezeit für den Arzttermin hatten. So sagen im Detail 30% der Befragten, dass sie „sofort“ einen Termin bekommen haben, weitere 14% sind „ohne Terminvereinbarung direkt zum Arzt“ bzw. geben an, dass eine „Terminvereinbarung unnötig“ war und 1% bemerkt, dass die letztbesuchte Praxis keine Termine vergibt. Insgesamt 15% der Befragten hatten bis zu drei Tagen Wartezeit („einen Tag“: 6%; „zwei bis drei Tage“: 9%) und 39% aller

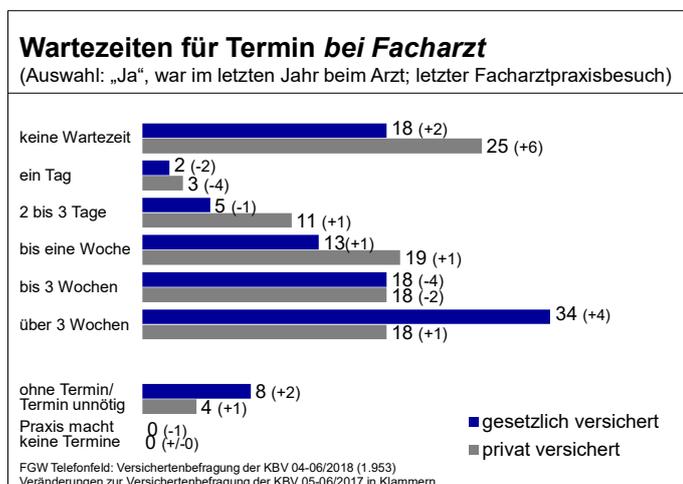
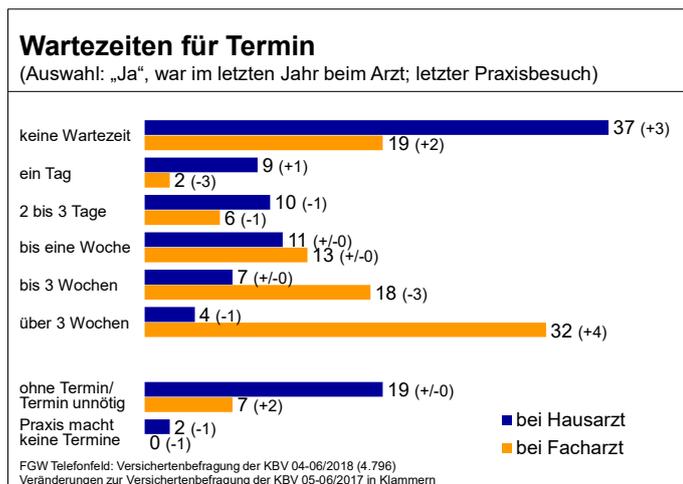
Patienten mussten sich beim letzten Arztbesuch länger als drei Tage gedulden („bis zu einer Woche“: 12%; „bis zu drei Wochen“: 12%; „länger als drei Wochen“: 15%). Im Vergleich zur Versichertenbefragung im Vorjahr haben sich die Termin-Wartezeiten für die Patienten damit weder in die eine noch die andere Richtung merklich verändert.

Bei der Terminvereinbarung kommen Privatversicherte unterm Strich weiterhin etwas schneller zum Zug als die Angehörigen einer gesetzlichen Krankenversicherung: Dass sie für ihren letzten Arzttermin zwischen einem Tag und einer Woche warten mussten, sagen mehr privat als gesetzlich Versicherte.



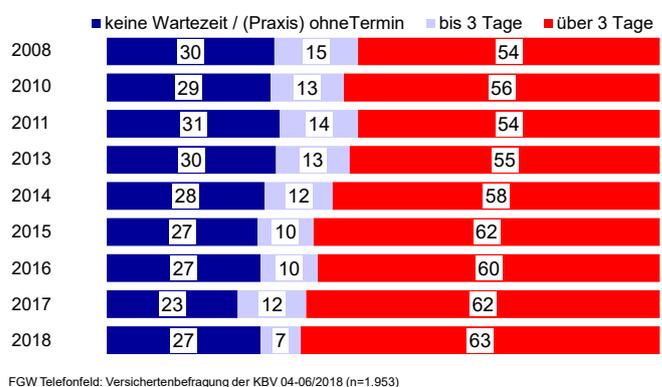
Umgekehrt waren Wartezeiten von über drei Wochen bei GKV-Angehörigen häufiger als bei Privatpatienten. Darüber hinaus geben genau wie in früheren Studien mehr gesetzlich als privat Versicherte an, zuletzt „ohne Termin“ einen Arzt aufgesucht zu haben.

Einen deutlich stärkeren Einfluss als die Art der Krankenversicherung hat bei den Termin-Wartezeiten die Arztgruppe: Beim Hausarzt sind Wartezeiten von mehr als drei Tagen die große Ausnahme, bei Fachärzten ist das dagegen die Regel. Jeder zweite Patient musste sich zuletzt mindestens eine Woche für einen Facharzt-Termin gedulden, wobei dann speziell bei den Wartezeiten von mehr als drei Wochen bei Fachärzten eine Diskrepanz zwischen GKV- und PKV-Angehörigen sichtbar wird.



### Wartezeiten für Termin bei Facharzt

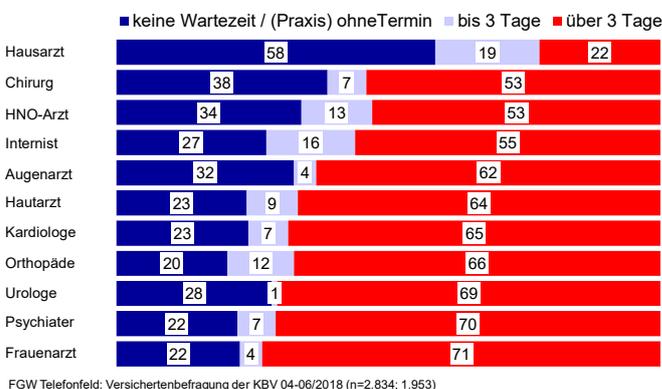
(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt; letzter Facharztpraxisbesuch)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 04-06/2018 (n=1.953)

### Wartezeiten für Termin

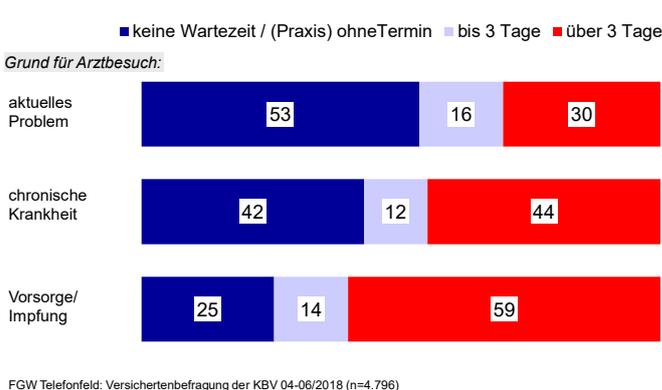
(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt; letzter Praxisbesuch)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 04-06/2018 (n=2.834; 1.953)

### Wartezeiten für Termin

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



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 04-06/2018 (n=4.796)

Im längerfristigen Rückblick haben die Wartezeiten für Facharzt-Termine leicht zugenommen, wobei – neben den Differenzen zwischen der haus- und fachärztlichen Versorgung ganz allgemein – im Detail dann zwischen den einzelnen Facharztgruppen nochmals erhebliche Unterschiede auftreten: Bei Chirurgen, Hals-Nasen-Ohren-Ärzten oder Internisten liegen die Wartezeiten deutlich unter dem Niveau von Urologen oder Frauenärzten. Hier finden allerdings auch vergleichsweise viele Vorsorgeuntersuchungen statt, die bei der Terminsetzung eindeutig hinter akuten Fällen zurückstehen.

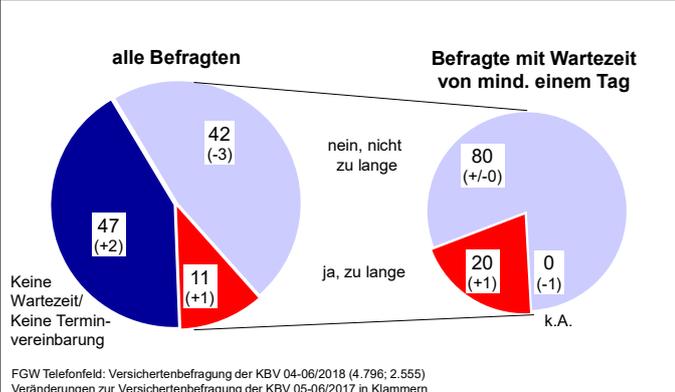
Denn unabhängig von der eigenen Krankenversicherung oder Faktoren wie Wohnort, Berufstätigkeit, Geschlecht oder formales Bildungsniveau bleibt das zentrale Kriterium bei den Wartezeiten zunächst einmal die Dringlichkeit einer Behandlung. Hatten Patienten ein dringendes Anliegen oder aktuelle Beschwerden,

bekamen mit 53% gut die Hälfte von ihnen sofort einen Termin bzw. sind ohne Voranmeldung vorstellig geworden. 30% dieser aktuellen Fälle – lediglich 11% beim Hausarzt, aber mit steigender Tendenz 61% beim Facharzt – mussten allerdings länger als drei Tage warten.

Wenn für den Arzttermin Wartezeiten anfallen, ist das für das Gros der Patienten offensichtlich kein Problem: Ganz ähnlich wie in der KBV-Versichertenbefragung 2017 hat es jetzt 11% aller Befragten, die in den letzten 12 Monaten beim Arzt waren, **zu lange gedauert, bis sie einen Termin für ihren letzten Praxisbesuch bekommen haben**, 42% hat das nicht zu lange gedauert und für 47% der Patienten ist diese Frage irrelevant, da sie vor ihrem letzten Praxisbesuch keine Wartezeit hatten (30%) bzw. zu dieser keine Angaben machen (2%), ohne Terminvereinbarung zum Arzt gegangen sind (14%) oder eine Praxis aufgesucht haben, die keine Termine vergibt (1%). Prozentuiert man die Ergebnisse ausschließlich auf diejenigen Befragten, bei denen Wartezeiten angefallen sind, hat es 20% „zu lange“ gedauert, bis sie für ihren letzten Arztbesuch einen Termin bekommen haben. Missfallen über ihre Wartezeit äußern 7% der privat Versicherten, aber 22% der gesetzlich Versicherten. Unter Facharzt-Patienten sind 26% kritisch, unter den Patienten, die zuletzt beim Hausarzt waren, sind es hingegen 13%. Hochrelevant für die Akzeptanz von Wartezeiten bleibt aber vor allem deren konkrete Dauer: Bei mehr als drei Wochen sagen deutlich mehr Befragte, dass es Ihnen zu lange gedauert hat.

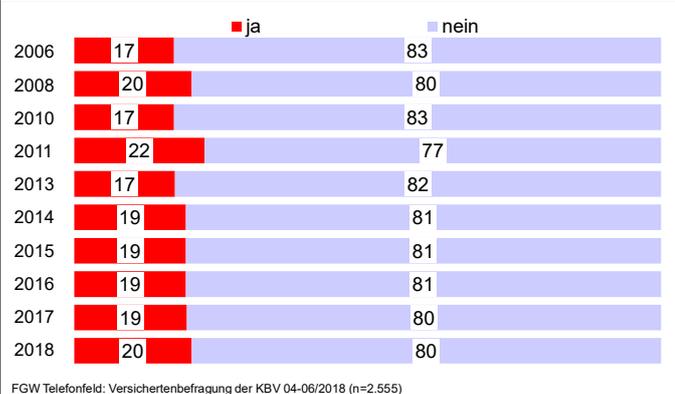
### Wartezeiten: Hat es Ihnen zu lange gedauert, bis Sie einen Termin bekommen haben?

(Auswahl: „Ja“, war beim Arzt; letzter Besuch)



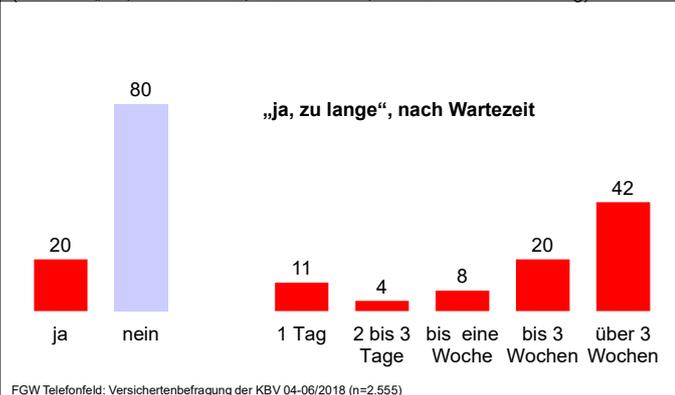
### Wartezeiten: Hat es Ihnen zu lange gedauert, bis Sie einen Termin bekommen haben?

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



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

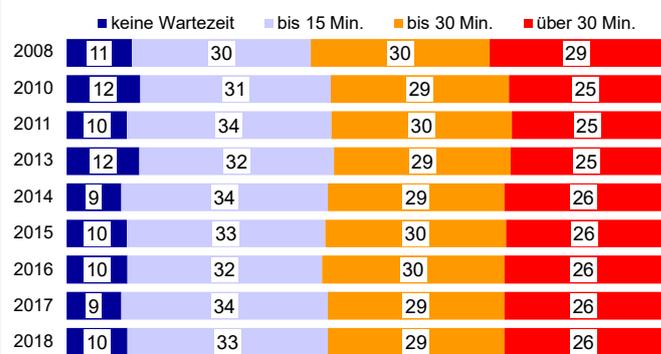
(Auswahl: „Ja“, war beim Arzt; letzter Besuch; Wartezeit mind. einen Tag)



### 1.3 Wartezeiten in der Praxis

#### Wartezeiten in der Praxis

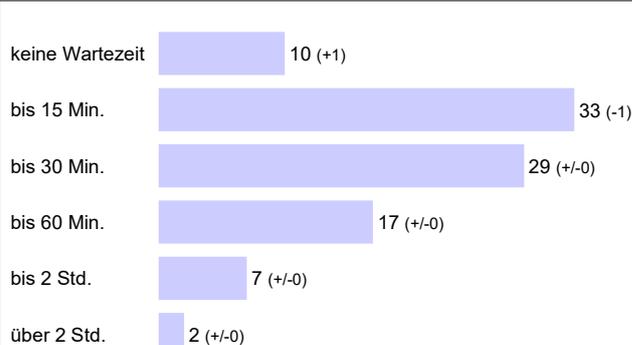
(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt; letzter Praxisbesuch)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 04-06/2018 (n=4.796)

#### Wartezeiten in der Praxis

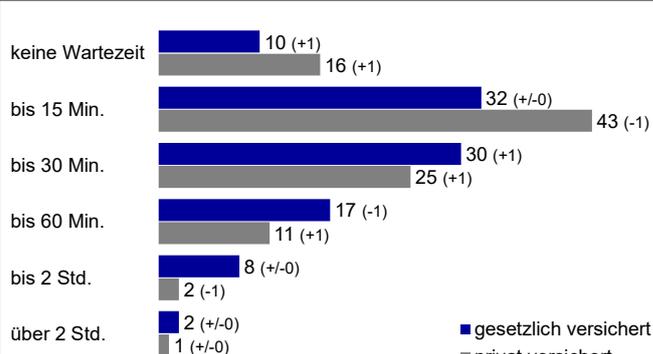
(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt; letzter Praxisbesuch)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 04-06/2018 (4.796)  
Veränderungen zur Versichertenbefragung der KBV 05-06/2017 in Klammern

