

Evaluation IHP-Survey

Evaluationsgutachten zur Bewertung des deutschen Engagements zur Teilnahme am „International Health Policy (IHP)-Survey“ des Commonwealth Fund

GUTACHTEN

Evaluation IHP-Survey

Evaluationsgutachten zur Bewertung des deutschen Engagements zur Teilnahme am „International Health Policy (IHP)-Survey“ des Commonwealth Fund

Monika Sander
Martin Albrecht

mit Unterstützung durch
Wiebke Wichtrup

Gutachten

für das Bundesministerium für Gesundheit

Berlin, Februar 2021

Autoren

Dr. Martin Albrecht
Dr. Monika Sander
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Inhalt

1.	Einleitung	13
1.1	Hintergrund des Gutachtens	13
1.2	Ziele des Gutachtens	13
1.3	Struktur des Gutachtens	14
2.	Überblick über den IHP-Survey seit dem Jahr 2010	15
3.	IHP-Survey der Bevölkerung ab 18 Jahren	17
3.1	Durchführung der IHP-Befragungen der Bevölkerung ab 18 Jahren	17
3.2	Bewertung der Repräsentativität	18
3.2.1	Auswahlwahrscheinlichkeit	18
3.2.2	Stichprobenumfang	19
3.2.3	Gewichtung der Stichprobe	20
3.3	Beurteilung der Erhebungsinstrumente des IHP-Survey der Bevölkerung ab 18 Jahren	22
3.3.1	Entwicklung der Erhebungsinstrumente für die Bevölkerung ab 18 Jahren	22
3.3.2	Objektivität, Reliabilität und Validität sowie Passgenauigkeit für das deutsche Gesundheitssystem	23
3.4	Darstellung der Vor- und Nachteile im Vergleich zu anderen nationalen und internationalen Befragungsinstrumenten	25
3.4.1	Auswahl der Vergleichsstudien	25
3.4.2	Übersicht über die ausgewählten Vergleichsstudien für die Befragungen der Bevölkerung ab 18 Jahren	25
3.4.3	Vergleich des IHP-Surveys mit den ausgewählten Studien anhand verschiedener Faktoren	29
3.5	Vergleichende Darstellung der zentralen Ergebnisse	43
3.5.1	Beurteilung des Gesundheitssystems	43
3.5.2	Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	44
3.5.3	Zugang zur Gesundheitsversorgung	48
3.5.4	Koordination der Gesundheitsversorgung	52
3.5.5	Gesundheitszustand	53
4.	IHP-Survey der älteren Bevölkerung	57
4.1	Durchführung der IHP-Befragungen der älteren Bevölkerung	57
4.2	Bewertung der Repräsentativität der IHP-Befragungen der älteren Bevölkerung	57
4.2.1	Auswahlwahrscheinlichkeit	57
4.2.2	Stichprobenumfang	58
4.2.3	Gewichtung der Stichprobe	59
4.3	Beurteilung der Erhebungsinstrumente des IHP-Survey der älteren Bevölkerung	61
4.3.1	Entwicklung der Erhebungsinstrumente	61

4.3.2	Objektivität, Reliabilität und Validität sowie Passgenauigkeit für das deutsche Gesundheitssystem	61
4.4	Darstellung der Vor- und Nachteile im Vergleich zu anderen nationalen und internationalen Befragungsinstrumenten	63
4.4.1	Auswahl der Vergleichsstudien	63
4.4.2	Übersicht über die ausgewählten Vergleichsstudien	64
4.4.3	Vergleich des IHP-Surveys mit den ausgewählten Studien anhand verschiedener Faktoren	65
4.5	Vergleichende Darstellung der zentralen Ergebnisse	74
4.5.1	Zugang zur Gesundheitsversorgung	74
4.5.2	Beziehung zum Hausarzt bzw. Hausärztin	78
4.5.3	Koordination der Versorgung	80
4.5.4	Erfahrungen mit Fachärztinnen und -ärzten	81
4.5.5	Krankenhausaufenthalte	82
4.5.6	Inanspruchnahme einer Notaufnahme	84
4.5.7	Gesundheitszustand	86
4.5.8	Out-of-pocket-Zahlungen	88
5.	IHP-Survey der Ärztinnen und Ärzte	89
5.1	Durchführung der IHP-Befragungen der Ärztinnen und Ärzte	89
5.2	Bewertung der Repräsentativität des IHP-Surveys der Ärztinnen und Ärzte	90
5.2.1	Auswahlwahrscheinlichkeit	91
5.2.2	Stichprobenumfang	91
5.2.3	Gewichtung der Stichprobe	92
5.3	Beurteilung der Erhebungsinstrumente des IHP-Survey der Ärztinnen und Ärzte	94
5.3.1	Entwicklung der Erhebungsinstrumente	94
5.3.2	Objektivität, Reliabilität und Validität sowie Passgenauigkeit für das deutsche Gesundheitssystem	94
5.4	Darstellung der Vor- und Nachteile im Vergleich zu anderen nationalen und internationalen Befragungsinstrumenten	95
5.4.1	Auswahl der Vergleichsstudien	95
5.4.2	Übersicht über die ausgewählten Vergleichsstudien	95
5.4.3	Vergleich des IHP-Surveys der Ärztinnen und Ärzte mit den ausgewählten Studien anhand verschiedener Faktoren	96
5.5	Vergleichende Darstellung der zentralen Ergebnisse	103
5.5.1	Allgemeine Bewertung des Gesundheitssystems	103
5.5.2	Zufriedenheitsaspekte	106
5.5.3	Arbeitszeiten	110
5.5.4	Koordination mit anderen Leistungserbringern	111
5.5.5	Digitalisierung in Arztpraxen	113
6.	Einschätzung der Nutzung der Ergebnisse des IHP-Surveys	117
7.	Bewertung des Symposiums	119

8. Zusammenfassung und Bewertung	121
9. Anhang	125
A1 Publikationen auf Basis des IHP-Survey	126
A2 Liste der befragten Organisationen	131
Literaturverzeichnis	132
Abbildungen	6
Tabellen	9
Abkürzungsverzeichnis	11

Abbildungen

- Abbildung 1: Verteilung der Befragten nach ihrer Beurteilung des Gesundheitssystems (in %) im internationalen Vergleich, 2016 43
- Abbildung 2: Anteile der Befragten mit positiver Beurteilung des Gesundheitssystems (in %) im internationalen Vergleich, 2010, 2013, 2016 44
- Abbildung 3: Anteil der Befragten mit Inanspruchnahme eines Facharztes in den letzten zwei Jahren (in %) im internationalen Vergleich, 2016 und 2020 45
- Abbildung 4: Anteil der Befragten mit einem Krankenhausaufenthalt in den letzten zwei Jahren (in %) im internationalen Vergleich, 2016 und 2020 47
- Abbildung 5: Anteile der Befragten mit Inanspruchnahme einer Notaufnahme in den letzten zwei Jahren (in %) im internationalen Vergleich, 2013, 2016 und 2020 48
- Abbildung 6: Verteilung der Befragten nach Einschätzung der Schwierigkeit, außerhalb der Praxisöffnungszeiten medizinische Versorgung ohne Inanspruchnahme einer Notaufnahme zu erhalten (in %) im internationalen Vergleich, 2020 49
- Abbildung 7: Anteil der Befragten mit Arzttermin am selben oder nächsten Tag bei Krankheit bzw. bei Notwendigkeit einer medizinischer Betreuung (in %) im internationalen Vergleich, 2016 und 2020 50
- Abbildung 8: Anteile der Befragten mit einer Terminwartezeit von zwei Monaten oder länger bei einem Facharzt (in %) im internationalen Vergleich, 2016 und 2020 51
- Abbildung 9: Verteilung der Befragten nach unterschiedlichen kostenbedingten Zugangsbarrieren in den letzten 12 Monaten (in %) im internationalen Vergleich, 2020 52
- Abbildung 10: Verteilung der Befragten nach unterschiedlichen Koordinationsproblemen der ärztlichen Versorgung (in %) im internationalen Vergleich, 2016 53
- Abbildung 11: Verteilung der Befragten nach der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes (in %) im internationalen Vergleich, 2020 54
- Abbildung 12: Anteile der Befragten mit mindestens einer chronischen Krankheit (in %) im internationalen Vergleich, 2016 und 2020 55
- Abbildung 13: Anteile der Befragten mit emotionalem Stress im vergangenen Jahr, der nicht alleine bewältigt werden konnte, (in %) im internationalen Vergleich, 2016 56
-

Abbildung 14:	Verteilung der Befragten nach der Zufriedenheit mit der Qualität der medizinischen Versorgung in den letzten 12 Monaten (in %) im internationalen Vergleich, 2017	74
Abbildung 15:	Verteilung der Befragten nach der Zustimmung zu verschiedenen kostenbedingten Zugangsbarrieren (in %) im internationalen Vergleich, 2017	75
Abbildung 16:	Verteilung der Befragten nach der Einschätzung der Schwierigkeit, an Abenden, an Wochenenden oder an Feiertagen medizinische Versorgung zu erhalten ohne Inanspruchnahme einer Notaufnahme (in %) im internationalen Vergleich, 2017	76
Abbildung 17:	Verteilung der Befragten nach der Schnelligkeit, mit der ein Termin bei einem Arzt möglich war (in %) im internationalen Vergleich, 2017	77
Abbildung 18:	Verteilung der Befragten nach der Häufigkeit mit der noch am selben Tag eine Antwort vom Hausarzt erfolgt bei einer Kontaktaufnahme während der Sprechzeiten (in %) im internationalen Vergleich, 2017	78
Abbildung 19:	Anteile der Befragten bei denen der Hausarzt bei der Koordination der weiteren Behandlung immer bzw. oft unterstützt (in %) im internationalen Vergleich, 2017	79
Abbildung 20:	Verteilung der Befragten nach der Anzahl unterschiedlicher Ärztinnen und Ärzte, die in den letzten 12 Monaten besucht wurden (in %) im internationalen Vergleich, 2017	80
Abbildung 21:	Anteil der Befragten mit Inanspruchnahme oder Bedarf eines Facharztes bzw. einer Fachärztin in den letzten zwei Jahren (in %) im internationalen Vergleich, 2017	81
Abbildung 22:	Anteil der Befragten mit einem Krankenhausaufenthalt in den letzten zwei Jahren (in %) im internationalen Vergleich, 2017	82
Abbildung 23:	Verteilung der Befragten nach verschiedenen Aspekten des Entlassmanagements (in %) im internationalen Vergleich, 2017	83
Abbildung 24:	Verteilung der Befragten über Inanspruchnahme einer Notaufnahme in den letzten zwei Jahren (in %) im internationalen Vergleich, 2014 und 2017	84
Abbildung 25:	Verteilung der Befragten nach der Einschätzung, ob das medizinische Problem, welches zur Inanspruchnahme einer Notaufnahme führte, auch durch den Hausarzt hätte behandelt werden können (in %) im internationalen Vergleich, 2017	85
Abbildung 26:	Verteilung der Befragten nach der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes (in %) im internationalen Vergleich, 2017	86

Abbildung 27:	Anteil der Befragten mit Notwendigkeit von Unterstützung aufgrund von Gesundheitsproblemen (in %) im internationalen Vergleich, 2017	87
Abbildung 28:	Verteilung der Befragten nach Ausgaben für medizinische Behandlungen und Leistungen in den vergangenen 12 Monaten (ohne Versicherungsbeiträge) (in %) im internationalen Vergleich, 2014 und 2017	88
Abbildung 29:	Verteilung der befragten Ärztinnen und Ärzte nach ihrer Beurteilung des Reformbedarfs im Gesundheitssystem (in %) im internationalen Vergleich, 2015	103
Abbildung 30:	Verteilung der befragten Ärztinnen und Ärzte nach ihrer Beurteilung des Gesundheitssystems (in %) im internationalen Vergleich, 2019	104
Abbildung 31:	Verteilung der befragten Ärztinnen und Ärzte nach ihrer Einschätzung bezüglich einer Veränderung der Qualität der medizinischen Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten in den letzten drei Jahren durch das Gesundheitssystem insgesamt (in %) im internationalen Vergleich, 2019	105
Abbildung 32:	Verteilung der befragten Ärztinnen und Ärzte nach ihrer Einschätzung bezüglich des Umfangs der medizinischen Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten durch alle Ärzte und Fachärzte insgesamt (in %) im internationalen Vergleich, 2019	106
Abbildung 33:	Anteil der befragten Ärztinnen und Ärzte, die mit der ärztlichen Tätigkeit insgesamt äußerst oder sehr zufrieden sind (in %) im internationalen Vergleich, 2019	107
Abbildung 34:	Anteil der befragten Ärztinnen und Ärzte, die mit dem Einkommen aus ihrer Praxistätigkeit äußerst oder sehr zufrieden sind (in %) im internationalen Vergleich, 2019	108
Abbildung 35:	Anteil der befragten Ärztinnen und Ärzte, die mit der Zeit für die Patienten äußerst oder sehr zufrieden sind (in %) im internationalen Vergleich, 2019	109
Abbildung 36:	Verteilung der befragten Ärztinnen und Ärzte nach der Zeit, die durchschnittlich für einen Patienten bei einem Routinekontakt zur Verfügung steht (in %) im internationalen Vergleich, 2019	110
Abbildung 37:	Verteilung der befragten Ärztinnen und Ärzte nach der Anzahl der Wochenstunden (in %) im internationalen Vergleich, 2019	111
Abbildung 38:	Verteilung der befragten Ärztinnen und Ärzte nach der durchschnittlichen Dauer, bis nach einem Krankenhausaufenthalt alle erforderlichen Informationen zur Weiterbehandlung vorliegen (in %) im internationalen Vergleich, 2019	112

Abbildung 39:	Anteil der befragten Ärztinnen und Ärzte mit Angabe einer durchschnittlichen Dauer < 48 h, bis nach einem Krankenhausaufenthalt alle erforderlichen Informationen zur Weiterbehandlung vorliegen (in %) im internationalen Vergleich, 2012, 2015, 2019	113
Abbildung 40:	Anteile der befragten Ärztinnen und Ärzte mit Nutzung einer elektronischen Patientenakte (in %) im internationalen Vergleich, 2012, 2015, 2019	114
Abbildung 41:	Anteil der befragten Ärztinnen und Ärzte mit Möglichkeit des elektronischen Versands von Rezepten an Apotheken (in %) im internationalen Vergleich, 2015	115
Abbildung 42:	Anteile der befragten Ärztinnen und Ärzte mit verschiedenen Online-Angeboten für Patienten (in %) im internationalen Vergleich, 2019	116
Abbildung 43:	Bekanntheit und Nutzung des IHP-Survey in Organisationen im Gesundheitssektor in Deutschland	118

Tabellen

Tabelle 1:	Überblick über die Zielgruppe, Methode und die teilnehmenden Länder des IHP-Survey seit dem Jahr 2010	16
Tabelle 2:	Übersicht über die Durchführung der Befragung der Bevölkerung ab 18 Jahren in Deutschland in den Jahren 2010, 2013 und 2016	18
Tabelle 3:	Mindeststichprobengrößen nach Konfidenzniveau und Fehlerspanne bei einer Grundgesamtheit von mehr als 65 Millionen	20
Tabelle 4:	Informationen über die Gewichtung der Stichprobe für Deutschland, IHP-Survey für die Bevölkerung ab 18 Jahren, 2016	21
Tabelle 5:	Gegenüberstellung des IHP-Surveys der Bevölkerung ab 18 Jahren mit den ausgewählten internationalen Vergleichsstudien	32
Tabelle 6:	Gegenüberstellung des IHP-Surveys der Bevölkerung ab 18 Jahren mit den ausgewählten nationalen Vergleichsstudien	34
Tabelle 7:	Vergleich der teilnehmenden Länder – IHP-Survey, EHIS, ESS und EU-SILC	37

Tabelle 8:	Befragungsthemen des IHP-Surveys der Bevölkerung ab 18 Jahren und der Vergleichsstudien, die sich ausschließlich auf Gesundheitsthemen fokussieren	39
Tabelle 9:	Mindeststichprobengrößen nach Konfidenzniveau und Fehlerspanne bei einer Grundgesamtheit von 17 Millionen	59
Tabelle 10:	Informationen über die Stichprobe für Deutschland, IHP-Survey, 2017	60
Tabelle 11:	Gegenüberstellung des IHP-Surveys der älteren Bevölkerung mit den ausgewählten Vergleichsstudien	67
Tabelle 12:	Vergleich der teilnehmenden Länder – IHP-Survey, SHARE und EHIS	69
Tabelle 13:	Befragungsthemen des IHP-Surveys und der Vergleichsstudien	71
Tabelle 14:	Übersicht über die Durchführung der Befragung der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, 2012, 2015 und 2019	90
Tabelle 15:	Mindeststichprobengrößen nach Konfidenzniveau und Fehlerspanne bei einer Grundgesamtheit von 63.000 Befragungspersonen	92
Tabelle 16:	Informationen über die Stichprobe für Deutschland, IHP-Survey der Ärztinnen und Ärzte, 2019	93
Tabelle 17:	Gegenüberstellung des IHP-Surveys der Ärztinnen und Ärzte mit der ausgewählten Vergleichsstudie	98
Tabelle 18:	Vergleich der Befragungsthemen des IHP-Surveys der Ärztinnen und Ärzte mit den ausgewählte Vergleichsstudien	99

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
ALLBUS	Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften
AMR	Advanced Market Research
AUS	Australien
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BQS	Institut für Qualität und Patientensicherheit
CAN	Kanada
CAPI	Computer Assisted Personal Interview
CATI	Computer Assisted Telephone Interviewing
CHE	Schweiz
CWF	Commonwealth Fund
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DEU	Deutschland
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DUC	Dual-Usage-Correction
EHIS	European Health Interview Survey
ESS	European Social Survey
EU-SILC	EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen
EVS	Einkommens- und Verbrauchsstichprobe
FRA	Frankreich
GDCC	Global Data Collection
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GESIS	Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen
IHP	International Health Policy

Abkürzung	Erläuterung
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
NLD	Niederlande
NOR	Norwegen
NZL	Neuseeland
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OMK	Offene Methode der Koordinierung
PAPI	Paper and Pencil Interview
RKI	Robert Koch-Institut
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
SWE	Schweden
UK	Vereinigtes Königreich
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
WHC	Within Household Correction

1. Einleitung

1.1 Hintergrund des Gutachtens

Die amerikanische Stiftung Commonwealth Fund (CWF) organisiert seit dem Jahr 1998 den „International Health Policy (IHP)-Survey“, eine vergleichende gesundheitspolitische Befragung. Die Befragung findet jährlich statt mit wechselnden Zielgruppen (Bürgerinnen und Bürger ab 18 Jahren, Allgemeinärztinnen und -ärzte, Bürgerinnen und Bürger ab 65 Jahren bzw. 55 Jahren) sowie chronisch kranken Patientinnen und Patienten). Im Jahr 2020 haben elf Nationen an dem Survey teilgenommen.¹

Die Organisation und Datenerhebung wird auf nationaler Ebene durchgeführt; in Deutschland ist derzeit das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit der Durchführung beauftragt.² Ein vom CWF beauftragter Dienstleister führt die Daten länderübergreifend zusammen und wertet die Ergebnisse aus.

Die Kernthemen des Surveys umfassen

- ◆ den Zugang zur Gesundheitsversorgung,
- ◆ die Komplexität des Versicherungssystems,
- ◆ den administrativen Aufwand,
- ◆ die Koordination der medizinischen Versorgung,
- ◆ das Management chronischer Erkrankungen.

Die Ergebnisse des Surveys werden auf einem jährlich stattfindenden Symposium in den USA präsentiert und vom Commonwealth Fund veröffentlicht.

1.2 Ziele des Gutachtens

Das Ziel des Evaluationsgutachtens ist eine Bewertung der Teilnahme Deutschlands am IHP-Survey auf Basis der Erfahrungen der letzten zehn Jahre. Hierfür soll der Nutzen und Mehrwert der länderübergreifenden Befragungen für das deutsche Gesundheitssystem unter Berücksichtigung der Teilnahme der letzten zehn Jahre analysiert und bewertet werden.

Insbesondere sollen dabei folgende Fragestellungen untersucht werden:

- ◆ Beurteilung der Reliabilität und Validität der vom CWF erstellten Befragungsinstrumente zum Vergleich internationaler Gesundheitssysteme sowie deren Passgenauigkeit für das deutsche Gesundheitssystem,

¹ USA, Kanada, Frankreich, Vereinigtes Königreich, Schweiz, Deutschland, Niederlande, Norwegen, Schweden, Australien und Neuseeland

² Davor war das BQS mit der Begleitung des IHP-Survey beauftragt.

- ◆ Bewertung der Repräsentativität der durchgeführten Befragungen,
- ◆ Herausarbeitung der Vor- und Nachteile im Vergleich zu anderen nationalen und internationalen Befragungsinstrumenten,
- ◆ vergleichende Darstellung der zentralen Ergebnisse des Surveys für Deutschland der letzten Jahre und Beurteilung, inwiefern sich konkrete Erklärungsmodelle für die Ergebnisse ableiten lassen,
- ◆ Einschätzung der Nutzung der Ergebnisse in bspw. nationalen und internationalen Organisationen (z. B. der OECD), Wissenschaft, Industrie und Verbänden und in der öffentlichen gesundheitspolitischen Diskussion,
- ◆ Bewertung der Bedeutung und des Mehrwerts des jährlich stattfindenden Symposiums des CWF für das deutsche Gesundheitswesen bzw. die deutsche Gesundheitspolitik,
- ◆ Analyse des Aufwands zur Durchführung und Auswertung.

1.3 Struktur des Gutachtens

Das Gutachten besteht neben der Einleitung aus sieben weiteren Kapiteln:

- ◆ Im zweiten Kapitel wird ein kurzer Überblick über den IHP-Survey der letzten zehn Jahre gegeben.
 - ◆ Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit dem IHP-Survey der Bevölkerung ab 18 Jahren. Die Durchführung des Surveys wird erläutert und die Repräsentativität bewertet. Danach werden die Erhebungsinstrumente beurteilt und die Vor- und Nachteile des IHP-Surveys im Vergleich zu anderen internationalen und nationalen Studien dargestellt. Schließlich werden ausgewählte Ergebnisse des IHP-Surveys der Bevölkerung ab 18 Jahren dargestellt – falls verfügbar auch im Vergleich der Befragungsjahre.
 - ◆ Entsprechend der Struktur des dritten Kapitels wird in Kapitel 4 der IHP-Survey der älteren Bevölkerung und in Kapitel 5 der IHP-Survey der Ärztinnen und Ärzte dargestellt.
 - ◆ Im sechsten Kapitel wird die Nutzung des IHP-Surveys in internationalen und vor allem in nationalen Organisationen analysiert.
 - ◆ Kapitel 7 beschreibt das jährlich stattfindende Symposium und bewertet die Teilnahme an dieser Veranstaltung.
 - ◆ Das achte Kapitel fasst die Ergebnisse des Gutachtens zusammen und bewertet die Teilnahme Deutschlands am IHP-Survey.
-

2. Überblick über den IHP-Survey seit dem Jahr 2010

In den letzten zehn Befragungsjahren wurden insgesamt vier verschiedene Zielgruppen befragt (Tabelle 1):

- ◆ Ärztinnen und Ärzte (Befragungsjahre: 2012, 2015, 2019)
- ◆ Bevölkerung ab 18 Jahren (Befragungsjahre: 2010, 2013, 2016, 2020)
- ◆ Bevölkerung ab 18 Jahren mit Erkrankungen (Befragungsjahr: 2011)
- ◆ Bevölkerung ab 55 bzw. 65 Jahren (Befragungsjahre: 2014, 2017)

Die Bevölkerung ab 18 Jahren mit Erkrankungen wurde lediglich einmal befragt, für die anderen drei Zielgruppen findet eine Befragung im Wechsel alle drei Jahre statt. Im Jahr 2018 wurde kein IHP-Survey durchgeführt.

Grundsätzlich haben sich an dem IHP-Survey seit dem Jahr 2010 die folgenden elf Nationen beteiligt:

- ◆ Australien (AUS)
- ◆ Deutschland (DEU)
- ◆ Frankreich (FRA)
- ◆ Kanada (CAN)
- ◆ Neuseeland (NZL)
- ◆ Niederlande (NLD)
- ◆ Norwegen (NOR)
- ◆ Schweden (SWE)
- ◆ Schweiz (CHE)
- ◆ Vereinigtes Königreich (UK)
- ◆ Vereinigte Staaten von Amerika (USA)

Eine Ausnahme bildet der IHP-Survey der Ärztinnen und Ärzte aus dem Jahr 2012 und 2015: im Jahr 2012 hat sich Schweden nicht an der Befragung beteiligt, im Jahr 2015 Frankreich.³

Der IHP-Survey wurde in allen Jahren telefonisch durchgeführt, teilweise mit ergänzenden Erhebungen online oder per E-Mail.⁴

³ Frankreich hat in diesem Jahr die Daten zu spät eingereicht.

⁴ Eine detaillierte Beschreibung der Methoden für den IHP-Survey der älteren Bevölkerung ist in Kapitel 3.

Tabelle 1: Überblick über die Zielgruppe, Methode und die teilnehmenden Länder des IHP-Survey seit dem Jahr 2010

Jahr	Zielgruppe	Methoden	teilnehmende Länder und Stichprobengröße je Land										
			AUS	CAN	CHE	DEU	FRA	UK	NLD	NOR	NZL	SWE	USA
2010	Bevölkerung ab 18 Jahren	telefonisch	3.552	3.302	1.306	1.005	1.402	1.511	1.001	1.058	1.000	2.100	2.501
2011	Bevölkerung ab 18 Jahren mit Erkrankungen	telefonisch	1.500	3.958	1.500	1.200	1.001	1.001	1.000	753	750	4.804	1.200
2012	Allgemeinärztinnen und -ärzte	telefonisch, schriftlich	500	2.124	1.025	909	501	500	522	869	500	keine TN	1.012
2013	Bevölkerung ab 18 Jahren	telefonisch	2.200	5.412	1.500	1.125	1.406	1.000	1.000	1.000	1.000	2.400	2.002
2014	Bevölkerung ab 55 Jahren	telefonisch	1.670	3.147	1.084	547	860	581	582	651	379	5.000	1.116
2015	Allgemeinärztinnen und -ärzte	telefonisch, schriftlich; online	747	2.284	1.065	559	keine TN	1.001	618	864	503	2.905	1.001
2016	Bevölkerung ab 18 Jahren	telefonisch, (CHE: zusätzlich online)	5.248	4.547	1.520	1.000	1.103	1.000	1.227	1.093	1.000	7.124	2.001
2017	Bevölkerung ab 65 Jahren	telefonisch, (CHE: zusätzlich online)	2.500	4.549	3.238	751	750	753	750	750	500	7.000	1.392
2019	Allgemeinärztinnen und -ärzte	telefonisch, schriftlich, online	665	2.569	1.095	809	1.287	1.001	788	661	503	2.411	1.575
2020	Bevölkerung ab 18 Jahren	telefonisch, (CHE, SWE, USA: zusätzlich online)	2.201	5.098	2.284	1.004	3.028	1.991	753	607	1.003	2.513	2.488

Quelle: IGES auf Basis der Informationen auf den Internetseiten des Commonwealth Fund

Anmerkungen: Im Jahr 2018 wurde kein IHP-Survey durchgeführt.

3. IHP-Survey der Bevölkerung ab 18 Jahren

Im Analysezeitraum seit dem Jahr 2010 wurde die Bevölkerung ab 18 Jahren fünfmal befragt, und zwar in den Jahren 2010, 2011⁵, 2013, 2016 und 2020.

3.1 Durchführung der IHP-Befragungen der Bevölkerung ab 18 Jahren

Die Bevölkerung ab 18 Jahren wurde in allen am IHP-Survey teilnehmenden Ländern und in allen Beobachtungsjahren telefonisch (via Festnetz und seit dem Jahr 2013 auch mobil) befragt (Tabelle 2). In der Schweiz wurden die Teilnehmenden im Jahr 2016 schriftlich zur Befragung eingeladen; zusätzlich zur telefonischen Beantwortung wurde den Teilnehmenden die Möglichkeit angeboten, den Fragebogen online auszufüllen. Im Jahr 2020 wurde – neben der Schweiz – auch in Schweden und den USA eine Online-Teilnahme ermöglicht.

Der Befragungszeitraum lag im Jahr 2020 zwischen dem 22. April 2020 und dem 15. Mai 2020 und die Datenerhebung in Deutschland wurde von der Info GmbH durchgeführt.⁶

Die durchschnittliche Befragungszeit lag im Jahr 2020 in Deutschland bei 20 Minuten pro Interview, was die kürzeste durchschnittliche Befragungszeit darstellte.⁷ Die längste durchschnittliche telefonische Befragungszeit gab es in Schweden mit durchschnittlich 36 Minuten.

⁵ Im Gegensatz zu den anderen Vergleichsjahren, wurde im Jahr 2011 die Bevölkerung ab 18 Jahren mit Erkrankung befragt. Die Befragten mussten mindestens eine von vier definierten Kriterien erfüllen, um als „krank“ eingestuft zu werden. Die Kriterien waren: Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands als mittelmäßig oder schlecht, medizinische Versorgung im vergangenen Jahr aufgrund chronischer Krankheiten, Verletzungen/Behinderungen, eine Operation oder die Aufnahme ins Krankenhaus in den letzten zwei Jahren (Schoen et al. 2011).

⁶ Die Informationen zu den früheren Befragungsjahren sind der Tabelle 2 zu entnehmen.

⁷ Deutschland hatte im Vergleich zu den anderen Ländern weniger Fragen zur Covid-19-Pandemie in den Fragebogen aufgenommen.

Tabelle 2: Übersicht über die Durchführung der Befragung der Bevölkerung ab 18 Jahren in Deutschland in den Jahren 2010, 2013, 2016 und 2020

	2010	2013	2016	2020
Datenerhebung	telefonisch	telefonisch	telefonisch	telefonisch
Nettostichprobe	1.005	1.125	1.000	1.004
Interviews via Festnetznummern	1.005 (100%)	910 (81%)	636 (64%)	496 (49%)
Interviews via Handynummern	0 (0%)	215 (19%)	364 (36%)	508 (51%)
Befragungszeitraum	16.03.2010 – 03.05.2010	02.04.2013 – 17.05.2013	11.03.2016 – 14.05.2016	22.04.2020 – 15.05.2020
durchführendes Institut		BQS	Advanced Market Research (AMR)	Info GmbH

Quelle: IGES auf Basis von Pierson et al. 2010, Rapport et al. 2013, Rapoport et al. 2016 und Rapoport et al. 2020

3.2 Bewertung der Repräsentativität

Die Repräsentativität des IHP-Surveys wird im Folgenden hinsichtlich des Zugangs der Bevölkerung ab 18 Jahren zur Befragung (Auswahlwahrscheinlichkeit) und der Genauigkeit und Sicherheit von Ergebnissen (Anteilsschätzungen) beurteilt.

3.2.1 Auswahlwahrscheinlichkeit

Ein wesentliches Kriterium für Repräsentativität ist, dass jeder in der Grundgesamtheit die gleiche Wahrscheinlichkeit hat, in die Stichprobe gezogen zu werden. Bei einer telefonischen Umfrage in der Allgemeinbevölkerung ist es daher von Bedeutung, auch Personen ohne Festnetzanschluss in die Befragung einzubeziehen. Seit dem Jahr 2013 wurden Interviewpartner in Deutschland auch über eine Mobilfunknummern-Stichprobe rekrutiert.⁸ Allerdings war die Stichprobe der Mobilfunknummern vergleichsweise gering, so dass auch die Wahrscheinlichkeit, Personen, die ausschließlich ein Mobiltelefon besitzen, in der Stichprobe vertreten zu haben, vergleichsweise gering war. Im Jahr 2016 wurde daher in allen teilnehmenden Ländern der Anteil der Befragten, die mit einer Mobilfunknummer rekrutiert wurden, erhöht. Ziel war es, in der Stichprobe ein repräsentativeres Bild der Grundgesamtheit zu erhalten, indem auch Personen ohne Festnetzanschluss (also lediglich mit einem Mobilfunktelefon) mit einer höheren Wahrscheinlichkeit in der

⁸ Personen ganz ohne Telefon konnten nicht einbezogen werden, allerdings ist davon auszugehen, dass dies in Deutschland nur sehr wenige Personen betrifft.

Stichprobe vertreten sind, da deren Anteil unter der jüngeren Bevölkerung überdurchschnittlich hoch zu veranschlagen ist (Rapoport et al. 2016). Im Jahr 2020 wurde dann ungefähr die Hälfte der Teilnehmenden anhand einer Mobilfunknummer rekrutiert (Rapoport et al. 2020).

In den meisten Ländern (außer in der Schweiz und Schweden und im Jahr 2020 in den USA) wurde ein überlappendes Stichprobendesign genutzt. Dadurch sollten auch die Personen, die primär oder ausschließlich über eine Mobilfunknummer erreichbar sind, in der Befragung vertreten sein. Allerdings haben Personen, die sowohl einen Festnetzanschluss als auch ein Mobilfunktelefon besitzen, bei diesem Vorgehen eine höhere Auswahlwahrscheinlichkeit, in die Stichprobe gezogen zu werden. Dies wurde durch Gewichtungsfaktoren korrigiert. Repräsentativität im Sinne gleicher Auswahlwahrscheinlichkeiten wurde damit für den IHP-Survey der Bevölkerung ab 18 Jahren durch Anpassungen des Stichprobendesigns an zeitgemäßes Telekommunikationsverhalten erhöht.

3.2.2 Stichprobenumfang

Ein weiterer Aspekt der Repräsentativität ist die Genauigkeit und Sicherheit von Befragungsergebnissen. Dazu werden in der Regel zwei Parameter betrachtet:

- ◆ der Stichprobenfehler
- ◆ das Vertrauensintervall

Für jede Grundgesamtheit kann bei Festlegung eines Stichprobenfehlers und eines Vertrauensintervalls berechnet werden, wie viele Personen sich mindestens an der Befragung beteiligen müssen, damit die Ergebnisse die geforderte Genauigkeit und Sicherheit aufweisen.

In Deutschland wurden im Rahmen des IHP-Surveys rund 1.000 Personen im Alter von mindestens 18 Jahren – mit Ausnahme des Jahres 2013, in dem die Stichprobengröße mit 1.125 Personen etwas höher lag (Tabelle 1).

Die zugrundeliegende Grundgesamtheit lag auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes gemäß der Fortschreibung des Mikrozensus aus dem Jahr 2011 in diesen Jahren ungefähr zwischen 67 und 69 Millionen.⁹

Demnach wurde in allen Beobachtungsjahren bei der Allgemeinbevölkerung ab 18 Jahren eine Mindeststichprobengröße realisiert, die für die Schätzung relativer Anteile Aussagen mit einer Sicherheit (Vertrauensintervall) von ca. 99 % bei einer Genauigkeit (Stichprobenfehler) von fünf Prozentpunkten erlauben.

Mit einer Sicherheit von 95 % und eine Genauigkeit von fünf Prozentpunkten erlaubt die im IHP-Survey für die Bevölkerung ab 18 Jahren in Deutschland realisierte

⁹ Der genaue Wert spielt bei größeren Zahlen keine Rolle mehr; ab einer Stichprobengröße von 20.000 ändert sich der erforderliche Stichprobenumfang nur noch marginal.

Stichprobengröße Aussagen für zwei Untergruppen, für die jeweils mindestens 385 Interviews realisiert wurden (d. h. beispielsweise Auswertungen nach Geschlecht).

Tabelle 3: Mindeststichprobengrößen nach Konfidenzniveau und Fehler-spanne bei einer Grundgesamtheit von mehr als 65 Millionen

Vertrauensintervall	Stichprobenfehler	Mindeststichprobengröße
99%	1%	16.573
99%	5%	664
95%	1%	9.602
95%	5%	385

Quelle: IGES

Anmerkung: Die Darstellung gilt ausschließlich für Anteilswerte als Zielgröße. Berechnung auf Basis der folgenden Formel: $n \geq 0.25 * z^2 / (e^2 + 0.25/N)$, wobei N die Populationsgröße, e die Breite des Konfidenzintervalls („Genauigkeit“) und z der Wert der Standardnormalverteilung für den jeweils gewählten Vertrauensbereich („Sicherheit“) darstellt.

3.2.3 Gewichtung der Stichprobe

Die Daten jedes Landes wurden gewichtet, um sicherzustellen, dass diese für die erwachsene Bevölkerung repräsentativ sind. Berücksichtigt wurde dabei das Samplingverfahren und die Auswahlwahrscheinlichkeit sowie ein – gemessen an bekannten Randverteilungen in der Bevölkerung – systematischer Antwortausfall.¹⁰

Für eine Gewichtung der Stichprobe wurden die folgenden Maßnahmen ergriffen:

- ◆ Für eine Berücksichtigung der Auswahlwahrscheinlichkeit wurden folgende drei Schritte durchgeführt:
 - Haushalten mit mindestens zwei Haushaltsmitgliedern, die über das Festnetz befragt wurden, wurde ein Gewichtungsfaktor von 2 zugewiesen; Singlehaushalte und über das Mobiltelefon Befragte erhielten ein Gewicht von 1 („Within Household Correction“ (WHC)).
 - Personen, die sowohl eine Festnetznummer als auch eine Mobilfunknummer haben, bekamen ein Gewicht von 0,5; alle anderen von 1 („Dual-Usage-Correction“ (DUC)).
 - Aus dem Produkt von WHC und DUC wurde ein Basisgewicht berechnet.

¹⁰ Grundsätzlich wurde in den Jahren 2020, 2016 und 2013 das gleiche Gewichtungsverfahren verwendet.

- ◆ Die Stichprobe wurde anhand der Verteilung ausgewählter Parameter in der Bevölkerung (Altersverteilung nach Geschlecht, Region, Bildung sowie Haushaltsgröße auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2018, vgl. Tabelle 4) gewichtet (inklusive iterative proportionale Anpassung an die bekannte Randverteilung).
- ◆ Die Gewichtungsfaktoren wurden auf das 2. und 98. Perzentil begrenzt, um eine Verzerrung durch extreme Gewichtungsfaktoren zu verhindern.

