

Die Bewertung der ambulanten Gesundheitsversorgung aus Sicht der Versicherten

– Ergebnisse der KBV-Befragung 2008 – Teil 1

In den letzten Jahren haben verschiedene Institutionen bevölkerungsrepräsentative Befragungen zur Bewertung von Einzelaspekten der Gesundheitsversorgung durchgeführt (Bertelsmann Gesundheitsmonitor, Commonwealth Fund, Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts, BKK-Befragung, WIdO-monitor). Hierzu zählt auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die im Jahr 2006 die Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld (FGW) in Mannheim beauftragte, repräsentativ gesetzlich und privat Versicherte zur Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung sowie zum Bedarf an neuen Dienstleistungsangeboten zu befragen (KBV 2006; Rieser 2006). Eine zweite Versichertenbefragung der KBV erfolgte im Zeitraum Mai und Juni 2008, wiederum von der FGW durchgeführt. Die Ergebnisse dieser repräsentativen Erhebung werden im Rahmen von zwei Artikeln in Gesundheits- und Sozialpolitik vorgestellt. Im Zentrum des hier vorliegenden ersten Beitrags stehen die Inanspruchnahme der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung, die Erfahrungen mit Terminvergabe und Wartezeiten sowie die Bewertungen der Versorgung durch die Versicherten. Darüber hinaus wird die Bedeutung von Individuellen Gesundheitsleistungen (IgeL) in der ambulanten Versorgung gesetzlich Versicherter diskutiert. Der zweite Artikel wird sich schwerpunktmäßig mit den Qualitätskriterien für die Wahl eines Arztes, mit den Erfahrungen von Veränderungen in der Medikamentenverordnung sowie mit der Akzeptanz neuer Versorgungsformen und Wahltarife befassen.

■ Susanne Schnitzer, Stefanie Richter, Andreas Walter, Klaus Balke, Adelheid Kuhlmeier

1. Daten und methodisches Vorgehen

Basierend auf einem internen Priorisierungsverfahren zu Befragungszielen und zu bearbeitenden Themenfeldern, entwickelte eine Arbeitsgruppe aus Vertretern¹ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des Instituts für Medizinische Soziologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin einen Fragenkatalog zur telefonischen Befragung (siehe Tabelle 1).

Die telefonische Befragung von insgesamt 6.114 zufällig ausgewählten Bürgern zwischen 18 und 79 Jahren wurde im Zeitraum vom 13. Mai bis 9. Juni 2008 von der Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld (FGW) durchgeführt.

Adelheid Kuhlmeier, Stefanie Richter, Susanne Schnitzer – Institut für Medizinische Soziologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Klaus Balke, Andreas Walter – Kassenärztliche Bundesvereinigung

Für die Stichprobe wurde eine zweifach geschichtete Zufallsauswahl verwendet. Zunächst erfolgte die Auswahl der Privathaushalte nach dem RLD-Verfahren (randomize last digit) aus der Gesamtheit der Privathaushalte mit Eintrag im Telefonbuch (Haushaltsstichprobe). Durch Ersatz der letzten Ziffer der eingetragenen Telefonnummern mittels einer Zufallsziffer konnten auch Haushalte ohne Telefonbucheintrag erreicht werden. Basierend auf dieser Brutto-Haushaltsstichprobe wurden Personen zwischen 18 und 79 Jahren je Haushalt per Zufall bestimmt (Personenstichprobe).

Die Auswertung der Telefonerhebung erfolgte gewichtet. Die erste Gewichtungsstufe beinhaltete eine Transformation der haushaltsrepräsentativen Stichprobe in eine Personenstichprobe, da die Wahrscheinlichkeit eines Haushaltsmitglieds befragt zu werden, umgekehrt proportional zur jeweiligen Haushaltsgröße ist (Designgewichtung). In einem zweiten Schritt wurde die Personenstichprobe unter Berücksichtigung der amtlichen Statistik nach Geschlecht, Alter und Bildung gewichtet, um die durch Random-Aus-

Tabelle 1: Fragenkatalog der Versichertenbefragung

Themenbereiche	Beispiele	Anzahl Fragen
Haus- und Fachärztliche Versorgung	Häufigkeit Haus- bzw. Facharztbesuch, hausärztl. Versorgung, Wegezeiten	9
Praxisführung und -organisation	Wartezeiten, Bewertung Arztbesuch, Gütesiegel, Kriterien Praxiswahl	9
Arzneimittelversorgung	Medikamentenwechsel durch Arzt bzw. Apotheke, Einnahmeverhalten bei Änderung der Verordnung	7
Hausarztmodelle/-verträge	Teilnahme an Hausarztmodellen, Gründe, Informationsquellen, Bewertung	7
Gesundheitsreform	Auswirkungen, Bereitschaft und Voraussetzungen an bestimmten Wahlтарifen teilzunehmen	4
Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)	Angebot, Nachfrage, Auswirkungen auf das Arzt-Patientenverhältnis	7
Umgang mit Versorgungsproblemen	Unzufriedenheit, Beschwerdepotenzial, Erfahrungen mit Beschwerden, Adressaten	5
Soziodemographie	Geschlecht, Alter, Haushaltsgröße, Wohnortgröße, Krankenversicherungsart, Bildungsstand, Erwerbsstatus, Gesundheitszustand	11

Quelle: Eigene Darstellung

fälle bedingten Verzerrungen auszugleichen (Anpassungsgewichtung). Für deutschsprachige Ausländer liegt keine amtliche Statistik vor, so dass für diese Bevölkerungsgruppe keine Gewichtung vorgenommen werden konnte. Die gewichteten Ergebnisse dieser Umfrage sind repräsentativ für die Wohnbevölkerung Deutschlands zwischen 18 und 79 Jahren, für die deutsch sprechenden ausländischen Mitbürger in Deutschland gilt dies nur eingeschränkt.

Bivariate Zusammenhänge wurden, abhängig vom Skalenniveau der Variablen, unter Anwendung des Chi²-Tests, des U-Tests nach Mann und Whitney oder des H-Tests nach Kruskal und Wallis ermittelt und die multivariate Analyse mithilfe der binären logistischen Regression durchgeführt. Die Befragungsstichprobe kann nach folgenden ausgewählten soziodemographischen Merkmalen charakterisiert werden: (siehe Tabelle 2)

Darüber hinaus wurden Angaben zur Erwerbssituation, Haushaltsgröße und zu Zukunftsvorstellungen erfasst. Diese Merkmale werden hier nicht näher ausgeführt, da sie in der vorliegenden Darstellung nicht berücksichtigt wurden.

2. Ergebnisse der Befragung

Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung

In den vergangenen zwölf Monaten waren von den Befragten 83,5% bei einem Arzt in der Praxis. Dabei fällt

auf, dass mehr Frauen als Männer den Arzt kontaktieren. Über die Hälfte (53,3%) der Hausarztbesucher (43,7% der Facharztbesucher) geht innerhalb eines Jahres zwischen 3- und 10-mal in die Praxis. Ein Teil der Hausarztbesucher (8,2%) kann als „Vielnutzer“ bezeichnet werden, da dieser mindestens 11-mal bis über 20-mal im Jahr zum Arzt geht (7,3% der Facharztbesucher). Bei den Hausarztbesuchern sind darunter die 60 bis 79 Jahre alten Arztbesucher am häufigsten vertreten (13,3% gegenüber 6,7% der 35- bis 59-Jährigen und 4,4% der bis zu 34-Jährigen) – während bei den Facharztbesuchern die höchste Frequenz (11- bis über 20-mal) von den bis zu 34-Jährigen berichtet wird (7,9% versus 7,3% der 35- bis 59-Jährigen und 6,7% der 60- bis 79-Jährigen).