#### Wartezeiten in der Praxis

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



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 04-06/2018 (4.796)  
Veränderungen zur Versichertenbefragung der KBV 05-06/2017 in Klammern

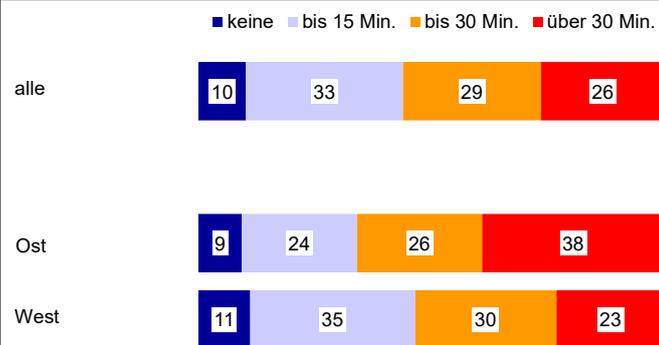
Die **Wartezeiten in den Arztpraxen** bleiben äußerst stabil: Mit hoher Konstanz zu sämtlichen früheren Messzeitpunkten sagen auch jetzt wieder zusammengenommen fast drei Viertel aller Befragten, dass sie innerhalb einer halben Stunde beim Arzt in der Sprechstunde an der Reihe waren. Gut ein Viertel der Patienten musste sich dagegen länger gedulden, wobei hier genau wie bei den Termin-Wartezeiten hinsichtlich Versicherten-Status, Arztgruppe oder Anlass des Praxis-Besuchs bemerkenswerte Unterschiede bestehen. Im Detail sagen jetzt 10% aller Befragten, dass sie bei ihrem letzten Arztbesuch in der Praxis „überhaupt keine Wartezeit“ hatten, 33% haben „bis zu 15 Minuten“ und 29% „bis zu 30 Minuten“ gewartet, 17% saßen nach eigenen Angaben „bis zu 60 Minuten“ im Wartezimmer, 7% „bis zu zwei Stunden“ und 2% „mehr als zwei Stunden“. Wie schnell man bei Ärzten in

Deutschland behandelt wird, bleibt dabei unter anderem eine Frage der Krankenversicherung: Unter GKV-Angehörigen haben mit 27% zuletzt rund doppelt so viele Befragte über eine halbe Stunde auf den Behandlungsbeginn gewartet wie unter privat versicherten Bürgern mit anteilig 14%.

Weiterhin sind die Wartezeiten in ostdeutschen Arztpraxen deutlich länger als im Westen der Republik, wobei im Osten auch sichtbar mehr Versicherte ohne vorherige Terminvereinbarung zum Arzt gehen. Frauen haben nach eigenen Angaben häufiger Wartezeiten von mehr als einer halben Stunde als Männer, Berufstätige warten länger als Rentner und junge Menschen verbringen nach eigener Einschätzung mehr Zeit im Wartezimmer als die ältere Generation. Konträr zu den Wartezeiten bei der Terminfindung müssen sich Befragte, die wegen eines aktuellen Problems zum Arzt gehen, deutlich länger gedulden als diejenigen, die wegen einer chronischen Krankheit oder zur Vorsorge den Arzt konsultieren, oder als diejenigen, die – etwa wegen einer nicht arztgebundenen Leistung – überhaupt keinen Arztkontakt hatten.

### Wartezeiten in der Praxis

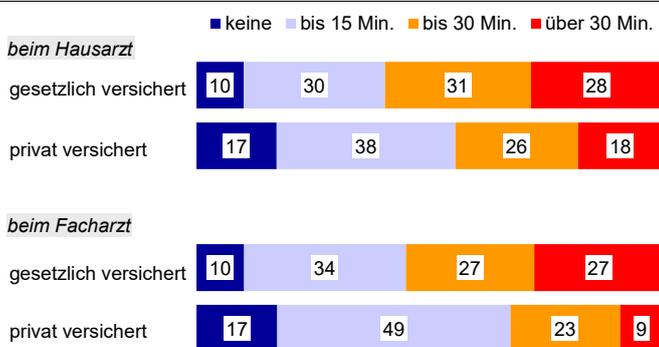
(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt; letzter Praxisbesuch)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 04-06/2018 (n=4.796)

### Wartezeiten in der Praxis

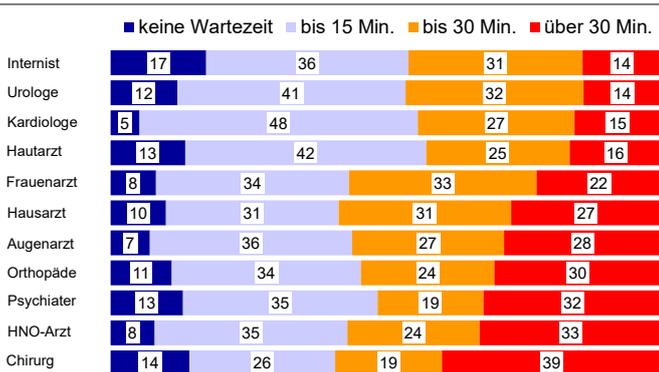
(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt; letzter Praxisbesuch)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 04-06/2018 (n=2.834; 1.953)

### Wartezeiten in der Praxis

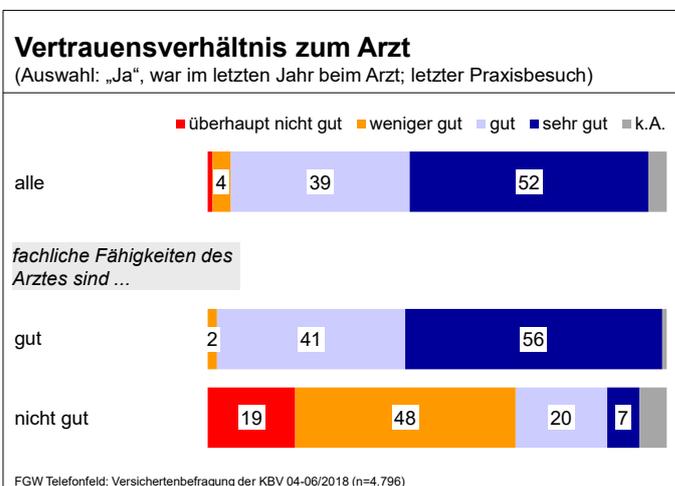
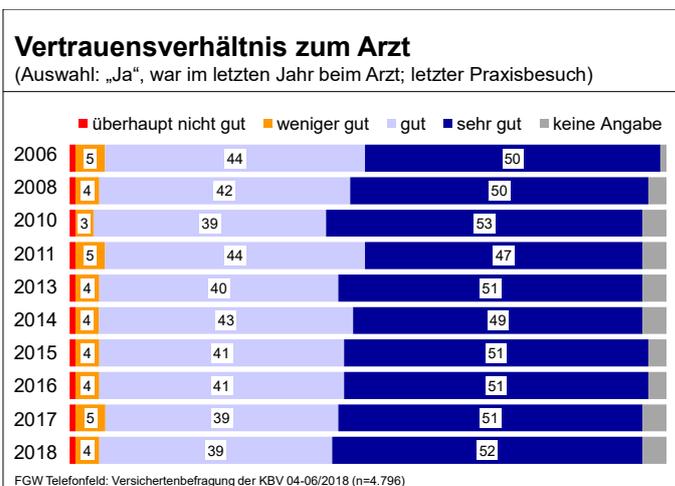
(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt; letzter Praxisbesuch)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 04-06/2018 (n=2.834; 1.953)

## 1.4 Bewertung des Arztes

Ärzte bekommen von ihren Patienten ein unverändert gutes Zeugnis ausgestellt: Sowohl das eigene Vertrauensverhältnis zum letztbesuchten Arzt als auch dessen fachliche Fähigkeiten beschreiben die Versicherten durchweg positiv. Bei dieser persönlichen und qualitativen Bewertung des eigenen Arztes – also nicht der Ärzteschaft als Ganze – fallen die Unterschiede in den sozialen und demographischen Gruppen eher gering aus. Differenziert nach Wohnort, Art der Krankenversicherung oder nach der zuletzt besuchten (Fach-)Arztgruppe variieren die Bewertungen ebenfalls nur schwach.



So konstatieren insgesamt 91% aller Befragten ein gutes (39%) oder sehr gutes (52%) **Vertrauensverhältnis** zu demjenigen Arzt, den sie innerhalb der letzten zwölf Monate zuletzt besucht haben, bei lediglich 5% ist die Vertrauensbasis weniger gut (4%) oder überhaupt nicht gut (1%). Grundvoraussetzung für ein entsprechend hohes – und über die Jahre hochstabil – Vertrauen ist und bleibt dabei das medizinisch-therapeutische Know-how des Arztes: Wenn Patienten mit der fachlichen Arbeit des Arztes unzufrieden sind, belastet das ganz offensichtlich massiv die Patienten-Arzt-Beziehung. Davon

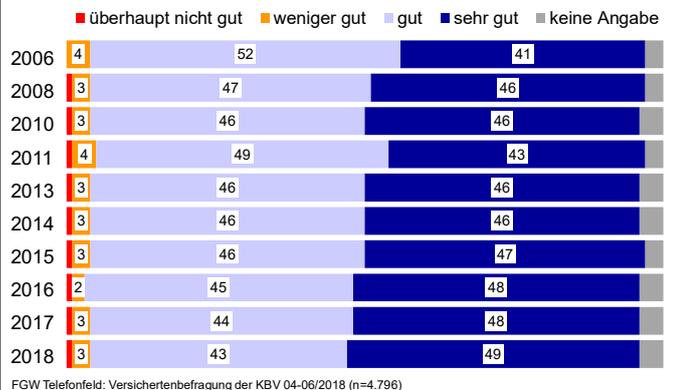
unabhängig gibt es praktisch keine Unterschiede beim Vertrauensverhältnis zwischen männlichen und weiblichen Versicherten, zwischen jüngeren und älteren Patienten oder zwischen Rentnern und Berufstätigen. Privat Versicherte sowie Befragte in einem – nach eigenem Dafürhalten – „sehr guten“ Gesundheitszustand sprechen noch etwas häufiger von einem sehr gutem Vertrauensverhältnis als GKV-Angehörige oder Patienten, die ihre eigene Gesundheit als „gut“ oder „weniger gut“ bezeichnen.

Flankiert und gestützt wird das ausgeprägte Vertrauensverhältnis der Patienten durch die **fachliche Fähigkeit** der Ärzte: Im längerfristigen Rückblick ohne große Veränderungen wird die medizinisch-therapeutische Leistung des letztbesuchten Arztes von 49% der Befragten als „sehr gut“ klassifiziert, 43% urteilen mit „gut“ und nur 3% mit „weniger gut“. Einer von hundert Versicherten war mit dem Arzt fachlich „überhaupt nicht“ (1%) zufrieden. Geschlechts-, bildungs- oder altersspezifische Differenzen fallen bei diesem positiven Gesamturteil praktisch nicht ins Gewicht. Nochmals leicht überproportional häufig vergeben wird die Bestnote „sehr gut“ von privat Versicherten, Befragten in einem sehr guten eigenen Gesundheitszustand oder von denjenigen Patienten, die in der Arztpraxis keine bzw. eine nur sehr kurze Wartezeit hatten. Unter denjenigen Versicherten mit langer Verweildauer im

Wartezimmer sowie denjenigen, denen die Wartezeit auf einen Termin zu lange gedauert hat, gibt es zwar geringfügig häufiger kritische Stimmen, wobei auch in diesen Gruppen sehr deutlich das Lob an den fachlichen Fähigkeiten der Ärzte überwiegt.

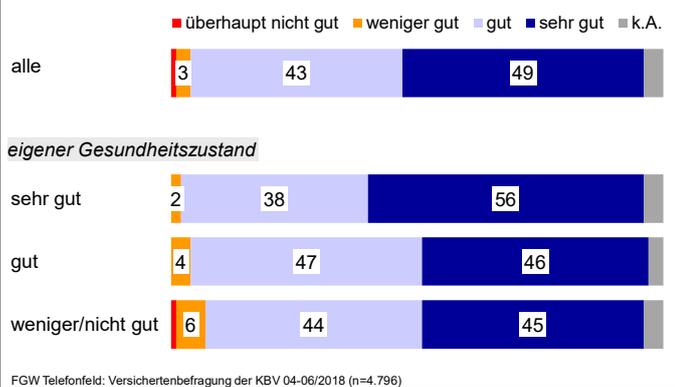
### Fachkompetenz des Arztes

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



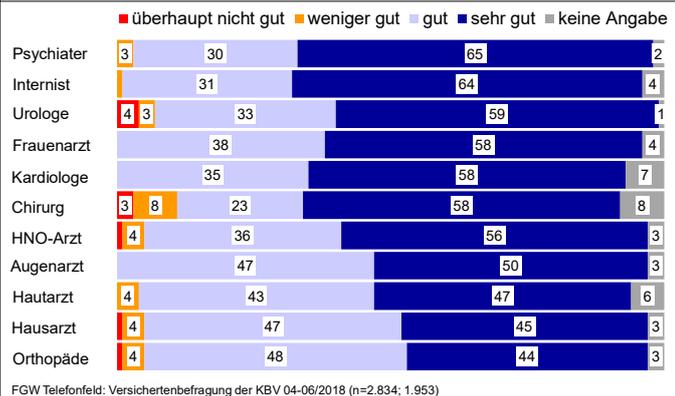
### Fachkompetenz des Arztes

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



### Fachkompetenz des Arztes

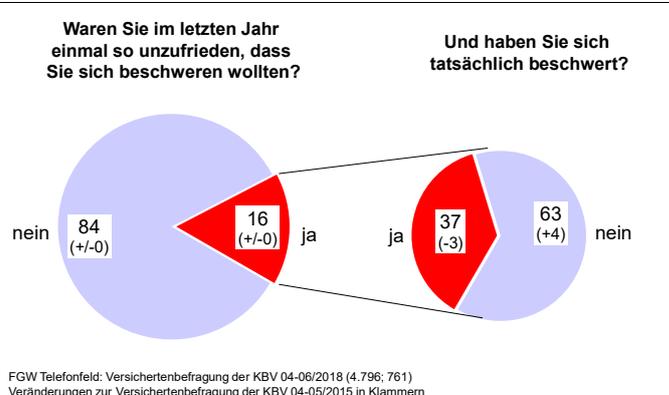
(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt; letzter Praxisbesuch)



## 1.5 Unzufriedenheit, Beschwerden und Arztwechsel

### Beschwerden bei Unzufriedenheit mit dem Arzt

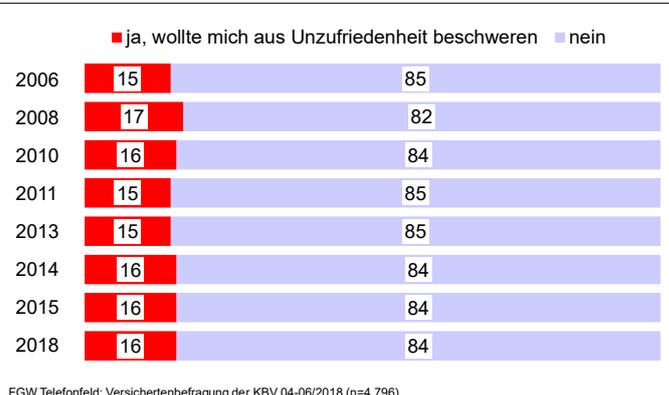
(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt)



Nach Arztbesuchen sind Beschwerdegründe zwar die Ausnahme, aber dennoch ein konstant auftretendes Phänomen: 14% aller Befragten bzw. 16% derjenigen Versicherten, die in den letzten 12 Monaten einen Arzt aufgesucht haben, waren in diesem Zeitfenster **einmal so unzufrieden, dass sie sich beschwerten wollten**, 84% hatten dazu keinen Grund. Wenn Beschwerdemotive vorliegen, werden diese eher nicht kommuniziert: Nur 37% der Befragten, die nach eigenen Angaben Grund zur Beschwerde hatten, sagen, dass sie sich **aus Unzufriedenheit mit dem Arzt tatsächlich auch beschwert** haben.