Tabelle 4: Informationen über die Gewichtung der Stichprobe für Deutschland, IHP-Survey für die Bevölkerung ab 18 Jahren, 2020

	Stichprobe - ungewichtet	Stichprobe - gewichtet	Grundgesamtheit
Geschlecht nach Altersgruppen			
männlich 18-24	2,2%	4,1%	4,8%
männlich 25-34	4,8%	7,8%	7,9%
männlich 35-49	9,4%	11,5%	11,4%
männlich 50-64	13,7%	13,7%	13,6%
männlich 65+	12,6%	11,3%	11,3%
weiblich 18-24	3,1%	4,3%	4,3%
weiblich 25-34	4,8%	7,4%	7,4%
weiblich 35-49	12,0%	11,3%	11,2%
weiblich 50-64	20,5%	13,9%	13,7%
weiblich 65+	16,9%	14,6%	14,5%
Bildung			
Hauptschulabschluss, Mittlere Reife, Fachhochschulreife	43,0%	43,4%	43,5%
Abitur, Abschluss einer Berufsfachschule	23,7%	23,4%	23,4%
Universitätsabschluss	33,3%	33,2%	33,1%
Haushaltsgröße			
Einpersonenhaushalt	30,4%	25,4%	25,4%
Mehrpersonenhaushalt	69,6%	74,6%	74,6%
Region			
Schleswig-Holstein	4,5%	3,5%	3,5%
Hamburg	2,6%	2,2%	2,2%
Bremen	0,6%	0,8%	0,8%

	Stichprobe - ungewichtet	Stichprobe - gewichtet	Grundgesamtheit
Niedersachsen	8,2%	9,5%	9,6%
Nordrhein-Westfalen	18,6%	21,3%	21,5%
Rheinland-Pfalz	4,5%	4,8%	4,9%
Saarland	1,3%	1,3%	1,2%
Hessen	8,3%	7,5%	7,5%
Baden-Württemberg	11,0%	13,1%	13,3%
Bayern	16,5%	15,9%	15,7%
Berlin	6,5%	4,5%	4,4%
Mecklenburg-Vorpommern	2,5%	2,0%	2,0%
Brandenburg	4,0%	3,1%	3,1%
Sachsen-Anhalt	2,5%	2,7%	2,7%
Thüringen	2,8%	2,6%	2,6%
Freistaat Sachsen	5,8%	5,1%	5,0%

Quelle: IGES auf Basis von Rapoport et al. 2020

3.3 Beurteilung der Erhebungsinstrumente des IHP-Survey der Bevölkerung ab 18 Jahren

3.3.1 Entwicklung der Erhebungsinstrumente für die Bevölkerung ab 18 Jahren

Der Fragebogen des IHP-Survey 2020 für die Bevölkerung ab 18 Jahren wurde im Jahr 2019 im Rahmen von mehreren Überarbeitungsrunden mit SSRS überarbeitet und ergänzt.¹¹ Nach Genehmigung durch den Commonwealth Fund wurden die veränderten bzw. neuen Fragen und Antwortmöglichkeiten von verschiedenen Organisationen in die jeweilige Landessprache übersetzt. Die übersetzten Fragebögen wurden von den jeweiligen Partnerinstitutionen überprüft, um sicherzustellen, dass alle Fragen verständlich sind und eine Vergleichbarkeit zu der englischen Version gegeben ist. Während des gesamten Übersetzungsprozesses wurde darauf geachtet, dass der Inhalt der Frage sich durch die Übersetzung nicht ändert (Rapoport et al. 2020).

Neben einer ausführlichen technischen Probe der programmierten Fragebögen wurde der Fragebogen – mit Ausnahme von Norwegen und Schweden – im Zeitraum von Januar bis April 2020 einem Pretest unterzogen. In Deutschland wurde

¹¹ Das Vorgehen für die Entwicklung der Erhebungsinstrumente wird jeweils für das aktuellste Jahr beschrieben. Prinzipiell ist das Vorgehen in allen Jahren ähnlich.

ein Pretest mit elf Personen durchgeführt.¹² Auf Basis der Rückmeldungen aus dem Pretest wurden Anpassungen am Fragebogen vorgenommen.

3.3.2 Objektivität, Reliabilität und Validität sowie Passgenauigkeit für das deutsche Gesundheitssystem

Objektivität

Zur Beurteilung der Objektivität der Befragungsinstrumente des IHP-Surveys wurde untersucht, inwieweit Faktoren bei der Gestaltung des Fragebogens, der Durchführung der Befragung oder der Erfassung der Daten vorliegen, die zu einer Beeinträchtigung der Objektivität führen könnten. Bezüglich der Durchführungsobjektivität könnten dies beispielsweise Interviewereffekte oder Reihenfolgeeffekte der Items sein, bezüglich der Auswertungsobjektivität beispielsweise die Einheitlichkeit der Vorgaben zur Datenerfassung (u. a. Umgang mit fehlenden oder nicht eindeutigen Werten, Klassifikationsanweisungen).

Anhand der vorliegenden Informationen zum methodischen Vorgehen sowie der Erhebungsinstrumente konnten keine Hinweise darauf gefunden werden, dass eine Objektivität nicht gewährleistet ist.

Reliabilität und Validität

Zur Beurteilung der Reliabilität, also der Genauigkeit einer Messung, stehen grundsätzlich vier verschiedene Methoden zur Verfügung: Retest-Reliabilität, Paralleltest-Reliabilität, Testhalbierungs-Reliabilität und Konsistenzanalysen. Diese Verfahren müssen bei der Erstellung des Fragebogens bzw. im Rahmen eines Pretests des Fragebogens angewendet werden. Aus den zur Verfügung stehenden Methodenberichten geht nicht hervor, dass diese Verfahren genutzt wurden; auch findet sich hierzu keine Veröffentlichung. Es ist daher davon auszugehen, dass diese Methoden nicht zum Einsatz kamen.¹³

Eine Beurteilung der Reliabilität ist darüber hinaus anhand der Betrachtung des Zeitverlaufes der Ergebnisse einer Frage möglich. Starke Veränderungen im Zeitvergleich, die nicht durch geänderte Rahmenbedingungen erklärt werden können, können Hinweise auf eine mangelnde Reliabilität des Erhebungsinstruments sein. Dies ist für Deutschland bei einigen Fragen der Fall, insbesondere zur Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung (Facharzt, Notaufnahme und Krankenhausaufenthalte). Bei diesen Fragen gab es im Vergleich der Jahre 2016 und 2020 deutliche Veränderungen, für die keine inhaltliche Erklärung ersichtlich ist (vgl. dazu Kapitel 3.5). Allerdings konnte im Rahmen des Gutachtens nicht überprüft werden, inwieweit diese Schwankungen auf eine mangelnde Reliabilität des Fragebogens zurückzuführen sind oder auf andere statistische bzw. methodische Einflussfaktoren. Da

¹² Das Maximum lag bei 27 Personen in den USA. In den meisten Ländern wurde ein Pretest mit zehn Personen durchgeführt.

¹³ Dies ist allerdings bei den meisten Surveys der Fall. Aufwändige Reliabilitätsmethoden werden nur äußerst selten angewendet.

die Zeitreihen für die anderen Vergleichsländer keine vergleichbar großen Veränderungen im Zeitverlauf aufweisen, deutet dies eher auf einen statistischen Effekt hin.

Für eine Einschätzung der Reliabilität des Fragebogens wurden schließlich die Fragen und Antwortmöglichkeiten der deutschen Übersetzung des Fragebogens des IHP-Surveys für die Bevölkerung ab 18 Jahren untersucht. Hinweise auf eine mangelnde Genauigkeit der Messung ergeben sich insbesondere, wenn Fragen oder Antwortmöglichkeiten unterschiedlich interpretiert werden können. Dies könnte bei den folgenden Fragen der Fall sein:

- ◆ „Haben Sie in den vergangenen zwei Jahren einen Facharzt aufgesucht oder benötigt? Unter Facharzt verstehen wir Ärzte, die sich auf ein Fachgebiet spezialisiert haben, z. B. Chirurgie, Herzkrankheiten, Allergien oder psychische Erkrankungen.“
- ◆ „Abgesehen von Ihren Krankenhausaufenthalten, wie viele verschiedene Ärzte haben Sie in den letzten 12 Monaten besucht?“

Hier fehlt eine klare Angabe darüber, ob Zahnärztinnen und Zahnärzte bei den Angaben berücksichtigt werden sollen. Zusätzlich wird bei der ersten Frage nicht spezifiziert, ob ausschließlich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder auch Krankenhausärztinnen und -ärzte einbezogen werden sollen. Zudem gibt es bei der ersten Frage auch inhaltlich einen Unterschied zwischen dem „Aufsuchen“ eines Arztes und dem „Benötigen“ eines Arztes. Insgesamt ist daher davon auszugehen, dass die Befragten diese Frage unterschiedlich interpretieren können und damit die Ergebnisse nicht eindeutig interpretierbar sind.

Passgenauigkeit für das deutsche Gesundheitssystem

Im IHP-Survey für die Bevölkerung ab 18 Jahren konnte auf Basis der vorliegenden Fragebögen und Ergebnisauswertungen keine Fragestellung gefunden werden, die für das deutsche Gesundheitssystem keine Relevanz hat und / oder aufgrund der Fragestellung nicht passend wäre. Allerdings gibt es Fragen, bei denen aufgrund der Besonderheit des deutschen Gesundheitssystems ggf. eine Spezifizierung notwendig wäre. Dies betrifft beispielsweise Fragen nach Wartezeiten:

- ◆ „Als Sie das letzte Mal krank waren oder medizinische Betreuung benötigten, wie schnell bekamen Sie einen Termin bei einem Arzt? Bitte beziehen Sie hier Besuche in der Notaufnahme eines Krankenhauses nicht ein.“

Aus nationalen Erhebungen (vgl. dazu beispielsweise die Versichertenbefragungen der KBV) ist bekannt, dass sich Terminwartezeiten zwischen Haus- und Fachärzten sowie nach Versichertenstatus (gesetzlich vs. privat versichert) relativ deutlich voneinander unterscheiden können. Die Aussagekraft im Vergleich zu anderen Teilnehmerländern ohne die sog. „doppelte Facharztschiene“ und ohne eine substitutive private Krankenvollversicherung könnte gesteigert werden, wenn zumindest bei der Befragung in Deutschland die Fragestellung zusätzlich differenziert würde.

3.4 Darstellung der Vor- und Nachteile im Vergleich zu anderen nationalen und internationalen Befragungsinstrumenten

3.4.1 Auswahl der Vergleichsstudien

Für einen Vergleich des IHP-Surveys der Bevölkerung ab 18 Jahren werden zum einen internationale Befragungen der Allgemeinbevölkerung berücksichtigt, die sich ganz (European Health Interview Survey (EHIS)) oder teilweise (EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC), European Social Survey (ESS)) mit Gesundheitsfragen beschäftigen. Zum anderen werden nationale Gesundheitssurveys herangezogen, nämlich Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) sowie die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS). Des Weiteren wird das IHP-Survey mit den Versichertenbefragungen der KBV sowie die Continentale-Studie zum Gesundheitswesen verglichen. Zusätzlich werden nationale Studien betrachtet, die sich zumindest teilweise mit Gesundheitsthemen beschäftigen, nämlich das Sozio-oekonomische Panel (SOEP), der Mikrozensus, die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) sowie die Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS).

3.4.2 Übersicht über die ausgewählten Vergleichsstudien für die Befragungen der Bevölkerung ab 18 Jahren

European Health Interview Survey (EHIS)

Die europäische Gesundheitsumfrage (European Health Interview Survey – EHIS) wurde erstmals zwischen 2006 und 2009 in 17 Ländern durchgeführt. Auch Deutschland hat sich beteiligt (2009), jedoch sind die Mikrodaten nicht öffentlich verfügbar. Die teilnehmenden Länder wenden die EHIS-Module auf der nationalen Ebene an, entweder in Form einer eigenen Erhebung oder im Rahmen einer bereits bestehenden nationalen Erhebung. Die zweite Runde von EHIS wurde zwischen 2013 und 2015 in allen EU-Mitgliedsländern sowie in Island und Norwegen durchgeführt (gemäß Verordnung der Kommission 141/2013 in Bezug auf Statistiken auf der Grundlage der Europäischen Gesundheitsumfrage). Die dritte Runde von EHIS wurde für das Jahr 2019 vorgesehen und stützt sich auf die Durchführungsverordnung der Kommission (EU) Nr. 2018/255 von 19. Februar 2018. Deutschland hat die EHIS-Befragung im Rahmen der GEDA-Befragung durchgeführt. Weitere Informationen über die dritte Welle liegen noch nicht vor.

EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC)

Die EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU Statistics on Income and Living Conditions – EU-SILC) dient als Bezugsquelle für vergleichende Statistiken über die Einkommensverteilung, Armut und soziale Ausgrenzung in der Europäischen Union (EU). Darüber hinaus wird sie auch im Rahmen der offenen Methode der Koordinierung (OMK) für die Überwachung politischer Maßnahmen eingesetzt. EU-SILC wurde erstmals im Jahr 2003 auf der Grundlage einer freiwilligen Vereinbarung zwischen Eurostat, sechs Mitgliedsstaaten der Europäischen

Union (Belgien, Dänemark, Griechenland, Irland, Luxemburg und Österreich) sowie Norwegen durchgeführt. Im Jahr 2004 fand die offizielle Erhebung in 15 Ländern statt, im Jahr 2005 folgte die Erweiterung auf alle damaligen Mitgliedsstaaten der EU sowie auf die Länder Norwegen und Island. Im Jahr 2006 schloss sich Rumänien der Erhebung an, im Jahr 2017 folgten die Schweiz und die Türkei. Deutschland beteiligt sich seit dem Jahr 2005 unter der nationalen Bezeichnung „LEBEN IN EUROPA“ an dieser Panelerhebung. Die Studie hat eine Querschnitts- und eine Längsschnittkomponente.

Erhoben werden Angaben zur Haushaltszusammensetzung, zur Einkommenssituation, den finanziellen Kapazitäten der Haushalte sowie zu den Wohn- und Lebensbedingungen der Bevölkerung (Statistisches Bundesamt 2020). Bezüglich Gesundheitsthemen wird der allgemeine Gesundheitszustand, das Vorhandensein von chronischen Erkrankungen und körperlichen Einschränkungen bei Aktivitäten sowie nicht stattgefundenen für notwendig erachteten medizinischen Behandlungen und der Hauptgrund für die Nichtinanspruchnahme abgefragt. Zusätzlich werden in jährlich wechselnden Sondermodulen Daten zu weiteren Themen erhoben. Im Jahr 2017 umfasste dies die finanzielle Belastung durch medizinische Versorgung und Arzneimittel, die Zahl der Besuche bei Allgemeinmediziner*innen, Zahnärzt*innen und anderen Fachärzt*innen, den Body-Mass-Index, das Ausmaß der körperlichen Aktivität bei der Arbeit und im Allgemeinen, die Häufigkeit des Verzehrs von Obst, Gemüse und Salat sowie die Gesundheit der Kinder.

EU-SILC wurde im Jahr 2020 letztmalig als freiwillige Haushaltsbefragung separat durchgeführt und zum ersten Mal in den Mikrozensus integriert.

European Social Survey (ESS)

Die Europäische Sozialerhebung (ESS) wird seit ihrer Einführung im Jahr 2001 europaweit durchgeführt. Die Erhebung der Daten erfolgt alle zwei Jahre durch persönliche Interviews mit neu ausgewählten Querschnittsstichproben. An der letzten Erhebung (2018) haben sich 31 Länder beteiligt. Insgesamt waren an den acht Erhebungswellen 38 Länder beteiligt, wobei sich lediglich 15 Länder bislang an allen Erhebungen beteiligt haben, darunter auch Deutschland. Die Schwerpunkte der Befragung sind Einstellungen, Überzeugungen und Verhaltensmuster der Bevölkerung (u. a. in den Themenbereichen Politik, Medien, Gerechtigkeit, Demokratie). In jeder Erhebungswelle gibt es zudem Fragen zum allgemeinen Wohlbefinden, darunter die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes und Einschränkungen im alltäglichen Leben durch den Gesundheitszustand. Im Jahr 2004 gab es einen Schwerpunkt zum Thema Gesundheit, bei dem Einstellungen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie zum Gesundheitsverhalten erfragt wurden. Im Jahr 2014 wurde das Gesundheitsverhalten, Gesundheitsprobleme sowie die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und die Gründe für eine Nichtinanspruchnahme untersucht.

DEGS

Die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) wird vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt und ist Teil des Gesundheitsmonitorings des RKI. Es werden bundesweit Daten zur Gesundheit der in Deutschland lebenden Erwachsenen erhoben. Die erste Erhebungswelle (DEGS1) wurde von Ende 2008 bis Ende 2011 durchgeführt. Um Veränderungen im Lebenslauf zu analysieren, wurden bei DEGS1 neben den erstmals einbezogenen Personen auch Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Vorgängerstudie "Bundes-Gesundheitssurvey 1998" (BGS98) zur Teilnahme eingeladen. Aktuell befindet sich ein weiterer Survey in der Planungsphase.¹⁴

GEDA

Im Rahmen des bundesweiten Gesundheitsmonitorings führt das RKI regelmäßig Gesundheitsbefragungen durch, welche die Untersuchungs- und Befragungssurveys (z. B. DEGS) ergänzen. Gesundheitlich wichtige Fragestellungen werden regelmäßig in einem Kernmodul erfragt, ergänzt um aktuelle Public Health-relevante Themen. Bislang fanden fünf Erhebungen statt: GEDA 2009, GEDA 2010, GEDA 2012, GEDA 2014/2015-EHIS, GEDA 2019-EHIS.

Die Datenerhebung der aktuellen Welle (GEDA 2019-EHIS) sollte von April 2019 bis August 2020 stattfinden; ca. 20.000 Personen im Alter ab 15 Jahren sollten hierfür telefonisch befragt werden. Bislang liegen noch keine weiteren Informationen vor, ob die Befragung wie geplant abgeschlossen werden konnte.

Versichertenbefragungen der KBV

Die KBV führt seit dem Jahr 2006 jährlich (mit Ausnahme der Jahre 2007 und 2012) Befragungen der Bevölkerung ab 18 Jahren durch. Themen umfassen die Inanspruchnahme von Haus- und Fachärzten, des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Notaufnahmen, Wartezeiten, Gesundheitszustand sowie Einschätzungen zu unterschiedlichen Aspekten des Gesundheitssystems. Bei letzterem werden von Jahr zu Jahr teilweise unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt.

Continentale-Studien

Die private Krankenversicherung Continentale führt seit dem Jahr 2000 jährlich Studien zu aktuellen Fragen des Gesundheitswesens durch. Neben unterschiedlichen Schwerpunkten in den einzelnen Jahren (z. B. Digitalisierung, Selbst- und Zuzahlungen von GKV-Versicherten, betriebliches Gesundheitsmanagement, duales Krankenversicherungssystem) gibt es Fragen, die jedes Jahr gestellt werden, um Trends aufzuzeigen (Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen, Zukunftserwartungen, Informiertheit).

¹⁴ <https://www.degs-studie.de/deutsch/studie/degs-im-ueberblick.html> (letzter Zugriff: 22.09.2020).

Sozio-oekonomisches Panel

Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) ist eine jährliche Befragung von knapp 15.000 Privathaushalten und mehr als 30.000 Personen in Deutschland, die seit dem Jahr 1984 durchgeführt wird und am DIW Berlin angesiedelt ist. Das Ziel ist die Erhebung und Bereitstellung repräsentativer Mikrodaten zur Messung von Stabilität und Veränderungen von Lebensbedingungen. Die Studie erfasst unter anderem die Haushaltszusammensetzung sowie Berufsbiographie, Beschäftigung, Einkommen, Gesundheits- und Zufriedenheitsindikatoren der befragten Personen.

Mikrozensus

Der Mikrozensus ist die größte Haushaltsbefragung der amtlichen Statistik in Deutschland. Der Mikrozensus wird seit dem Jahr 1957 von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder gemeinschaftlich durchgeführt. Befragt werden jährlich ca. 390.000 private Haushalte sowie Haushalte in Gemeinschaftsunterkünften mit ungefähr 830.000 Personen (d. h. rund 1 % der Gesamtbevölkerung). Rund 25 % aller in der Stichprobe enthaltenen Haushalte werden jährlich ausgetauscht, d. h. jeder Haushalt bleibt vier Jahre in der Stichprobe.

Schwerpunkt der Befragung sind die wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung. Dies umfasst u. a. Informationen zu Familie und Lebenspartnerschaft, Haushaltszusammensetzung, Arbeitsmarkt und Erwerbstätigkeit, Beruf, Ausbildung, Einkommen, Wohnsituation und Migration. Neben Themen, die jährlicher Bestandteil des Mikrozensus sind, gibt es auch Merkmale, die nur im Abstand von vier Jahren erhoben werden. Dazu zählt das Zusatzprogramm „Fragen zur Gesundheit“ (Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Körpergröße und -gewicht).

Die Daten des Mikrozensus bilden zudem den Hochrechnungsrahmen für andere amtliche sowie nicht-amtliche Statistiken, wie beispielsweise die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) oder das Sozio-oekonomische Panel (SOEP). Zudem werden ab dem Jahr 2020 die EU-weit durchgeführten Erhebungen zu Einkommen und Lebensbedingungen (European Union Statistics on Income and Living Conditions, EU-SILC) und ab dem Jahr 2021 die EU-weite Befragung zur privaten Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien als Unterstichproben in den Mikrozensus integriert.

Im Mikrozensus besteht für die meisten Fragen eine Auskunftspflicht, nur einige Fragen des Mikrozensus können freiwillig beantwortet werden.

Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS)

Die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) wird seit dem Zeitraum 1962/63 (seit 1993 in Gesamtdeutschland) als Bestandteil der amtlichen Statistik alle fünf Jahre gemeinsam durch das Statistische Bundesamt und die Statistischen Landesämter durchgeführt. Es handelt sich um eine freiwillige Erhebung von rund 0,2 % aller Haushalte. Inhalte der Erhebung sind u. a. Informationen über die Aus-

stattung der privaten Haushalte mit Gebrauchsgütern, die Wohnsituation, die Einkommens-, Vermögens- und Schuldensituation sowie die Konsumausgaben privater Haushalte.

Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS)

ALLBUS startete im Zeitraum 1980 bis 1986 mit vier Erhebungen, die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft aufgrund von Einzelanträgen gefördert wurden. Mit der Gründung der Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen (GESIS) konnte ALLBUS im Jahr 1986 als permanentes Kooperationsprojekt der damaligen GESIS-Institute ZUMA und ZA institutionalisiert werden. Diese Kooperation wird heute als Teil von GESIS-Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften weitergeführt.

ALLBUS ist eine Mehrthemenbefragung, d. h. jede Erhebung besteht aus einem oder zwei wechselnden Themenschwerpunkten (z. B. Politische Partizipation, Einstellungen zu sozialer Ungleichheit, Lebensstil und Persönlichkeit, Religion und Weltanschauung); zusätzlich ist ein Block konstanter Fragen in jeder Erhebung enthalten (u. a. demographische Merkmale). Die Themenschwerpunkte werden – bis auf einige Ausnahmen – in einem zehnjährigen Abstand wiederholt. Gesundheitsthemen wurden bislang zweimal erfragt, darunter allgemeine Gesundheitszustand, chronische Krankheiten, akute Krankheiten in den letzten vier Wochen, Grund, Häufigkeit und Dauer von Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten, Grad der Erwerbsminderung/Schwerbehinderung, Rauchgewohnheiten; subjektive Lebenszufriedenheit, Körpergröße und Gewicht, Ernährungsgewohnheiten, Belastungen durch Arbeitsbedingungen, Mobbing, Perzeption allgemeiner Umweltbelastungen und persönlich empfundene Umweltbelastungen sowie Fragen zu AIDS.

3.4.3 Vergleich des IHP-Surveys mit den ausgewählten Studien anhand verschiedener Faktoren

Im Folgenden wird der IHP-Survey mit den ausgewählten Vergleichsstudien anhand der folgenden Faktoren verglichen:

- ◆ Zielgruppe
 - ◆ aktuell verfügbares Datenjahr
 - ◆ Periodizität
 - ◆ zeitliche Verfügbarkeit der Ergebnisse
 - ◆ Studiendesign
 - ◆ Methode der Datenerhebung
 - ◆ Stichprobenumfang (Deutschland)
 - ◆ Datenzugang
 - ◆ Differenzierungsmerkmale
-

- ◆ Einflussmöglichkeiten des BMG
- ◆ (Anzahl) der teilnehmenden Länder
- ◆ Themen und Inhalte der Befragung

Zielgruppe

Der IHP-Survey der Allgemeinbevölkerung bezieht alle Personen im Alter ab 18 Jahren in die Erhebung ein. In den internationalen Vergleichsstudien werden schon Personen ab 15 (EHIS, ESS) bzw. ab 16 (EU-SILC) einbezogen (Tabelle 5). Alle nationalen Vergleichsstudien – mit Ausnahme des SOEP – beziehen analog zum IHP-Survey erst Personen im Alter ab 18 Jahren ein.

Aktuell verfügbares Datenjahr, Periodizität und zeitliche Verfügbarkeit der Ergebnisse

Für die IHP-Befragung der Bevölkerung ab 18 Jahren liegen die Ergebnisse aus dem Jahr 2020 vor. Auch für die KBV-Versichertenbefragung liegen Daten aus dem Jahr 2020 vor, für die Continentale-Studien aus dem Jahr 2019. Für vier Surveys liegen Daten aus dem Jahr 2018 vor (EU-SILC, ESS, SOEP, ALLBUS). Bei EHIS, GEDA und DEGS ist der Datenstand dagegen älter.

Der IHP-Survey der Bevölkerung ab 18 Jahren wird alle drei Jahre durchgeführt, fünf Vergleichsstudien werden jährlich und zwei Vergleichsstudien werden alle zwei Jahre durchgeführt.

Die Ergebnisse des IHP-Surveys der Bevölkerung ab 18 Jahren werden vergleichsweise schnell veröffentlicht und liegen noch im Jahr der Durchführung der Befragung vor. Dies ist auch bei der KBV-Versichertenbefragung und der Continentale-Studie der Fall, bei allen anderen Vergleichsstudien dauert es länger, bis die Ergebnisse zur Verfügung stehen.

Studiendesign und Methode der Datenerhebung

Der IHP-Survey sowie die meisten Vergleichsstudien sind Querschnitterhebungen. Lediglich das SOEP ist eine Panelstudie und drei Vergleichsstudien (EU-SILC, DEGS, Mikrozensus) haben eine Panelkomponente.

Der IHP-Survey der Bevölkerung ab 18 Jahren wird – mit wenigen Ausnahmen – telefonisch durchgeführt; in den Vergleichssurveys sind alle methodischen Vorgehensweisen vertreten, insbesondere computergestützte persönliche und telefonische Interviews.

Stichprobenumfang

Der Stichprobenumfang liegt in allen Vergleichsstudien – teilweise beträchtlich – höher als beim IHP-Survey.

Datenzugang

Für den IHP-Survey der Bevölkerung ab 18 Jahren kann zumindest in manchen Ländern, beispielsweise der Schweiz, der Datensatz verwendet werden. Für Deutschland scheint es keine (offizielle) Möglichkeit zu geben, Zugang zum IHP-Datensatz zu beantragen. Auch aggregierte Auswertungen in Tabellenform sind nicht öffentlich zugänglich. Für fast alle Vergleichsstudien kann hingegen ein Datenzugang beantragt werden oder die Daten stehen – nach Registrierung – zum Download zur Verfügung. Die KBV stellt ausführliche aggregierte Tabellenbänder zur Verfügung. Lediglich die Daten der Continentale-Studien sind nicht zugänglich.

Differenzierungsmerkmale

Die sozio-ökonomischen und geographischen Differenzierungsmerkmale sind in den Studien ähnlich.

Einflussmöglichkeiten des BMG

Das BMG hat beim IHP-Survey die Möglichkeit, Vorschläge für Themen und Fragestellungen einzubringen. Bei den meisten der Vergleichsstudien ist dies nicht der Fall.

Tabelle 5: Gegenüberstellung des IHP-Surveys der Bevölkerung ab 18 Jahren mit den ausgewählten internationalen Vergleichsstudien

	internationale Vergleichsstudien			
	IHP	EHIS	EU-SILC*	ESS*
Zielgruppe	Bevölkerung ab 18 Jahren	Bevölkerung ab 15 Jahren	Bevölkerung ab 16 Jahren	Bevölkerung ab 15 Jahren
aktuell verfügbares Datenjahr	2020	2013-2015	2018	2018
Periodizität	alle drei Jahre	alle fünf Jahre	jährlich	alle zwei Jahre
zeitliche Verfügbarkeit der Ergebnisse	Dezember des Durchführungsjahres	ca. 2 bis 3 Jahre nach Durchführung	ca. 1,5 bis 2 Jahre nach Durchführung	ca. 1 bis 2 Jahre nach Durchführung
Studiendesign	Querschnittsdesign	Querschnittsdesign	rotierendes Paneldesign (Längs- und Querschnittskomponente)	Querschnittsdesign
Methode der Datenerhebung	CATI (zusätzlich online in manchen Ländern)	nicht einheitlich in den Ländern	schriftlich Personen- und Haushaltsfragebogen	persönlich (CAPI)
Stichprobenumfang (Deutschland)	ca. 1.000	24.016	2018: 21.948 Personen in 12.901 Haushalten	2018: 2.358 2016: 2.852 2014: 3.045
Datenzugang	Bereitstellung in manchen Ländern (z. B. Schweiz, Kanada, Australien)		Datenzugang über FDZ	Download möglich auf der Internetseite des ESS

internationale Vergleichsstudien				
	IHP	EHIS	EU-SILC*	ESS*
Differenzierungsmerkmale	Geschlecht Altersgruppen Bildung Bundesland Gemeindetyp Einkommen PKV/GKV	Geschlecht Altersgruppen Bildung Gemeindetyp Einkommen PKV/GKV	Geschlecht Altersgruppen Bildung Grad der Verstädterung Einkommen	Geschlecht Altersgruppen Bildung Bundesland Gemeindetyp Einkommen
Einflussmöglichkeiten des BMG	ja			

Quelle: IGES

Anmerkungen: Gesundheitsthemen sind lediglich Teilaspekte der Befragung, die teilweise auch nur in manchen Erhebungsjahren befragt wurden.

Tabelle 6: Gegenüberstellung des IHP-Surveys der Bevölkerung ab 18 Jahren mit den ausgewählten nationalen Vergleichsstudien

nationale Vergleichsstudien									
	IHP	DEGS	GEDA	KBV-Versichertenbefragung	Continentale-Studien	SOEP*	Mikrozensus*	EVS*	ALLBUS*
Zielgruppe	Bevölkerung ab 18 Jahren	Bevölkerung 18-79 Jahre	Bevölkerung ab 15 Jahren	Bevölkerung ab 18 Jahren	Bevölkerung ab 18 Jahren Trendfragen: ab 25 Jahren	Bevölkerung ab 16 Jahren	Bevölkerung ab 18 Jahren	Bevölkerung ab 18 Jahren	Bevölkerung ab 18 Jahren
aktuell verfügbares Datenjahr	2020	2008-2011	2014/2015	2020	2019	2018	2019	2013/2018	2018
Periodizität	alle drei Jahre		unregelmäßig	i. d. R. jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	alle fünf Jahre	alle zwei Jahre
zeitliche Verfügbarkeit der Ergebnisse	Dezember des Durchführungsjahres			im Durchführungsjahr	im Durchführungsjahr	ca. 2 Jahre nach Durchführung	Juni/Juli des Folgejahres	allgemeine Angaben: im Durchführungsjahr; Haushaltsbuch: ca. 2 Jahre danach	ca. 1 bis 1,5 Jahre nach Durchführung
Studiendesign	Querschnittsdesign	Querschnitt mit Panelkomponente	Querschnittsdesign	Querschnittsdesign	Querschnittsdesign	Paneldesign	Querschnittsdesign mit Panelkomponente	Querschnittsdesign	Querschnittsdesign

nationale Vergleichsstudien									
	IHP	DEGS	GEDA	KBV-Versichertenbefragung	Continentale-Studien	SOEP*	Mikrozensus*	EVS*	ALLBUS*
Methode der Datenerhebung	CATI	schriftliche Befragung, tlw. medizinische Untersuchung u. Laboranalysen	2014/2015: schriftlich 2019/2020: telefonisch	CATI	CATI	CAPI (seit 2006, davor PAPI)	Online, CATI, CAPI, Papierfragebogen	Papierbefragung, Online	CAPI (seit 2000, davor PAPI)
Stichprobenumfang (Deutschland)	ca. 1.000	8.152	24.016	2020: 2.036 2019: 6.110 2018: 6.043	2019: 1.464 (Hauptstudie); 1.336 (Trend)	ca. 15.000 Haushalte und 30.000 Personen	ca. 390.000 Haushalte mit 830.000 Personen	ca. 53.000 bis 60.000 Haushalte (Unterschiede nach Erhebungsteil)	3.500 (seit 1992)
Datenzugang	Bereitstellung in manchen Ländern	Antrag beim RKI-FDZ	Antrag beim RKI-FDZ	Tabellenbänder mit aggregierten Ergebnissen	nein (nur Ergebnisbericht)	FDZ des SOEP	FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder sowie (on-site) Scientific-Use-File	FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder	Download nach Registrierung; Daten-CD

nationale Vergleichsstudien									
	IHP	DEGS	GEDA	KBV-Versichertenbefragung	Continentale-Studien	SOEP*	Mikrozensus*	EVS*	ALLBUS*
Differenzierungsmerkmale	Geschlecht Altersgruppen Bildung Bundesland Gemeindetyp Einkommen PKV/GKV	Geschlecht Altersgruppen Bildung Gemeindetyp Einkommen PKV/GKV	Geschlecht Altersgruppen Bildung Gemeindetyp Einkommen PKV/GKV	Geschlecht Altersgruppen Bildung KV-Region Ortsgröße Einkommen PKV/GKV	Geschlecht Altersgruppen Bildung Einkommen PKV/GKV	Geschlecht Altersgruppen Bildung Bundesland Gemeindetyp Einkommen PKV/GKV	Geschlecht Altersgruppen Bildung Bundesland Gemeindetyp Einkommen PKV/GKV	Geschlecht Altersgruppen Bildung Bundesland Gemeindetyp Einkommen	Geschlecht Altersgruppen Bildung Bundesland Gemeindetyp Einkommen
Einflussmöglichkeiten des BMG	ja			nein	nein	nein	nein	nein	nein

Quelle: IGES

Anmerkungen: Gesundheitsthemen sind lediglich Teilaspekte der Befragung, die teilweise auch nur in manchen Erhebungsjahren befragt wurden.

Übersicht der teilnehmenden Länder

Am IHP-Survey der Bevölkerung ab 18 Jahren haben sich in den Jahren 2010, 2013, 2016 und 2020 jeweils elf Nationen beteiligt (Tabelle 7). Neben europäischen Ländern beteiligten sich die USA, Kanada, Neuseeland und Australien.

An der EHIS-Befragung in den Jahren 2006 bis 2009 haben sich 17 europäische Länder beteiligt, an der Befragung 2013 bis 2015 nahmen 31 Länder teil. Auch am ESS und EU-SILC nahmen jeweils über 30 europäische Länder teil.

Tabelle 7: Vergleich der teilnehmenden Länder – IHP-Survey, EHIS, ESS und EU-SILC

Länder	IHP	EHIS 2006-2009	EHIS 2013-2015	ESS 2018	EU-SILC 2018
Albanien				x	
Australien	x				
Belgien		x	x	x	x
Bulgarien		x	x	x	x
Dänemark			x	x	x
Deutschland	x	x	x	x	x
Estland		x	x	x	x
Finnland			x	x	x
Frankreich	x	x	x	x	x
Griechenland		x	x		x
Irland			x	x	x
Island			x	x	x
Israel					
Italien			x	x	x
Kanada	x				
Kroatien			x	x	x
Lettland		x	x	x	x
Litauen			x	x	x
Luxemburg			x		x
Malta		x	x		x
Mazedonien					
Montenegro				x	

Länder	IHP	EHIS 2006-2009	EHIS 2013-2015	ESS 2018	EU-SILC 2018
Neuseeland	x				
Niederlande	x		x	x	x
Norwegen	x		x	x	x
Österreich		x	x	x	x
Polen		x	x	x	x
Portugal			x	x	x
Rumänien		x	x	x	x
Serbien				x	x
Schweden	x		x	x	x
Schweiz	x			x	x
Slowakei		x	x	x	x
Slowenien		x	x	x	x
Spanien		x	x	x	x
Tschechien		x	x	x	x
Türkei			x		x
Ungarn		x	x	x	x
Vereinigte Staaten von Amerika	x				
Vereinigtes Königreich	x		x	x	
Zypern		x	x	x	x
Länder insgesamt	11	17	31	31	33

Quelle: IGES

Vergleich der Themen und Inhalte der Befragungen

Bei den Fragestellungen zum Gesundheitszustand gibt es teilweise starke Überschneidungen des IHP-Survey mit den Vergleichsstudien (Tabelle 8). Diesbezüglich hat der IHP-Survey den Nachteil, dass lediglich subjektive Gesundheitsdaten erhoben werden, während in den Studien des Gesundheitsmonitorings des RKI auch Gesundheitsuntersuchungen und Laboranalysen durchgeführt werden. Im IHP-Survey gibt es dagegen mehr Fragen zur Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem bzw. der Gesundheitsversorgung als in den Vergleichsstudien.

