

IHP Survey 2021 Abschlussbericht

26.10.2022, Ch. Veit

Inhalte

Tabellenverzeichnis.....	7
Abbildungsverzeichnis.....	12
Abkürzungsverzeichnis.....	13
1 Zusammenfassung.....	13
2 Einführung.....	15
2.1 Internationale Durchführung.....	15
2.1.1 Beispiele internationaler Publikationen zum IHP Survey 2021.....	16
2.2 Fragebogen.....	16
2.3 Themengebiete des Fragebogens.....	17
2.4 Vergleich mit ähnlichen internationalen Befragungen.....	18
3 Durchführung des IHP Surveys 2021 in Deutschland.....	20
3.1 Interviewteam und Pretests.....	20
3.2 Telefonnummern und Stichprobenziehung.....	21
3.3 Interviews.....	21
4 Allgemeine Ergebnisse.....	24
4.1 Informationen zum Verstehen der Ergebnisse.....	24
4.2 Allgemeine Daten (Sektion 2000).....	25
4.3 Auswertung für internationale Vergleiche.....	26
4.4 Regionale Vergleiche in Deutschland.....	27
4.5 Korrelationen von Items.....	28
4.5.1 Befragte in ländlicher Wohngegend pro Region.....	29
4.5.2 Eingeschränkte Gesundheit pro Region.....	29
4.5.3 Eingeschränkte Gesundheit pro Wohngegend.....	30
4.5.4 Eingeschränkte Gesundheit pro Bildungsgrad.....	31

4.5.5	Ausbildungsgrad pro Region (Q2040)	32
4.5.6	Anteil Frauen pro Ausbildungsgrad (Q725, Q2040)	32
4.5.7	Ergebnisse zu demografischen Faktoren	33
5	Versorgungssituation	34
5.1	Internationaler Vergleich zur Situation der Befragten.....	34
5.1.1	Ergebnisse des internationalen Vergleichs zur Situation der Befragten.....	34
5.2	Zugang zur Gesundheitsversorgung (Sektion 800)	35
5.2.1	Liste der Einzelthemen	35
5.2.2	Q800 Zufriedenheit mit der Qualität der medizinischen Versorgung.....	35
5.2.3	Q810 Problem mit den selbst zu zahlenden Kosten	36
5.2.4	Q830 Ambulante Versorgung außerhalb der normalen Praxiszeiten.....	37
5.2.5	Q832 Zeitnaher Termin beim Arzt.....	40
5.2.6	Q835 Verschiebung eines Termins wegen der Pandemie bei Personen mit chronischer Erkrankung	42
5.2.7	Ergebnisse zum Zugang zur Gesundheitsversorgung (Sektion 800)	43
5.3	Beziehung zur primären Versorgungseinrichtung (Sektion 900)	44
5.3.1	Liste der Einzelthemen	44
5.3.2	Q915 Hausärztliche Praxis oder entsprechende Primärversorgung vorhanden	44
5.3.3	Q935 Rückruf durch die hausärztliche Praxis.....	44
5.3.4	Q945 Termin per Telefon oder Video wegen der Pandemie	46
5.3.5	Ergebnisse zur „Beziehung zur primären Versorgungseinrichtung“ (Sektion 900)	47
5.4	Koordination der Versorgung (Sektion 1000)	47
5.4.1	Liste der Einzelthemen	47
5.4.2	Q1000 Anzahl aufgesuchter Arztpraxen	47
5.4.3	Q1003 Unterstützung bei der Koordination der Behandlung durch weitere Ärztinnen und Ärzte	48
5.4.4	Ergebnisse zur Koordination der Versorgung (Sektion 1000)	48
5.5	Erfahrungen mit Spezialist:innen (Sektion 1020).....	49
5.5.1	Liste der Einzelthemen	49
5.5.2	Q1020 Aufsuchen eines Facharztes oder eines beratenden Arztes.....	49

5.5.3	Q1050 Mangelnde Kommunikation zwischen hausärztlichen und fachärztlichen Ärztinnen und Ärzten	50
5.5.4	Ergebnisse zur Erfahrung mit Spezialisten (Sektion 1020).....	50
5.6	Einnahme verschriebener Medikamente (Sektion 1100)	51
5.6.1	Liste der Einzelthemen.....	51
5.6.2	Q1105 Anzahl eingenommener Medikamente.....	51
5.6.3	Q1110 Besprechung der Medikation mit einer Ärztin, einem Arzt, einer Apothekerin oder einem Apotheker	52
5.6.4	Ergebnisse zur Einnahme verschriebener Medikamenten (Sektion 1100) ..	53
5.7	Erfahrungen mit stationärer Behandlung und stationärer Notfallversorgung (Sektion 1300)	53
5.7.1	Liste der Einzelthemen.....	53
5.7.2	Q1300 Stationärer Krankenhausaufenthalt	54
5.7.3	Q1310 A1: Bereitstellung eines Informationsblattes mit Verhaltensregeln bei Krankenhauserlassung	55
5.7.4	Q1310 A2: Organisation von Nachsorgeterminen oder der Nachsorge bei Krankenhauserlassung	56
5.7.5	Q1310 A3: Besprechung der erforderlichen Medikation bei Krankenhauserlassung	57
5.7.6	Q1328 Notwendige Unterstützung nach der Krankenhauserlassung.....	58
5.7.7	Q1330 Aufsuchen der Notaufnahme	59
5.7.8	Q1335 Problembehebung durch die Notaufnahme statt in der Hausarztpraxis.....	60
5.7.9	Ergebnisse zu Erfahrungen mit stationärer Behandlung und Notfallversorgung (Sektion 1300)	62
5.8	Versorgungshilfen zu Hause (Sektion 1400)	63
5.8.1	Liste der Einzelthemen.....	63
5.8.2	Q1401 Beschreibung des Gesundheitszustands und des Hilfebedarfs.....	63
5.8.3	Q1402 Einschränkung bei den täglichen Verrichtungen.....	65
5.8.4	Q1403 Hilfsbedarf im Alltag wegen eines Gesundheitsproblems.....	65
5.8.5	Q1406 Häufigkeit der Unterstützung im Alltag.....	65
5.8.6	Q1408 A1 Hilfe im Alltag durch Dritte.....	66
5.8.7	Q1408 A2 Hilfe im Alltag durch nahestehende Personen.....	66

5.8.8	Q1410 A1 Unzureichende Hilfeleistungen im täglichen Leben wegen der Kosten.....	66
5.8.9	Q1410 A2 Unzureichende Hilfeleistungen im täglichen Leben wegen der Pandemie.....	67
5.8.10	Q1410 A3 Unzureichende Hilfeleistungen im täglichen Leben auf eigenen Wunsch wegen der Pandemie	68
5.8.11	Ergebnisse zu Gesundheitszustand und Versorgungshilfen zu Hause (Sektion 1400)	68
5.9	Versorgung bei chronischer Erkrankung (Sektion 1415).....	70
5.9.1	Liste der Einzelthemen	70
5.9.2	Q1415, Q1416 Prävalenz chronischer Erkrankungen.....	70
5.9.3	Q1420 A1 Besprechung der Behandlungsziele	71
5.9.4	Q1420 A2 Vorgabe von Anweisungen.....	71
5.9.5	Q1425 A1 Ergänzende Kontaktaufnahme durch eine medizinische Fachkraft.....	71
5.9.6	Q1425 A2 Ergänzende Beratung durch eine medizinische Fachkraft	72
5.9.7	Q1427 A1 Verfügbarkeit eines Behandlungsplans.....	72
5.9.8	Q1429 Sicherheit im Umgang mit gesundheitlichen Problemen	72
5.9.9	Ergebnisse zur Versorgung bei chronischer Erkrankung (Sektion 1415)	73
6	Persönliche Situation.....	73
6.1	Soziale Isolation, Einsamkeit und psychische Verfassung (Sektion 1430)	73
6.1.1	Liste der Einzelthemen	73
6.1.2	Q1412 Gefühl der Isolation	74
6.1.3	Q1430 Schwere seelische Belastungen.....	74
6.1.4	Q1435 Erreichbare professionelle Hilfe	74
6.1.5	Q1440 Kontakt mit anderen über Mobiltelefon und Computer	75
6.1.6	Ergebnisse zur sozialen Isolation, Einsamkeit und psychischen Verfassung.....	75
6.2	Materielle Notlage (Sektion 1450).....	76
6.2.1	Liste der Einzelthemen	76
6.2.2	Q1450 A1 Existentielle finanzielle Sorgen: gesunde Ernährung	76
6.2.3	Q1450 A2 Existentielle finanzielle Sorgen: Miete, Hypotheken	76

6.2.4	Q1450 A3 Existentielle finanzielle Sorgen: monatliche Rechnungen	77
6.2.5	Q1455 A2 Persönliche Auswirkungen der Pandemiesituation: Ersparnisse	77
6.2.6	Q1455 A3 Persönliche Auswirkungen der Pandemiesituation: Einkommensquelle	78
6.2.7	Ergebnisse zum Thema materielle Notlage.....	79
6.3	Zuzahlung zu den Gesundheitskosten (Sektion 1600)	79
6.3.1	Liste der Einzelthemen	79
6.3.2	Q1605, Q1610 Zuzahlung zu den Gesundheitskosten	79
6.3.3	Ergebnisse zur Zuzahlung zu den Gesundheitskosten	80
6.4	Versorgung am Lebensende (Sektion 1495)	81
6.4.1	Liste der Einzelthemen	81
6.4.2	Q1495 Besprechung des Patientenwillens.....	81
6.4.3	Q1496 Schriftliche Patientenverfügung vorhanden.....	81
6.4.4	Q1497 Schriftstück mit der Kontaktadresse im Notfall vorhanden	82
6.4.5	Ergebnisse der Fragen zur Versorgung am Lebensende	82
6.5	Krankenversicherung (Sektion 1500)	83
6.6	Einkommen (Sektion 2000)	86
6.7	Pandemiesituation (Sektion 1800 u.a.)	89
6.7.1	Liste der Einzelthemen	89
6.7.2	Q1800, Q1805 Impfung und Impfplanung	89
6.7.3	Q1810 Grund für das Meiden einer Impfung.....	90
7	Spezifische Fragen Responsiveness.....	91
7.1	Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung (Q-F01).....	91
7.1.1	Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung 1	91
7.1.2	Ergebnisse zu den Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung 1	92
7.1.3	Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung 2	92
7.1.4	Ergebnisse zu den Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung 2	93
7.2	Organisation der hausärztlichen Versorgung (Q-F01)	94
7.2.1	Ergebnisse zur Organisation der hausärztlichen Versorgung	95
7.3	Erfahrungen mit der fachärztlichen Versorgung (Q-W1, Q-F05, Q-F06).....	95
7.3.1	Wartezeit auf einen Facharzttermin (Q-W1)	95

7.3.2	Ergebnisse zur Wartezeit auf einen Facharzttermin.....	96
7.3.3	Erfahrungen mit der fachärztlichen Versorgung 1 (Q-F05).....	97
7.3.4	Erfahrungen mit der fachärztlichen Versorgung 2 (Q-F06).....	98
7.3.5	Ergebnisse zu den Erfahrungen mit der fachärztlichen Versorgung.....	99
7.4	Erfahrungen mit der stationären Versorgung (Q-F03).....	99
7.4.1	Ergebnisse zu den Erfahrungen in der stationären Versorgung	100
8	Varianz der Versorgungsqualität in Bezug auf den Versichertenstatus.....	101
8.1	Wartezeit auf einen Facharzttermin (GKV-PV)	101
8.2	Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen (GKV-PV).....	101
8.3	Besprechung der Medikation bei Krankenhausentlassung (GKV-PV).....	102
8.4	Organisation der poststationären Nachsorge (GKV-PV)	103
8.5	Ausreichend Zeit bei der Haus:ärztin (GKV-PV)	103
8.6	Freundlichkeit der Haus:ärztin (GKV-PV)	104
8.7	Ergebnisse zur Varianz der Versorgungsqualität in Bezug auf GKV/PV	104
9	Familiäre Herkunft, häusliche Sprache und Versorgungsgerechtigkeit	105
9.1	Eingrenzung der Grundgesamtheit	105
9.2	Wartezeit auf einen Facharzttermin (Fremdsprachlichkeit).....	107
9.3	Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen (Fremdsprachlichkeit)	107
9.4	Besprechung der Medikation bei Krankenhausentlassung (Fremdsprachlichkeit)	108
9.5	Organisation der poststationären Nachsorge (Fremdsprachlichkeit).....	109
9.6	Ausreichend Zeit bei der Haus:ärztin (Fremdsprachlichkeit).....	110
9.7	Freundlichkeit der Haus:ärztin (Fremdsprachlichkeit).....	110
9.8	Ergebnisse in Bezug auf Fremdsprachlichkeit.....	111
10	Zusammenfassung der Ergebnisse	112
10.1	Erläuterungen.....	112
10.2	Ergebnisse zum Zugang zur Gesundheitsversorgung.....	113
10.3	Ergebnisse zur hausärztlichen Versorgung	114
10.4	Ergebnisse zur Koordination von haus- und fachärztlicher Versorgung.....	116
10.5	Ergebnisse zur Medikation.....	117
10.6	Ergebnisse zur Stationäre Behandlung und Notaufnahme.....	118
10.7	Ergebnisse zu Versorgungshilfen zu Hause.....	119

10.8	Ergebnisse zur Versorgung bei chronischer Erkrankung.....	120
10.9	Ergebnisse zu sozialer Isolation, Einsamkeit und psychischer Verfassung	121
10.10	Ergebnisse zu Zuzahlungen und materieller Notlage.....	122
10.11	Ergebnisse zur Versorgung am Lebensende	123
10.12	Ergebnisse zur Versorgung in den Zeiten der Pandemie	123
10.12.1	Anmerkung zur Pandemiesituation.....	123
10.12.2	Pandemiebezogene Ergebnisse.....	124
10.13	Spezifische Ergebnisse der Regionen	125
10.14	Aspekte zur Krankenversicherungsart	126
11	Stärken und Verbesserungspotential.....	129
11.1	Gesundheitsversorgung: Zugang und Kosten	129
11.2	Haus- und fachärztliche Versorgung	129
11.3	Stationäre Behandlung und Notaufnahme	129
11.4	Versorgungshilfen zu Hause.....	130
11.5	Versorgung bei chronischen Erkrankungen	130
11.6	Soziale und psychische Verfassung	130
11.7	Versorgung in Zeiten der Pandemie	130
12	Limitationen der Befragung.....	131
13	Verbesserungsvorschläge für künftige Befragungen	132
13.1	Verbesserungsorientierter Einsatz spezifischer Befragungen	132
13.2	Verbesserung der Befragungsgestaltung.....	133
14	Tabellenanhang	134
14.1	Übersicht über die Tabellen	134
14.2	Die Tabellen.....	135

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Dispositionsreport (Originaltabelle).....	23
Tabelle 2: Verteilung von Alter und Geschlecht der Interviewten (Originaltabelle)	25
Tabelle 3: Verteilung der Interviews nach Bundesländern (Originaltabelle mit Ergänzungen)..	26
Tabelle 4: Gruppierung der Bundesländer in vier Regionen.....	27
Tabelle 5: Befragte in ländlicher Wohngegend pro Region	29

Tabelle 6: Eingeschränkte Gesundheit pro Region	30
Tabelle 7: Eingeschränkte Gesundheit pro Wohngegend.....	30
Tabelle 8: Bildungsabschluss.....	31
Tabelle 9: Eingeschränkte Gesundheit pro Bildungsgrad	31
Tabelle 10: Ausbildungsgrad pro Region.....	32
Tabelle 11: Anteil Frauen pro Bildungsgrad.....	32
Tabelle 12: Vergleich der Länder nach chronischen Erkrankungen, Hilfsbedürftigkeit und materieller Not.....	34
Tabelle 13: Zufriedenheit mit der Qualität der medizinischen Versorgung (Q800)	36
Tabelle 14: Problem mit den selbst zu zahlenden Kosten: Medikamente (Q810 A1)	36
Tabelle 15: Problem mit den selbst zu zahlenden Kosten: Vermeidung eines Arztbesuchs (Q810 A2)	36
Tabelle 16: Problem mit den selbst zu zahlenden Kosten: Vermeidung weiterer Kosten (Q810 A3)	37
Tabelle 17: Problem mit den selbst zu zahlenden Kosten: Vermeidung von Zahnarztkosten (Q810 A4):.....	37
Tabelle 18: Ambulante Versorgung außerhalb der normalen Praxiszeiten ist eher oder sehr schwierig (Region).....	38
Tabelle 19: Ambulante Versorgung außerhalb der normalen Praxiszeiten ist eher oder sehr schwierig (Wohngegend)	38
Tabelle 20: Versorgung außerhalb normaler Praxiszeiten: eher oder sehr schwierig.....	39
Tabelle 21: Wartezeit auf einen Arzttermin: sechs oder mehr Tage (Q832)	41
Tabelle 22: Zeitnaher Termin beim Arzt innerhalb von zwei Tagen (Region) (Q832).....	41
Tabelle 23: Zeitnaher Termin beim Arzt: Wartezeit sechs oder mehr Tage (Region) (Q832).....	41
Tabelle 24: Verschiebung eines Termins wegen der Pandemie bei Personen mit chronischer Erkrankung (Q835)	43
Tabelle 25: Hausarzt oder entsprechende Primärversorgung vorhanden (Q915)	44
Tabelle 26: Rückruf durch die hausärztliche Praxis.....	45
Tabelle 27: Behandlungstermin per Telefon oder Video	46
Tabelle 28: Anzahl aufgesuchter Arztpraxen	47
Tabelle 29: Anteil der Befragten, die ≥ 4 Ärztinnen und Ärzte aufgesucht hatten, differenziert nach Region.....	48
Tabelle 30: Unterstützung bei der Koordination der Behandlung durch weitere Ärztinnen und Ärzte.....	48
Tabelle 31: Aufsuchen einer fachärztlichen oder ähnlich qualifizierten Praxis zur Beratung (International)	49
Tabelle 32: Aufsuchen einer fachärztlichen oder ähnlich qualifizierten Praxis zur Beratung, differenziert nach Region (ungewichtete Daten)	49
Tabelle 33: Mangelnde Kommunikation zwischen hausärztlichen und fachärztlichen Ärztinnen und Ärzten (gewichtete Daten).....	50

Tabelle 34: Anzahl eingenommener Medikamente.....	51
Tabelle 35: Mangelnde Erläuterung der Medikation.....	53
Tabelle 36: Stationäre Aufnahme für mindestens eine Nacht in den vergangenen zwei Jahren.....	54
Tabelle 37: Bereitstellung eines Informationsblattes mit Verhaltensregeln bei Krankenhausentlassung.....	55
Tabelle 38: Organisation von Nachsorgeterminen oder der Nachsorge bei Krankenhausentlassung.....	56
Tabelle 39: Jahresunterschied bei Länderergebnissen der Organisation der Nachsorge bei der Krankenhausentlassung 2017-2021.....	56
Tabelle 40: Besprechung der erforderlichen Medikation bei Krankenhausentlassung.....	57
Tabelle 41: Notwendige Unterstützung nach der Krankenhausentlassung.....	58
Tabelle 42: Aufsuchen der Notaufnahme.....	59
Tabelle 43: Aufsuchen der Notaufnahme eines Krankenhauses mind. einmal in den letzten zwei Jahren.....	59
Tabelle 44: Problembehebung durch die Notaufnahme statt in der Hausarztpraxis.....	61
Tabelle 45: Guter Gesundheitszustand.....	64
Tabelle 46: Eingeschränkte Gesundheit pro Region.....	64
Tabelle 47: Einschränkung bei den täglichen Verrichtungen.....	65
Tabelle 48: Hilfsbedarf im Alltag wegen eines Gesundheitsproblems.....	65
Tabelle 49: Häufigkeit der Unterstützung im Alltag.....	65
Tabelle 50: Hilfe im Alltag durch Dritte.....	66
Tabelle 51: Hilfe im Alltag durch nahestehende Personen.....	66
Tabelle 52: Unzureichende Hilfeleistungen im täglichen Leben wegen der Kosten.....	67
Tabelle 53: Unzureichende Hilfeleistungen wegen der Pandemie.....	68
Tabelle 54: Unzureichende Hilfeleistungen im täglichen Leben auf eigenen Wunsch wegen der Pandemie.....	68
Tabelle 55: Prävalenz chronischer Erkrankungen (in Behandlung), Daten für Deutschland.....	70
Tabelle 56: Prävalenz chronischer Erkrankungen (in Behandlung), internationale Daten.....	70
Tabelle 57: Besprechung der Behandlungsziele.....	71
Tabelle 58: Vorgabe von Anweisungen.....	71
Tabelle 59: Ergänzende Kontaktaufnahme durch eine medizinische Fachkraft.....	71
Tabelle 60: Ergänzende Beratung durch eine medizinische Fachkraft.....	72
Tabelle 61: Verfügbarkeit eines Behandlungsplans.....	72
Tabelle 62: Sicherheit im Umgang mit gesundheitlichen Problemen.....	72
Tabelle 63: Gefühl der Isolation.....	74
Tabelle 64: Schwere seelische Belastungen.....	74
Tabelle 65: Erreichbare professionelle Hilfe.....	74
Tabelle 66: Kontakt mit anderen über Mobiltelefon und Computer.....	75
Tabelle 67: Existentielle finanzielle Sorgen: gesunde Ernährung.....	76

Tabelle 68: Existentielle finanzielle Sorgen: Miete, Hypotheken	76
Tabelle 69: Existentielle finanzielle Sorgen: monatliche Rechnungen	77
Tabelle 70: Finanzielle Verluste durch Aufbrauchen der Ersparnisse oder Verlust des Einkommens wegen der Pandemie	78
Tabelle 71: Zuzahlungen nach Versicherungsart	80
Tabelle 71: Zuzahlung zu den Gesundheitskosten.....	80
Tabelle 72: Besprechung des Patientenwillens.....	81
Tabelle 73: Schriftliche Patientenverfügung vorhanden	81
Tabelle 74: Schriftstück mit der Kontaktadresse im Notfall vorhanden.....	82
Tabelle 76: Arten der Krankenversicherung	83
Tabelle 75: Krankenversicherung und Region	84
Tabelle 76: Gesundheit und Versicherungsart.....	84
Tabelle 77: Alter der Befragten und Versicherungsart	86
Tabelle 78: Aufbrauchen der Ersparnisse während der Pandemie	87
Tabelle 79: Verteilung der Einkommenshöhe.....	87
Tabelle 80: Einkommensverteilung nach Region	88
Tabelle 81: Impfstatus.....	90
Tabelle 82: Grund für das Meiden einer Impfung.....	90
Tabelle 83: Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung 1	91
Tabelle 84: Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung 2	93
Tabelle 85: Erfahrungen mit der Koordination und Qualität der Versorgung	95
Tabelle 86: Wartezeit auf einen Facharzttermin	95
Tabelle 87: Q-W1 Wartezeit auf Facharzttermin weniger als einem Monat, pro Region	96
Tabelle 88: Q-W1 Wartezeit auf Facharzttermin weniger als ein Monat, pro Versicherungsart.....	96
Tabelle 89: Erfahrungen mit der fachärztlichen Versorgung 1 (Q-F05):.....	97
Tabelle 90: Erfahrungen mit der fachärztlichen Versorgung 2 (Q-F05):.....	99
Tabelle 91: Erfahrungen in der stationären Versorgung	100
Tabelle 92: Wartezeit auf einen Facharzttermin (GKV-PV).....	101
Tabelle 93: Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen (GKV-PV)	102
Tabelle 94: Besprechung der Medikation bei Krankenhausentlassung (GKV-PV)	102
Tabelle 95: Organisation der poststationären Nachsorge (GKV-PV)	103
Tabelle 96: Ausreichend Zeit bei der Hausärztin (GKV-PV).....	103
Tabelle 97: Freundlichkeit der Hausärzt:in	104
Tabelle 98: Anteil Personen mit Fremdsprachlichkeit	106
Tabelle 99: Wartezeit auf einen Facharzttermin (Fremdsprachlichkeit)	107
Tabelle 100: Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen (Fremdsprachlichkeit).....	108
Tabelle 101: Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen (Fremdsprachlichkeit).....	108
Tabelle 102: Besprechung der Medikation bei Krankenhausentlassung (Fremdsprachlichkeit)	109

Tabelle 103: Organisation der poststationären Nachsorge (Fremdsprachlichkeit)	109
Tabelle 104: Ausreichend Zeit bei der Hausärztin (Fremdsprachlichkeit)	110
Tabelle 105: Freundlichkeit der Hausärzt:in R-F01-e	110
Tabelle 106: Erläuterung der Symbole in den Bewertungstabellen	112
Tabelle 107: Zugang zur Gesundheitsversorgung	113
Tabelle 108: Hausärztliche Versorgung.....	114
Tabelle 109: Koordination von haus- und fachärztlicher Versorgung	116
Tabelle 110: Medikation	117
Tabelle 111: Stationäre Behandlung und Notaufnahme	118
Tabelle 112: Versorgungshilfen zu Hause	119
Tabelle 113: Versorgung bei chronischer Erkrankung	120
Tabelle 114: Soziale Isolation, Einsamkeit und psychische Verfassung	121
Tabelle 115: Zuzahlungen und materielle Notlage	122
Tabelle 116: Versorgung am Lebensende	123
Tabelle 117: Versorgung in Zeiten der Pandemie	124
Tabelle 118: Ergebnisse mit deutlichen regionalen Unterschieden	125
Tabelle 119: Aspekte der Krankenversicherungsart (Q1515)	126

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ambulante Versorgung außerhalb der normalen Praxiszeiten: eher oder sehr schwierig (Q830)	39
Abbildung 2: Zeitnaher Termin beim Arzt: sechs oder mehr Tage (Q832)	40
Abbildung 3: Verschiebung eines Termins wegen der Pandemie bei Personen mit einer chronischen Erkrankung (Q835)	42
Abbildung 4: Kein regelmäßiger Rückruf durch die hausärztliche Praxis (Q935)	45
Abbildung 5: Behandlungstermin per Telefon oder Video (Q945)	46
Abbildung 6: Besprechung der Medikation mit einer Ärztin, einem Arzt, einer Apothekerin oder einem Apotheker (Q1110).....	52
Abbildung 7: Stationäre Aufnahme für mindestens eine Nacht in den vergangenen zwei Jahren.....	54
Abbildung 8: Erwachsene, die bei der Krankenhausentlassung ein Informationsblatt mit Verhaltensregeln erhielten	55
Abbildung 9: Jahresunterschied bei Länderergebnissen der Organisation der Nachsorge bei der Krankenhausentlassung 2017-2021	57
Abbildung 10: Anteil Befragte, die nach der Krankenhausentlassung die notwendige Unterstützung erhielten (Q1328)	58
Abbildung 11: Aufsuchen der Notaufnahme eines Krankenhauses (Q1330)	60
Abbildung 12: Problembewegung durch die Notaufnahme statt in der Hausarztpraxis (Q1335)	61
Abbildung 13: Guter Gesundheitszustand (Q1401)	63
Abbildung 14: Unzureichende Hilfeleistungen im täglichen Leben wegen der Pandemie (Q1410)	67
Abbildung 15: Finanzielle Verluste durch Aufbrauchen der Ersparnisse oder Verlust des Einkommens wegen der Pandemie (Q1455 A2, A3).....	78
Abbildung 16: Aufbrauchen aller Ersparnisse oder der meisten Ersparnisse während der Pandemie (Q1455 A2).....	87
Abbildung 17: Impfstatus und Impfbereitschaft (Q1800, Q1805, Q1810)	89
Abbildung 18: Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung (Q-F01)	92
Abbildung 19: Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung 2	93
Abbildung 20: Erfahrungen mit der Koordination und Qualität der Versorgung (Q-F02)	94
Abbildung 21: Erfahrungen mit der fachärztlichen Versorgung 1 (Q-F05)	97
Abbildung 22: Erfahrungen mit der fachärztlichen Versorgung 2 (Q-F05)	98
Abbildung 23: Erfahrungen in der stationären Versorgung (Q-F03).....	100

Abkürzungsverzeichnis

65+	Alter von 65 Jahren oder darüber
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CATI	Computer Assisted Telephone Interview
CWF	Commonwealth Fund
IHP	International Health Policy
SSRS	Befragungsinstitut in den USA

Die Nummern der Fragebogenitems in den Texten beziehen sich auf die Nummerierung des CWF und sind auch in der deutschen Fragebogenversion angegeben (**Anhang 1**). Meist haben sie die Form **Q1234**, aber auch andere Kürzel sind möglich, wie z.B. **Q-F123** für die gesonderten Fragen zur Responsiveness.

Länderkürzel

Es werden folgende Länderkürzel verwendet:

AUS	Australien
CAN	Kanada
FRA	Frankreich
GER	Deutschland
NETH	Niederlande
NOR	Norwegen
NZ	Neuseeland
SWE	Schweden
SWIZ	Schweiz
UK	United Kingdom
US	USA

Diese Kürzel werden seit Beginn der IHP Surveys vom Commonwealth Fund nach Abstimmung mit den Ländern verwendet. Sie werden übernommen, damit die Kürzel mit den vom Commonwealth Fund herausgegebenen Dokumenten übereinstimmen.

1 Zusammenfassung

Um die Performanz der Gesundheitswesen von elf Industrienationen sowie die Erfahrungen der Bevölkerung mit ihrer Gesundheitsversorgung vergleichen zu können, wird jährlich in den beteiligten Ländern eine telefonische Befragung durchgeführt. Zentral organisiert wird dieser „International Health Policy Survey“ (IHP) durch den Commonwealth Fund (CMWF), New York, in dessen Verantwortung jedes Jahr auch die vergleichende Auswertung erstellt wird. Die

teilnehmenden Länder sind Australien, Kanada, Frankreich, Deutschland, die Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Schweden, Schweiz, Vereinigtes Königreich und die USA.