Darüber hinaus wird deutlich, dass die Frequenz des Arztbesuches sich je nach Art der Kassenzugehörigkeit unterscheidet. Privat Versicherte (PK-Versicherte) gehen häufiger als gesetzlich Versicherte (GK-Versicherte) 1- bis 2-mal im Jahr zum Arzt, hingegen sind die gesetzlich Versicherten bei den Arztbesuchen ab 6- bis über 20-mal im Jahr häufiger vertreten.

Die deutschen Frauen und Männer haben in der Regel „ihren“ Hausarzt, denn 94,7% der Befragten berichten, einen Hausarzt zu haben. Dies spiegelt sich auch im Inanspruchnahmeverhalten der Befragten wider. Unabhängig von der Anzahl der Praxisbesuche insgesamt waren 42,5% der Arztbesucher ausschließlich beim Hausarzt und 17,3% ausschließlich bei einem Facharzt. 40,0% gingen in den

Tabelle 2: Soziodemographische Basisdaten

Basisdaten der telefonisch befragten Versicherten, gewichtet		
	N*	%
Gesamt	6114	
Geschlecht	6114	
Männlich	2935	48,0
Weiblich	3180	52,0
Altersgruppe	6114	
18 bis 34 Jahre	1459	23,9
35 bis 59 Jahre	2990	48,9
60 bis 79 Jahre	1666	27,2
Ortsgröße**	5726	
Bis 5.000 Einw. (Land)	2141	37,4
Bis 20.000 Einw. (Kleinstadt)	1234	21,6
Bis 100.000 Einw. (Mittelstadt)	1160	20,3
Bis 500.000 Einw. (Großstadt)	601	10,5
Über 500.000 Einw. (Großstadt)	590	10,3
Region	6114	
Westdeutschland (incl. ehem. Westberlin)	4923	80,5
Ostdeutschland (incl. ehem. Ostberlin)	1191	19,5
Bildungsstatus (höchster Abschluss)	6006	
Keinen Schulabschluss	72	1,2
Hauptschulabschluss	2548	42,4
Realschulabschluss	1862	31,0
(Fach-)Hochschulreife	1524	25,4
Krankenversicherung	6114	
Gesetzlich	5295	86,6
Privat	775	12,7
Staatsangehörigkeit	6105	
Deutsch	5870	96,2
Ausländisch	235	3,8
Gesundheitszustand	6084	
Ausgezeichnet	870	14,3
Sehr gut	1356	22,3
Gut	2691	44,2
Weniger gut	905	14,9
Schlecht	262	4,3

Quelle: Eigene Darstellung

* Differenz der Summen zu 6.114 = keine Angabe

** Einteilung für die statistischen Analysen (Kleinstadt bis 100.000 Einw.; Großstadt mehr als 100.000 Einw.)

letzten zwölf Monaten sowohl zum Haus- wie auch zu einem oder mehreren Fachärzten.

Termine und Wartezeiten

Auf den ersten Blick zeigen die Antworten der Versichertenbefragung eine akzeptable Situation. Der letzte Praxis-

besuch fand bei 49,9% der Befragten *ohne Wartezeit auf einen Termin* bzw. ohne Terminvergabe statt, einen Tag bis eine Woche mussten 29,2% der Praxisbesucher auf den Konsultationstermin warten, und jeder Fünfte (20,0%) musste sich bis zu drei Wochen und länger gedulden (siehe Abbildung 1).

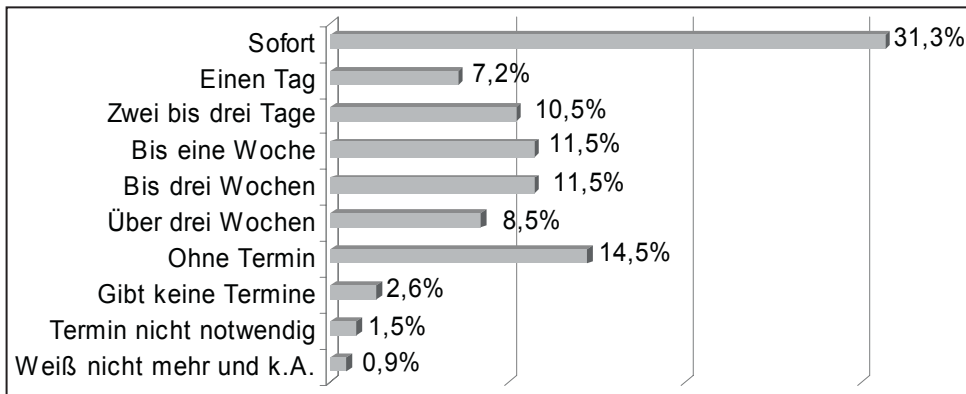
Auf den zweiten Blick zeigt sich, wovon die Terminvergabe abhängt: von der Dringlichkeit des Anliegens ($p < 0.001$), von der Art der Praxis ($p < 0.001$), vom Versichertenstatus ($p < 0.001$) und nicht zuletzt vom Geschlecht ($p < 0.001$) und der Gemeindegröße ($p < 0.05$).

Die Wartezeiten auf einen ärztlichen Termin unterscheiden sich entsprechend den Anlässen bzw. der Dringlichkeit. Dabei wurde zwischen Vorsorge, chronischer Krankheit und aktuellem Problem differenziert. Die kürzesten Wartezeiten auf Termine werden bei aktuellen Problemen berichtet. Über die Hälfte (55,6%) derjenigen mit einem aktuellen Problem hat keine Wartezeiten (37,3%) bzw. geht ohne Termin (18,3%) zum Arzt. In vielen Fällen ist es sicherlich auch noch akzeptabel, zwischen einem Tag und bis zu drei Tagen zu warten, was knapp jeder fünfte Versicherte (17,9%), der aktuell von einem Gesundheitsproblem betroffen war, tun musste. Bei einem aktuellen Problem eine Woche (9,4%) oder gar bis zu drei Wochen und länger warten zu müssen (13,4%), ist eine Versorgungssituation, die einer Überprüfung bedarf und dazu anregen sollte, die Gründe für diese Wartezeiten zu ermitteln. Sicherlich ist hier das Spektrum der Erklärungen sehr breit, zum Beispiel: einzige Praxis in räumlicher Nähe, guter Ruf des Arztes, hohe Subspezialisierung.