Tabelle 8: Befragungsthemen des IHP-Surveys der Bevölkerung ab 18 Jahren und der Vergleichsstudien, die sich ausschließlich auf Gesundheitsthemen fokussieren

Thema	IHP				Bevölkerungsbefragung KBV				GEDA	DEGS	EHIS
	2010	2013	2016	2020	2010	2013	2016	2020	2014	2008-2011	2006-2009
Gesundheitszustand											
chronische Krankheiten	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x
Selbsteinschätzung	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
Behinderungen							x		x		
psychische Gesundheit	x	x	x	x					x	x	
Unfälle und Verletzungen									x	x	
Schmerz											
Einschränkungen des täglichen Lebens	x	x	x	x				x	x	x	x
Gesundheitsverhalten											
Rauchen		x	x						x	x	x
Alkoholkonsum		x	x						x	x	x
körperliche Aktivität	x	x	x			x			x	x	

Thema	IHP		Bevölkerungsbefragung KBV				GEDA	DEGS	EHIS		
	2010	2013	2016	2020	2010	2013	2016	2020	2014	2008-2011	2006-2009
Ernährungsgewohnheiten	x	x	x			x			x	x	x
Körpergewicht						x			x	x	
Lebensbedingungen						x					
soziale Unterstützung								x	x	x	
Gesundheitsversorgung											
Prävention	x	x							x	x	
Impfungen								x			
gesundheitsbezogene Unterstützung und Belastung	x	x	x	x							
Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x
Zugang/ Wartezeit & Rechtzeitigkeit der Versorgung	x	x	x	x	x	x	x	x			

Thema	IHP				Bevölkerungsbefragung KBV				GEDA	DEGS	EHIS
	2010	2013	2016	2020	2010	2013	2016	2020	2014	2008-2011	2006-2009
Krankenhausaufenthalte	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
Einnahme von Arzneimitteln	x	x	x	x		x	x		x		x
unerfüllter Bedarf an Gesundheitsleistungen	x								x		x
ambulante Arztkontakte	x	x	x	x	x	x	x	x			
kostenbedingte Zugangsbarrieren	x	x	x	x			x				
Arzt-Patienten-Beziehung	x					x	x				
Versorgung am Lebensende											
Systemansichten, Vertrauen, Zufriedenheit	x	x	x	x	x	x	x	x			
Digitalisierung	x	x	x					x			
COVID-19				x							

Thema	IHP				Bevölkerungsbefragung KBV				GEDA	DEGS	EHIS
	2010	2013	2016	2020	2010	2013	2016	2020	2014	2008-2011	2006-2009
Sozioökonomische Variablen											
Alter	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
Geschlecht	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
Bildung	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
berufliche Stellung					x	x	x	x			x
Migrationshintergrund	x	x	x	x	x	x	x	x			
Haushaltstyp	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Einkommen	x	x	x	x						x	x

Quelle: IGES auf Basis der Fragebögen und Publikationen der Surveys

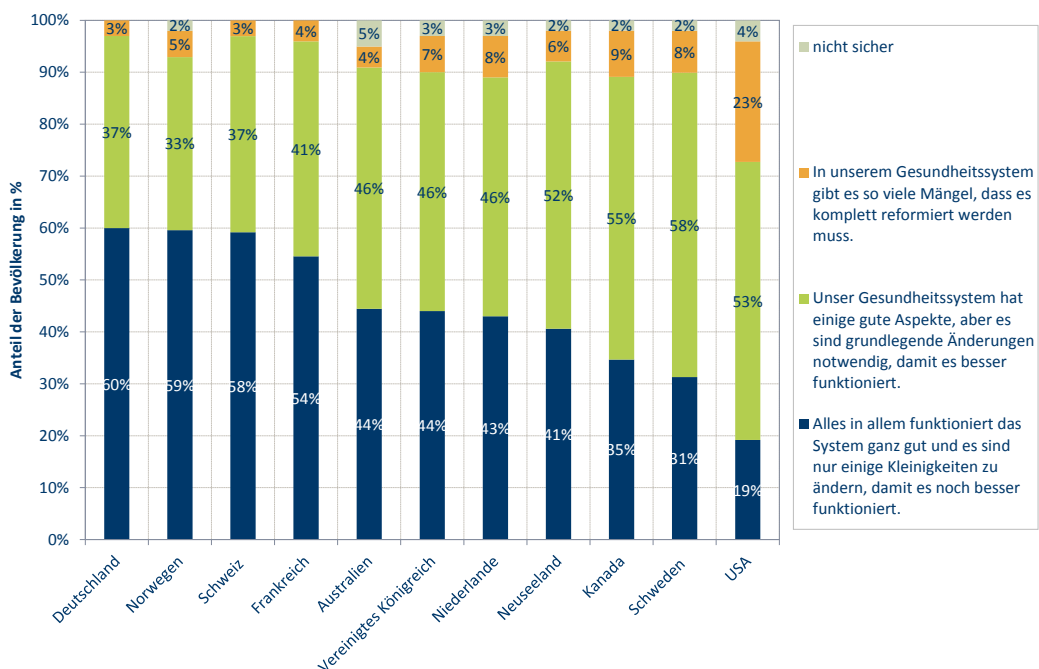
3.5 Vergleichende Darstellung der zentralen Ergebnisse

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse des IHP-Surveys für die Bevölkerung ab 18 Jahren aus dem Jahr 2020 bzw. 2016 dargestellt. Sofern der IHP-Survey in den vorangegangenen Erhebungen im Analysezeitraum gleiche oder ähnliche Fragestellungen verwendete und die Ergebnisse veröffentlicht wurden, werden die Ergebnisse zusätzlich im Zeitverlauf dargestellt.

3.5.1 Beurteilung des Gesundheitssystems

Rund 60 % der Befragten in Deutschland haben im Jahr 2016 angegeben, dass das Gesundheitssystem alles in allem ganz gut funktioniert und es nur wenige Kleinigkeiten gibt, die geändert werden müssten, damit es noch besser funktioniert (Abbildung 1).¹⁵ Damit liegt Deutschland im internationalen Vergleich an der Spitze. Ähnlich hohe Werte haben Norwegen (59 %), Schweiz (58 %) und Frankreich (54 %), auf dem hintersten Platz liegen die USA: Dort sehen 23 % der Befragten so viele Mängel im Gesundheitssystem, dass sie eine umfassende Reform für notwendig halten. Nur lediglich 19 % gaben an, dass das Gesundheitssystem alles in allem gut funktioniert.

Abbildung 1: Verteilung der Befragten nach ihrer Beurteilung des Gesundheitssystems (in %) im internationalen Vergleich, 2016



Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2016

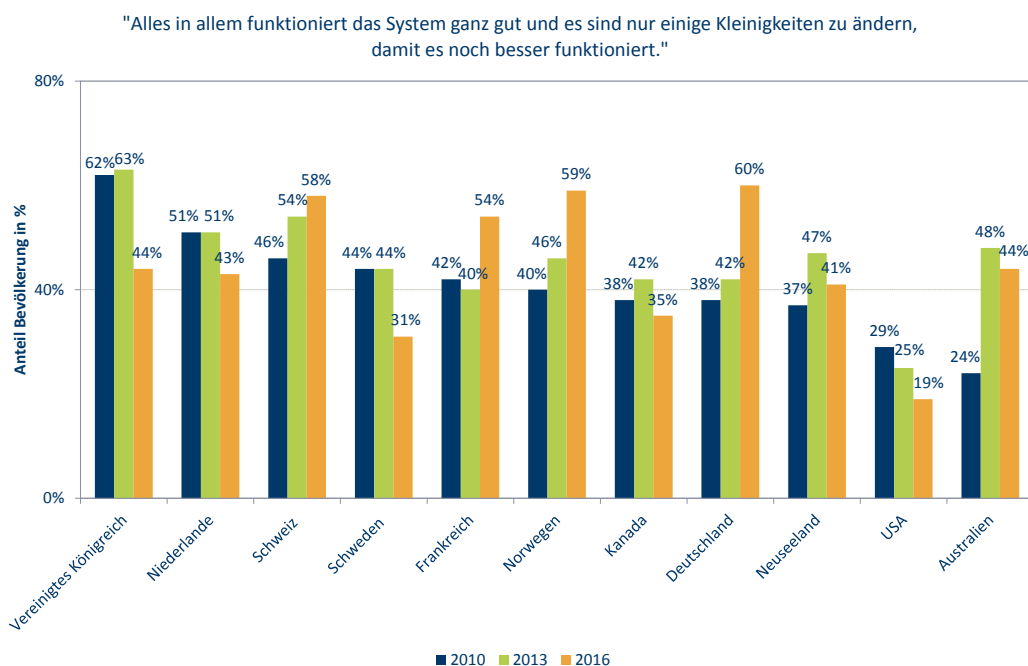
¹⁵ Diese Frage wurde im Jahr 2020 ausschließlich der australischen Bevölkerung gestellt.

Anmerkungen: Abweichungen zu 100 % sind rundungsbedingt.

Bemerkenswerterweise erzielte Deutschland bei der Beurteilung des Gesundheitssystems durch die Bevölkerung im Jahr 2010 keinen Spitzenplatz, sondern rangierte sogar mit rund 38 % Zustimmung, dass alles in allem gut funktioniert, auf einem der hinteren Plätze (Abbildung 2). Im Jahr 2010 lag das Vereinigte Königreich an der Spitze, mit einigem Abstand gefolgt von den Niederlanden und der Schweiz.

Im Vereinigten Königreich, in Schweden und in den USA ging der Anteil der Bevölkerung, der der Meinung ist, dass das System alles in allem gut funktioniert, um mindestens zehn Prozentpunkte zurück. In der Schweiz, Frankreich, Norwegen und Deutschland hat sich dagegen der Anteil der Personen, die angeben, dass das Gesundheitssystem alles in allem gut funktioniert, um mehr als zehn Prozentpunkte erhöht, in Deutschland war der Anstieg mit mehr als 22 Prozentpunkten am höchsten.

Abbildung 2: Anteile der Befragten mit positiver Beurteilung des Gesundheitssystems (in %) im internationalen Vergleich, 2010, 2013, 2016



Quelle: IGES auf Basis der IHP-Surveys 2010, 2013 und 2016

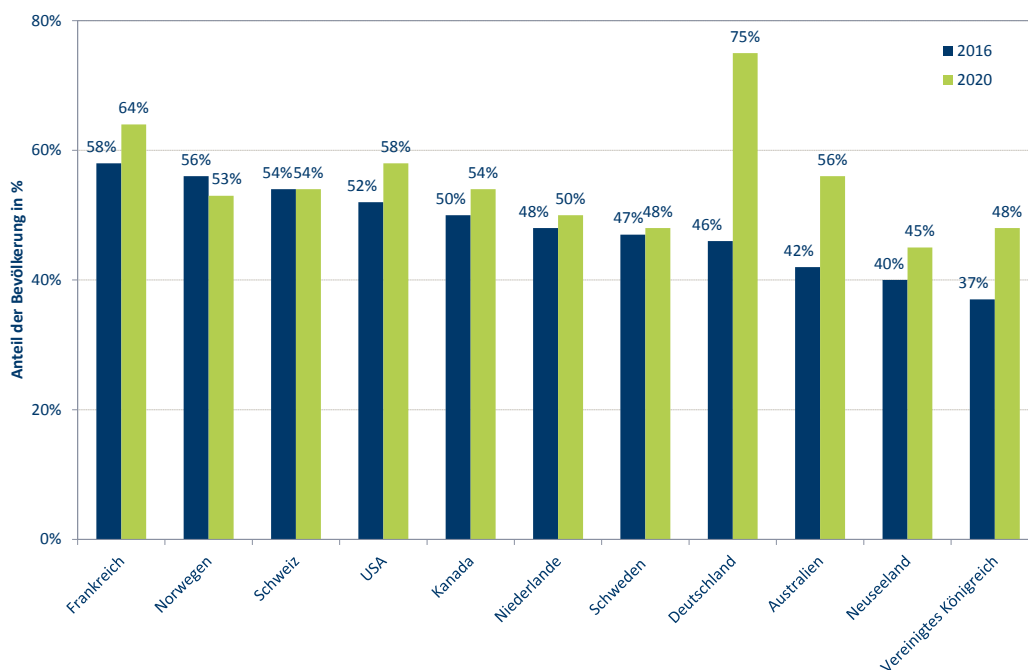
3.5.2 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Im Jahr 2020 gaben rund 75 % der Befragten in Deutschland an, dass sie in den letzten zwei Jahren einen Facharzt aufgesucht oder benötigt haben (Abbildung 3). Damit liegt Deutschland in diesem Jahr im internationalen Vergleich an der Spitze, gefolgt von Frankreich mit 64 % und den USA mit 58 %. In Neuseeland gaben da-

gegen lediglich rund 40 % der Befragten an, einen Facharzt aufgesucht oder benötigt zu haben. Bei der Befragung der Bevölkerung im Jahr 2016 gaben in Deutschland lediglich rund 46 % an, in den letzten zwei Jahren einen Facharzt aufgesucht oder benötigt zu haben; damit befand sich Deutschland im internationalen Vergleich im Mittelfeld.

Bis auf Norwegen (Rückgang) und der Schweiz (keine Veränderung) hat sich im Vergleich der Jahre 2016 und 2020 in allen Ländern der Anteil der Befragten mit Inanspruchnahme eines Facharztes in den letzten zwei Jahren erhöht. Relativ starke Erhöhungen verzeichneten Australien (+14 Prozentpunkte) und das Vereinigte Königreich (+11 Prozentpunkte). Der Anstieg dieses Anteils in Deutschland sticht mit 29 Prozentpunkten jedoch als ein Extremwert heraus. Inhaltliche Erklärungen hierfür sind nicht ersichtlich.¹⁶ Für eventuelle methodische oder statistische Erklärungen müssten die Rohdaten detailliert geprüft werden.

Abbildung 3: Anteil der Befragten mit Inanspruchnahme eines Facharztes in den letzten zwei Jahren (in %) im internationalen Vergleich, 2016 und 2020



Quelle: IGES auf Basis der IHP-Surveys 2016 und 2020

¹⁶ Widersprüchlich hierzu sind bereits weitere IHP-Ergebnisse: Zwar ist der Anteil derjenigen, die am selben oder nächsten Tag einen Termin bekommen, ebenfalls stark angestiegen (vgl. dazu Abbildung 7), wobei dieses Ergebnis nicht facharztspezifisch ist, gleichzeitig ist aber auch der Anteil derjenigen, der 2 Monate oder länger auf einen Facharzttermin warten muss, stark gestiegen (Abbildung 8).

Anmerkung: Frage: „Haben Sie in den vergangenen zwei Jahren einen Facharzt aufgesucht oder benötigt?“

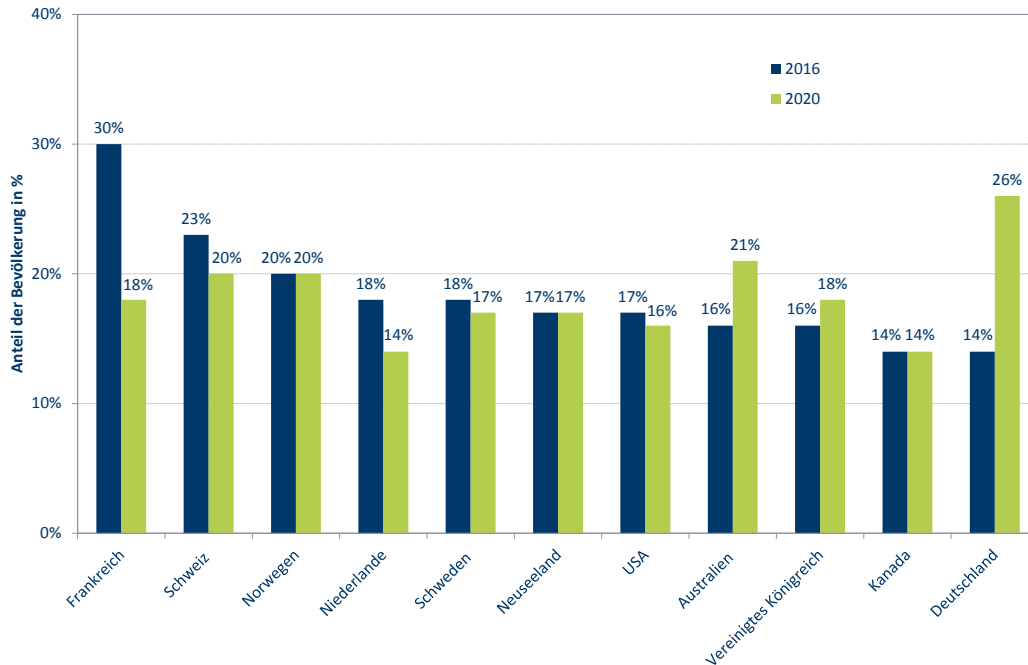
Im Jahr 2020 gaben rund 26 % der Befragten in Deutschland an, dass sie in den letzten zwei Jahren einen Krankenhausaufenthalt hatten (Abbildung 4). Damit liegt Deutschland im internationalen Vergleich auf dem ersten Platz.

Im Jahr 2016 lag der Bevölkerungsanteil mit einem Krankenhausaufenthalt in Deutschland bei rund 14 %, womit Deutschland im internationalen Vergleich in diesem Jahr den niedrigsten Anteil aufwies und Frankreich mit rund 30 % den größten. Mit der Ausnahme von Deutschland und Frankreich blieben die Anteile der Bevölkerung mit einem Krankenhausaufenthalt im Vergleich der beiden Jahre 2016 und 2020 relativ stabil.

Bei der KBV-Versichertenbefragung aus dem Jahr 2016 haben dagegen 25 % der Befragten einen Krankenhausaufenthalt im letzten Jahr angegeben (KBV 2016), was ungefähr dem Niveau aus der IHP-Befragung aus dem Jahr 2020 entspricht.

Wie schon bei den Ergebnissen bezüglich eines Facharztbesuches gibt es auch für den deutlichen Anstieg des Anteils der Bevölkerung mit einem Krankenhausaufenthalt keine inhaltliche Erklärung. Auch bei einem Vergleich mit anderen Datenquellen zur Inanspruchnahme der stationären Versorgung zeigt sich, dass die Anzahl der Krankenhausaufenthalte – zumindest für GKV-Versicherte – seit dem Jahr 2016 leicht rückläufig ist. Bezüglich des Niveaus der Inanspruchnahme entspricht der Wert aus dem Jahr 2020 tendenziell eher den Erwartungen auf Grundlage der Ergebnisse anderer Studien, wie der KBV-Versichertenbefragung, sowie der im internationalen Vergleich hohen Krankenhaushäufigkeit in Deutschland. Für eventuelle methodische oder statistische Erklärungen müssten die Rohdaten der Jahre 2016 und 2020 detailliert geprüft werden.

Abbildung 4: Anteil der Befragten mit einem Krankenhausaufenthalt in den letzten zwei Jahren (in %) im internationalen Vergleich, 2016 und 2020



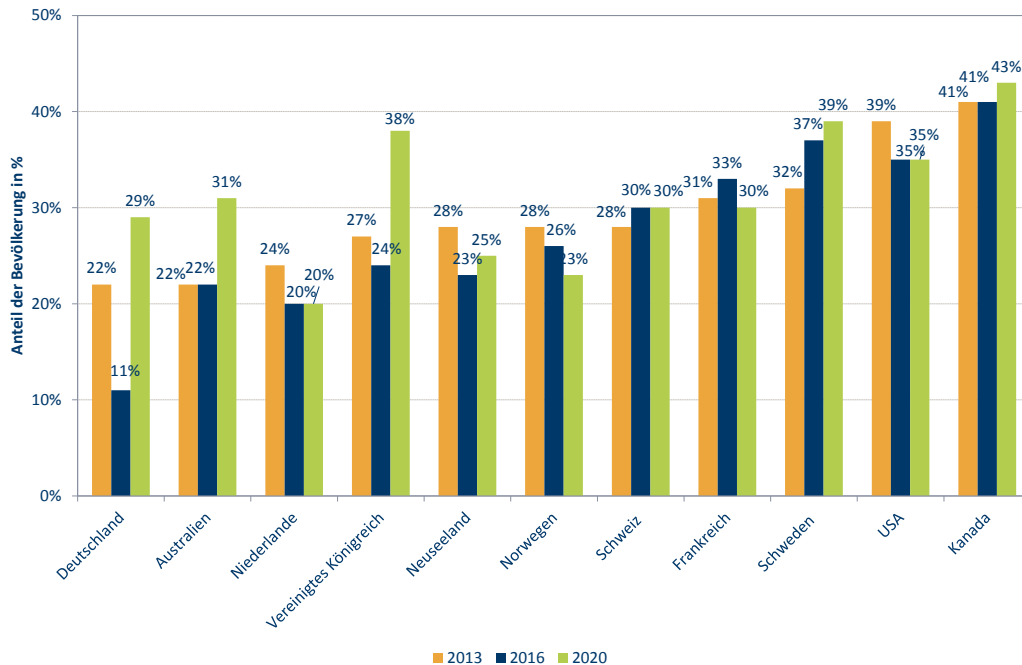
Quelle: IGES auf Basis der IHP-Surveys 2016 und 2020

Anmerkung: Frage: „Hatten Sie in den vergangenen zwei Jahren stationäre Aufenthalte im Krankenhaus, also Aufenthalte über Nacht oder länger?“

Im Jahr 2020 waren 29 % der Befragten in Deutschland nach eigenen Angaben in den letzten zwei Jahren mindestens einmal aus Gründen der eigenen Gesundheit in einer Notaufnahme (Abbildung 5). Damit lag Deutschland im internationalen Vergleich im Mittelfeld; den niedrigsten Anteil hatten die Niederlande mit rund 20 %, am höchsten lag der Anteil in Kanada mit rund 43 %.

Im Vergleich der Jahre 2013 zu 2016 hat sich der Anteil der Befragten mit Inanspruchnahme einer Notaufnahme in Deutschland halbiert (von 22 % auf 11 %), und stieg dann im Jahr 2020 wieder um mehr als das Doppelte an. Derartige Veränderungen der Anteilswerte sind in keinem der Vergleichsländer zu beobachten, allenfalls das Vereinigte Königreich zeigt ebenfalls eine deutliche Steigerung vom Jahr 2016 auf das Jahr 2020. Auch bei dieser Frage gibt es keine inhaltliche Erklärung für die Veränderungen in Deutschland, insbesondere für den Rückgang des Anteils der Befragten mit Inanspruchnahme einer Notaufnahme im Jahr 2013 auf das Jahr 2016. Eher steht dieses Ergebnis im Widerspruch zu anderen Studien, die gezeigt haben, dass die Inanspruchnahme der Notaufnahmen mit dem Wegfall der Praxisgebühr angestiegen ist (z. B. Heuer 2016).

Abbildung 5: Anteile der Befragten mit Inanspruchnahme einer Notaufnahme in den letzten zwei Jahren (in %) im internationalen Vergleich, 2013, 2016 und 2020



Quelle: IGES auf Basis der IHP-Surveys 2013, 2016 und 2020

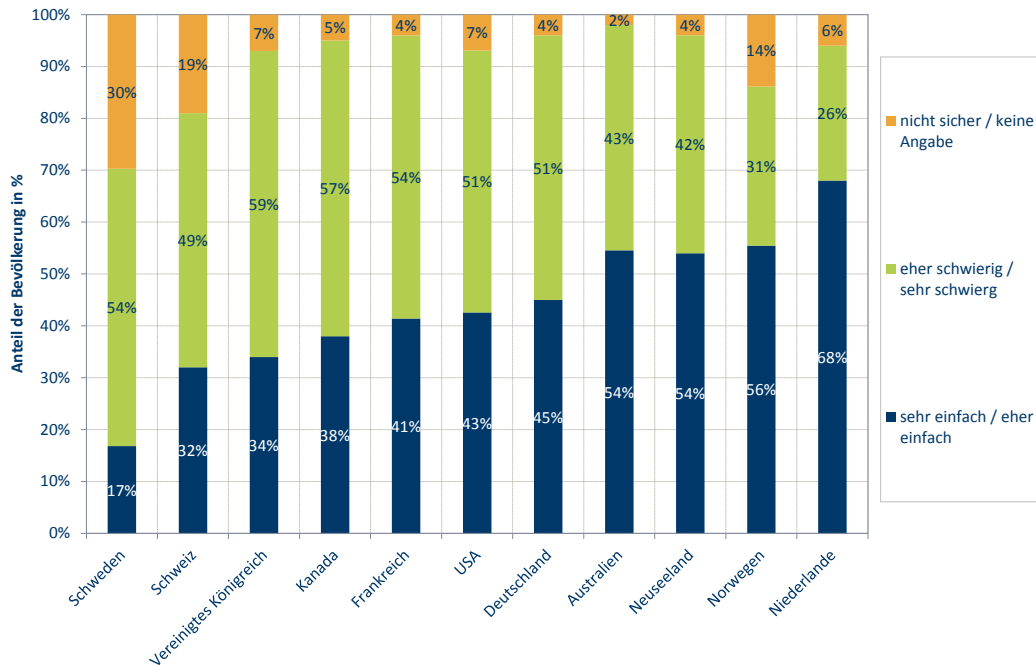
Anmerkung: Frage: „Wie oft waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre wegen Ihres eigenen Gesundheitszustandes in einer Notaufnahme?“

3.5.3 Zugang zur Gesundheitsversorgung

Zugang außerhalb der Praxisöffnungszeiten

In Deutschland gaben im Jahr 2020 rund 45 % der Befragten an, dass es sehr oder eher einfach sei, an Abenden, an Wochenenden oder an Feiertagen medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, ohne die Notaufnahme zu besuchen (Abbildung 7). Damit lag Deutschland im internationalen Vergleich ungefähr im Mittelfeld; in den Niederlanden lag der mit rund 68 % deutlich höher, in Schweden mit rund 17 % deutlich niedriger.

Abbildung 6: Verteilung der Befragten nach Einschätzung der Schwierigkeit, außerhalb der Praxisöffnungszeiten medizinische Versorgung ohne Inanspruchnahme einer Notaufnahme zu erhalten (in %) im internationalen Vergleich, 2020



Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2020

Anmerkung: Frage: „Wie einfach oder schwierig ist es für Sie, an Abenden, an den Wochenenden oder an Feiertagen medizinische Versorgung zu erhalten ohne die Notaufnahme eines Krankenhauses in Anspruch nehmen zu müssen?“ Die Auswertungen beziehen sich lediglich auf die Befragten, die schon einmal außerhalb der Praxisöffnungszeiten eine medizinische Versorgung in Anspruch nehmen mussten.

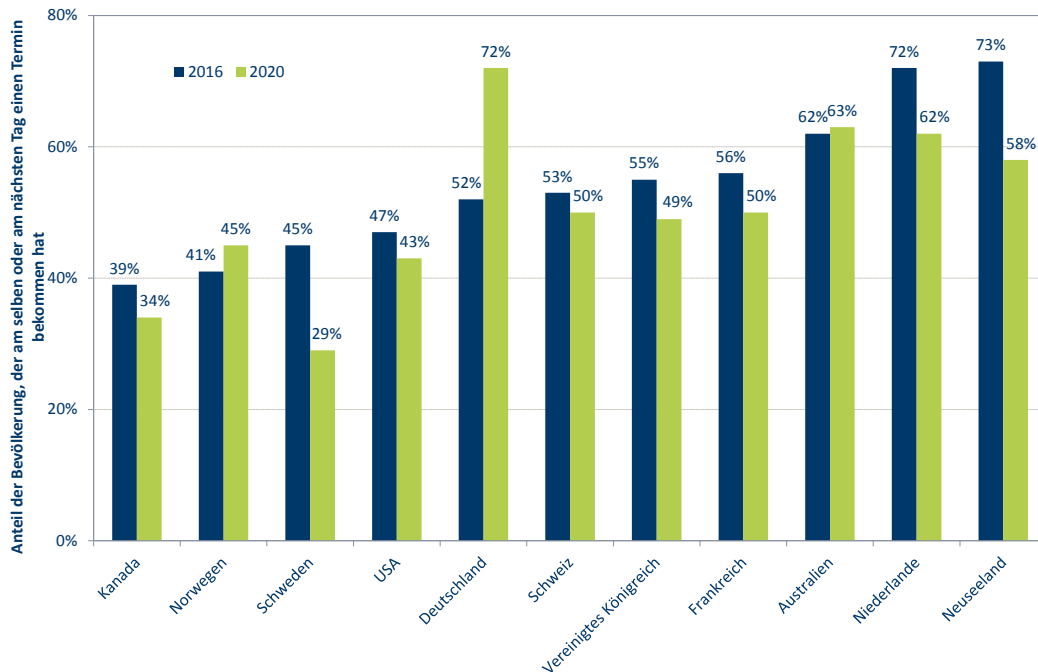
Wartezeiten auf einen Termin

Im Jahr 2020 gaben rund 72% der Befragten in Deutschland an, dass sie – als sie das letzte Mal krank waren oder medizinische Betreuung benötigten – am gleichen oder am nächsten Tag einen Termin erhalten haben (Abbildung 7). Damit liegt Deutschland im internationalen Vergleich an der Spitze.

Im Jahr 2016 lag Deutschland allerdings mit rund 52 % im internationalen Vergleich noch im Mittelfeld. Eine solche deutliche Veränderung der Anteilswerte hatte – mit Ausnahme von Neuseeland – kein anderes Land zu verzeichnen. Daher ist auch bei dieser Frage eine weitergehende Untersuchung nach methodischen oder statistischen Effekten erforderlich.

Zudem wird bei dieser Frage nicht nach Haus- oder Facharzt differenziert. Dabei wurde beispielsweise in den KBV-Versichertenbefragungen gezeigt, dass sich die Wartezeiten auf einen Termin diesbezüglich erheblich unterscheiden.

Abbildung 7: Anteil der Befragten mit Arzttermin am selben oder nächsten Tag bei Krankheit bzw. bei Notwendigkeit einer medizinischer Betreuung (in %) im internationalen Vergleich, 2016 und 2020



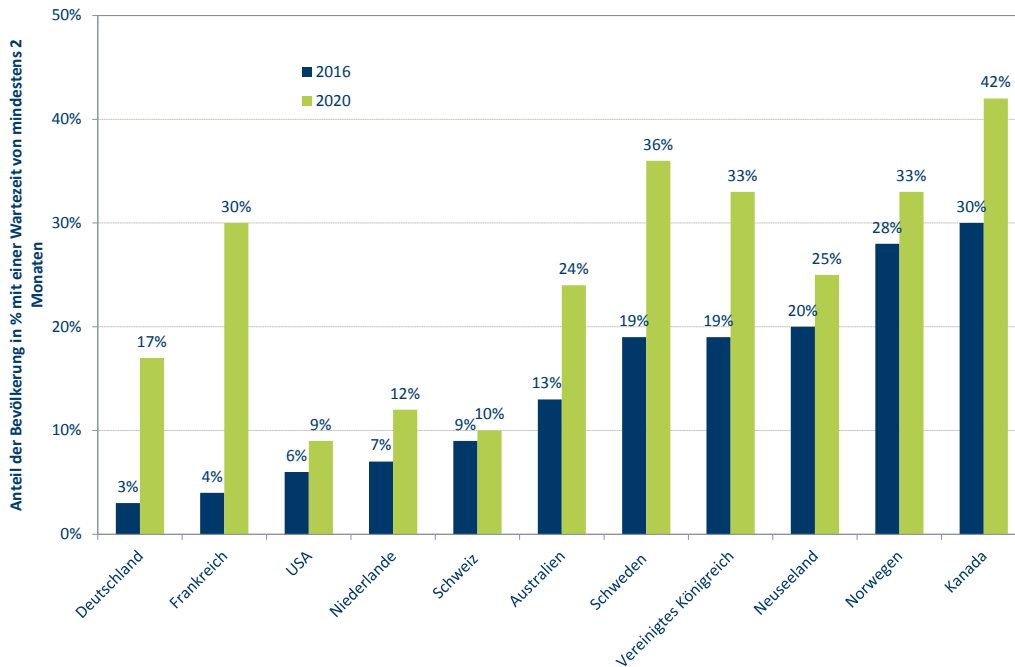
Quelle: IGES auf Basis der IHP-Surveys 2016 und 2020

Anmerkung: Frage: „Als Sie das letzte Mal krank waren oder medizinische Betreuung benötigen, wie schnell bekamen Sie einen Termin bei einem Arzt? Bitte beziehen Sie hier Besuche in der Notaufnahme eines Krankenhauses nicht mit ein.“

In Deutschland mussten im Jahr 2020 rund 17 % der Befragten zwei Monate oder länger auf einen Facharzttermin warten (Abbildung 8). Damit liegt Deutschland im internationalen Vergleich an vierter Stelle, in den USA, der Schweiz und den Niederlanden war der Anteil jeweils geringer.

Im Jahr 2016 lag der entsprechende Anteil bei 3 % und damit Deutschland an der Spitze. Auch bei dieser Frage bedarf es einer weitergehenden detaillierten Analyse der Rohdaten der beiden Jahre, um Erklärungen für diese starke Veränderung zu suchen. Dies betrifft bei dieser Frage allerdings auch noch weitere Länder, zum Beispiel Frankreich.

Abbildung 8: Anteile der Befragten mit einer Terminwartezeit von zwei Monaten oder länger bei einem Facharzt (in %) im internationalen Vergleich, 2016 und 2020



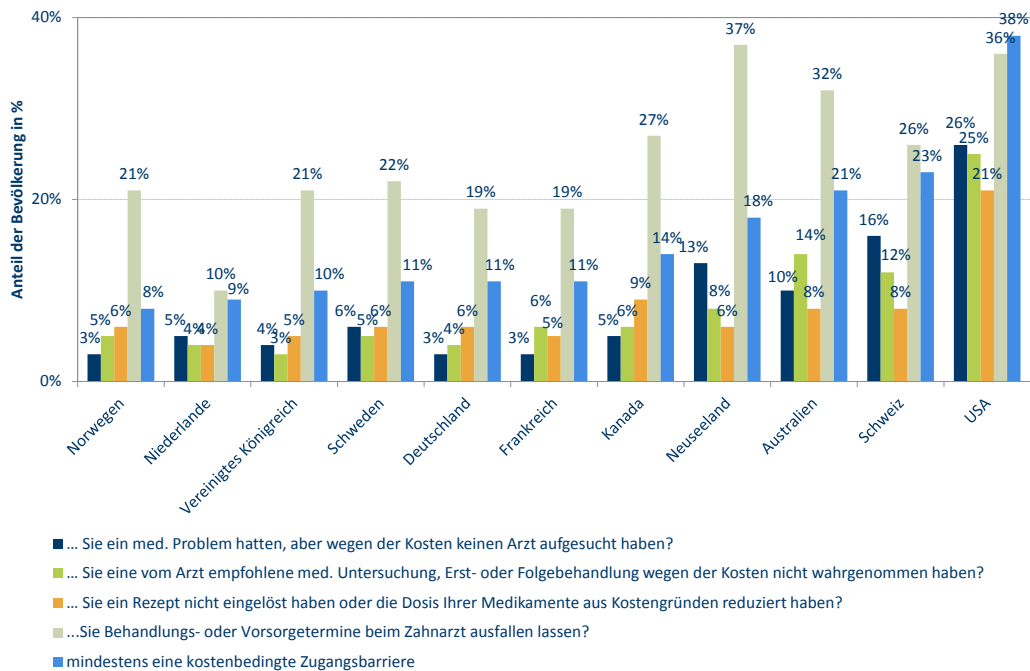
Quelle: IGES auf Basis der IHP-Surveys 2016 und 2020

Kostenbedingte Zugangsbarrieren

In Deutschland lag im Jahr 2020 der Anteil der Befragten der angegeben hat, dass aufgrund der Kosten kein Arzt aufgesucht wurde, eine vom Arzt empfohlene Untersuchung / Behandlung nicht in Anspruch genommen wurde oder ein Rezept nicht eingelöst bzw. die Dosis der Medikamente reduziert wurde, bei 3 % bis 6 % (Abbildung 9). Rund 19 % haben aus Kostengründen Behandlungs- oder Vorsorgetermine beim Zahnarzt ausfallen lassen. Insgesamt lag bei rund 11 % der Befragten mindestens eine kostenbedingte Zugangsbarriere vor. Die USA wiesen die höchsten Anteilswerte auf und lagen mit einem Anteil der Bevölkerung mit kostenbedingten Zugangsbarrieren von 38 % auf dem letzten Platz im internationalen Vergleich.

Gegenüber den Ergebnissen für das Jahr 2016 zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede bezüglich der kostenbedingten Zugangsbarrieren im internationalen Vergleich.

Abbildung 9: Verteilung der Befragten nach unterschiedlichen kostenbedingten Zugangsbarrieren in den letzten 12 Monaten (in %) im internationalen Vergleich, 2020



Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2020

Anmerkung: Frage: „Ist es in den vergangenen 12 Monaten vorgekommen, dass ...?“

3.5.4 Koordination der Gesundheitsversorgung

Im Jahr 2016 gaben in Deutschland rund 8 % der Befragten an, dass sie in den letzten beiden Jahren erlebten, dass sie von Ärzten oder medizinischem Fachpersonal unterschiedliche Informationen erhalten haben (Abbildung 10).¹⁷ Damit liegt Deutschland gemeinsam mit den Niederlanden (8 %) und Frankreich (9 %) im internationalen Vergleich an der Spitze, d. h. es liegen die wenigsten Koordinationsprobleme vor. In Schweden und Norwegen hat dagegen rund jeder Fünfte in den letzten beiden Jahren unterschiedliche Informationen erhalten.

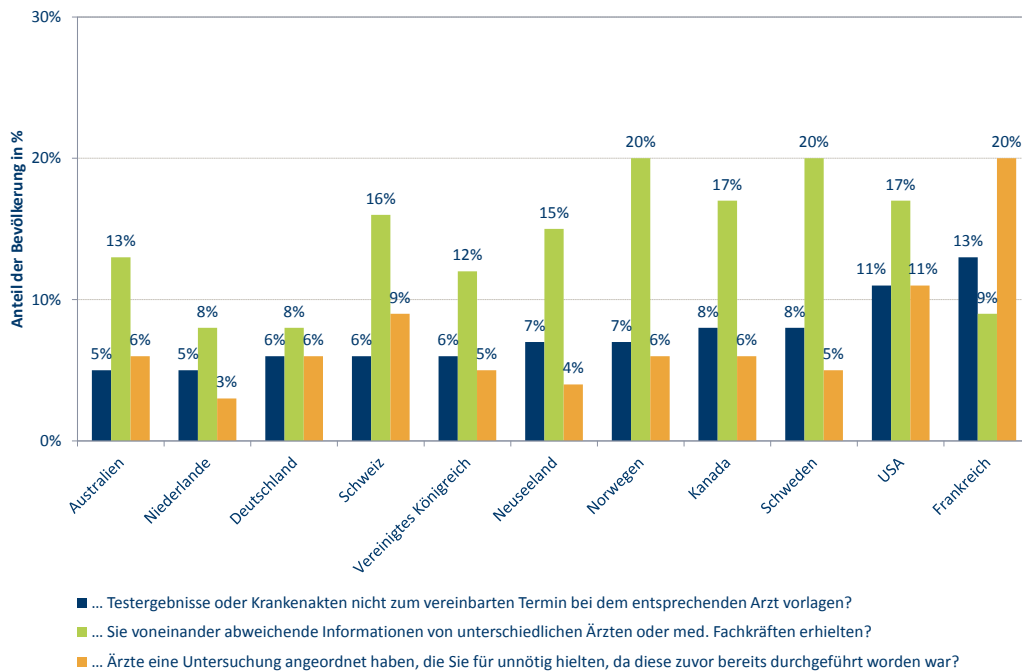
Der Anteil der Befragten, der in den letzten beiden Jahren erlebte, dass Ärzte eine Doppeluntersuchung angefordert haben, lag im Jahr 2016 in den meisten teilnehmenden Ländern zwischen 3 % und 6 % (Deutschland: 6 %). Lediglich in den USA (11 %) und Frankreich (20 %) lagen die Anteil höher.