Für das Jahr 2021 erhielt das BQS Institut vom Bundesministerium für Gesundheit den Auftrag, die Befragung in Deutschland durchzuführen. Telefonisch befragt wurde bundesweit eine repräsentative Stichprobe (n=1.163) von allen Personen im Alter von 65+ Jahren. Die Kontaktierung erfolgte per Festnetz oder Mobiltelefon. Der Befragungszeitraum erstreckte sich vom 03.05.2021 bis zum 11.06.2021. Der international konsentierete Fragebogen wurde übersetzt, durch zusätzliche Fragen für Deutschland ergänzt und in Pretests validiert. Die Befragung wurde mit einem CATI System durchgeführt. Die Teilnahmequote lag bei 19,7 %.

Die erhobenen Daten der einzelnen Länder wurden zentral zusammengeführt und im Hinblick auf wesentliche Einflussfaktoren gewichtet, um valide internationale Vergleiche zu ermöglichen. Es wurden daraufhin die mit den gewichteten Daten berechneten Ergebnisse an die teilnehmenden Länder übermittelt. Mit diesen hat das BQS Institut weitere Statistiken für die deutsche Auswertung erstellt.

75 % der Befragten in Deutschland sind sehr oder vollständig zufrieden mit der Qualität der medizinischen Versorgung. Mit Rang 6 belegt Deutschland damit einen Mittelplatz. Die Spanne der Ergebnisse reicht von 62 % (Frankreich) bis 85 % (Neuseeland). Zu den Ärztinnen und Ärzten in der stationären und ambulanten Versorgung besteht ein vertrauensvolles Verhältnis (>90%). Dennoch wird auch Verbesserungspotential sichtbar in der Koordination der gesundheitlichen Versorgung und in der Unterstützung der Patientinnen und Patienten im Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich. Außerdem zeigen die Daten, dass telemedizinische Konsultationen in anderen Ländern bereits sehr viel häufiger in der Routine genutzt werden, so dass der Nachholbedarf in Deutschland hinsichtlich digitaler Technologien abermals offenbar wird. Die Statistiken bestätigen auch bereits bekannte Probleme wie längere Wartezeiten auf Facharzttermine und generelle Probleme für einige der Menschen über 65* Jahre, zu Hause immer die benötigten Hilfen bei alltäglichen Verrichtungen zu erhalten.

Andererseits belegen die Daten auch, dass in der Pandemie die Gesundheitsversorgung der Befragten nahezu unverändert fortgeführt wird. Es wurden kaum Termine verschoben. 88 % der Befragten konnten die in ihrer psychisch belasteten Situation benötigte professionelle Hilfe erhalten. Überwiegend gibt es weder Versorgungs- noch finanzielle Sorgen bei den Befragten aufgrund der Pandemie. Außerdem wird die Effektivität der Impfstrategie im Frühling 2021 sichtbar: 84 % waren zum Zeitpunkt der Befragung schon geimpft, 12 % waren darüber hinaus impfwillig.

2 Einführung

Dieses Dokument stellt den abschließenden Projektbericht zur „IHP 2021 Befragung von Menschen über 65 Jahren“ dar, die für Deutschland durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beim BQS Institut in Auftrag gegeben wurde. Das Gesamtprojekt wurde international durch den Commonwealth Fund (CWF), New York, und SSRS, eine US-amerikanische Institution für internationale Befragungen, koordiniert und evaluiert.

Zentrales Anliegen ist es, nicht nur die deutschen Ergebnisse darzustellen, sondern sie mit denen der anderen Länder vergleichen zu können und somit einen Bewertungsmaßstab zu haben. Weiterhin sollen die zur Verfügung stehenden Ergebnisse der entsprechenden Befragung im Jahr 2017 herangezogen werden, wenn die Fragen vergleichbar und der zeitliche Vergleich sinnvoll ist. Auf diese Weise können Stärken und Verbesserungspotentiale des deutschen Gesundheitswesens dargestellt und ggf. entsprechende Handlungsinitiativen abgeleitet werden.

2.1 Internationale Durchführung

Auf internationaler Ebene wurde das “Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults 2021” in elf Industrienationen durchgeführt: Australien, Kanada, Frankreich, Deutschland, die Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Schweden, Schweiz, Vereinigtes Königreich und die USA. Zeitraum der Befragungen war über alle Nationen vom 01.03.2021 bis 14.06.2021. Unterstützt wurde die Befragung durch SSRS. In zehn Ländern wurden Personen im Alter von 65 Jahren oder älter (65+) befragt. Lediglich in den USA wurden bereits Personen ab 60 Jahren (60+) in die Befragung einbezogen.

Insgesamt wurden in allen elf Staaten 18.477 Interviews mit Personen der genannten Alterskategorie geführt. Die Größe der Befragungsstichproben in den verschiedenen Ländern reichte von 500 bis 4.332 (siehe z.B. Tabelle 25). In Deutschland waren es 1.163 Interviews. Der Stichprobenumfang wurde von den einzelnen Ländern selbst festgelegt, meist in Abhängigkeit von den praktischen Möglichkeiten, innerhalb der gegebenen Zeit eine entsprechende Anzahl an Interviews durchzuführen. Eine möglichst große Stichprobe spielt vor allem für die repräsentative Auswertung kleinerer Untergruppen der Grundgesamtheit bei spezifischen Fragen eine Rolle. Befragt wurde entweder als Online-Befragung oder durch computerunterstützte Interviews (CATI). Online-Befragungen erleichtern eine größere Stichprobe. So hatte die Schweiz eine Stichprobe von 2.597 Einzelbefragungen, von denen 78 % online und nur 22 % telefonisch durchgeführt wurden.

In Australien, Frankreich, Deutschland, den Niederlanden, Neuseeland, Norwegen, im Vereinigten Königreich und in den USA wurden die Stichproben durch kombinierte Festnetz- und Mobil-Stichprobenmodelle generiert, um eine gute Repräsentativität zu erlangen. Kanada, Schweden und die Schweiz nutzen davon leicht abweichende Vorgehensweisen insbesondere durch die Einbeziehung von Online-Befragungen, ohne dass die Repräsentativität und die

Vergleichbarkeit dadurch beeinträchtigt wurden (siehe „IHP Survey 2021 Methodology Report“, SSRS September 2021).

Die Teilnahmequote in den Ländern variierte zwischen 7,2 % im Vereinigten Königreich und 47,7 % in der Schweiz. In Deutschland lag sie bei 19,7 %.

Die Daten wurden pro Land durch SSRS gewichtet, so dass die Repräsentativität der Ergebnisse für das jeweilige Land erhöht wurde. Dabei wurde ein Stichprobenausfall (Non-Response Verhalten) bestimmter Bevölkerungsausschnitte, gekennzeichnet durch Region, Geschlecht, Alter, Bildung und andere demografische Charakteristika, berücksichtigt.

2.1.1 Beispiele internationaler Publikationen zum IHP Survey 2021

Doty M. et al. 2021: Comparing Nations on Timeliness and Coordination of Health Care: Findings from the 2021 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults (Commonwealth Fund, Oct. 2021)

Williams R.D. II et al. 2021: The Impact of COVID-19 on Older Adults: Findings from the 2021 International Health Policy Survey of Older Adults (Commonwealth Fund, Sept. 2021).
<https://doi.org/10.26099/mqsp-1695>

Pahud, O. (2021). Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2021 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 07/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

2.2 Fragebogen

Der für diese Befragung genutzte Fragebogen wurde aufbauend auf einem entsprechenden älteren Fragebogen aktualisiert. Im Jahr 2017 waren zuletzt die Menschen ab 65 Jahren (65+) in diesem Rahmen international befragt worden. Die Befragung erfolgte telefonisch (Festnetz und Mobil gemischt) mit Hilfe eines CATI-Systems.

Der Fragebogen besteht aus zwei Teilen. Der erste, größere Teil besteht aus den Items, die zum international einheitlichen Fragebogen gehören. Dieser war seit Oktober 2020 unter den Vertretern und Vertreterinnen der teilnehmenden Länder zusammen mit CWF und SSRS abgestimmt und weiterentwickelt worden. Anschließend wurde er auf Deutsch übersetzt (Anhang 1) und durch eine Rückübersetzung durch SSRS kontrolliert. Ein Flussdiagramm (Anhang 2) zeigt die Fragenabfolge, die zu Beginn des Telefoninterviews zur Identifikation geeigneter Interviewpartnerinnen und Interviewpartner führte.

Der zweite Teil des Fragebogens enthält 22 zusätzliche Fragen zur Responsiveness in der Patientenversorgung sowohl im hausärztlichen, im fachärztlichen als auch im stationären Bereich. Diese Ergänzungen wurden von der TU Berlin für eine Studie mit entsprechendem Thema eingebracht.

2.3 Themengebiete des Fragebogens

Folgende Themengebiete wurden im Fragebogen abgebildet:

Allgemeine Daten (Sektionen 600 und 2000)

- Alter, Geschlecht (Q720, Q75)
- Land (Q600)
- Wohnlage (Q615)
- Bundesland (Q630)
- Anzahl Erwachsene im Haushalt (Sektion 700, HH1, B1)
- Bildungsgrad (Q2040)
- Einkommen (Q2076)
- Herkunft bei Geburt (Q2080)
- Herkunft der Eltern (Q2100)
- Sprache (Q2155)

Versorgungssituation

- Zugang zur Gesundheitsversorgung (Sektion 800)
- Beziehung zur primären Versorgungseinrichtung (Sektion 900)
- Koordination der Versorgung (Sektion 1000)
- Erfahrung mit Spezialisten (Sektion 1020)
- Einnahme verschriebener Medikamente (Sektion 1100)
- Erfahrungen mit stationärer Behandlung und stationärer Notfallversorgung (Sektion 1300)
- Versorgungshilfen zu Hause (Sektion 1400)
- Versorgung bei chronischer Erkrankung (Sektion 1415)

Persönliche Situation

- Soziale Isolation, Einsamkeit und psychische Verfassung (Sektion 1430)
- Materielle Notlage (Sektion 1450)
- Zuzahlung zu den Gesundheitskosten (Sektion 1500)
- Versorgung am Lebensende (Sektion 1495)
- Pandemiesituation (Sektion 1800 u.a.)

Spezifische Fragen Responsiveness (Sektion Resp, nur Fragen für Deutschland)

- Responsiveness in der hausärztlichen Versorgung (Q-F01)

- Organisation der hausärztlichen Versorgung (Q-F02)
- Responsiveness in der fachärztlichen Versorgung (Q-W1, Q-F05, Q-F06)
- Responsiveness in der stationären Versorgung (Q-F03)

2.4 Vergleich mit ähnlichen internationalen Befragungen

An internationalen Befragungen im europäischen Raum zum Gesundheitsstatus, zur Gesundheitsversorgung und zu den Erfahrungen der Patientinnen und Patienten mit dieser Gesundheitsversorgung, die auch die sozialen Einflussfaktoren berücksichtigen, sind vor allem EHIS und EU SILC zu nennen. Diese ermöglichen internationale Vergleiche und werden durch nationale Einrichtungen umgesetzt. Sie sollen hier kurz vorgestellt werden, damit die besondere Konstellation der IHP Surveys besser verstanden werden kann.

In Deutschland werden diese Befragungen durch das Robert-Koch-Institut (RKI) im Rahmen des bundesweiten Gesundheitsmonitoring „Gesundheitsdaten Aktuell“ (GEDA)¹ durchgeführt.

GEDA 2014/2015-EHIS wurde von November 2014 bis Juli 2015 umgesetzt mit den Themen

- Subjektive Gesundheitswahrnehmung
- Krankheiten
- Unfälle
- Gesundheitseinschränkungen
- Psychische Gesundheit und Wohlergehen
- Gesundheitsverhalten und Gesundheitsrisiken
- Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems
- Arbeitswelt und Gesundheit
- Lebensbedingungen, die mit Gesundheit und Krankheit zusammenhängen
- Versorgung von Diabetes mellitus
- Arbeitsbedingungen
- präventionsrelevante Fragestellungen

Befragt wurden mehr als 23.000 Menschen, die in Deutschland leben und mindestens 15 Jahre alt waren. Hierfür wurden alle auf Basis einer Einwohnermeldeamtsstichprobe gezogenen Personen schriftlich zur Teilnahme eingeladen. Der Fragebogen umfasste ca. 300 Einzelfragen.

GEDA 2019/2020-EHIS wurde zwischen April 2019 und September 2020 durchgeführt und umfasste in vergleichbarer Weise ausgewählte Indikatoren der gesundheitlichen Lage der erwachsenen Bevölkerung ab 18 Jahren und die Maßnahmen zu ihrer Gesundheitsversorgung (n = 22.708).

Darüber hinaus gibt es noch die Befragungen des RKI in eigener Regie. Die telefonische Befragung GEDA 2022 beinhaltet folgende Themen:

¹ https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Geda/Geda_node.html

- Gesundheitszustand (Selbstwahrnehmung, chronische Krankheiten, Einschränkungen, psychische Gesundheit usw.)
- Gesundheitsdeterminanten (Körpergewicht, -größe, körperliche Aktivität, Rauchen usw.)
- Gesundheitsversorgung (Inanspruchnahme verschiedener Arten von Gesundheitsleistungen: ambulante Arztkontakte)
- Soziodemografische Merkmale (Bildung, berufliche Stellung usw.)

Diese Befragungen sind von der Thematik her mit der IHP-Befragung darin vergleichbar, dass sie versuchen, die gesundheitsbezogene Versorgungssituation der Bürgerinnen und Bürger in ihren verschiedenen Facetten darzustellen.

Besonderheiten der GEDA / EHIS Befragungen sind

- die deutlich höhere Anzahl an Fragen, die die Versorgung z.B. für ganz bestimmte Erkrankungen sehr detailliert abbildet,
- die Durchführung als online- oder schriftliche Befragung, die die Verwendung dieser hohen Anzahl an Fragen erleichtert oder erst ermöglicht,
- die meist sehr viel längeren Befragungszeiträume,
- die stets auf einen sehr großen Ausschnitt der Bevölkerung gerichtete Befragung,
- die großen Intervalle zwischen den Erhebungen (z.B. 5 Jahre zwischen EHIS 2014/2015 und EHIS 2019/2020).

Das IHP Survey des Commonwealth Funds zeichnet sich im Gegensatz zu den oben genannten Befragungen dadurch aus,

- dass er sich nicht als Monitoring der Gesundheitsversorgung der Länder versteht. Vielmehr ist sein Hauptanliegen, anhand spezifischer Kennzahlen einen Vergleich der Gesundheitsversorgung der Länder hinsichtlich der PREs und PROs zur Verfügung zu stellen.
- dass seine Fragen daher allgemeiner gehalten sind und von deutlich geringerer Anzahl, so dass die Befragung nur in ausgewählten Aspekten Details abbildet, die aber für den Ländervergleich von besonderer Bedeutung sind,
- dass diese Fragen insbesondere keine medizinischen Detailinformationen abfragen, sondern sich nur auf allgemeinere Versorgungsprozesse fokussieren,
- dass sich bisweilen die Versorgungskonzepte aus dem primär angelsächsischen Bereich nicht schlüssig auf das deutsche System übertragen lassen, z.B. hinsichtlich primärärztliche Versorgung, Notversorgung oder Kostenträger/Versicherungen,

- dass die Befragung jährlich rotierend (a) bei der Gesamtbevölkerung ab 18 Jahren, (b) bei der älteren Bevölkerung ab 65 Jahren und (c) bei den primärversorgenden Einrichtungen durchgeführt wird,
- dass die Befragung bei den Bürgerinnen und Bürgern in Deutschland, aber auch in den meisten anderen Ländern nur telefonisch durchgeführt wird, und daher die Möglichkeiten und die Limitationen von Telefoninterviews zu beachten sind,
- dass die Befragung jährlich durchgeführt wird mit einer vergleichsweise kurzen Befragungszeit und einer zeitnahen Verfügbarkeit der internationalen Benchmarkergebnisse.

Insofern gibt es inhaltliche Überschneidungen zwischen den Befragungen, bei denen EHIS-Befragungen detaillierter, ausführlicher sind, aber nicht so häufig zur Verfügung stehen, während die IHP Surveys fokussierter sind mit kleinerem Fragenumfang, dafür aber jährlich neueste Ergebnisse bringen, die fortlaufend aktualisiert werden. Beim IHP Survey steht nicht das Monitoring, sondern der Ländervergleich zu spezifischen Aspekten im Vordergrund, um Verbesserungspotentiale für die teilnehmenden Länder erkennen zu können.

Die in diesem Zusammenhang immer wieder erwähnte europaweite Befragung EU-SILC² enthält zwei Arten von Daten:

- einen bestimmten Zeitpunkt oder eine bestimmte Zeitspanne betreffende Querschnittdaten über Einkommen, Armut, soziale Ausgrenzung und sonstige Lebensbedingungen;
- Längsschnittdaten über Veränderungen im Zeitablauf auf individueller Ebene, die periodisch über einen bestimmten Zeitraum, in der Regel vier Jahre, beobachtet werden.

Insofern liefert dies ggf. sozioökonomische Daten, die teilweise aber in den oben genannten Befragungen bereits primär erhoben werden.

3 Durchführung des IHP Surveys 2021 in Deutschland

3.1 Interviewteam und Pretests

Es wurden acht erfahrene Interviewkräfte für dieses Projekt intensiv geschult. Durch diese wurden - teilweise unter Supervision – 20 Pretests mit der Thinking-aloud-Methode durchgeführt, die hinsichtlich der Verständlichkeit, des Fragenflusses und der Akzeptanz der Fragen wesentliche Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten gaben. Diese

² <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>

Verbesserungsmöglichkeiten wurden dann auch umgesetzt. So zeigte sich beispielsweise, dass Fragen zur finanziellen Situation nur ungern oder gar nicht beantwortet wurden und dass bei den Fragen zur Patientenverfügung zwei der Pretest-Teilnehmenden das Interview abbrachen, da Zweifel bei den Interviewten bestanden, ob es sich tatsächlich um ein Interview ohne kommerzielle Interessen handle. So wurden die heranführenden Texte für die Interviewerinnen und Interviewer entsprechend angepasst.

3.2 Telefonnummern und Stichprobenziehung

Der Pool an Telefonnummern wurde aus einem größeren Pool von 5.661.289 Telefonnummern von Haushalten gezogen, die mindestens eine Person über 65 Jahre (65+) umfassten. Dieser übergeordnete Pool repräsentiert 31 % der deutschen Bevölkerung in dieser Altersgruppe. Die Verteilung nach Bundesländern, Regionen und Alterskategorien (65-69 Jahre, 70-74 Jahre, 75-79 Jahre, 80 Jahre und älter) entspricht der der Allgemeinbevölkerung. In der Gruppe der über 80-Jährigen (80+) ist der Anteil derer, die unter eigener Telefonnummer registriert sind, geringer als in anderen Alterskategorien.

Von diesem Datenpool wurden 7.626 Telefonnummern unter Beachtung einer repräsentativen Länder- und Altersverteilung zufällig gezogen. Die Telefonnummern wurden dann fraktioniert in das CATI-System überführt. Wenn bei einer Telefonnummer keine Antwort erfolgte, so wurde diese noch zweimal zu unterschiedlichen Zeiten angerufen – bevor sie dann wegen fehlender Erreichbarkeit aus dem Pool entfernt wurde.

3.3 Interviews

Die Interviews in Deutschland wurden im Zeitraum vom 03.05.2021 bis 11.06.2021 durchgeführt.

- Umfassende Stichprobe 7.483 Telefonnummern
- Antwortrate 19,7 %
- Verweigerungsrate 69,3 %
- Nicht nutzbar 11,0 %
- **Abgeschlossene Interviews 1.163 Interviews**

Für die Telefonbefragung wurde die CATI-Software der Firma INGRESS GmbH mit automatischem Dialer benutzt.

Die Verschiebung von Telefonanrufen in Absprache mit den Interviewten, die Unterbrechung eines Telefonats zur späteren Fortführung und die Möglichkeit des Rückrufs zu einem geeigneten Termin waren Teil der Interviewpraxis zur Erhöhung der Akzeptanz bei den Angerufenen und damit zur Nutzung des Nummernpools. Erst, wenn eine Teilstichprobe maximal genutzt war, wurde die nächste Teilstichprobe im CATI-System freigegeben.

Reguläre Kontrollen zeigten an, dass die durchgeführten Interviews innerhalb der erwarteten Verteilung von Bundesland, Region, Geschlecht und Alterskategorie lagen. Weiterhin informierten regelmäßige Dispositionsberichte über die Nutzung der Stichproben. Hierzu zählten u. a. Informationen zur Anzahl von Anwahlversuchen, zu erfolgreich abgeschlossenen Interviews, zu ungeeigneten Nummern, zu Wiedervorlagen und zu Verweigerungen.

1.112 Interviews wurden per Festnetz durchgeführt (96%), 51 Interviews wurden per Mobilfunk geführt (4%). Die Interviewzeiten betragen im Durchschnitt 24,36 min insgesamt, 24,38 min im Festnetz und 23,90 min über Mobilfunk. Die Interviewrate der Angerufenen ist mit 19,7 % als gut einzustufen.

Weitere Einzelheiten können dem abschließenden Disposition-Report entnommen werden, der im Folgenden in Tabelle 1 abgebildet ist.

Tabelle 1: Dispositionsreport (Originaltabelle)

LANDLINE and MOBILE (RDD)	
Eligible, Interview (Category 1)	1163
Complete	1163
Eligible, non-interview (Category 2) (Confirmed Someone in Household is Age 65+) Eligibility for LL is defined as: QA1=2 or QB1=codes 1 through 6 and Q650=1	2974
Refusal - FINAL - (with a number we confirmed has a 65+ adult living in household)	2869
Breakoff - REFUSED DURING (with a number we confirmed has a 65+ adult living in household) Any refusal starting at Q800 (meaning the first question of the main questionnaire past the screener)	3
NON COMPLETE "CALLBACK, VOICEMAIL-HH" (with a number we confirmed has a 65+ adult living in household)	31
NON COMPLETE "BUSY, NO ANSWER" (with a number we confirmed has a 65+ adult living in household)	0
Confirmed 65+ adult living in household is Physically/Mentally unable (Selected 65+ adult is physically or mentally unable to complete the interview due to deafness, dementia or other physical or mental impairment)	49
Other- Confirmed age 65+ adult living in household	22
Unknown eligibility, non-interview (Category 3)	3058
Voicemail/Callbacks - (unknown if anyone is age 65+ in HH)	996
Physically or mentally unable/incompetent (unknown if anyone is age 65+ in HH)	0
Language problem (unknown if anyone is age 65+ in HH)	0
No answer	2012
Technical phone problems	50
Unknown If Age 65+ In Household - No screener completed	0
Not eligible (Category 4)	288
Fax/data line	28
Non-working number	92
Business, government office, other organizations	49
No eligible respondent (NO ONE in household is age 65+)	109
Terminates due to cases falling in the incorrect region (if applicable) - REGION OUT OF TARGET E.G. NSW/Victoria	0
Over-quota (if applicable)	1
Other Not Eligible (E.g., already completed)	9
Total Sample Used	7483
Eligible Incidence	97,4%
Effective Incidence	91,4%
Incidence-based cooperation	93,8%
Refusal Rate	69,3%
Uncalled	1141
Response Rate	19,7%

4 Allgemeine Ergebnisse

4.1 Informationen zum Verstehen der Ergebnisse

Die Fragen der IHP Surveys sind so allgemein gefasst, dass sie für alle Gesundheitswesen der teilnehmenden Länder Gültigkeit haben können. Dies bedingt, dass Umsetzungsdetails nur beschränkt oder gar nicht abgefragt werden können, weil sie zu spezifisch wären. Daher können Fragen zu Ursachen meist nicht aus den vorliegenden Daten beantwortet werden.

Die Fragen sind historisch gewachsen und nicht immer wurden alle Fragen in der nächsten Befragung wiederverwendet. Die Nummerierung der verbliebenden Items wurde jedoch nicht aktualisiert, um die alten Bezeichnungen beizubehalten. Daher kann es in der Durchnummerierung aller Fragen Lücken geben, ohne dass eine Frage ausgelassen wurde.

Weiterhin ist zu beachten, dass durch die Gewichtung im zentralen Datenpool die primären Daten verändert werden. Grundgesamtheiten und Merkmalsmengen unterscheiden sich im ungewichteten und gewichteten Zustand. Die gewichteten Daten ermöglichen in ihrer veränderten Form den internationalen Vergleich. Für die Analysen, die nur für Deutschland durchgeführt werden, sind die ungewichteten Daten die korrekten Daten. In den wenigen Fällen, in denen bestimmte Aspekte teilweise mit gewichteten Daten, teilweise mit den ungewichteten Daten gerechnet werden, ist dies immer explizit angegeben.

Die Gewichtung, die durchgeführt wurde, erfolgte auf der Basis folgender Kriterien:

- Geschlecht
- Alter
- Versicherungsart
- Vorliegen einer chronischen Erkrankung
- Bildungsgrad
- Nationale Herkunft
- Wohnregion.

4.2 Allgemeine Daten (Sektion 2000)

Die folgende Tabelle 2 beschreibt Verteilung der persönlichen Charakteristika in der deutschen Stichprobe von 1.163 Interviewten.

Tabelle 2: Verteilung von Alter und Geschlecht der Interviewten (Originaltabelle)

GENDER / AGE	LANDLINE	Gender / Age (%)	CELLPHONE	Gender / Age (%)	TOTAL	Gender / Age (%)
Male / 65-69	138	12%	11	22%	149	13%
Male / 70-74	137	12%	6	12%	143	12%
Male / 75+	324	29%	14	27%	338	29%
Male /65+ but refused exact age	0	0%	0	0%	0	0%
Male total	599	54%	31	61%	630	54%
Female / 65-69	138	12%	7	14%	145	12%
Female / 70-74	149	13%	3	6%	152	13%
Female / 75+	216	19%	9	18%	225	19%
Female / 65+ but refused exact age	3	0%	0	0%	3	0%
Female Total	506	46%	19	37%	525	45%
Other or Unknown / 65-69	2	0%	1	2%	3	0%
Other or Unknown / 70-74	0,00	0%	0	0%	0	0%
Other or Unknown / 75+	5	0%	0	0%	5	0%
Other or Unknown / 65+ but refused exact age	0	0%	0	0%	0	0%
Other or Unknown Total	7	1%	1	2%	8	1%
TOTAL	1112		51		1163	

Die Altersspanne reicht bei den Befragten in Deutschland von 65 Jahren bis 93 Jahre.

Die Verteilung der Befragten über die einzelnen Bundesländer im Vergleich zur entsprechenden Verteilung der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und darüber zeigt Tabelle 3. Die Prozentzahlen geben an, wie viel Prozent der Befragten aus einem Bundesland kommen bezogen auf alle Befragten (n Befragte aus einem Bundesland / 1.163 in Prozent).

Tabelle 3: Verteilung der Interviews nach Bundesländern (Originaltabelle mit Ergänzungen)

REGION	LAND-LINE	Region (%)	CELL-PHONE	Region (%)	TOTAL	Region (%)	Bevölkerung*
Schleswig-Holstein	42	4%	0	0%	42	4%	4 %
Hamburg	25	2%	0	0%	25	2%	2 %
Bremen	12	1%	0	0%	12	1%	1 %
Niedersachsen	137	12%	3	6%	140	12%	10 %
Nordrhein-Westfalen	279	25%	7	14%	286	25%	21 %
Rheinland-Pfalz	50	4%	3	6%	53	5%	5 %
Saarland	17	2%	0	0%	17	1%	1 %
Hessen	82	7%	2	4%	84	7%	7 %
Baden-Württemberg	105	9%	10	20%	115	10%	12 %
Bayern	130	12%	13	25%	143	12%	15 %
Berlin	48	4%	4	8%	52	4%	4 %
Mecklenburg-Vorpommern	23	2%	2	4%	25	2%	2 %
Brandenburg	43	4%	1	2%	44	4%	3 %
Sachsen-Anhalt	37	3%	1	2%	38	3%	3 %
Thüringen	36	3%	2	4%	38	3%	3 %
Sachsen	46	4%	3	6%	49	4%	6 %
TOTAL	1112		51		1163		

* Bevölkerung über 65 Jahre 2019, nach Angaben des Statistischen Bundesamts (Destatis).

In den Berechnungen wird bei Auswertungen auf Bundeslandebene auf die tatsächliche Bevölkerungsverteilung adjustiert.

4.3 Auswertung für internationale Vergleiche

Im Folgenden werden die Ergebnisse der verschiedenen Länder miteinander verglichen. Dazu wurden sie von SSRS gewichtet, um eine Vergleichbarkeit herzustellen. In den sogenannten „Banner-Auswertungen“ von SSRS sind sowohl die ungewichteten als auch die gewichteten Ergebnisse detailliert angegeben.

Für die weitere Auswertung standen die Ergebnisdateien von SSRS für die Jahre 2021 und 2017 zur Verfügung.

Die ungefähren 95 %-Konfidenzintervalle für die Einzelergebnisse des “2021 International Health Policy Survey of Older Adults” berechnete SSRS mit ca. $\pm 2\%$ für Kanada und Schweden, $\pm 3\%$ für Frankreich, Deutschland, die Schweiz und die USA, $\pm 5\%$ für Australien und Neuseeland und $\pm 6\%$ für Norwegen (siehe „2021 International Health Policy Survey of Older Adults: Methodology Report, September 2021“).

4.4 Regionale Vergleiche in Deutschland

Mit der Befragung sollte auch geklärt werden, ob es bei bestimmten Fragestellungen regionale Unterschiede gibt. Daher wurde zu jedem Interviewten dokumentiert, in welchem Bundesland er lebt. Bei einer Gesamtzahl an Interviews von 1.163 erscheint eine Auswertung pro Bundesland nur für die kleineren Bundesländer nicht sinnvoll. Stattdessen wurde eine Einteilung der Bundesländer in vier Regionen Nord, West, Süd und Ost vorgenommen (siehe Tabelle 4). Dabei werden Bundesländer zusammengefasst, die ähnliche Lebensverhältnisse haben – was nicht ausschließt, dass auch Länder in verschiedenen Gruppen sich in manchem gleichen. Am schwierigsten war das Bundesland Berlin zuzuordnen, da es eine Sonderstellung einnimmt und das letztlich dann der Region Ost zugewiesen wurde. Auf diese Weise wurden vier „Regionen“ zusammengestellt, die von den Fallzahlen her vergleichbar sind, bei denen aber durchaus regionale Unterschiede der Gesundheitsversorgung auftreten können. Für bestimmte Fragestellungen soll auf dieser Basis untersucht werden, ob es regionale Unterschiede gibt.