Die Fachärzte fordern von ihren Patienten mehr Geduld: Hatten beim letzten Hausarztbesuch 38,5% der Befragten keine Wartezeiten, so waren es beim Facharzt nur 19,6%. Mehr als drei Wochen mussten 17,8% der Praxisbesucher auf einen Termin beim Facharzt warten, hingegen nur 2,7% beim Hausarzt. Einerseits kann manche fachärztliche Konsultation länger warten, ohne dass daraus ein Problem

entsteht, das die Gesundheit bedroht. Andererseits ist jeder nicht versorgte Patient oder in Ungewissheit gelassene Patient zu viel. An dieser Schnittstelle entbrennt häufig die Diskussion um den Zusammenhang von Art der Krankenversicherung und Wartezeiten auf einen ärztlichen Termin. Es zeigt sich auch in der KBV-Versichertenbefragung, dass privat Krankenversicherte bei den kürzeren

Abbildung 1: Wartezeiten der Arztbesucher



Quelle: Eigene Darstellung

Wartezeiten überwiegen (bis zu einer Woche), während von längeren Wartezeiten auf einen Arzttermin (ab einer Woche) prozentual mehr gesetzlich Krankenversicherte betroffen sind. So bekamen laut Selbstaussage 30,2% der GK-Versicherten bei ihrem letzten Arztbesuch sofort einen Termin, hingegen 38,7% der privat Krankenversicherten.

Wenn allerdings aktuelle Gesundheitsprobleme vorliegen, verringern sich die Differenzen: 36,8% der GK-Versicherten bekommen im Verhältnis zu 39,9% der PK-Versicherten sofort einen Termin. Werden hierzu noch diejenigen hinzugezogen, die angeben, die Arztpraxis mit ihrem aktuellen Problem ohne Termin aufgesucht zu haben (19,0% der GK-, aber nur 13,7% der PK-Versicherten), so kippt das Wartezeitenproblem zumindest bei akutem Anlass zugunsten der GK-Versicherten um: Damit hatten 55,8% der GK-, aber nur 53,6% der PK-Versicherten mit einem aktuellen Gesundheitsproblem sofort eine Konsultation. Um auch die letzte Vereinfachung aus dieser durchaus ernst zu nehmenden, aber leider zu polemisch geführten Debatte zu ziehen, sei das Ergebnis zur Differenz der Wartezeiten von über drei Wochen bei einem aktuellen Anlass angeführt: Auf einen so langen und sicher in den meisten Fällen nicht akzeptablen Zeitraum warten 5,3% der GK- und 2,6% der PK-Versicherten.

Bestimmte Rahmenbedingungen können ebenfalls die Wartezeit auf einen Termin beeinflussen. Naheliegender wäre theoretisch ein Zusammenhang zwischen Arztdichte und der Länge der Wartezeit. Zu vermuten wäre hier, dass eine vergleichsweise niedrige Arztdichte zu längeren Wartezeiten auf einen Termin bei den Ärzten führt.

Werden die Wartezeiten auf einen Facharzttermin in Gebieten mit höherer Facharztdichte (n=834, mittlere Facharztdichte 1.173 Einw./Arzt, min. 1.287, max. 845) mit denen in Gebieten mit niedriger Facharztdichte (n=1.096, mittlere Facharztdichte 1.496, min. 1.762, max. 1.388) verglichen, so zeigt sich, dass bei kürzeren Wartezeiten bis zu einer Woche keine Unterschiede vorliegen, jedoch in Regionen mit niedriger Facharztdichte nahezu doppelt so viele Patienten Wartezeiten auf einen Termin von über einem Monat haben als in Gebieten mit höherer Facharztdichte

(14,1% vs. 7,7%, $p < ,001$). Werden nur die Befragten betrachtet, die wegen eines aktuellen Problems auf einen Facharzttermin warteten (n=817), so finden sich bezüglich der Wartezeitdauer auf einen Termin zwischen den Regionen mit höherer und niedriger Facharztdichte keine signifikanten Unterschiede. Diese Befunde können als Indiz für einen verantwortungsvollen Umgang mit Wartezeiten seitens der Fachärzte gewertet werden. Zwar wird eine geringere

Facharztdichte im Rahmen der Terminvergabe durchaus kompensiert, allerdings offensichtlich nicht bei aktuellen Problemen.

Weitere Parameter beeinflussen die Wartezeit auf einen Arzttermin. Obwohl generell kein statistisch relevanter Zusammenhang zwischen Alter und Wartezeit festgestellt werden kann, zeigt sich, dass ältere Patienten bei den sehr langen Wartezeiten überwiegen: Während 5,5% der unter 35-Jährigen, die im letzten Jahr einen Arzt besucht haben, länger als drei Wochen auf einen Termin warten mussten, sind es 9,3% der 35- bis 59-Jährigen und 9,8% der 60- bis 79-Jährigen, die dieselbe Wartezeit angeben. Dass Ältere bei den sehr langen Wartezeiten überwiegen, könnte mit dem höheren Grad der Chronifizierung gesundheitlicher Leiden im Alter zusammenhängen. Es könnte aber auch darauf zurückzuführen sein, dass alte Menschen grundsätzlich geduldiger auf einen Termin warten. Generell existiert auch kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Wartezeit auf einen Termin und der Region (alte bzw. neue Bundesländer). Allerdings überwiegen die Patienten aus den neuen Bundesländern bei den sehr langen Wartezeiten: 7,5% der Westdeutschen, aber 12,3% der Ostdeutschen warten drei Wochen und länger auf einen Termin beim Arzt.

Als weitere Parameter beeinflussen das Geschlecht und die Gemeindegröße die Wartezeit auf einen Termin. Männer berichten häufiger als Frauen, sofort einen Termin bekommen zu haben (34,0% versus 29,1%). Versicherte aus Großstädten sind insgesamt häufiger als Versicherte aus Kleinstädten von Wartezeiten bis zu drei Wochen (14,7% versus 11,0%) oder drei Wochen und länger (10,1% versus 8,4%) betroffen. Werden die Wartezeiten auf einen Termin für Haus- und Facharztbesucher getrennt betrachtet, bestehen allerdings keine signifikanten Unterschiede zwischen Groß- und Kleinstädten mehr.

Über die Wartezeitenproblematik kann viel diskutiert werden. Entscheidend ist, ob die Betroffenen die Zeit, die sie auf einen Arzttermin warten, für angemessen halten. Hier zeigt sich ein positives Bild: Denn 79,6% der Befragten, die für ihren letzten Arztbesuch einen Termin

Tabelle 3: Hat es Ihnen zu lange gedauert, bis Sie einen Termin bekommen haben?

	N	ja (%)	P
Gesamt	2501	20,0	
Gemeindegröße	2371		<0.01
Kleinstadt		19,0	
Großstadt		24,4	
Region	2501		<0.01
Westdeutschland		18,8	
Ostdeutschland		24,9	
Versichertenstatus	2492		<0.001
GKV		21,2	
PKV		11,7	
Facharztfrequenz	1681		<0.05
1-mal		21,7	
2-mal		21,6	
3- bis 5-mal		25,3	
6- bis 10-mal		32,8	
11- über 20-mal		18,5	
Termindauer	2501		<0.001
Einen Tag		7,4	
Zwei bis drei Tage		8,2	
Bis eine Woche		12,8	
Bis drei Wochen		25,7	
Über drei Wochen		47,0	
Anlass	2256		<0.01
Aktuelles Problem		23,4	
Chronische Krankheit		19,8	
Vorsorgeuntersuchung		16,3	
Gesundheitszustand	2489		<0.001
Sehr gut		15,8	
Gut		19,4	
Schlecht		27,6	
Fachkompetenz	2445		<0.001
Sehr gut		15,5	
Gut		21,7	
Schlecht		41,7	
Vertrauen	2453		<0.001
Sehr gut		14,5	
Gut		21,5	
Schlecht		43,6	

Quelle: Eigene Darstellung

vereinbaren und darauf mindestens einen Tag warten mussten, halten die Wartezeit auf den Termin für angemessen. Demgegenüber finden 20,0% der Befragten aus der Gruppe mit Wartezeit, dass die Terminvergabe zu lange gedauert hat.