Der Anteil der Befragten, bei denen in den letzten beiden Jahren Krankenakten oder Testergebnisse nicht zum vereinbarten Termin beim Arzt vorhanden waren,

¹⁷ Bei dieser Frage werden ausschließlich die Ergebnisse für das Jahr 2016 dargestellt, da diese Frage im Jahr 2020 nicht im Fragebogen enthalten war.

lag in den meisten teilnehmenden Ländern zwischen 5 % und 8 %. Auch bei dieser Frage lagen die Anteile in den USA (11 %) und in Frankreich (13 %) höher.

Abbildung 10: Verteilung der Befragten nach unterschiedlichen Koordinationsproblemen der ärztlichen Versorgung (in %) im internationalen Vergleich, 2016



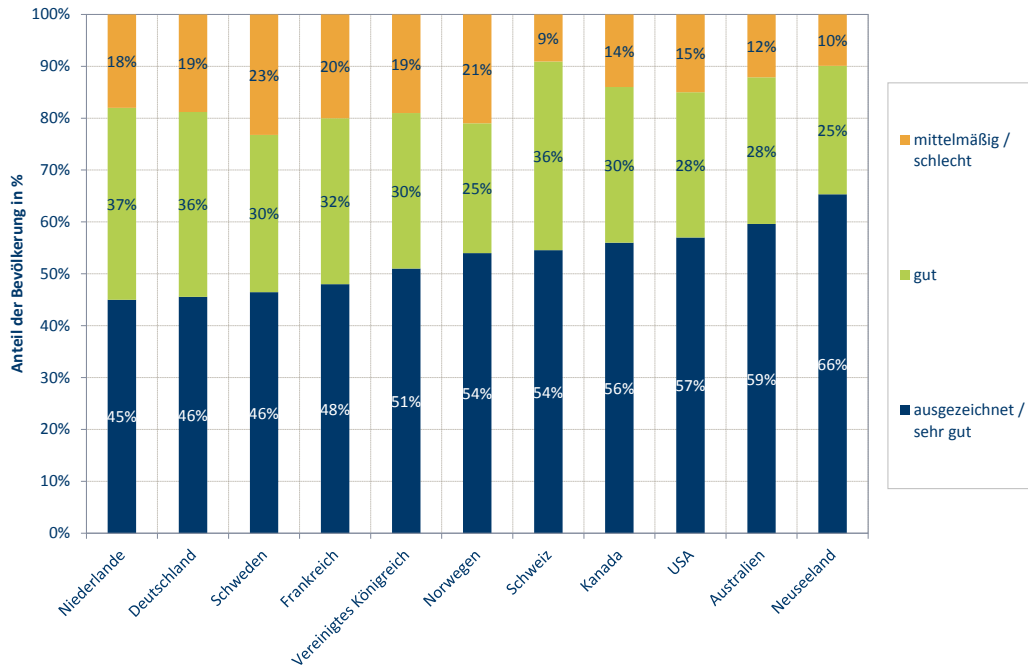
Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2016

Anmerkung: Frage: „Denken Sie an Situationen in den letzten beiden Jahren, in denen Sie eine medizinische Behandlung/Versorgung benötigten. Haben Sie JEMALS erlebt, dass“

3.5.5 Gesundheitszustand

Im Jahr 2020 schätzten rund 46 % der Befragten in Deutschland ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet oder sehr gut ein (Abbildung 11). Damit liegt Deutschland zusammen mit den Niederlanden und Schweden im internationalen Vergleich auf dem letzten Platz. In Neuseeland bewerteten rund 66 % der Befragten den Gesundheitszustand als ausgezeichnet oder sehr gut.

Abbildung 11: Verteilung der Befragten nach der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes (in %) im internationalen Vergleich, 2020



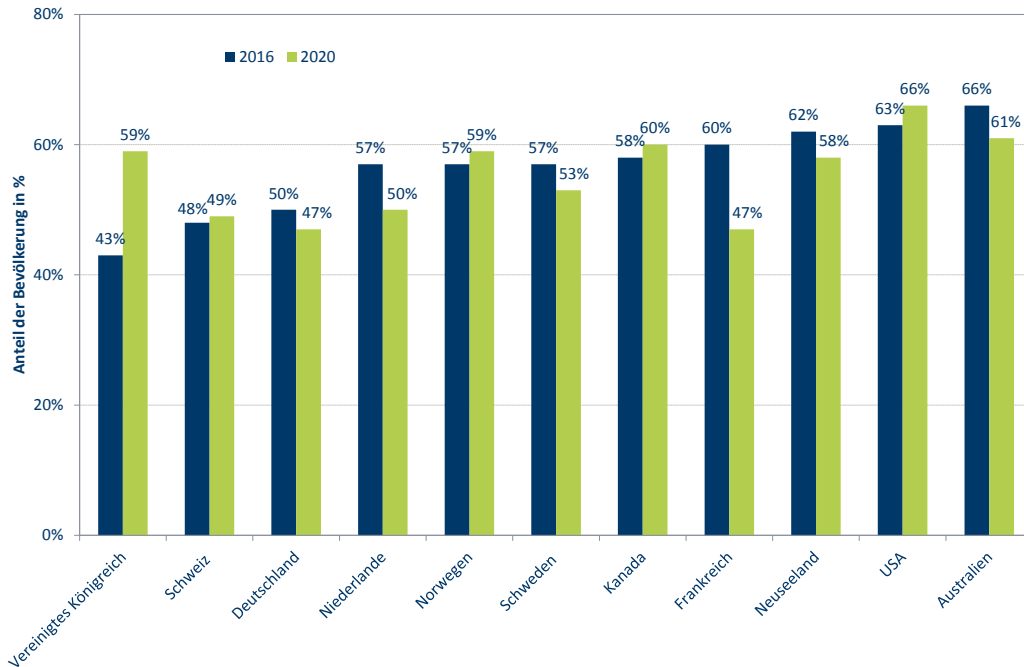
Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2020

Anmerkung: Frage: „Ganz generell, wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?“

In Deutschland hatten im Jahr 2020 rund 47 % der Befragten mindestens eine chronische Erkrankung (Abbildung 12). Damit hatte Deutschland zusammen mit Frankreich den geringsten Anteil. Die USA hatten mit rund 66 % den höchsten Anteil.

Gegenüber dem Jahr 2016 gab es diesbezüglich keine wesentlichen Veränderungen im internationalen Vergleich.

Abbildung 12: Anteile der Befragten mit mindestens einer chronischen Krankheit (in %) im internationalen Vergleich, 2016 und 2020



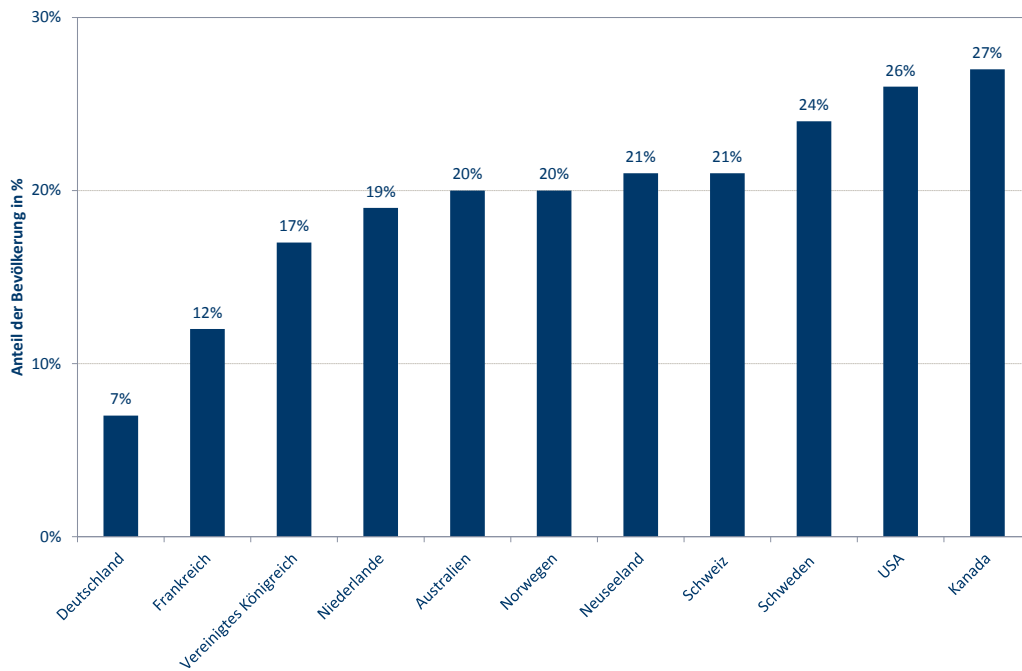
Quelle: IGES auf Basis der IHP-Surveys 2016 und 2020

Anmerkungen: Als chronische Krankheiten zählten Gelenkschmerzen oder Arthritis, Asthma oder chronische Lungenkrankheit, Diabetes, Herzkrankheit oder Bluthochdruck.

In Deutschland hatten im Jahr 2016 nach eigenen Angaben rund 7 % der Befragten emotionalen Stress, den sie nicht alleine bewältigen konnten (Abbildung 13).¹⁸ Dies war im internationalen Vergleich der niedrigste Anteilswert. Am höchsten war der Anteil in Schweden (24 %), den USA (26 %) und Kanada (27 %).

¹⁸ Bei dieser Frage werden ausschließlich die Ergebnisse für das Jahr 2016 dargestellt, da diese Frage im Jahr 2020 nicht im Fragebogen enthalten war.

Abbildung 13: Anteile der Befragten mit emotionalem Stress im vergangenen Jahr, der nicht alleine bewältigt werden konnte, (in %) im internationalen Vergleich, 2016



Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2016

4. IHP-Survey der älteren Bevölkerung

Im Analysezeitraum seit dem Jahr 2010 wurde die ältere Bevölkerung zweimal befragt, im Jahr 2014 (Bevölkerung 55+) und im Jahr 2017 (Bevölkerung 65+). Die nächste Befragung der älteren Bevölkerung soll im Jahr 2021 stattfinden.

4.1 Durchführung der IHP-Befragungen der älteren Bevölkerung

Die Befragung fand in allen teilnehmenden Ländern telefonisch statt, die Schweiz bot zudem eine Möglichkeit an, den Fragebogen online auszufüllen. Mit Ausnahme der drei Länder Kanada, Frankreich und Deutschland erfolgte die Stichprobenziehung anhand von Festnetz- und Mobilfunknummern, um auch die Personen einzubeziehen, die keinen Festnetzanschluss (mehr) besitzen. Für Kanada, die Schweiz und Deutschland wurde es als ausreichend erachtet, die Stichprobe ausschließlich auf Basis der Festnetznummern zu ziehen; zudem waren dort die Kosten der Einbeziehung einer Stichprobe auf Basis von Mobilfunknummern zu hoch. Der Anteil der Personen, mit denen das Interview über ihr Mobiltelefon stattfand, variierte sehr stark zwischen den Ländern, von 2 % in der Schweiz bis zu 95 % in Norwegen. Mögliche Verzerrungen aufgrund eines Stichprobendesigns, welches Personen mit sowohl einer Festnetznummer als auch eines Mobiltelefons eine höhere Wahrscheinlichkeit zuweist, in die Stichprobe gezogen zu werden, wurden mit Hilfe von Gewichtungen der Ergebnisse korrigiert (Rapoport und Czyzewicz 2017).

Die Datenerhebung in Deutschland wurde im Jahr 2017 von der Global Data Collection Company (GDCC) durchgeführt. Der Befragungszeitraum lag zwischen dem 1. März 2017 und dem 16. Juni 2017.

Die durchschnittliche Befragungszeit lag in Deutschland bei 21 Minuten pro Interview. Die kürzeste durchschnittliche Befragungszeit hatte Norwegen mit durchschnittlich 17 Minuten und die längste durchschnittliche telefonische Befragungszeit gab es in der Schweiz mit durchschnittlich 32 Minuten.

4.2 Bewertung der Repräsentativität der IHP-Befragungen der älteren Bevölkerung

Die Repräsentativität des IHP-Surveys wird im Folgenden hinsichtlich des Zugangs der älteren Bevölkerung zur Befragung (Auswahlwahrscheinlichkeit) und der Genauigkeit und Sicherheit von Ergebnissen (Anteilsschätzungen) beleuchtet.

4.2.1 Auswahlwahrscheinlichkeit

Ein wesentliches Kriterium für Repräsentativität ist, dass jeder in der Grundgesamtheit die gleiche Wahrscheinlichkeit hat, in die Stichprobe gezogen zu werden. Dies ist auf Basis der Auswahl der Teilnehmenden gegeben, sofern davon ausgegangen werden kann, dass bei den älteren Personen noch ein Festnetzanschluss vorhanden ist.

In den Fällen, in denen das Prinzip gleicher Auswahlwahrscheinlichkeit nicht eingehalten werden kann (z. B. bei Haushalten mit mehr als einem Bewohner im Alter von mindestens 65 Jahren), wird dies durch eine unterschiedliche Gewichtung berücksichtigt (vgl. dazu Kapitel 3.2.3). Repräsentativität im Sinne gleicher Auswahlwahrscheinlichkeiten wird damit für den IHP-Survey mittels zeitgemäßer Methoden gewährleistet.

4.2.2 Stichprobenumfang

Im Jahr 2017 wurden 751 Personen in Deutschland im Alter von mindestens 65 Jahren im Rahmen des IHP-Surveys befragt, im Jahr 2014 lag die Stichprobengröße für die Bevölkerung ab 55 Jahren für Deutschland bei 547 (Tabelle 1).

Die zugrundeliegende Grundgesamtheit betrug auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes gemäß der Fortschreibung des Mikrozensus aus dem Jahr 2011 in beiden Jahren mehr als 17 Millionen (2014: knapp 17,1 Millionen; 2017: 17,7 Millionen).

Ein weiterer Aspekt der Repräsentativität ist die Genauigkeit und Sicherheit von Befragungsergebnissen. Dazu werden in der Regel zwei Parameter betrachtet:

- ◆ der Stichprobenfehler
- ◆ das Vertrauensintervall

Für jede Grundgesamtheit kann dann bei Festlegung eines Stichprobenfehlers und eines Vertrauensintervalls berechnet werden, wie viele Personen sich mindestens an der Befragung beteiligen müssen, damit die Ergebnisse die geforderte Genauigkeit und Sicherheit aufweisen (Tabelle 3). Demnach wurde im Jahr 2014 eine Mindeststichprobengröße realisiert, die für die Schätzung relativer Anteile Aussagen mit einer Sicherheit (Vertrauensintervall) von 95 % und einer Genauigkeit (Stichprobenfehler) von fünf Prozentpunkten erlauben, im Jahr 2017 weisen Anteilswerte eine Sicherheit (Vertrauensintervall) von 99 % und eine Genauigkeit (Stichprobenfehler) von fünf Prozentpunkten auf.

Die im IHP-Survey für Deutschland realisierte Stichprobengröße erlaubt lediglich Aussagen auf Basis einer Gesamtauswertung. Aussagen mit gleicher Sicherheit und Genauigkeit über bestimmte Untergruppen (z. B. nach Geschlecht oder Bildung) sind nicht möglich, da hierzu – in Abhängigkeit der gewünschten Sicherheit und Genauigkeit – die erforderliche Stichprobengröße für jedes Subgruppenmerkmal erreicht werden müsste.

Tabelle 9: Mindeststichprobengrößen nach Konfidenzniveau und Fehler-spanne bei einer Grundgesamtheit von 17 Millionen

Vertrauensintervall	Stichprobenfehler	Mindeststichprobengröße
99%	1%	16.626
99%	5%	666
95%	1%	9.599
95%	5%	385

Quelle: IGES

Anmerkung: Die Darstellung gilt ausschließlich für Anteilswerte als Zielgröße. Berechnung auf Basis der folgenden Formel: $n \geq 0.25 \cdot z^2 / (e^2 + 0.25/N)$, wobei N die Populationsgröße, e die Breite des Konfidenzintervalls („Genauigkeit“) und z der Wert der Standardnormalverteilung für den jeweils gewählten Vertrauensbereich („Sicherheit“) darstellt.

4.2.3 Gewichtung der Stichprobe

Für eine Gewichtung der Stichprobe wurden drei Schritte durchgeführt:

1. Gewichtung mit einem Korrekturfaktor „Within Household Correction“, der berücksichtigt, dass die Auswahlwahrscheinlichkeit für eine Person von der Anzahl der Personen über 65 Jahren im Haushalt abhängig ist.
2. Gewichtung der Stichprobe anhand der Verteilung ausgewählter Parameter in der Bevölkerung (Altersverteilung nach Geschlecht, Region und Bildung) (Tabelle 3) inklusive iterative proportionale Anpassung an eine bekannte Randverteilung.
3. Begrenzung der Gewichtungsfaktoren der oberen und unteren 5 % der Verteilung der Gewichtungsfaktoren, um eine Verzerrung durch extrem große Gewichtungsfaktoren zu verhindern.

Dieser vergleichsweise hohe Wert von 5 % bei der Begrenzung der Gewichtungsfaktoren deutet größere strukturelle Unterschiede der Stichprobe im Vergleich zu den in der Grundgesamtheit angestrebten Randverteilungen an. So weicht beispielsweise beim Merkmal Region der Anteil von Nordrhein-Westfalen trotz Gewichtung noch um 0,6 Prozentpunkte von der Verteilung in der Grundgesamtheit ab (Tabelle 4). Eine größere Stichprobe könnte zu einer besseren Ausschöpfung in relevanten Randverteilungen führen und extreme Gewichtungsfaktoren zu vermeiden helfen.

Tabelle 10: Informationen über die Stichprobe für Deutschland, IHP-Survey, 2017

	Stichprobe - ungewichtet	Stichprobe - gewichtet	Grundgesamtheit
Geschlecht nach Altersgruppen			
männlich 65-69	14,0%	12,5%	12,1%
männlich 70-74	7,2%	12,4%	13,7%
männlich 75+	21,5%	17,3%	16,8%
weiblich 65-69	12,2%	13,6%	13,2%
weiblich 70-74	10,9%	15,3%	16,0%
weiblich 75+	34,2%	28,9%	28,1%
Bildung			
Hauptschulabschluss, Mittlere Reife, Fachhochschulreife	57,6%	64,2%	64,7%
Abitur, Abschluss einer Berufsfachschule	21,9%	19,7%	19,4%
Universitätsabschluss	20,4%	16,1%	15,9%
Region			
Schleswig-Holstein	5,1%	3,9%	3,7%
Hamburg	2,9%	2,1%	2,0%
Bremen	0,9%	0,8%	0,8%
Niedersachsen	9,6%	9,8%	9,8%
Nordrhein-Westfalen	16,4%	21,0%	21,6%
Rheinland-Pfalz	3,6%	4,5%	4,9%
Saarland	1,1%	1,3%	1,3%
Hessen	7,1%	7,2%	7,2%
Baden-Württemberg	11,7%	12,4%	12,3%
Bayern	16,8%	14,9%	14,6%
Berlin	6,3%	4,0%	3,8%
Mecklenburg-Vorpommern	2,0%	2,1%	2,1%
Brandenburg	3,3%	3,3%	3,3%
Sachsen-Anhalt	4,7%	3,5%	3,3%
Thüringen	3,3%	3,2%	3,1%
Freistaat Sachsen	5,3%	6,1%	6,1%

Quelle: IGES auf Basis von Rapoport und Czyzewicz (2017)

4.3 Beurteilung der Erhebungsinstrumente des IHP-Survey der älteren Bevölkerung

4.3.1 Entwicklung der Erhebungsinstrumente

Der Fragebogen des IHP-Survey 2017 wurde im Jahr 2016 im Rahmen von mehreren Überarbeitungsrunden entwickelt. Der englische Fragebogen wurde von verschiedenen Organisationen in die jeweilige Landessprache übersetzt; für Deutschland wurde der Fragebogen vom GDCC ins Deutsche übersetzt. Die jeweiligen übersetzten Fragebögen wurden von den Partnerinstitutionen überprüft, um sicherzustellen, dass alle Fragen verständlich sind und eine Vergleichbarkeit zu der englischen Version gegeben ist. Während des gesamten Übersetzungsprozesses wurde darauf geachtet, dass der Inhalt der Frage sich durch die Übersetzung nicht ändert (Rapoport und Czyzewicz 2017).

Neben einer ausführlichen technischen Probe der programmierten Fragebögen wurde der Fragebogen in allen elf Ländern – mit Ausnahme von Schweden – einem Pretest unterzogen. In Deutschland wurde ein Pretest mit elf Personen durchgeführt.¹⁹ Auf Basis der Rückmeldungen aus dem Pretest wurden Anpassungen am Fragebogen vorgenommen.

4.3.2 Objektivität, Reliabilität und Validität sowie Passgenauigkeit für das deutsche Gesundheitssystem

Objektivität

Bei dem Design der Erhebungsinstrumente sowie bei der Durchführung der Befragung konnten keine Hinweise darauf gefunden werden, dass eine Objektivität nicht gewährleistet ist.

Reliabilität und Validität

Zur Beurteilung der Reliabilität, also der Genauigkeit einer Messung, stehen grundsätzlich vier verschiedene Methoden zur Verfügung: Retest-Reliabilität, Paralleltest-Reliabilität, Testhalbierungs-Reliabilität, Konsistenzanalysen. Diese Verfahren müssen bei der Erstellung des Fragebogens bzw. im Rahmen eines Pretests des Fragebogens angewendet werden. Aus den zur Verfügung stehenden Methodenberichten geht nicht hervor, dass diese Verfahren angewendet wurden; auch findet sich keine Veröffentlichung diesbezüglich. Es ist daher davon auszugehen, dass diese Methoden nicht angewendet wurden.²⁰

Eine Beurteilung der Reliabilität ist darüber hinaus anhand der Betrachtung des Zeitverlaufes der Ergebnisse einer Frage möglich. Extreme Schwankungen, die

¹⁹ Das Maximum lag bei 25 Personen in den USA. In den meisten Ländern wurde ein Pretest mit zehn Personen durchgeführt.

²⁰ Dies ist allerdings bei den meisten Surveys der Fall. Aufwändige Reliabilitätsmethoden werden nur äußerst selten angewendet.

nicht durch geänderte Rahmenbedingungen erklärt werden können, können Hinweise auf eine mangelnde Reliabilität des Erhebungsinstruments sein. Für die Bewertung liegt allerdings nur die vollständige Datengrundlage aus dem Jahr 2017 vor; die Ergebnisse für das Jahr 2014 liegen lediglich für ausgewählte Fragen vor. Bei den Fragen, die in beiden Jahren gestellt wurden, ergibt sich aus dem Zeitverlauf kein Hinweis auf eine mangelnde Reliabilität (vgl. dazu Kapitel 3.5).

Für eine Einschätzung der Reliabilität des Fragebogens wurden schließlich die Fragen und Antwortmöglichkeiten der deutschen Übersetzung des Fragebogens des IHP-Surveys 2017 untersucht.²¹ Hinweise auf eine mangelnde Genauigkeit der Messung ergeben sich insbesondere, wenn Fragen oder Antwortmöglichkeiten unterschiedlich interpretiert werden können. Dies könnte bei den folgenden Fragen der Fall sein:

- ◆ „Abgesehen von Krankenhausaufenthalten, wie viele verschiedene Ärzte haben Sie in den letzten 12 Monaten besucht?“
- ◆ „Haben Sie in den vergangenen zwei Jahren einen Facharzt aufgesucht oder benötigt?“

Hier fehlt eine klare Angabe darüber, welche Ärztinnen und Ärzte gemeint sind, insbesondere, ob Zahnärztinnen und Zahnärzte bei den Angaben berücksichtigt werden sollen. Bei der ersten Frage ist den Interviewerhinweisen zu entnehmen, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Aufenthalte in den Notaufnahmen ausgeschlossen werden sollen. Allerdings soll dies nur auf Nachfrage erläutert werden. Bei der zweiten Frage gibt es als Interviewerhinweise lediglich die Aufzählung von Beispielen („Chirurgie, Herzkrankheiten, Allergien und psychische Erkrankungen.“). Zudem gibt es inhaltlich einen Unterschied zwischen dem „Aufsuchen“ eines Arztes und dem „Benötigen“ eines Arztes. Insgesamt ist daher bei diesen beiden Fragen davon auszugehen, dass die Befragten diese unterschiedlich interpretieren und die Ergebnisse diese Interpretationsunterschiede enthalten.

Des Weiteren sind einige Antwortmöglichkeiten nicht trennscharf; dies betrifft insbesondere die Frage nach der Qualität der medizinischen Versorgung mit den Antwortmöglichkeiten „vollständig zufrieden, sehr zufrieden, etwas zufrieden, gar nicht zufrieden“ sowie die Frage, ob man gesundheitliche Probleme im Griff hat, mit den Antwortmöglichkeiten „sehr sicher, sicher, nicht sehr sicher, unsicher“.

Für die Fragen nach Häufigkeiten werden unterschiedliche Antwortskalen verwendet:

- ◆ „immer – meistens – manchmal – selten – nie“;
- ◆ „beinah nie – teilweise –häufig“;
- ◆ „immer – oft – manchmal – selten oder nie“

²¹ Für das Zwischengutachten lag ausschließlich die deutsche Übersetzung des Fragebogens aus dem Jahr 2017 vor.

Dies muss nicht unmittelbar zu einer Einschränkung der Reliabilität führen, allerdings kann dies zu einer Irritation bei der Beantwortung der Fragen führen, was grundsätzlich eher vermieden werden sollte.

Bei Anpassungen des Fragebogens ist grundsätzlich abzuwägen, inwiefern Änderungen im Wortlaut die Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen der Vorjahre einschränken werden.

Passgenauigkeit für das deutsche Gesundheitssystem

Im IHP-Survey für die ältere Bevölkerung konnte auf Basis der vorliegenden Fragebögen und Ergebnisauswertungen keine Fragestellung gefunden werden, die für das deutsche Gesundheitssystem keine Relevanz hat und / oder aufgrund der Fragestellung nicht passend wäre.

4.4 Darstellung der Vor- und Nachteile im Vergleich zu anderen nationalen und internationalen Befragungsinstrumenten

4.4.1 Auswahl der Vergleichsstudien

Für einen Vergleich des IHP-Surveys der älteren Bevölkerung eignen sich internationale und nationale Studien, die sich ebenfalls auf die ältere Bevölkerung fokussieren. Dies ist international der Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), der seit dem Jahr 2004 eine repräsentative Bevölkerung im Alter von mindestens 50 Jahren in verschiedenen europäischen Ländern und Israel in zweijährigem Abstand befragt.²² Für Deutschland gab es in den Jahren 2013 und 2017 umfassende Befragungen der älteren Bevölkerung im Rahmen der Generali Altersstudien (Köcher und Bruttel 2012, Generali 2017). Des Weiteren plant das Robert Koch-Institut eine bundesweite Studie zur „Gesundheit älterer Menschen in Deutschland – Gesundheit 65+“. Aufgrund der Corona-Pandemie wurde diese Befragung bislang nicht wie geplant im Frühjahr 2020 durchgeführt. Für die Studie stehen noch nicht viele Informationen öffentlich zur Verfügung; soweit möglich werden die verfügbaren Informationen zum Vergleich für die Bewertung der Vor- und Nachteile des IHP-Survey der älteren Bevölkerung berücksichtigt.

Zusätzlich gibt es drei Erhebungen, bei denen die ältere Bevölkerung nicht ausschließlich im Fokus steht, bei denen jedoch Ergebnisse separat für die ältere Bevölkerung ausgewertet wurden. Dies ist international der European Health Interview Survey (EHIS) sowie die beiden nationalen Studien des RKI Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) sowie die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS). Auch diese drei Erhebungen werden bei einer Darstellung der Vor- und Nachteile des IHP-Survey der älteren Bevölkerung berücksichtigt.²³

²² <http://www.share-project.org/index.php?id=deutschland>

²³ Für eine detaillierte Übersicht über die Inhalte der Befragungen des RKI wurden die jeweiligen Fragebögen angefordert. Diese lagen zum Zeitpunkt der Erstellung des Zwischengutachtens noch nicht vor.

4.4.2 Übersicht über die ausgewählten Vergleichsstudien

SHARE

Der Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) wurde im Jahr 2004 erstmals als repräsentative Befragung der Bevölkerung im Alter 50+ in elf europäischen Ländern erhoben. SHARE wird vom Munich Center for the Economics of Aging (MEA) und dem Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik koordiniert. Themenschwerpunkte sind die wirtschaftliche, gesundheitliche und soziale Lage der älteren Personen. Mittlerweile sind die Daten der siebten Welle des Zeitraums 2017/2018 verfügbar, an der sich 28 Länder beteiligt haben.

Generali Altersstudien

Im Jahr 2017 wurde die zweite Generali Altersstudie veröffentlicht. Diese untersucht die Lebenswirklichkeiten, Einstellungen und Bedürfnislagen der älteren Bevölkerung. Für die Generali Altersstudie wurden mehr als 4.000 Personen im Alter von 65 bis 85 Jahren vom Institut für Demoskopie Allensbach im Auftrag des Generali Zukunftsfonds befragt.

Gesundheit 65+

Die Studie zur Gesundheit älterer Menschen in Deutschland – Gesundheit 65+ – ergänzt das bundesweite Gesundheitsmonitoring durch die Einbeziehung älterer und alter Menschen. Im Rahmen des Befragungs- und Untersuchungssurveys sollen auch Personen ab 80 Jahren in die Befragung einbezogen werden. Der Start der Studie wurde aufgrund der Corona-Pandemie verschoben.

EHIS

Die europäische Gesundheitsumfrage (European Health Interview Survey – EHIS) wurde erstmals zwischen 2006 und 2009 in 17 Ländern durchgeführt. Auch Deutschland hat sich beteiligt (2009), jedoch die Mikrodaten nicht frei gegeben. Die teilnehmenden Länder wenden die EHI-Module auf der nationalen Ebene an, entweder in Form einer eigenen Erhebung oder im Rahmen einer bereits bestehenden nationalen Erhebung. Die zweite Runde von EHIS wurde zwischen 2013 und 2015 in allen EU-Mitgliedsländern sowie in Island und Norwegen durchgeführt (gemäß Verordnung der Kommission 141/2013 in Bezug auf Statistiken auf der Grundlage der Europäischen Gesundheitsumfrage). Die dritte Runde von EHIS wurde für das Jahr 2019 vorgesehen und stützt sich auf die Durchführungsverordnung der Kommission (EU) Nr. 2018/255 von 19. Februar 2018. Deutschland hat die EHIS-Befragung im Rahmen der GEDA-Befragung durchgeführt. Weitere Informationen über die dritte Welle liegen noch nicht vor.

DEGS

Die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) wird vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt und ist Teil des Gesundheitsmonitorings des RKI. Es werden bundesweit Daten zur Gesundheit der in Deutschland lebenden Erwachsenen erhoben. Die erste Erhebungswelle (DEGS1) wurde von Ende 2008 bis

Ende 2011 durchgeführt. Um Veränderungen im Lebenslauf zu analysieren, wurden bei DEGS1 neben den erstmals einbezogenen Personen auch Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Vorgängerstudie "Bundes-Gesundheitssurvey 1998" (BGS98) zur Teilnahme eingeladen. Aktuell befindet sich ein weiterer Survey in der Planungsphase.²⁴ Zwar fokussiert diese Studien nicht auf die ältere Bevölkerung, aber es wurden teilweise separate Auswertungen für die ältere Bevölkerung veröffentlicht und auch Untersuchungsfragen integriert, die sich auf die ältere Bevölkerung beziehen, wie beispielsweise eine Untersuchung der Greifkraft.

GEDA

Im Rahmen des bundesweiten Gesundheitsmonitorings führt das RKI regelmäßig Gesundheitsbefragungen durch, die die Untersuchungs- und Befragungssurveys (z. B. DEGS) ergänzen. Gesundheitlich wichtige Fragestellungen werden regelmäßig in einem Kernmodul erfragt, ergänzt um aktuelle Public Health-relevante Themen. Bislang fanden fünf Erhebungen statt: GEDA 2009, GEDA 2010, GEDA 2012, GEDA 2014/2015-EHIS, GEDA 2019-EHIS.

Die Datenerhebung der aktuellen Welle (GEDA 2019-EHIS) sollte von April 2019 bis August 2020 stattfinden; ca. 20.000 Personen im Alter ab 15 Jahren sollen telefonisch befragt werden.

4.4.3 Vergleich des IHP-Surveys mit den ausgewählten Studien anhand verschiedener Faktoren

Im Folgenden wird der IHP-Survey mit den ausgewählten Vergleichsstudien anhand der verschiedenen Faktoren verglichen.

Zielgruppe

Der IHP-Survey 2017 bezieht sich auf die Bevölkerung ab 65 Jahren, der Survey von 2014 auf die Bevölkerung ab 55 Jahren. SHARE berücksichtigt Personen ab 50 Jahren und in der Generali Altersstudie wurden Personen im Alter von 65 Jahren bis 85 Jahren einbezogen (Tabelle 5). Auch die Gesundheit 65+-Studie des RKI wird sich auf Personen im Alter von 65 Jahren beziehen. Die anderen Vergleichsstudien haben die erwachsene Gesamtbevölkerung als Zielgruppe und die Auswertungen können lediglich separat für die einzelnen Altersgruppen dargestellt werden.

Aktuell verfügbares Datenjahr, Periodizität und zeitliche Verfügbarkeit der Ergebnisse

Das Jahr 2017 ist das aktuellste verfügbare Datenjahr (IHP, SHARE und Generali Altersstudie). Der IHP-Survey wird alle drei Jahre durchgeführt, SHARE alle zwei Jahre. Die Ergebnisse des IHP-Survey werden vergleichsweise schnell veröffentlicht und liegen noch im Jahr der Durchführung der Befragung vor. Bei SHARE dauert es

²⁴ <https://www.degs-studie.de/deutsch/studie/degs-im-ueberblick.html> (letzter Zugriff: 22.09.2020).

ungefähr zwei Jahre, bis der Datensatz zur Verfügung steht. Für die anderen Studien steht diese Information nicht zur Verfügung.

Studiendesign und Methode der Datenerhebung

Der IHP-Survey sowie die meisten Vergleichsstudien sind Querschnittserhebungen. Lediglich SHARE ist eine Panelstudie und DEGS hat eine Panelkomponente.

Der IHP-Survey wird – mit Ausnahme der Schweiz – ausschließlich telefonisch durchgeführt, in den Vergleichssurveys werden die Interviews persönlich oder schriftlich durchgeführt mit einer teilweisen ergänzenden Gesundheitsuntersuchung.

Stichprobenumfang

Der Stichprobenumfang liegt in den Vergleichsstudien – teilweise beträchtlich – höher als beim IHP-Survey.

Datenzugang

Für SHARE, DEGS und GEDA kann der Zugang zu den Mikrodaten beantragt werden. Für den IHP-Survey kann zumindest in manchen Ländern, beispielsweise der Schweiz, der Datensatz verwendet werden. Für Deutschland scheint es keine (offizielle) Möglichkeit zu geben, Zugang zum Datensatz zu beantragen.

Differenzierungsmerkmale

Die sozio-ökonomischen und geographischen Differenzierungsmerkmale sind in den Studien ähnlich. Allerdings ist beim IHP-Survey der Stichprobenumfang so gering, dass separate Auswertungen für die Untergruppen teilweise nicht möglich sind.

Einflussmöglichkeiten des BMG

Das BMG hat beim IHP-Survey die Möglichkeit, Vorschläge für Themen und Fragestellungen einzubringen. Bei SHARE und der Generali Altersstudie ist dies nicht der Fall.

Tabelle 11: Gegenüberstellung des IHP-Surveys der älteren Bevölkerung mit den ausgewählten Vergleichsstudien

	international				national		
	IHP	SHARE	EHIS	Generali	DEGS	GEDA	Gesundheit 65+
Zielgruppe	Bevölkerung ab 65 Jahren (2014 ab 55 Jahren)	Bevölkerung ab 50 Jahren	Bevölkerung ab 15 Jahren	Bevölkerung 65-85 Jahre	Bevölkerung 18-79 Jahre	Bevölkerung 18-79 Jahre	Bevölkerung ab 65 Jahren
aktuell verfügbares Datenjahr	2017	2017/2018 (Welle 7)	2013-2015	2017	2008-2011	2014/2015	noch nicht verfügbar
Periodizität	alle drei Jahre	alle zwei Jahre	alle fünf Jahre	bislang alle vier Jahre, vermutlich keine weitere Durchführung		unregelmäßig	
zeitliche Verfügbarkeit der Ergebnisse	Dezember des Durchführungsjahres	ca. 2. Jahre nach Durchführung	ca. 2 bis 3 Jahre nach Durchführung				
Studiendesign	Querschnitt	Panel	Querschnitt	Querschnitt	Querschnitt mit Panelkomponente	Querschnitt	Querschnitt
Methode der Datenerhebung	CATI	persönliche Interviews und Tests	nicht einheitlich in den Ländern	persönliche Interviews	schriftliche Befragung, tlw. mit medizinischer Untersuchung und Laboranalysen	2014/2015: schriftlich 2019/2020: telefonisch	schriftliche Befragung mit medizinischer Untersuchung

	international				national		
	IHP	SHARE	EHIS	Generali	DEGS	GEDA	Gesundheit 65+
Stichprobenumfang (Deutschland)	2014: 547: 2017: 751	ca. 6.000	24.016	4.133	8.152	24.016	ca. 2.700
Datenzugang	Bereitstellung in manchen Ländern	Download nach Registrierung		nicht möglich, ausschließlich Publikation	Antrag beim RKI-FDZ	Antrag beim RKI-FDZ	
Differenzierungs- merkmale	Geschlecht Altersgruppen Bildung Bundesland Gemeindetyp Einkommen PKV/GKV	Geschlecht Altersgruppen Bildung Gemeindetyp Einkommen PKV/GKV	Geschlecht Altersgruppen Bildung Gemeindetyp Einkommen PKV/GKV		Geschlecht Altersgruppen Bildung Gemeindetyp Einkommen PKV/GKV	Geschlecht Altersgruppen Bildung Gemeindetyp Einkommen PKV/GKV	
Einflussmöglichkeiten des BMG	ja	nein		nein			

Quelle: IGES

Übersicht der teilnehmenden Länder

Am IHP-Survey der älteren Bevölkerung haben sich in den Jahren 2014 und 2017 jeweils elf Nationen beteiligt (Tabelle 7). Neben europäischen Ländern beteiligten sich die USA, Kanada, Neuseeland und Australien. An der sechsten Welle von SHARE (2015) beteiligten sich 17 Länder, an der siebten Welle (2017) 28 Länder (EU-Länder plus Schweiz und Israel). An der EHIS-Befragung in den Jahren 2006 bis 2009 haben sich 17 europäische Länder beteiligt, an der Befragung 2013 bis 2015 nahmen 31 Länder teil.