Tabelle 4: Gruppierung der Bundesländer in vier Regionen

Region	Code	Bundesland	% Bev.	% Bev.	n Antw.	% Antw.	% Antw.	n Antw.
Nord	42	Schleswig-Holstein	3,7%	16,3%	42	3,6%	18,8%	219
	43	Hamburg	2,0%		25	2,1%		
	44	Bremen	0,8%		12	1,0%		
	45	Niedersachsen	9,8%		140	12,0%		
West	46	Nordrhein-Westfalen	21,6%	27,9%	286	24,6%	30,6%	356
	47	Rheinland-Pfalz	4,9%		53	4,6%		
	48	Saarland	1,3%		17	1,5%		
Süd	49	Hessen	7,2%	34,0%	84	7,2%	29,4%	342
	50	Baden-Württemberg	12,3%		115	9,9%		
	51	Bayern	14,6%		143	12,3%		
Ost	52	Berlin	3,9%	21,8%	52	4,5%	21,2%	246
	53	Mecklenburg-Vorpommern	2,1%		25	2,1%		
	54	Brandenburg	3,4%		44	3,8%		
	55	Sachsen-Anhalt	3,4%		38	3,3%		
	56	Thüringen	3,1%		38	3,3%		
	57	Sachsen	6,0%		49	4,2%		

Code = Kodiernummer der Bundesländer im Befragungskontext

% Bev. = Anteil der Bevölkerung des Bundeslandes oder der Region am Gesamtpool.

n Antw. = Anzahl gegebener Interviews pro Bundesland oder Region

% Antw. = Anteil der Interviews pro Bundesland oder Region bezogen auf den Gesamtpool.

4.5 Korrelationen von Items

In den Auswertungen geht es nicht nur um die Darstellung der Ergebnisse einzelner Frageitems, sondern auch um die Darstellung interessierender Abhängigkeiten und Einflussfaktoren. Im Rahmen des Abschlussberichts wurden folgende Analysen zur Darstellung ausgewählt. Die dabei zitierten Q-Nummern entsprechen den Item-Nummern auf dem IHP-Fragebogen.

Versicherungsart (Q1515) wird differenziert betrachtet in Relation zu

- Region (FQDZ-GER)
- Gesundheitszustand (Q1401)
- Termin beim Arzt (Q832)
- Alter (Q720)

Einkommen (Q2076-GER) wird differenziert betrachtet in Relation zu

- Region (FQDZ-GER)
- Finanzielle Sorgen (Q1450)
- Ersparnisse (Q1455 A2)
- Einkommensquelle (Q1455 A3)
- Gang zum Zahnarzt (Q810 A3)

Wohngegend (Q2200) wird differenziert betrachtet in Relation zu

- Region (FQDZ-GER)
- Gesundheitszustand (Q1401)
- Versorgung außerhalb der Praxiszeiten (Q830)

Region (FQDZ-GER) wird differenziert betrachtet in Relation zu

- Einkommen (Q2076-GER)
- Gesundheitszustand (Q1401)
- Versorgung außerhalb der Praxiszeiten (Q830)
- Termin beim Arzt (Q832)

Bildungsgrad (Q2040) wird differenziert betrachtet in Relation zu

- Region (FQDZ-GER)
- Gesundheitsgrad (Q1401)
- Geschlecht (Q725)

In den meisten Fällen werden mehrgliedrige Antwortskalen zu dichotomen Antwortalternativen zusammengefasst, um Unterschiede in überschaubaren Tabellen darstellen zu können. Diese Analysen werden im entsprechenden Kapitel dargestellt.

Eher demografische Zusammenhänge werden in den folgenden Abschnitten beschrieben.

4.5.1 Befragte in ländlicher Wohngegend pro Region

Die Wohngegend (Q2200) wird in der Befragung klassifiziert als

- Stadt / Großstadt,
- Vorort,
- Kleinstadt oder
- auf dem Land.

Da vielfach die Gesundheitsversorgung auf dem Lande mit ausgedünnten Strukturen zu kämpfen hat, soll im Regionenvergleich untersucht werden, wie groß der Anteil der Befragten pro Region ist, die in einer „Kleinstadt“ oder „auf dem Land“ wohnen.

Tabelle 5: Befragte in ländlicher Wohngegend pro Region

Q2200 Interviewte in ländlicher Wohngegend pro Region			
Region	Merkmal	GG	Anteil
Gesamt	647	1112	58%
Region Nord	124	208	60%
Region West	170	334	51%
Region Süd	224	331	68%
Region Ost	129	239	54%

GG: Grundgesamtheit, alle Befragten aufgeteilt nach Region.

Merkmal: Q2200 Wohngegend „Kleinstadt“ oder „auf dem Land“

Den höchsten Anteil Befragter in ländlicher Wohnsituation hat die Region Süd mit 68 %, die Region West hat den geringsten Anteil mit 51 %.

4.5.2 Eingeschränkte Gesundheit pro Region

Ein wichtiger Aspekt der Gesundheitsversorgung ist der Gesundheitszustand der Menschen in den verschiedenen Regionen. In Q1401 werden folgende Alternativen für den Gesundheitszustand abgefragt:

- Ausgezeichnet,
- Sehr gut,
- Gut,
- Mittelmäßig oder
- Schlecht.

Für den Vergleich der Regionen wird das Merkmal gebildet: Q1401 Gesundheitszustand = „mittelmäßig“ oder „schlecht“.

Tabelle 6: Eingeschränkte Gesundheit pro Region

Q1401 Eingeschränkte Gesundheit pro Region			
Region	Merkmal	GG	Anteil
Gesamt	383	1159	33%
Region Nord	73	219	33%
Region West	108	356	30%
Region Süd	105	341	31%
Region Ost	97	243	40%

GG: Grundgesamtheit, alle Befragten aufgeteilt nach Region.

Merkmal: Q1401 Gesundheitszustand „mittelmäßig“ oder „schlecht“

Bei diesem Vergleich fällt die Region Ost auf, bei der der Anteil Befragten, die über einen eingeschränkten Gesundheitszustand berichten, mit 40 % deutlich höher liegt als in den anderen Regionen, deren Werte zwischen 30 % und 33 % liegen.

4.5.3 Eingeschränkte Gesundheit pro Wohngegend

Fragt man nach dem Vorliegen von Gesundheitsproblemen (eingeschränkter Gesundheitszustand – „mittelmäßig“ oder „schlecht“) und differenziert man nach der Wohngegend, so erhält man folgende Verteilung:

Tabelle 7: Eingeschränkte Gesundheit pro Wohngegend

Q1401 Eingeschränkte Gesundheit pro Wohngegend (Q2200)			
Wohngegend	Merkmal	GG	Anteil
Gesamt	354	1108	32%
Stadt / Großstadt	138	403	34%
Vorort	14	60	23%
Kleinstadt	95	340	28%
auf dem Land	107	305	35%

GG: Grundgesamtheit, alle Befragten aufgeteilt nach Wohngegend (Q2200).

Merkmal: Q1401 Gesundheitszustand „mittelmäßig“ oder „schlecht“

Die Befragten, die auf dem Land oder in der Stadt/Großstadt wohnen, berichten häufiger über eine eingeschränkte Gesundheit (35 % bzw. 34 %), während dies in der Kleinstadt nur in 28 % der Fälle berichtet wurde. Der Wert aus den Vororten (23 %) darf wegen der kleinen Grundgesamtheit von 60 Antworten nicht überbewertet werden. Eine direkte Erklärung für diese spezielle Verteilung der Ergebnisse lässt sich aus den bisher analysierten Daten nicht ablesen.

4.5.4 Eingeschränkte Gesundheit pro Bildungsgrad

Eine immer wieder zitierte Korrelation ist die zwischen Bildungsgrad und Gesundheitsstatus. Der Bildungsgrad wird in der IHP 2021 Befragung unterteilt in

- Kein Schulabschluss
- Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss
- Mittlere Reife, Realschulabschluss
- Fachhochschulreife
- Abitur
- Abschluss einer Fachschule oder Berufsfachschule
- Abschluss an einer Fachhochschule oder Universität
- Anderer Abschluss

Die Verteilung hierzu ist in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Bildungsabschluss

Bildungsabschluss	Anzahl	Anteil
Kein Schulabschluss	3	0,3%
Hauptschulabschluss/ Volksschulabschluss	314	29,7%
Mittlere Reife, Realschulabschluss	220	20,8%
Fachhochschulreife	57	5,4%
Abitur	108	10,2%
Abschluss einer Fachschule oder Berufsfachschule	121	11,4%
Abschluss an einer Fachhochschule oder Universität	230	21,7%
Anderer Abschluss	5	0,5%
ohne Angabe (nicht in der Grundgesamtheit)	105	

Für eine übersichtliche Darstellung eines möglichen Zusammenhangs zwischen Gesundheitsstatus und Bildungsgrad wurde letzterer in 3 Gruppen eingeteilt (siehe Tabelle 9)

Tabelle 9: Eingeschränkte Gesundheit pro Bildungsgrad

Q1401 Eingeschränkte Gesundheit pro Bildungsgrad Q2040			
Bildungsgrad	Merkmal	GG	Anteil
Gesamt	328	1051	31%
Kein Abschluss, Haupt- oder Realabschluss	208	592	35%
Fachhochschulreife, Abitur	72	229	31%
Akademischer Abschluss	48	230	21%

GG: Grundgesamtheit, alle Befragten aufgeteilt nach Bildungsgrad (Q2040).

Merkmal: Q1401 Gesundheitszustand „mittelmäßig“ oder „schlecht“, differenziert nach Bildungsgrad (Q2040).

Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied in der Häufigkeit, mit der die Befragten ihre Gesundheit als „mittelmäßig“ oder „schlecht“ einstufen, insbesondere zwischen der Gruppe mit „Kein Abschluss, Haupt- und Realabschluss“ (35 %) und der Gruppe mit „akademischem Abschluss“ (21 %).

4.5.5 Ausbildungsgrad pro Region (Q2040)

In diesem Zusammenhang ist auch von Interesse, welche Unterschiede es im Ausbildungsgrad zwischen den Regionen gibt. Für diese Darstellung wird die Gruppe mit einem höheren Bildungsabschluss pro Region verglichen. Darunter zählen Befragte mit einem Abschluss an einer Fachschule, einer Berufsfachschule, einer Fachhochschule oder Universität.

Tabelle 10: Ausbildungsgrad pro Region

Q2040 Bildungsgrad pro Region: höherer Bildungsabschluss			
Region	Merkmal	GG	Anteil
Gesamt	340	1053	32%
Region Nord	58	193	30%
Region West	97	327	30%
Region Süd	108	308	35%
Region Ost	77	225	34%

GG: Grundgesamtheit, alle Befragten aufgeteilt nach Regionen.

Merkmal: Q2014 höherer Bildungsabschluss: Abschluss an einer Fachschule, Berufsfachschule, Fachhochschule oder Universität

Hier zeigt sich bei den Befragten ein etwas größerer Anteil an Personen mit höherem Bildungsabschluss in den Regionen Ost (34 %) und Süd (35 %) im Vergleich mit den Regionen Nord und West (beide 30 %).

4.5.6 Anteil Frauen pro Ausbildungsgrad (Q725, Q2040)

Tabelle 11: Anteil Frauen pro Bildungsgrad

Q725 Anteil Frauen pro Bildungsgrad Q2040			
Bildungsgrad	Merkmal	GG	Anteil
Gesamt	479	1053	45%
Kein Abschluss, Haupt- und Realabschluss	308	594	52%
Fachhochschulreife, Abitur	93	229	41%
Akademischer Abschluss	78	230	34%

Obwohl Frauen in der Grundgesamtheit (n=1053) mit einem Anteil von 45 % unterrepräsentiert sind, stellen sie in der Gruppe mit dem einfacheren Bildungsgrad 52 %,

während in der Gruppe mit akademischem Abschluss nur 34 % Frauen sind, mit 66 % dominieren die Männer in dieser Bildungsstufe.

4.5.7 Ergebnisse zu demografischen Faktoren

Hier und in den folgenden Ergebnisabschnitten werden die wichtigsten Ergebnisse des vorigen Abschnitts nochmals komprimiert dargestellt.

Den höchsten Anteil Befragter in **ländlicher Wohngegend** hat die Region Süd mit 68 %, die Region West den geringsten Anteil mit 51 % (Q2200).

In der Region Ost liegt der Anteil Befragter, die über einen **eingeschränkten Gesundheitszustand** berichten, mit 40 % deutlich höher als in den anderen Regionen, deren Werte zwischen 30 % und 33 % liegen (Q1401).

Die Befragten, die auf dem Land oder in der Stadt/Großstadt wohnen, berichten häufiger über eine **eingeschränkte Gesundheit** (35 % bzw. 34 %), während dies in der Kleinstadt nur in 28 % der Fälle berichtet wurde.

Je nach Bildungsgrad zeigt sich ein deutlicher Unterschied in der Häufigkeit, mit der die Befragten ihre Gesundheit als „mittelmäßig“ oder „schlecht“ (**eingeschränkte Gesundheit**) einstufen, insbesondere zwischen der Gruppe mit „Kein Abschluss, Haupt- und Realabschluss“ (35 % mit eingeschränkter Gesundheit) und der Gruppe mit „akademischem Abschluss“ (21 %).

Bei den Befragten hat ein größerer Anteil an Personen in den Regionen Ost (34 %) und Süd (35 %) **einen höheren Bildungsabschluss** im Vergleich mit den Regionen Nord und West (beide 30 %).

Frauen sind bei den höheren Bildungsabschlüssen deutlich unterrepräsentiert. Von den Personen mit akademischem Abschluss sind 66 % Männer und nur 34 % Frauen.

5 Versorgungssituation

5.1 Internationaler Vergleich zur Situation der Befragten

In der folgenden Tabelle 12, die auf einer Tabelle von Doty et al. 2021 aufbaut, werden vier ausgewählte Aspekte zur Situation der Befragten im internationalen Vergleich dargestellt: Alter, Chronische Erkrankungen, Hilfsbedarf im Alltag und materielle Sorgen in Zeiten der Pandemie.

Tabelle 12: Vergleich der Länder nach chronischen Erkrankungen, Hilfsbedürftigkeit und materieller Not

Länder	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	NOR	SWE	SWIZ	UK	US
Interviews (ungewichtet)	501	4,332	1,751	1,163	630	500	500	3,018	2,597	1,876	1,609
Alter											
Anteil Interviewte 75+ Jahre (Q720)	44%	42%	49%	52%	44%	44%	44%	48%	48%	46%	41%
Chronische Erkrankungen											
zwei und mehr	60%	59%	55%	41%	40%	48%	46%	56%	47%	48%	68%
drei und mehr	35%	31%	29%	17%	16%	24%	22%	29%	20%	20%	42%
Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)											
Brauchen Sie aufgrund eines Gesundheitsproblems in Ihrem Alltag Hilfe? (Q1403)	19%	13%	15%	14%	22%	13%	13%	8%	10%	15%	17%
Materielle Sorgen											
Immer oder meistens besorgt, genügend Geld zu haben, um für das Essen, die Miete oder monatliche Rechnungen zahlen zu können (Q1450)	5%	6%	6%	1%	2%	4%	3%	—	9%	2%	11%

5.1.1 Ergebnisse des internationalen Vergleichs zur Situation der Befragten

- 52 % der Interviewten in Deutschland sind **75 Jahre oder älter** (75+). Das ist der höchste Anteil im internationalen Vergleich. An zweiter Stelle kommen Frankreich (49 %) und Schweden (48 %). Den geringsten Anteil an Bürgerinnen und Bürgern im

Alter 75+ haben in dieser Befragung Kanada (42 %) und die USA (41 %), wobei die USA auch Personen zwischen 60 und 65 Jahren interviewt hat.

- Zusammen mit den Niederlanden ist der Anteil von Patientinnen und Patienten mit mehreren **chronischen Erkrankungen** in der Altersgruppe 65+ so niedrig wie in keinem anderen Land. 41 % haben in Deutschland zwei oder mehr chronische Erkrankungen, in den Niederlanden sind es 40 %. In den USA trifft dies auf 68 % der Befragten zu.
- Bei der **Hilfsbedürftigkeit im Alltag** liegt diese Personengruppe in Deutschland eher im Mittelfeld (14 %) im Vergleich mit den anderen Ländern (8 % in Schweden, 22 % in den Niederlanden).
- Ernsthafte **finanzielle Sorgen** machen sich in Deutschland nur 1 % der Befragten, gefolgt von den Menschen im Vereinigten Königreich und den Niederlanden mit 2 %. In den USA sind es dagegen 11 % und in der Schweiz 9 %.

5.2 Zugang zur Gesundheitsversorgung (Sektion 800)

5.2.1 Liste der Einzelthemen

- **Q800** Zufriedenheit mit der Qualität der medizinischen Versorgung
- **Q810** Problem mit den selbst zu zahlenden Kosten
- **Q830** Ambulante Versorgung außerhalb der normalen Praxiszeiten
- **Q832** Zeitnahe Termin beim Arzt
- **Q835** Verschiebung eines Termins wegen der Pandemie bei Personen mit chronischer Erkrankung

5.2.2 Q800 Zufriedenheit mit der Qualität der medizinischen Versorgung

[Zu Beginn der Darstellung einzelner Ergebnisse wird hier und im folgenden Dokument der genaue Wortlaut der jeweiligen Frage in kursiver Schrift zitiert.]

Q800: Allgemein, wie zufrieden sind Sie mit der Qualität der medizinischen Versorgung die Sie während des zurückliegenden Jahres erhalten haben. Würden Sie sagen, Sie sind...

- *Vollständig zufrieden*
- *Sehr zufrieden*
- *Etwas zufrieden*
- *Gar nicht zufrieden?*

Tabelle 13: Zufriedenheit mit der Qualität der medizinischen Versorgung (Q800)

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Vollständig zufrieden	39%	29%	25%	27%	45%	34%	46%	30%	32%	39%	41%
Sehr zufrieden	42%	36%	37%	48%	33%	39%	38%	40%	52%	36%	38%
Etwas zufrieden	16%	29%	35%	22%	18%	23%	14%	26%	15%	21%	19%
Gar nicht zufrieden	4%	6%	3%	3%	4%	4%	1%	4%	1%	4%	3%
sehr /vollständig zufrieden	80%	65%	62%	75%	78%	73%	85%	70%	84%	75%	79%
Rang	3	10	11	6	5	8	1	9	2	7	4

75 % der Befragten in Deutschland sind sehr oder vollständig zufrieden mit der Qualität der medizinischen Versorgung (Q800). Mit Rang 6 belegt Deutschland damit einen Mittelplatz. Die Spanne der Ergebnisse reicht von 62 % (Frankreich) bis 85 % (Neuseeland).

Zu weiteren differenzierten Ergebnissen zu diesem Aspekt siehe 8.2 und 9.3.

5.2.3 Q810 Problem mit den selbst zu zahlenden Kosten

Q810 A1: Ist es in den vergangenen 12 Monaten vorgekommen, dass Sie aus Kostengründen Medikamente reduziert oder nicht genommen haben?

Tabelle 14: Problem mit den selbst zu zahlenden Kosten: Medikamente (Q810 A1)

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	497	4285	1699	1053	629	488	493	2830	2363	1787	1408
Ja	2%	3%	2%	1%	1%	1%	2%	2%	4%	1%	9%
Nein	98%	97%	98%	99%	99%	99%	98%	98%	96%	99%	91%
Rang	7	9	5	3	2	4	6	8	10	1	11

Q810 A2: Ist es in den vergangenen 12 Monaten vorgekommen, dass Sie ein medizinisches Problem hatten, aber wegen der Kosten keinen Arzt oder Ärztin aufgesucht haben?

Tabelle 15: Problem mit den selbst zu zahlenden Kosten: Vermeidung eines Arztbesuchs (Q810 A2)

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	500	4276	1731	1056	629	494	494	2886	2362	1807	1417
Ja	4%	4%	3%	1%	2%	6%	1%	1%	5%	4%	7%
Nein	96%	96%	97%	99%	98%	94%	99%	99%	95%	96%	93%
Rang	8	7	5	1	4	10	3	2	9	6	11

Q810 A3: Ist es in den vergangenen 12 Monaten vorgekommen, dass Sie eine vom Arzt empfohlene medizinische Untersuchung, Erst- oder Folgebehandlung wegen der Kosten nicht durchführen ließen?

Tabelle 16: Problem mit den selbst zu zahlenden Kosten: Vermeidung weiterer Kosten (Q810 A3)

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	499	4291	1720	1055	626	496	497	2875	2365	1832	1417
Ja	6%	4%	2%	1%	2%	3%	0%	1%	4%	2%	8%
Nein	94%	96%	98%	99%	98%	97%	100%	99%	96%	98%	92%
Rang	10	8	5	3	4	7	1	2	9	6	11

Q810 A4: Ist es in den vergangenen 12 Monaten vorgekommen, dass sie aus Kostengründen nicht zu einem Zahnarzt gegangen sind, obwohl es nötig war?

Tabelle 17: Problem mit den selbst zu zahlenden Kosten: Vermeidung von Zahnarztkosten (Q810 A4):

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	497	4214	1665	1057	620	482	500	2927	2391	1851	1376
Ja	15%	15%	8%	2%	2%	15%	6%	11%	10%	6%	16%
Nein	85%	85%	92%	98%	98%	85%	94%	89%	90%	94%	84%
Rang	10	9	5	1	2	8	4	7	6	3	11

Ergebnisse zu Problemen mit selbst zu zahlenden Kosten: Bei keiner der vier Fragen (Q810 A1 bis A4) zeigte sich ein größeres Problem mit selbst zu zahlenden Kosten in Deutschland, das hier stets in der Spitzengruppe liegt.

5.2.4 Q830 Ambulante Versorgung außerhalb der normalen Praxiszeiten

Q830: 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 eher oder sogar sehr schwierig?

Da die ambulante Versorgung außerhalb der normalen Praxiszeiten von Region und Wohngegend abhängen kann, wird die Frage Q830 differenziert nach diesen Aspekten ausgewertet.

Tabelle 18: Ambulante Versorgung außerhalb der normalen Praxiszeiten ist eher oder sehr schwierig (Region)

Q830 Ambulante Versorgung außerhalb Praxiszeiten pro Region			
Region	Merkmal	GG	Anteil
Gesamt	278	542	51%
Region Nord	50	91	55%
Region West	89	165	54%
Region Süd	80	174	46%
Region Ost	59	112	53%

GG = Grundgesamtheit

Merkmal = Antwort *eher schwierig* oder *sehr schwierig*

Tabelle 19: Ambulante Versorgung außerhalb der normalen Praxiszeiten ist eher oder sehr schwierig (Wohngegend)

Q830 Ambulante Versorgung außerhalb Praxiszeiten pro Wohngegend (Q2200)			
Wohngegend	Merkmal	GG	Anteil
Gesamt	257	518	50%
Stadt / Großstadt	74	171	43%
Vorort	23	33	70%
Kleinstadt	74	163	45%
auf dem Land	86	151	57%

GG = Grundgesamtheit

Merkmal = Antwort *eher schwierig* oder *sehr schwierig*

Erwachsene im Alter 65+, die berichten, dass es etwas oder sehr schwierig ist, außerhalb der normalen Praxiszeiten versorgt zu werden (Q830)

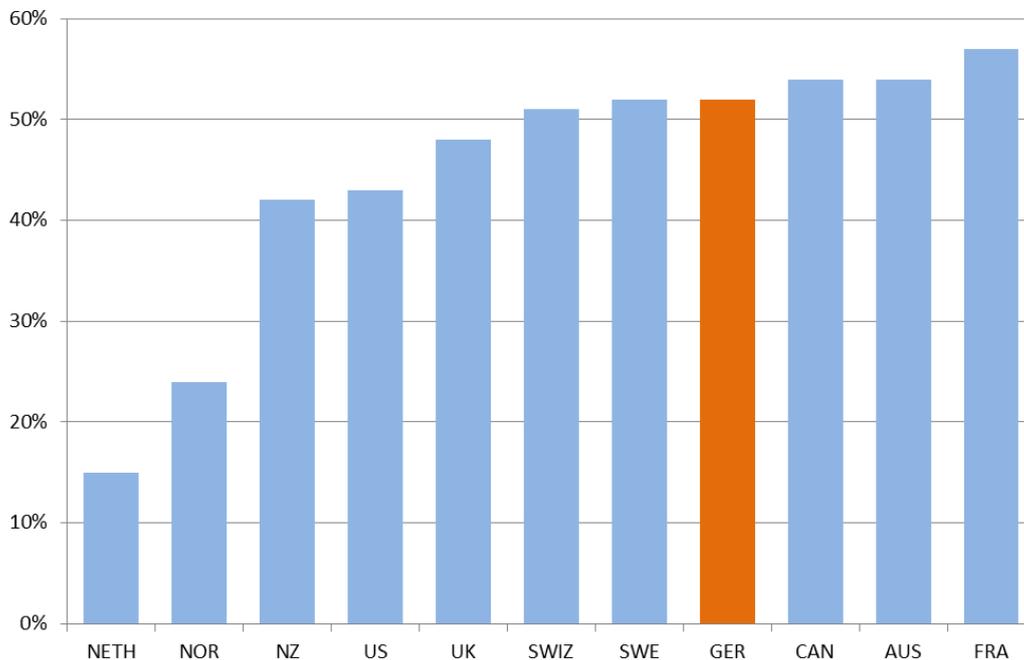


Abbildung 1: Ambulante Versorgung außerhalb der normalen Praxiszeiten: eher oder sehr schwierig (Q830)

Tabelle 20: Versorgung außerhalb normaler Praxiszeiten: eher oder sehr schwierig

Land	Anteil
NETH	15%
NOR	24%
NZ	42%
US	43%
UK	48%
SWIZ	51%
SWE	52%
GER	52%
CAN	54%
AUS	54%
FRA	57%

Ergebnisse Q830: Im internationalen Vergleich liegt die Bewertung des Zugangs zur ambulanten Versorgung außerhalb der normalen Praxiszeiten in Deutschland im Mittelfeld. Von 52 % der Befragten wird es als schwierig (eher oder sehr schwierig) eingestuft, außerhalb der normalen Praxiszeiten eine solche Versorgung zu bekommen. 2017 waren es 47 % in einer

vergleichbaren Rangposition. Die Spanne im internationalen Vergleich reicht hier von 15 % (Niederlande) bis 57 % (Frankreich).

Innerhalb Deutschlands ist das Problem in der Groß- und in der Kleinstadt am kleinsten (43 % und 45 %), am höchsten ist das Problem auf dem Land (57 %). Der besonders hohe Wert in den Vororten ist wegen der kleinen Fallzahl mit Vorsicht zu genießen.

Regional werden aus der Region Nord die größten Schwierigkeiten mit dem Zugang zur ambulanten Versorgung berichtet (55 %), die niedrigsten aus der Region Süd (46 %).

Innerhalb Deutschlands ist das Problem in der Groß- und in der Kleinstadt am kleinsten, am höchsten ist das Problem auf dem Land. Der besonders hohe Wert in den Vororten ist wegen der kleinen Fallzahl mit Vorsicht zu genießen.

5.2.5 Q832 Zeitnaher Termin beim Arzt

Q832: Als Sie das letzte Mal krank waren oder medizinische Betreuung benötigten, wie schnell bekamen Sie einen Termin bei einem Arzt?

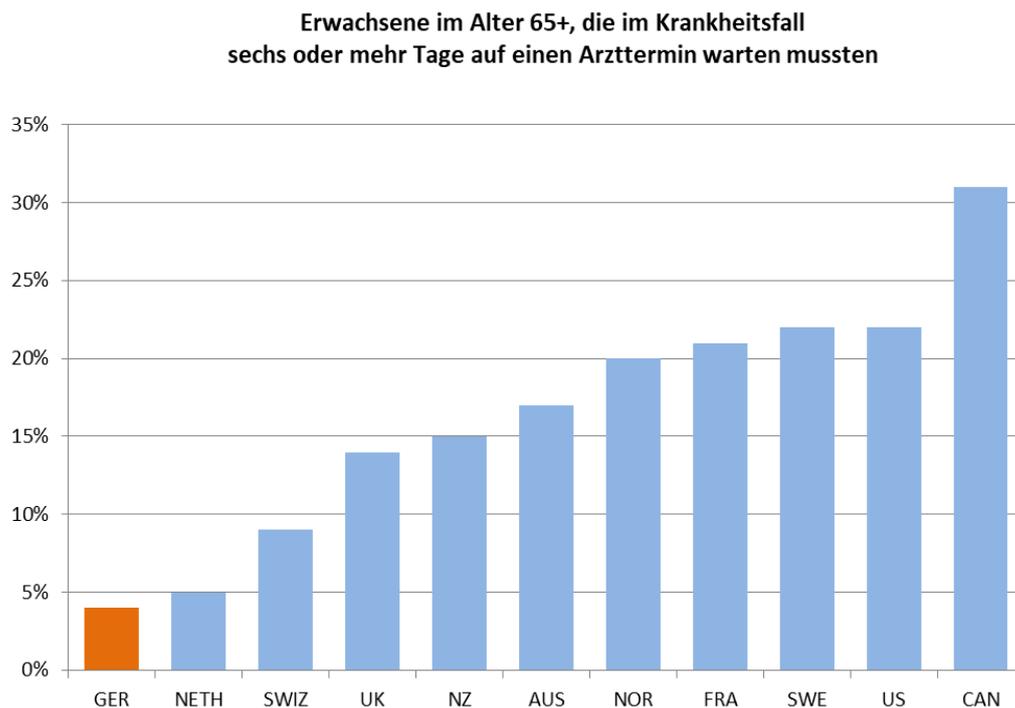


Abbildung 2: Zeitnaher Termin beim Arzt: sechs oder mehr Tage (Q832)

Tabelle 21: Wartezeit auf einen Arzttermin: sechs oder mehr Tage (Q832)

Land	Anteil
GER	4%
NETH	5%
SWIZ	9%
UK	14%
NZ	15%
AUS	17%
NOR	20%
FRA	21%
SWE	22%
US	22%
CAN	31%

Im Vergleich der Regionen findet sich kein relevanter Unterschied:

Tabelle 22: Zeitnaher Termin beim Arzt innerhalb von zwei Tagen (Region) (Q832)

Q832 Zeitnaher Termin innerhalb von 2 Tagen pro Region			
Versicherungsart	Merkmal	GG	Anteil
Gesamt	849	1069	79%
Region Nord	160	198	81%
Region West	263	329	80%
Region Süd	252	318	79%
Region Ost	174	224	78%

Tabelle 23: Zeitnaher Termin beim Arzt: Wartezeit sechs oder mehr Tage (Region) (Q832)

Q832	GER	n Angaben
Gesamt	4,3%	1.069
Region Nord	6,1%	198
Region West	4,9%	329
Region Süd	3,1%	318
Region Ost	3,6%	224

Ergebnisse: Gut funktioniert die Versorgung innerhalb der normalen Praxiszeiten (Q832, siehe Abbildung 2).