Wovon hängt es nun ab, ob die Befragten die Wartezeit kritisch bewerten? Welche Faktoren bzw. Bedingungen sind für die Unzufriedenheit entscheidend? Hierzu wurde in einem ersten Schritt eine bivariate Analyse vorgenommen.

Während Alter, Geschlecht, Bildungs- oder Erwerbsstatus keinen Einfluss auf die Bewertung der Wartezeit als unangemessen besitzen, gibt es bei folgenden Merkmalen Unterschiede (siehe Tabelle 3): Knapp ein Viertel der Versicherten aus Großstädten (24,4%) betrachtet die Terminvergabe für den letzten Praxisbesuch kritisch, demgegenüber sind lediglich knapp ein Fünftel aus Kleinstädten (19,0%) derselben Ansicht („Gemeindegröße“). In den neuen Bundesländern gibt es mehr Unzufriedene (24,9%) als in den alten Bundesländern (18,8%) („Region“).

Daneben sind die Anlässe für den Arzttermin und der eigene Gesundheitszustand ausschlaggebend: Patienten, die aufgrund eines aktuellen Problems einen Termin vereinbaren müssen (23,4%) bzw. deren Gesundheitszustand schlecht ist (27,6%), sind häufiger kritisch gegenüber der Wartezeit eingestellt.

Besonders diejenigen, die mehrmals zum Facharzt gehen, halten die Wartezeit für unangemessen („Facharztfrequenz“). Hingegen kann kein statistisch relevanter Zusammenhang mit der Frequenz des Hausarztbesuches festgestellt werden. Weiterhin halten vor allem Befragte, die die Fachkompetenz und das Vertrauensverhältnis zu ihrem Arzt negativ bewerten, die konkrete Wartezeit auf einen Termin für unangemessen.

Zudem übt wiederum der Versichertenstatus einen Einfluss auf die Einstellung zur Wartezeit auf einen Termin aus: Gesetzlich Versicherte (21,2%) äußern häufiger Unmut über Wartezeiten als privat Versicherte (11,7%).

Am stärksten hängt die Unzufriedenheit jedoch mit der Wartezeit auf den Arzttermin zusammen: Knapp die Hälfte derjenigen, die drei Wochen und länger auf ihren letzten Termin warten mussten, halten diese Wartezeit für unangemessen (47,0%). Bei einer Wartedauer von bis zu einer Woche geben dies lediglich 12,8% der Betroffenen an („Termindauer“).

Die Frage, ob die bivariat ermittelten Zusammenhänge zur Bewertung der Wartezeit auch unter Kontrolle mehrerer Einflussgrößen Bestand haben, wurde in einem weiteren Analyseschritt mittels einer multiplen logistischen Regressionsanalyse geklärt. Zusätzlich wurden Variablen wie Alter oder Hausarztbesuchsfrequenz in die Analyse einbezogen, die bivariat keine Signifikanzen aufwiesen.

Die multivariaten Ergebnisse (siehe Tabelle 4) zeigen, dass die strukturellen Merkmale Region und Gemeindegröße keinen Einfluss mehr auf die Bewertung der Wartezeit haben.

Tabelle 4: Wartezeiten auf Termin als zu lange empfunden (multiple logistische Regression)

	Zu lange Wartezeit auf Termin		
	AOR	95% CI	P
Termindauer			
Einen Tag	Ref		<0.001
Zwei bis drei Tage (1)	1.38	0.56-3.43	
Bis eine Woche (2)	1.77	0.74-4.21	
Bis drei Wochen (3)	5.57	2.50-12.40	
Über drei Wochen (4)	15.61	6.91-35.27	
Hausarztfrequenz			
1-mal	Ref		<0.01
2-mal (1)	3.11	1.69-5.69	
3-bis 5-mal (2)	1.66	0.92-2.97	
6- bis 10-mal (3)	2.57	1.25-5.27	
11-über 20-mal (4)	1.95	0.87-4.37	
Anlass			
Vorsorgeuntersuchung	Ref		<0.05
Aktuelles Problem (1)	1.82	1.18-2.81	
Chronische Krankheit (2)	1.23	0.77-1.97	
Gesundheitszustand			
Sehr gut	Ref		<0.05
Gut (1)	1.24	0.80-1.92	
Schlecht (2)	2.01	1.21-3.33	
Fachkompetenz			
Sehr gut	Ref		<0.001
Gut (1)	1.86	1.31-2.65	
Schlecht (2)	4.76	2.30-9.86	
Versichertenstatus			
PKV	Ref		<0.05
GKV	2.13	1.03-4.39	
Alter			
Bis 34 Jahre (1)	1.84	1.11-3.04	
35 bis 59 Jahre (2)	1.44	0.98-2.13	
60 bis 79 Jahre	Ref		<0.05

AOR=Adjusted Odds Ratio; 95% CI=95% Konfidenzintervall;

Ref = Referenzgruppe

Quelle: Eigene Darstellung

Folgende Variablen wurden in der Regression berücksichtigt: Gemeindegröße, West/Ost, Termindauer, Versichertenstatus, Facharztfrequenz, Gesundheitszustand, Anlass für den Arztbesuch, Fachkompetenz des Arztes, Vertrauensverhältnis zum Arzt. Nicht signifikante Variablen werden nicht dargestellt.

Wie weiter oben diskutiert, müssen Befragte aus Großstädten und aus den neuen Bundesländern häufiger lange Terminwartezeiten in Kauf nehmen, so dass die regionalen Unterschiede in der Unzufriedenheit, die die einfachen bivariaten Zusammenhänge aufzeigen, wohl auch auf diese längeren Wartezeiten zurückzuführen sind. Nach Kontrolle der Wartezeit auf einen Termin („Termindauer“) (multivariate Analyse) wird jedoch deutlich, dass sich Ost- und Westdeutsche sowie Groß- und Kleinstädter nicht in ihrer Einschätzung der Wartezeit auf einen Termin unterscheiden.

Während bei der bivariaten Darstellung kein Zusammenhang zwischen Alter und Bewertung der Wartezeit festgestellt werden konnte, ist ein solcher nach statistischer Kontrolle mehrerer Einflussgrößen sichtbar: Im Vergleich zu den ältesten Befragten zwischen 60 bis 79 Jahren, sind die bis zu 34-Jährigen rund doppelt so unzufrieden mit der Wartezeit auf einen Termin, obwohl sie nicht länger warten müssen.