Tabelle 12: Vergleich der teilnehmenden Länder – IHP-Survey, SHARE und EHIS

Länder	IHP 2014/2017	SHARE 2015 (Welle 6)	SHARE 2017 (Welle 7)	EHIS 2006-2009	EHIS 2013-2015
Australien	x				
Belgien		x	x	x	x
Bulgarien			x	x	x
Dänemark		x	x		x
Deutschland	x	x	x	x	x
Estland		x	x	x	x
Finnland			x		x
Frankreich	x	x	x	x	x
Griechen- land		x	x	x	x
Irland		x	x		x
Island					x
Israel		x	x		
Italien		x	x		x
Kanada	x				
Kroatien		x	x		x
Lettland			x	x	x
Litauen			x		x
Luxemburg		x	x		x
Malta			x	x	x
Neuseeland	x				

Länder	IHP 2014/2017	SHARE 2015 (Welle 6)	SHARE 2017 (Welle 7)	EHIS 2006-2009	EHIS 2013-2015
Niederlande	x	x	x		x
Norwegen	x				x
Österreich		x	x	x	x
Polen		x	x	x	x
Portugal		x	x		x
Rumänien			x	x	x
Schweden	x	x	x		x
Schweiz	x	x	x		
Slowakei			x	x	x
Slowenien		x	x	x	x
Spanien		x	x	x	x
Tschechien		x	x	x	x
Ungarn		x	x	x	x
Vereinigte Staaten von Amerika	x				
Vereinigtes Königreich	x	x	x		x
Zypern			x	x	x
Länder insgesamt	11	17	28	17	31

Quelle: IGES

Vergleich der Themen und Inhalte der Befragungen

Bei den Fragestellungen Gesundheitszustand gibt es teilweise starke Überschneidungen des IHP-Survey mit den Vergleichsstudien (Tabelle 8). Diesbezüglich hat der IHP-Survey den Nachteil, dass lediglich subjektive Gesundheitsdaten erhoben werden, während in den Studien des Gesundheitsmonitorings des RKI sowie beim SHARE auch Gesundheitsuntersuchungen und Laboranalysen durchgeführt werden. Im IHP-Survey sind dagegen mehr Fragestellungen bezüglich der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem bzw. der Gesundheitsversorgung als bei den Vergleichsstudien.

Tabelle 13: Befragungsthemen des IHP-Surveys und der Vergleichsstudien

Thema	IHP			SHARE	EHIS	GEDA	DEGS	Generali
	2014	2017	2021		2006-2009	2014		
Gesundheitszustand								
chronische Krankheiten	x	x	x	x	x	x	x	
Selbsteinschätzung	x	x	x		x	x		x
Behinderungen						x		
Psychische Gesundheit	x			x		x	x	
Unfälle und Verletzungen						x	x	
Schmerz								
Einschränkungen des täglichen Lebens	x	x	x	x	x	x	x	x
Gesundheitsverhalten								
Rauchen					x	x	x	x
Alkoholkonsum					x	x	x	x
körperliche Aktivität				x		x	x	x
Ernährungsgewohnheiten				x	x	x	x	x
Körpergewicht						x	x	

Thema	IHP			SHARE	EHIS	GEDA	DEGS	Generali
	2014	2017	2021		2006-2009	2014		
soziale Unterstützung	x		x					x
Gesundheitsversorgung								
Prävention	x	x	x			x	x	x
Gesundheitsbezogene Unterstützung und Belastung	x	x	x					x
Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems	x	x	x		x	x	x	
Zugang/ Wartezeit & Rechtzeitigkeit Versorgung	x	x	x	x				
Krankenhausaufenthalte	x	x	x	x	x	x		
Einnahme von Arzneimitteln	x	x	x	x	x	x		
unerfüllter Bedarf an Gesundheitsleistungen				x	x	x		
Ambulante Arztkontakte		x						
Kostenbedingte Zugangsbarrieren	x	x	x	x				
Arzt-Patienten-Beziehung	x	x	x	x				
Versorgung am Lebensende	x	x	x	x				x

Thema	IHP			SHARE	EHIS	GEDA	DEGS	Generali
	2014	2017	2021					
Systemansichten, Vertrauen Zufriedenheit	x	x	x		2006-2009	2014		
Digitalisierung			x					x
COVID-19			x	x (W8)				
Sozioökonomische Variablen								
Alter	x	x	x		x	x		x
Geschlecht	x	x	x		x	x		x
Bildung	x	x	x	x	x	x		x
berufliche Stellung					x			x
Migrationshintergrund	x	x	x					
Haushaltstyp	x	x	x			x		
Einkommen	x	x	x		x	x		x

Quelle: IGES auf Basis der Fragebögen und Publikationen der Surveys

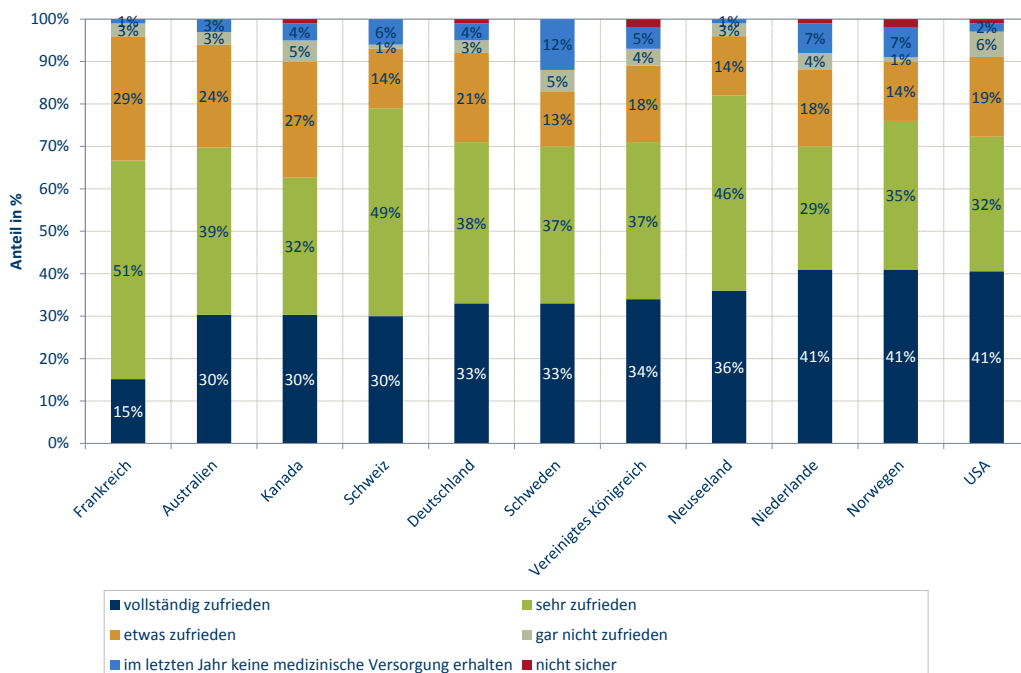
4.5 Vergleichende Darstellung der zentralen Ergebnisse

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse des IHP-Surveys für die ältere Bevölkerung aus dem Jahr 2017 dargestellt. Sofern der IHP-Survey in der vorangegangenen Erhebung 2014 die gleichen oder ähnlichen Fragestellungen verwendete und die Ergebnisse veröffentlicht wurden, werden die Ergebnisse zusätzlich im Zeitverlauf dargestellt. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Vergleichbarkeit eingeschränkt ist, da im Jahr 2014 die Bevölkerung ab 55 Jahren und im Jahr 2017 die Bevölkerung ab 65 Jahren befragt wurde.

4.5.1 Zugang zur Gesundheitsversorgung

Bei der Frage nach der Zufriedenheit mit der Qualität der medizinischen Versorgung liegt Deutschland im internationalen Vergleich im Mittelfeld (Abbildung 14). Rund 71 % der Befragten war vollständig oder sehr zufrieden.

Abbildung 14: Verteilung der Befragten nach der Zufriedenheit mit der Qualität der medizinischen Versorgung in den letzten 12 Monaten (in %) im internationalen Vergleich, 2017

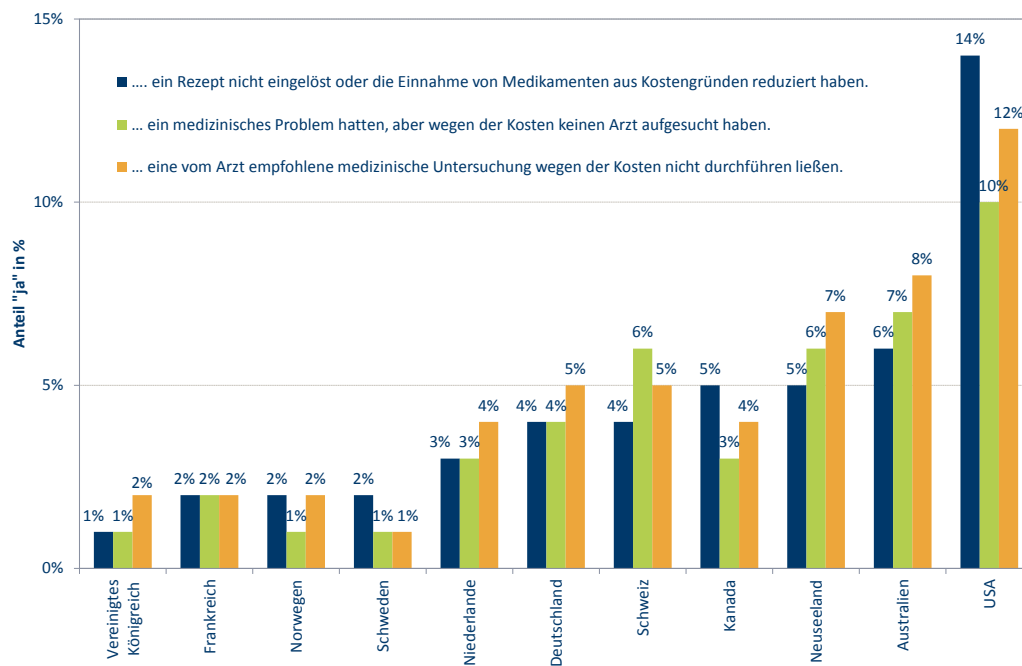


Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2017

Anmerkung: Frage „Allgemein, wie zufrieden sind Sie mit der Qualität der medizinischen Versorgung, die Sie während der letzten 12 Monate erhalten haben. Würden Sie sagen, Sie sind....“

Auch bei den kostenbedingten Zugangsbarrieren war Deutschland im internationalen Mittelfeld (Abbildung 15).

Abbildung 15: Verteilung der Befragten nach der Zustimmung zu verschiedenen kostenbedingten Zugangsbarrieren (in %) im internationalen Vergleich, 2017

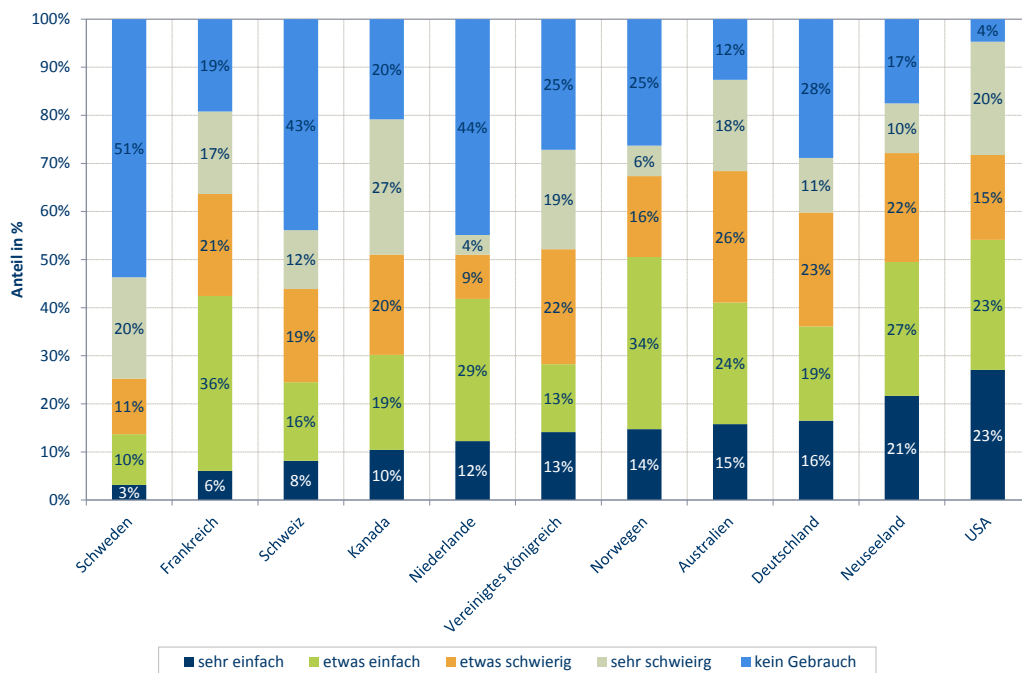


Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2017

Anmerkung: Frage „Ist es in den vergangenen 12 Monaten vorgekommen, dass Sie ...“

Rund 16 % der befragten älteren Bevölkerung in Deutschland fand es sehr einfach, an Abenden, an Wochenende oder an Feiertagen eine medizinische Versorgung zu erhalten ohne die Notaufnahmen in Anspruch zu nehmen (Abbildung 16).

Abbildung 16: Verteilung der Befragten nach der Einschätzung der Schwierigkeit, an Abenden, an Wochenenden oder an Feiertagen medizinische Versorgung zu erhalten ohne Inanspruchnahme einer Notaufnahme (in %) im internationalen Vergleich, 2017

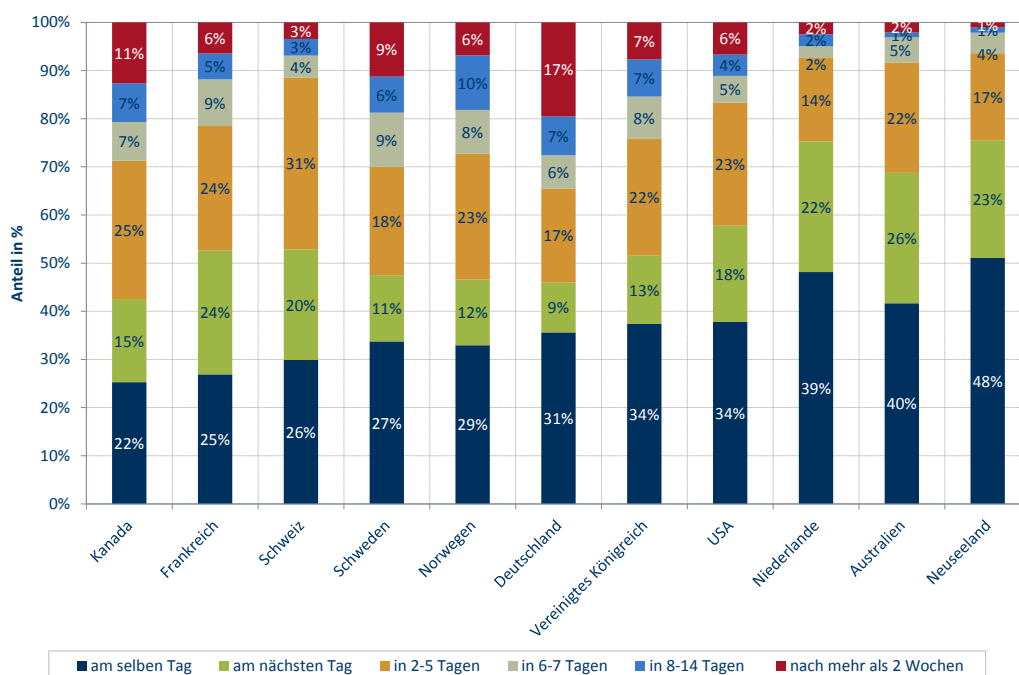


Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2017

Anmerkung: Frage „Wie einfach oder schwierig ist es für Sie, an Abenden, an den Wochenenden oder an Feiertagen medizinische Versorgung zu erhalten ohne die Notaufnahme eines Krankenhauses in Anspruch nehmen zu müssen? Ist es...“

Knapp ein Drittel der befragten älteren Bevölkerung gab an, dass das letzte Mal, als sie krank waren oder medizinische Betreuung benötigten, ein Termin am selben Tag möglich war (Abbildung 17). Allerdings musste auch rund 17 % der Befragten mehr als zwei Wochen auf einen Termin warten – dies ist im internationalen Vergleich der höchste Anteilswert für diese Antwortkategorie. Eine mögliche Begründung könnte sein, dass bei dieser Frage nicht nach Haus- und Fachärzten unterschieden wird. Zudem wird auch nicht nach Dringlichkeit differenziert.

Abbildung 17: Verteilung der Befragten nach der Schnelligkeit, mit der ein Termin bei einem Arzt möglich war (in %) im internationalen Vergleich, 2017



Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2017

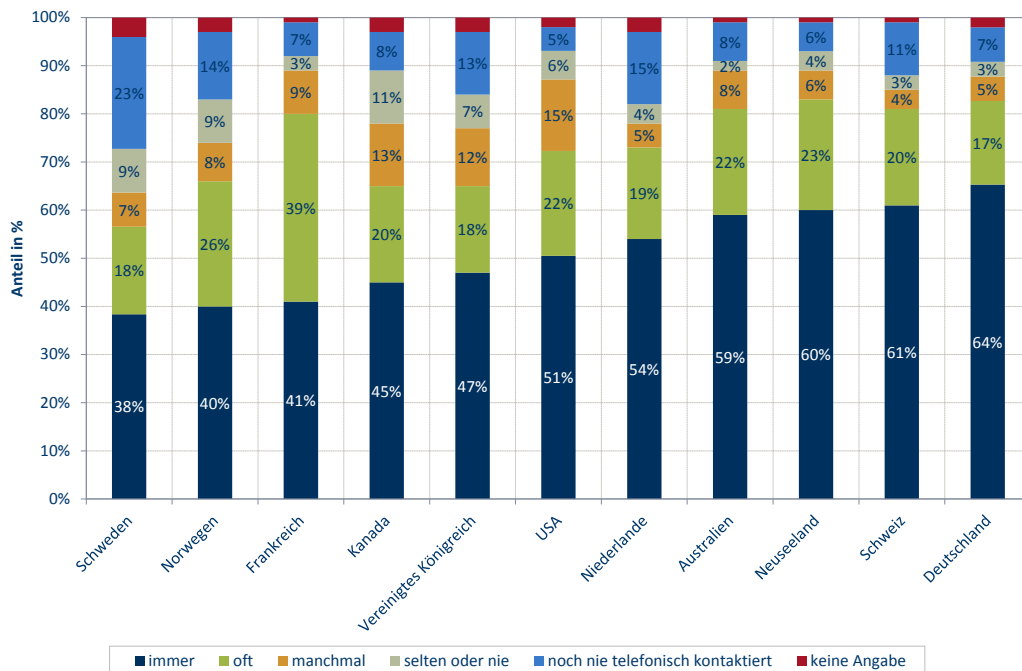
Anmerkung: Frage „Als Sie das letzte Mal krank waren oder medizinische Betreuung benötigten, wie schnell bekamen Sie einen Termin bei einem Arzt? Bitte beziehen Sie hier Besuche in der Notaufnahme eines Krankenhauses nicht ein.“

4.5.2 Beziehung zum Hausarzt bzw. Hausärztin

Die große Mehrheit der Befragten im Alter von mindestens 65 Jahren hat in allen teilnehmenden Ländern einen bestimmten Arzt oder eine bestimmte Ärztin (Hausarzt bzw. eine Hausärztin) zu dem in der Regel gegangen wird.

Bei der Frage nach Häufigkeit bei der bei einer Kontaktaufnahme während der Sprechzeiten nach am selben Tag eine Antwort vom Hausarzt erfolgt, ist Deutschland an erster Position: Knapp zwei Drittel der Befragten gaben an, dass die Antwort immer am selben Tag erfolgt (Abbildung 18).

Abbildung 18: Verteilung der Befragten nach der Häufigkeit mit der noch am selben Tag eine Antwort vom Hausarzt erfolgt bei einer Kontaktaufnahme während der Sprechzeiten (in %) im internationalen Vergleich, 2017

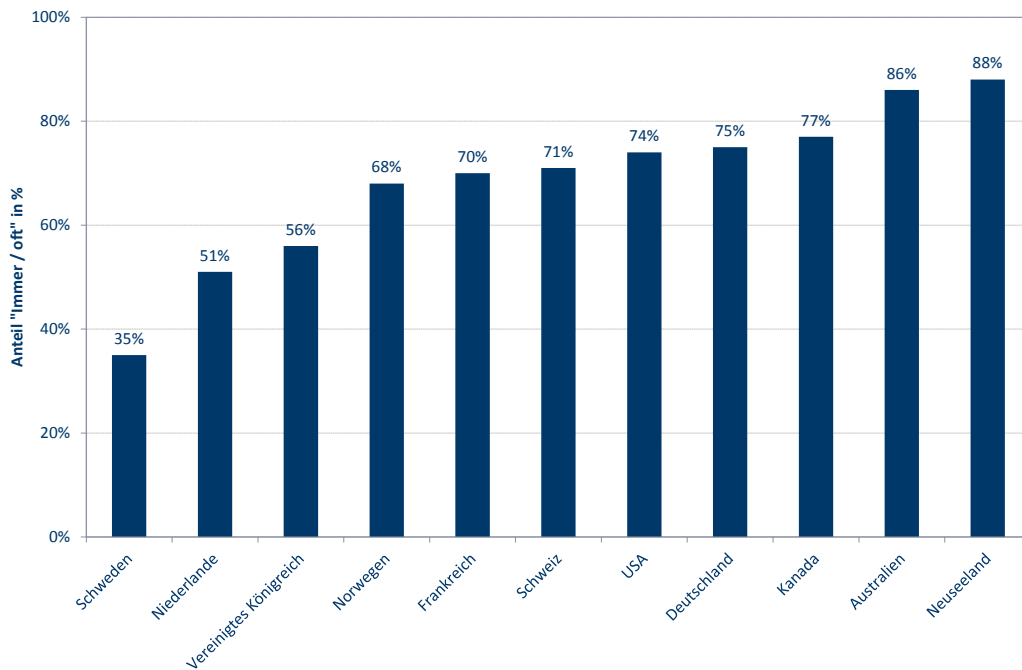


Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2017

Anmerkung: Frage „Wenn Sie während der Sprechzeit Ihre Hausarztpraxis mit einem medizinischen Problem kontaktieren wie oft erhalten Sie noch am selben Tag eine Antwort?“

Rund drei Viertel der Befragten gaben an, dass der Hausarzt bzw. die Hausärztin immer bzw. oft bei der Koordination der weiteren Behandlung unterstützt (Abbildung 19). Damit schneidet Deutschland im internationalen Vergleich überdurchschnittlich ab, lediglich in Kanada, Australien und Neuseeland sind die Anteilswerte höher.

Abbildung 19: Anteile der Befragten bei denen der Hausarzt bei der Koordination der weiteren Behandlung immer bzw. oft unterstützt (in %) im internationalen Vergleich, 2017



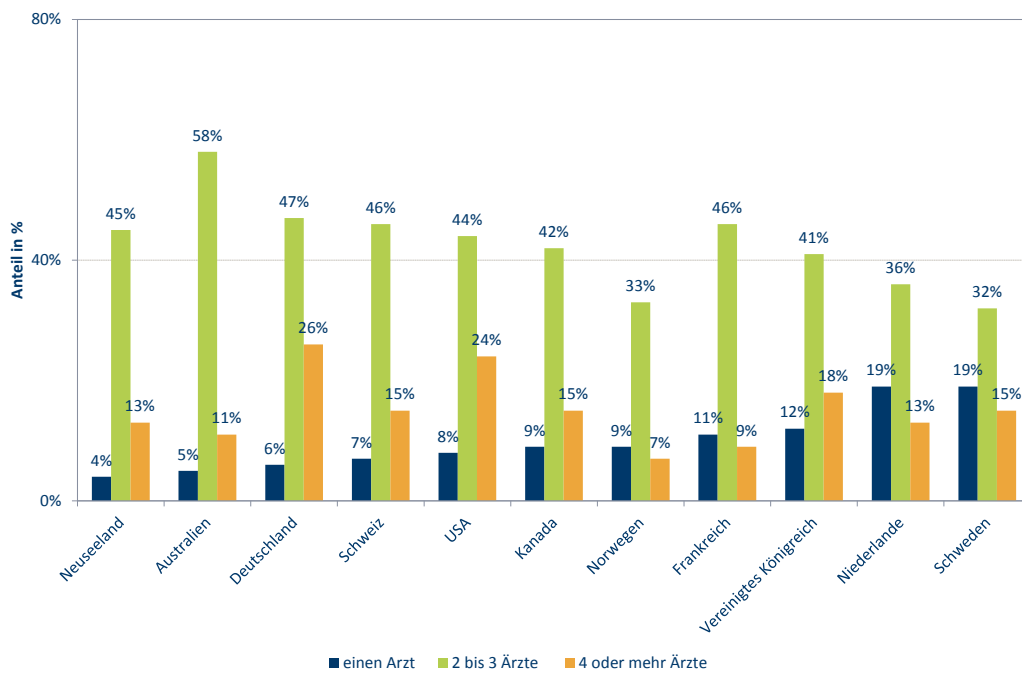
Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2017

Anmerkung: Frage „Wie oft hilft Ihnen Ihr (Haus-)Arzt oder jemand in Ihrer Arztpraxis dabei, die Behandlung durch weitere Ärzte oder Praxen zu koordinieren oder zu planen?“

4.5.3 Koordination der Versorgung

In Deutschland lag der Anteil derer, die in den letzten 12 Monaten vier oder mehr unterschiedliche Ärztinnen und Ärzte besucht haben, mit rund 26 % im internationalen Vergleich am höchsten (Abbildung 20).

Abbildung 20: Verteilung der Befragten nach der Anzahl unterschiedlicher Ärztinnen und Ärzte, die in den letzten 12 Monaten besucht wurden (in %) im internationalen Vergleich, 2017



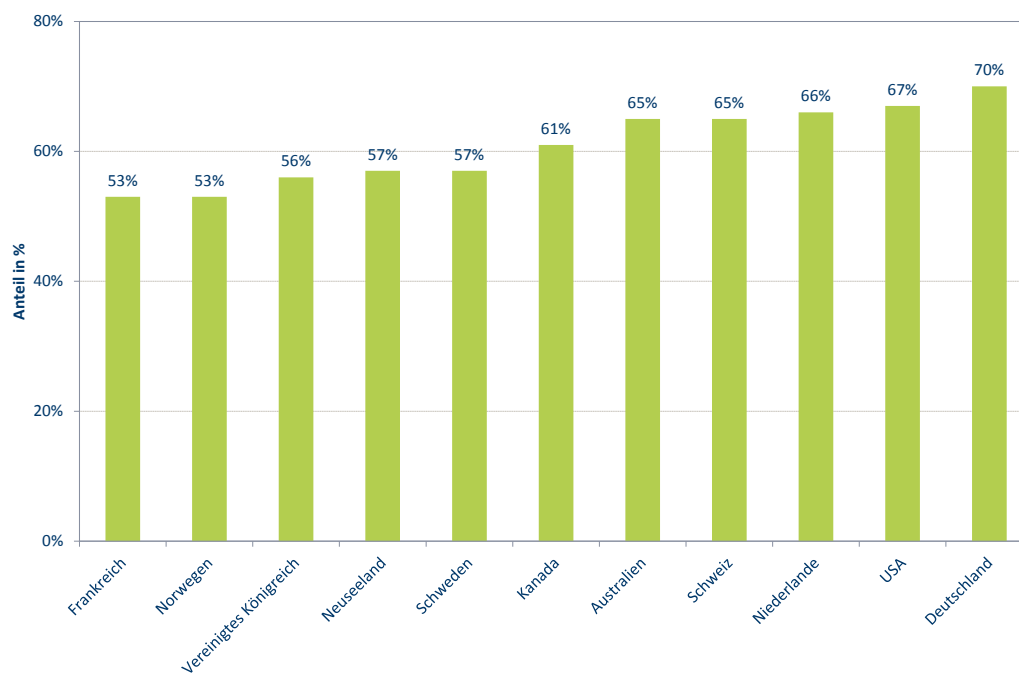
Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2017

Anmerkung: Frage „Abgesehen von Ihren Krankenhausaufenthalten, wie viele verschiedene Ärzte haben Sie in den vergangenen 12 Monaten besucht?“

4.5.4 Erfahrungen mit Fachärztinnen und -ärzten

In Deutschland gaben rund 70 % der Befragten an, dass sie in den letzten zwei Jahren einen Facharzt oder eine Fachärztin aufgesucht haben (Abbildung 21). Dies ist im internationalen Vergleich der höchste Anteilswert.

Abbildung 21: Anteil der Befragten mit Inanspruchnahme oder Bedarf eines Facharztes bzw. einer Fachärztin in den letzten zwei Jahren (in %) im internationalen Vergleich, 2017



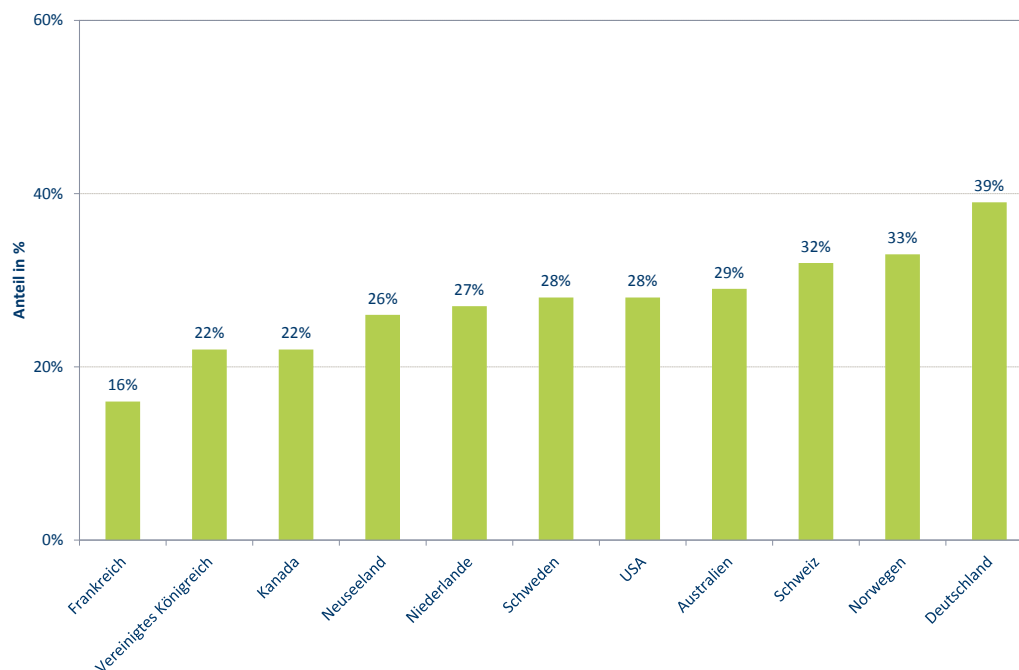
Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2017

Anmerkung: Frage „Haben Sie in den vergangenen 2 Jahren einen Facharzt aufgesucht oder benötigt?“

4.5.5 Krankenhausaufenthalte

Rund 39 % der Befragten in Deutschland hatten in den letzten zwei Jahren einen Krankenhausaufenthalt (Abbildung 22). Damit hat Deutschland im internationalen Vergleich den höchsten Anteilswert.

Abbildung 22: Anteil der Befragten mit einem Krankenhausaufenthalt in den letzten zwei Jahren (in %) im internationalen Vergleich, 2017

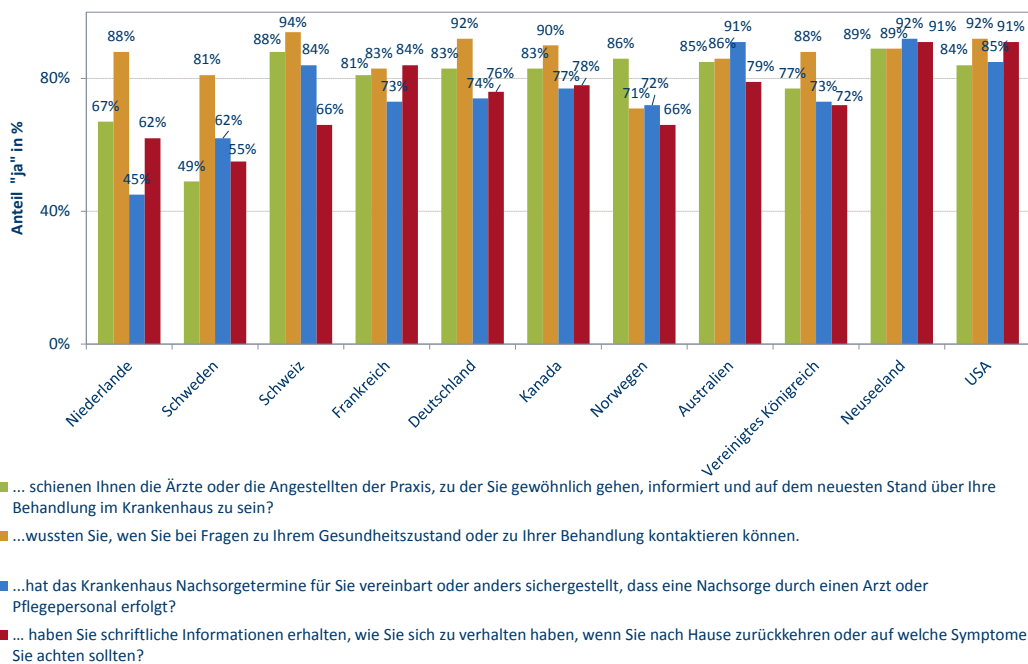


Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2017

Anmerkung: Frage „Wurden Sie in den vergangenen 2 Jahren für mehr als einen Tag im Krankenhaus aufgenommen?“

Mit rund 92 % stimmte die große Mehrheit der Befragten in Deutschland zu, dass Sie nach einem Krankenhausaufenthalt wissen, an wen sie sich bei Fragen wenden können (Abbildung 23). Damit liegt Deutschland knapp hinter der Schweiz an zweiter Stelle im internationalen Vergleich. Bei den anderen befragten Aspekten liegt Deutschland im Mittelfeld.

Abbildung 23: Verteilung der Befragten nach verschiedenen Aspekten des Entlassmanagements (in %) im internationalen Vergleich, 2017



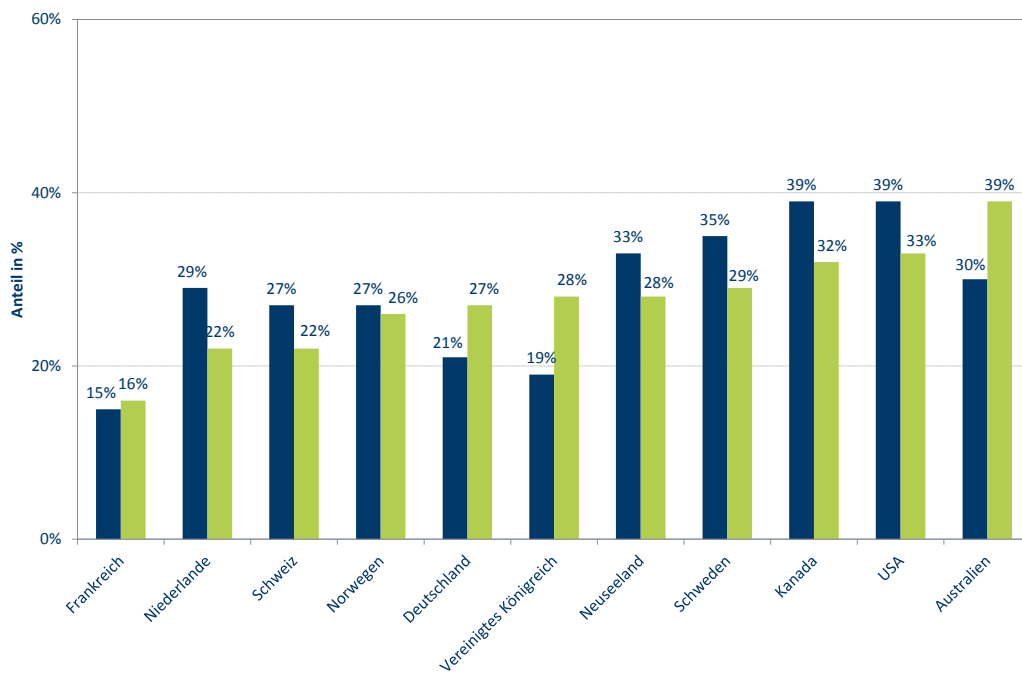
Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2017

Anmerkung: Frage „Nachdem Sie das Krankenhaus verlassen hatten, ...“

4.5.6 Inanspruchnahme einer Notaufnahme

Bezüglich der Inanspruchnahme einer Notaufnahme liegt Deutschland im internationalen Vergleich im Mittelfeld (Abbildung 24). Im Jahr 2017 haben rund 27 % der Befragten in den letzten zwei Jahren eine Notaufnahme besucht.