Es dauert nur selten, dass länger als sechs Tage auf einen Termin gewartet werden muss (4 %). Deutschland hat hier eine Spitzenposition, während am häufigsten von den Befragten in Kanada von Problemen berichtet wird (31 %). 2017 mussten nach eigenen Angaben 13 % der Interviewten auf einen Termin sechs oder mehr Tage warten.

Regional werden aus der Region Nord doppelt so häufig Wartezeiten von sechs und mehr Tagen berichtet (6,1 %) als aus der Südregion (3,1 %).

Die überwiegende Anzahl Patientinnen und Patienten in Deutschland (79 %) kann schon innerhalb von zwei Tagen einen Arzttermin bekommen (siehe Tabelle 22).

Aber überall erhalten die Patientinnen und Patienten in ca. 80 % der Fälle einen Termin innerhalb von zwei Tagen.

Nur 4 % der Interviewten in Deutschland berichten, dass sie auf einen Arzttermin im Krankheitsfall sechs oder mehr Tage warten mussten. Das ist international das beste Ergebnis.

5.2.6 Q835 Verschiebung eines Termins wegen der Pandemie bei Personen mit chronischer Erkrankung

Q835: Wurde wegen der Pandemie innerhalb des zurückliegenden Jahres ein Termin bei einem Arzt oder einer anderen Gesundheitseinrichtung abgesagt oder verschoben? Denken Sie dabei auch an Routineuntersuchungen.

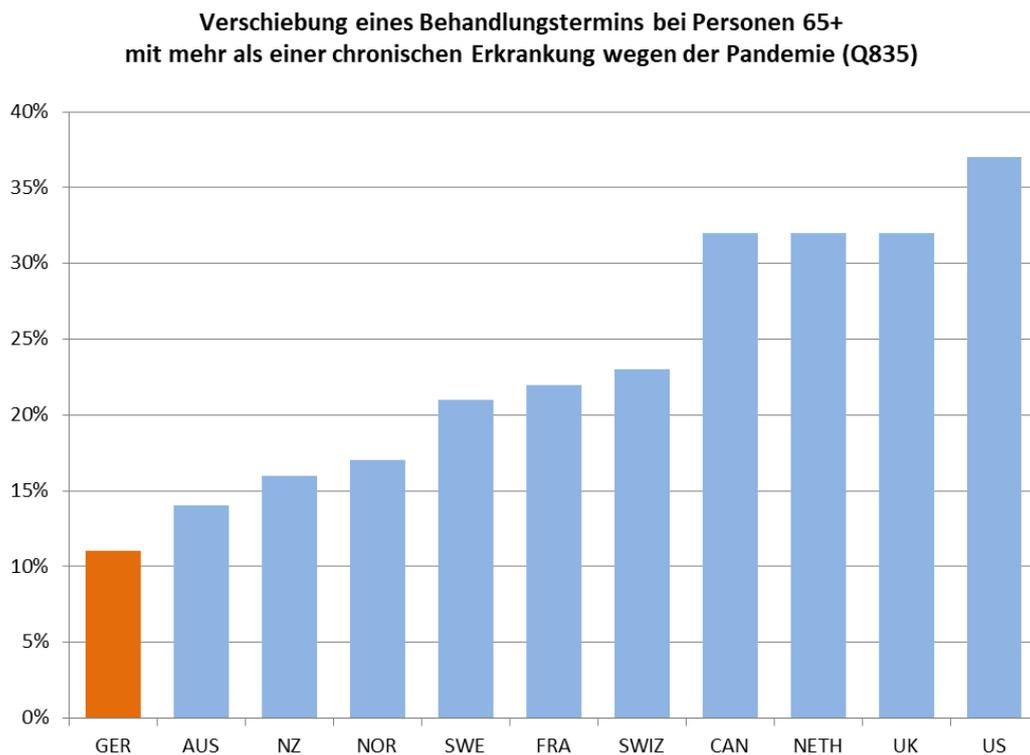


Abbildung 3: Verschiebung eines Termins wegen der Pandemie bei Personen mit einer chronischen Erkrankung (Q835)

Tabelle 24: Verschiebung eines Termins wegen der Pandemie bei Personen mit chronischer Erkrankung (Q835)

Land	Anteil
GER	11%
AUS	14%
NZ	16%
NOR	17%
SWE	21%
FRA	22%
SWIZ	23%
CAN	32%
NETH	32%
UK	32%
US	37%

Ergebnis: Nur 11 % der Interviewten mit chronischer Erkrankung in Deutschland berichten, dass wegen der Pandemie ein Behandlungstermin verschoben wurde. Das ist international das beste Ergebnis.

5.2.7 Ergebnisse zum Zugang zur Gesundheitsversorgung (Sektion 800)

75 % der Befragten in Deutschland sind sehr oder vollständig zufrieden mit der **Qualität der medizinischen Versorgung** (Q800). Mit Rang 6 belegt Deutschland damit einen Mittelplatz. Die Spanne der Ergebnisse reicht von 62 % (Frankreich) bis 85 % (Neuseeland).

Bei keiner der vier Fragen (Q810 A1 bis A4) zur **Problematik selbst zu tragender Kosten** für die Gesundheitsversorgung zeigte sich ein größeres Problem in Deutschland, das hier stets in der Spitzengruppe liegt.

Im internationalen Vergleich liegt die Bewertung des **Zugangs zur ambulanten Versorgung** außerhalb der normalen Praxiszeiten in Deutschland im Mittelfeld (Q830). Von 52 % der Befragten wird es als schwierig (eher oder sehr schwierig) eingestuft, außerhalb der normalen Praxiszeiten eine solche Versorgung zu bekommen. 2017 waren es 47 % in einer vergleichbaren Rangposition. Die Spanne im internationalen Vergleich reicht hier von 15 % (Niederlande) bis 57 % (Frankreich).

Innerhalb Deutschlands ist das Problem in der Groß- und in der Kleinstadt am kleinsten (43 % und 45 %), am höchsten ist das Problem auf dem Land (57 %). Der besonders hohe Wert in den Vororten ist wegen der kleinen Fallzahl mit Vorsicht zu genießen.

Regional werden aus der Region Nord die größten Schwierigkeiten mit dem Zugang zur ambulanten Versorgung berichtet (55 %), die niedrigsten aus der Region Süd (46 %).

Gut funktioniert die Versorgung innerhalb der normalen Praxiszeiten (Q832, siehe Abbildung 2). Hier dauert es nur selten, dass länger als sechs Tage auf einen Termin gewartet werden

muss (4 %). Deutschland hat hier eine Spitzenposition, während am häufigsten von den Befragten in Kanada von Problemen berichtet wird (31 %).

Regional werden aus der Region Nord doppelt so häufig **Wartezeiten von sechs und mehr Tagen** berichtet (6,1 %) als aus der Südregion (3,1 %). Aber überall erhalten die Patientinnen und Patienten in ca. 80 % der Fälle einen Termin innerhalb von zwei Tagen.

Nur 11 % der Interviewten mit chronischer Erkrankung in Deutschland berichten, dass wegen der Pandemie ein **Behandlungstermin verschoben** wurde (Q835). Das ist international das beste Ergebnis.

5.3 Beziehung zur primären Versorgungseinrichtung (Sektion 900)

5.3.1 Liste der Einzelthemen

- **Q915** Hausärztliche oder entsprechende Primärversorgung vorhanden
- **Q935** Rückruf durch die hausärztliche Praxis
- **Q945** Termin per Telefon oder Video wegen der Pandemie

5.3.2 Q915 Hausärztliche Praxis oder entsprechende Primärversorgung vorhanden

Q915: Gibt es eine Allgemeinpraxis, Gemeinschaftspraxis, MVZ oder eine Klinik, zu der Sie gewöhnlich gehen, wenn Sie medizinische Versorgung benötigen?

Tabelle 25: Hausarzt oder entsprechende Primärversorgung vorhanden (Q915)

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	501	4332	1751	1163	630	500	500	3018	2597	1876	1424
Ja	99%	96%	99%	99%	99%	100%	100%	97%	97%	98%	96%
Rang	6	10	3	5	4	1	1	8	9	7	11

Mit 99 % Verfügbarkeit einer hausärztlichen Primärversorgung liegt Deutschland im internationalen Vergleich in der breiten Spitzengruppe. Praktisch alle Befragten haben eine feste Einrichtung, z.B. einen Hausarzt oder eine Hausärztin, von der sie primärärztlich versorgt werden.

5.3.3 Q935 Rückruf durch die hausärztliche Praxis

Wenn Sie während der Sprechzeiten Ihre Hausarztpraxis mit einem medizinischen Problem kontaktieren, wie oft erhalten Sie noch am selben Tag eine Antwort? Das kann telefonisch, per E-Mail oder in anderer elektronischer Form erfolgen.

Erwachsene im Alter 65+, die berichten, dass sie nur manchmal, selten oder nie von ihrem Hausarzt noch am gleichen Tag zurückgerufen wurden.

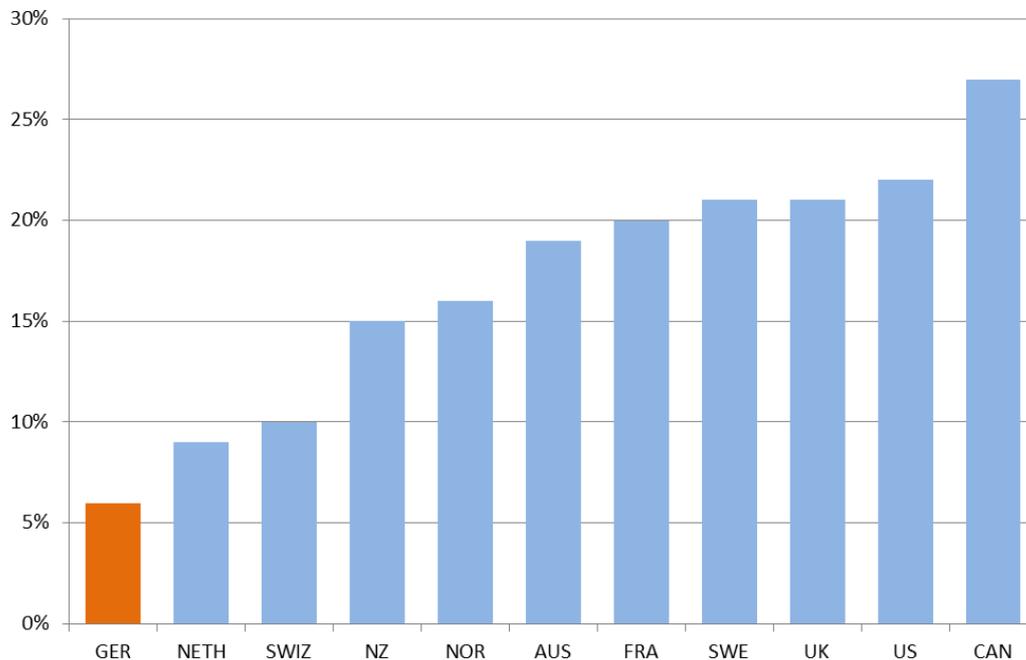


Abbildung 4: Kein regelmäßiger Rückruf durch die hausärztliche Praxis (Q935)

Tabelle 26: Rückruf durch die hausärztliche Praxis

Land	Anteil
GER	6%
NETH	9%
SWIZ	10%
NZ	15%
NOR	16%
AUS	19%
FRA	20%
SWE	21%
UK	21%
US	22%
CAN	27%

6 % geben an, dass sie oft zwei Tage lang oder noch länger keinen Rückruf ihrer Hausarztpraxis erhalten, wenn sie Hilfe benötigen. Das ist im internationalen Vergleich ein geringer Anteil und das beste Ergebnis im internationalen Vergleich.

5.3.4 Q945 Termin per Telefon oder Video wegen der Pandemie

Q945: Hatten Sie wegen der Pandemie innerhalb des zurückliegenden Jahres einen Termin bei einem Arzt per Telefon oder Video?

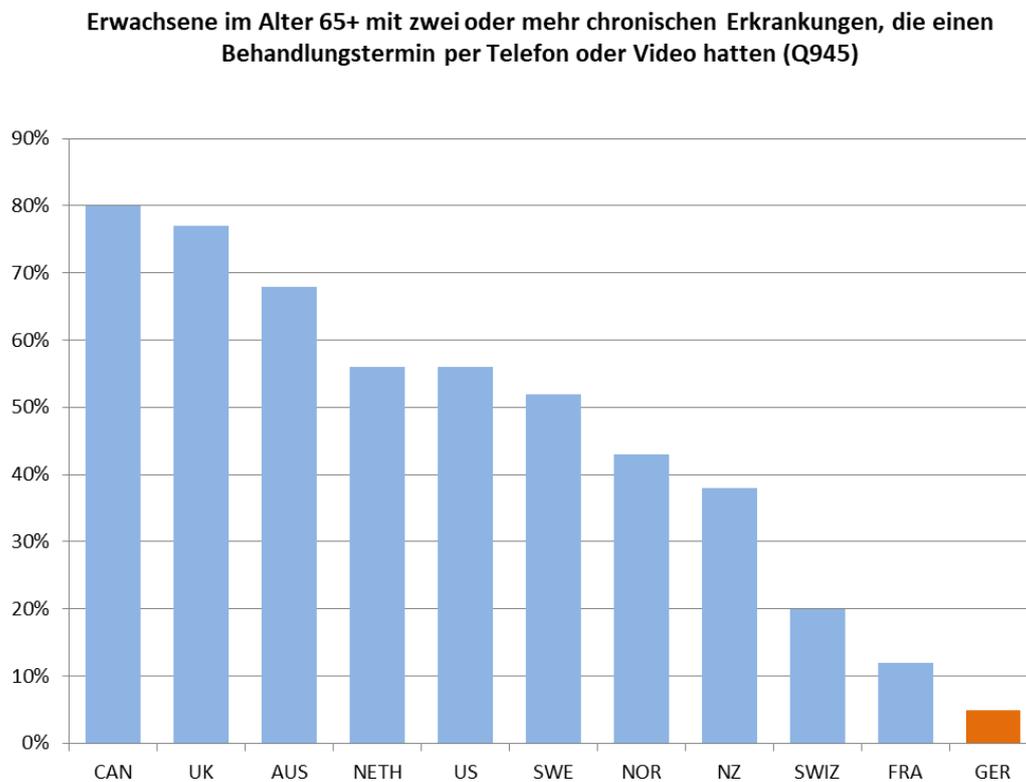


Abbildung 5: Behandlungstermin per Telefon oder Video (Q945)

Tabelle 27: Behandlungstermin per Telefon oder Video

Land	Anteil
GER	6%
NETH	9%
SWIZ	10%
NZ	15%
NOR	16%
AUS	19%
FRA	20%
SWE	21%
UK	21%
US	22%
CAN	27%

5.3.5 Ergebnisse zur „Beziehung zur primären Versorgungseinrichtung“ (Sektion 900)

Q915: Übereinstimmend berichten 99 % der Interviewten in allen Regionen und Gesamt, einen Hausarzt zu haben. Dies entspricht auch dem Ergebnis der Befragung des Jahres 2017.

Q935: Nur 6 % der Interviewten in Deutschland geben an, dass der Rückruf durch die Hausarztpraxis nur manchmal bis gar nicht erfolgt. Dies ist international der beste Wert und zeigt, dass dieser Kommunikationsweg zwischen Ärzten und Ärztinnen und den Patientinnen und Patienten gut funktioniert. Bereits 2017 war dieser Wert mit 8 % einer der besten Werte im internationalen Vergleich.

Q945: Nur 4 % der Interviewten in Deutschland mit mindestens zwei chronischen Erkrankungen berichten, dass sie einen Behandlungstermin per Telefon oder Video hatten. Dies ist international der geringste Anteil.

Von allen Interviewten haben auf diese Frage 1.069 von 1.163 eine Antwort gegeben, nur 44 haben bejaht, einen solchen Telefon- oder Videotermin erhalten zu haben, das sind 3,8 %.

Es spiegelt wider, dass die Einführung telematischer Instrumente in die Behandlungsabläufe in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern hinterher hinkt - was sich auch in früheren IHP Surveys gezeigt hat. 2017 gab es diese pandemiebezogene Kennzahl noch nicht, so dass nicht verglichen werden kann.

5.4 Koordination der Versorgung (Sektion 1000)

5.4.1 Liste der Einzelthemen

- **Q1000** Anzahl aufgesuchter Arztpraxen
- **Q1003** Unterstützung bei der Koordination der Behandlung durch weitere Ärztinnen und Ärzte

5.4.2 Q1000 Anzahl aufgesuchter Arztpraxen

Q1000: *Abgesehen von Ihren Krankenhausaufenthalten, bei wie vielen verschiedenen Ärzten waren Sie im zurückliegenden Jahr?*

Tabelle 28: Anzahl aufgesuchter Arztpraxen

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	501	4332	1751	1163	630	500	500		2597	1876	1424
Mittelwert	2,37	1,85	1,88	2,26	1,52	1,87	1,66		2,09	1,55	2,8
Median	2	2	2	2	1	2	1		2	1	2
Rang	2	7	5	3	10	6	8		4	9	1

Im Mittel haben die Interviewten 2,26 Ärztinnen und Ärzte konsultiert (Median 2) (Q1000). Im internationalen Vergleich ist das die dritthöchste Rate bei einer Spanne zwischen 2,8 (USA) und 1,52 (Niederlande).

Tabelle 29: Anteil der Befragten, die ≥ 4 Ärztinnen und Ärzte aufgesucht hatten, differenziert nach Region

Q1020	≥ 4 Ärtz.	n Angaben
Gesamt	19,4%	1.153
Nord	21,1%	218
West	18,7%	353
Süd	17,5%	338
Ost	21,7%	244

Ärtz. = Ärtz:innen

Bei 19 % der Befragten waren es vier oder mehr Ärztinnen oder Ärzte.

Zwischen den Regionen gibt es keine nennenswerten Unterschiede: 17 % der Befragten in der Region Süd bis 22 % in der Region Ost haben vier oder mehr Ärztinnen oder Ärzte aufgesucht. 2017 waren es insgesamt 20,2 %.

5.4.3 Q1003 Unterstützung bei der Koordination der Behandlung durch weitere Ärzt:innen

Q1003: *Wie oft wurden Sie durch Ihre Arztpraxis bei der Koordination der Behandlung durch weitere Ärzte unterstützt?*

Tabelle 30: Unterstützung bei der Koordination der Behandlung durch weitere Ärztinnen und Ärzte

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	315	2067	853	713	266	256	192	1251	1609	768	944
Immer/oft	70%	71%	49%	50%	50%	67%	49%	43%	67%	66%	71%
Manchmal / selten / nie	23%	25%	42%	36%	31%	20%	35%	34%	19%	28%	27%
Nie gebraucht	8%	4%	8%	14%	19%	14%	16%	23%	15%	6%	2%
Rang für immer/oft	3	2	9	8	7	4	10	11	5	6	1

In 50 % berichten die Interviewten eine gute Unterstützung bei der Koordination der Behandlung durch weitere Ärztinnen und Ärzte (oft oder immer) (Q1003). Das ist Rang 8 von 11 bei den internationalen Ergebnissen. Dort werden bis zu 71 % Unterstützung berichtet.

5.4.4 Ergebnisse zur Koordination der Versorgung (Sektion 1000)

Im Mittel haben die Interviewten 2,26 Ärztinnen und Ärzte konsultiert (Median 2) (Q1000). Im internationalen Vergleich ist das die dritthöchste Rate bei einer Spanne zwischen 2,8 (USA) und 1,52 (Niederlande).

Bei 19 % der Befragten waren es vier oder mehr Ärztinnen oder Ärzte.

Zwischen den Regionen gibt es keine nennenswerten Unterschiede: 17 % der Befragten in der Region Süd bis 22 % in der Region Ost haben vier oder mehr Ärztinnen oder Ärzte aufgesucht. 2017 waren es insgesamt 20,2 %.

In 50 % berichten die Interviewten, dass sie eine gute Unterstützung bei der Koordination der Behandlung durch weitere Ärztinnen und Ärzte (oft oder immer) erhalten hätten (Q1003). Das ist Rang 8 von 11 bei den internationalen Ergebnissen. Dort werden bis zu 71 % Unterstützung berichtet.

Siehe auch Kapitel 7.2 (Responsiveness, wo auch Fragen zur Koordination gestellt wurden)

5.5 Erfahrungen mit Spezialist:innen (Sektion 1020)

5.5.1 Liste der Einzelthemen

- **Q1020** Aufsuchen einer fachärztlichen oder ähnlich qualifizierten Praxis zur Beratung
- **Q1050** Mangelnde Kommunikation zwischen hausärztlichen und fachärztlichen Ärztinnen und Ärzten

5.5.2 Q1020 Aufsuchen eines Facharztes oder eines beratenden Arztes

Q1020: Haben Sie in den vergangenen 2 Jahren einen Facharzt oder andere beratende Ärzte aufgesucht?

63 % der Interviewten in Deutschland (gewichtete Daten) berichten, dass sie mindestens einmal im Befragungszeitraum eine Fachärztin oder einen Facharzt aufgesucht haben, der zweithöchste internationale Wert (Spanne 53 % (UK) bis 66 % (Frankreich)). 2017 waren es in Deutschland 70 %.

Tabelle 31: Aufsuchen einer fachärztlichen oder ähnlich qualifizierten Praxis zur Beratung (International)

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	500	4310	1745	1162	623	497	497	2968	2592	1863	1420
Ja	67%	61%	66%	63%	55%	59%	56%	57%	69%	53%	69%
Rang	3	6	4	5	10	7	9	8	2	11	1

Tabelle 32: Aufsuchen einer fachärztlichen oder ähnlich qualifizierten Praxis zur Beratung, differenziert nach Region (ungewichtete Daten)

Q1020	GER	n Angaben
Gesamt	64,4%	1.162
Region Nord	62,6%	219
Region West	62,6%	356
Region Süd	63,2%	342
Region Ost	70,2%	245

In der Region Ost werden Fachärztinnen und Fachärzte mit 70,2 % deutlich häufiger aufgesucht, wobei Berlin mit 59,6 % zu diesem hohen Wert nicht beiträgt. Es sind die anderen drei Länder der Region Ost, die hier mit einer Quote von insgesamt 74 % (79/107 auffallen).

5.5.3 Q1050 Mangelnde Kommunikation zwischen hausärztlichen und fachärztlichen Ärztinnen und Ärzten

Q1050 A1: Kam es in den letzten 2 Jahren vor, dass dem Facharzt wesentliche Behandlungsinformationen aus vorherigen Behandlungen nicht vorlagen? Befragt wurden alle Befragten, die angegeben haben, dass sie von einer Hausarztpraxis oder Vergleichbarem versorgt werden und dass sie in den letzten 2 Jahren eine Facharztpraxis aufgesucht haben.

6 % (ungewichtete Daten) der Interviewten berichteten, dass beim Facharztbesuch der Fachärztin bzw. dem Facharzt wesentliche Behandlungsinformationen aus vorherigen Behandlungen nicht vorlagen.

Im internationalen Vergleich ergibt sich nach Gewichtung ein Wert von 5 % bei einer Spanne von 2 % (Norwegen) bis 13 % (Schweden).

Tabelle 33: Mangelnde Kommunikation zwischen hausärztlichen und fachärztlichen Ärztinnen und Ärzten (gewichtete Daten)

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	324	2423	1099	703	324	287	260	1359	1728	941	917
Ja	6%	7%	7%	5%	10%	2%	7%	13%	10%	5%	10%
Rang	8	6	5	9	4	11	7	1	2	10	3

Q1050 A2: Kam es in den letzten 2 Jahren vor, dass Ihr Facharzt bzw. Ihre Fachärztin Ihre Hausarztpraxis nicht zeitnah zu den Ergebnissen des Facharztbesuchs informiert hat? Befragt wurden alle Befragten, die angegeben haben, dass sie von einer Hausarztpraxis oder Vergleichbarem versorgt werden und dass sie in den letzten 2 Jahren eine Facharztpraxis aufgesucht haben.

In 9,7 % der Fälle informierte die Facharztpraxis die Hausarztpraxis nicht zeitnah zu den Ergebnissen des Facharztbesuchs. Mit gewichteten Daten liegt das Ergebnis bei 8,4 % und ist auch hier das drittbeste Ergebnis bei einer Spanne von 3 % (Neuseeland) bis 17 % (USA).

Es gibt keine Vergleichsdaten aus dem Jahr 2017.

5.5.4 Ergebnisse zur Erfahrung mit Spezialisten (Sektion 1020)

63 % der Interviewten in Deutschland (gewichtete Daten) berichten, dass sie mindestens einmal im Befragungszeitraum eine Fachärztin oder einen Facharzt aufgesucht haben (Q1020), der zweithöchste internationale Wert (Spanne 53 % (UK) bis 66 % (Frankreich)). 2017 waren es in Deutschland 70 %.

In der Region Ost werden Fachärztinnen und Fachärzte mit 70,2 % deutlich häufiger aufgesucht (Q1020), wobei Berlin mit 59,6 % zu diesem hohen Wert nicht beiträgt. Es sind die anderen drei Länder der Region Ost, die hier mit einer Quote von insgesamt 74 % (79/107) auffallen.

6 % (ungewichtete Daten) der Interviewten berichteten, dass beim Facharztbesuch der Fachärztin bzw. dem Facharzt wesentliche Behandlungsinformationen aus vorherigen Behandlungen nicht vorlagen (Q1050 A1).

Im internationalen Vergleich ergibt sich nach Gewichtung ein Wert von 5 % bei einer Spanne von 2 % (Norwegen) bis 13 % (Schweden), wobei Deutschland das drittbeste Ergebnis hat (Q1050 A1).

In 9,7 % der Fälle informierte die Facharztpraxis die Hausarztpraxis nicht zeitnah zu den Ergebnissen des Facharztbesuchs. Mit gewichteten Daten liegt das Ergebnis bei 8,4 % und ist auch hier das drittbeste Ergebnis bei einer Spanne von 3 % (Neuseeland) bis 17 % (USA) (Q1050 A2).

Siehe auch Kapitel 7 (Responsiveness, wo auch Fragen zur fachärztlichen Versorgung gestellt wurden)

5.6 Einnahme verschriebener Medikamente (Sektion 1100)

5.6.1 Liste der Einzelthemen

- **Q1105** Anzahl eingenommener Medikamente
- **Q1110** Besprechung der Medikation mit Ärztin und Arzt oder Apothekerin oder Apotheker

5.6.2 Q1105 Anzahl eingenommener Medikamente

Q1105: *Wissen Sie zufällig, wie viele verschiedene verschreibungspflichtigen Medikamente Sie regelmäßig einnehmen?*

Tabelle 34: Anzahl eingenommener Medikamente

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	501	4332	1751	1163	630	500	500		2597	1876	1424
Mittelwert	3,36	3,85	3,13	3,19	2,92	3,2	2,96		2,79	3,39	4,49
Median	3	3	3	3	3	3	3		2	3	4

Q1105: Im internationalen Vergleich belegt Deutschland mit einem Mittelwert von 3,19 einen mittleren Platz bei der Anzahl der von den Patientinnen und Patienten eingenommenen Medikamente bei einer Spanne von 2,79 (Schweiz) bis 4,49 (USA).

5.6.3 Q1110 Besprechung der Medikation mit einer Ärztin, einem Arzt, einer Apothekerin oder einem Apotheker

Q1110: Hat im zurückliegenden Jahr ein Arzt oder Apotheker mit Ihnen alle Ihre Medikamente, die Sie einnehmen, besprochen? Befragt wurden alle, die mindestens zwei Medikamente regelmäßig einnehmen.