Ein weiterer Unterschied zur bivariaten Darstellung betrifft den Zusammenhang zwischen der Bewertung der Wartezeit und der Frequenz der Facharzt- bzw. Hausarztbesuche: Hier zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang mehr mit der Facharztbesuchsfrequenz, während die Anzahl der Hausarztbesuche die Bewertung der Wartezeit signifikant beeinflusst. Am kritischsten sind die Versicherten, die im letzten Jahr 2-mal den Hausarzt besucht haben. Wie weiter oben beschrieben müssen Patienten auf einen Termin beim Facharzt besonders lange warten, so dass vermutlich auch hier die Dauer bis zur Terminvergabe die eigentliche Unzufriedenheit erklärt.

Die übrigen bivariaten Zusammenhänge werden durch die multivariate Analyse bestätigt. Der Anlass der Behandlung, Versichertenstatus, die Bewertung der Fachkompetenz und besonders die Dauer bis zur Terminvergabe weisen auch unter Kontrolle mehrerer Faktoren signifikante Effekte auf (siehe Tabelle 4). Lediglich der Zusammenhang zwischen Bewertung der Wartezeit und des Vertrauensverhältnisses zum Arzt konnte nicht bestätigt werden.

Die Ergebnisse zur *Wartezeit in der Praxis* zeugen von einer relativ hohen Managementqualität in deutschen Arztpraxen, denn der größte Teil der Befragten (70,8%) gibt an, nicht länger als eine halbe Stunde beim letzten Arztbesuch gewartet zu haben. Dieses Ergebnis widerspricht der in der Öffentlichkeit häufig verbreiteten Annahme einer langen Wartezeit in den Arztpraxen. Diese Wahrnehmung kann anhand der vorliegenden Studie nicht belegt werden. Hier zeigt sich, dass 10,8% der Befragten eine Wartezeit von zwei und mehr Stunden angeben.

Was beeinflusst die Wartezeit in der Praxis? Ein Effekt zeigt sich wiederum zur Art der Krankenversicherung ($p < 0.001$). Die GK-Versicherten müssen durchschnittlich im Vergleich zu den PK-Versicherten eine längere Wartezeit in der Praxis in Kauf nehmen. Aber auch das Praxismanagement spielt eine Rolle, denn in Praxen, die keine Termine vergeben, erhöht sich die Wartezeit in der Praxis beträchtlich: Während 5,3% dieser Praxisbesucher keine Wartezeit angeben, mussten 36,8% bis zu einer halben Stunde und 16,5% bis zu zwei Stunden warten. Des Weiteren wird die Wartezeit davon beeinflusst, ob die Praxis in den alten oder neuen Bundesländern angesiedelt ist, wobei längere Wartezeiten in den neuen Bundesländern angegeben werden ($p < 0.001$). Knapp ein Fünftel der Ostdeutschen (18,4%) gegenüber 8,8% der Westdeutschen gibt an, bei ihrem letzten Arzttermin bis zu zwei Stunden und länger gewartet zu haben. Diese unterschiedliche Wartezeit ist wohl (auch) darauf zurückzuführen, dass mehr Befragte in den neuen Bundesländern ohne Termin zum Arzt gehen (20,2%) als Befragte in den alten Bundesländern (12,9%), dann aber länger warten müssen.

Die Gründe, die die Versicherten in die Praxis führten (z. B. Vorsorge oder aktueller Anlass) spielen auch bei den Wartezeiten in der Praxis eine Rolle ($p < 0.001$): Diejenigen, die zur Vorsorgeuntersuchung gehen, haben kürzere Wartezeiten in der Praxis als diejenigen mit einer chronischen Erkrankung und mit einem aktuellen Problem. Wahrscheinlich ist hier ausschlaggebend, dass bei der Vorsorge langfristig ein Termin vorhanden ist. Lediglich 6,9% der Versicherten, die bei ihrem letzten Arztbesuch zur Vorsorge waren, hatten keinen Termin. Hingegen suchten 13,1% der Versicherten mit einer chronischen Krankheit und 18,3% derjenigen mit einem aktuellen Problem ihren Arzt ohne Termin auf.

Nachfrage und Angebot von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)

Das Angebot von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL, die nicht von der GKV bezahlt werden) könnte eine Auswirkung auf die Arzt-Patient-Beziehung haben. Dies auch, weil gesetzlich Krankenversicherte in Deutschland nicht daran gewöhnt sind, ärztliche Leistungen vergleichbar anderen Dienstleistungen vor Ort zu bezahlen. Aus dieser Perspektive gesehen ist der Anteil von 9,1% der Arztbesucher, die angeben, ihr Verhältnis zum Arzt hätte sich eher verschlechtert nach dem IGeL-Angebot, relativ gering. Demgegenüber sagen 83,5% der Befragten, die in

der gleichen Situation waren, dass sie keine Veränderung der Beziehung nach einem Angebot konstatieren und 4,6% sind sogar der Meinung, dass eine Verbesserung des Verhältnisses zum Arzt eingetreten sei (2,8% haben keine Angabe gemacht). In den letzten zwölf Monaten wurde etwas mehr als jedem fünften GK-Versicherten (21,9%) ärztlicherseits ein IGeL-Angebot unterbreitet, 70,1% dieser Angebote kamen vom Facharzt.

Wenn der Arzt ein IGeL-Angebot macht, dann wird dieses in den meisten Fällen angenommen (64,6% nahmen das Angebot an und bezahlten selbst). Mit steigendem Alter werden die Angebote häufiger akzeptiert: 60,2% der bis 34-Jährigen, 62,8% der 35- bis 59-Jährigen und 72,2% der 60- bis 79-Jährigen haben eine entsprechende Individuelle Gesundheitsleistung angenommen ($p < 0.05$). Es existiert kein statistisch relevanter Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme solcher IGeL-Angebote und Ost- bzw. Westzugehörigkeit, Geschlecht oder Groß- und Kleinstädtern. Obwohl mit steigendem Bildungsgrad der Patienten mehr Individuelle Gesundheitsleistungen angeboten werden ($p < 0.001$), nehmen Befragte mit Fachhochschulreife/Abitur oder Hochschulreife entsprechende Zusatzleistungen seltener in Anspruch (60,3%) als Befragte mit Hauptschulabschluss (66,8%). Der Unterschied zwischen Bildungsstand und Inanspruchnahme von Individuellen Gesundheitsleistungen ist signifikant ($p < 0.05$).

Nahezu jeder fünfte GK-Versicherte (18,6%), der in den letzten zwölf Monaten beim Arzt war, hat von sich aus eine Sonderleistung erbeten. Die Patienten, die eine solche Bitte an ihren Arzt richten, kommen eher aus Großstädten ($p < 0.001$), sind meist jünger als 60 Jahre ($p < 0.01$), häufiger weiblich ($p < 0.01$) und verfügen eher über einen höheren Bildungsabschluss ($p < 0.001$). So haben 28,8% ein Abitur, hingegen 13,9% einen Hauptschulabschluss.