### Beschwerden bei Unzufriedenheit mit dem Arzt

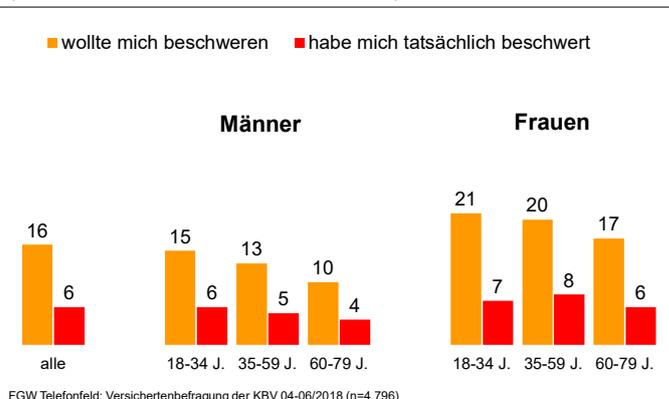
(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt)



Dies entspricht 6% aller 18- bis 79-Jährigen, die im letzten Jahr beim Arzt waren.

### Beschwerden bei Unzufriedenheit mit dem Arzt

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



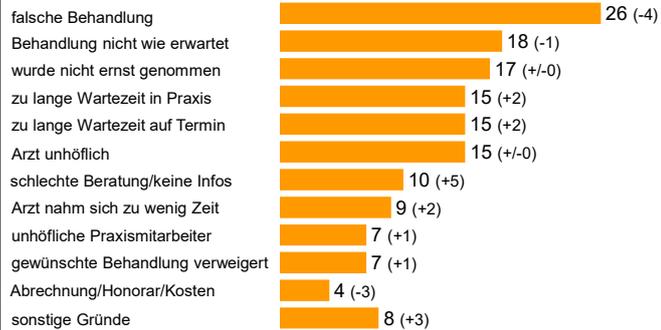
Grund zur Beschwerde hatten im letzten Jahr 12% der männlichen und 19% der weiblichen Befragten, 17% im Westen und 13% im Osten sowie 17% der GKV- und 9% der PKV-Angehörigen. Vergleichsweise viel Unzufriedenheit, aus der ein Beschwerdemotiv resultiert, gibt es unter Befragten mit vielen

Arztbesuchen, Befragten in einem weniger guten Gesundheitszustand sowie – ganz unabhängig vom Faktor Gesundheit – eher pessimistischen Menschen.

Wenn Patienten **Beschwerdegründe** haben, basieren diese häufig auf Unzufriedenheit mit medizinisch-therapeutischen Leistungen. Daneben konzentriert sich die Kritik aber auch in den Bereichen ärztliches Verhalten und Wartezeiten. Im Detail nennen 26% der Befragten – darunter überproportional

### Gründe für Unzufriedenheit mit dem Arzt

(Auswahl: „Ja“, war beim Arzt; wollte mich aus Unzufriedenheit beschweren)



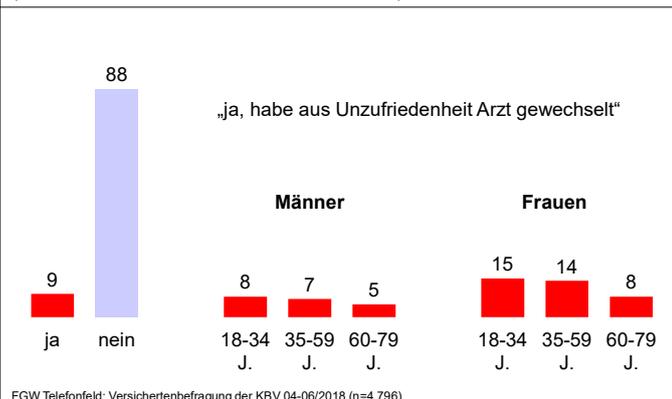
FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 04-06/2018 (n=761); Mehrfachnennung  
Veränderungen zur Versichertenbefragung der KBV 04-05/2015 in Klammern

viele privat Versicherte sowie Patienten, die häufig zum Arzt gehen – als Beschwerdemotiv eine ihrer Meinung nach falsche oder fehlerhafte Behandlung, eine unzutreffende Diagnose oder ganz allgemein fachliche Inkompetenz des behandelnden Arztes. Für 18% derjenigen Patienten, die eine Beschwerde in Erwägung gezogen haben, entsprachen Behandlung und/oder Therapie nicht den Erwartungen, 17% beklagen, dass sie mit ihrem Anliegen vom Arzt nicht ernst genommen wurden. Jeweils 15% haben sich an den Wartezeiten in der Sprechstunde bzw. für den Termin gestört, ebenfalls 15% begründen ihre Verärgerung mit einem unhöflichen oder respektlosen Arzt. Des Weiteren reklamieren 10% eine schlechte bzw. defizitäre Beratung, 9% zu wenig Zeit mit dem Arzt, 7% unhöfliche Praxismitarbeiter, 7% eine Ablehnung spezifischer Behandlungswünsche und 4% nennen als Beschwerdemotiv Probleme mit der Abrechnung bzw. Behandlungskosten.

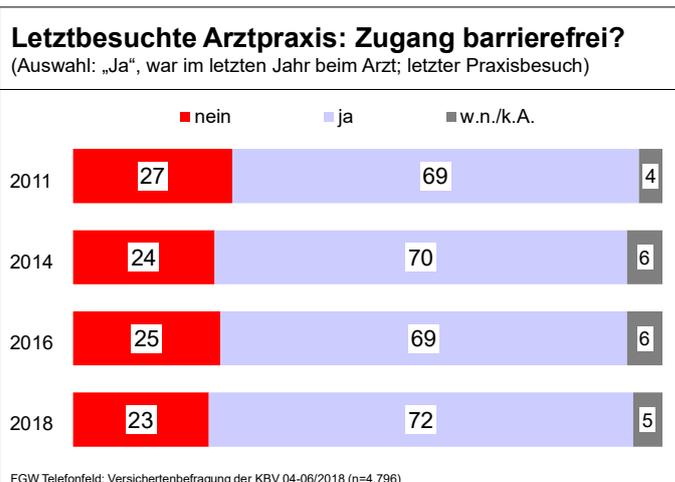
9% aller Befragten, die in den letzten zwölf Monaten beim Arzt waren, haben nach eigenen Angaben in dieser Zeit einmal **aus Unzufriedenheit den Arzt gewechselt**. Deutlich häufiger sind Arztwechsel unter Patienten mit einem Beschwerdemotiv, und etwas häufiger bei unter 60-jährigen Frauen, Versicherten mit zahlreichen Arztbesuchen sowie Befragten, die ihren eigenen Gesundheitszustand zurzeit als weniger gut oder schlecht einstufen. Allerdings gab es hier wie in allen anderen Gruppen für klare Mehrheiten – insgesamt sind es 88% – keinen Anlass, aus Unzufriedenheit den Arzt zu wechseln.

### Arztwechsel aus Unzufriedenheit

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

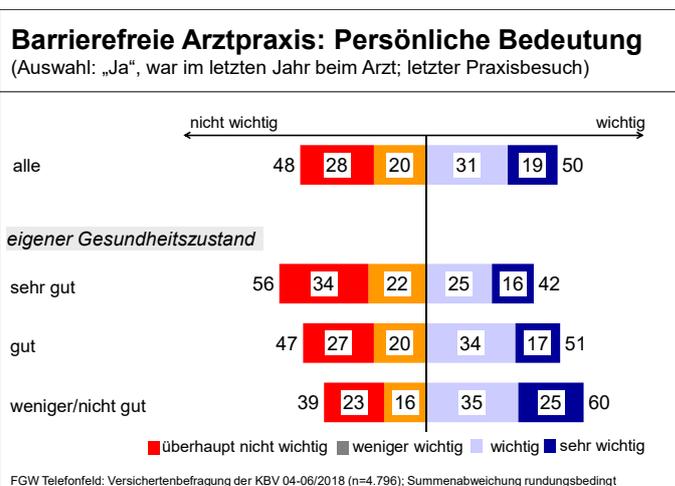


## 1.6 Barrierefreiheit von Arztpraxen



Nach eigener Bewertung meinen 72% der Befragten, dass der Zugang zur letztbesuchten **Arztpraxis barrierefrei** war, und demnach auch Patienten, die nicht so gut zu Fuß sind, oder Patienten mit Behinderung in diese Arztpraxis kommen können, etwa ohne Treppenstufen zu nehmen. Umgekehrt

sahen 23% der Befragten entsprechende Kriterien beim letzten Praxisbesuch nicht erfüllt. Bewohner von Großstädten sowie Befragte im Osten berichten leicht überdurchschnittlich häufig von nicht-barrierefreien Arztpraxen, zudem fehlte nach Meinung der Versicherten zuletzt 16% der Facharztpraxen, aber 27% der Hausarztpraxen das Merkmal Barrierefreiheit.

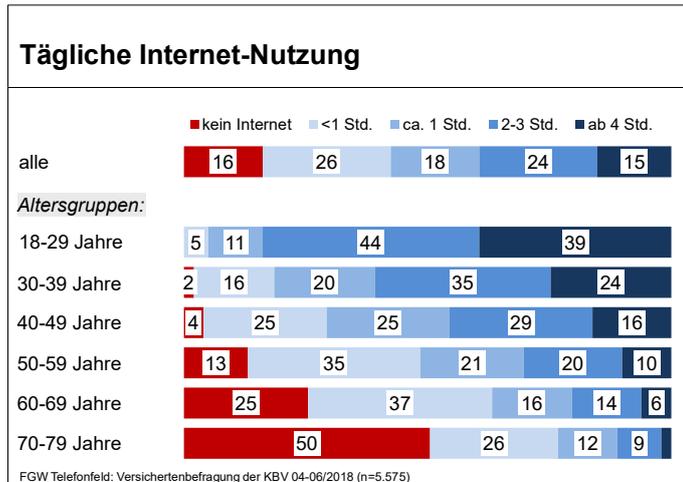


Ähnlich wie schon zu früheren Messzeitpunkten erachten es 50% der Versicherten persönlich als wichtig (31%) oder sehr wichtig (19%), dass die letztbesuchte Arztpraxis barrierefrei zugänglich ist, für 48% ist **Barrierefreiheit** ihrer Arztpraxis ein weniger (20%) oder überhaupt nicht (28%) **wichtiges**

**Ausstattungsmerkmal.** Während es bei dieser individuellen Relevanz nur geringe Einstellungsunterschiede zwischen Männern und Frauen oder zwischen den Altersgruppen gibt, sagen mit Ansteigen des formalen Bildungsniveaus immer weniger Befragte, dass sie Barrierefreiheit als persönlich wichtig erachten. Eine zentrale Rolle spielt schließlich der eigene Gesundheitszustand: Je besser die Versicherten ihren eigenen Gesundheitszustand beschreiben, desto häufiger gilt die Barrierefreiheit als persönlich irrelevant.

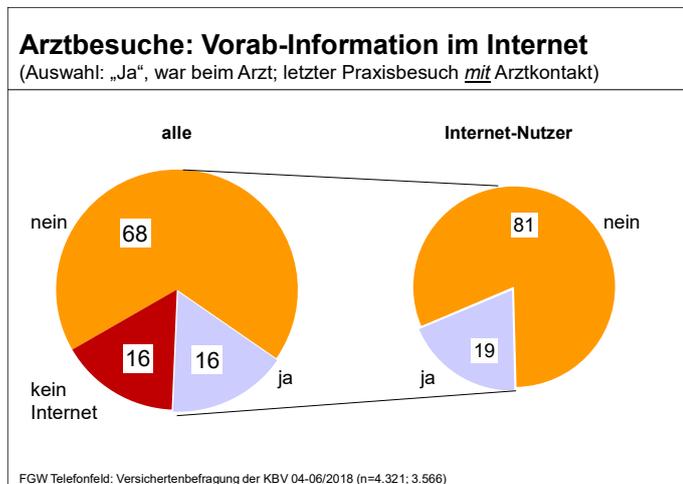
## 1.7 Arztbesuche: Vorab-Information im Internet

Vor Arztbesuchen informiert sich ein Teil der Patienten vorab im Internet – vorausgesetzt, ein Zugang zu diesem Medium existiert: Zwar sind nach eigenen Angaben 84% aller 18- bis 79-jährigen Versicherten online. Doch gerade in der Generation 60 plus, in der besonders viele Arztbesuche anfallen,



ist die **Internet-Nutzung** auch im Jahr 2018 alles andere als an der Tagesordnung: Ein Viertel der 60- bis 69-Jährigen und sogar die Hälfte der 70- bis 79-Jährigen nutzten kein Internet. Und unter denjenigen älteren Befragten, die prinzipiell online sind, liegt die Nutzungsintensität dieses Mediums weit unter dem Niveau der mittleren und jüngeren Altersgruppen.

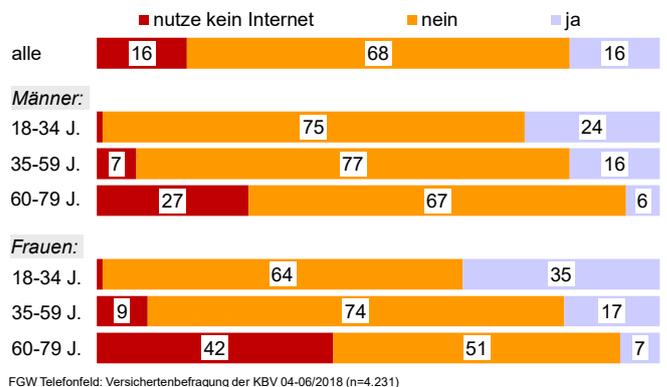
Prozentuiert auf alle Befragten, die im letzten Jahr einen Arzt konsultiert haben – also inklusive derjenigen ohne Internet-Zugang –, haben sich 16% **vor ihrem letzten Arztbesuch im Internet informiert**, um Informationen zu ihrem medizinischen Anliegen zu erhalten. Zusammengekommen 84%



haben das nicht getan (nicht informiert: 68%; keine Internet-Nutzung: 16%). Betrachtet man ausschließlich Patienten, die das Internet nutzen, haben 19% vor ihrem letzten Arztbesuch online recherchiert. Wie häufig Bürgerinnen und Bürger vor klassischen Konsultationen zuvor auch im Netz nach Antworten suchen, ist – neben demographischen und sozialen Kontextfaktoren – zunächst einmal eine Frage genereller Surf-Mentalitäten: Unter Versicherten, die täglich ganz allgemein mehr als zwei Stunden online sind, haben sich rund doppelt so viele vor ihrem letzten Arztbesuch im Internet informiert wie unter Befragten mit maximal einer Stunde täglicher Internet-Nutzung.