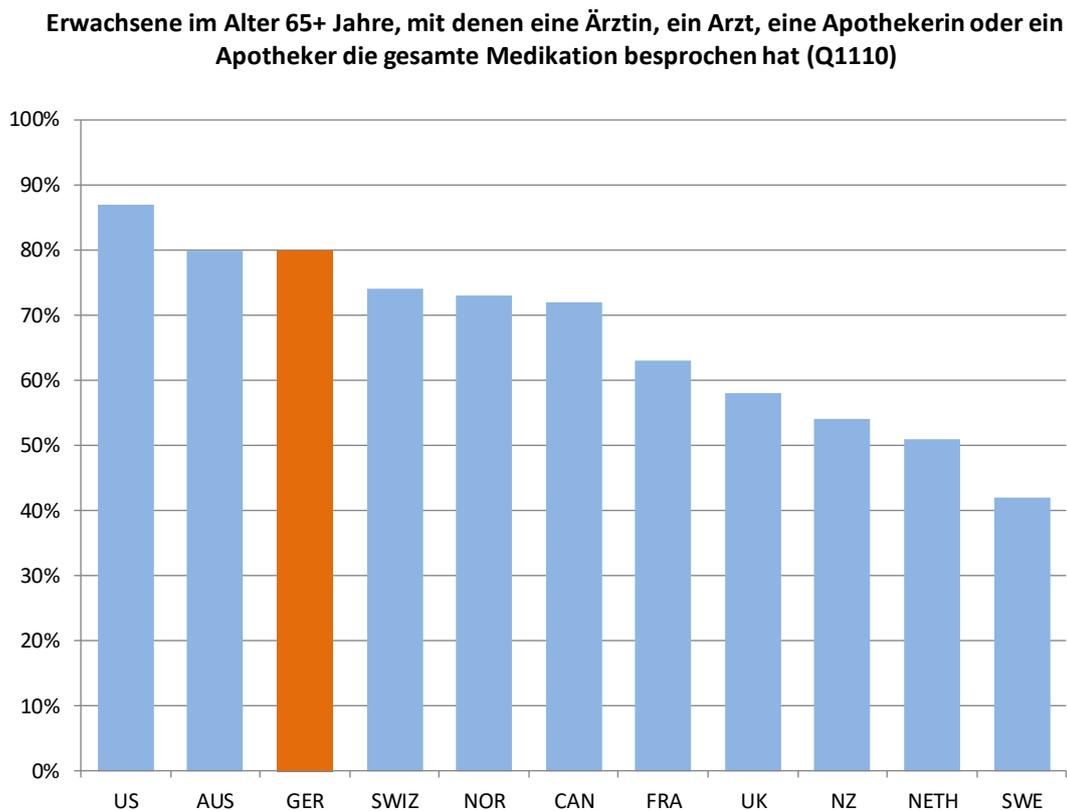


Abbildung 6: Besprechung der Medikation mit einer Ärztin, einem Arzt, einer Apothekerin oder einem Apotheker (Q1110)

Tabelle 35: Mangelnde Erläuterung der Medikation

Land	Anteil
US	87%
AUS	80%
GER	80%
SWIZ	74%
NOR	73%
CAN	72%
FRA	63%
UK	58%
NZ	54%
NETH	51%
SWE	42%

80 % der Befragten in Deutschland bejahen eine solche Besprechung der Medikation. Damit belegt Deutschland im internationalen Vergleich Platz 3 bei einer Spanne von 42 % (Schweden) bis 87 % (USA) (Q1110).

5.6.4 Ergebnisse zur Einnahme verschriebener Medikamenten (Sektion 1100)

Im internationalen Vergleich belegt Deutschland mit einem Mittelwert von 3,19 einen mittleren Platz bei der Anzahl der von den Patientinnen und Patienten eingenommenen Medikamente bei einer Spanne von 2,79 (Schweiz) bis 4,49 (USA) (Q1105).

80 % der Befragten in Deutschland berichten, dass mit ihnen ihre gesamte Medikation sachkundig besprochen wurde. Damit belegt Deutschland im internationalen Vergleich Platz 3 bei einer Spanne von 42 % (Schweden) bis 87 % (USA) (Q1110).

5.7 Erfahrungen mit stationärer Behandlung und stationärer Notfallversorgung (Sektion 1300)

5.7.1 Liste der Einzelthemen

- **Q1300** Stationärer Krankenhausaufenthalt
- **Q1310 A1, A2, A3:** Information zu den poststationären Erforderlichkeiten, Organisation der Nachsorge, Besprechung der Medikation
- **Q1328** Unterstützung nach der Krankenhauserlassung
- **Q1330** Aufsuchen der Notaufnahme
- **Q1305** Problembefhebung durch die Notaufnahme statt durch die Hausarztpraxis

5.7.2 Q1300 Stationärer Krankenhausaufenthalt

Q1300: Wurden Sie in den vergangenen zwei Jahren stationär in ein Krankenhaus aufgenommen?

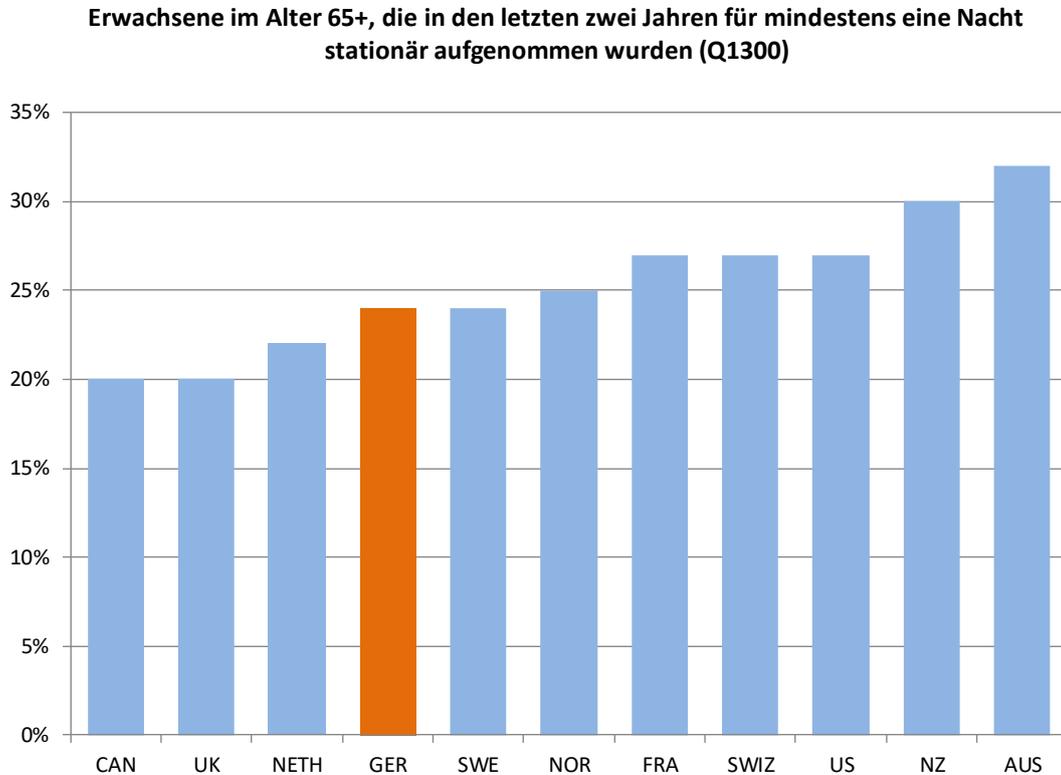


Abbildung 7: Stationäre Aufnahme für mindestens eine Nacht in den vergangenen zwei Jahren

Tabelle 36: Stationäre Aufnahme für mindestens eine Nacht in den vergangenen zwei Jahren

Land	Anteil
CAN	20%
UK	20%
NETH	22%
GER	24%
SWE	24%
NOR	25%
FRA	27%
SWIZ	27%
US	27%
NZ	30%
AUS	32%

Mit 24 % stationärer Aufnahme rate liegt Deutschland im Mittelfeld der Werte. 2017 lag diese Rate mit 39 % noch im oberen internationalen Bereich. Es kann hier spekuliert werden, ob dieser Rückgang mit der Pandemiesituation zu tun hat, oder welche Gründe zu dieser

Absenkung geführt haben. Aus den Daten der Befragung lassen sich hier kein Gründe herleiten.

5.7.3 Q1310 A1: Bereitstellung eines Informationsblattes mit Verhaltensregeln bei Krankenhausentlassung

Q1310 A1: Hat man Ihnen bei der Krankenhausentlassung ein Informationsblatt mit Verhaltensregeln gegeben, auf was Sie zu Hause achten müssen? Gefragt wurden alle Interviewten, die in den letzten zwei Jahren mindestens einmal stationär aufgenommen wurden.

Erwachsene im Alter 65+, die bei der Krankenhausentlassung ein Informationsblatt mit Verhaltensregeln erhielten, auf die sie zu Hause achten müssen.

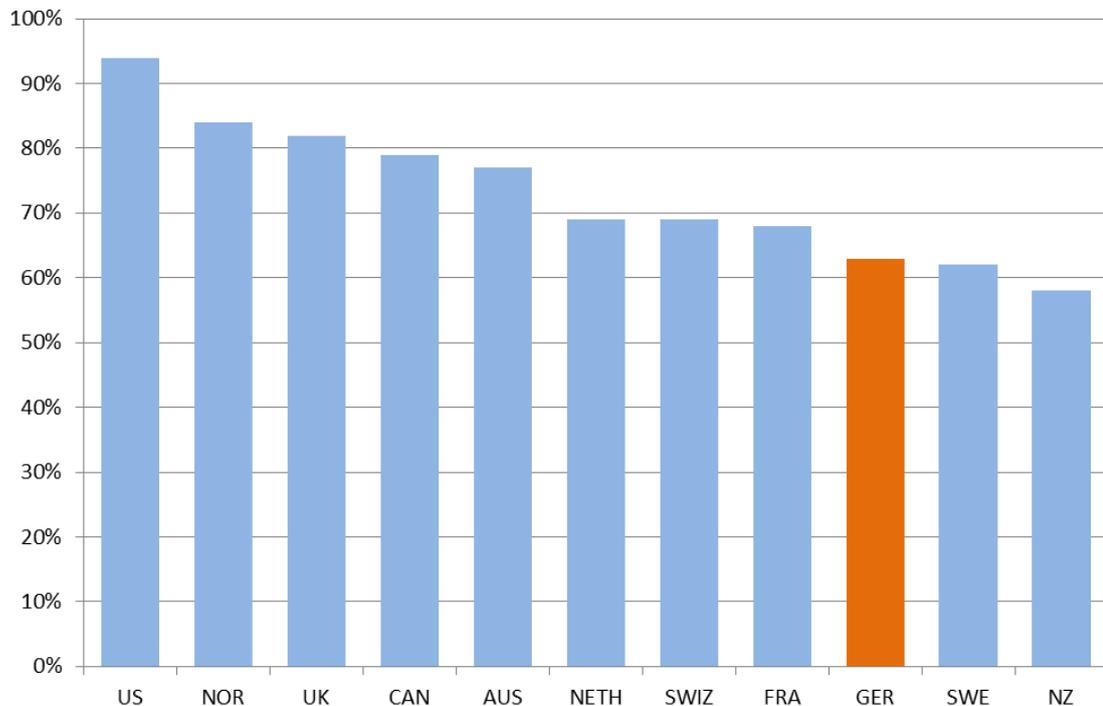


Abbildung 8: Erwachsene, die bei der Krankenhausentlassung ein Informationsblatt mit Verhaltensregeln erhielten

Tabelle 37: Bereitstellung eines Informationsblattes mit Verhaltensregeln bei Krankenhausentlassung

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	163	857	476	276	136	127	150	715	711	376	380
Ja	77%	79%	68%	63%	69%	84%	58%	62%	69%	82%	94%
Rang	5	4	8	9	6	2	11	10	6	3	1

Mit 63 % liegt Deutschland in diesem Merkmal auf Rang 9 von 11 bei einer Spanne von 58 % (Neuseeland) bis 94 % (USA), d.h. nur 63 % der Befragten erhielten bei ihrer Entlassung schriftliche Informationen mit Verhaltensregeln bei Krankenhausentlassung. Im Jahr 2017 waren es noch 76 %.

5.7.4 Q1310 A2: Organisation von Nachsorgeterminen oder der Nachsorge bei Krankenhausentlassung

Q1310 A2: Hat man bei der Krankenhausentlassung für Sie bereits Nachsorgetermine und die Nachsorge organisiert? Gefragt wurden alle Befragten, die in den letzten zwei Jahren mindestens einmal stationär aufgenommen wurden.

Tabelle 38: Organisation von Nachsorgeterminen oder der Nachsorge bei Krankenhausentlassung

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	161	857	472	257	121	118	139	705	704	373	378
Ja	82%	75%	63%	47%	64%	78%	61%	65%	81%	82%	80%
Rang	2	6	9	11	8	5	10	7	3	1	4

Aus der Berechnung wurden diejenigen Fälle ausgeschlossen, die angeben, dass eine Nachsorge nicht erforderlich gewesen sei. Für Deutschland sind dies 7 % (19/276), so dass die Grundgesamtheit für dieses Item um 19 auf 257 reduziert wurde.

Für 47 % der Befragten, bei denen eine Nachsorge erforderlich war, wurde bei der Krankenhausentlassung diese Nachsorge bereits organisiert. Das ist der kleinste Wert von allen 11 teilnehmenden Ländern. Großbritannien und Australien liegen hier an erster Stelle mit je 82 %. Im Jahr 2017 war das Ergebnis für Deutschland noch 77 %. Die Gründe für diese drastische Verschlechterung können der Befragung nicht entnommen werden. Die spezifische Pandemiesituation wäre eine mögliche Ursache. Bei manchen Ländern hat sich dieses Ergebnis auch verschlechtert, aber bei anderen wurde es besser, so dass zur Ursache der Veränderung keine Aussage gemacht werden kann.

Die folgende Grafik (Abbildung 9) zeigt die Veränderung der Werte zwischen 2017 und 2021 für die einzelnen Werte. Bei allen Ländern haben die Ergebnisse abgenommen, ggf. tatsächlich als Folge der Pandemie, bei Deutschland ist die Veränderung zwischen beiden Jahren jedoch mit -44 % des ersten Ergebnisses sehr groß.

Tabelle 39: Jahresunterschied bei Länderergebnissen der Organisation der Nachsorge bei der Krankenhausentlassung 2017-2021

Jahr	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
2017	89%	87%	84%	85%	78%	93%	88%	84%	88%	88%	91%
2021	82%	75%	63%	47%	64%	78%	61%	65%	81%	82%	80%

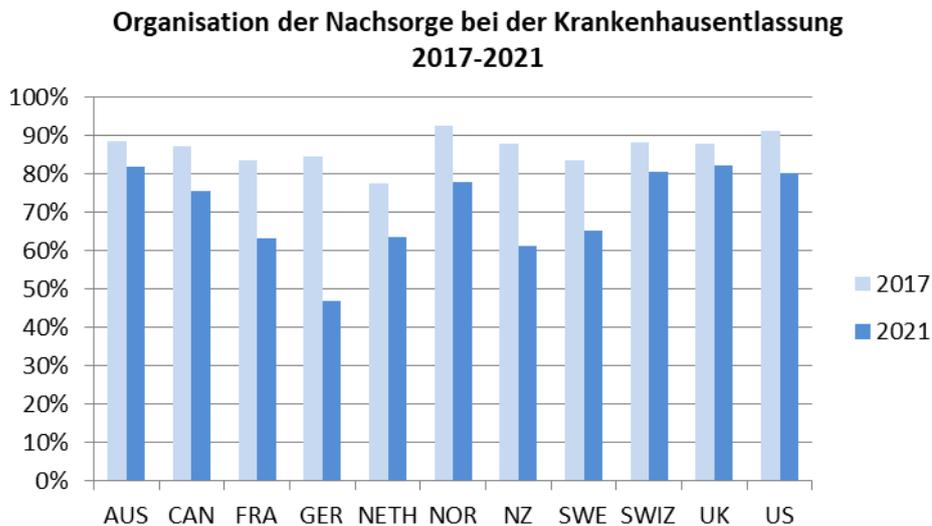


Abbildung 9: Jahresunterschied bei Länderergebnissen der Organisation der Nachsorge bei der Krankenhausentlassung 2017-2021

Weitere differenzierte Ergebnisse zu diesem Aspekt siehe 0 und 9.5.

5.7.5 Q1310 A3: Besprechung der erforderlichen Medikation bei Krankenhausentlassung

Q1310 A3: Hat bei der Entlassung aus dem Krankenhaus jemand mit Ihnen alle Medikamente, die Sie nehmen sollen, besprochen? Gefragt wurden alle Befragten, die in den letzten zwei Jahren mindestens einmal stationär aufgenommen wurden.

Tabelle 40: Besprechung der erforderlichen Medikation bei Krankenhausentlassung

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	163	857	476	276	136	127	150	715	711	376	380
Ja	76%	73%	67%	46%	79%	75%	52%	58%	68%	66%	78%
Rang	3	5	7	11	1	4	10	9	6	8	2

Mit 46 % der Befragten wurde bei der Krankenhausentlassung die erforderliche Medikation besprochen. Das ist der niedrigste Wert im internationalen Vergleich, bei denen die besten Ergebnisse bei 79% (Niederlande) und 78 % (USA) liegen. 2017 hatte Deutschland in dieser Frage noch ein Ergebnis von 63 %, so dass auch hier sich die Betreuung bei der Krankenhausentlassung deutlich verschlechtert hat.

Weitere differenzierte Ergebnisse zu diesem Aspekt siehe 8.3 und 9.4.

5.7.6 Q1328 Notwendige Unterstützung nach der Krankenhausentlassung

Q1328: Haben Sie nach der Krankenhausentlassung die notwendige Unterstützung erhalten?
Befragt wurden alle, die in den letzten zwei Jahren stationär im Krankenhaus behandelt wurden.

Tabelle 41: Notwendige Unterstützung nach der Krankenhausentlassung

Land	Anteil
US	91%
NOR	90%
UK	88%
AUS	85%
CAN	84%
NETH	84%
FRA	81%
SWIZ	77%
NZ	75%
SWE	66%
GER	60%

Erwachsene im Alter 65+, die nach der Krankenhausentlassung die notwendige Unterstützung erhielten (Q1328)

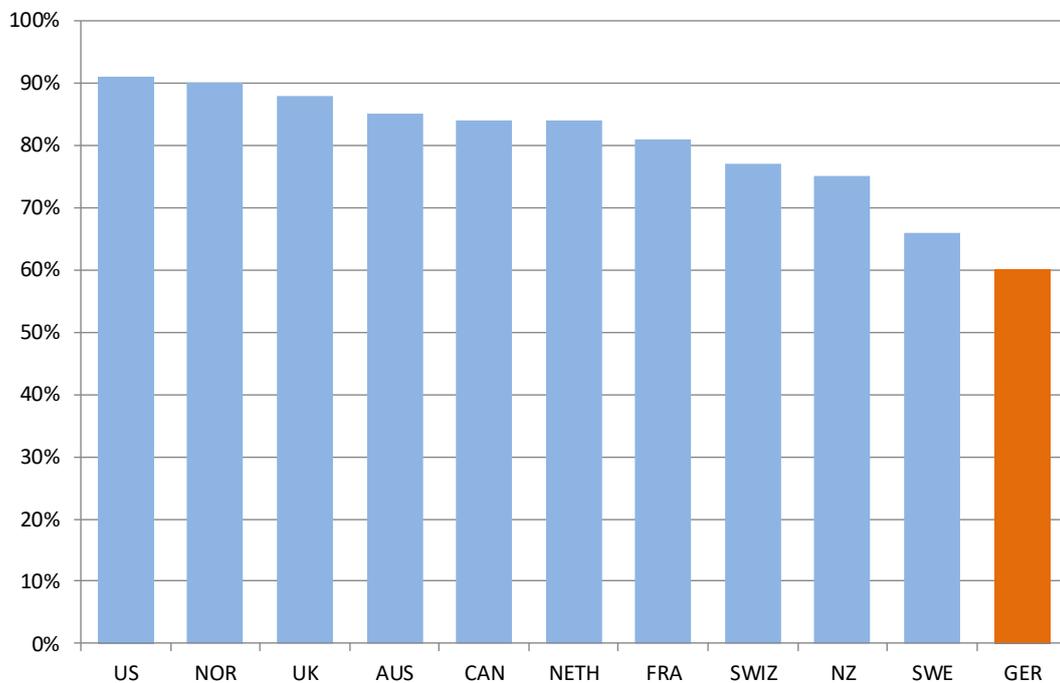


Abbildung 10: Anteil Befragte, die nach der Krankenhausentlassung die notwendige Unterstützung erhielten (Q1328)

Deutschland belegt bei der „Notwendigen Unterstützung nach der Krankenhausentlassung“ (Q1328) mit 60 % (165 / 276) den schlechtesten Platz. Im Umkehrschluss bedeutet das Ergebnis, dass 40 % der Befragten angaben, die notwendige Unterstützung nicht erhalten zu haben. Mit 91 % Unterstützung erreichen die USA das beste Ergebnis. Außer Schweden liegen die anderen Länder mit ihren Ergebnissen alle oberhalb 74 %, so dass das Ergebnis für Deutschland auffällig ist. Im Jahr 2017 waren es noch 82 % der Befragten, so dass hier eine deutliche Absenkung der Unterstützungsquote durch die Befragten dargestellt wird.

5.7.7 Q1330 Aufsuchen der Notaufnahme

Wie oft waren Sie innerhalb der letzten 2 Jahre wegen eines gesundheitlichen Problems in einer Notaufnahme?

Tabelle 42: Aufsuchen der Notaufnahme

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	499	4253	1737	1159	619	495	490		2539	1858	1384
Mittelwert	0,55	0,7	0,3	0,22	0,29	0,41	0,42		0,33	0,4	0,66
Median	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0
Rang	3	1	8	10	9	5	4		7	6	2

Deutschland hat hier den niedrigsten Wert, weil sehr viel an dringenden Versorgungssituationen außerhalb der normalen Praxiszeiten durch ambulante Leistungen aufgefangen werden. 2017 lagen zu Mittelwert und Median keine Werte vor.

Tabelle 43: Aufsuchen der Notaufnahme eines Krankenhauses mind. einmal in den letzten zwei Jahren

Land	Anteil
GER	16%
FRA	21%
NETH	21%
UK	24%
SWIZ	24%
NOR	25%
NZ	25%
AUS	32%
US	34%
CAN	34%
SWE	35%

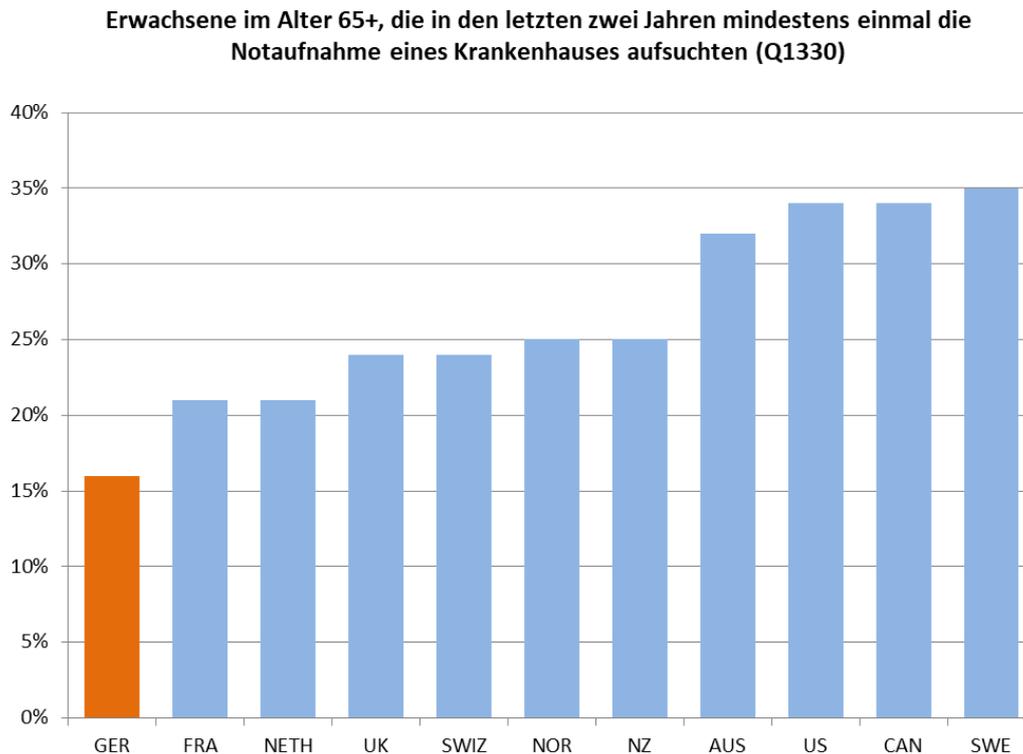


Abbildung 11: Aufsuchen der Notaufnahme eines Krankenhauses (Q1330)

2017 waren es in Deutschland noch 29 % der Befragten, die angaben, mindestens einmal in den letzten zwei Jahren die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht zu haben. Auch hier kann die Rolle der Pandemie als eine der Ursachen vermutet werden, ohne hierfür konkretes Datenmaterial zu haben.

5.7.8 Q1335 Problembhebung durch die Notaufnahme statt in der Hausarztpraxis

Q1335: Hätte das Gesundheitsproblem, mit dem Sie zuletzt in einer Notaufnahme waren, auch durch Ihren Hausarzt behandelt werden können, wenn er verfügbar gewesen wäre?

Tabelle 44: Problembehebung durch die Notaufnahme statt in der Hausarztpraxis

Land	Anteil
GER	16%
UK	16%
NOR	18%
FRA	21%
SWE	25%
NZ	26%
SWIZ	27%
AUS	27%
US	28%
CAN	32%
NETH	36%

Erwachsene im Alter 65+, die die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchten mit einem Problem, das auch der Hausarzt hätte behandeln können, wenn er verfügbar gewesen wäre.

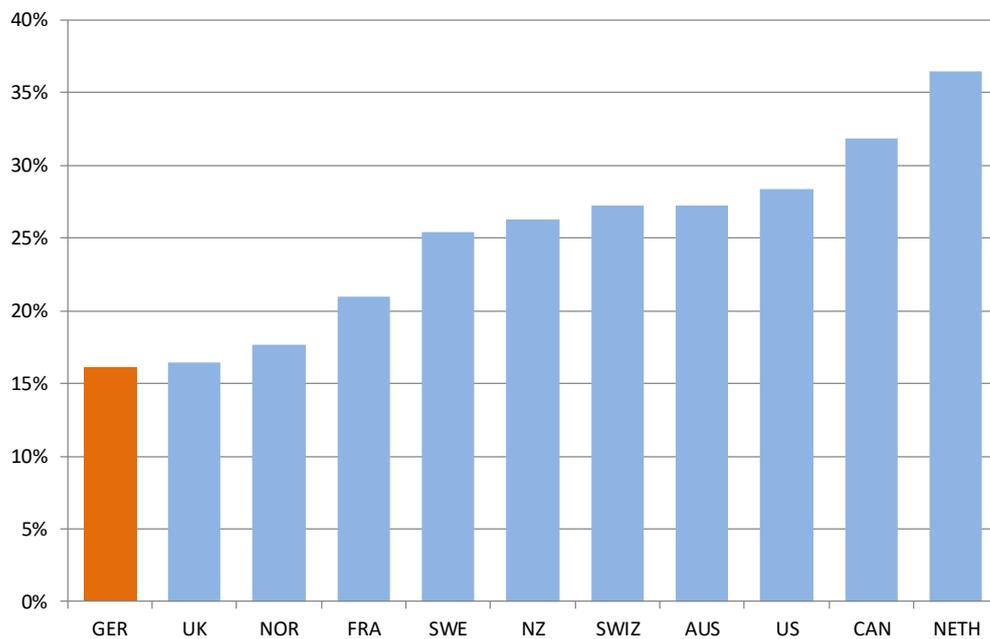


Abbildung 12: Problembehebung durch die Notaufnahme statt in der Hausarztpraxis (Q1335)

Der niedrige Wert für Deutschland kann gewertet werden als ein Zeichen für den guten Zugang zur ambulanten Versorgung auch bei Notfällen, so dass vielfach die Krankenhausnotaufnahme nicht in Anspruch genommen werden muss.

Siehe auch Kapitel 7.4, wo auch Fragen zur stationären Versorgung im Hinblick auf Responsiveness dargestellt werden.

5.7.9 Ergebnisse zu Erfahrungen mit stationärer Behandlung und Notfallversorgung (Sektion 1300)

Mit 24 % stationärer Aufnahme (Q1300) liegt Deutschland im Mittelfeld der Werte. 2017 lag diese Rate mit 39 % noch im oberen internationalen Bereich. Es kann hier spekuliert werden, ob dieser Rückgang mit der Pandemiesituation zu tun hat, oder welche Gründe zu dieser Absenkung geführt haben. Aus den Daten der Befragung lassen sich hier keine Gründe herleiten.

51 % der Interviewten berichten, dass sie bei der Entlassung aus einem Krankenhaus nicht ausreichend informiert wurden und/oder dass das Krankenhaus keine Regelungen für die Versorgung nach der Entlassung veranlasst hatte (Q1310). Das ist im internationalen Vergleich das zweit schlechteste Ergebnis. Die USA mit dem besten Ergebnis liegen bei 19 %. 2017 waren es in Deutschland noch 39 %. Das war damals das schlechteste Ergebnis verglichen mit den Werten der anderen teilnehmenden Länder.

Deutschland belegt bei der „Notwendigen Unterstützung nach der Krankenhauserkrankung“ (Q1328) mit 60 % (165 / 276) den schlechtesten Platz. Im Umkehrschluss bedeutet das Ergebnis, dass 40 % der Befragten angaben, die notwendige Unterstützung nicht erhalten zu haben. Mit 91 % Unterstützung erreichen die USA das beste Ergebnis. Außer Schweden liegen die anderen Länder mit ihren Ergebnissen alle oberhalb 74 %, so dass das Ergebnis für Deutschland auffällig ist. Im Jahr 2017 waren es noch 82 % der Befragten, so dass hier eine deutliche Absenkung der Unterstützungsquote durch die Befragten dargestellt wird.

Nur 16% der Interviewten hatten in den letzten zwei Jahren die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht (Q1330). Das ist international die geringste Quote, die aber auch damit zusammenhängt, dass in Deutschland die Versorgung von Notfällen insbesondere auch im ambulanten Bereich geschieht. Insbesondere hat in der Pandemiesituation die Organisation der primären Kontaktaufnahme bei Corona-Verdachtsfall über die Praxen einen Ansturm auf die Krankenhäuser verhindert, was eine Stärke des deutschen Gesundheitssystems war/ist.

Nur 16 % der Interviewten hatten die Notaufnahme eines Krankenhauses mit einem Problem aufgesucht, das auch ihr Hausarzt oder ihre Hausärztin hätte behandeln können (Q1335). Dies ist das beste Ergebnis im internationalen Vergleich und spricht für die Bedeutung der ambulanten Akutversorgung in Deutschland.