Verhältnis zum Arzt

Die deutschen Arztbesucher haben ein hohes Vertrauensverhältnis zum Arzt und schätzen seine Fachkompetenz. Ihr Vertrauensverhältnis charakterisieren 91,9% aller befragten Arztbesucher als „sehr gut“ oder „gut“. Nur 5,0% sprechen von einem „weniger guten“ und „überhaupt nicht guten“ Verhältnis. Bei der Gegenüberstellung von Haus- und Facharzt zeigt sich, dass das Vertrauensverhältnis zu den Fachärzten etwas schlechter beurteilt wird als das zu den Hausärzten, denn 7,6% der Arztbesucher bewerten ihr Vertrauensverhältnis zum Facharzt als „weniger gut“ und „überhaupt nicht gut“ (bei den Hausärzten sind es nur 3,4%).

Die Bewertung des Vertrauensverhältnisses hängt eng mit der Einschätzung der Fachkompetenz (medizinisch-therapeutische Leistungen) zusammen. Von denen, die ihr Vertrauensverhältnis zum Arzt als schlecht bewerten, sind über die Hälfte auch der Meinung (62,9%), dass die Fachkompetenz des Haus- und Facharztes „weniger gut“ oder „überhaupt nicht gut“ sei. Insgesamt schätzen allerdings 92,6% der Arztbesucher die Fachkompetenz des Arztes als „gut“ bis „sehr gut“ ein.

Männer und Frauen unterscheiden sich in der Beurteilung nicht wesentlich voneinander. Die Einschätzung im Hinblick auf die Arztbeziehung variiert allerdings signifikant zwischen den Altersgruppen ($p < 0.01$): Ältere Befragte haben im Vergleich zu jüngeren Befragten ein größeres Vertrauen zu ihrem Arzt. 95,5% der 60- bis 79-Jährigen bescheinigen ihrem Arzt ein „sehr gutes“ oder „gutes“ Vertrauensverhältnis, versus 91,6% der unter 35-Jährigen. 6,2% dieser jüngsten Altersgruppe gibt an, ein „weniger gutes“ oder „überhaupt nicht gutes“ Vertrauensverhältnis zu ihrem Arzt zu haben, während lediglich 2,7% der 60- bis 79-Jährigen diese Einschätzung teilen.

Kritik und Beschwerden aus Unzufriedenheit

Insgesamt 17% der Befragten waren bei einem Arztbesuch in den letzten zwölf Monaten 1-mal so unzufrieden, dass sie sich beschweren wollten. Dabei unterscheiden sich Männer und Frauen nicht in ihren Beschwerdeabsichten. Zwischen Befragten aus den alten und den neuen Bundesländern sowie zwischen Groß- und Kleinstädten existieren keine Unterschiede in der Zufriedenheit. Demgegenüber weist der Bildungsstatus einen Zusammenhang mit der Zufriedenheit auf: Je höher der Bildungsstand, desto unzufriedener sind die Befragten ($p < 0.01$). Jüngere sind im Vergleich zu den Älteren häufiger so unzufrieden, dass sie sich beschweren wollten ($p < 0.001$): 22,2% der bis zu 34-Jährigen hatten dies vor, aber lediglich 11,1% der 60- bis 79-Jährigen. Mehr Befragte, die im letzten Jahr ausschließlich beim Facharzt waren, wollten sich beschweren (19,0%) als Befragte mit ausschließlichem Hausarztkontakt (13,7%). Der Unterschied ist statistisch signifikant ($p < 0.001$). Ein statistisch relevanter Unterschied existiert ebenso zwischen gesetzlich und privat Versicherten ($p < 0.05$). Die gesetzlich Versicherten sind im Vergleich mit privat Versicherten unzufriedener: 17,8% der GK-Versicherten waren so unzufrieden, dass sie eine Beschwerde in Erwägung gezogen haben; demgegenüber 13,7% der privat Versicherten.

Von allen Personen, die schon 1-mal so unzufrieden waren, dass sie sich beschweren wollten ($n=884$), geben etwa ein Drittel (34,3%) an, dies auch in die Tat umgesetzt zu haben. Wird nach den Reaktionen im Zusammenhang mit den tatsächlich vorgebrachten Beschwerden gefragt, so hat rund die Hälfte negative Erfahrungen gemacht: 51,7% derjenigen, die sich beschwert haben, berichten von negativen Rückmeldungen. Gut ein Viertel (25,3%) der entsprechenden Personen berichten von positiven Reaktionen, 17,6% geben weder positive noch negative Erfahrungen an und 4,7% machen hierzu keine Angabe. Hinsichtlich der Erfahrungen unterscheiden sich weder gesetzlich von privat Versicherten noch hat die Art des Arztes einen Effekt (Hausarzt versus Facharzt). Auch Geschlecht und Alter weisen keinen Zusammenhang mit den Reaktionen auf Beschwerden über ärztliches Handeln auf, d.h. Männer und Frauen, ältere und jüngere Befragte berichten von ähnlichen Erfahrungen.

Wenn die Befragten sich beschweren, ist der Arzt die erste Anlaufstelle: Knapp zwei Drittel äußerten ihre Unzufriedenheit dem Arzt gegenüber (63,6%); an zweiter Stelle rangieren die Krankenkassen (20,8%) und an dritter Stelle die Mitarbeiter der Arztpraxen (14,2%).

Die Unzufriedenheit mit einem Arzt führte für 11,0% der Befragten, die in den letzten zwölf Monaten einen Arzt besucht haben, zur Wahl eines neuen Arztes. Dabei wird der Arzt besonders häufig von jüngeren Befragten gewechselt. Für Männer und Frauen gilt: Je jünger sie sind, desto häufiger wechseln sie den Arzt. Während 12,5% der Männer bis 34 Jahre in den letzten zwölf Monaten den Arzt gewechselt haben (Frauen 17,6%), gaben 11,5% der 35- bis 59-jährigen (Frauen 12,8%) und 5,1% der 60- bis 79-jährigen Männer (Frauen 6,4%) an, diesen Schritt vollzogen zu haben. Diese Zahlen verdeutlichen zugleich, dass Frauen den Arzt signifikant häufiger wechseln als Männer ($p < 0.05$). Der Arztwechsel bei Unzufriedenheit steht in keinem statistisch relevanten Zusammenhang mit der Ausrichtung des Arztes (Hausarzt versus Facharzt) oder dem Versichertenstatus (privat versus gesetzlich).

3. Diskussion und Schlussfolgerungen

Die vorliegenden Ergebnisse der KBV-Versichertenbefragung zeigen, dass Arztbesuche zum Alltag der deutschen Bevölkerung gehören: 83,5% aller Befragten waren im letzten Jahr bei einem Haus- bzw. Facharzt. Eine telefonische Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) im Zeitraum Juni bis Juli 2008 mit 3.000 Versicherten ergab eine vergleichbare Zahl der Inanspruchnahme: 79% der Befragten waren hier im letzten Jahr beim Arzt (WIdO 2008).

Rund die Hälfte der Befragten der KBV-Studie gehen dabei zwischen 3- bis 10-mal im Jahr zum Arzt. Interessant ist, dass die „Vielnutzer“ mit über zehn Hausarztbesuchen im Jahr zwar erwartungsgemäß die ältesten Befragten zwischen 60 und 79 Jahren sind, der Facharzt jedoch am häufigsten von den jüngsten, den bis zu 34-Jährigen frequentiert wird.