Abbildung 24: Verteilung der Befragten über Inanspruchnahme einer Notaufnahme in den letzten zwei Jahren (in %) im internationalen Vergleich, 2014 und 2017

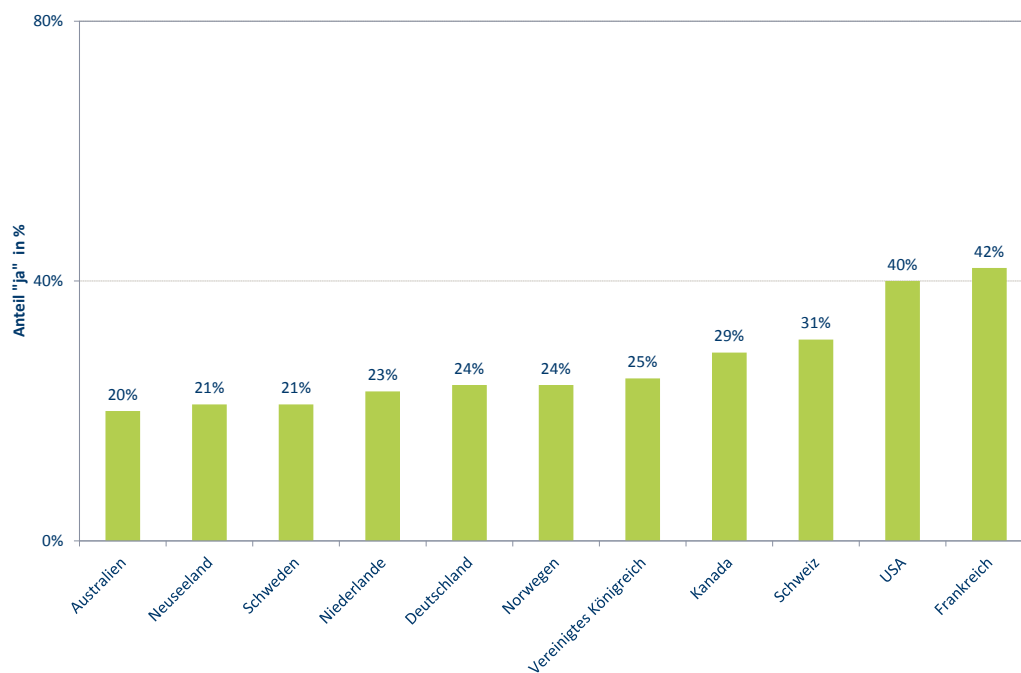


Quelle: IGES auf Basis der IHP-Surveys 2014 und 2017

Anmerkung: Frage „Wie oft waren Sie innerhalb der letzten 2 Jahre wegen Ihres eigenen Gesundheitszustandes in einer Notaufnahme?“

Bei der Frage nach der Vermeidbarkeit einer Inanspruchnahme der Notaufnahme bei Verfügbarkeit eines Arztes liegt Deutschland international im Mittelfeld (Abbildung 25).

Abbildung 25: Verteilung der Befragten nach der Einschätzung, ob das medizinische Problem, welches zur Inanspruchnahme einer Notaufnahme führte, auch durch den Hausarzt hätte behandelt werden können (in %) im internationalen Vergleich, 2017



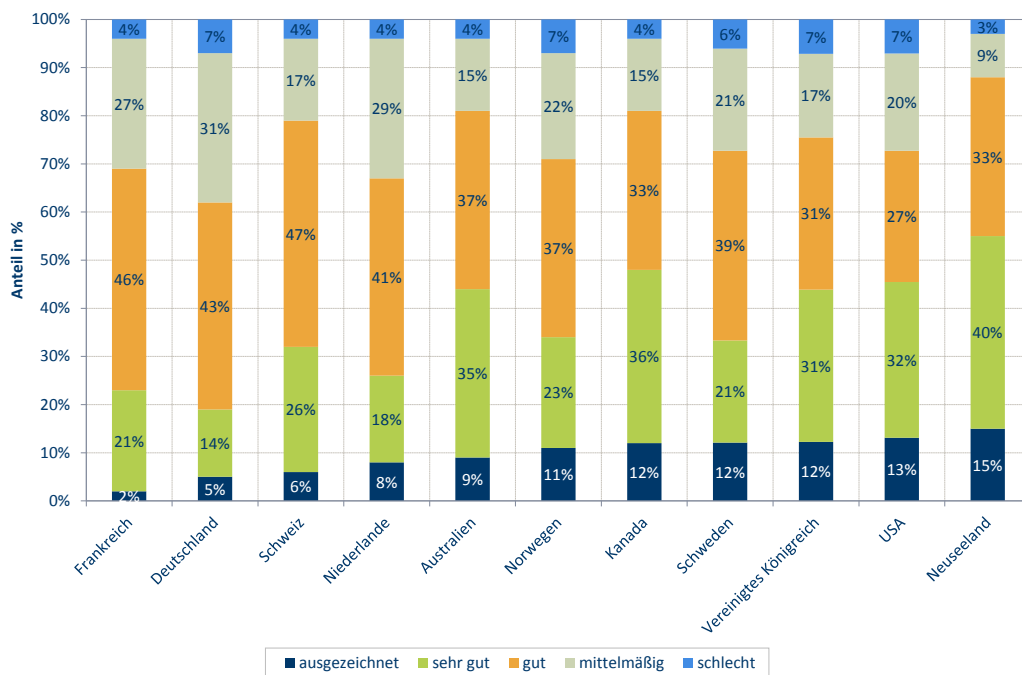
Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2017

Anmerkung: Frage: „Hätte Ihr medizinisches Problem, das beim letzten Mal zur Inanspruchnahme einer Notaufnahme geführt hat, Ihrer Meinung nach auch durch Ihren (Haus)Arzt behandelt werden können, wenn dieser verfügbar gewesen wäre?“

4.5.7 Gesundheitszustand

Knapp jeder fünfte Befragte in Deutschland beurteilte den eigenen Gesundheitszustand als ausgezeichnet oder sehr gut (Abbildung 26). Rund 38 % bewerteten den Gesundheitszustand als mittelmäßig oder schlecht. Dies ist im internationalen Vergleich der höchste Anteilswert.

Abbildung 26: Verteilung der Befragten nach der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes (in %) im internationalen Vergleich, 2017

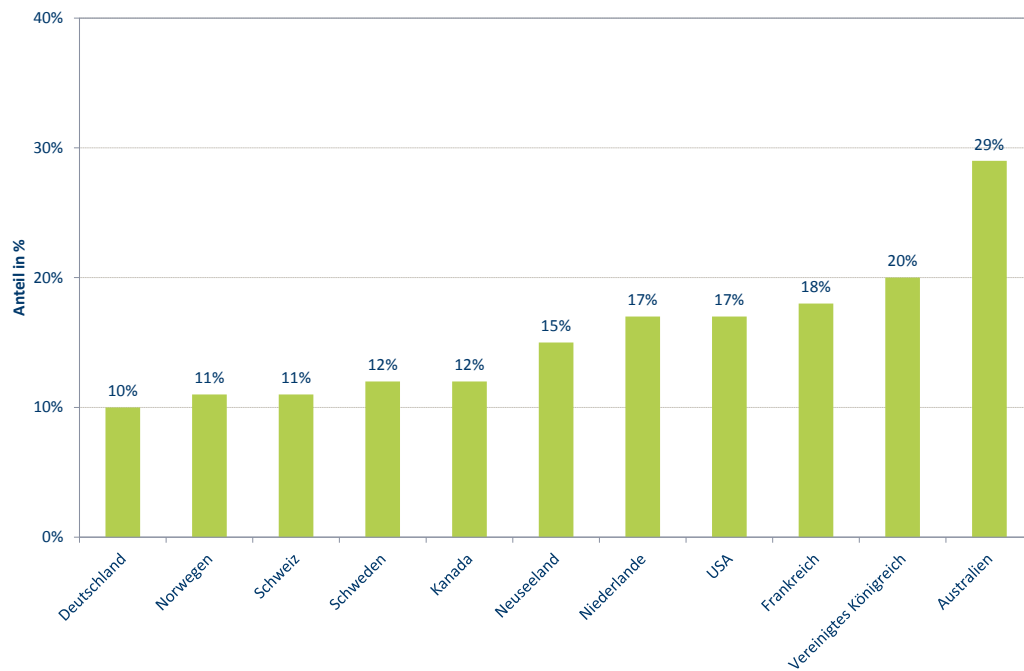


Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2017

Anmerkung: Frage „Ganz generell, wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?“

Im Gegensatz dazu gaben lediglich rund 10 % der Befragten an, aufgrund von Gesundheitsproblemen eine Unterstützung zu brauchen (Abbildung 27). Dies ist im internationalen Vergleich der geringste Anteilswert.

Abbildung 27: Anteil der Befragten mit Notwendigkeit von Unterstützung aufgrund von Gesundheitsproblemen (in %) im internationalen Vergleich, 2017



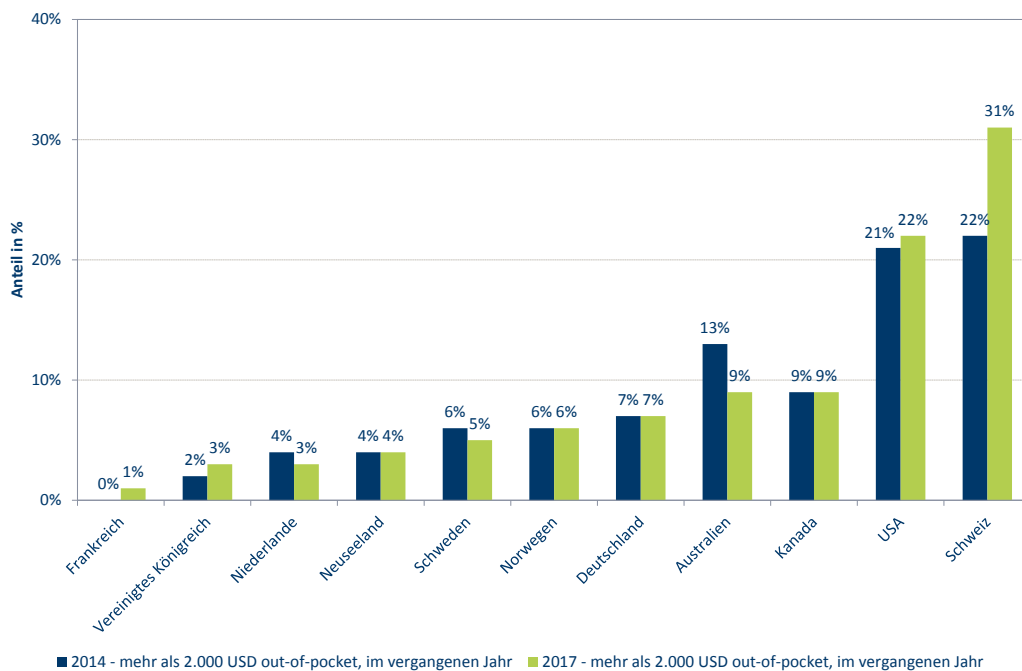
Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2017

Anmerkung: Frage „Brauchen Sie aufgrund eines Gesundheitsproblems Hilfe für die häuslichen Pflichten, für die Zubereitung von Mahlzeiten, dem Verwalten Ihrer täglichen Medikamente oder für den Einkauf?“

4.5.8 Out-of-pocket-Zahlungen

In Deutschland haben rund 7 % der Befragten mehr als 2.000 US\$ in den vergangenen zwölf Monaten ausgegeben (Abbildung 28).

Abbildung 28: Verteilung der Befragten nach Ausgaben für medizinische Behandlungen und Leistungen in den vergangenen 12 Monaten (ohne Versicherungsbeiträge) (in %) im internationalen Vergleich, 2014 und 2017



Quelle: IGES auf Basis der IHP-Surveys 2014 und 2017
 Anmerkung: Frage „Wieviel haben Sie und Ihre Familie in den vergangenen 12 Monaten ungefähr für medizinische Behandlungen und Leistungen, die nicht von Ihrer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung übernommen wurden, aus eigener Tasche bezahlt?“ Das können beispielsweise Ausgaben für verschreibungspflichtige Medikamente, medizinische Behandlungen oder Untersuchungen (inkl. Zahnarzt) sein (aber ohne Versicherungsprämien).

5. IHP-Survey der Ärztinnen und Ärzte

Zielgruppe der Befragung waren Hausärztinnen und -ärzte (einschließlich hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten) sowie Kinderärztinnen und -ärzte²⁵, im Folgenden als Ärztinnen und Ärzte bezeichnet. Im Analysezeitraum wurden die Ärztinnen und Ärzte dreimal befragt, nämlich in den Jahren 2012, 2015 und 2019. Die nächste Befragung der Ärztinnen und Ärzte findet voraussichtlich im Jahr 2022 statt.

5.1 Durchführung der IHP-Befragungen der Ärztinnen und Ärzte

Die teilnehmenden Länder verwendeten unterschiedliche – und teilweise mehrere kombinierte – Vorgehensweisen, um die Ärztinnen und Ärzte für die Befragungen zu rekrutieren (telefonisch, postalisch, E-Mail, Fax) und boten den Ärztinnen und Ärzten auch unterschiedliche (teilweise mehrere) Möglichkeiten, um sich an der Befragung zu beteiligen (telefonisch, postalisch, online). Jedes Land konnte damit die Methoden auswählen, mit denen erfahrungsgemäß die Ärztinnen und Ärzte in diesem Land am besten erreicht werden (Rapoport et al. 2019). Der Befragungszeitraum lag in den Ländern im Jahr 2019 zwischen acht und 16 Wochen.

In Deutschland wurden im Jahr 2019 die Ärztinnen und Ärzte postalisch und – als Erinnerung – per E-Mail zur Befragung eingeladen, die Beantwortung des Fragebogens war schriftlich oder online im Zeitraum vom 28. März 2019 bis 20. Mai 2019 möglich (Tabelle 14). Im Jahr 2015 war die Teilnahme an der Befragung ausschließlich in Papierform möglich und die Einladung zur Befragung erfolgte ausschließlich postalisch.

Die Rücklaufquote war in Deutschland im Jahr 2019 mit rund 14,7 % vergleichsweise gering. Lediglich Australien hatte eine geringere Rücklaufquote (14,5 %). Die höchsten Rücklaufquoten verzeichneten im Jahr 2019 die Niederlande (48,8 %), die Schweiz (42,8 %) und Schweden (42,2 %) (Rapoport et al. 2019).

²⁵ Da Hausärztinnen und -ärzte in vielen Ländern sowohl Erwachsene als auch Kinder behandeln (z. B. in Australien oder den Niederlanden), wurden in den Ländern, in denen Hausärzte vor allem Erwachsene behandeln (z. B. Deutschland oder die Schweiz), zusätzlich eine proportionale Anzahl an Kinderärzten einbezogen, um eine einheitliche Stichprobe in allen Ländern gewährleisten zu können.

Tabelle 14: Übersicht über die Durchführung der Befragung der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, 2012, 2015 und 2019

	2012	2015	2019
Rekrutierung der Ärztinnen und Ärzte	postalisch	postalisch	postalisch und E-Mail
Datenerhebung	Papierfragebogen	Papierfragebogen	Papierfragebogen und online
Bruttostichprobe (ohne nicht zustellbare Unterlagen)	4.461	2.989	7.205
Nettostichprobe	909	559	809
Rücklaufquote	20,4%	18,7 %	11,2 %*
Adressdaten			Axciom GmbH
Befragungszeitraum	10. April bis 9. Juli 2021	11. März bis 22. Mai 2015	28. März bis 20. Mai 2019
durchführendes Institut	BQS	BQS	Info GmbH

Quelle: IGES auf Basis von Pierson et al. (2012), Rapoport et al. (2015), Rapoport et al. (2019).

Anmerkung: *eigene Berechnung. Im Methodenbericht steht 14,7 % (Rapoport et al. 2019)

SSRS hat allen Ländern ein Musterlayout eines Papierfragebogens sowie ein Muster für einen Onlinefragebogen (inklusive Programmierhinweisen o. ä.) und eine CATI-Programmierung in englischer Sprache zur Verfügung gestellt.²⁶ Diese konnten von den Ländern bei Bedarf angepasst werden. SSRS hat zudem allen Ländern Richtlinien zur Verfügung gestellt, um ein einheitliches Vorgehen bei der Erfassung der Papierfragebögen sicherzustellen (z. B. Vorgehen, wenn die Filterführung nicht eingehalten wurde oder wenn bei einer Einfachantwort mehrere Antwortmöglichkeiten angekreuzt wurden).

5.2 Bewertung der Repräsentativität des IHP-Surveys der Ärztinnen und Ärzte

Die Repräsentativität des IHP-Surveys der Ärztinnen und Ärzte wird im Folgenden hinsichtlich des Zugangs der Ärztinnen und Ärzte zur Befragung (Auswahlwahrscheinlichkeit) und der Genauigkeit und Sicherheit von Ergebnissen (Anteilschätzungen) bewertet.

²⁶ Im Jahr 2015 stellte SSRS den Ländern die übersetzten Instrumente zur Verfügung. Aufgrund einer Änderung im Vorgehen bei der Übersetzung und da einige Länder die bereitgestellten Versionen nicht nutzten, wurden im Jahr 2019 ausschließlich englische Versionen zur Verfügung gestellt.

5.2.1 Auswahlwahrscheinlichkeit

Ein wesentliches Kriterium für Repräsentativität ist – wie bereits in den vorherigen Kapiteln beschrieben –, dass jede Person in der Grundgesamtheit die gleiche Wahrscheinlichkeit hat, in die Stichprobe gezogen zu werden. Die Stichprobe der Ärztinnen und Ärzte wurde im Jahr 2019 von der Axiom Deutschland GmbH zur Verfügung gestellt.²⁷ Auf ihren Internetseiten stellt die Axiom Deutschland GmbH keine Informationen darüber bereit, welcher Anteil der Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zum Bundesarztregister abgedeckt ist. Damit kann nicht abschließend beurteilt werden, ob für alle Ärztinnen und Ärzte eine gleiche Auswahlwahrscheinlichkeit bestand.

5.2.2 Stichprobenumfang

Wie schon in Kapitel 3.2.2 erläutert, ist ein weiterer Aspekt der Repräsentativität die Genauigkeit und Sicherheit von Befragungsergebnissen. Mit einer Festlegung des Stichprobenfehlers und des Vertrauensintervalls kann für jede Grundgesamtheit berechnet werden, wie viele Personen sich mindestens an der Befragung beteiligen müssen, damit die Ergebnisse die geforderte Genauigkeit und Sicherheit aufweisen.

Die zugrundeliegende Grundgesamtheit (Anzahl Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, hausärztlich tätige Internisten, Kinderärzte) lag nach den Daten des Bundesarztregisters im Jahr 2019 bei knapp 63.000, in den Jahren 2012 und 2015 bei knapp 62.000.

Im Jahr 2019 wurden 809 Ärztinnen und Ärzte in Deutschland im Rahmen des IHP-Surveys befragt, im Jahr 2015 lag die Stichprobengröße für Deutschland bei 559 und im Jahr 2012 bei 909.

Demnach wurde in den Jahren 2019 und 2012 eine Mindeststichprobengröße realisiert, die für die Schätzung relativer Anteile Aussagen mit einer Sicherheit (Vertrauensintervall) von 99 % und einer Genauigkeit (Stichprobenfehler) von fünf Prozentpunkten erlauben, im Jahr 2015 weisen die Anteilswerte eine Sicherheit (Vertrauensintervall) von 95 % und eine Genauigkeit (Stichprobenfehler) von fünf Prozentpunkten auf (Tabelle 15).

Mit einer Sicherheit von 95 % und eine Genauigkeit von fünf Prozentpunkten erlaubt die im IHP-Survey für die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland realisierte Stichprobengröße in den Jahren 2012 und 2019 Aussagen für zwei Untergruppen, für die jeweils mindestens 382 Interviews realisiert wurden (d. h. beispielsweise Auswertungen nach Geschlecht).

²⁷ Für die Jahre 2012 und 2015 enthalten die Methodenberichte keine Informationen zum Adresszugang.

Tabelle 15: Mindeststichprobengrößen nach Konfidenzniveau und Fehler-
spanne bei einer Grundgesamtheit von 63.000 Personen

Vertrauensintervall	Stichprobenfehler	Mindeststichprobengröße
99%	1%	13.124
99%	5%	657
95%	1%	8.333
95%	5%	382

Quelle: IGES

Anmerkung: Die Darstellung gilt ausschließlich für Anteilswerte als Zielgröße. Berechnung auf Basis der folgenden Formel: $n \geq 0.25 \cdot z^2 / (e^2 + 0.25/N)$, wobei N die Populationsgröße, e die Breite des Konfidenzintervalls („Genauigkeit“) und z der Wert der Standardnormalverteilung für den jeweils gewählten Vertrauensbereich („Sicherheit“) darstellt.

5.2.3 Gewichtung der Stichprobe

Die Daten wurden anhand der folgenden Parameter (Geschlecht, Alter, Region und Spezialisierung) analog der Verteilung in der Grundgesamtheit (gemäß Bundesarztregister) gewichtet. Die Gewichte wurden auf das 2. und 98. Perzentil begrenzt, um zu verhindern, dass einzelne Interviews einen zu großen Einfluss auf die Ergebnisse haben (Rapoport et al. 2019).

Tabelle 16: Informationen über die Stichprobe für Deutschland, IHP-Survey der Ärztinnen und Ärzte, 2019

	Stichprobe - ungewichtet	Stichprobe - gewichtet	Grundgesamtheit
Geschlecht			
männlich	55,3%	54,6%	54,1%
weiblich	44,7%	45,4%	45,9%
Altersgruppen			
<35	0,6%	0,8%	0,8%
35-44	5,3%	15,8%	16,5%
45-54	29,7%	30,7%	30,6%
55-64	51,4%	35,9%	35,5%
65+	12,9%	16,7%	16,6%
Spezialisierung			
Allgemeinmediziner	84,3%	87,6%	87,8%
Kinderarzt	15,7%	12,4%	12,2%
Region			
Schleswig-Holstein	3,6%	3,6%	3,6%
Hamburg	2,8%	2,5%	2,4%
Bremen	1,5%	0,9%	0,9%
Niedersachsen	5,1%	8,7%	9,4%
Nordrhein-Westfalen	15,7%	20,5%	20,5%
Rheinland-Pfalz	4,1%	4,8%	4,9%
Saarland	0,9%	1,2%	1,2%
Hessen	8,9%	7,7%	7,3%
Baden-Württemberg	20,4%	13,3%	13,1%
Bayern	18,4%	16,7%	16,6%
Berlin	5,9%	4,4%	4,7%
Mecklenburg-Vorpommern	1,2%	2,1%	2,1%
Brandenburg	2,7%	3,0%	2,9%
Sachsen-Anhalt	1,9%	2,7%	2,7%
Thüringen	2,8%	2,7%	2,7%
Sachsen	4,0%	5,1%	5,1%

Quelle: IGES auf Basis von Rapoport et al. (2019)

5.3 Beurteilung der Erhebungsinstrumente des IHP-Survey der Ärztinnen und Ärzte

5.3.1 Entwicklung der Erhebungsinstrumente

Das Erhebungsinstrument des IHP-Survey 2019 wurde im Dezember 2018 fertiggestellt. Dabei wurden durch die SSRS Fragen identifiziert, die (1) im Jahr 2019 neu hinzugekommen sind, (2) gleichgeblieben sind und (3) gegenüber dem Instrument von 2015 modifiziert wurden. In einer Excel-Datei wurden die englischen Formulierungen der Jahre 2015 und 2019 sowie die jeweilige deutsche Übersetzung der beiden Jahre ebenso wie die Anweisungen für den Übersetzer festgehalten. Dadurch kann die Vergleichbarkeit der Ergebnisse über die Jahre geprüft werden.

Neben einer ausführlichen technischen Probe der programmierten Fragebögen wurde der Fragebogen in allen elf Ländern – mit Ausnahme von Schweden – einem Pretest unterzogen. In Deutschland wurden sechs Pretest-Interviews durchgeführt.²⁸ Auf Basis der Rückmeldungen aus dem Pretest wurden Anpassungen am Fragebogen vorgenommen.

5.3.2 Objektivität, Reliabilität und Validität sowie Passgenauigkeit für das deutsche Gesundheitssystem

Objektivität

Bei dem Design der Erhebungsinstrumente sowie bei der Durchführung der Befragung konnten keine Hinweise darauf gefunden werden, dass eine Objektivität nicht gewährleistet ist.

Reliabilität und Validität

Für eine Einschätzung der Reliabilität des Fragebogens wurden schließlich die Fragen und Antwortmöglichkeiten der deutschen Übersetzung des Fragebogens des IHP-Surveys 2019, 2015 und 2012 untersucht. Hinweise auf eine mangelnde Genauigkeit der Messung ergeben sich insbesondere, wenn Fragen oder Antwortmöglichkeiten unterschiedlich interpretiert werden können. Mit Ausnahme der im nächsten Abschnitt beschriebenen Frage, wurden diesbezüglich keine Fragen oder Antwortmöglichkeiten identifiziert.

Passgenauigkeit für das deutsche Gesundheitssystem

Prinzipiell ist davon auszugehen, dass die Passgenauigkeit für das deutsche Gesundheitssystem im Rahmen der Übersetzung und im Rahmen der Pretests überprüft wurde. Allerdings liegen keine detaillierten Informationen zur Form des Pretests vor. Damit ist nicht klar, ob beispielsweise kognitive Pretestverfahren (z. B.

²⁸ Das Maximum lag bei 25 Personen in den USA. In den meisten Ländern wurde ein Pretest mit zehn Personen durchgeführt.

Probing) angewendet wurden, um zu erfahren, wie die Befragten Fragen und Begriffe interpretieren.

Im Jahr 2015 wäre dies für folgende Frage relevant gewesen:

- ◆ „Haben Sie in Ihrer Praxis eine Regelung, die es den Patienten erlaubt, auch außerhalb der normalen Sprechzeiten einen Arzt (z. B. im Rahmen des Kassenärztlichen Notdienstes) aufzusuchen, ohne sich an eine Notaufnahme oder einen Notarzt zu wenden?“

Hier ist unklar, ob diese sich generell auf die Beteiligung der Praxis am Notdienst bezieht, ob es generell um die Existenz eines Kassenärztlichen Notdienstes geht oder ob es um Informationen geht, die den Patienten zur Verfügung gestellt wird, um außerhalb der Praxisöffnungszeiten den ärztlichen Bereitschaftsdienst zu kontaktieren. Im Jahr 2019 wurde diese Frage dann folgendermaßen präzisiert:

- ◆ „Können Ihre Patienten, wenn sie außerhalb der Sprechzeiten ärztliche Hilfe brauchen, einen anderen Arzt (z. B. im Rahmen des Kassenärztlichen Notdienstes) kontaktieren, ohne sich an eine Notaufnahme oder einen Notarzt wenden zu müssen?“

5.4 Darstellung der Vor- und Nachteile im Vergleich zu anderen nationalen und internationalen Befragungsinstrumenten

5.4.1 Auswahl der Vergleichsstudien

Für einen Vergleich des IHP-Surveys der Ärztinnen und Ärzte eignen sich nationale und internationale Studien, die ebenfalls Ärztinnen und Ärzte als Zielgruppe haben. Auf nationaler Ebene gibt es die Ärztebefragungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Auf internationaler Ebene gibt es lediglich Verdienstvergleiche sowie therapiespezifische Erhebungen; diese werden aufgrund ihrer inhaltlichen Abgrenzung im Weiteren nicht berücksichtigt.

5.4.2 Übersicht über die ausgewählten Vergleichsstudien

Ärztebefragungen der KBV

Der Ärztemonitor, eine repräsentative Befragung von Vertragsärztinnen und -ärzten sowie -psychotherapeutinnen und -therapeuten, wird seit dem Jahr 2012 alle zwei Jahre von der KBV und dem NAV-Virchow-Bund durchgeführt. Die letzte Befragung fand im Jahr 2018 statt. Jedes Jahr werden rund 11.000 Telefoninterviews vom Meinungsforschungsinstitut infas durchgeführt.

Für das Thema Digitalisierung in den vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Praxen gibt es eine eigene Befragung, das „PraxisBarometer Digitalisierung“. Diese wird seit dem Jahr 2018 jährlich durchgeführt.

5.4.3 Vergleich des IHP-Surveys der Ärztinnen und Ärzte mit den ausgewählten Studien anhand verschiedener Faktoren

Im Folgenden wird der IHP-Survey mit dem Ärztemonitor anhand zentraler Merkmale verglichen (Tabelle 17).

Zielgruppe

Der IHP-Survey bezieht sich auf „Primary Care Doctors“, d. h. für Deutschland werden Ärztinnen und Ärzte in der hausärztlichen Versorgung, einschließlich der Kinderärztinnen und -ärzte, einbezogen. Die Stichprobe der Befragung des Ärztemonitors berücksichtigt dagegen alle ärztlichen Fachrichtungen sowie die Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

Aktuell verfügbares Datenjahr, Periodizität und zeitliche Verfügbarkeit der Ergebnisse

Das Jahr 2019 ist das aktuellste verfügbare Datenjahr für den IHP-Survey der Ärztinnen und Ärzte, das Jahr 2018 für den Ärztemonitor. Der IHP-Survey wird alle drei Jahre durchgeführt, der Ärztemonitor alle zwei Jahre. Die Ergebnisse beider Befragungen werden vergleichsweise schnell veröffentlicht und liegen noch im Jahr der Durchführung der Befragung vor.

Studiendesign und Methode der Datenerhebung

Der IHP-Survey sowie der Ärztemonitor sind Querschnittserhebungen.

Der IHP-Survey wird ausschließlich schriftlich durchgeführt, in dem Vergleichssurvey erfolgte die Befragung telefonisch.

Stichprobenumfang

Der Stichprobenumfang liegt in der Vergleichsstudie mit rund 11.000 Teilnehmenden beträchtlich höher als beim IHP-Survey (2019: 809).

Datenzugang

Für den IHP-Survey kann zumindest in manchen Ländern, beispielsweise der Schweiz, der Datensatz angefordert werden. Für Deutschland scheint es keine (offizielle) Möglichkeit zu geben, Zugang zum Datensatz zu beantragen. Zudem sind auch die aggregierten Ergebnistabellen nicht veröffentlicht.

Die Ergebnisse des Ärztemonitors werden als Tabellenband auf der Website der Kassenärztlichen Bundesvereinigung öffentlich zur Verfügung gestellt, ein Zugang zu einem auswertbaren Datensatz scheint nicht möglich.

Differenzierungsmerkmale

Die sozio-ökonomischen und geographischen Differenzierungsmerkmale sind in den Studien ähnlich. Allerdings ist beim IHP-Survey der Stichprobenumfang so gering, dass separate Auswertungen für die Untergruppen teilweise nicht möglich sind.

Einflussmöglichkeiten des BMG

Das BMG hat beim IHP-Survey die Möglichkeit, Vorschläge für Themen und Fragestellungen einzubringen; beim Ärztemonitor ist dies nicht der Fall.

Vergleich der Themen und Inhalte der Befragungen

Beim IHP-Survey der Ärztinnen und Ärzte sowie dem Ärztemonitor der KBV gibt es teilweise Überschneidungen (u. a. Zufriedenheit Arbeitsbelastung) (Tabelle 18). Der IHP-Survey enthält auch Fragen, die im Ärztemonitor nicht enthalten sind, wie beispielsweise allgemeine Einschätzungen zum Gesundheitssystem, die Versorgung chronisch Kranker oder die Koordination zwischen verschiedenen Leistungserbringern.

Tabelle 17: Vergleich zentraler Merkmale des IHP-Surveys der Ärztinnen und Ärzte und des Ärztemonitors (Vergleichsstudie)

Merkmals	IHP	Ärztemonitor
Zielgruppe	hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte, Kinderärzte	niedergelassene und angestellt ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten
aktuell verfügbares Datenjahr	2019	2018
Periodizität	alle drei Jahre	alle zwei Jahre
zeitliche Verfügbarkeit der Ergebnisse	Dezember des Durchführungsjahres	Ende des Durchführungsjahres
Studiendesign	Querschnitt	Querschnitt
Methode der Datenerhebung	schriftlich (postalisch und seit 2019 auch online)	telefonisch
Stichprobenumfang (Deutschland)	2019: 809	2018: 10.863
Datenzugang	Zugang zu den Rohdaten in manchen Ländern; in Deutschland kein Zugang zu Rohdaten oder Tabellenbändern	Zugang zu Tabellenbändern mit aggregierten Auszählungen
Differenzierungsmerkmale	Geschlecht Alter Region Spezialisierung	Geschlecht Alter Arztgruppe KV-Region
Einflussmöglichkeiten des BMG	ja	nein

Quelle: IGES

Tabelle 18: Vergleich der Befragungsthemen des IHP-Surveys der Ärztinnen und Ärzte und des Ärztemonitors (Vergleichsstudie)

	IHP			Ärztemonitor der KBV			
	2012	2015	2019	2012	2014	2016	2018
Bewertung des Gesundheitssystems							
allgemeine Beurteilung des Gesundheitssystems	x	x	x				
Veränderung der Qualität der medizinischen Versorgung im Zeitvergleich	x	x	x				
Bewertung des Umfangs der medizinischen Behandlung	x	x	x				
Zufriedenheitsaspekte							
Zufriedenheit mit der Arbeit allgemein	x	x	x	x	x	x	x
Zufriedenheit mit dem Einkommen	x	x	x	x	x	x	
Zufriedenheit mit der verfügbaren Zeit für die Patienten	x	x	x	x	x	x	x
Zufriedenheit Praxisorganisation				x	x	x	
Zufriedenheit Praxishelfer				x	x		
Zufriedenheit mit der täglichen Arbeitsbelastung			x	x		x	x
Vereinbarkeit Beruf/ Privat				x	x	x	x

	IHP			Ärztemonitor der KBV			
	2012	2015	2019	2012	2014	2016	2018
Zugang zu Gesundheitsleistungen und Versorgung der Patienten							
Zuzahlungen	x	x	x				
Schwierigkeiten, Diagnostik zu erhalten	x	x	x				
Wartezeiten	x	x	x				
Versorgung chronisch Kranker							
Bewertung der Möglichkeiten der Praxis zur Behandlung verschiedener Patientengruppen	x	x	x				
Existenz von Fallmanagern/ Gemeindefachschwestern	x	x	x				
Schriftliche Anleitungen für Patienten und Patientinnen	x	x	x				
Dokumentation von Selbstmanagementzielen	x	x	x				
Koordination der Versorgung							
Koordination mit Fachärztinnen und -ärzten	x	x	x				
Koordination mit Notaufnahme/ Krankenhaus	x	x	x				
Koordination mit Pflegediensten	x	x	x				

	IHP			Ärzteonitor der KBV			
	2012	2015	2019	2012	2014	2016	2018
Koordination mit Sozialen Diensten	x	x	x				
Versorgung am Lebensende/ Patientenwünsche für das Lebensende							
Gespräche mit Patienten über Behandlungswunsch am Lebensende		x	x				
Informationstechnologien							
Nutzung elektronischer Patientenakte	x	x	x			x	
Digitaler Austausch mit anderen Leistungserbringern	x	x	x				
Digitale Angebote für Patienten	x	x	x			x	
Digitales Praxismanagement	x	x	x		x	x	
Praxisprofil und demographische Informationen							
Praxisform	x		x	x	x	x	x
Beschäftigungsform	x			x	x	x	x
Region (Stadt/ Land)	x	x	x				
Dauer der niedergelassenen Tätigkeit				x	x	x	x
Anzahl in der Praxis tätiger Ärzte	x	x	x	x	x	x	x

	IHP			Ärztemonitor der KBV			
	2012	2015	2019	2012	2014	2016	2018
Anzahl nicht-ärztliches Personal	x				x		
Teilnahme an einem Ärztenetz/ Gemeinschaftspraxis/ Versorgungszentrum				x	x	x	x
Wochenarbeitszeit	x	x	x	x	x	x	x
Arbeitsstunden für Bereitschafts- und Notdienste				x	x	x	x
Praxisabgabe (Nachfolger)			x		x	x	
Alter	x	x	x	x	x	x	x
Geschlecht	x	x	x	x	x	x	x

Quelle: IGES auf Basis der Fragebögen und Publikationen der Surveys

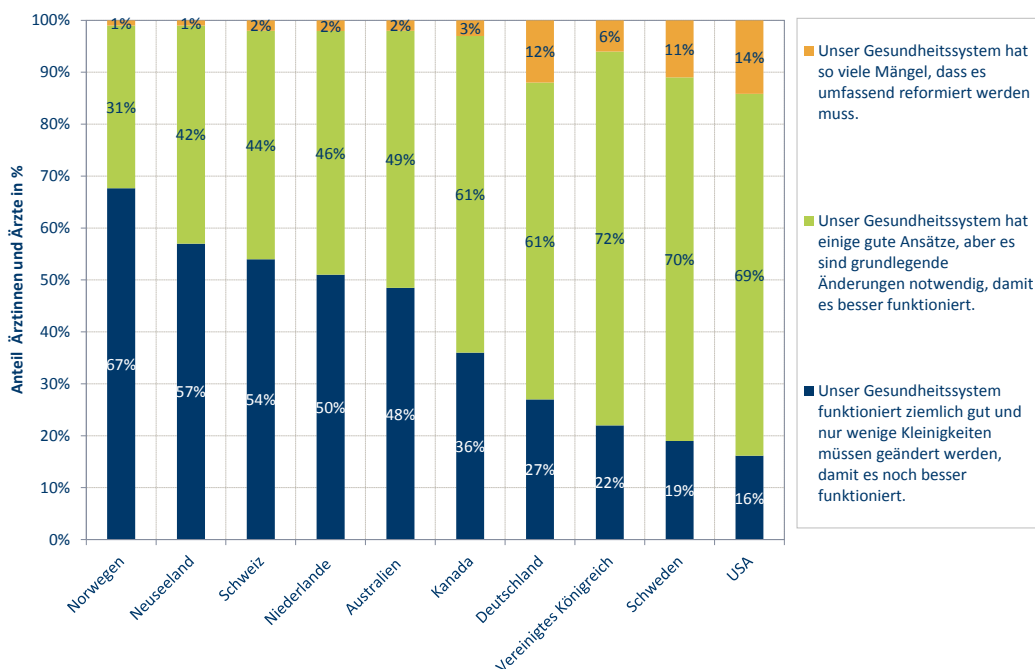
5.5 Vergleichende Darstellung der zentralen Ergebnisse

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse des IHP-Surveys für die Ärztinnen und Ärzte aus dem Jahr 2019 dargestellt. Sofern der IHP-Survey in den vorangegangenen Erhebungen gleiche oder ähnliche Fragestellungen verwendete und die Ergebnisse veröffentlicht wurden, werden die Ergebnisse zusätzlich im Zeitverlauf dargestellt.

5.5.1 Allgemeine Bewertung des Gesundheitssystems

Im Jahr 2015 gaben rund 27 % der befragten Ärztinnen und Ärzte an, dass das Gesundheitssystem ziemlich gut funktioniert und nur wenige Kleinigkeiten geändert werden müssten, damit es noch besser funktioniert (Abbildung 29). Rund 12 % sahen so viele Mängel im Gesundheitssystem, dass es ihrer Ansicht nach umfassend reformiert werden muss. Damit lag Deutschland im internationalen Vergleich auf einem der hinteren Plätze, nur in den USA mit rund 14 % urteilte ein größerer Anteil der Ärztinnen und Ärzte, dass eine umfassende Reform des Gesundheitssystems notwendig sei.