### Arztbesuche: Vorab-Information im Internet

(Auswahl: „Ja“, war beim Arzt; letzter Praxisbesuch mit Arztkontakt)

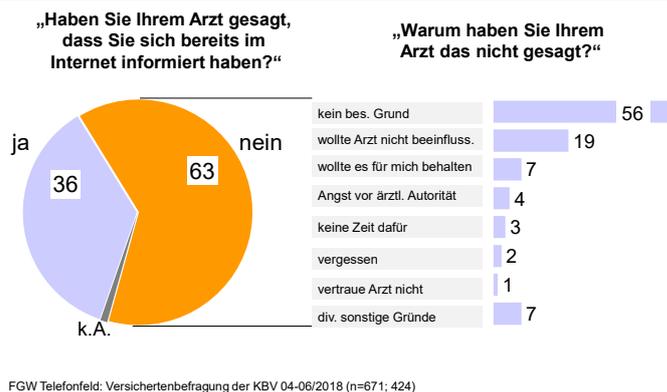


Ähnlich wie bei der Internet-Nutzung ganz allgemein spielt bei der Online-Recherche vor Arztbesuchen das Alter eine entscheidende Rolle: Jüngere Befragte, die ja auch ganz allgemein weit überproportional viel Zeit im Netz verbringen, lesen zur Vorab-Information bei Arztbesuchen besonders häufig im

Internet. Dies gilt besonders für die unter 35-jährigen Frauen: In dieser Gruppe haben fünfmal so viele vor ihrem letzten Arztbesuch im Internet nach Informationen gesucht wie in der Gruppe der 60- bis 79-jährigen Frauen. Betrachtet man ausschließlich Patienten, die das Internet nutzen, gibt es in punkto Vorab-Informationen nur geringe Verhaltensunterschiede hinsichtlich der Art der Krankenversicherung, der Anzahl der Arztbesuche oder des eigenen Gesundheitszustandes. Patienten, die zuletzt beim Facharzt waren, haben sich vor der eigentlichen Konsultation etwas häufiger im Netz informiert als Hausarztbesucher, sowie Patienten mit einem aktuellen Anliegen etwas häufiger als diejenigen, deren Grund für den letzten Praxisbesuch eine chronische Krankheit war.

### Vorab-Information im Internet: Arzt mitgeteilt?

(Auswahl: „Ja“, war beim Arzt mit Arztkontakt, vorab im Internet informiert)



36% der Patienten, die vor ihrem letzten Arztbesuch im Internet zu ihrem Anliegen recherchiert haben, haben das dem Arzt dann in der Sprechstunde gesagt, insgesamt 63% – darunter Mehrheiten in praktisch allen untersuchten Subgruppen – haben das für sich behalten. Auf Nachfrage, weshalb sie

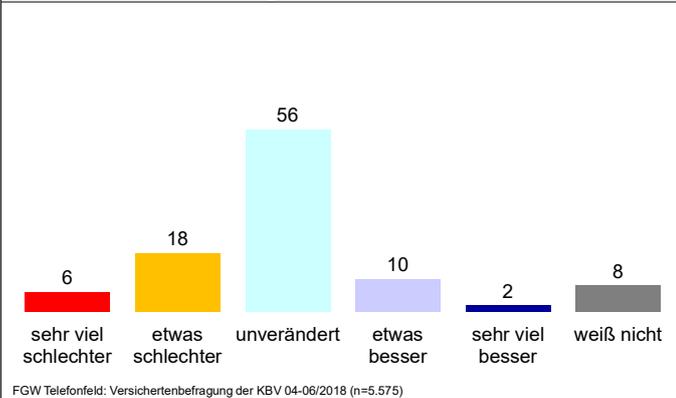
ihren **Arzt nicht über diese Vorab-Information unterrichtet** haben, können die meisten Befragten keinen spezifischen Grund nennen bzw. sagen, dass sie einfach so für sich aus Interesse im Internet geschaut hätten. Ein Teil der Patienten sagt, dass sie den Arzt nicht beeinflussen wollten, andere wollten die Erkenntnisse für sich behalten. Mangelndes Vertrauen oder die Angst vor der ärztlichen Autorität bzw. dessen Fachwissen werden nur sehr selten als Motive genannt.

## 2. Gesundheitssystem und Gesundheitsversorgung

### 2.1 Absicherung im Krankheitsfall und Gesundheitsversorgung

Was **Absicherungen im Krankheitsfall** betrifft, erzielen gesundheitspolitische Veränderungen – nach Einschätzung der Bürgerinnen und Bürger – auf individueller Ebene oft keine nachhaltigen Effekte: So meint die Mehrheit von 56% der Befragten, dass sich mit den in den letzten Jahren politisch

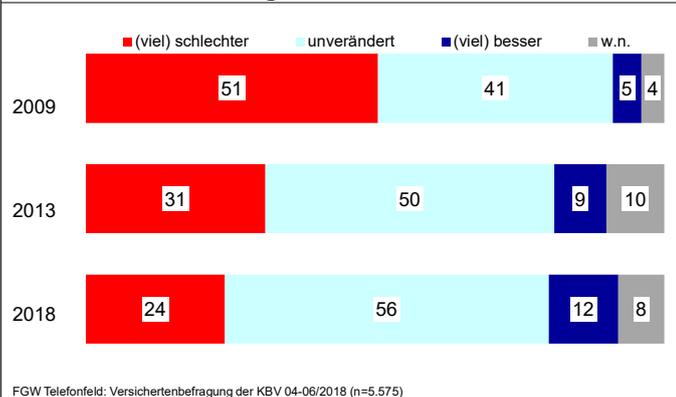
**Gesundheitspolitische Veränderungen:  
„Meine Absicherung im Krankheitsfall ist ...“**



intendierten Neuerungen im Gesundheitssystem „nicht viel geändert“ habe. Insgesamt 12% fühlen sich wegen gesundheitspolitischer Maßnahmen im Krankheitsfall „sehr viel besser“ (2%) oder „etwas besser“ (10%) abgesichert und 24% bemängeln, dass ihre Absicherung politisch bedingt „etwas schlechter“ (18%) oder „sehr viel schlechter“ (6%) geworden sei. Weitere 8% können oder wollen die persönlichen Konsequenzen von Gesundheitspolitik nicht bewerten.

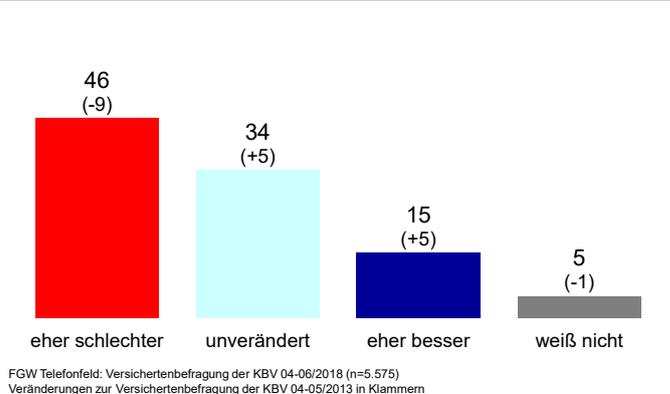
Im Detail äußern sich Befragte, die häufig zum Arzt gehen, Befragte mit chronischen Krankheiten oder Befragte mit einem weniger guten eigenen Gesundheitszustand hierbei geringfügig öfter kritisch als die Gesamtheit. Privat Versicherte sagen überproportional häufig, dass sich „nicht viel geändert“

**Gesundheitspolitische Veränderungen:  
„Meine Absicherung im Krankheitsfall ist ...“**



habe und wählen dafür weniger zahlreich die beiden Antwortoptionen „ist besser“ sowie „ist schlechter“. Sehr bemerkenswert sind schließlich die Gesamtveränderungen im Zeitvergleich: Zwar sprechen heute genau wie zu früheren Messzeitpunkten die wenigsten Versicherten von Verbesserungen. Gleichzeitig hat sich der Anteil derjenigen Befragten, für die die gesundheitspolitischen Veränderungen nach eigenen Angaben negative Folgen haben, seit 2009 ganz erheblich reduziert.

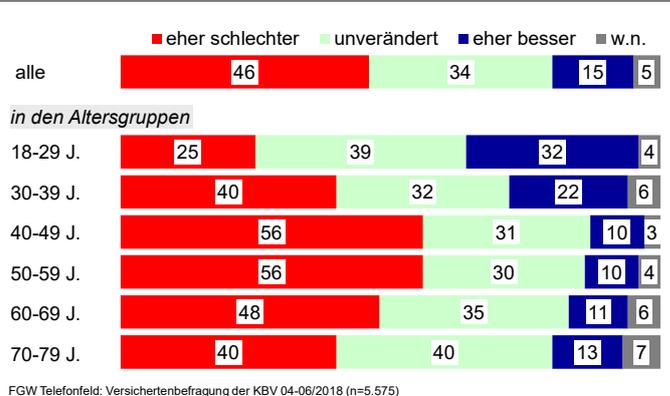
**Gesundheitsversorgung:  
„Wird in den nächsten fünf Jahren ...“**



Überwiegend pessimistisch – wenn auch mit rückläufiger Tendenz – sind die Versicherten beim Blick nach vorne: Nach 55% im Jahr 2013 meinen heute 46% aller Befragten, dass sich die **Gesundheitsversorgung in den nächsten fünf Jahren** eher verschlechtern wird. 34% (2013: 29%) erwarten

keine großen Änderungen und nur 15% (2013: 10%) rechnen eher mit einer Verbesserung. 5% (2013: 6%) wagen keine Prognose. Anders als zuvor bei der Frage zu den gesundheitspolitischen Veränderungen macht es bei dieser perspektivischen Einschätzung faktisch überhaupt keinen Unterschied, ob die Befragten einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung angehören.

**Gesundheitsversorgung:  
„Wird in den nächsten fünf Jahren ...“**



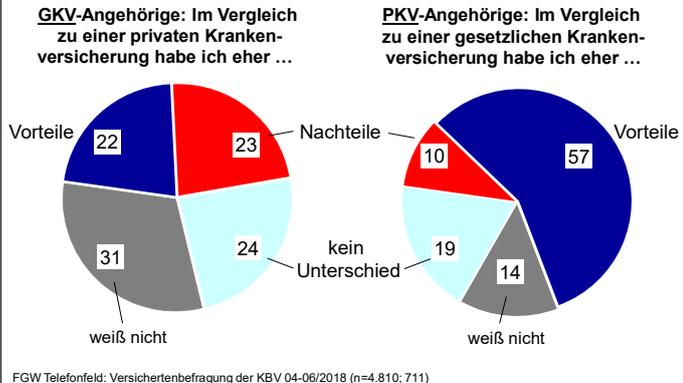
Während die 18- bis 39-Jährigen vergleichsweise optimistisch sind – in diesen Altersgruppen erwarten überproportional viele in punkto Gesundheitsversorgung perspektivisch Verbesserungen –, ist die Skepsis bei den 40- bis 59-jährigen Versicherten besonders stark ausgeprägt: Hier befürchten sichtbar

mehr als die Hälfte der Befragten für die Zukunft Einschnitte. Frauen sowie Befragte im Westen Deutschlands sind in dieser Frage etwas pessimistischer als Männer bzw. Befragte im Osten. Zudem glauben weitaus mehr deutsche Befragte als diejenigen Versicherten mit einer anderen Staatsbürgerschaft, dass sich die Gesundheitsversorgung in den nächsten fünf Jahren eher verschlechtern wird.

## 2.2 Eigene Krankenversicherung: GKV vs. PKV

Wenn gesetzlich versicherte Bürger die Leistungen und Kosten ihrer **gesetzlichen Krankenversicherung mit einer privaten Krankenversicherung vergleichen**, gehen die Meinungen weit auseinander: 22% der GKV-Angehörigen sehen in ihrer Versicherung „eher Vorteile“ gegenüber der

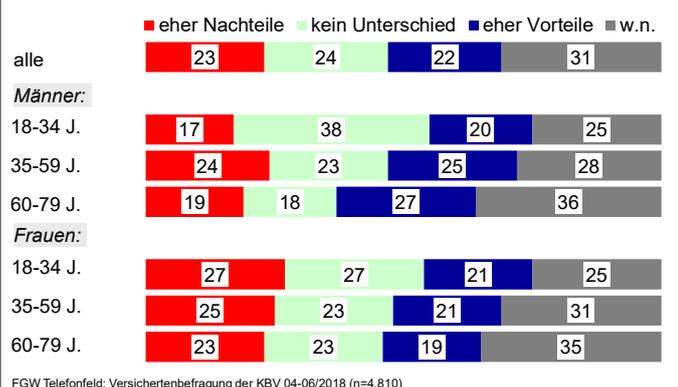
### Gesetzliche vs. private Krankenversicherung: Vergleich von Kosten und Leistungen



PKV, 23% sehen „eher Nachteile“ und 24% – wenn es um Leistungen und Kosten geht – „keinen großen Unterschied“. Weitere 31% können oder wollen zwischen ihrer GKV und einer privaten Krankenversicherung aber überhaupt keinen Vergleich ziehen. Unter den privat versicherten Bürgerinnen und Bürgern gibt es dagegen ein klares Votum: In dieser Gruppe meint mit 57% das Gros der Befragten, dass ihre **private Krankenversicherung im Vergleich zur GKV** bei Kosten und Leistungen Vorteile hätte, für nur 10% überwiegen die Nachteile, 19% sehen keinen großen Unterschied und 14% wollen oder können das nicht bewerten.

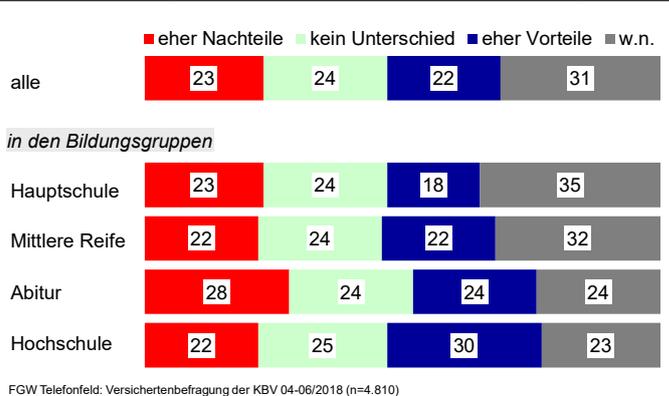
Beim Abwägen der Vor- und Nachteile gegenüber einer privaten Krankenversicherung ist es unter den **GKV-Angehörigen** weitgehend unerheblich, wie häufig diese zum Arzt gehen, wie es um ihre eigene Gesundheit bestellt ist oder ob sie eine chronische Krankheit haben. Gesetzlich versicherte

### GKV-Angehörige: „Im Vergleich zu einer privaten Versicherung habe ich bei Kosten u. Leistungen ...“



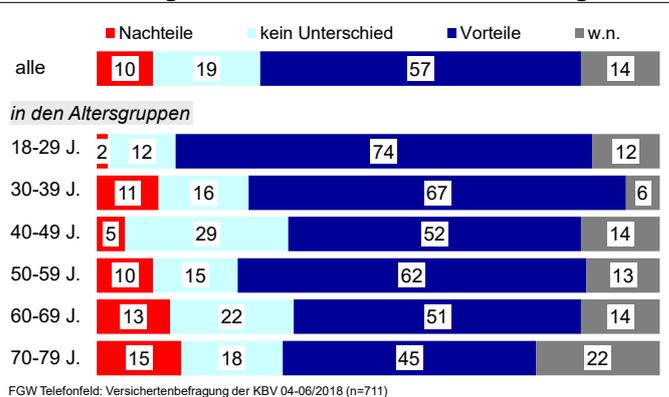
Frauen bewerten diese Frage insgesamt ähnlich wie gesetzlich versicherte Männer und berufstätige GKV-Angehörige ähnlich wie Rentner, wobei in der letztgenannten Gruppe relativ viele Befragte hier mit „weiß nicht“ antworten. Geringfügig stärkere Abweichungen zeigen sich erst bei der Kombination der Faktoren Alter und Geschlecht: Hier wird sichtbar, dass ältere Männer etwas häufiger Vorteile der GKV sehen und jüngere Frauen etwas häufiger Nachteile als die Gesamtheit.