Analog zu Umfragedaten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (Zok 2007) unterscheidet sich auch in der vorliegenden Befragung die Frequenz des Arztbesuches je nach Art der Kassenzugehörigkeit. Privat Versicherte gehen seltener als gesetzlich Versicherte zum Arzt. Die häufigere Inanspruchnahme der gesetzlich Versicherten ist vermutlich auf verschiedene Faktoren zurückzuführen. So verweisen z. B. mehrere Studien darauf, dass gesetzlich Versicherte stärker gesundheitliche Probleme zeigen als privat Versicherte (Mielck, Helmert 2007; Zok 2007) und dementsprechend häufiger den Arzt konsultieren. Des Weiteren könnten die Wahltarife der privaten Krankenversicherungen wie Beitragsrückerstattung bei geringer Arztfrequenz im Jahr oder das Kostenerstattungsprinzip das Inanspruchnahmeverhalten privat Versicherter beeinflussen.

Der vorliegende Beitrag zur KBV-Versichertenbefragung richtet seinen Fokus auf die in der aktuellen Gesundheitsdebatte intensiv diskutierten Terminwartezeiten und Wartezeiten in der Arztpraxis. Die Ergebnisse zeigen, dass zwar knapp die Hälfte aller Befragten entweder keine Wartezeit angibt oder direkt ohne Termin den Arzt aufsuchen konnte. Allerdings wird auch deutlich, dass die Wartezeit auf einen Termin von verschiedenen Parametern abhängt. Von langen Wartezeiten auf einen Termin sind vor allem Vorsorgepatienten, Facharztbesucher, Großstädter, Frauen und – wie bereits mehrere Studien aufzeigten (BKK 2008; Mielck, Helmert 2007; Schellhorn 2007) – gesetzlich Versicherte betroffen. Die Differenz der Wartezeiten auf einen Arzttermin zwischen privat- und gesetzlich Versicherten verringert sich allerdings, wenn aktuelle Gesundheitsprobleme vorliegen. Sind die gesetzlich Versicherten in der Arztpraxis angekommen, müssen sie dort jedoch wiederum länger als privat Versicherte auf die Behandlung im Wartezimmer warten.

Die Wartezeit auf einen Termin verkürzt sich generell bei aktuellen Problemen. Knapp ein Drittel der Befragten erhält in diesem Fall sofort einen Termin. Demgegenüber verlängert sich die Wartezeit in der Praxis bei einem aktuellen Problem: Hier berichten Versicherte, die aufgrund einer Vorsorgeuntersuchung oder chronischen Erkrankung den Arzt aufsuchten, von kürzeren Wartezeiten gegenüber Versicherten mit einem aktuellen Problem. Dieses Ergebnis lässt auf ein flexibles Bestellsystem der Ärzte bei aktuellen Problemen ihrer Patienten schließen, da diese eher kurzfristig einen Termin erhalten, dafür aber länger in der Praxis warten müssen.

Besonders Facharztbesucher müssen länger auf einen Termin warten. Eine niedrigere Facharztdichte spielt hierbei nur bedingt eine Rolle, denn einerseits sind von langen Wartezeiten (über drei Wochen) zwar besonders Regionen mit einer niedrigen Facharztdichte betroffen. Bei aktuellen Problemen wird dieser Mangel jedoch von den Ärzten vor Ort kompensiert, so dass sich die langen Wartezeiten nicht mehr signifikant nach Regionen mit variierender Facharztdichte unterscheiden. Auch ein Vergleich zwischen Befragten aus Groß- und Kleinstädten in der Wartedauer auf einen Termin beim Facharzt ergibt keine statistisch relevanten Unterschiede.

Warum Frauen signifikant länger als Männer auf einen Termin warten müssen, ist ein Ergebnis, das weitergehend untersucht werden sollte. Es stellt sich die Frage, ob der Unterschied zu Männern durch ein variierendes Inanspruchnahmeverhalten erklärt werden kann oder davon unabhängig existiert. Alter sowie Ost- bzw. Westzugehörigkeit üben global betrachtet keinen signifikanten Einfluss aus auf die Terminwartezeit. Werden allerdings nur die sehr langen Wartezeiten betrachtet, überwiegen die ältesten und ostdeutschen Befragten. Versicherte aus den neuen Bundesländern sind darüber hinaus auch von längeren Wartezeiten in der Praxis betroffen. Hier stellt sich die Frage, ob die längere Wartezeit in der Praxis vor allem mit dem unterschiedlichen Inanspruchnahmeverhalten erklärt werden kann. Wie die Befunde zeigen, gehen Befragte aus

den neuen Bundesländern öfter ohne Termin zum Arzt als Befragte aus den alten Bundesländern.

Die vorliegenden Ergebnisse zur Wartezeit auf einen Termin sowie zur Wartezeit in der Praxis stimmen überwiegend mit den Ergebnissen Schellhorns überein, der im Rahmen der 13. Welle des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung 2007 die Wartezeiten von gesetzlich und privat Versicherten in der ambulanten Versorgung untersucht hat. Den Zusammenhang zwischen dem Versichertenstatus und der Wartezeit auf einen Termin für Haus- und Facharztpatienten getrennt betrachtet, stellt er signifikant längere Wartezeiten beim Facharzt für gesetzlich Versicherte fest. Demgegenüber konnte er keinen statistisch relevanten Unterschied in der Wartezeit auf einen Termin beim Hausarzt beobachten. Die Ergebnisse Schellhorns zeigen analog zur KBV-Befragung, dass es keinen signifikanten Einfluss des Alters auf die Terminwartezeit gibt, jedoch des Geschlechts. Männer geben auch hier häufiger kürzere Wartezeiten auf einen Termin an als Frauen. Zur Wartezeit in der Praxis zeigen die Ergebnisse des Gesundheitsmonitors, dass die gesetzlich Versicherten sowohl in der Hausarzt- als auch in der Facharztpraxis länger warten als die privat Versicherten. Eine Differenzierung nach Anlässen für den Termin zeigt wie bei der KBV-Befragung, dass Versicherte zwar über längere Wartezeiten auf einen Vorsorgetermin berichten, jedoch über kürzere Wartezeiten in der Praxis als Befragte mit einem aktuellen Problem oder einer chronischen Erkrankung (Schellhorn 2007).

Auch eine Untersuchung des BKK-Bundesverbandes zum Thema „Arztbesuche“, die im April und Mai 2008 durchgeführt wurde, kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Die Grundgesamtheit der 6.013 Befragten umfasst allerdings alle über 14-Jährigen und bezieht außerdem Zahnarztbesuche mit ein. Analog zur KBV-Befragung gibt hier jeder fünfte Befragte eine Wartezeit auf einen Termin von über einer Woche an. Ebenso wird von längeren Wartezeiten beim Facharzt und über eine längere Wartezeit von gesetzlich Versicherten berichtet (BKK 2008).