Abbildung 29: Verteilung der befragten Ärztinnen und Ärzte nach ihrer Beurteilung des Reformbedarfs im Gesundheitssystem (in %) im internationalen Vergleich, 2015

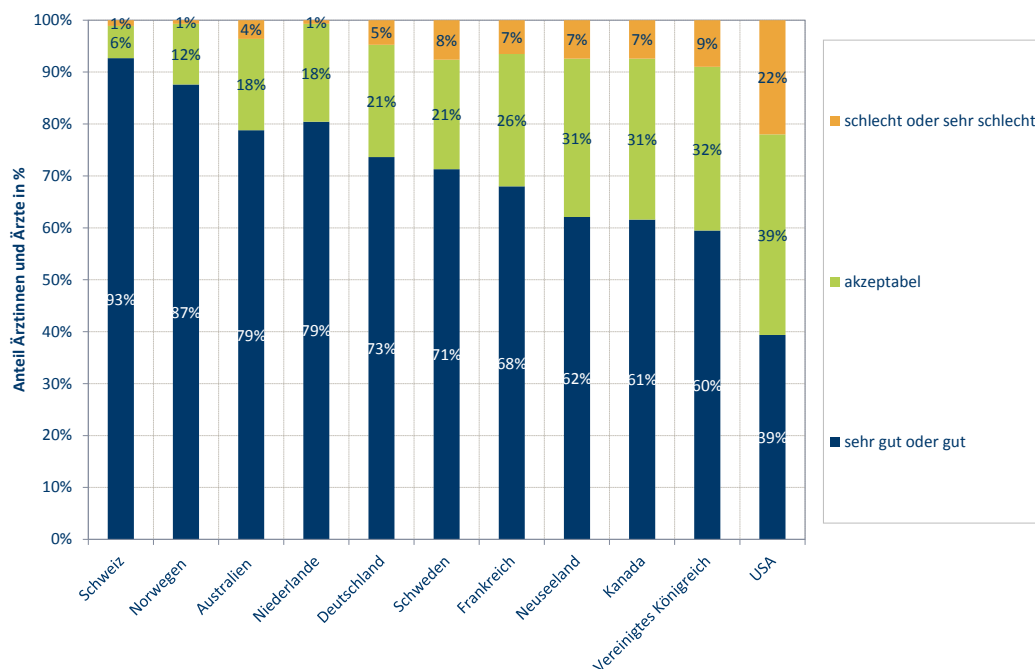


Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2015
Anmerkungen: Abweichungen zu 100 % sind rundungsbedingt.

Die Beurteilungen des Gesundheitssystems in Deutschland durch die Bevölkerung ab 18 Jahren einerseits und durch die Ärztinnen und Ärzte andererseits liegen damit weit auseinander: In der Bevölkerung ab 18 Jahren urteilten rund 60 % im Jahr 2016, dass das Gesundheitssystem ziemlich gut funktioniert, und nur rund 3 % sahen einen grundlegenden Reformbedarf (vgl. dazu auch Abbildung 1).

Im Jahr 2019 gaben rund 73 % der befragten Ärztinnen und Ärzte an, dass das Gesundheitssystem in Deutschland insgesamt sehr gut oder gut sei (Abbildung 30). Damit liegt Deutschland im internationalen Vergleich im Mittelfeld.

Abbildung 30: Verteilung der befragten Ärztinnen und Ärzte nach ihrer Beurteilung des Gesundheitssystems (in %) im internationalen Vergleich, 2019



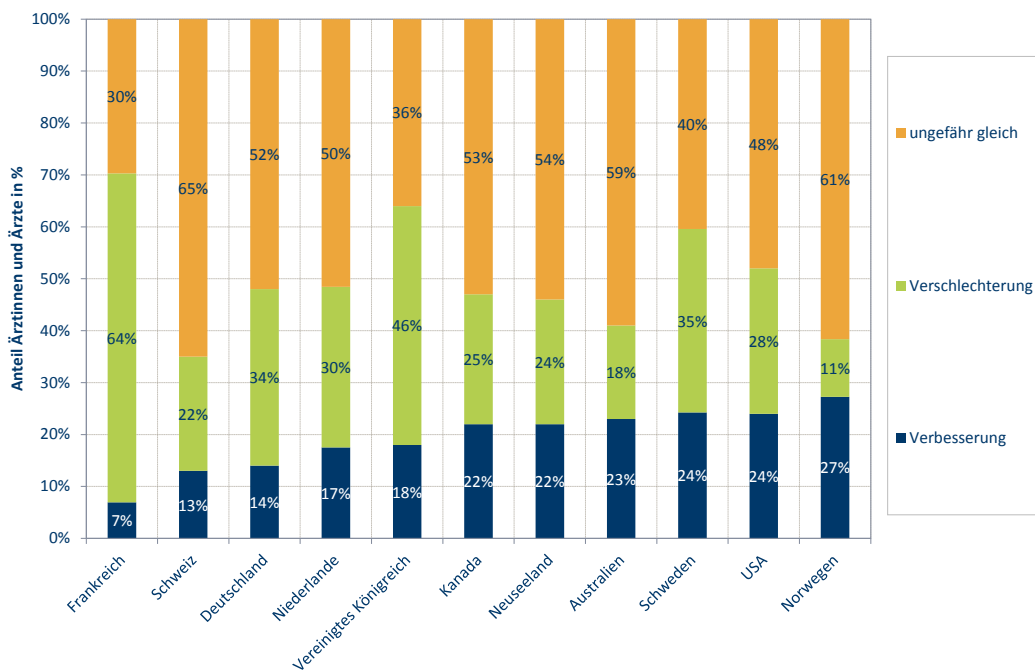
Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2019

Anmerkung: Frage „Wie bewerten Sie das Gesundheitssystem in Deutschland insgesamt?“

In Deutschland schätzten im Jahr 2019 rund 14 % der befragten Ärztinnen und Ärzte, dass sich die Qualität der medizinischen Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten durch das Gesundheitssystem in den letzten drei Jahren insgesamt verbessert hat, mehr als ein Drittel (34 %) geht jedoch von einer Verschlechterung aus (Abbildung 31). Nur in Frankreich und der Schweiz geht ein geringerer Anteil der Ärztinnen und Ärzte von einer Verbesserung aus und nur in drei Ländern (Frankreich, Vereinigtes Königreich und Schweden) geht ein größerer Anteil an Ärztinnen und Ärzten von einer Verschlechterung der medizinischen Versorgung in den letzten drei Jahren aus.

Im Zeitverlauf (2012, 2015 und 2019) gab es für Deutschland keine wesentlichen Veränderungen in der Einschätzung der Ärztinnen und Ärzte bei dieser Frage.

Abbildung 31: Verteilung der befragten Ärztinnen und Ärzte nach ihrer Einschätzung bezüglich einer Veränderung der Qualität der medizinischen Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten in den letzten drei Jahren durch das Gesundheitssystem insgesamt (in %) im internationalen Vergleich, 2019

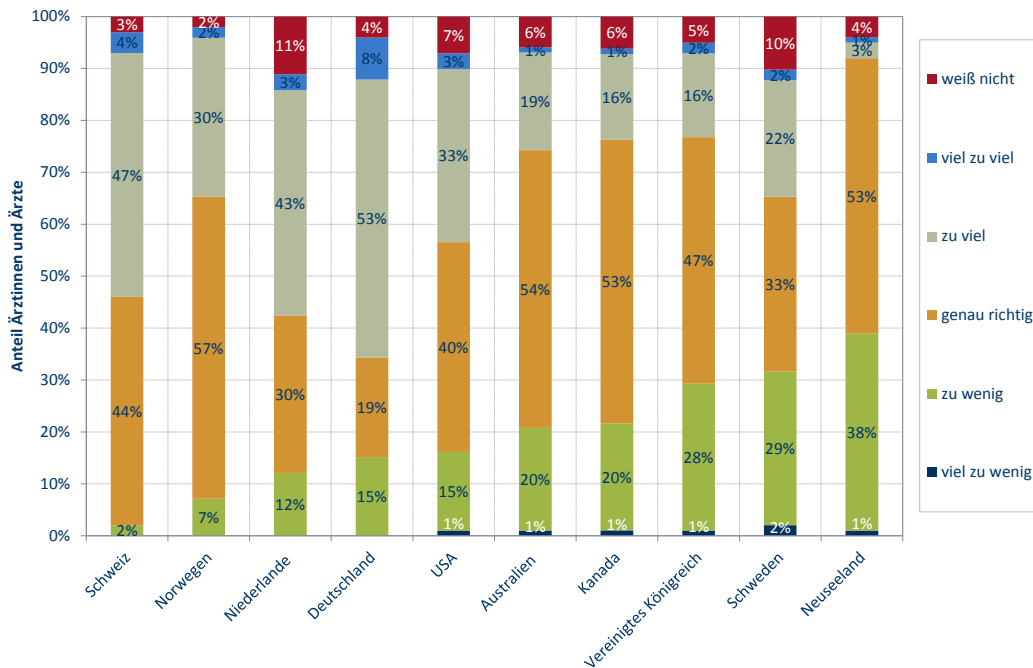


Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2019

Anmerkung: Frage „Hat sich Ihrer Meinung nach innerhalb der letzten drei Jahre die Qualität der medizinischen Versorgung Ihrer Patienten insgesamt verbessert, verschlechtert oder ist sie ungefähr gleichgeblieben?“

Nur knapp jeder fünfte befragte Arzt in Deutschland (19 %) schätzte im Jahr 2019, dass die Patienten den „genau richtigen“ Umfang an Leistungen von allen Ärzten und Fachärzten erhalten – im internationalen Vergleich der niedrigste Anteilswert (Abbildung 32). Rund 61 % beurteilten den Umfang als zu viel oder viel zu viel – im internationalen Vergleich der höchste Anteilswert.

Abbildung 32: Verteilung der befragten Ärztinnen und Ärzte nach ihrer Einschätzung bezüglich des Umfangs der medizinischen Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten durch alle Ärzte und Fachärzte insgesamt (in %) im internationalen Vergleich, 2019



Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2019

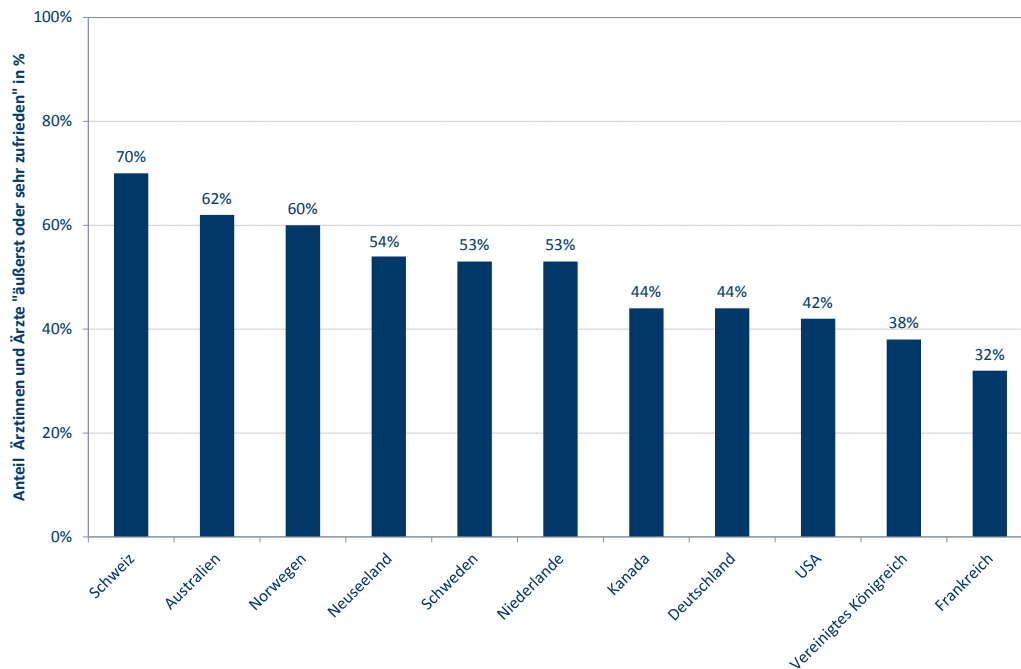
Anmerkung: Frage „Denken Sie bitte an die gesamte medizinische Versorgung Ihrer Patienten - nicht nur durch Sie, sondern durch alle Ärzte und Fachärzte. Wie ist Ihre Meinung über den Umfang der medizinischen Behandlungen, den die Patienten erhalten? Ist dieser ...?“

5.5.2 Zufriedenheitsaspekte

Zufriedenheit mit der ärztlichen Tätigkeit insgesamt

Rund 44 % der befragten Ärztinnen und Ärzte waren im Jahr 2019 äußerst oder sehr zufrieden mit ihrer ärztlichen Tätigkeit (Abbildung 33). Am höchsten war die Zufriedenheit in der Schweiz (70 %), am niedrigsten in Frankreich (32 %).

Abbildung 33: Anteil der befragten Ärztinnen und Ärzte, die mit der ärztlichen Tätigkeit insgesamt äußerst oder sehr zufrieden sind (in %) im internationalen Vergleich, 2019



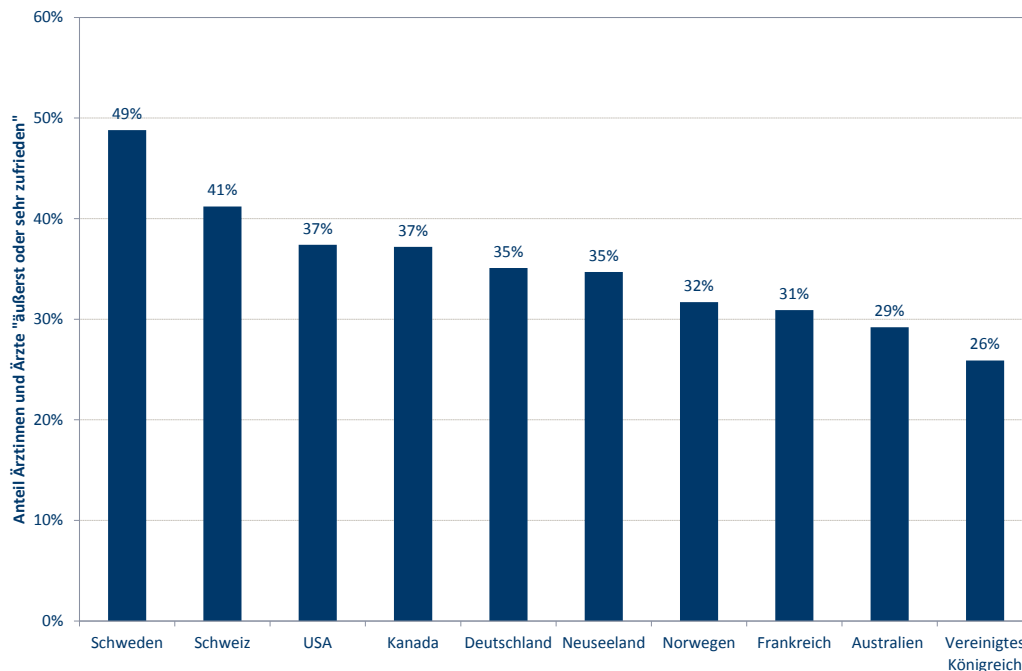
Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2019

Anmerkung: Frage „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer ärztlichen Tätigkeit?“

Zufriedenheit mit dem Einkommen

Rund 35 % der befragten Ärztinnen und Ärzten waren im Jahr 2019 äußerst oder sehr zufrieden mit ihrem Einkommen aus der Praxistätigkeit (Abbildung 34). Damit befindet sich Deutschland im internationalen Vergleich im Mittelfeld.

Abbildung 34: Anteil der befragten Ärztinnen und Ärzte, die mit dem Einkommen aus ihrer Praxistätigkeit äußerst oder sehr zufrieden sind (in %) im internationalen Vergleich, 2019



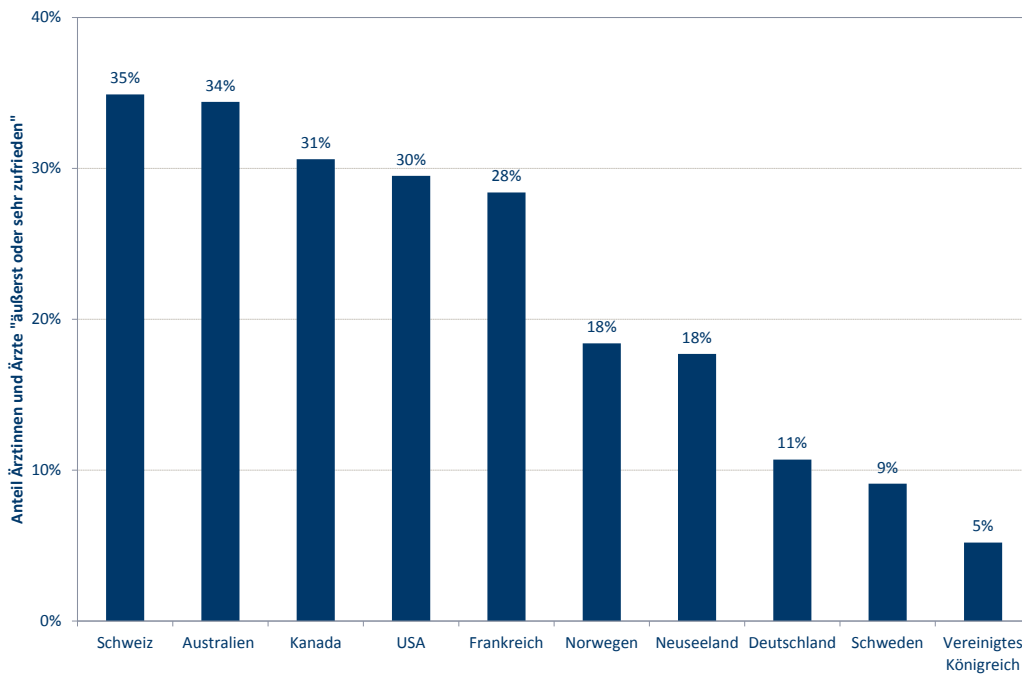
Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2019

Anmerkung: Frage „Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie mit den folgenden Aspekten Ihrer ärztlichen Tätigkeit sind: Ihrem Einkommen aus der Praxistätigkeit“

Zufriedenheit mit der Zeit für die Patienten

Mit der Zeit je Patient zeigten sich rund 11 % der befragten Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2019 äußerst oder sehr zufrieden (Abbildung 35). Nur in Schweden (9 %) und dem Vereinigten Königreich (5 %) war ein geringerer Anteil an Ärztinnen und Ärzten damit zufrieden. In der Schweiz und Australien waren dagegen mehr als ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte mit der Zeit je Patient äußerst oder sehr zufrieden.

Abbildung 35: Anteil der befragten Ärztinnen und Ärzte, die mit der Zeit für die Patienten äußerst oder sehr zufrieden sind (in %) im internationalen Vergleich, 2019

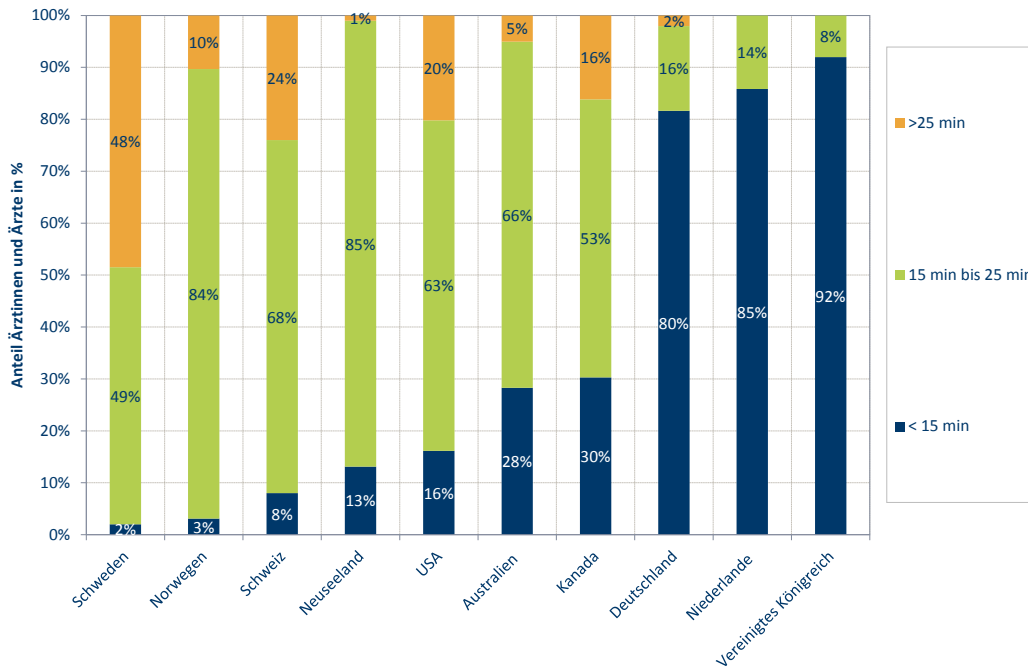


Quelle: IGES auf Basis des IHP-Survey 2019

Anmerkung: Frage „Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie mit den folgenden Aspekten Ihrer ärztlichen Tätigkeit sind: Die Zeit, die Sie pro Patient aufbringen können“; für die Niederlande lagen keine Auswertungen vor.

In Deutschland gaben im Jahr rund 80 % der Ärztinnen und Ärzte an, dass bei einem Routinekontakt weniger als 15 Minuten je Patient zur Verfügung stehen (Abbildung 36). Nur in den Niederlanden (85 %) und im Vereinigten Königreich (92 %) hatte ein größerer Anteil der Ärztinnen und Ärzte weniger als 15 Minuten je Patient. In Schweden und Norwegen betrug der entsprechende Anteil lediglich zwei bzw. drei Prozent. In Schweden geben 48 % der Ärztinnen und Ärzte an, bei einem Routinekontakt je Patient mehr als 25 Minuten zur Verfügung zu haben.

Abbildung 36: Verteilung der befragten Ärztinnen und Ärzte nach der Zeit, die durchschnittlich für einen Patienten bei einem Routinekontakt zur Verfügung steht (in %) im internationalen Vergleich, 2019



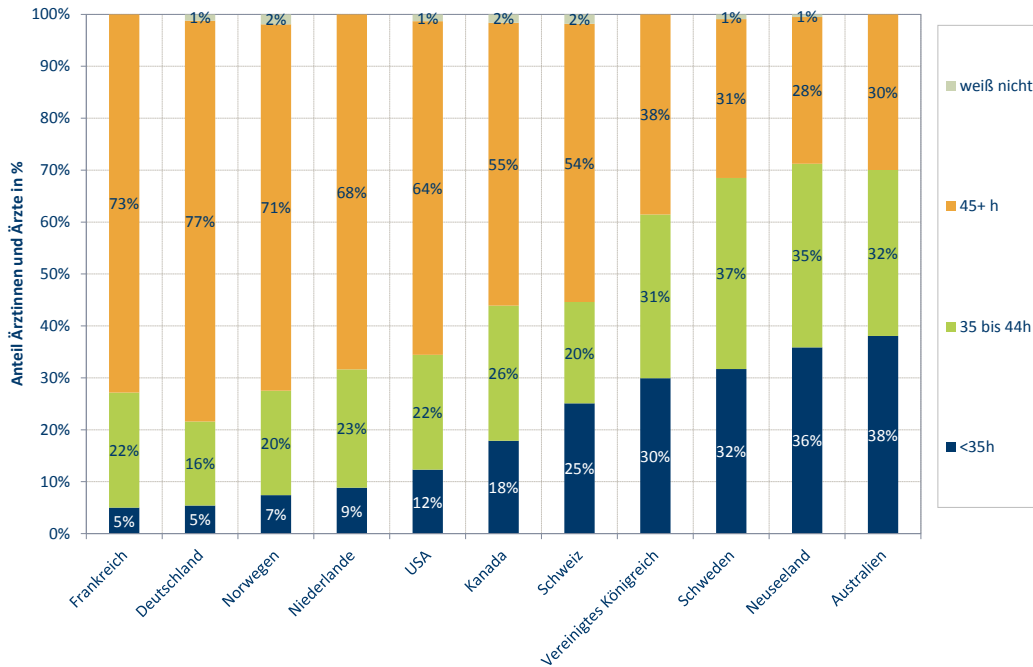
Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2019

Anmerkung: Frage: „Wie viel Zeit haben Sie durchschnittlich bei einem Routinekontakt für einen Patienten zur Verfügung?“

5.5.3 Arbeitszeiten

Im Jahr 2019 gaben mehr als drei Viertel (77 %) der befragten Ärztinnen und Ärzte an, normalerweise 45 Stunden und mehr pro Woche zu arbeiten (Abbildung 37). Dies ist im internationalen Vergleich der höchste Anteilswert in Bezug auf eine Arbeitszeit von 45 Stunden und mehr. Weniger als 35 Stunden pro Woche arbeiteten in Deutschland lediglich rund 5 % (Australien: 38 %).

Abbildung 37: Verteilung der befragten Ärztinnen und Ärzte nach der Anzahl der Wochenstunden (in %) im internationalen Vergleich, 2019



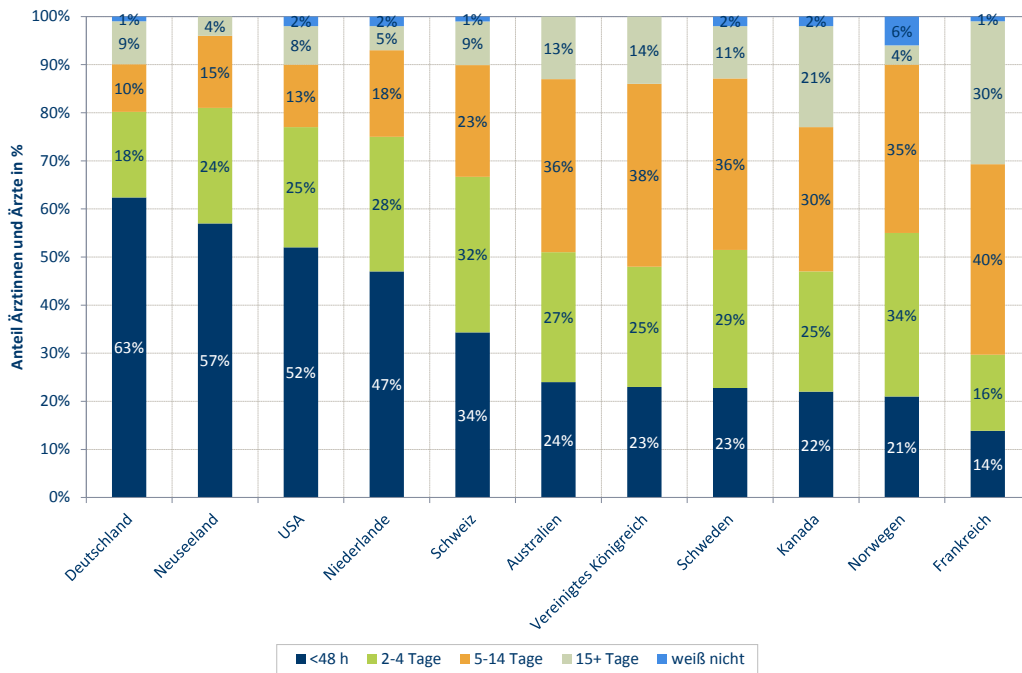
Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2019

Anmerkung: Frage „Wenn Sie an Ihre Praxis denken, wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie normalerweise? Schätzen Sie bitte so genau wie möglich.“

5.5.4 Koordination mit anderen Leistungserbringern

Die Ärztinnen und Ärzte wurden im Jahr 2019 gefragt, wie lange es nach der Entlassung ihrer Patienten aus dem Krankenhaus durchschnittlich dauert, bis alle notwendigen Informationen vorliegen, um mit der Behandlung der Patienten (einschließlich Nachsorge) fortfahren zu können. Rund 63 % der Ärzte in Deutschland gaben an, dass es durchschnittlich weniger als 48 Stunden dauert (Abbildung 38). Damit liegt Deutschland im internationalen Vergleich auf dem ersten Platz. In Frankreich lag der entsprechende Anteil bei lediglich 14 %.

Abbildung 38: Verteilung der befragten Ärztinnen und Ärzte nach der durchschnittlichen Dauer, bis nach einem Krankenhausaufenthalt alle erforderlichen Informationen zur Weiterbehandlung vorliegen (in %) im internationalen Vergleich, 2019

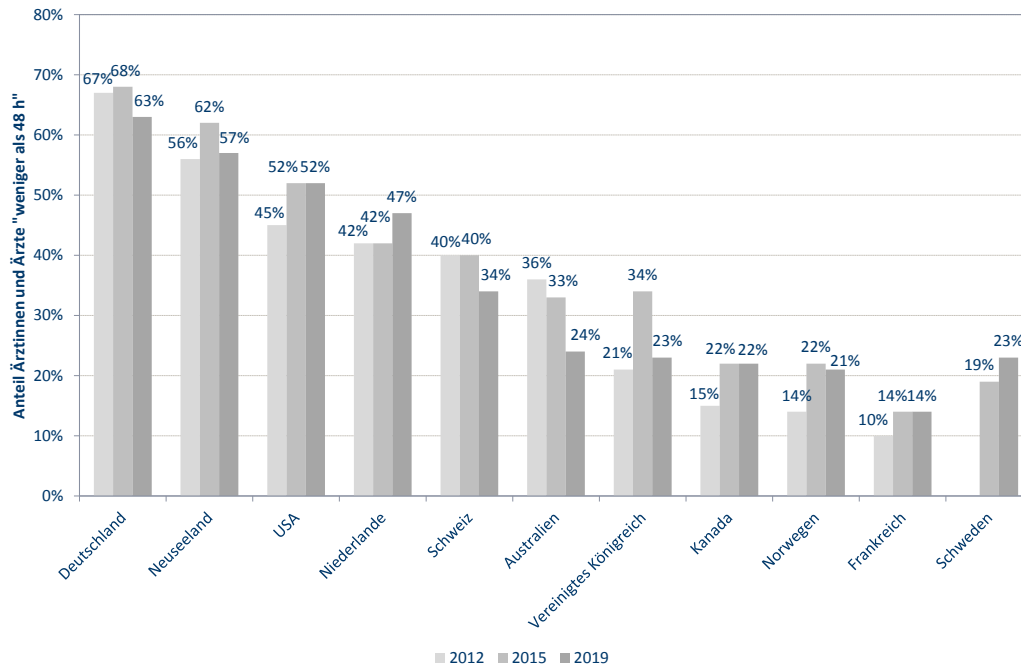


Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2019

Anmerkung: Frage „Wie lange nach der Entlassung Ihrer Patienten aus dem Krankenhaus dauert es durchschnittlich, bis Sie die notwendigen Informationen erhalten, um mit der Behandlung der Patienten – einschließlich der empfohlenen Nachsorge – fortfahren zu können?“

Im Zeitvergleich zwischen 2012, 2015 und 2019 haben sich diesbezüglich nicht viele Änderungen ergeben (Abbildung 39).

Abbildung 39: Anteil der befragten Ärztinnen und Ärzte mit Angabe einer durchschnittlichen Dauer < 48 h, bis nach einem Krankenhausaufenthalt alle erforderlichen Informationen zur Weiterbehandlung vorliegen (in %) im internationalen Vergleich, 2012, 2015, 2019



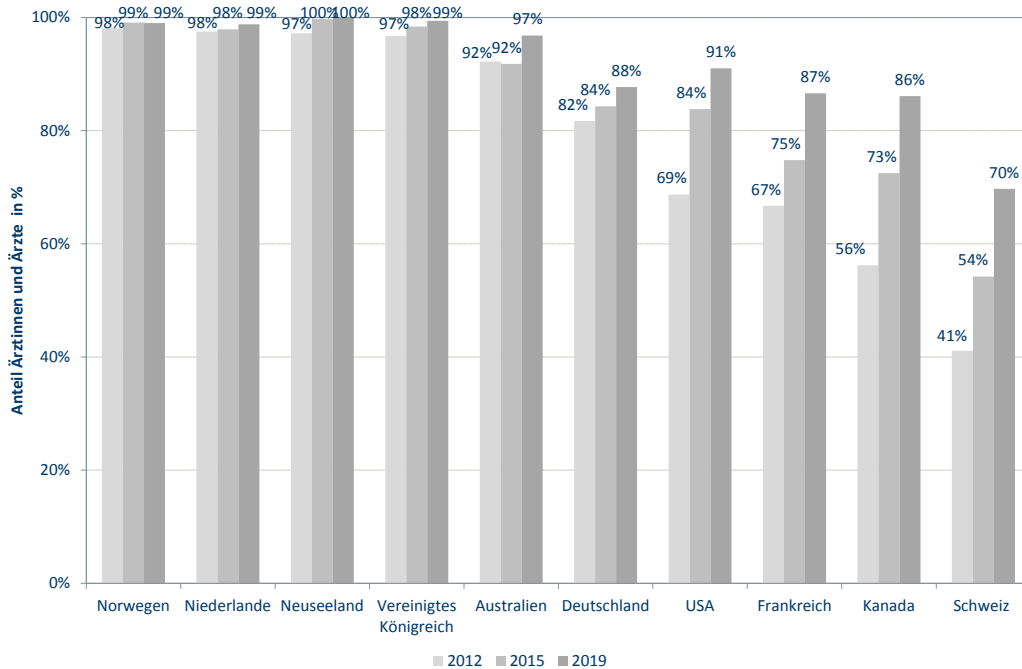
Quelle: IGES auf Basis der IHP-Surveys 2012, 2015 und 2019

Anmerkung: Frage „Wie lange nach der Entlassung Ihrer Patienten aus dem Krankenhaus dauert es durchschnittlich, bis Sie die notwendigen Informationen erhalten, um mit der Behandlung der Patienten – einschließlich der empfohlenen Nachsorge – fortfahren zu können?“

5.5.5 Digitalisierung in Arztpraxen

In Deutschland nutzten im Jahr 2019 rund 88 % der befragten Ärztinnen und Ärzte eine elektronische Patientenakte (Abbildung 40). Damit liegt Deutschland ungefähr auf dem Niveau von Frankreich (87 %) und Kanada (86 %). Lediglich in der Schweiz war der Anteil mit rund 70 % deutlich niedriger. An der Spitze mit 99 % bzw. 100 % stehen Norwegen, die Niederlande, das Vereinigte Königreich sowie Neuseeland.

Abbildung 40: Anteile der befragten Ärztinnen und Ärzte mit Nutzung einer elektronischen Patientenakte (in %) im internationalen Vergleich, 2012, 2015, 2019

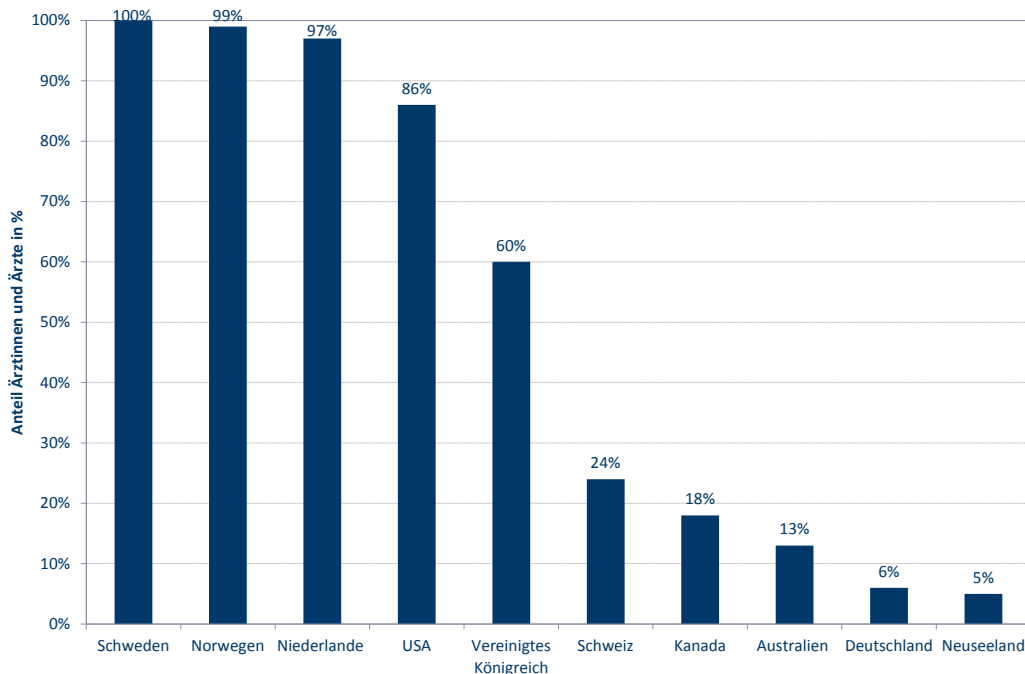


Quelle: IGES auf Basis der IHP-Surveys 2012, 2015 und 2019

Anmerkung: Frage „Arbeiten Sie in Ihrer Praxis mit einer elektronischen Patientenakte?“

Beträchtliche Unterschiede gibt es zwischen den Ländern bei der Frage, ob ein Rezept elektronisch an eine Apotheke versendet werden kann (Abbildung 41): In Schweden steht diese Möglichkeit allen Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung, in Neuseeland lediglich rund 5 %. Deutschland liegt mit rund 6 % auf dem vorletzten Platz.

Abbildung 41: Anteil der befragten Ärztinnen und Ärzte mit Möglichkeit des elektronischen Versands von Rezepten an Apotheken (in %) im internationalen Vergleich, 2015



Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2015

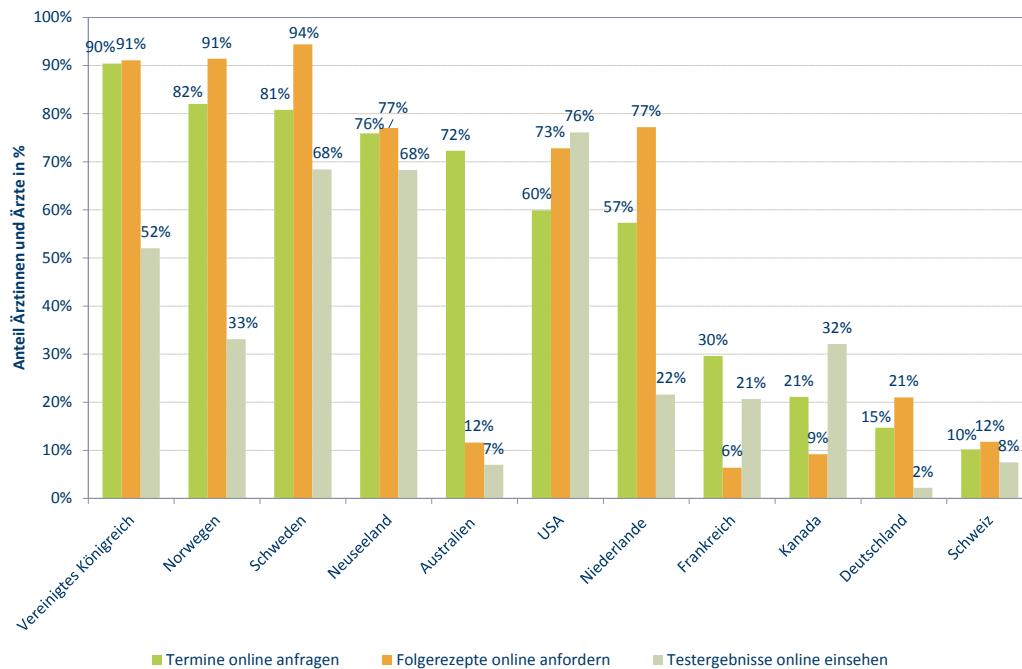
Anmerkung: Frage „Sind Sie in der Lage, Rezepte elektronisch an Apotheken zu verschicken (ohne Faxübermittlung)?“

Des Weiteren gibt es in Bezug auf verschiedene Online-Angebote für Patienten (z. B. Anforderung eines Folgerezepts, Vereinbarung eines Termins) beträchtliche Unterschiede zwischen den Ländern (Abbildung 42). Auch hier liegt Deutschland auf den hinteren Plätzen: Lediglich rund 15 % der Praxen in Deutschland bieten den Patienten an, Termine online zu vereinbaren – im Vereinigten Königreich sind es rund 90 %, in der Schweiz rund 10 %.