**GKV-Angehörige: „Im Vergleich zu einer *privaten* Versicherung habe ich bei Kosten u. Leistungen ...“**



Etwas deutlichere Abweichungen von der Gesamtheit gibt es zudem unter denjenigen gesetzlich Versicherten, deren Absicherung im Krankheitsfall in den letzten Jahren nach eigenem Empfinden schlechter geworden ist: In dieser Gruppe sehen überdurchschnittlich viele bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse eher Nachteile. Schließlich offenbaren sich größere Meinungsverschiedenheiten auch beim Faktor Schulabschluss: Mit Ansteigen des formalen Bildungsniveaus vertreten die Befragten zunehmend die Ansicht, dass ihre gesetzliche Krankenversicherung im Vergleich zu den Privaten eher Vorteile hat.

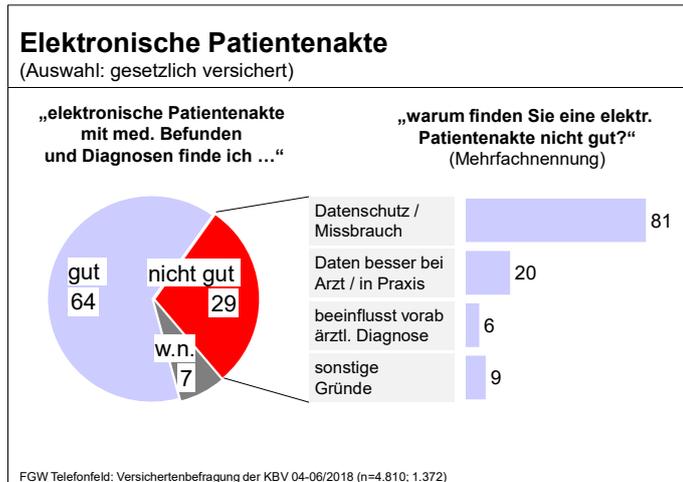
**PKV-Angehörige: „Im Vergleich zu einer *gesetzlichen* Versicherung habe ich bei Kosten u. Leistungen ...“**



Im Detail insgesamt differenzierter wird dieser Quervergleich unter den **Angehörigen von privaten Krankenversicherungen** diskutiert. Besonders markant sind die Einstellungsunterschiede beim Blick auf den Faktor Alter: Zwar gibt es in sämtlichen Altersgruppen Mehrheiten, die sich als PKV-Angehörige gegenüber den gesetzlichen Kassen leistungs- und kostenbezogen bevorteilt sehen. Doch während bei den unter 30-jährigen privat Versicherten fast drei Viertel die eigene PKV entsprechend positiv sehen, sinkt dieser Anteil parallel zum Alter der Befragten insgesamt stark ab. Bei den ab 60-Jährigen sagt noch rund die Hälfte der Befragten, dass die eigene private Krankenversicherung im Vergleich zu einer gesetzlichen Krankenversicherung überwiegend Vorteile bietet.

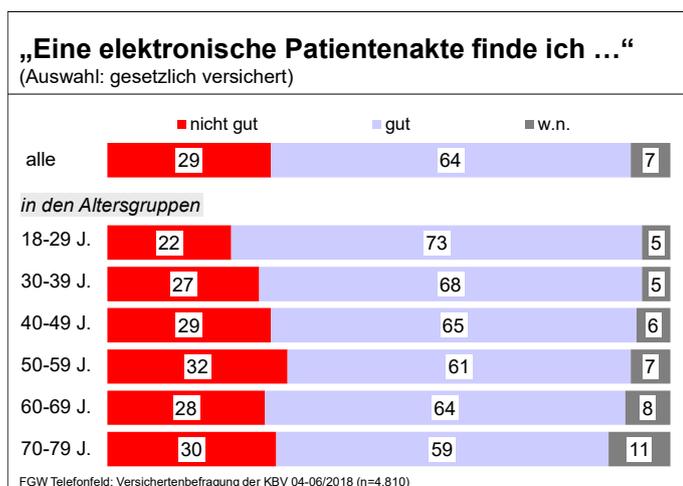
### 2.3 Elektronische Patientenakte

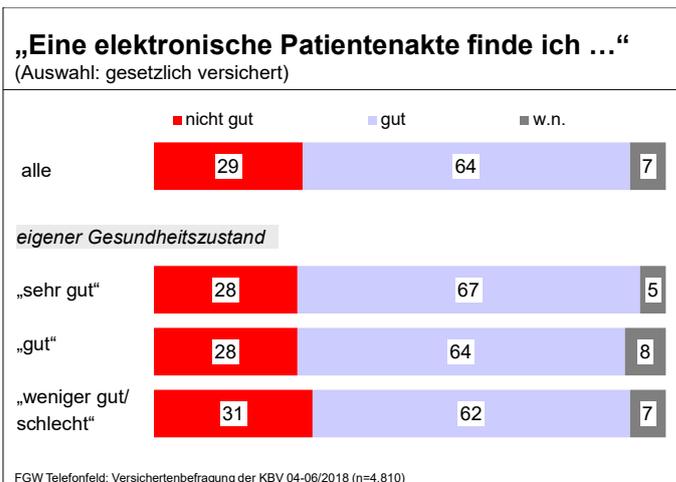
Viel Zustimmung gibt es für eine **elektronische Patientenakte (ePA)**, auf der – als Erweiterung zur aktuellen Versichertenkarte – neben persönlichen Daten auch medizinische Befunde und Diagnosen gespeichert werden können: 64% aller gesetzlich versicherten Befragten finden eine solche elektro-



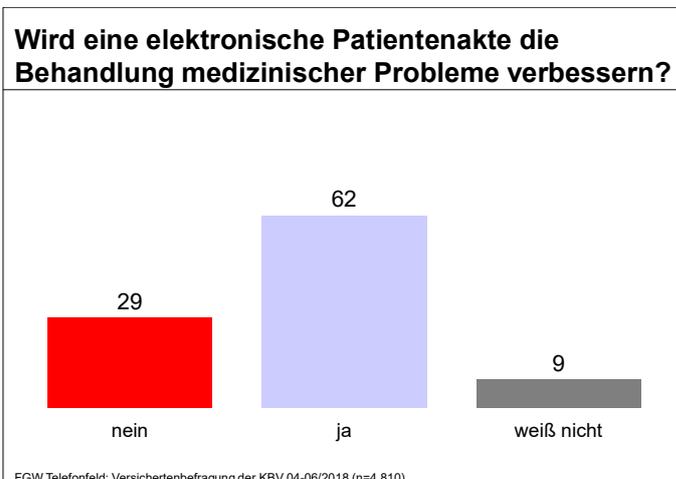
nische Patientenakte gut und 29% nicht gut, 7% urteilen nicht. Unter Befragten, die sich gegen eine solche ePA aussprechen, liegt das Hauptmotiv für die Ablehnung im Bereich Datenschutz: 81% aus dieser Gruppe befürchten, dass mit der elektronischen Patientenakte ihre Gesundheitsdaten nicht ausreichend geschützt sind oder missbraucht werden könnten. 20% der Nennungen – bei dieser ohne Vorgaben gestellten Nachfrage waren mehrere Antworten möglich – sagen, dass ihre Gesundheitsdaten statt auf einer Karte beim Arzt bzw. in der Arztpraxis besser aufgehoben sind und 6% befürchten, dass die auf der Karte hinterlegten Informationen die Diagnose des Arztes voreilig beeinflussen könnten. Der bürokratische Aufwand (1%), die Kosten für Implementierung und Betrieb (1%) oder eine – wegen des eigenen Gesundheitszustands – persönliche Irrelevanz (1%) dieser Karte werden nur in Einzelfällen genannt, wenn die gegenüber einer ePA skeptischen Versicherten nach den Gründen gefragt werden.

Positiv bewertet wird die elektronische Patientenakte von 67% der männlichen und 62% der weiblichen Befragten, von 65% der Berufstätigen und von 61% der Rentner oder von 64% der deutschen und 70% der nicht-deutschen Versicherten. Unabhängig von Geschlecht, Berufstätigkeit oder Staatsangehörigkeit erzielt die ePA unter den jüngeren Befragten nochmals sichtbar mehr Akzeptanz als in der älteren Generation der gesetzlich Versicherten.





65% der Befragten mit und 64% derjenigen ohne eine chronische Krankheit gut. Unter Befragten mit einem persönlich sehr guten Gesundheitszustand sind es nur wenige mehr als unter denjenigen, denen es gesundheitlich weniger gut geht und unter Befragten mit zahlreichen Arztbesuchen praktisch genauso viele wie unter denjenigen GKV-Angehörigen, die in den letzten zwölf Monaten überhaupt keine Arztpraxis aufgesucht haben.



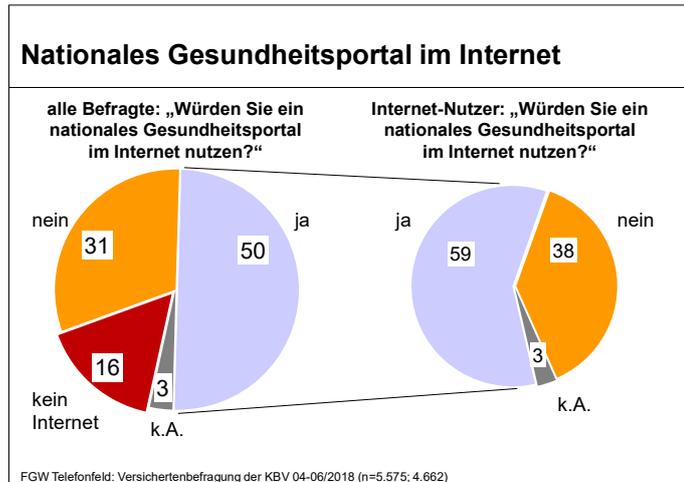
Praktisch keine Rolle spielen bei den Einstellungen zur elektronischen Patientenakte das individuelle Gesundheitsbild oder die Häufigkeit von Praxisbesuchen: Eine Versichertenkarte, auf der neben persönlichen Daten auch medizinische Befunde und Diagnosen gespeichert werden können, finden

Ein Grund für die positive Grundhaltung gegenüber der elektronischen Patientenakte sind ganz offensichtlich die Erwartungen bezüglich einer optimierten Gesundheitsversorgung: Eine Mehrheit von 62% aller gesetzlich Versicherten erwartet, dass diese **elektronische Patientenakte die Behandlung von**

**medizinischen Problemen verbessern** wird. Insgesamt 29% sind mit Blick auf eine optimierte Behandlung skeptisch. In dieser Erwartungshaltung sind sich die einzelnen sozialen und demographischen Gruppen weitgehend einig, ebenso die Versicherten mit oder ohne chronische Krankheiten oder diejenigen mit einem guten oder weniger guten Gesundheitszustand. Klar skeptisch bezüglich einer Verbesserung bei der Behandlung medizinischer Probleme sind allerdings diejenigen Befragten, die zuvor auch ganz grundsätzlich die Einführung einer elektronischen Patientenakte nicht gut gefunden hatten.

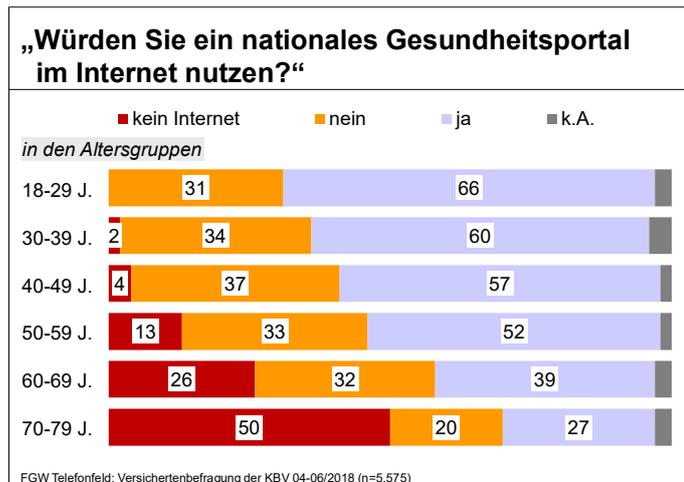
## 2.4 Nationales Gesundheitsportal im Internet

Die Hälfte der erwachsenen Menschen in Deutschland zeigt Interesse an dem von der Bundesregierung geplanten **nationalen Gesundheitsportal im Internet**: Nach eigenen Angaben würden 50% aller Versicherten bzw. 59% derjenigen, die das Internet nutzen, ein solches Portal mit verlässlichen Informationen über medizinische Fragestellungen nutzen. Insgesamt 31% würden das nicht tun, 16% aller 18- bis 79-Jährigen nutzen kein Internet und 3% machen hierzu keine Angabe.



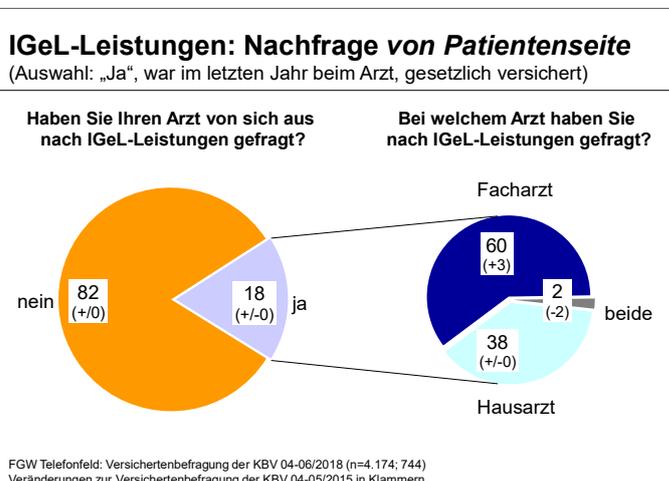
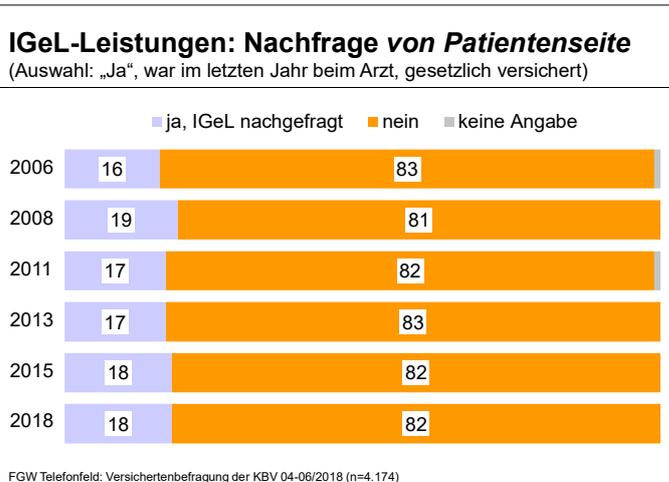
Insgesamt 31% würden das nicht tun, 16% aller 18- bis 79-Jährigen nutzen kein Internet und 3% machen hierzu keine Angabe.

In den verschiedenen demographischen und sozialen Bevölkerungsgruppen ist die potenzielle Reichweite eines zentralen Portals zunächst einmal durch den Faktor Online-Zugang limitiert. Besonders markant wird das beim Blick auf die Altersgruppen: Allen voran in der älteren Generation – also dort, wo



aufgrund besonders zahlreicher Arztbesuche und einer weniger positiven Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit möglicherweise besonders hoher Informations- und Beratungsbedarf besteht – kann ein solches Web-Angebot wegen nur geringer Nutzungsintensität bzw. überhaupt nicht vorhandenem Internet-Zugang einen Großteil dieser Zielgruppe eher schwer bzw. gar nicht erreichen. Unter formal höher gebildeten Befragten zeigen erheblich mehr Befragte Interesse als unter Versicherten mit niedrigeren Schulabschlüssen, was sich partiell aber mit einem Alterseffekt begründet: Hohe Bildungsabschlüsse sind in der älteren Generation deutlich seltener als unter jüngeren Menschen. Schließlich sagen leicht überproportional viele privat Versicherte, Bewohner von Großstädten sowie Befragte mit einer anderen als der deutschen Staatsbürgerschaft, dass sie ein nationales Gesundheitsportal im Internet nutzen würden.