5.8 Versorgungshilfen zu Hause (Sektion 1400)

5.8.1 Liste der Einzelthemen

- **Q1401, Q1402, Q1403** Beschreibung des Gesundheitszustands und des Hilfebedarfs
- **Q1406, Q1408, Q1410** Erhaltene Hilfe

5.8.2 Q1401 Beschreibung des Gesundheitszustands und des Hilfebedarfs

Q1401: *Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?*

- 1 *Ausgezeichnet*
- 2 *Sehr gut*
- 3 *Gut*
- 4 *Mittelmäßig*
- 5 *Schlecht*
- 8 *Nicht sicher*
- 9 *Keine Angabe*

Gesundheitszustand "ausgezeichnet" oder "sehr gut"

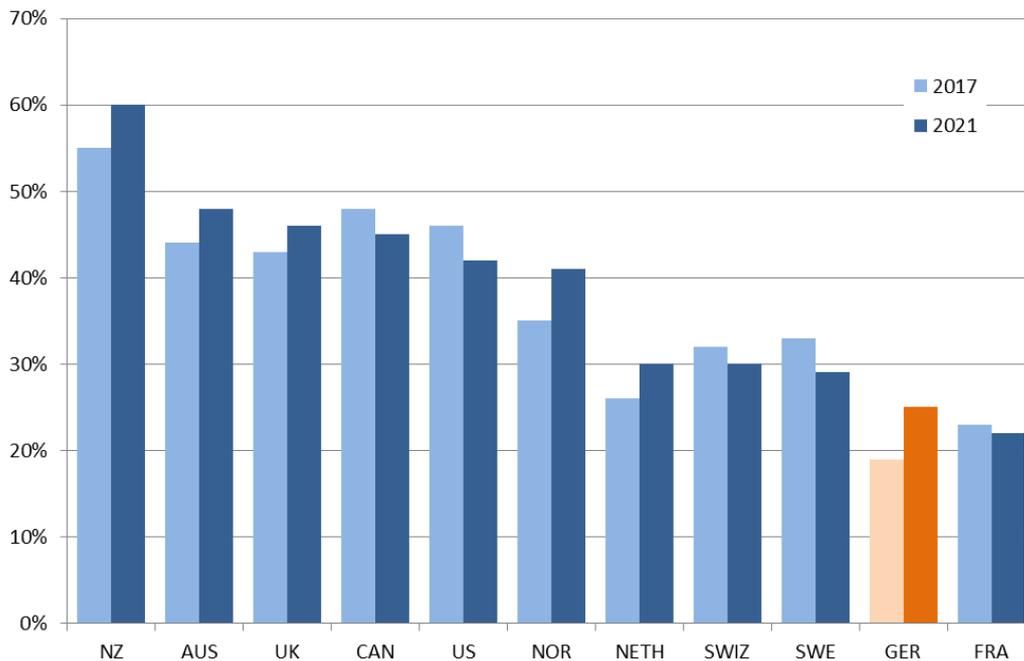


Abbildung 13: Guter Gesundheitszustand (Q1401)

Tabelle 45: Guter Gesundheitszustand

Land	2017	2021
NZ	55%	60%
AUS	44%	48%
UK	43%	46%
CAN	48%	45%
US	46%	42%
NOR	35%	41%
NETH	26%	30%
SWIZ	32%	30%
SWE	33%	29%
GER	19%	25%
FRA	23%	22%

Trotz der Pandemiesituation hat sich in Deutschland wie auch in einigen anderen Ländern der Gesundheitszustand (Q1401) im Vergleich zu 2017 etwas gebessert. Die gesundheitliche Belastung ist jedoch weiterhin am größten für die Befragten in Frankreich und Deutschland. Es zeigt sich ein Zusammenhang zum Alter der Befragten. Die vier Länder mit dem größten Anteil an Befragten im Alter von 75+ Jahren (Schweiz, Schweden, Deutschland, Frankreich) haben auch den geringsten Anteil an Personen mit gutem bis sehr gutem Gesundheitszustand.

Betrachtet man den Anteil der Befragten mit eingeschränktem Gesundheitszustand (mittelmäßig oder schlecht) im Vergleich der Regionen, so ergibt sich folgende Verteilung:

Tabelle 46: Eingeschränkte Gesundheit pro Region

Q1401 Eingeschränkte Gesundheit pro Region			
Region	Merkmal	GG	Anteil
Gesamt	383	1159	33%
Region Nord	73	219	33%
Region West	108	356	30%
Region Süd	105	341	31%
Region Ost	97	243	40%

GG: Grundgesamtheit: alle Interviewten mit Differenzierung nach Region.

Merkmal: Anteil mit eingeschränktem Gesundheitszustand (Q1401 = 4, mittelmäßig, oder 5 = schlecht)

40 % der Befragten der Region Ost berichten von einer eingeschränkten Gesundheit, ein Anteil, der über allen anderen Regionen (30 % bis 33 %) liegt.

5.8.3 Q1402 Einschränkung bei den täglichen Verrichtungen

Q1402: Wie sehr sind Sie in Ihren täglichen Verrichtungen eingeschränkt?

Tabelle 47: Einschränkung bei den täglichen Verrichtungen

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	501	4289	1729	1161	627	500	497	2988	2592	1874	1420
Schwer/etwas eingeschränkt	14%	14%	19%	29%	19%	11%	13%	18%	25%	15%	14%
Rang	9	8	3	1	4	11	10	5	2	6	7

Die in Deutschland Befragten geben mehr als doppelt so häufig an (29 %), dass sie Einschränkungen bei den täglichen Verrichtungen haben, wie z.B. Befragte in Norwegen (11 %). Ein ähnlich hohes Ergebnis hat die Schweiz mit 25 %.

5.8.4 Q1403 Hilfsbedarf im Alltag wegen eines Gesundheitsproblems

Q1403: Brauchen Sie aufgrund eines Gesundheitsproblems in Ihrem Alltag Hilfe?

Tabelle 48: Hilfsbedarf im Alltag wegen eines Gesundheitsproblems

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	501	4306	1748	1163	629	497	499	2995	2593	1869	1412
Ja (Hilfsbedarf besteht)	19%	13%	15%	14%	22%	13%	13%	8%	10%	15%	17%
Rang	2	7	5	6	1	8	9	11	10	4	3

In Deutschland hat nur ein mittlerer Anteil von 14 % Hilfsbedarf im Alltag wegen eines Gesundheitsproblems (Q402). Die Spanne reicht von 8 % (NOR) bis 22 % (NETH) im internationalen Vergleich.

5.8.5 Q1406 Häufigkeit der Unterstützung im Alltag

Q1406: Wie oft bekommen Sie die benötigte Hilfe? Gefragt wurden die, die in Q1403 Hilfsbedürftigkeit angezeigt hatten (n=153, gewichtet n=164).

Tabelle 49: Häufigkeit der Unterstützung im Alltag

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	90	546	249	164	134	60	60	234	249	288	242
Immer / oft	77%	61%	69%	60%	65%	73%	48%	74%	77%	78%	60%
Rang	3	8	6	10	7	5	11	4	2	1	9

In Deutschland berichten nur 60 % der Befragten, dass sie im Alltag benötigte Hilfe oft oder immer bekommen würden (Q1406). Das ist der zweitschlechteste Platz. Großbritannien hat

das beste Ergebnis: 78 % der Hilfsbedürftigen bestätigen, dass sie oft bis immer die benötigten Hilfsleistungen erhalten.

5.8.6 Q1408 A1 Hilfe im Alltag durch Dritte

Bekommen sie Hilfe von einer Hilfskraft, einer Pflegekraft oder anderem medizinischem Personal? Befragt wurden alle, die in Q1406 angegeben haben, in irgendeiner Form Hilfe zu erhalten (n=141, gewichtet n = 148).

Tabelle 50: Hilfe im Alltag durch Dritte

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	89	496	230	148	120	54	55	226	244	280	224
Ja	18%	25%	28%	42%	36%	41%	62%	43%	34%	28%	30%
Rang	11	10	9	3	5	4	1	2	6	8	7

5.8.7 Q1408 A2 Hilfe im Alltag durch nahestehende Personen

Bekommen sie Hilfe von einem Familienmitglied, einer Freundin oder einem Freund oder jemandem aus Ihrer Umgebung? Befragt wurden alle, die in Q1406 angegeben haben, in irgendeiner Form Hilfe zu erhalten (n=141, gewichtet n = 148).

Tabelle 51: Hilfe im Alltag durch nahestehende Personen

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	89	491	230	148	122	55	55	228	244	279	227
Ja	75%	74%	53%	84%	56%	62%	71%	82%	76%	83%	74%
Rang	5	7	11	1	10	9	8	3	4	2	6

42 % der Befragten, die Hilfe erhalten, berichten, dass sie ganz oder teilweise von externen Dritten Hilfe bekämen, 84 % erhalten ganz oder teilweise Hilfe durch nahestehende Personen, durch ihre Familie oder ihre Umgebung (Q1408 A1 und A2).

Nimmt man die ungewichteten Antworten, so ergibt sich folgende Einteilung:

- 15 % erhalten Hilfe nur durch Dritte
- 55 % erhalten Hilfe nur durch nahestehende Personen
- 30 % erhalten Hilfe sowohl von Dritten als auch von nahestehenden Personen

5.8.8 Q1410 A1 Unzureichende Hilfeleistungen im täglichen Leben wegen der Kosten

Q1410 A1: Ist es im letzten Jahr vorgekommen, dass Sie die Hilfe, die Sie eigentlich gebraucht hätten, wegen der Kosten nicht bekommen haben? Befragt wurden alle, die angegeben hatten, dass sie hilfsbedürftig sind (Q1413).

Tabelle 52: Unzureichende Hilfeleistungen im täglichen Leben wegen der Kosten

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	94	566	267	164	136	65	64	236	252	288	244
Ja	4%	8%	4%	3%	5%	9%	8%	3%	8%	4%	11%
Rang	7	3	7	10	6	2	3	10	3	7	1

In Schweden und in Deutschland wurden wegen der Kosten nur bei 3 % der Befragten Hilfeleistungen nicht zur Verfügung gestellt. Am anderen Ende der Spanne stehen Norwegen mit 9 % und die USA mit 11 %.

5.8.9 Q1410 A2 Unzureichende Hilfeleistungen im täglichen Leben wegen der Pandemie

Q1410 A2: Ist es im letzten Jahr vorgekommen, dass Sie die Hilfe, die Sie eigentlich gebraucht hätten, wegen der Corona Pandemie gar nicht oder nur eingeschränkt bekommen haben? Befragt wurden alle, die angegeben hatten, dass sie hilfsbedürftig sind (Q1413).

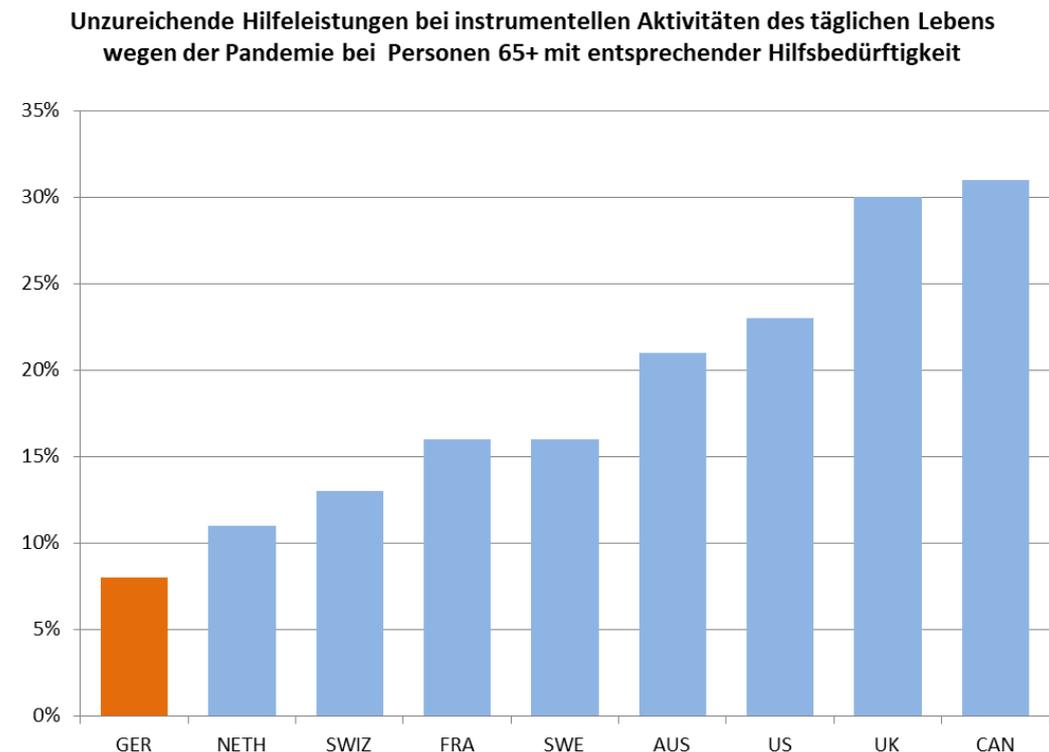


Abbildung 14: Unzureichende Hilfeleistungen im täglichen Leben wegen der Pandemie (Q1410)

Tabelle 53: Unzureichende Hilfeleistungen wegen der Pandemie

Land	Anteil
GER	8%
NETH	11%
SWIZ	13%
FRA	16%
SWE	16%
AUS	21%
US	23%
UK	30%
CAN	31%

Mit 8 % betraf der Wegfall von Hilfeleistungen im täglichen Leben wegen der Pandemie nur einen geringen Teil der deutschen Befragten (Q1410 A2): der niedrigste Wert im Vergleich bei einer Spanne nach oben bis 30 % für Großbritannien und 31 % für Kanada.

5.8.10 Q1410 A3 Unzureichende Hilfeleistungen im täglichen Leben auf eigenen Wunsch wegen der Pandemie

Q1410 A3: Ist es im letzten Jahr vorgekommen, dass Sie die Hilfe, die Sie eigentlich gebraucht hätten, auf eigenen Wunsch nicht bekommen haben, weil Sie wegen der Corona Pandemie niemanden bei sich zu Hause haben wollten? Befragt wurden alle, die angegeben hatten, dass sie hilfsbedürftig sind (Q1413).

Tabelle 54: Unzureichende Hilfeleistungen im täglichen Leben auf eigenen Wunsch wegen der Pandemie

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	94	566	267	164	136	65	64	236	252	288	244
Ja	11%	18%	6%	5%	9%	1%	15%	11%	12%	10%	17%
Rang	5	1	9	10	8	11	3	5	4	7	2

Nur 5% der Befragten in Deutschland verzichteten auf Hilfeleistungen im täglichen Leben, um sich vor Corona zu schützen (Q1410 A3). Das ist neben Norwegen (1%) der geringste Anteil. Dem gegenüber berichten dies 18% der Befragten in Kanada und 17 % in den USA.

5.8.11 Ergebnisse zu Gesundheitszustand und Versorgungshilfen zu Hause (Sektion 1400)

Trotz der Pandemiesituation hat sich in Deutschland wie auch in einigen anderen Ländern der Gesundheitszustand (Q1401) im Vergleich zu 2017 etwas gebessert. Die gesundheitliche Belastung ist jedoch weiterhin am größten für die Befragten in Frankreich und Deutschland. Es zeigt sich ein Zusammenhang zum Alter der Befragten. Die vier Länder mit dem größten Anteil an Befragten im Alter von 75+ Jahren (Schweiz, Schweden, Deutschland, Frankreich) haben auch den geringsten Anteil an Personen mit gutem bis sehr gutem Gesundheitszustand.

40 % der Befragten der Region Ost berichten von einer eingeschränkten Gesundheit, ein Anteil, der über allen anderen Regionen (30 % bis 33 %) liegt.

Die in Deutschland Befragten geben mehr als doppelt so häufig an (29 %), dass sie Einschränkungen bei den täglichen Verrichtungen haben, wie z.B. Befragte in Norwegen (11 %) (Q1402). Ein ähnlich hohes Ergebnis hat die Schweiz mit 25 %. Auch hier dürfte der größere Anteil an Befragten über 75 Jahren eine Rolle spielen.

In Deutschland hat nur ein mittlerer Anteil von 14 % der Befragten Hilfsbedarf im Alltag wegen eines Gesundheitsproblems (Q402). Die Spanne reicht von 8 % (NOR) bis 22 % (NETH) im internationalen Vergleich.

In Deutschland berichten 60 % der Befragten, dass sie im Alltag benötigte Hilfe oft oder immer bekommen würden (Q1406). Das ist im internationalen Vergleich der zweitschlechteste Platz. Großbritannien hat das beste Ergebnis: 78 % der Hilfsbedürftigen bestätigen, dass sie oft bis immer die benötigten Hilfsleistungen erhalten.

42 % der Befragten die Hilfe erhalten, berichten, dass sie ganz oder teilweise von externen Dritten Hilfe bekämen, 84 % erhalten ganz oder teilweise Hilfe durch nahestehende Personen, durch ihre Familie oder ihre Umgebung (Q1408 A1 und A2).

Nimmt man die ungewichteten Antworten, so ergibt sich folgende Einteilung:

- 15 % erhalten Hilfe nur durch Dritte,
- 55 % erhalten Hilfe nur durch nahestehende Personen,
- 30 % erhalten Hilfe sowohl von Dritten als auch von nahestehenden Personen.

In Schweden und in Deutschland wurden wegen der Kosten nur bei 3 % der Befragten Hilfeleistungen nicht zur Verfügung gestellt (Q1410 A1). Am anderen Ende der Spanne stehen Norwegen mit 9 % und die USA mit 11 %.

8 % der Befragten, die auf Hilfe angewiesen sind, berichten, dass sie wegen der Pandemie nur unzureichende Hilfeleistungen erhalten haben (Q1410 A2). Dies ist der niedrigste Wert im internationalen Vergleich. Den höchsten Anteil an Befragten ohne ausreichende Hilfe haben Großbritannien (30 %) und Kanada (31 %). Trotz des niedrigen Vergleichswerts ist zu beachten, dass in Deutschland bei diesen 8 % der Betroffenen die erforderlichen Hilfeleistungen unterblieben oder sie wurden nur ungenügend geleistet, was für die Betroffenen im Einzelfall ein ernstes Problem war.

5% der Befragten in Deutschland verzichteten auf Hilfeleistungen im täglichen Leben, um sich vor Corona zu schützen (Q1410 A3). Das ist neben Norwegen (1%) der geringste Anteil. Dem gegenüber berichten 18% der Befragten in Kanada und 17 % in den USA von solch einem freiwilligen Verzicht aus Vorsicht.

5.9 Versorgung bei chronischer Erkrankung (Sektion 1415)

5.9.1 Liste der Einzelthemen

- **Q1415, Q1416** Prävalenz chronischer Erkrankungen
- **Q1420** Besprechung der Behandlungsziele, Anweisungen
- **Q1425** Ergänzende Kontaktaufnahme und Beratung durch eine medizinische Fachkraft
- **Q1427** Verfügbarkeit eines Behandlungsplans
- **Q1429** Sicherheit im Umgang mit gesundheitlichen Problemen

5.9.2 Q1415, Q1416 Prävalenz chronischer Erkrankungen

Wurde Ihnen von einem Arzt mitgeteilt, dass Sie unter einer der folgenden Erkrankungen leiden? Wird bei Ihnen derzeit eine der folgenden Erkrankungen behandelt, ggf. auch mit ärztlicher oder anderer Hilfe?

Tabelle 55: Prävalenz chronischer Erkrankungen (in Behandlung), Daten für Deutschland

Chronische Erkrankungen	Anteil
Hypertonie	51%
Arthritis	21%
Diabetes	18%
Herzerkrankung	17%
Lungenerkrankung	9%
Krebs	5%
Schlaganfall	5%
Psychische Erkrankung	5%

Tabelle 56: Prävalenz chronischer Erkrankungen (in Behandlung), internationale Daten

	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Hypertension	50	48	49	51	40	42	45	55	47	41	59
Gelenkschmerz	57	48	49	21	29	41	19	29	37	41	53
Diabetes	20	23	20	18	14	11	15	14	10	15	28
Herzerkrankung	16	18	18	17		18	19	21	17	15	21
Krebs	16	13	12	5	9	14	13	17	11	11	17

Blau Schrift: geringste Prävalenz, rote Schrift: höchste Prävalenz

Die häufigsten chronischen Erkrankungen mit andauernder Behandlung, die die Interviewten nennen, sind in Deutschland Hypertonie, Arthritis bzw. Gelenksbeschwerden, Diabetes und Herzerkrankungen (Q1415, Q1416). Bei Krebserkrankungen hat Deutschland im internationalen Vergleich die geringste Prävalenzrate mit 5%. Die Ergebnisspanne reicht hier von 5 % (Deutschland) bis 17 % (USA und Schweden).

5.9.3 Q1420 A1 Besprechung der Behandlungsziele

Hat während des letzten Jahres Ihr Arzt oder eine medizinische Fachkraft mit Ihnen Ihre wichtigsten Ziele bzw. Prioritäten in Bezug auf die Behandlung Ihrer Krankheit besprochen?

Tabelle 57: Besprechung der Behandlungsziele

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	338	2794	1093	735	273	274	242	1472	1395	1011	1060
Teilweise / häufig	60%	51%	35%	88%	64%	47%	38%	51%	60%	37%	71%
Rang	4	6	11	1	3	8	9	7	5	10	2

5.9.4 Q1420 A2 Vorgabe von Anweisungen

Hat während des letzten Jahres Ihr Arzt oder eine medizinische Fachkraft Ihnen klare Anweisungen gegeben, auf welche Symptome Sie achten müssen und in welchen Situationen Hilfe geholt werden soll?

Tabelle 58: Vorgabe von Anweisungen

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	347	2787	1106	741	274	275	250	1544	1382	1024	1077
Teilweise / häufig	54%	53%	53%	87%	49%	47%	35%	47%	56%	42%	65%
Rang	4	5	6	1	7	9	11	8	3	10	2

Menschen mit chronischen Erkrankungen werden im internationalen Vergleich in Deutschland von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder von einer Fachkraft mit Abstand am häufigsten unterstützt. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Besprechung ihrer Behandlungsziele (88 %) als auch der Anweisungen zum Umgang mit ihrer Erkrankung (87 %) (Q1420 A1 und A2).

5.9.5 Q1425 A1 Ergänzende Kontaktaufnahme durch eine medizinische Fachkraft

Gibt es zwischen den Arztbesuchen eine medizinische Fachkraft, die mit Ihnen Kontakt aufnimmt, um zu sehen, wie Sie zurechtkommen?

Tabelle 59: Ergänzende Kontaktaufnahme durch eine medizinische Fachkraft

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	349	2905	1123	650	275	291	280	1500	1243	1048	1090
Ja	18%	28%	8%	16%	27%	21%	15%	22%	10%	29%	36%
Rang	7	3	11	8	4	6	9	5	10	2	1

5.9.6 Q1425 A2 Ergänzende Beratung durch eine medizinische Fachkraft

Gibt es zwischen den Arztbesuchen eine medizinische Fachkraft, Sie einfach erreichen können, um Fragen zu stellen oder Rat zu bekommen?

Tabelle 60: Ergänzende Beratung durch eine medizinische Fachkraft

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	324	2810	1039	647	258	272	273	1386	1125	1000	1082
Ja	67%	69%	41%	27%	86%	80%	67%	74%	51%	76%	86%
Rang	7	6	10	11	1	3	8	5	9	4	2

Ergänzende Kontaktaufnahmen und Beratungen durch medizinische Fachkräfte kommen in Deutschland nicht so häufig vor (16 % und 27 %), wie in anderen Ländern, z.B. in den USA (36 % bei der Kontaktaufnahme) oder den Niederlanden (86 % bei der ergänzenden Beratung) (Q1425 A1 und A2).

5.9.7 Q1427 A1 Verfügbarkeit eines Behandlungsplans

Haben Sie einen Behandlungsplan für Ihre chronische Erkrankung, den Sie in Ihrem Alltag umsetzen können?

Tabelle 61: Verfügbarkeit eines Behandlungsplans

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	341	2732	1091	759	247	278	211	1475	1408	961	1054
Teilweise / häufig	87%	82%	67%	64%	56%	87%	61%	69%	75%	81%	88%
Rang	2	4	8	9	11	3	10	7	6	5	1

Ein Behandlungsplan für die chronische Erkrankung, der von den Patientinnen und Patienten im Alltag umgesetzt werden kann (Q1427 A1), liegt in nur 64 % der Fälle vor. Die Spitzenreiter liegen hier mit 88 % (USA) und Australien (87 %) deutlich darüber.

5.9.8 Q1429 Sicherheit im Umgang mit gesundheitlichen Problemen

Wie sicher sind Sie sich, dass Sie Ihre gesundheitlichen Probleme im Griff haben und mit ihnen umgehen können?

Tabelle 62: Sicherheit im Umgang mit gesundheitlichen Problemen

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	353	2899	1120	796	281	295	289	1924	1648	1050	1094
Sehr sicher / sicher	95%	95%	93%	87%	86%	97%	96%	80%	95%	93%	95%
Rang	4	3	7	9	10	1	2	11	6	8	5

In Deutschland haben 86 % der Befragten das sichere Gefühl, dass sie „ihre gesundheitlichen Probleme im Griff haben und mit ihnen umgehen können“ (Q1429). Bei sechs von 11 Ländern liegt dieser Wert jedoch bei 95 % oder besser. In Deutschland betrifft die Unsicherheit ca. jeden Siebten, in den besten sechs Ländern nur jeden 20. der Befragten.

5.9.9 Ergebnisse zur Versorgung bei chronischer Erkrankung (Sektion 1415)

Die häufigsten chronischen Erkrankungen mit andauernder Behandlung, die die Interviewten nennen, sind in Deutschland Hypertonie, Arthritis bzw. Gelenkbeschwerden, Diabetes und Herzerkrankungen (Q1415, Q1416). Bei Krebserkrankungen hat Deutschland im internationalen Vergleich die geringste Prävalenzrate mit 5%. Die Ergebnisspanne reicht hier von 5 % (Deutschland) bis 17 % (USA und Schweden).

Menschen mit chronischen Erkrankungen werden im internationalen Vergleich in Deutschland hinsichtlich ihrer Behandlungsziele als auch der Anweisungen zum Umgang mit ihrer Erkrankung mit Abstand am häufigsten (88 % bzw. 87 %) von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten unterstützt (Q1420 A1 und A2).

Ergänzende Kontaktaufnahmen und Beratungen durch medizinische Fachkräfte kommen in Deutschland nicht so häufig vor (16 % und 27 %), wie in anderen Ländern, z.B. in den USA (36 % bei der Kontaktaufnahme) oder den Niederlanden (86 % bei der ergänzenden Beratung) (Q1425 A1 und A2).

Ein Behandlungsplan für die chronische Erkrankung, der von den Patientinnen und Patienten im Alltag umgesetzt werden kann (Q1427 A1), liegt in nur 64 % der Fälle vor. Die Spitzenreiter liegen hier mit 88 % (USA) und Australien (87 %) deutlich darüber.

In Deutschland haben 86 % der Befragten das sichere Gefühl, dass sie „ihre gesundheitlichen Probleme im Griff haben und mit ihnen umgehen können“ (Q1429). Bei sechs von 11 Ländern liegt dieser Wert jedoch bei 95 % oder besser. In Deutschland betrifft die Unsicherheit ca. jeden Siebten, in den besten sechs Ländern nur jeden 20. der Befragten.

6 Persönliche Situation

6.1 Soziale Isolation, Einsamkeit und psychische Verfassung (Sektion 1430)

6.1.1 Liste der Einzelthemen

- **Q1412** Gefühl der Isolation
- **Q1430** Schwere seelische Belastungen
- **Q1435** Erreichbare professionelle Hilfe
- **Q1440** Kontakt mit anderen über Mobiltelefon und Computer

6.1.2 Q1412 Gefühl der Isolation

Wie oft fühlen sie sich von anderen isoliert?

Tabelle 63: Gefühl der Isolation

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	498	4230	1722	1145	628	498	495	2976	2579	1865	1411
Teilweise / häufig	25%	37%	23%	24%	21%	15%	27%	31%	19%	27%	28%
Rang	6	1	8	7	9	11	4	2	10	5	3

Vom Gefühl der Isolation berichten in Deutschland 24 % der Befragten (Q1412). Im internationalen Bereich liegen die Ergebnisse im Bereich von 15 % (Norwegen) bis 37 % (Kanada).

6.1.3 Q1430 Schwere seelische Belastungen

Haben Sie in den vergangenen 2 Jahren seelische Belastungen wie Angstgefühle oder große Traurigkeit erlebt, die Sie alleine nur schwer bewältigen konnten?

Tabelle 64: Schwere seelische Belastungen

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	350	2880	1132	798	274	288	292	1901	1650	1037	1088
Ja	62%	68%	38%	22%	81%	76%	63%	54%	35%	73%	85%
Rang	7	5	9	11	2	3	6	8	10	4	1

Von schweren seelischen Belastungen innerhalb der letzten 2 Jahre berichten in Deutschland 22 % der Befragten (Q1430). Im internationalen Bereich liegen die Ergebnisse im Bereich von 22 % (Deutschland) bis 85 % (USA).

6.1.4 Q1435 Erreichbare professionelle Hilfe

War es Ihnen in Situationen, in denen Sie so belastet waren, möglich, professionelle Hilfe zu erhalten?

Tabelle 65: Erreichbare professionelle Hilfe

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	39	272	112	26	33	42	26	110	136	80	128
Ja	92%	79%	79%	88%	97%	88%	77%	85%	88%	73%	83%
Rang	2	8	9	3	1	5	10	6	4	11	7

88 % der Befragten in Deutschland konnten nach eigener Angabe in der belasteten Situation professionelle Hilfe erhalten (Q1435). Das ist ein Wert, der im internationalen Bereich im oberen Viertel liegt bei einer Spanne zwischen 73 % und 97 %.