In dem vorliegenden Beitrag wird des Weiteren die Frage verfolgt, wer sich hinter den 20% der Befragten verbirgt, die die Wartezeit für unangemessen halten. Nach Kontrolle mehrerer Einflussgrößen zeigen die multivariaten Ergebnisse, dass die Wahrscheinlichkeit einer Unzufriedenheit von dem Anlass der Behandlung, vom Gesundheitszustand, von der Anzahl der Hausarztbesuche, der Einschätzung der Fachkompetenz des Arztes, dem Alter des Befragten, dessen Versichertenstatus und erwartungsgemäß am stärksten von der Wartedauer bis zum Termin beeinflusst wird. Unabhängig davon, wie lange auf einen Termin gewartet werden muss, ist für Versicherte, die die Fachkompetenz ihres Arztes „schlecht“ einschätzen, das Risiko der Unzufriedenheit knapp 5-mal so hoch im Vergleich zu Versicherten, die die Fachkompetenz als „sehr gut“ bewerten. Bei einer hohen Wertschätzung der fachlichen Leistung des Arztes werden demnach längere Wartezeiten in Kauf genommen. Die größere Unzufriedenheit der gesetzlich Versicherten im Vergleich zu den privat

Versicherten bleibt nach Kontrolle weiterer Einflüsse wie Alter, Geschlecht und Wartedauer auf einen Termin erhalten. Die Wahrscheinlichkeit, dass gesetzlich Versicherte die Wartezeiten für unangemessen halten, ist im Vergleich zu den privat Versicherten um das zweifache erhöht. Auch die Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) ergab eine größere Unzufriedenheit der gesetzlich Versicherten mit den Wartezeiten (Zok 2007).

Generell bescheinigen die Befragten ihren Ärzten ein hohes Vertrauensverhältnis – über 90% bezeichnen dieses als „sehr gut“ oder „gut“. Fachärzte werden dabei etwas schlechter als Hausärzte bewertet. Während Männer und Frauen sich in ihrer Beurteilung nicht wesentlich voneinander unterscheiden, sind vor allem jüngere Befragte kritisch eingestellt. Der Hintergrund für diese negativere Bewertung Jüngerer wurde hier nicht näher verfolgt. Im Hinblick auf die allgemein häufiger geäußerte Unzufriedenheit von jüngeren Befragten gegenüber älteren Befragten wäre eine weitergehende Betrachtung interessant. Mehr als jeder fünfte Befragte der unter 35-Jährigen war in den letzten zwölf Monaten 1-mal so unzufrieden, dass er sich beschweren wollte (versus etwa jedem zehnten Befragten der 60- bis 79-Jährigen). Zudem wechseln jüngere Befragte häufiger den Arzt.

Die Ergebnisse zur Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung verdeutlichen darüber hinaus, dass sich mehr Facharztbesucher als Hausarztbesucher und mehr gesetzlich Versicherte als privat Versicherte beschweren wollten. Tatsächlich beschwert hat sich etwa ein Drittel der Unzufriedenen. Rund zwei Drittel äußerten ihren Unmut direkt beim Arzt. Die Krankenkasse wurde als zweithäufigster Adressat einer Beschwerde genannt.

Über die Hälfte derjenigen, die sich beschwert haben, geben negative Erfahrungen an. Dieses Ergebnis zeugt von einer mangelnden Kritikfähigkeit der Adressaten, wobei die Gründe hierfür anhand der vorliegenden Daten nicht ermittelt werden konnten.

Von weiterem Interesse war, ob sich das Arzt-Patienten-Verhältnis aufgrund angebotener Zusatzleistungen (IGeL-Angebote) verändert hat. Im Gegensatz zu einer aktuellen Befragung des Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) geben in der KBV-Versichertenbefragung weniger Befragte, die IGeL-Angebote in Anspruch genommen haben, eine Auswirkung an: 83,5% konstatieren keine Beeinflussung ihres Vertrauensverhältnisses zum Arzt, während in der WiDO-Befragung lediglich 58,1% dasselbe behaupten (WiDO 2008). Die Daten der KBV-Untersuchung ergeben, dass in den letzten zwölf Monaten ca. jedem fünften GK-Versicherten ein IGeL-Angebot unterbreitet wurde, dieser Anteil liegt mit 26,7% bei der WiDO-Studie etwas höher. Als übereinstimmendes Ergebnis kann festgehalten werden, dass vor allem Versicherte mit höherem Bildungsabschluss mehr Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) angeboten bekommen. Die KBV-Ergebnisse zeigen allerdings, dass Befragte mit Abitur oder Hochschulreife die Angebote letztendlich seltener in Anspruch nehmen als Befragte mit Hauptschulabschluss. Die Gründe hierfür

können anhand der vorliegenden Daten nicht geklärt werden.

Insgesamt veranschaulichen die Ergebnisse der KBV-Versichertenbefragung, dass die ambulante medizinische Versorgung in hohem Maße in Anspruch genommen wird und die Mehrzahl der Versicherten mit der ärztlichen Betreuung zufrieden ist. Wartezeiten führen überwiegend nicht zu einer erhöhten Unzufriedenheit, unterscheiden sich jedoch je nach Situation und Personengruppe. Während einige Ungleichheiten bereits hinlänglich bekannt sind und diskutiert wurden – z. B. die längere Wartezeit von gesetzlich Versicherten gegenüber privat Versicherten – konnten in dem vorliegenden Beitrag weitere Disparitäten analysiert werden. Womit hängt die längere Wartezeit von Frauen zusammen, warum sind jüngere Befragte mit der ärztlichen Betreuung unzufriedener als ältere Befragte, welche Faktoren sind für die längeren Wartezeiten von Patienten aus den neuen Bundesländern verantwortlich? Diese Fragen erfordern weitere Untersuchungen, ob die aufgedeckten Unterschiede mit strukturellen Benachteiligungen oder mit Versorgungsdefiziten in Verbindung stehen.

Quellen

- BKK (2008): Bevölkerungsumfrage 2008. Arztbesuche. URL: http://www.bkk.de/bkk/psfile/downloaddatei/31/BKK_Arztbe4864c7397d2d2.pdf, Download: 24.09.2008.
- KBV (2006): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage Mai/Juni 2006. URL: <http://www.kbv.de/publikationen/8700.html>, Download: 25.09.2008.
- Mielck, A.; Helmert, U. (2007): Das Arzt-Patienten-Verhältnis in der ambulanten Versorgung: Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten. In: Böcken, J.; Braun, B.; Amhof, R. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Bertelsmann, S. 114-132.
- Rieser, Sabine (2006): Versichertenbefragung der KBV: Viel Lob für die Ärzte, aber auch Hinweise auf Mängel. In: Deutsches Ärzteblatt; Jg. 103, Heft 34-35, S.: A 2213.
- Schellhorn, M. (2007): Vergleich der Wartezeiten von gesetzlich und privat Versicherten in der ambulanten ärztlichen Versorgung. In: Böcken, J.; Braun, B.; Amhof, R. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Bertelsmann, S. 95-113.
- WiDO (2008): IGeL-Markt wächst weiter. Die Initiative kommt meist vom Arzt. (Pressemitteilung), URL: http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_pressemitteilungen/wido_ges_pm_igel_0808_.pdf, Download: 25.09.2008.
- Zok, K. (2007): Warten auf den Arzttermin. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter GKV- und PKV-Versicherten. WiDO-monitor, Jg. 4, Heft 1, S.1-7.

Fußnoten:

- 1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text zumeist die maskuline Form der Substantive gewählt. In der Regel werden damit beide Geschlechter bezeichnet.