## 2.5 Nachfrage und Angebot von IGeL-Leitungen



Die patientenseitige Nachfrage nach individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) ist seit Jahren stabil: Ohne spürbare Veränderungen zu früheren Studien hat nach eigenen Angaben auch jetzt wieder knapp ein Fünftel der gesetzlich Versicherten (18%) in den letzten 12 Monaten von sich aus nach einer privaten ärztlichen Zusatzleistung gefragt, die – da nicht im Leistungskatalog der Kassen verzeichnet – selbst zu bezahlen ist. Umgekehrt haben sich 82% der GKV-Angehörigen, die im letzten Jahr beim Arzt waren, sich dort nicht pro-aktiv nach solchen kostenpflichtigen medizinischen oder therapeutischen Leistungen erkundigt.

Im Detail sind 38% der IGeL-Nachfragen beim Hausarzt erfolgt und 60% beim Facharzt, 2% haben sich hier wie dort nach Zusatzleistungen erkundigt, die nicht von der GKV abgedeckt werden.

Dass sie beim Arzt nach einer kostenpflichtigen Zusatzleistung gefragt haben, sagen 13% der Männer und 22% der Frauen, wobei sich besonders viele jüngere Frauen nach IGeL-Optionen erkundigen. Im Westen ist die Nachfrage wie in den Vorjahren etwas stärker als im Osten der Republik, und unter Befragten mit einem formal hohen Bildungsniveau deutlich höher als unter Befragten mit niedrigen Schulabschlüssen. Von demographischen oder sozialen Faktoren unabhängig steigt die Nachfrage nach IGeL-Leistungen mit der Anzahl von Arztbesuchen merklich an, variiert aber weder mit dem eigenen Gesundheitszustand noch mit dem Vorhandensein einer chronischen Krankheit. Schließlich fragen Patienten, denen umgekehrt auch vom Arzt eine kostenpflichtige Leistung angeboten wurde, von sich aus deutlich häufiger nach einer privaten ärztlichen Zusatzleistung als diejenigen, denen kein IGeL-Angebot unterbreitet wurde.

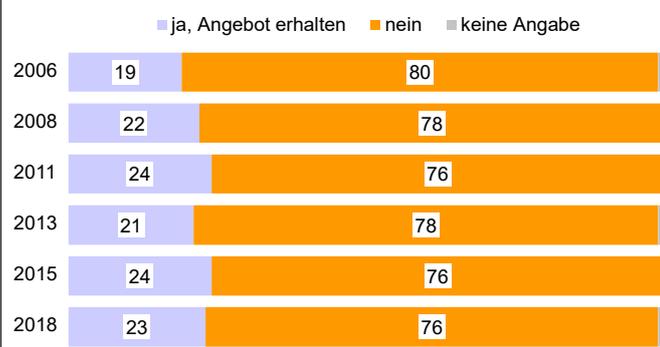
Analog der Nachfrageintensität seitens der Versicherten gibt es auch keinen Trend zu einem wachsenden oder rückläufigen IGeL-Angebot seitens der Ärzte: Ohne relevante Abweichungen zu früheren Jahren wurde jetzt 23% der Befragten in den letzten 12 Monaten **vom Arzt aus eine private ärztliche Leistung angeboten**, die sie selbst bezahlen sollten, da sie nicht von der Krankenkasse übernommen wird. 76% der gesetzlich Versicherten, die im letzten Jahr beim Arzt waren, wurde keine individuelle Gesundheitsleistung offeriert. Wenn Ärzte Patienten medizinisch-therapeutische

Zusatzangebote empfehlen, tun dies meist Spezialisten: Praktisch genau wie im Jahr 2015 – hier wurde diese Frage zuletzt gestellt – konstatieren aktuell 76% der Befragten, dass sie das IGeL-Angebot von einem Facharzt bekommen haben, 21% sagen „vom Hausarzt“ und 2% „sowohl als auch“.

Mit Parallelen zur patientenseitigen Nachfrage sind es ebenfalls überdurchschnittlich häufig jüngere Frauen, Versicherte mit formal hohem Bildungsniveau oder Befragte mit vielen Arztbesuchen, denen Ärzte von sich aus kostenpflichtige IGeL-Angebote unterbreiten.

### IGeL-Leistungen: Angebot von Seiten des Arztes

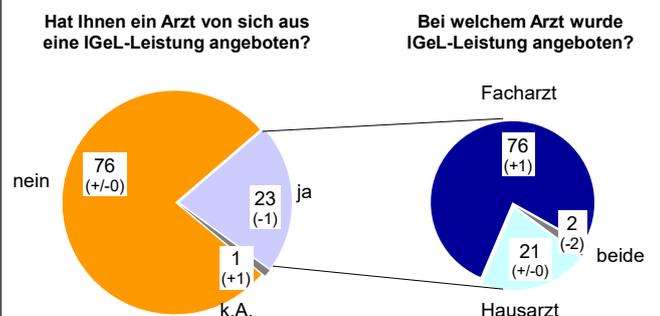
(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt, gesetzlich versichert)



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 04-06/2018 (n=4.174)

### IGeL-Leistungen: Angebot von Seiten des Arztes

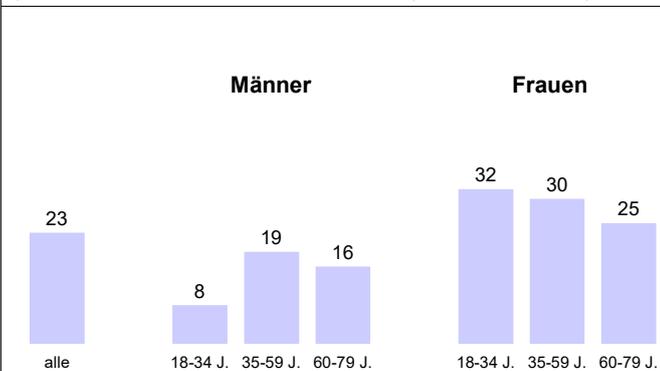
(Auswahl: „Ja“, war im letzten Jahr beim Arzt, gesetzlich versichert)



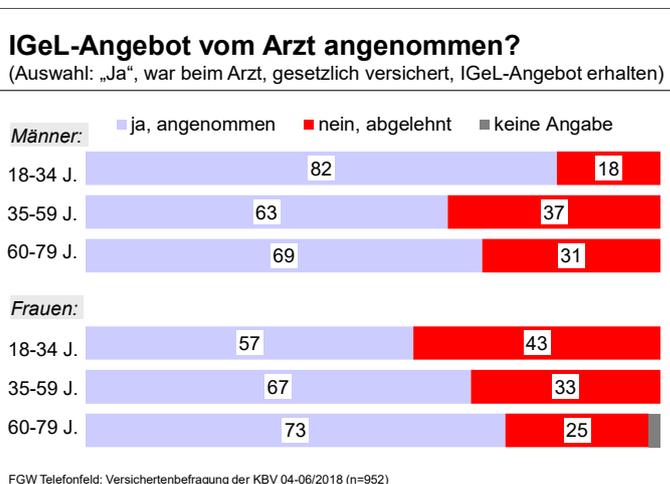
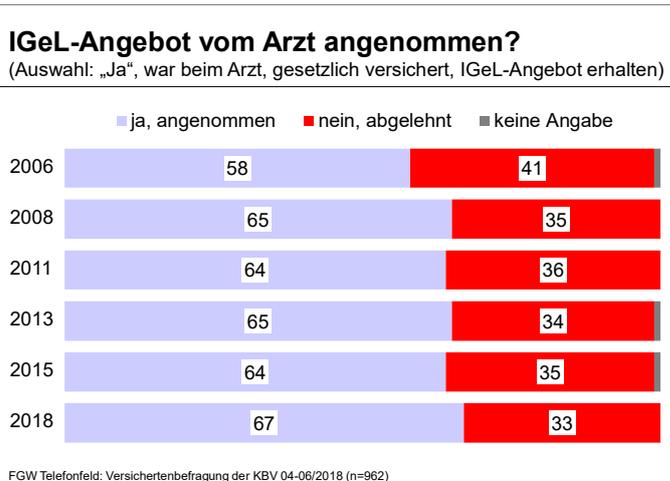
FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 04-06/2018 (n=4.174; 962)  
Veränderungen zur Versichertenbefragung der KBV 04-05/2015 in Klammern

### „Ja“, IGeL-Angebot vom Arzt erhalten

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



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung der KBV 04-06/2018 (n=4.174)



Wenn Ärzte IGeL-Angebote machen, werden diese in den meisten Fällen auch akzeptiert: Mit einer über die Jahre ganz leicht gestiegenen Tendenz haben 67% der Versicherten, denen ein Arzt im letzten Jahr eine **private Zusatzleistung angeboten** hat, diese dann **auch angenommen**, 33%

haben das selbst zu bezahlende Angebot abgelehnt. Dabei ist es unerheblich, ob das IGeL-Angebot von einem Haus- oder von einem Facharzt kam, ob es sich beim Adressat um eine Patientin oder um einen Patienten gehandelt hat oder welchen Schulabschluss die Befragten haben. Beson-

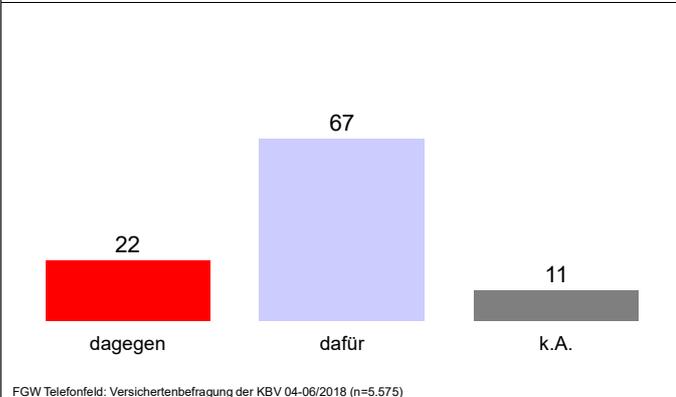
ders häufig akzeptieren 70- bis 79-Jährige oder Befragte im Osten die IGeL-Angebote. Dagegen sagen jüngere Menschen – und hier primär junge Frauen –, Befragte mit grundsätzlich vielen Arztbesuchen oder Befragte, die nach einem IGeL-Angebot zu wenig Bedenkzeit hatten, ob sie die Zusatzleistung annehmen wollen, auch häufiger „nein“.

Ganz allgemein ist **zu wenig Bedenkzeit** allerdings ebenso wenig ein Thema wie Konsequenzen von IGeL-Angeboten auf die Arzt-Patienten-Beziehung: So sagen exakt wie zuletzt 83% derjenigen Befragten, die ein IGeL-Angebot erhalten haben, dass sie ausreichend Zeit hatten, um sich zu überlegen, ob sie die angebotene Leistung in Anspruch nehmen möchten. 15% hatten nach eigener Einschätzung zu wenig Bedenkzeit. Des Weiteren sprechen 7% von einem verschlechterten und 5% von einem verbesserten **Verhältnis zu ihrem Arzt, nachdem dieser eine kostenpflichtige Zusatzleistung angeboten hat**, für 86% hat sich dieses Verhältnis infolge eines IGeL-Angebotes aber nicht geändert.

## 2.6 Angleichung von Arzthonoraren

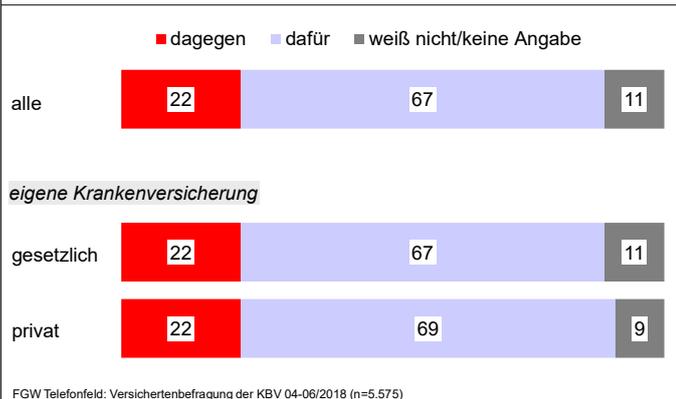
Ärzte bekommen für gesetzlich versicherte Patienten geringere Honorare als für privat versicherte Patienten. Vor diesem Hintergrund fänden es 67% aller Befragten gut, wenn die **Honorare von Ärzten** so stark angehoben werden, dass sie **für gesetzlich versicherte Patienten das gleiche Honorar erhalten wie für privat versicherte Patienten**. 22% sind gegen eine solche Anhebung und 11% wollen oder können sich hierzu nicht positionieren.

### Arzthonorare: Anhebung der Honorare für GKV-Patienten auf das Niveau von PKV-Patienten?

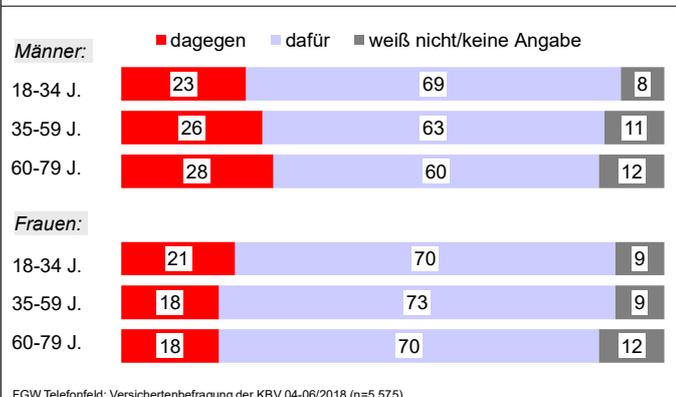


Im Detail stößt eine Vereinheitlichung von Arzthonoraren in praktisch allen sozialen und demographischen Gruppen auf ähnlich hohe Zustimmung: Dass die Sätze für GKV-Patienten auf das Niveau von PKV-Angehörigen angehoben werden sollen, begrüßen ganz allgemein – also ohne Thematisierung von Leistungen, Finanzierung oder Folgen – 69% der privat und 67% der gesetzlich versicherten Befragten. „Gut“ fänden das 63% der Männer und 71% der Frauen, 68% der Berufstätigen und 65% der Rentner sowie jeweils 67% der Befragten im Osten und im Westen.

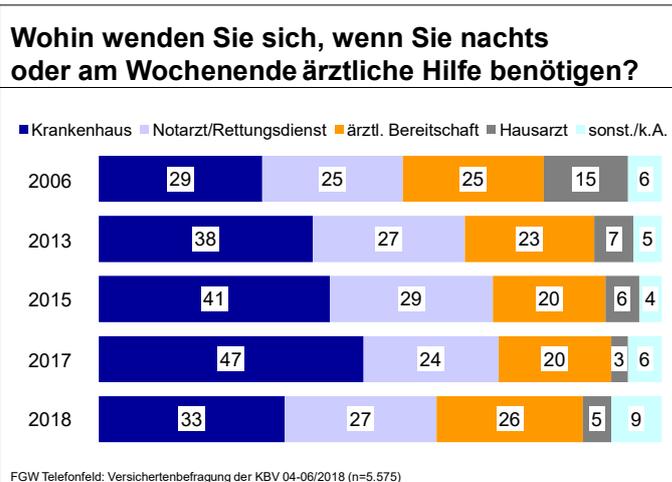
### Arzthonorare: Anhebung der Honorare für GKV-Patienten auf das Niveau von PKV-Patienten?