6.1.5 Q1440 Kontakt mit anderen über Mobiltelefon und Computer

Wie oft ungefähr nutzen Sie ein Mobiltelefon oder einen Computer oder ein anderes Gerät, um mit Ihrer Familie und Ihren Freunden in Kontakt zu bleiben?

Tabelle 66: Kontakt mit anderen über Mobiltelefon und Computer

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	501	4273	1723	1154	628	498	487	2973	2585	1868	1402
mindestens 1x pro Woche oder mehr	65%	72%	52%	82%	77%	76%	72%	61%	65%	70%	66%
Rang	9	5	11	1	2	3	4	10	8	6	7

82 % der Befragten in Deutschland nutzen technische Kommunikationswege mindestens 1x pro Woche, um mit ihrer Familie und ihren Freunden in Kontakt zu bleiben (Q1440). Das ist im internationalen Vergleich der höchste Wert für diesen wichtigen Aspekt sozialer Teilhabe. Die Spanne der Ergebnisse reicht von 52 % (Frankreich) bis 82 % (Deutschland).

6.1.6 Ergebnisse zur sozialen Isolation, Einsamkeit und psychischen Verfassung

Vom Gefühl der Isolation berichten in Deutschland 24 % der Befragten (Q1412). Im internationalen Bereich liegen die Ergebnisse im Bereich von 15 % (Norwegen) bis 37 % (Kanada).

Vor schweren seelischen Belastungen innerhalb der letzten 2 Jahre berichten in Deutschland 22 % der Befragten (Q1430). Im internationalen Bereich liegen die Ergebnisse im Bereich von 22 % (Deutschland) bis 85 % (USA).

88 % der Befragten in Deutschland konnten nach eigener Angabe in der belasteten Situation professionelle Hilfe erhalten (Q1435). Das ist ein Wert, der im internationalen Bereich im oberen Viertel liegt bei einer Spanne zwischen 73 % und 97 %.

82 % der Befragten in Deutschland nutzen technische Kommunikationswege mindestens 1x pro Woche, um mit ihrer Familie und ihren Freunden in Kontakt zu bleiben (Q1440). Das ist im internationalen Vergleich der höchste Wert für diesen wichtigen Aspekt sozialer Teilhabe. Die Spanne der Ergebnisse reicht von 52 % (Frankreich) bis 82 % (Deutschland).

6.2 Materielle Notlage (Sektion 1450)

6.2.1 Liste der Einzelthemen

- **Q1450** Existentielle finanzielle Sorgen
- **Q1455** Persönliche Auswirkungen der Pandemiesituation

6.2.2 Q1450 A1 Existentielle finanzielle Sorgen: gesunde Ernährung

Wie oft waren Sie, nach Ihrer eigenen Einschätzung, im zurückliegenden Jahr besorgt darüber, ob Sie über ausreichend Geld für eine gesunde Ernährung verfügen?

Tabelle 67: Existentielle finanzielle Sorgen: gesunde Ernährung

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	501	4287	1715	1051	622	498	500	2862	2294	1876	1409
Immer / meistens	3%	4%	3%	1%	1%	2%	2%	7%	8%	1%	6%
Rang	5	4	6	11	10	8	7	2	1	9	3

1 % der Befragten in Deutschland war meistens/immer besorgt darüber, ob sie für gesunde Ernährung ausreichend Geld zur Verfügung haben (Q1450 A1). Das ist der geringste Wert im internationalen Vergleich bei einer Spanne zwischen 1 % und 8 %.

6.2.3 Q1450 A2 Existentielle finanzielle Sorgen: Miete, Hypotheken

Wie oft waren Sie, nach Ihrer eigenen Einschätzung, im zurückliegenden Jahr besorgt darüber, ob Sie über ausreichend Geld für Miete oder Hypothekenzahlungen verfügen?

Tabelle 68: Existentielle finanzielle Sorgen: Miete, Hypotheken

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	475	4219	1620	1023	619	479	496		2270	1830	1382
Immer / meistens	3%	4%	4%	1%	1%	3%	1%		7%	1%	8%
Rang	6	3	4	10	9	5	7		2	8	1

1 % der Befragten in Deutschland war meistens/immer besorgt darüber, ob sie über ausreichend Geld für Miete oder Hypothekenzahlungen verfügen (Q1450 A2). Das ist der geringste Wert im internationalen Vergleich bei einer Spanne zwischen 1 % (Deutschland) und 8 % (USA).

6.2.4 Q1450 A3 Existentielle finanzielle Sorgen: monatliche Rechnungen

Wie oft waren Sie, nach Ihrer eigenen Einschätzung, im zurückliegenden Jahr besorgt darüber, ob Sie über ausreichend Geld verfügen, um andere monatliche Rechnungen zu bezahlen, beispielsweise Strom, Heizung oder Ihr Telefon??

Tabelle 69: Existentielle finanzielle Sorgen: monatliche Rechnungen

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	498	4294	1719	1050	624	500	500		2324	1876	1406
Immer / meistens	4%	4%	4%	1%	0%	3%	2%		8%	2%	7%
Rang	5	3	4	9	10	6	7		1	8	2

1 % der Befragten in Deutschland war meistens/immer besorgt darüber, ob sie über ausreichend Geld für monatliche Rechnungen verfügen (Q1450 A3). Das ist der geringste Wert im internationalen Vergleich bei einer Spanne zwischen 1 % (Deutschland) und 8 % (Schweiz).

6.2.5 Q1455 A2 Persönliche Auswirkungen der Pandemiesituation: Ersparnisse

[Anmerkung: ein Q1455 A1 gibt es nicht (mehr) im Fragebogen. Daher beginnt die Darstellung hier mit der Frage A2].

Welche der folgenden Auswirkungen hatte die Corona-Pandemie bisher auf Sie persönlich? Ich musste alle oder die meisten meiner Ersparnisse aufbrauchen.

Diese Frage wird zusammen mit der folgenden Frage Q1455 A3 ausgewertet.

6.2.6 Q1455 A3 Persönliche Auswirkungen der Pandemiesituation: Einkommensquelle

Welche der folgenden Auswirkungen hatte die Corona-Pandemie bisher auf Sie persönlich? Ich habe meinen Arbeitsplatz bzw. eine Einkommensquelle verloren.

Verlust (fast) aller Ersparnisse oder Verlust des bisherigen Einkommens (Q1455)

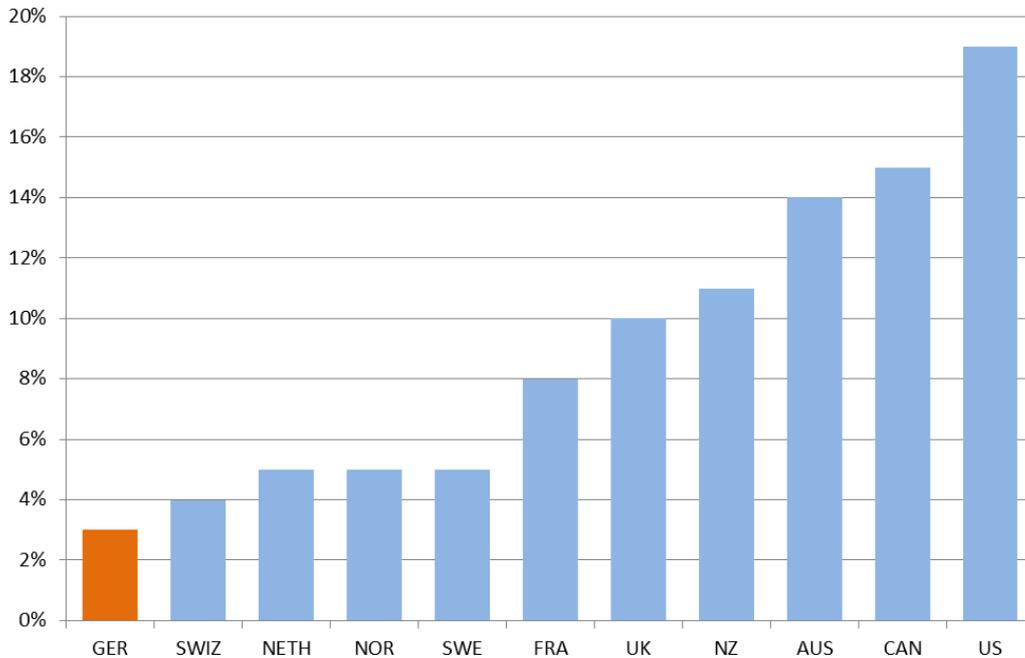


Abbildung 15: Finanzielle Verluste durch Aufbrauchen der Ersparnisse oder Verlust des Einkommens wegen der Pandemie (Q1455 A2, A3)

Tabelle 70: Finanzielle Verluste durch Aufbrauchen der Ersparnisse oder Verlust des Einkommens wegen der Pandemie

Land	Anteil
GER	3%
SWIZ	4%
NETH	5%
NOR	5%
SWE	5%
FRA	8%
UK	10%
NZ	11%
AUS	14%
CAN	15%
US	19%

3 % der Befragten in Deutschland berichten, dass sie entweder ihre Ersparnisse oder ihre Einkommensquelle verloren haben (Q1455 A2, A3). Das ist der geringste Wert im internationalen Vergleich bei einer Spanne zwischen 3 % (Deutschland) und 19 % (USA).

6.2.7 Ergebnisse zum Thema materielle Notlage

1 % der Befragten in Deutschland war meistens/immer besorgt darüber, ob sie für gesunde Ernährung ausreichend Geld zur Verfügung haben (Q1450 A1). Das ist der geringste Wert im internationalen Vergleich bei einer Spanne zwischen 1 % und 8 %.

1 % der Befragten in Deutschland war meistens/immer besorgt darüber, ob sie über ausreichend Geld für Miete oder Hypothekenzahlungen verfügen (Q1450 A2). Das ist der geringste Wert im internationalen Vergleich bei einer Spanne zwischen 1 % (Deutschland) und 8 % (USA).

1 % der Befragten in Deutschland war meistens/immer besorgt darüber, ob sie über ausreichend Geld für monatliche Rechnungen verfügen (Q1450 A3). Das ist der geringste Wert im internationalen Vergleich bei einer Spanne zwischen 1 % (Deutschland) und 8 % (Schweiz).

3 % der Befragten in Deutschland berichten, dass sie entweder ihre Ersparnisse oder ihre Einkommensquelle verloren haben (Q1455 A2, A3). Das ist der geringste Wert im internationalen Vergleich bei einer Spanne zwischen 3 % (Deutschland) und 19 % (USA).

6.3 Zuzahlung zu den Gesundheitskosten (Sektion 1600)

6.3.1 Liste der Einzelthemen

- Q1605 und Q1610 Zuzahlung zu den Gesundheitskosten

6.3.2 Q1605, Q1610 Zuzahlung zu den Gesundheitskosten

Wie viel haben Sie und Ihre Familie im zurückliegenden Jahr für medizinische Behandlungen selbst finanziert (Q1605)? Schätzen Sie den Betrag, den Sie und Ihre Familie gezahlt haben (Q1610).

779 von 1163 (67 %) haben eine Angabe zu Zuzahlungen gemacht. Die Spanne reicht von 0 € bis 20.000 €, bei einem Median von 300 €, einem Mittelwert von 516 € bzw. 750 €, wenn man diejenigen unberücksichtigt lässt, die 0 Euro gezahlt haben (n = 244). Das 10 % Perzentil von allen Befragten mit einer Angabe zu dieser Frage liegt bei 0 €, das 90 % Perzentil liegt bei 1.000 Euro. (Q1605 A1, Q1610).

Tabelle 71: Zuzahlungen nach Versicherungsart

Zuzahlung Q1605 A1	n	0 €	1 bis 999 €	>=1000 €
Gesamt	775	31%	56%	13%
Gesetzliche Krankenversicherung ohne private Zusatzversicherung	540	33%	59%	8%
Gesetzliche Krankenversicherung mit privater Zusatzversicherung	78	18%	59%	23%
Umfassende private Krankenversicherung	149	31%	42%	27%
Versichert durch die "freie Heilfürsorge", System der Beihilfe, Sozialamt	8	38%	50%	13%

In der folgenden Tabelle ist der Anteil derer aufgeführt, die nach eigenen Angaben mehr als 1.000 Euro ausgegeben haben. Ein hoher Rang bedeutet hier, dass besonders viele Menschen eine Zuzahlung in der genannten Höhe geleistet haben bzw. leisten mussten.

Tabelle 72: Zuzahlung zu den Gesundheitskosten

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	474	4011	1541	771	566	474	437	2653	2528	1827	1338
1.000 € oder mehr	32%	26%	10%	13%	7%	17%	13%	16%	56%	6%	33%
Rang	3	4	9	7	10	5	8	6	1	11	2

6.3.3 Ergebnisse zur Zuzahlung zu den Gesundheitskosten

Fast 1/7 (13 %) der Befragten in Deutschland gab an, mehr als 1.000 € an Gesundheitskosten zugezahlt zu haben (Q1605, Q1610). In der Schweiz waren es mehr als jeder Zweite (56 % Schweiz) und in den USA mehr als jeder Dritte (USA 33 %). In Großbritannien (6 %) und den Niederlanden (7 %) waren es deutlich weniger.

6.4

6.5 Versorgung am Lebensende (Sektion 1495)

Q1495 – Q1496 – Q 1497 Patientenverfügung

Es war schwer, von den Interviewten hierzu Auskünfte zu bekommen. Manche bekamen bei diesen Fragen Bedenken, ob nicht doch eine kommerzielle Absicht hinter der Befragung steckte. Der Zusammenhang zu den übrigen gesundheitsbezogenen Fragen konnte nicht nachvollzogen werden. Ebenso war es schwierig, Auskünfte zur finanziellen Situation der Interviewten zu erhalten. Das ist in Deutschland eher ein Tabu-Thema, wie sich in der Befragung wieder einmal zeigte.

6.5.1 Liste der Einzelthemen

- Q1495 Besprechung des Patientenwillens
- Q1496 Schriftliche Patientenverfügung vorhanden
- Q1497 Schriftstück mit der Kontaktadresse im Notfall vorhanden

6.5.2 Q1495 Besprechung des Patientenwillens

Für den Fall, dass Sie sehr krank werden oder einen schweren Unfall haben und keine eigenen Entscheidungen mehr treffen können, haben Sie mit Ihrer Familie oder einem engen Freund oder einem Arzt darüber gesprochen, welche Behandlung Sie in diesem Fall möchten und welche Sie nicht mehr möchten?

Tabelle 73: Besprechung des Patientenwillens

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	500	4256	1728	1089	620	498	498	2930	2588	1864	1420
Ja	62%	67%	39%	86%	55%	59%	30%	33%	65%	45%	76%
Rang	5	3	9	1	7	6	11	10	4	8	2

In Deutschland (86 %) und den USA (76 %) sind solche Gespräche offensichtlich selbstverständlicher als in Ländern wie Neuseeland (30 %) oder Schweden (33 %).

6.5.3 Q1496 Schriftliche Patientenverfügung vorhanden

Haben Sie ein Schriftstück, in dem festgelegt ist, welche medizinische Behandlung Sie am Ende Ihres Lebens erhalten wollen und welche nicht?

Tabelle 74: Schriftliche Patientenverfügung vorhanden

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	498	4253	1722	1090	619	495	500	2969	2590	1855	1407
Ja	30%	46%	8%	67%	24%	26%	11%	8%	44%	22%	54%
Rang	5	3	10	1	7	6	9	11	4	8	2

In ähnlicher Verteilung führen auch Deutschland (67 %) und die USA (54 %) beim Vorhandensein einer schriftlichen Patientenverfügung. Am wenigsten häufig wurde dies angegeben in Schweden (8 %) und Frankreich (8 %).

6.5.4 Q1497 Schriftstück mit der Kontaktadresse im Notfall vorhanden

Haben Sie ein Schriftstück, in dem jemand namentlich genannt wird, der Entscheidungen über Ihre Behandlung trifft, wenn Sie es nicht mehr können?

Tabelle 75: Schriftstück mit der Kontaktadresse im Notfall vorhanden

Land	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NOR	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
Grundgesamtheit	495	4253	1738	1091	620	495	494	2974	2588	1861	1406
Ja	57%	64%	25%	66%	32%	51%	20%	14%	48%	40%	65%
Rang	4	3	9	1	8	5	10	11	6	7	2

Gleiches Ergebnis wie bei den beiden Fragen zuvor. In Deutschland ist ein Schriftstück mit Kontaktdaten für den Fall eines Notfalls in 66 % vorhanden, in den USA in 65 %. Am unteren Ende der Ergebnisse stehen Neuseeland mit 20 % und Schweden mit 14 %.

6.5.5 Ergebnisse der Fragen zur Versorgung am Lebensende

In Deutschland (86 %) und den USA (76 %) sind Gespräche zum Patientenwillen offensichtlich selbstverständlicher als in Ländern wie Neuseeland (30 %) oder Schweden (33 %) (Q1495).

In ähnlicher Verteilung haben wieder Deutschland (67 %) und die USA (54 %) beim Vorhandensein einer schriftlichen Patientenverfügung die besten Ergebnisse (Q1496). Am wenigsten häufig wurde das Vorhandensein eines Patientenwillens angegeben in Schweden (8 %) und Frankreich (8 %).

Das Ergebnis wiederholt sich in Q1497 wie bei den beiden Fragen zuvor. In Deutschland ist ein Schriftstück mit Kontaktdaten für den Fall eines Notfalls in 66 % vorhanden, in den USA in 65 %. Am unteren Ende der Ergebnisse stehen Neuseeland mit 20 % und Schweden mit 14 %.

6.6 Krankenversicherung (Sektion 1500)

Die Befragten verteilen sich über die alternativen Formen der Krankenversicherung (Q1515) wie folgt:

Tabelle 76: Arten der Krankenversicherung

Q1515	Wie sind Sie krankenversichert? (Angaben n=1155, 99 %)	n	%
1	Gesetzliche Krankenversicherung ohne private Zusatzversicherung	793	69%
2	Gesetzliche Krankenversicherung mit privater Zusatzversicherung	122	11%
3	Umfassende private Krankenversicherung	223	19%
4	Versichert durch die "freie Heilfürsorge", System der Beihilfe, Sozialamt	12	1%
5	Keine Krankenversicherung oder andere Form der Absicherung im Falle einer Krankheit	0	0%

Die privat Versicherten wären eher mit einem Anteil von 10,5 % zu erwarten und sind daher mit 19% in der Befragung überrepräsentiert (nach Zahlen des StBA, des BMG und der PKV). Ggf. besteht in dieser Personengruppe eine höhere Akzeptanz für die Teilnahme an solchen Befragungen, da aus den Auswahlmechanismen der Stichprobe nicht zu erkennen ist, dass diese zu einem entsprechenden Bias führen könnten.

Betrachtet man den Anteil der gesetzlich Versicherten (mit oder ohne Zusatzversicherung) pro Region, so ergibt sich folgende Verteilung:

Tabelle 77: Krankenversicherung und Region

Q1515 Gesetzlich Krankenversichert			
Region	Merkmal	GG	Anteil
Gesamt	915	1150	80%
Region Nord	164	214	77%
Region West	263	352	75%
Region Süd	259	339	76%
Region Ost	229	245	93%

GG: Grundgesamtheit: alle Interviewten mit gültiger Angabe zur Versicherungsart, im Folgenden dann Differenzierung der GG nach Versicherungsart
 Merkmal: Zugehörigkeit der Befragten zu einer der Regionen

In der Region Ost gibt es einen signifikant höheren Anteil an gesetzlich Krankenversicherten in der Befragung als in den anderen drei Regionen.

Betrachtet man den Gesundheitszustand bei den verschiedenen Versichertengruppen, so ergibt sich folgende Verteilung:

Tabelle 78: Gesundheit und Versicherungsart

Q1401 Eingeschränkte Gesundheit pro Versicherungsart (Q1515)			
Versicherungsart	Merkmal	GG	Anteil
Gesamt	378	1147	33%
Gesetzlich versichert ohne Zusatzversicherung	287	790	36%
Gesetzlich versichert mit Zusatzversicherung	33	122	27%
Umfassende private Krankenversicherung	55	223	25%
Sonstige Versicherungsformen	3	12	25%

GG: Grundgesamtheit: alle Interviewten mit gültiger Angabe zur Versicherungsart, im Folgenden dann Differenzierung der GG nach Versicherungsart

Merkmal: Anteil mit eingeschränktem Gesundheitszustand (Q1401 = 4: mittelmäßig, oder 5: schlecht)

Im Vergleich zu den Privatversicherten berichten die gesetzlich Versicherten ohne Zusatzversicherung sehr viel häufiger über einen nur mittleren Gesundheitszustand (25 % Privatversicherte vs. 36 % gesetzlich Versicherte).

Das wiederum korreliert mit der Tatsache, dass bei den gesetzlich Versicherten mehr Personen 75 Jahre oder älter sind (50 %) als bei den Privatversicherten (43 %) (siehe Tabelle 79)

Tabelle 79: Alter der Befragten und Versicherungsart

Q720 Anteil von Befragten im Alter 75+ Jahre pro Versicherungsart (Q1515)			
Versicherungsart	Merkmal	GG	Anteil
Gesamt	564	1150	49%
Gesetzlich versichert ohne Zusatzversicherung	397	793	50%
Gesetzlich versichert mit Zusatzversicherung	66	122	54%
Umfassende private Krankenversicherung	96	223	43%
Sonstige Versicherungsformen	5	12	42%

GG: Grundgesamtheit: alle Interviewten mit gültiger Angabe zur Versicherungsart, im Folgenden dann Differenzierung der GG nach Versicherungsart

Merkmal: Anteil mit einem Alter von 75+ Jahren.

6.7 Einkommen (Sektion 2000)

Die Befragten werden gebeten, Auskunft zum Jahresbruttoeinkommen zu geben (Q2076-GER). Dies haben nur 26 % der Befragten getan und das trifft für alle vier Regionen zu. In der Region Ost antworteten 64 von 247 (26 %), in der Region West waren es 24 % (87 von 357). Aufgrund dieser Verweigerung eines Großteils der Befragten ist von einem Bias auszugehen. Dabei ist auch zu beachten, dass von den Personen mit Alter 65+ Jahre ein großer Anteil im Ruhestand ist. Dies erklärt wahrscheinlich auch die Tatsache, dass nur 2,2 % der Interviewten (25 von 1128) angeben, dass sie eine Einkommensquelle verloren hätten (Q1455 A3) (siehe auch Kapitel 6.2).

In den Fragen Q1450 A1 bis A3 antworten über 95 % der Befragten, dass sie sich nie Sorgen machten, ob sie genügend Geld für gesunde Ernährung, Miete oder die Bezahlbarkeit ihrer monatlichen Rechnungen hätten. Ebenso ist die Anzahl derer, die aus Kostengründen nicht zu einem Zahnarzt gegangen sind, obwohl es nötig gewesen wäre, gering: 19 von 1061 bejahen dies (1,8 %; Q810 A3). Finanzielle Sorgen werden nur in Einzelfällen geäußert: 14 von 1064 (1,2 %) berichten dies. Mit diesem Ergebnis liegt Deutschland nach den Niederlanden auf einem guten zweiten Platz (siehe Abbildung 16). Auf die Frage, ob die Befragten während der Pandemie alle oder die meisten ihrer Ersparnisse aufbrauchten (Q1455 A2), antworteten lediglich 1,1 % (12 von 1123) mit ja.

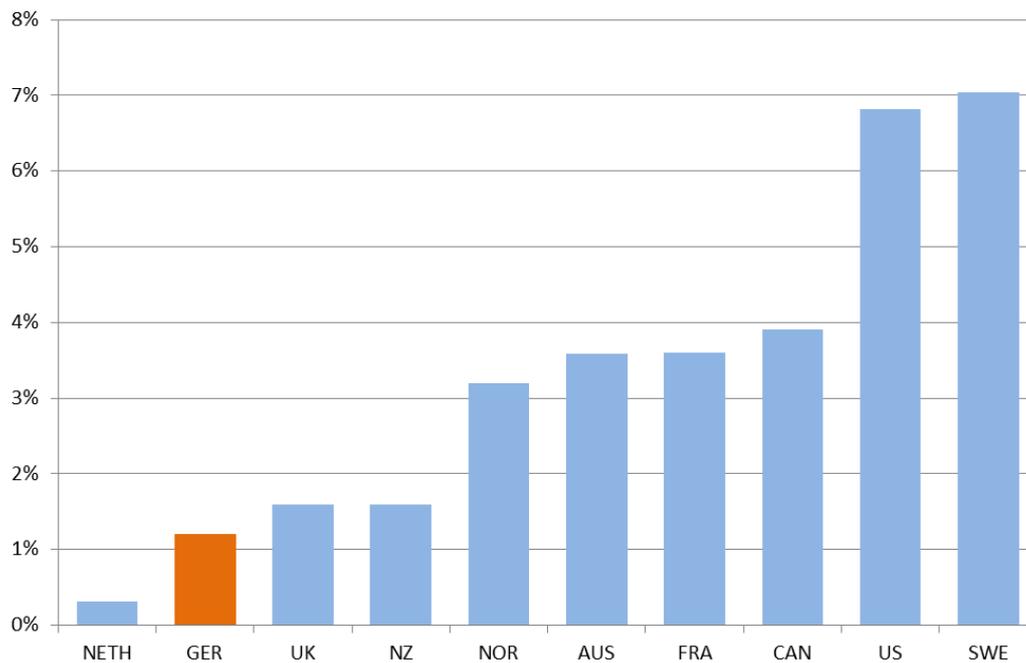


Abbildung 16: Aufbrauchen aller Ersparnisse oder der meisten Ersparnisse während der Pandemie (Q1455 A2)

Tabelle 80: Aufbrauchen der Ersparnisse während der Pandemie

Land	Ergebnis
NETH	0%
GER	1%
UK	2%
NZ	2%
NOR	3%
AUS	4%
FRA	4%
CAN	4%
US	7%
SWE	7%

Die Einkommenshöhe, die genannt wird, verteilt sich wie folgt:

Tabelle 81: Verteilung der Einkommenshöhe

Q2076-GER	Bruttoeinkommen p.a.	Anteil
1	weniger als 21.000 €	16%
2	21.000 € bis weniger als 25.000 €	20%
3	25.000 € bis weniger als 35.000 €	30%
4	35.000 € bis weniger als 50.000 €	25%
5	50.000 oder mehr	10%

Laut statistischem Bundesamt (2015)³ haben 54 % der Rentner und Rentnerinnen ein Einkommen von unter 25.000 € p.a. Bei den Antwortenden der Befragung sind es nur 36 %, so dass angenommen werden kann, dass höhere Einkommen überrepräsentiert sind. Dies könnte damit zusammenhängen, dass Personen mit höherer Bildung und damit höherem Einkommen eher bereit sind, an einer längeren Telefonumfrage teilzunehmen. Es könnte auch die Tendenz bestehen, ein eher erwünschtes Einkommen anzugeben.

Betrachtet man die Einkommensverteilung pro Region, so ergeben sich folgende Ergebnisse:

Tabelle 82: Einkommensverteilung nach Region

Q2076-GER Bruttoeinkommen p.a. <25 Tsd. €			
Region	Anzahl	GG	Anteil
Gesamt	110	305	36%
Region Nord	19	55	35%
Region West	16	87	18%
Region Süd	36	99	36%
Region Ost	39	64	61%

GG Grundgesamtheit: Anzahl der Antworten auf diese Frage

Anzahl Angaben mit weniger als 25.000 € Bruttoeinkommen

Der Anteil derjenigen, die im unteren Einkommensbereich liegen, ist in der Region Ost mit 61 % sehr viel höher ist als in der Region West (18 %).

Da ein Wechsel zu einer Privatversicherung nur mit höherem Einkommen möglich ist, besteht zwischen Versicherungsart und Einkommen eine gewisse Korrelation. Das Einkommen hat Einfluss auf eigene gesundheitsbezogene Ausgaben. Der Einfluss auf das Versorgungsgeschehen geschieht eher durch die Versicherungsart. Deshalb werden die entsprechenden Korrelationen im Zusammenhang mit den entsprechenden Fragen analysiert.

³ zitiert unter <https://www.bpb.de/themen/soziale-lage/rentenpolitik/288826/hoeh-e-und-vertei-lung-der-gesamteinkommen-im-alter/>

6.8 Pandemiesituation (Sektion 1800 u.a.)

6.8.1 Liste der Einzelthemen

Ein paar Fragen wurden spezifisch für die Situation der Pandemie formuliert:

- **Q835** Verschiebung eines Termins wegen der Pandemie bei Personen mit chronischer Erkrankung (5.2.6)
- **Q945** Termin per Telefon oder Video wegen der Pandemie (5.3.4)
- **Q1410** Wegen Corona nicht erhaltene Hilfen (5.8.8, 5.8.9, 5.8.10)
- **Q1455** Existentieller finanzieller Verlust aufgrund der Corona-Pandemie (6.2.5., 6.2.6)

Deren Ergebnisse finden sich in den spezifischen Abschnitten.