Die Möglichkeit, Testergebnisse online einzusehen, wird lediglich von rund 2 % der befragten Ärztinnen und Ärzte angeboten. Dies ist im internationalen Vergleich der geringste Anteilswert, in den USA bieten dies rund 76 % der Befragten an.

Rund jede(r) fünfte Befragte in Deutschland bietet ihren/seinen Patienten an, Folgerezepte online anzufordern.

Abbildung 42: Anteile der befragten Ärztinnen und Ärzte mit verschiedenen Online-Angeboten für Patienten (in %) im internationalen Vergleich, 2019



Quelle: IGES auf Basis des IHP-Surveys 2019

Anmerkung: Frage „Bitte geben Sie an, ob Ihre Praxis Ihren Patienten die folgenden Möglichkeiten anbietet: ...?“

6. Einschätzung der Nutzung der Ergebnisse des IHP-Surveys

Für eine Einschätzung der Nutzung der Ergebnisse wurde eine Suche über Veröffentlichungen in Fachzeitschriften in den letzten zehn Jahren in PubMed durchgeführt.²⁹ Zusätzlich wurde gezielt nach Veröffentlichungen in Deutschland bei der Ärztezeitung und dem Ärzteblatt gesucht sowie eine allgemeine Internetrecherche durchgeführt.

Insgesamt wurden damit 59 nationale und internationale Publikationen mit Bezug zum IHP-Survey gefunden (vgl. dazu Anhang A1). Auf den IHP-Survey der älteren Bevölkerung bezogen sich zwölf Publikationen, auf den IHP-Survey der Bevölkerung ab 18 Jahren 32 Publikationen und auf den IHP-Survey der Ärztinnen und Ärzte 18 Publikationen. Der Anteil der Nutzung in Deutschland ist vergleichsweise gering, insgesamt konnten – trotz ausführlicherer Suche – lediglich elf Publikationen mit Bezug zum IHP-Survey gefunden werden.

Der IHP-Survey wird zudem von der OECD im Rahmen der Gesundheitssystemvergleiche genutzt (z. B. Health at a Glance, Euro Health Consumer Index).

Generell sind über die Teilnahme Deutschlands am IHP-Survey nur sehr wenige bis keine Informationen verfügbar. In anderen teilnehmenden Ländern, zum Beispiel der Schweiz, wird die Teilnahme am IHP-Survey auf den Seiten des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) ausführlich dargestellt.³⁰ Viele Dokumente (z. B. die Fragebögen, die Methodenberichte) werden öffentlich zum Download zur Verfügung gestellt. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) verfasst jährlich einen Forschungsbericht zu den Ergebnissen des IHP-Survey. Das BAG stellt zudem auf Anfrage die Datensätze für weitere Auswertungen zur Verfügung.

Um mehr über die Nutzung des IHP-Surveys in Deutschland zu erfahren, wurde eine kurze Umfrage unter wesentlichen Akteuren im Gesundheitswesen zur Nutzung des IHP-Surveys durchgeführt (vgl. dazu die Liste der zur Umfrage eingeladenen Organisationen im Anhang A2). An der Umfrage haben sich elf Organisationen beteiligt (Rücklaufquote 61 %). Fünf der elf Organisationen kennen den IHP-Survey nicht (Abbildung 43). Von den sechs Befragten, die den IHP-Survey kennen, nutzen ihn fünf.

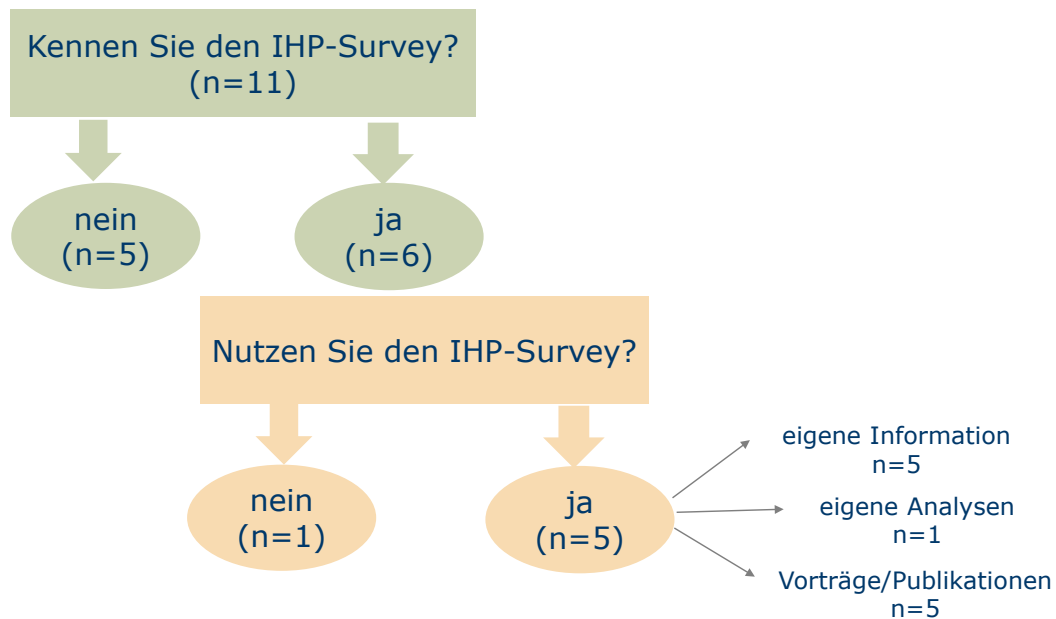
Eine Organisation nutzt den Survey nicht, da die Ergebnisse nicht direkt für die Arbeit der Organisation relevant sind. Alle Befragten, die den Survey nutzen, nutzen ihn zur eigenen Information sowie für Vorträge und Publikationen. Eine Person

²⁹ Dabei wurden deutsch und englischsprachige Veröffentlichungen berücksichtigt.

³⁰ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-international-health-policy-survey-ihp-des-commonwealth-fund-laender-vergleiche/ihp-befragungen-aeltere-wohnbevoelkerung.html> (letzter Zugriff am 22.09.2020).

nutzt ihn zudem für eigene Analysen. Von vier Organisationen werden alle drei Befragungswege genutzt.³¹ Mehrheitlich wird der IHP-Survey sowohl für die Einblicke in das nationale Gesundheitssystem als auch für internationale Systemvergleiche als nützlich befunden.

Abbildung 43: Bekanntheit und Nutzung des IHP-Survey in Organisationen im Gesundheitssektor in Deutschland



Quelle: IGES auf Basis einer Kurzbefragung von ausgewählten Organisationen im Gesundheitssektor in Deutschland

Im Hinblick auf Verbesserungspotenziale wurde angemerkt, dass die Länderauswahl „merkwürdig“ sei bzw. keiner erkennbaren Systematik folgen würde.

Als Themen / Aspekte, die bislang nicht Thema des IHP-Surveys waren, wurden „Fragen zum Krankenversicherungsschutz und seiner Finanzierung“ sowie „Fragen zur Langzeitpflege: Leistungen, Inanspruchnahme, Finanzierung“ genannt.

³¹ Für eine Organisation liegen hierzu keine weiteren Informationen vor.

7. Bewertung des Symposiums

Auf internationaler Ebene findet jedes Jahr ein Symposium in Washington D.C. statt, in dem die Ergebnisse des aktuellen Surveys präsentiert werden und zusätzlich weitere gesundheitspolitische Fragestellungen diskutiert wurden.

Teilnehmer des Symposiums

In den letzten Jahren haben an diesen Symposien jeweils ungefähr 100 Personen teilgenommen. Die Teilnehmer kamen hauptsächlich aus den am IHP-Survey teilnehmenden Ländern, davon überproportional aus den USA, dem Vereinigten Königreich und Deutschland. Zusätzlich waren in den letzten Jahren vereinzelt auch Teilnehmende aus anderen Ländern vertreten, wie beispielsweise Ungarn, Vereinigte Arabische Emirate, Dänemark, Estland, Taiwan, Israel oder Brasilien. Der Teilnehmerkreis setzte sich aus Vertreterinnen und Vertretern der jeweiligen Gesundheitsministerien, teilweise deren für den IHP-Survey verantwortlichen Organisationen, der Wissenschaft, der Leistungserbringer sowie Botschaftsvertreterinnen und -vertreter zusammen. An manchen Symposien nahmen auch Minister, Vizeminister und Staatssekretäre teil, allerdings v. a. in den letzten Jahren in eher geringer Anzahl. So waren beispielsweise in den Jahren 2017 und 2015 auf dieser Ebene drei Länder vertreten, im Jahr 2016 fünf Länder. Im Jahr 2014 waren noch elf Personen auf dieser Ebene vertreten, im Jahr 2013 zehn Personen, darunter auch etliche Minister. Deutschland hat in diesem Jahr mit Minister und Staatssekretärin teilgenommen. In den Jahren 2012 und 2011 nahmen jeweils acht Personen auf der Ebene eines Ministers, Vizeministers oder Staatssekretärs am Symposium teil.

Inhalte des Symposiums

Neben einer Vorstellung der aktuellen Ergebnisse des IHP-Surveys bietet das Symposium auch Vorträge sowie Diskussionsrunden zu weiteren gesundheitspolitischen Fragestellungen, wie beispielsweise:

- ◆ Vorstellungen von gesundheitspolitischen Reformen in verschiedenen Ländern
- ◆ Big Data und Digitalisierung
- ◆ Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen
- ◆ Prävention
- ◆ Innovationen im Gesundheitssektor
- ◆ Strategien zur Kostenreduzierung im Gesundheitssystem / Kosteneffektivität

Bewertung des Symposiums

Eine Diskussion der Ergebnisse des IHP-Surveys mit den Vertreterinnen und Vertretern der jeweiligen teilnehmenden Länder kann für eine Einordnung und Interpretation der Ergebnisse nützlich sein. Die Diskussion über die Ergebnisse sowie

die weiteren Inhalte und Themen des Symposiums können als Mehrwert des Symposiums gesehen werden. Auf internationaler Ebene sind keine Veranstaltungen mit ähnlichem Teilnehmerkreis oder Inhalten bekannt. Allerdings ist in den letzten Jahren ein Rückgang der Teilnahme auf oberster ministerialer Ebene zu beobachten, was die Möglichkeiten zum Austausch auf dieser Ebene verringert.

8. Zusammenfassung und Bewertung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Analysen des IHP-Surveys zusammenfassend dargestellt und bewertet.

Beurteilung der Repräsentativität und der Stichprobengröße

Der IHP-Survey erfüllt für die Bevölkerung ab 18 Jahren sowie für die ältere Bevölkerung ein wesentliches Kriterium der statistischen Repräsentativität, nämlich das Kriterium der gleichen Auswahlwahrscheinlichkeit für alle Mitglieder der Zielgruppe; mögliche Verzerrungen diesbezüglich werden durch Gewichtungsfaktoren korrigiert. Für den IHP-Survey der Ärztinnen und Ärzte kann das Prinzip der gleichen Auswahlwahrscheinlichkeit nicht abschließend beurteilt werden.

Die Stichprobengröße der IHP-Surveys erlaubt für alle Jahre für eine Schätzung relativer Anteile Aussagen mit mindestens einer Sicherheit (Vertrauensintervall) von 95 % und einer Genauigkeit von fünf Prozentpunkten. Die realisierte Stichprobengröße erlaubt – mit dieser Sicherheit und Genauigkeit – bei dem IHP-Survey der älteren Bevölkerung sowie dem IHP-Survey der Ärztinnen und Ärzte lediglich Aussagen für die gesamte Stichprobe, nicht aber für nach weiteren Merkmalen differenzierte Subgruppen. Bei dem IHP-Survey der Bevölkerung ab 18 Jahren sind Aussagen für zwei Untergruppen möglich, für die jeweils mindestens 385 Interviews realisiert wurden (d. h. beispielsweise Auswertungen nach Geschlecht).

Die Stichprobengröße ist in Deutschland insbesondere bei dem IHP-Survey der älteren Bevölkerung im Vergleich zu den anderen teilnehmenden Ländern – in Bezug zur Größe der Grundgesamtheit – vergleichsweise gering. Hinweise für eine zu geringe Stichprobengröße bei diesem Survey ergeben sich auch daraus, dass für die Begrenzung der Gewichtungsfaktoren ein vergleichsweise hoher Wert (5 %) gewählt wurde und dass die Verteilung in der Grundgesamtheit im Hinblick auf bestimmte Merkmale in der gewichteten Stichprobe nicht erreicht wird. Für eine zukünftige Teilnahme am IHP-Survey wird daher – insbesondere bei den Surveys der älteren Bevölkerung – eine Erhöhung der Stichprobengröße empfohlen.

Beurteilung der Erhebungsinstrumente

Bei einigen Fragen aus den Erhebungsinstrumenten für Deutschland gibt es Anhaltspunkte dafür, dass die Reliabilität der Ergebnisse aufgrund der Fragestellungen bzw. der Antwortmöglichkeiten eingeschränkt sein könnte. Zudem gibt es insbesondere bei der Befragung der Bevölkerung ab 18 Jahren bei manchen Fragen deutliche Veränderungen der Anteilswerte im Vergleich der Jahre 2016 und 2020 für die es keine inhaltliche Erklärung gibt. Dies könnte ein Anzeichen für eine mangelnde Reliabilität des Erhebungsinstruments sein. Da die Zeitreihen für die Vergleichsländer allerdings keine vergleichbar großen Veränderungen im Zeitverlauf aufweisen, deutet dies darauf hin, dass vermutlich weitere statistische oder methodische Faktoren eine Rolle spielen.

Bei einer weiteren Befragungsteilnahme sollten die Erhebungsinstrumente bezüglich der Reliabilität geprüft und ggf. angepasst werden. Insbesondere ist darauf zu

achten, dass die Fragen und Antwortmöglichkeiten eindeutig definiert sind. Bei Fragen, die sich im Zeitverlauf wiederholen, ist dabei die Vergleichbarkeit über die Befragungsjahre mit einer Verbesserung der Reliabilität der Ergebnisse abzuwägen.

Vor- und Nachteile des IHP-Surveys im Vergleich zu anderen Erhebungen

Der IHP-Survey hat im Vergleich zu den anderen untersuchten Studien den Vorteil, dass die Ergebnisse vergleichsweise schnell (noch im Befragungsjahr) verfügbar sind. Zudem kann das BMG eigene Vorschläge für Themen einbringen, die – nach Abstimmung – international befragt werden können. Für die Befragung in Deutschland können eigene Fragen ohne weitere Abstimmung eingebracht werden.

Ein weiterer Vorteil besteht in der Auswahl der teilnehmenden Länder: Während diese bei den Bevölkerungsumfragen für die Vergleichsstudien auf die europäischen Länder beschränkt sind (mit Ausnahme der Schweiz und Israel), nehmen am IHP-Survey auch die USA, Kanada, Neuseeland und Australien teil. Allerdings sind beim IHP-Survey nicht alle europäischen Länder vertreten. Zum IHP-Survey unter Ärztinnen und Ärzten gibt es überhaupt keine vergleichbare internationale Studie.

Bestimmte Themenbereiche des IHP-Survey für die Bevölkerung überschneiden sich mit den Themen der Vergleichsstudien – insbesondere die Fragen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung. Diesbezüglich hat der IHP-Survey den Nachteil, dass lediglich subjektive Gesundheitsdaten erhoben werden, während beispielsweise in den Studien des Gesundheitsmonitorings des RKI sowie beim SHARE auch Gesundheitsuntersuchungen und Laboranalysen durchgeführt werden. Dagegen umfasst der IHP-Survey der Bevölkerung mehr Themen bezüglich der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem bzw. der Gesundheitsversorgung sowie der Koordination der Leistungserbringer. Beim IHP-Survey der Ärztinnen und Ärzte sowie dem Ärztemonitor der KBV gibt es teilweise Überschneidungen (u. a. Zufriedenheit und Arbeitsbelastung). Der IHP-Survey enthält aber auch Fragen, die im Rahmen des Ärztemonitors nicht gestellt werden, beispielsweise im Hinblick auf allgemeine Einschätzungen zum Gesundheitssystem, die Versorgung chronisch Kranker oder die Koordination zwischen verschiedenen Leistungserbringern.

Für das Jahr 2021 ist geplant, zudem Fragen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Gesundheitsversorgung und auf das Wohlbefinden aufzunehmen, was eine Möglichkeit bietet, im internationalen Vergleich zeitnahe Aussagen zu den Auswirkungen der Pandemie auf die ältere Bevölkerung zu erhalten.

Nutzung des IHP-Survey

Der IHP-Survey wird international für wissenschaftliche Veröffentlichungen genutzt, der Anteil deutscher Publikationen ist dabei vergleichsweise gering.

Eine kurze Umfrage unter wesentlichen Akteuren im Gesundheitswesen zur Nutzung des IHP-Surveys hat gezeigt, dass die Mehrheit der Akteure den IHP-Survey kennt und die Hälfte der Teilnehmenden ihn auch nutzt, insbesondere zur eigenen Information sowie für Vorträge und Publikationen. Eigene Analysen werden nur in

einem Einzelfall mit dem IHP-Survey durchgeführt. Von der Mehrheit der Befragten wird der IHP-Survey sowohl für Einblicke in das nationale Gesundheitssystem als auch für internationale Systemvergleiche als nützlich angesehen.

Das Beispiel der Schweiz zeigt, dass Deutschland das nationale Verwertungspotenzial der Teilnahme am IHP-Survey nicht ausschöpft. So werden in der Schweiz jedes Jahr ein Forschungsbericht verfasst und Dokumente sowie Berichte auf den Internetseiten des BAG zur Verfügung gestellt. Für Deutschland sind dagegen Informationen bzw. Dokumente über den IHP und die Teilnahme Deutschlands nicht öffentlich verfügbar.

Empfehlung zur Teilnahme Deutschlands am IHP-Survey

Aufgrund der Vorteile des IHP-Survey im Vergleich zu den anderen Befragungen wird die weitere Teilnahme Deutschlands empfohlen. Dies sollte unter den folgenden Voraussetzungen erfolgen:

- ◆ Erhöhung der Stichprobe für den IHP-Survey der älteren Bevölkerung, damit die gewichtete Stichprobe die gewünschten Randverteilungen erreicht.
 - ◆ Ggf. Erhöhung des Stichprobenumfangs, um separate Analysen für einzelne Subgruppen zu ermöglichen. Denkbar ist beispielsweise eine regionale Auswertung, die Unterschiede nach städtischen und ländlichen Regionen oder nach ost- und westdeutschen Bundesländern erlaubt. Die genaue Stichprobengröße ist von der Anzahl der Subgruppen abhängig, für die separate Aussagen getroffen werden sollen.
 - ◆ Beim Survey der Ärztinnen und Ärzte sollte zukünftig nach Möglichkeit die Stichprobe aus dem Bundesarztregister gezogen werden, um eine gleiche Auswahlwahrscheinlichkeit für alle Ärztinnen und Ärzte sicherzustellen.
 - ◆ Die Erhebungsinstrumente sollten überprüft werden, damit alle Fragen und Antwortmöglichkeiten eindeutig definiert sind.
 - ◆ Die Ergebnisse des IHP-Surveys sollten jedes Jahr in einem Bericht für Deutschland dargestellt werden. Dieser sollte die aktuellen Auswertungen und wo möglich, Zeitvergleiche beinhalten. Für deutliche Veränderungen im Zeitverlauf, die nicht inhaltlich erklärt werden können, sollten alternative Erklärungen geprüft werden (u. a. methodische/statistische Erklärungen, Unregelmäßigkeiten bei der Erhebung/Auswertung). Zusätzlich sollten die Ergebnisse mit anderen Erhebungen abgeglichen werden. Dieser Bericht sollte öffentlich zur Verfügung gestellt werden.
 - ◆ Es sollte die Möglichkeit geschaffen werden, dass Akteure aus dem Gesundheitswesen sowie aus der Wissenschaft Zugang zu den Daten erhalten können, um eigene Analysen und Auswertungen zu schaffen.
 - ◆ Für mehr Sichtbarkeit in der Öffentlichkeit könnte zudem eine eigene Internetseite eingerichtet werden, die Informationen und Dokumente zum
-

IHP-Survey bereitstellt (z. B. Fragebögen, Methodenberichte, jährliche Berichte und ggf. auch Datenauswertungen).

9. Anhang

A1 Publikationen auf Basis des IHP-Survey

A2 Liste der befragten Organisationen

A1 Publikationen auf Basis des IHP-Survey

- Ärztezeitung (Hrsg.) (2018): Gesundheitsbefragung Senioren goutieren Versorgung. Berlin: Springer Medizin Verlag GmbH. URL: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Senioren-goutieren-Versorgung-222725.html>, Abruf am 23.09.2020.
- Ärztezeitung (Hrsg.) (2014): Rentner in Deutschland warten kürzer. Berlin: Springer Medizin Verlag GmbH. URL: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Rentner-in-Deutschland-warten-kuerzer-232981.html>, Abruf am 23.09.2020.
- Ärztezeitung (Hrsg.) (2011): Deutsche Ärzte oft unerreichbar. Berlin: Springer Medizin Verlag GmbH. URL: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Deutsche-Aerzte-oft-unerreichbar-344164.html>, Abruf am 23.09.2020.
- Bjertnaes OA, Iversen HH, Bukholm G (2010): International health policy survey in 11 countries: assessment of non-response bias in the Norwegian sample. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:38. Published 2010 Feb 10. doi:10.1186/1472-6963-10-38.
- Callander EJ, Corcadden L, Levesque JF (2016): Out-of-pocket healthcare expenditure and chronic disease - do Australians forgo care because of the cost?. *Aust J Prim Health.* 2017;23(1):15-22. doi:10.1071/PY16005.
- Cohidon C, Wild P, Senn N (2020): Job stress among GPs: associations with practice organisation in 11 high-income countries. *Br J Gen Pract.* 2020;70(698):e657-e667. Published 2020 Aug 27. doi:10.3399/bjgp20X710909.
- Cohidon C, Wild P, Senn N (2019): Practice Organization Characteristics Related to Job Satisfaction Among General Practitioners in 11 Countries. *Ann Fam Med.* 2019;17(6):510-517. doi:10.1370/afm.2449.
- Collins SR et al. (2015): Americans' Experiences with Marketplace and Medicaid Coverage. Findings from the Commonwealth Fund Affordable Care Act Tracking Survey, March-May 2015. *Issue Brief (Commonw Fund).* 2015;16:1-17.
- Collins SR et al. (2013): Covering young adults under the Affordable Care Act: the importance of outreach and Medicaid expansion: findings from the Commonwealth Fund Health Insurance Tracking Survey of Young Adults, 2013. *Issue Brief (Commonw Fund).* 2013;21:1-15.
- Corcadden L, Callander EJ, Topp SM (2019): Disparities in access to health care in Australia for people with mental health conditions. *Aust Health Rev.* 2019 Jan;43(6):619-627. doi: 10.1071/AH17259. PMID: 30011389.
- Corcadden L, Callander EJ, Topp SM (2019a): Who experiences unmet need for mental health services and what other barriers to accessing health care do they face? Findings from Australia and Canada. *Int J Health Plann Manage.* 2019;34(2):761-772. doi:10.1002/hpm.2733.
-

- Corcadden L, Callander EJ, Topp SM (2018): International comparisons of disparities in access to care for people with mental health conditions. *Int J Health Plann Manage.* 2018;33(4):967-995. doi:10.1002/hpm.2553.
- Corcadden L et al. (2017): Factors associated with multiple barriers to access to primary care: an international analysis. *Int J Equity Health.* 2018;17(1):28. Published 2018 Feb 20. doi:10.1186/s12939-018-0740-1.
- Corcadden L et al. (2017a): Barriers to accessing primary health care: comparing Australian experiences internationally. *Aust J Prim Health.* 2017 Jul;23(3):223-228. doi: 10.1071/PY16093. PMID: 27927280.
- Dahrouge S et al. (2018): Equity of primary care service delivery for low income "sicker" adults across 10 OECD countries. *Int J Equity Health.* 2018;17(1):182. Published 2018 Dec 12. doi:10.1186/s12939-018-0892-z.
- Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.) (2015): Facharzttermine im internationalen Vergleich: Geringe Wartezeiten in Deutschland. Berlin: Deutscher Ärzteverlag GmbH. URL: <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=16&aid=171456&s=Commonwealth&s=Fund>, Abruf am 23.09.2020.
- Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.) (2014): Senioren sind mit dem deutschen Gesundheitssystem größtenteils zufrieden. Berlin: Deutscher Ärzteverlag GmbH. URL: <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=60964&s=Commonwealth&s=Fund>, Abruf am 23.09.2020.
- Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.) (2014a): Wartezeiten auf einen Arzttermin in Deutschland im internationalen Vergleich gering. Berlin: Deutscher Ärzteverlag GmbH. URL: <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=61062&s=Commonwealth&s=Fund>, Abruf am 23.09.2020.
- Doty MM et al. (2019): Primary Care Physicians' Role In Coordinating Medical And Health-Related Social Needs In Eleven Countries. *Health Aff (Millwood).* 2020;39(1):115-123. doi:10.1377/hlthaff.2019.01088.
- Fryer AK, Doty MM, Audet AM (2001): Sharing resources: opportunities for smaller primary care practices to increase their capacity for patient care. Findings from the 2009 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians. *Issue Brief (Commonw Fund).* 2011 Mar; 4:1-15. PMID: 21456324.
- Hargreaves DS, Greaves F, Levay C (2015): Comparison of Health Care Experience and Access Between Young and Older Adults in 11 High-Income Countries. *J Adolesc Health.* 2015;57(4):413-420. doi:10.1016/j.jadohealth.2015.05.015.
- Haven K et al. (2013): Comparison of health confidence in rural, suburban and urban areas in the UK and the USA: a secondary analysis. *BMJ Open.* 2013 May
-

- 2;3(5):e002640. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002640. PMID: 23645916; PMCID: PMC3646176.
- Hertle D, Stock S (2015): Commonwealth Fund Survey 2012: Befragung von Primärärzten in 11 Ländern zur Nutzung von Informationstechnologie und zu wichtigen Versorgungsaspekten. *Gesundheitswesen*. 2015;77(8-9):542-549. doi:10.1055/s-0035-1549941.
- Hincapie AL et al. (2016): Relationship Between Patients' Perceptions of Care Quality and Health Care Errors in 11 Countries: A Secondary Data Analysis. *Qual Manag Health Care*. 2016;25(1):13-21. doi:10.1097/QMH.0000000000000079.
- Holdsworth S et al. (2019): Factors associated with successful chronic disease treatment plans for older Australians: Implications for rural and Indigenous Australians. *The Australian Journal of Rural Health*. 2019;27(4):290-297. doi:10.1111/ajr.12461.
- Koch K et al. (2009): The German health care system in international comparison: the primary care physicians' perspective. *Dtsch Arztebl Int*. 2011;108(15):255-261. doi:10.3238/arztebl.2011.0255.
- Kopetsch T (2015): Wartezeiten in der ambulanten Versorgung. *Nomos Verlagsgesellschaft mbh (Hrsg.) Gesundheits- und Sozialpolitik*. 2015;69(5):7-14.
- Lawand C et al. (2016): Care for Patients with Complex Needs: Canadian Results from the Commonwealth Fund 2015 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians. *Healthcare Quarterly*. 2016;19(2):10-12. DOI:10.12927/hcq.2016-24692.
- Lee A, Morgan S (2017): Cost-related nonadherence to prescribed medicines among older Canadians in 2014: a cross-sectional analysis of a telephone survey. *CMAJ Open*. 2017;5(1):E40-E44. Published 2017 Jan 17. doi:10.9778/cmajo.20160126.
- Levesque JF et al. (2020): Assessing Performance in Health Care Using International Surveys: Are Patient and Clinician Perspectives Complementary or Substitutive. *J Patient Exp*. 2020 Apr;7(2):169-180. doi: 10.1177/2374373519830711. Epub 2019 Feb 22. PMID: 32851137; PMCID: PMC7427366.
- Lu CY, Roughead E (2011): Determinants of patient-reported medication errors: a comparison among seven countries. *Int J Clin Pract*. 2011 Jul;65(7):733-40. doi: 10.1111/j.1742-1241.2011.02671.x. Epub 2011 Apr 6. PMID: 21470350.
- Martin S, Siciliani L, Smith P (2020): Socioeconomic inequalities in waiting times for primary care across ten OECD countries. *Soc Sci Med*. 2020 Jul 24;263:113230. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113230. Epub ahead of print. PMID: 32823046.
- Middleton J (2017): Public Health in England in 2016 – the health of the public and the public health system: a review. *British Medical Bulletin*. 2017;121:31-46. doi:10.1093/bmb/ldw054.
-

- Morgan SG, Lee A (2017): Cost-related non adherence to prescribed medicines among older adults: a cross sectional analysis of a survey in 11 developed countries. *BMJ Open*. 2017;7:e014287. doi:10.1136/bmjopen-2016-014287.
- Osborn R et al. (2017): Older Americans were sicker and faced more financial barriers to health care than counterparts in other countries. *Health Affairs*. 2017;36(12). doi:10.1377/hlthaff.2017.1048.
- Osborn R et al. (2014): International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. *Health Aff (Millwood)*. 2014;33(12):2247-2255. doi:10.1377/hlthaff.2014.0947.
- Pantell MS et al. (2019): Practice Capacity to Address Patients' Social Needs and Physician Satisfaction and Perceived Quality of Care. *Ann Fam Med*. 2019 Jan;17(1):42-45. doi: 10.1370/afm.2334. PMID: 30670394; PMCID: PMC6342584.
- Papanicolas I, Cylus J, Smith PC (2013): An analysis of survey data from eleven countries finds that 'satisfaction' with health system performance means many things. *Health Aff (Millwood)*. 2013 Apr;32(4):734-42. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1338. PMID: 23569053.
- Paré G et al. (2014): Barriers to organizational adoption of EMR systems in family physician practices: a mixed-methods study in Canada. *Int J Med Inform*. 2014 Aug;83(8):548-58. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2014.06.003. Epub 2014 Jun 7. PMID: 24969270.
- Penm J et al. (2017): Minding the Gap: Factors Associated With Primary Care Coordination of Adults in 11 Countries. *Ann Fam Med*. 2017;15(2):113-119. doi:10.1370/afm.2028.
- Sable-Smith A et al. (2018): Interactions with the healthcare system influence advance care planning activities: results from a representative survey in 11 developed countries. *Fam Pract*. 2018;35(3):307-311. doi:10.1093/fampra/cmz113.
- Sarnak DO et al. (2017): Paying for Prescription Drugs Around the World: Why Is the U.S. an Outlier? *Issue Brief (Commonw Fund)*. 2017 Oct 1;2017:1-14. PMID: 28990747.
- Sarnak DO, Ryan J (2016): How High-Need Patients Experiences the Health Care System in Nine Countries. *Issue Brief (Commonw Fund)*. 2016 Jan;1:1-14. PMID: 26809154.
- Schölkop M (2010): Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: 7 Thesen. 2010 131-143 doi:10.30965/9783657775347_010.
- Scobie A (2011): Self-reported medical, medication and laboratory error in eight countries: risk factors for chronically ill adults. *Int J Qual Health Care*. 2011 Apr;23(2):182-6. doi: 10.1093/intqhc/mzq082. Epub 2011 Jan 10. PMID: 21224271.
-

- Sears K, Scobie A, Mackinnon NJ (2012): Patient-related risk factors for self-reported medication errors in hospital and community settings in 8 countries. *Can Pharm J (Ott)*. 2012 Mar;145(2):88-93. doi: 10.3821/145.2.cpj88. PMID: 23509509; PMCID: PMC3567549.
- Soril LJJ et al. (2017): Is Canadian Healthcare Affordable? A Comparative Analysis of the Canadian Healthcare System from 2004 to 2014. Les soins de santé sont-ils abordables au Canada? Analyse comparative du système de santé canadien de 2004 à 2014. *Health Policy*. 2017;13(1):43-58. doi:10.12927/hcpol.2017.25192.
- Sovran V et al. (2019): Coordination of Care Could Improve: Canadian Results from the Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians. *Health Q*. 2020 Jul;23(2):6-8. doi: 10.12927/hcq.2020.26283. PMID: 32762812.
- Ssendikaddiwa J, Lavergne R (2019): Access to Primary Care and Internet Searches for Walk-In Clinics and Emergency Departments in Canada: Observational Study Using Google Trends and Population Health Survey Data. *JMIR Public Health Surveill*. 2019;5(4):e13130. Published 2019 Nov 18. doi:10.2196/13130.
- Turvey CL et al. (2020): Racial differences in patient consent policy preferences for electronic health information exchange. *J Am Med Inform Assoc*. 2020 May 1;27(5):717-725. doi: 10.1093/jamia/ocaa012. PMID: 32150259.
- Wammes JJ et al. (2014): Is the role as gatekeeper still feasible? A survey among Dutch general practitioners. *Fam Pract*. 2014 Oct;31(5):538-44. doi: 10.1093/fampra/cm046. Epub 2014 Aug 18. PMID: 25135953.
- Wendt C et al. (2015): Confidence in receiving medical care when seriously ill: a seven-country comparison of the impact of cost barriers. *Health Expect*. 2012 Jun;15(2):212-24. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00677.x. Epub 2011 Jun 1. PMID: 21631654; PMCID: PMC5060613.
- van Loenen T et al. (2016) Trends towards stronger primary care in three western European countries; 2006-2012. *MBC Fam Pract*. 2016;17(59). doi:10.1186/s12875-016-0458-3.
- Vermunt NPCA et al. (2018): Assessment of goals and priorities in patients with a chronic condition: a secondary quantitative analysis of determinants across 11 countries. *Scand J Prim Health Care*. 2018;36(1):80-88. doi:10.1080/02813432.2018.1426149.
-

A2 Liste der befragten Organisationen

- ◆ Bertelsmann Stiftung
 - ◆ Bundesärztekammer
 - ◆ Bundesverband Managed Care e.V.
 - ◆ Deutsche Krankenhausgesellschaft
 - ◆ Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung
 - ◆ Gemeinsamer Bundesausschuss
 - ◆ GKV-Spitzenverband
 - ◆ Hans-Böckler-Stiftung
 - ◆ Kassenärztliche Bundesvereinigung
 - ◆ Mannheimer Zentrum für europäische Sozialforschung
 - ◆ Netzwerk Evidenzbasierte Medizin
 - ◆ PKV-Verband
 - ◆ Robert Koch-Institut
 - ◆ Sachverständigenrat Gesundheit
 - ◆ Verbraucherzentrale Bundesverband
 - ◆ Wissenschaftliche Institut der AOK
 - ◆ Wissenschaftszentrum Berlin
 - ◆ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
-

Literaturverzeichnis

- Generali Deutschland AG (Hrsg.) (2017): Generali Altersstudie 2017, Wie ältere Menschen in Deutschland denken und leben. Berlin: Springer-Verlag. ISBN: 978-3-662-50395-9.
- Heuer J (2016): Placebo oder Wunderpille? Wie die Praxisgebühr Patientenverhalten und Verordnungsmuster veränderte. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, ISSN 2199-1480.
- KBV (2016): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2016, Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage, FGW Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH. Juni 2016.
- Köcher R, Bruttel O (2012): Generali Altersstudie 2013, Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag. ISBN: 978-3596189359.
- Osborn R, Moulds D, Squires D, Doty MM, Anderson C (2014): International Survey of Older Adults Finds Shortcomings in Access, Coordination, and Patient-Centered Care, in: Journal Health Affairs Web First, 19. November 2014.
- Pierson R, Applebaum S (2010): International Health perspectives 2010 Methods Report. Harris interactive, Juli 2010.
- Pierson R, Applebaum S (2011): International Health Perspectives 2011, Survey of sicker adults, Methods Report. Harris interactive, August 2011.
- Pierson R, Applebaum S (2012): International Health perspectives 2012, a survey of physicians in twelve countries. Harris interactive, August 2012.
- Rapoport R, Porath E, Tipan L (2013): International Health Policy Survey 2013 Methodology Report. SSRS.
- Rapoport R, Luis E, Czyzewicz E and T (2014): International Health Policy Survey 2014, Methods Report. SSRS.
- Rapoport R, Tipan E, Czyzewicz E (2015): International Health Policy Survey of Primary Care Doctors 2015, Methodology Report. SSRS.
- Rapoport R, Tipan L, Czyzewicz E (2016): International Health Policy Survey 2016, Methodology Report. SSRS.
- Rapoport R, Czyzewicz, E (2017): International Health Policy Survey of older adults (65+) 2017, Methodology Report, SSRS.
- Rapoport R, Czyzewicz E, Manley R (2019): 2019 International Health Policy Survey of primary care doctors, Methodology Report, September 2019, SSRS.
- Rapoport R, Manley R, Glancey S, Kline C, Best J (2020): International Health Policy Survey 2020, Methodology Report, October 2020, SSRS.
-

Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Pierson R, Applebaum S (2011): New 2011 Survey of Patients with Complex Care Needs in 11 Countries Finds That Care Is Often Poorly Coordinated, Health Affairs Web First, Nov.01.2011.

Statistisches Bundesamt (2020): Leben in Europa (EU-SILC) Einkommen und Lebensbedingungen in Deutschland und der Europäischen Union, Fachserie 15 Reihe 3, Artikelnummer: 2150300187004, 27.02.2020.



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com