### Arzthonorare: Anhebung der Honorare für GKV-Patienten auf das Niveau von PKV-Patienten?

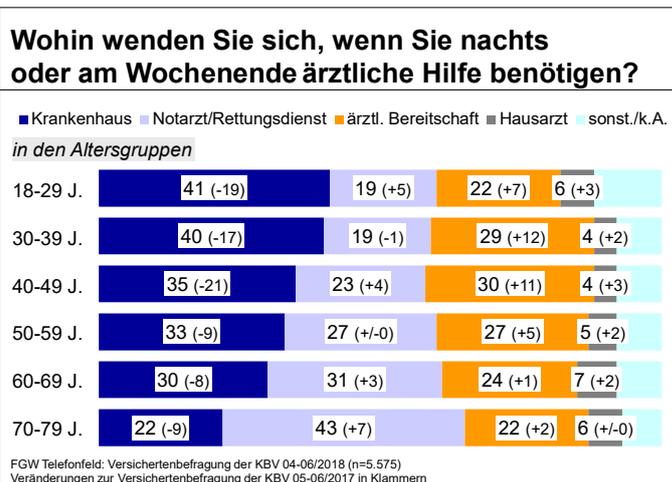


## 2.7 Ärztliche Hilfe: Anlaufstellen und Notaufnahmen



Bei den Anlaufstellen für ärztliche Hilfe außerhalb von gewöhnlichen Sprechzeiten gibt es eine bemerkenswerte Veränderung: Wenn die Versicherten **nachts oder am Wochenende ärztliche Hilfe** bzw. medizinische Versorgung benötigen, steuern – nach einem stetigen Aufwärtstrend in den zurück-

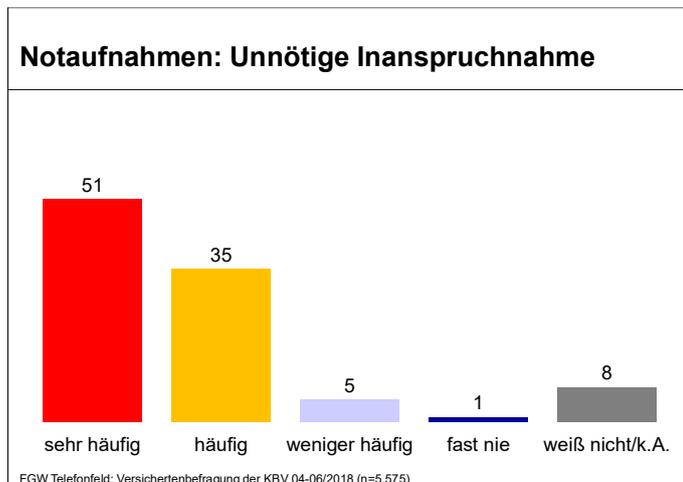
liegenden Jahren – jetzt deutlich weniger Befragte die Ambulanzen und Notaufnahmen der Krankenhäuser (33%) an. Dafür wenden sich die Befragten nach eigenen Angaben jetzt wieder sichtbar häufiger an eine ärztliche Bereitschaftspraxis bzw. den ärztlichen Bereitschaftsdienst (26%), die ja in den letzten Jahren partiell neu organisiert und vielerorts (wieder) räumlich direkt an Krankenhäuser und Kliniken angegliedert wurden. Gleichzeitig werden aber auch etwas häufiger als zuletzt der Notarzt bzw. ein Rettungsdienst (27%), Hausärzte (5%) oder andere Ansprechpartner (9%) wie verwandte oder befreundete Mediziner als Anlaufstellen genannt.



Zwischen Frauen und Männern, zwischen GKV- und PKV-Angehörigen, zwischen den Bewohnern von kleinen Ortschaften, größeren Städten und Großstadtbewohnern oder zwischen den einzelnen Bildungsgruppen gibt es kaum Unterschiede, wenn Anlaufstellen für ärztliche Hilfe außerhalb der gängigen

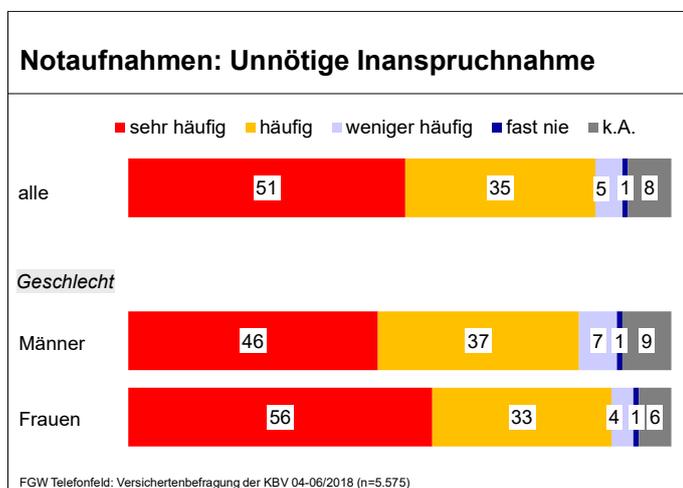
Öffnungszeiten von Arztpraxen benannt werden. Unter jüngeren Befragten sowie ganz allgemein im Westen gehen relativ viele Versicherte in ein Krankenhaus, die ältere Generation oder ostdeutsche Befragte kontaktieren häufiger den Notarzt bzw. einen Rettungsdienst.

Unabhängig davon, an welche Versorgungsstelle bzw. Einrichtung sich die Befragten selbst wenden, wenn sie außerhalb von gewöhnlichen Sprechzeiten ärztliche Hilfe benötigen, gibt es unter den Bürgerinnen und Bürgern viel Kritik an einer vermeintlich **unnötigen Inanspruchnahme von Not-**



**aufnahmen:** Nach Meinung von 86% aller Versicherten kommt es „häufig“ (35%) oder „sehr häufig“ (51%) vor, dass Patienten mit weniger schweren Erkrankungen und Problemen die Notaufnahme aufsuchen, obwohl sie dort eigentlich gar nicht hin müssten. Nach Meinung von 6% kommen solche Fälle hingegen „weniger häufig“ (5%) oder „fast nie“ (1%) vor. Weitere 8% können oder wollen nicht einschätzen, wie häufig die Notaufnahmen in deutschen Krankenhäusern, die eigentlich für schwere und lebensbedrohliche Fälle gedacht sind, unnötigerweise in Anspruch genommen werden.

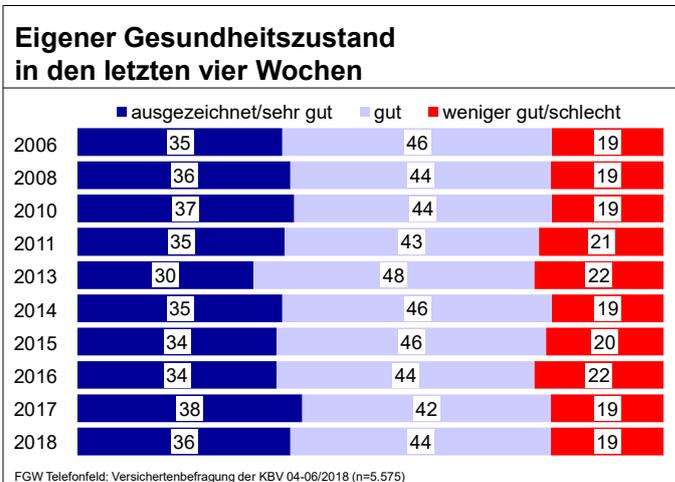
Grundsätzlich herrscht in sämtlichen Bevölkerungsteilen hoher Konsens hinsichtlich einer als oftmals unnötig erachteten Beanspruchung der Notaufnahmen der Kliniken und Krankenhäuser. Dass diese in zahlreichen Fällen ohne triftigen Grund frequentiert werden, bemängeln im Detail dann noch



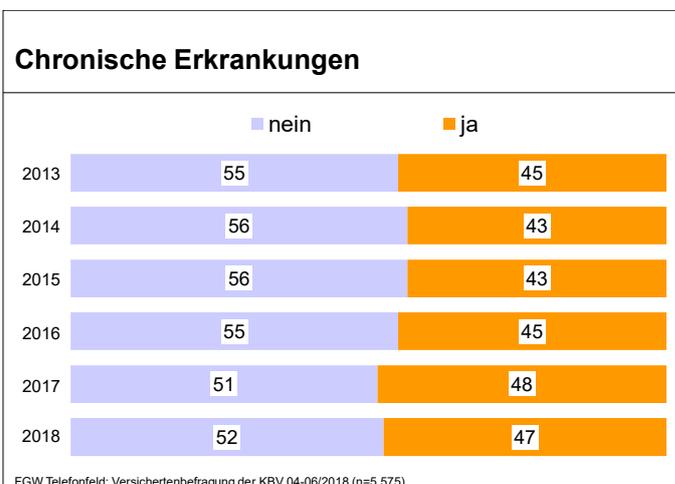
etwas mehr Frauen als Männer. Unter jüngeren Befragten sind es noch etwas mehr Versicherte als in der älteren Generation, und unter Berufstätigen wird dieses Problem noch etwas stärker wahrgenommen als unter Rentnern.

### 3. Individuelle Situation

#### 3.1 Eigene Gesundheit und chronische Erkrankungen



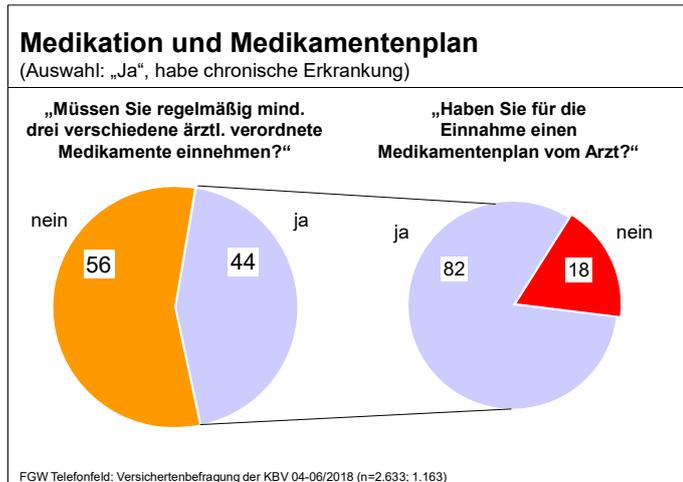
Weitgehend stabil bewerten die Menschen in Deutschland ihren **eigenen Gesundheitszustand**: Dass dieser in „in den letzten vier Wochen ausgezeichnet“ (13%) oder „sehr gut“ (23%) sei, meinen insgesamt 36%, 44% befinden sich nach eigenem Dafürhalten in einem „guten“ Gesundheitszustand, bei zusammengenommen 19% ist dieser zurzeit „weniger gut“ (14%) oder „schlecht“ (5%). Auch wenn die eigene physische Konstitution nach typischen Mustern mit zunehmendem Alter häufiger als weniger positiv beschrieben wird, erfreuen sich in praktisch allen Bevölkerungsteilen klare Mehrheiten zumindest guter Gesundheit.



Während die allermeisten Befragten ihren Gesundheitszustand grundsätzlich positiv charakterisieren, leidet rund die Hälfte der Befragten an einer **chronischen Krankheit**, die regelmäßig behandelt werden muss. Eine oder mehrere chronische Erkrankung(en) haben nach eigenen Angaben 44% der männlichen und 50% der weiblichen Befragten, 39% der Berufstätigen und 68% der Rentner, 46% im Westen und 53% im Osten sowie 48% der deutschen und 33% der nicht-deutschen Befragten.

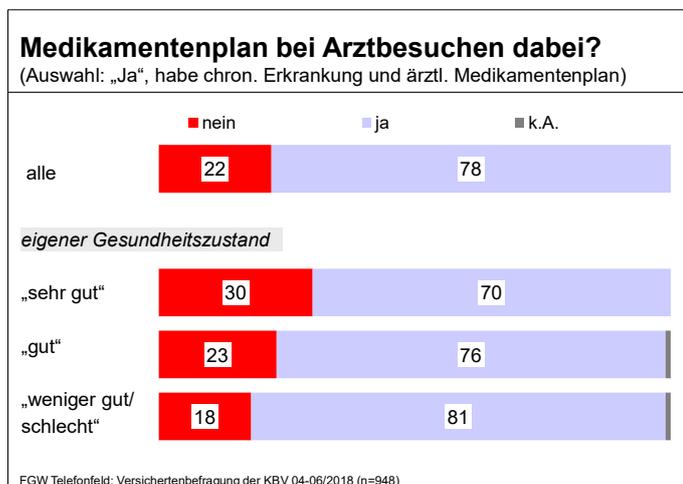
### 3.2 Medikationspläne

Wenn chronisch kranke Bürger regelmäßig mindestens drei ärztlich verordnete Medikamente einnehmen müssen – mit anteilig 44% betrifft das fast die Hälfte aller Versicherten mit einer chronischen Krankheit –, dann tun sie das in aller Regel nach systematischer Vorgabe des Arztes: 82% der



betreffenden Patientinnen und Patienten haben **vom Arzt einen Medikationsplan**, aus dem hervorgeht, wann und wie sie diese Arzneimittel einnehmen sollen, bei 18% der chronisch Kranken, die regelmäßig mehrere Medikamente einnehmen müssen, ist das hingegen nicht der Fall. Dass sie zur koordinierten Medikation eine ärztliche Anleitung haben, sagen im Detail etwas mehr Männer als Frauen sowie mehr ältere als jüngere Befragte.

Sofern vorhanden, nehmen mit 78% die meisten chronisch kranken Versicherten ihren **Medikationsplan auch zur Information bei anderen Arztbesuchen** mit in die Arztpraxis, 22% machen dies nicht. Der Anteil derjenigen Befragten mit chronischen Krankheiten, die ihren Medikationsplan

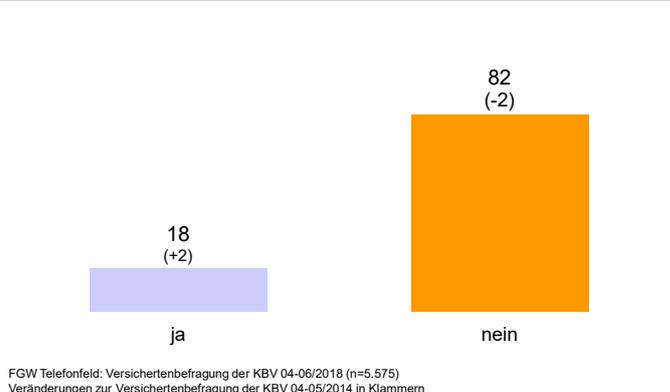


nicht mit zu Arztbesuchen nehmen, ist im Westen etwas höher als im Osten (23% bzw. 16%) und unter Männern etwas höher als unter Frauen (26% bzw. 17%). Unter Befragten, die – auch mit chronischer Krankheit und ärztlich koordinierter regelmäßiger Medikation – ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ bezeichnen, verzichten deutlich mehr auf die Mitnahme des Medikationsplans als unter Befragten mit einer weniger guten gesundheitlichen Selbsteinschätzung. Je häufiger betroffene Befragte schließlich Ärzte aufsuchen, desto häufiger nehmen sie ihren Medikationsplan mit in die Sprechstunde.

### 3.3 Pflege von Angehörigen

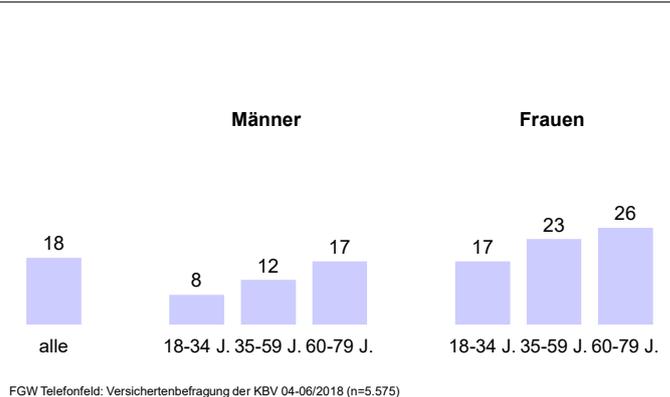
Wenn Menschen in Deutschland auf Pflege angewiesen sind, kommt diese Hilfe oft aus dem Privatbereich: Knapp einer von fünf deutschsprachigen Erwachsenen pflegt aktuell jemanden aus der Familie oder eine nahe stehende Person bzw. hat dies in der jüngeren Vergangenheit getan. Für pflegende Angehörige sind die körperlichen und seelischen Belastungen dabei in den letzten Jahren sichtbar gestiegen. Allerdings wird jetzt häufiger auch der Hausarzt mit eingebunden, um mit diesem über die eigene Situation als Pflegende(r) zu sprechen – ein Vorgehen, das die Betroffenen meist unterstützt: Wenn Privatpersonen, die im privaten Umfeld selbst pflegen, dies mit dem Arzt besprechen, liefert dieser in aller Regel auch weitergehende Hilfestellungen.

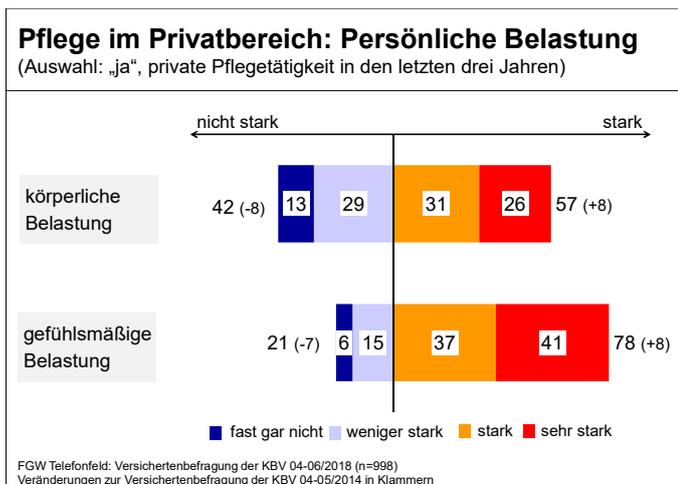
**Pflege eines Angehörigen oder einer nahe stehenden Person in den letzten drei Jahren?**



Nach 16% im Jahr 2014 sagen heute 18% aller 18- bis 79-jährigen Befragten, dass sie **selbst jemanden aus ihrer Familie oder eine nahestehende Person pflegen** oder dies in den letzten drei Jahren getan haben. Im Detail sind dies 13% der männlichen und 23% der weiblichen Versicherten, wobei hier wie dort Pflegetätigkeiten mit steigendem Alter häufiger werden. Die Unterschiede zwischen Ost und West, den Bewohnern von Großstädten, größeren Städten und kleinen Gemeinden oder zwischen Deutschen und deutschsprachigen Versicherten mit einer anderen Nationalität sind gering.

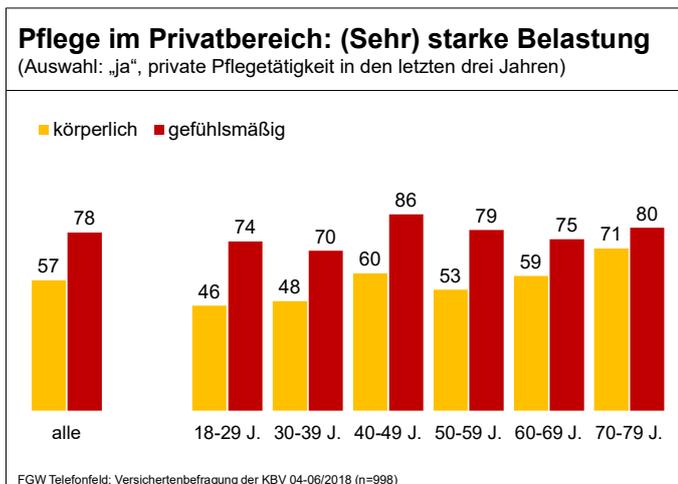
**„Ja“, Pflege eines Angehörigen oder einer nahe stehenden Person in den letzten drei Jahren**





Bürgerinnen und Bürger, die im privaten Umfeld pflegen, leiden zunehmend unter den Begleiterscheinungen ihres Engagements: Nach 49% vor vier Jahren sagen heute 57% der Befragten, dass sie die **Pflege körperlich stark** (31%) oder „sehr stark“ (26%) **belastet**, 42% bezeichnen die physischen

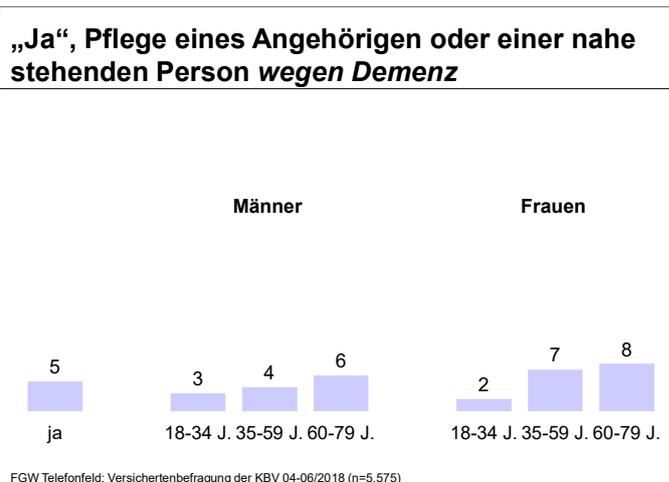
Begleiterscheinungen als „weniger stark“ (29%) oder als „fast gar nicht“ (13%) belastend. Noch häufiger als von körperlichen Belastungen berichten die Befragten allerdings von seelischen Folgen: 78% aller privat pflegenden Personen sprechen von einer „starken“ (37%) oder „sehr starken“ (41%) **gefühlsmäßigen Belastung**, nur 21% belastet ihre Pfllegetätigkeit seelisch „weniger“ (15%) oder „fast gar nicht“ (6%).



Eine körperlich (sehr) starke Belastung als Folge von privater Pflege reklamieren 63% der Frauen und 45% der Männer, sowie deutlich mehr ältere als jüngere Befragte. Bei den gefühlsmäßigen Folgen fallen die alters- und geschlechtsspezifischen Unterschiede weniger ins Gewicht: 74% aller männlichen und 80%

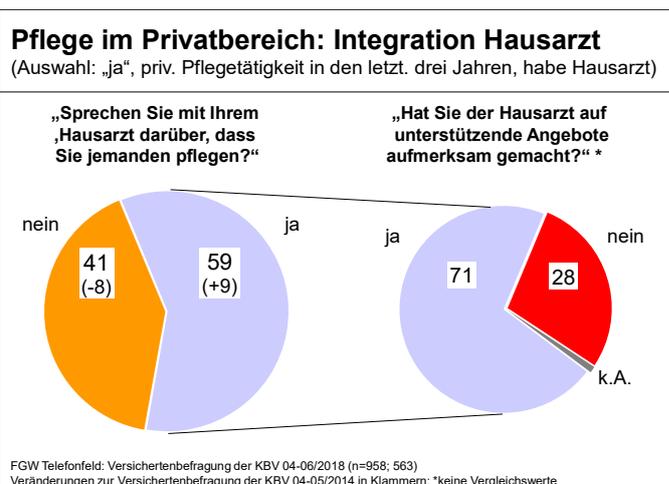
aller weiblichen Befragten sowie jeweils deutlich mehr als zwei Drittel in allen Altersgruppen leiden nach eigenen Angaben an (sehr) starken seelischen Begleiterscheinungen durch die Pflege eines nahestehenden Menschen. Dass sie durch ihre Pfllegetätigkeit körperlich (sehr) stark in Mitleidenschaft gezogen werden, sagen – neben 72% derjenigen mit einem weniger guten eigenen Gesundheitszustand – auch 50% der Befragten, die ihre eigene Gesundheit aktuell als sehr gut einstufen. Zudem sprechen auch 76% der Befragten in einer gesundheitlich sehr guten eigenen Konstitution von starken gefühlsmäßigen Belastungen und selbst 61% derjenigen Befragten, denen die Pflege zumindest körperlich weniger viel bzw. fast gar nichts ausmacht.

Noch etwas häufiger als alle Befragten, die privat pflegen oder pflegten, konstatieren diejenigen Bürgerinnen und Bürger seelische Belastungen, die Demenzkranke pflegen. Insgesamt geben 5% aller 18- bis 79-jährigen deutschsprachigen Versicherten an, dass sie selbst jemanden aus ihrer Familie oder eine nahestehende Person **wegen Demenz pflegen** oder dies in den letzten drei Jahren getan haben. Ähnlich wie bei der Pflege ganz allgemein wird eine Demenz als Grund für die Pflege leicht überdurchschnittlich häufig in der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen angeführt, Männer und Frauen unterscheiden sich bei den genannten Häufigkeiten dagegen nur geringfügig.



Ähnlich wie bei der Pflege ganz allgemein wird eine Demenz als Grund für die Pflege leicht überdurchschnittlich häufig in der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen angeführt, Männer und Frauen unterscheiden sich bei den genannten Häufigkeiten dagegen nur geringfügig.

**Ansprechpartner für pflegende Angehörige** ist in zunehmendem Maße **der Hausarzt**: 59% der Befragten, die im privaten Umfeld pflegen oder gepflegt haben, reden mit ihrem Hausarzt darüber, dass sie selbst jemanden aus ihrer Familie oder eine nahestehende Person pflegen, 41% tun dies nicht. Überdurchschnittlich oft erfolgt diese Rücksprache bei den ab 70-jährigen Befragten, die unter 30-jährigen sind in dieser Sache ihrem Hausarzt gegenüber deutlich häufiger reserviert. Auf die Hinweise zur Pfl egetätigkeit reagieren die meisten Hausärzte pro-aktiv förderlich: 71% der Befragten, die mit dem eigenen Hausarzt über ihr Engagement gesprochen haben, wurden von diesem **auf Angebote oder Hilfen aufmerksam gemacht, die die Pflegenden für sich selbst zur Unterstützung nutzen** können. Bei 28% kam seitens des Hausarztes keine Rückmeldung dahingehend, wie sie als pflegende Angehörige unterstützt werden können.



## 4. Methodisch-statistische Anmerkungen

Für die Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat die Mannheimer Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH vom 9. April bis 4. Juni 2018 in Deutschland insgesamt 6.043 zufällig ausgewählte Bürgerinnen und Bürger telefonisch befragt. Die Interviews wurden von 218 Interviewerinnen und Interviewern durchgeführt. Die Ergebnisse der Untersuchung sind repräsentativ für die erwachsene Deutsch sprechende Wohnbevölkerung. Alle Ergebnisse sind in Prozent angegeben.

Die Stichprobe wurde aus der Deutsch sprechenden Wohnbevölkerung gezogen, die in Privathaushalten lebt und dort über eine Festnetznummer (Nummer mit Ortsvorwahl) telefonisch erreichbar ist. Da nach Möglichkeit auch repräsentative Aussagen für alle 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) getroffen werden sollten, wurden die Gebiete der kleineren KVen überquotiert und in jedem KV-Gebiet mindestens 250 Interviews durchgeführt. Diese Überquotierung wurde für die nationale Auswertung auf die korrekten Größenanteile der jeweiligen Gebiete zurückgeführt. Die Ergebnisse innerhalb der KVen, die in einem weiteren Berichtsband dokumentiert sind, bleiben davon unverändert.

Für die Stichprobe wurde eine regional geschichtete, zweifach gestufte Zufallsauswahl verwendet. Zunächst wurden Haushalte ausgewählt, dann eine Person eines jeden Haushalts. Die Zufallsauswahl der Haushalte erfolgte proportional zur Wohnbevölkerung in den regionalen Schichten, dann wurde zufällig aus den Mitgliedern jedes Haushaltes eine Zielperson im Haushalt ab 18 Jahren ausgewählt. Die Auswahlgrundlage des Stichprobensystems der FGW Telefonfeld umfasst auch nicht im Telefonbuch eingetragene Haushalte, die prinzipiell über eine Festnetznummer telefonisch erreichbar sind. Basis sind die im Telefonverzeichnis eingetragenen Privatnummern, bei denen die letzten drei Ziffern gelöscht und anschließend mit den Zahlen '000' bis '999' aufgefüllt wurden. Dieser Datenbestand wurde durch Hinzuziehung der Informationen der Bundesnetzagentur über die (Teil-)Belegung von Rufnummernblöcken und des Branchenverzeichnisses kritisch geprüft und entsprechend bereinigt.

Die Stichprobe wurde gewichtet. Zunächst wurden die designbedingten Unterschiede in den Auswahlwahrscheinlichkeiten korrigiert. In einem zweiten Schritt erfolgte eine Korrektur der Ausfälle durch Anpassung der Strukturen der Stichprobe an die Strukturen der Grundgesamtheit. Die entsprechenden Sollverteilungen für Geschlecht, Alter und Bildung sind der amtlichen Statistik und dem Mikrozensus entnommen. Da für Deutsch sprechende Ausländer keine amtliche Statistik für Geschlecht, Alter und Bildung vorliegt, wurde ihnen lediglich das De-

signngewicht zugewiesen. Die Fallzahl beträgt gewichtet und ungewichtet 6.043 Fälle sowie für die Auswahl der 18- bis 79-Jährigen 5.575 Fälle.

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. Unter Berücksichtigung des Stichprobendesigns und des Gewichtungsmodells ergeben sich bei einer Stichprobengröße von  $n = 6.000$  folgende Vertrauensbereiche: Bei einem Merkmalswert von 50% liegt der wahre Wert mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 48,5% und 51,5%. Beträgt der Merkmalswert 10%, liegt der wahre Wert zwischen 9,0% und 11,0%.



## **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 *i p o s* zuständig. Daneben entwickelte sich die FGW Telefonfeld GmbH im Laufe der Jahre zu einem Full-Service-Institut für quantitative Umfragen sowohl im Bereich der Sozialforschung als auch der Marktforschung und ist dort für eine Vielzahl von Auftraggebern tätig.

Mehr als 300 sorgfältig geschulte Interviewerinnen und Interviewer arbeiten für die FGW Telefonfeld GmbH. Das moderne Telefonstudio in Mannheim verfügt über 140 computergestützte Telefonarbeitsplätze (CATI). Bei den telefonischen Umfragen kommen selbst erstellte, regional geschichtete Stichproben zum Einsatz, die die gleichen Qualitätskriterien erfüllen müssen wie die für Hochrechnungen benutzten Stichproben. Sowohl die Auswahl der Haushalte als auch die Auswahl der zu befragenden Personen erfolgt dabei immer streng nach dem Zufallsprinzip, da nur so repräsentative Ergebnisse erzielt werden können.

**FGW Telefonfeld GmbH**  
68161 Mannheim • N7, 13-15  
Tel. 0621/1233-0 • Fax: 0621/1233-199  
[www.forschungsgruppe.de](http://www.forschungsgruppe.de)  
[info@forschungsgruppe.de](mailto:info@forschungsgruppe.de)

Amtsgericht Mannheim HRB 6318  
Geschäftsführer: Matthias Jung, Andrea Wolf