6.8.2 Q1800, Q1805 Impfung und Impfplanung

Zusätzlich wurde noch der Impfstatus bzw. die Impfbereitschaft abgefragt:

- **Q1800** *Wurden Sie gegen Corona geimpft?*
- **Q1805** *Planen Sie, sich impfen zu lassen?*

Impfstatus bzw. Bereitschaft zur Impfung bei Personen 65+ (Q1800, Q1805, Q1810)

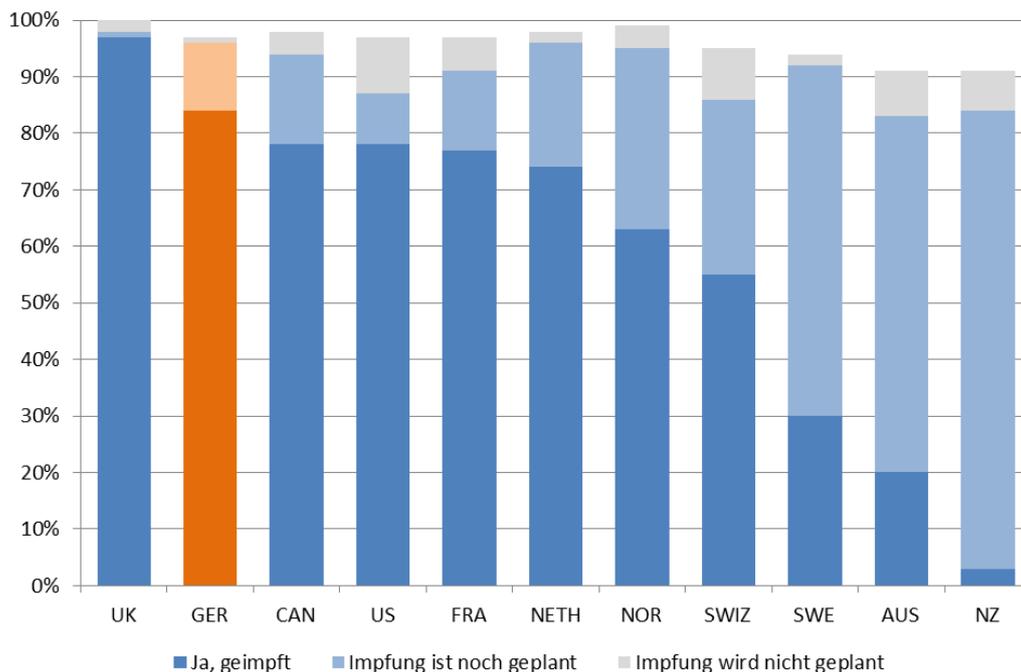


Abbildung 17: Impfstatus und Impfbereitschaft (Q1800, Q1805, Q1810)

Tabelle 83: Impfstatus

Land	Ja, geimpft	Impfung ist noch geplant	Impfung wird nicht geplant
UK	97%	1%	2%
GER	84%	12%	1%
CAN	78%	16%	4%
US	78%	9%	10%
FRA	77%	14%	6%
NETH	74%	22%	2%
NOR	63%	32%	4%
SWIZ	55%	31%	9%
SWE	30%	62%	2%
AUS	20%	63%	8%
NZ	3%	81%	7%

Im Befragungszeitraum waren bereits 84 % der Interviewten in Deutschland geimpft und bei weiteren 12 % war eine Impfung geplant (Q1800, Q1805). Dies ist nach dem Ergebnis des Vereinigten Königreichs der zweitbeste Wert im Vergleich der Länder und zeigt die Effektivität der Impfkampagnen Anfang 2021.

6.8.3 Q1810 Grund für das Meiden einer Impfung

Q1810: Was ist der Hauptgrund, dass Sie nicht planen, sich impfen zu lassen? Befragt wurden nur diejenigen, die geantwortet haben, dass sie nicht geimpft sind und auch keine Impfung planen (n=35)

Tabelle 84: Grund für das Meiden einer Impfung

Gründe für eine Ablehnung der Impfung (Befragte: n = 35)	
Sie haben generell kein Vertrauen in die Impfstoffe?	11%
Sie fürchten Komplikationen?	17%
Trauen Sie es der Regierung nicht zu, für sichere Impfstoffe zu sorgen?	0%
Es ist zu schwierig, Impfstoff zu bekommen?	0%
Sie sind der Überzeugung, dass Sie die Impfdosis nicht brauchen?	3%
ein anderer Grund	34%
Nicht sicher	31%
Keine Angabe	3%

Da nur 35 Befragte diese Frage bekamen, weil nur sie berichteten, dass sie weder geimpft seien noch dass sie eine Impfung planten, ist die Grundgesamtheit zu klein für statistische Aussagen.

7 Spezifische Fragen Responsiveness

Die folgenden Responsiveness-Fragen waren nur Teil der deutschen Befragung. Sie sind daher etwas anders strukturiert und es gibt für sie weder internationale Vergleiche noch Vergleiche mit früheren Befragungen. Sie haben daher auch keine Fragenbezeichnungen aus dem Nummernkreis der internationalen Befragung, sondern folgen einem eigenen Bezeichnungsschema „Q-Fnn“.

7.1 Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung (Q-F01)

7.1.1 Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung 1

- a. *Wie häufig kam es vor, dass Sie ausreichend Zeit mit ihrem Hausarzt hatten?
(Nie / Manchmal / Häufig / Immer / ohne Angabe)*
- b. *Wie häufig kam es vor, dass Sie leicht verständliche Erklärungen erhalten haben?
(Nie / Manchmal / Häufig / Immer / ohne Angabe)*
- c. *Wie häufig kam es vor, dass Sie in dem Umfang, den Sie wünschen, in Entscheidungen über die Betreuung und Behandlung einbezogen wurden?
(Nie / Manchmal / Häufig / Immer / ohne Angabe)*
- d. *Wie häufig kam es vor, dass Sie die Möglichkeit hatten, Fragen zu stellen oder Bedenken zu äußern?
(Nie / Manchmal / Häufig / Immer / ohne Angabe)*

Tabelle 85: Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung 1

Häufigkeit	ausreichend Zeit mit dem Hausarzt	verständliche Erklärungen	Einbeziehung bei Entscheidungen	Möglichkeit für Fragen
Nie	0,6%	0,5%	0,9%	0,6%
manchmal	5,2%	2,4%	2,4%	2,1%
häufig	11,5%	8,5%	8,6%	6,5%
immer	79,4%	85,4%	84,0%	87,5%
ohne Angabe	3,2%	3,1%	4,0%	3,3%

Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung 1

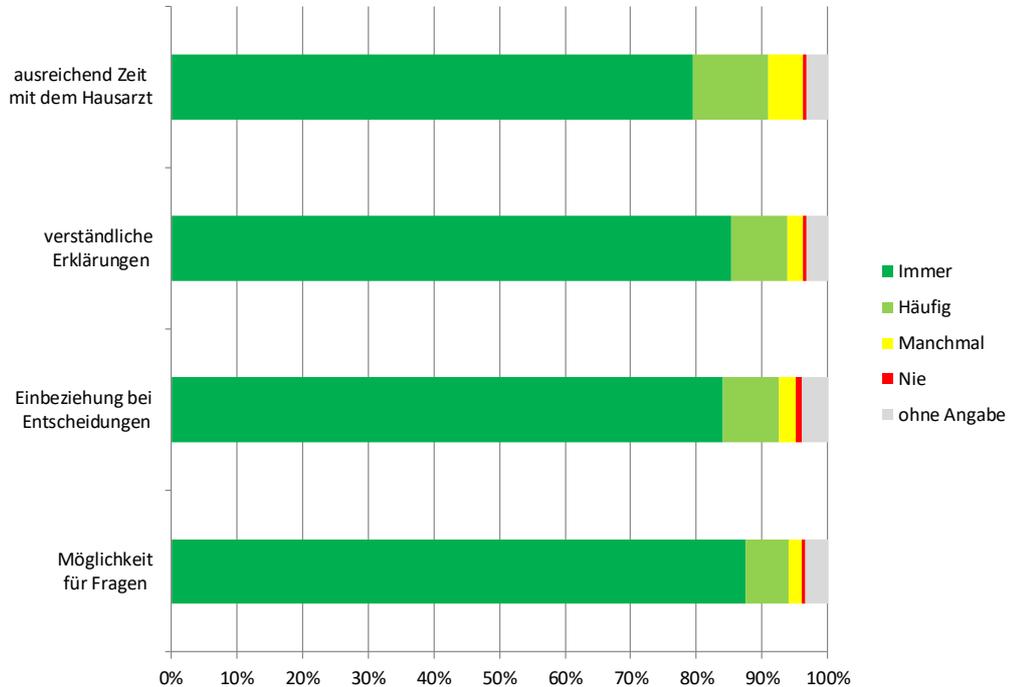


Abbildung 18: Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung (Q-F01)

Weitere differenzierte Ergebnisse zu diesem Aspekt siehe 8.5 und 9.6.

7.1.2 Ergebnisse zu den Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung 1

In den Aspekten *ausreichend Zeit mit dem Hausarzt/der Hausärztin*, *verständliche Erklärungen*, *Einbeziehung der Patienten und Patientinnen in Entscheidungen* und die *Möglichkeit zu Fragen* wurde von den Interviewten in über 90% berichtet, dass diese in guter bis sehr guter Häufigkeit stattgefunden haben (Q-F01).

7.1.3 Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung 2

- e. *Wie war die Freundlichkeit des Arztes bzw. der Ärztin Ihnen gegenüber: sehr gut, gut, weniger gut oder überhaupt nicht gut?*
- f. *Wie waren die Möglichkeiten, in der Praxis mit den Mitarbeitern am Empfang vertraulich reden zu können, also ohne dass andere mithören konnten: sehr gut, gut, weniger gut oder überhaupt nicht gut?*
- g. *Wenn Sie an das Vertrauensverhältnis zu diesem Arzt bzw. Ärztin denken: Ist das sehr gut, gut, weniger gut oder überhaupt nicht gut?*

Tabelle 86: Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung 2

Häufigkeit	Freundlichkeit	Vertraulichkeit	Vertrauensverhältnis
keine Angabe	0,2%	0,2%	0,2%
sehr gut	58,6%	28,2%	52,5%
gut	39,1%	36,3%	43,4%
weniger gut	1,7%	28,9%	3,3%
überhaupt nicht gut	0,5%	6,5%	0,6%

Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung 2

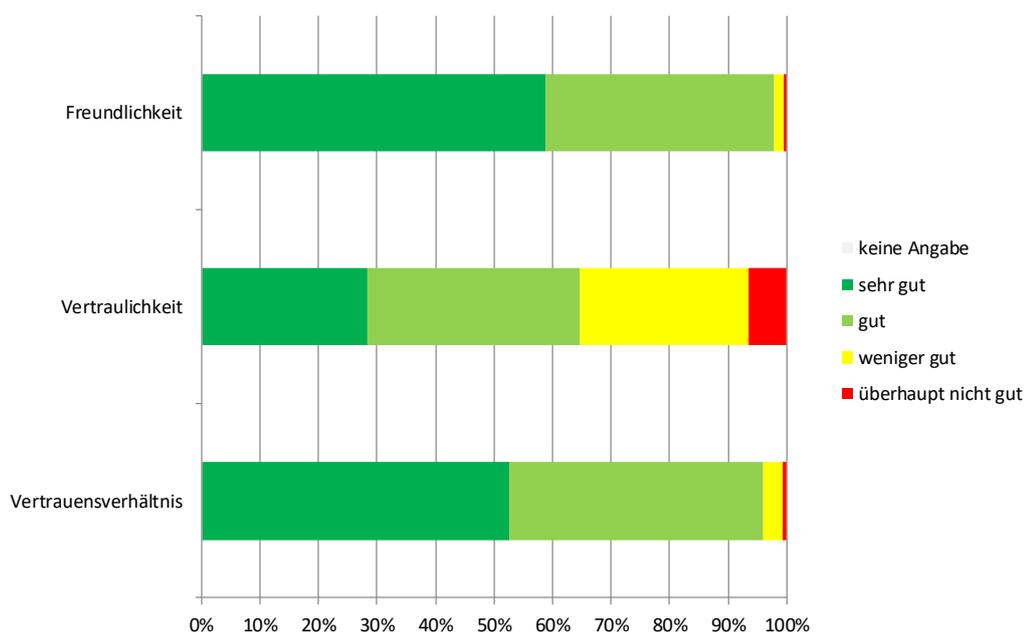


Abbildung 19: Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung 2

7.1.4 Ergebnisse zu den Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung 2

Mit der Freundlichkeit und dem Vertrauensverhältnis zu den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sind über 90 % der Befragten mindestens zufrieden („gut“ und „sehr gut“). Bei der Vertraulichkeit im Empfangsbereich der Praxen sehen über 35 % der Befragten ein Verbesserungspotential („weniger gut“ und „überhaupt nicht gut“).

Weitere differenzierte Ergebnisse zu diesem Aspekt siehe 8.6 und 9.7.

7.2 Organisation der hausärztlichen Versorgung (Q-F01)

Kam es in den letzten zwei Jahren vor,

- ...dass Testergebnisse oder medizinische Unterlagen zum vorgesehenen Behandlungstermin noch nicht vorlagen?
(Nie / Manchmal / Häufig / Immer / ohne Angabe)
- ...dass Sie widersprüchliche Informationen von verschiedenen Ärzten oder von medizinischem Personal erhalten haben?
(Nie / Manchmal / Häufig / Immer / ohne Angabe)
- ...dass Ihre Ärzte Untersuchungen/Tests angeordnet haben, die Sie für unnötig hielten?
(Nie / Manchmal / Häufig / Immer / ohne Angabe)
- ... dass Sie dachten, es sei bei Ihrer Behandlung oder Betreuung ein medizinischer Fehler gemacht worden? Das Verabreichen der falschen Medikamente oder falsche Resultate eines medizinischen Tests gehören ebenfalls dazu.
(Nie / Manchmal / Häufig / Immer / ohne Angabe)

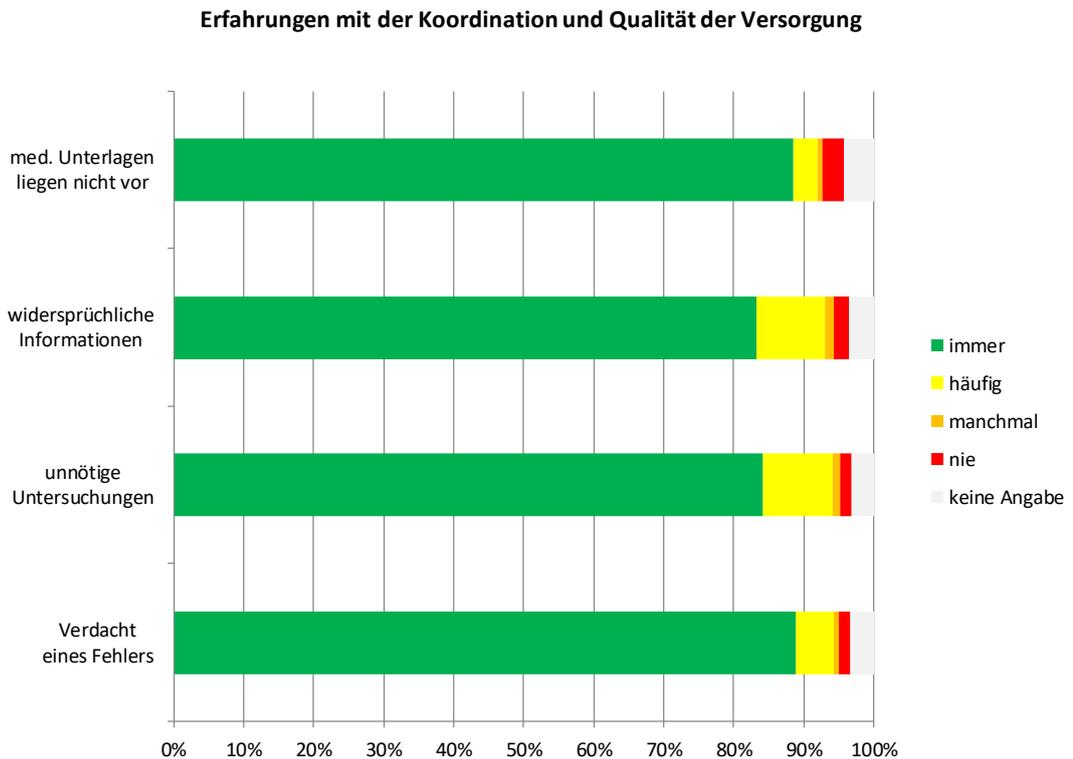


Abbildung 20: Erfahrungen mit der Koordination und Qualität der Versorgung (Q-F02)

Tabelle 87: Erfahrungen mit der Koordination und Qualität der Versorgung

Häufigkeit	med. Unterlagen liegen nicht vor	Widersprüchliche Informationen	unnötige Untersuchungen	Verdacht eines Fehlers
nie	88,5%	83,3%	84,1%	88,9%
manchmal	3,4%	9,7%	10,0%	5,4%
häufig	0,6%	1,3%	1,1%	0,7%
immer	3,1%	2,1%	1,6%	1,5%
keine Angabe	4,3%	3,6%	3,2%	3,4%

7.2.1 Ergebnisse zur Organisation der hausärztlichen Versorgung

Unnötige Untersuchungen werden von 12,7 % der Interviewten berichtet, bei 13,1 % kamen widersprüchliche Informationen vor (Q-F01). Fehlerverdacht bestand bei 7,6 % der Interviewten und ein Fehlen von Unterlagen bei 7,1 %, wobei zwischen manchmal, häufig und immer differenziert wurde.

7.3 Erfahrungen mit der fachärztlichen Versorgung (Q-W1, Q-F05, Q-F06)

7.3.1 Wartezeit auf einen Facharzttermin (Q-W1)

Wie lange mussten Sie durchschnittlich auf einen Facharzttermin warten? Befragt wurden alle Personen der Stichprobe mit Personen ≥ 65 Jahre, die in den letzten zwei Jahren einen Facharzttermin brauchten.

Die folgende Tabelle 88 zeigt die Verteilung der Wartezeiten für einen Facharzttermin, von denen die Befragten berichten. Die ersten beiden Kategorien werden in der untersten Zeile zusammengefasst zu „weniger als ein Monat“. Dies soll als Kennzahl dienen, um zu prüfen, ob es Unterschiede nach Versichertenstatus oder nach Region gibt.

Tabelle 88: Wartezeit auf einen Facharzttermin

Wartezeit für einen Facharzttermin	Anzahl	%
Grundgesamtheit	633	100%
weniger als eine Woche	77	12%
eine Woche bis weniger als einem Monat	335	53%
ein Monat bis weniger als 2 Monate	44	7%
2 Monate bis weniger als 1 Jahr	174	27%
1 Jahr oder mehr	3	0%
weniger als ein Monat	412	65%

Tabelle 89: Q-W1 Wartezeit auf Facharzttermin weniger als einem Monat, pro Region

Region	Merkmal	GG	Anteil
Gesamt	412	633	65%
Region Nord	66	109	61%
Region West	131	193	68%
Region Süd	129	194	66%
Region Ost	86	137	63%

GG: Grundgesamtheit: alle Interviewten mit gültiger Angabe zum Facharztbesuch.

Im Folgenden dann Differenzierung der GG nach Region.

Merkmal: Befragte mit Wartezeit auf einen Facharzttermin von weniger als einem Monat

Tabelle 90: Q-W1 Wartezeit auf Facharzttermin weniger als ein Monat, pro Versicherungsart

Versicherungsart	Merkmal	GG	Anteil
Gesamt	410	631	65%
Gesetzlich versichert ohne Zusatzversicherung	261	427	61%
Gesetzlich versichert mit Zusatzversicherung	38	68	56%
Umfassende private Krankenversicherung	106	130	82%
Sonstige Versicherungsformen	5	6	83%

GG: Grundgesamtheit: alle Interviewten mit gültiger Angabe zum Facharztbesuch und zur Versicherungsart. Im Folgenden dann erfolgt die Differenzierung der GG nach Versicherungsart.

Merkmal: Befragte mit Wartezeit auf einen Facharzttermin von weniger als einem Monat

7.3.2 Ergebnisse zur Wartezeit auf einen Facharzttermin

Die Verteilung der Wartezeiten auf einen Facharzttermin teilt sich in die Gruppe der vergleichsweise zeitnahen Termine bis zu einem Monat und die langfristigeren Termine ab zwei Monaten bis zu einem Jahr. Dies ist eine typische Verteilung, die im Einzelfall ggf. mit dringlicheren und weniger dringlichen Anlässen begründet wird. Dass jedoch mehr als ein Viertel der Termine erst nach zwei Monaten zu erhalten war, widerspricht den offiziellen Zielen für das Gesundheitswesen und zeigt Verbesserungsbedarf auf.

Die Regionen unterscheiden sich nur mäßig im Anteil derer, die innerhalb von zwei Monaten einen Facharzttermin bekommen: Hier liegen die Region Nord (61 %) und Region West (68 %) am weitesten auseinander.

Der Unterschied bei den Wartezeiten ist größer, wenn man nach Versicherungsart differenziert: Bei Personen mit umfassender privater Krankenversicherung erhalten 82 % innerhalb von zwei Monaten einen Facharzttermin, während dies nur 61 % der gesetzlich Versicherten gelingt. Wegen der kleinen Fallzahl sind die anderen beiden Kategorien

(Gesetzlich versichert mit Zusatzversicherung und Sonstige Versicherungsformen) nicht belastbar auszuwerten.

Weitere differenzierte Ergebnisse zu diesem Aspekt siehe 8.1 und 9.2.

7.3.3 Erfahrungen mit der fachärztlichen Versorgung 1 (Q-F05)

- a. *Wenn Sie an das Vertrauensverhältnis zur Fachärztin bzw. zum Facharzt denken: (Ist das sehr gut, gut, weniger gut oder überhaupt nicht gut?)*
- b. *Wie war die Freundlichkeit der Fachärztin bzw. des Facharztes Ihnen gegenüber: (sehr gut, gut, weniger gut oder überhaupt nicht gut?)*
- c. *Wie waren die Möglichkeiten, in der fachärztlichen Praxis mit den Mitarbeitern am Empfang vertraulich reden zu können, also ohne dass andere mithören konnten: (sehr gut, gut, weniger gut oder überhaupt nicht gut?)*

Tabelle 91: Erfahrungen mit der fachärztlichen Versorgung 1 (Q-F05):

Häufigkeit	Vertrauensverhältnis	Freundlichkeit	Vertraulichkeit
sehr gut	39,7%	43,8%	24,3%
gut	56,1%	53,1%	46,9%
weniger gut	3,8%	2,9%	21,8%
überhaupt nicht gut	0,4%	0,3%	6,9%

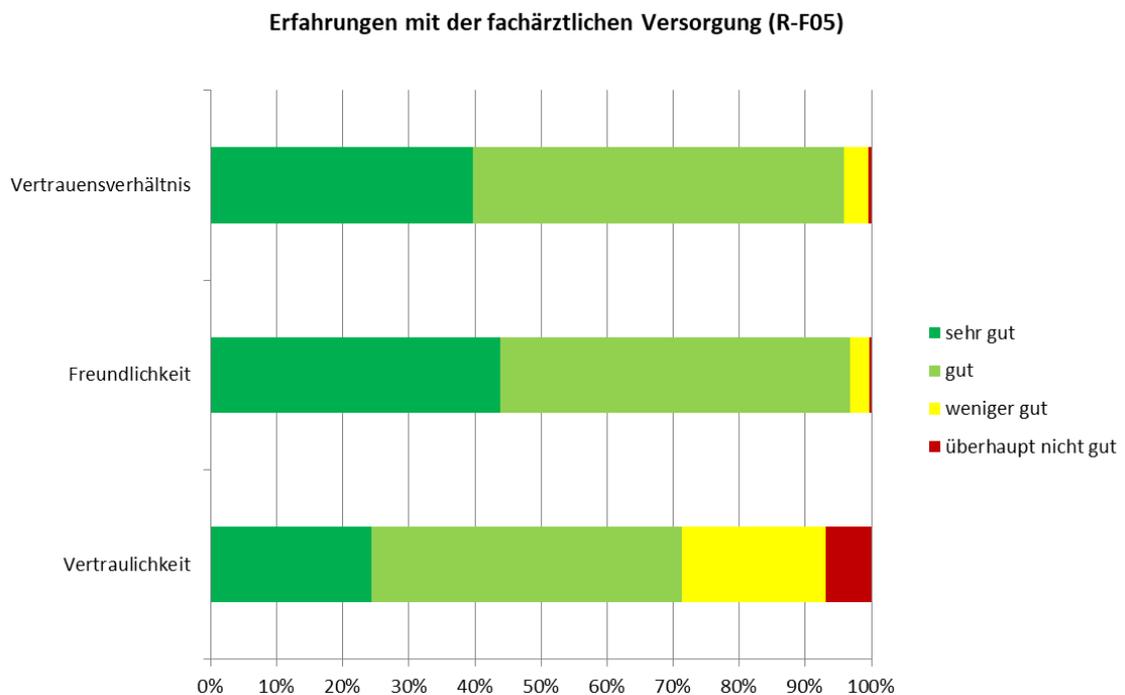


Abbildung 21: Erfahrungen mit der fachärztlichen Versorgung 1 (Q-F05)

7.3.4 Erfahrungen mit der fachärztlichen Versorgung 2 (Q-F06)

- a. *Wie häufig kam es vor, Ihre Fachärztin, Ihr Facharzt oder das Praxisteam ausreichend Zeit für Sie hatte?*
(Nie / Manchmal / Häufig / Immer / ohne Angabe)
- b. *Wie häufig kam es vor, dass Sie die Möglichkeit hatten, Fragen zu stellen oder Bedenken zu äußern?*
(Nie / Manchmal / Häufig / Immer / ohne Angabe)
- c. *Wie häufig kam es vor, dass Sie leicht verständliche Erklärungen erhalten haben?*
(Nie / Manchmal / Häufig / Immer / ohne Angabe)
- d. *Wie häufig kam es vor, dass Sie in dem Umfang, den Sie wünschen, in Entscheidungen über die Betreuung und Behandlung einbezogen wurden?*
(Nie / Manchmal / Häufig / Immer / ohne Angabe)

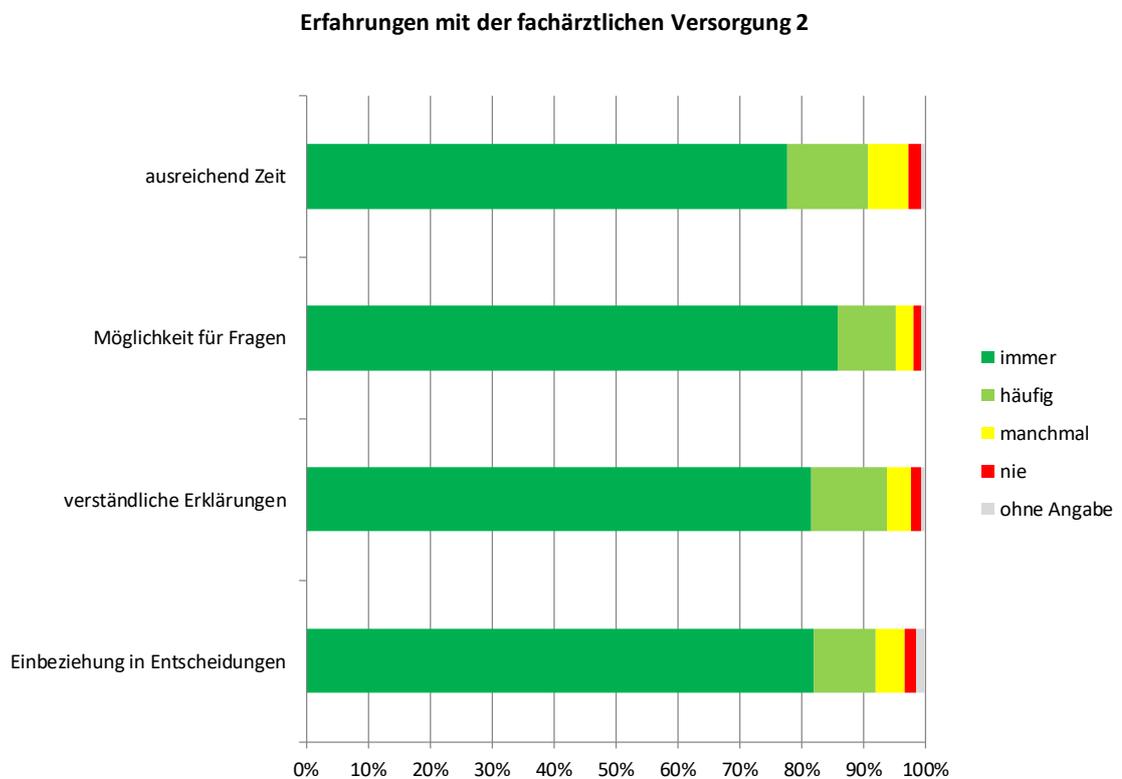


Abbildung 22: Erfahrungen mit der fachärztlichen Versorgung 2 (Q-F05)

Tabelle 92: Erfahrungen mit der fachärztlichen Versorgung 2 (Q-F05):

Häufigkeit	ausreichend Zeit	Möglichkeit für Fragen	verständliche Erklärungen	Einbeziehung in Entscheidungen
immer	77,6%	86,0%	81,5%	81,9%
häufig	13,1%	9,3%	12,4%	10,1%
manchmal	6,7%	2,9%	3,9%	4,7%
nie	1,9%	1,3%	1,5%	1,7%
ohne Angabe	0,7%	0,6%	0,7%	1,5%

7.3.5 Ergebnisse zu den Erfahrungen mit der fachärztlichen Versorgung

Freundlichkeit und Vertrauensverhältnis mit den Fachärztinnen und Fachärzten wurde von über 90 % der Interviewten als gut bis sehr gut beschrieben. Auch hier wurde aber eine mangelnde Vertraulichkeit innerhalb der Praxisräumlichkeiten berichtet: in 6,9 % überhaupt nicht gut, in 21,8 % der Fälle weniger gut.

In den Aspekten „ausreichend Zeit mit dem Facharzt bzw. der Fachärztin“, „verständliche Erklärungen“, „Einbeziehung der Patienten und Patientinnen in Entscheidungen“ und die „Möglichkeit zu Fragen“ wurde von den Interviewten in über 90% berichtet, dass diese in guter bis sehr guter Häufigkeit stattgefunden haben bzw. gegeben waren.

7.4 Erfahrungen mit der stationären Versorgung (Q-F03)

- Bei Ihrem letzten Krankenhausaufenthalt, wie häufig wurden Sie in Entscheidungen so einbezogen, wie Sie sich das gewünscht haben?
(Nie / Manchmal / Häufig / Immer / ohne Angabe)
- Während des Krankenhausaufenthalts, wie häufig wurden Sie von den Ärzten freundlich und respektvoll behandelt?
(Nie / Manchmal / Häufig / Immer / ohne Angabe)
- Während des Krankenhausaufenthalts, wie häufig wurden Sie von den Pflegekräften freundlich und respektvoll behandelt?
(Nie / Manchmal / Häufig / Immer / ohne Angabe)

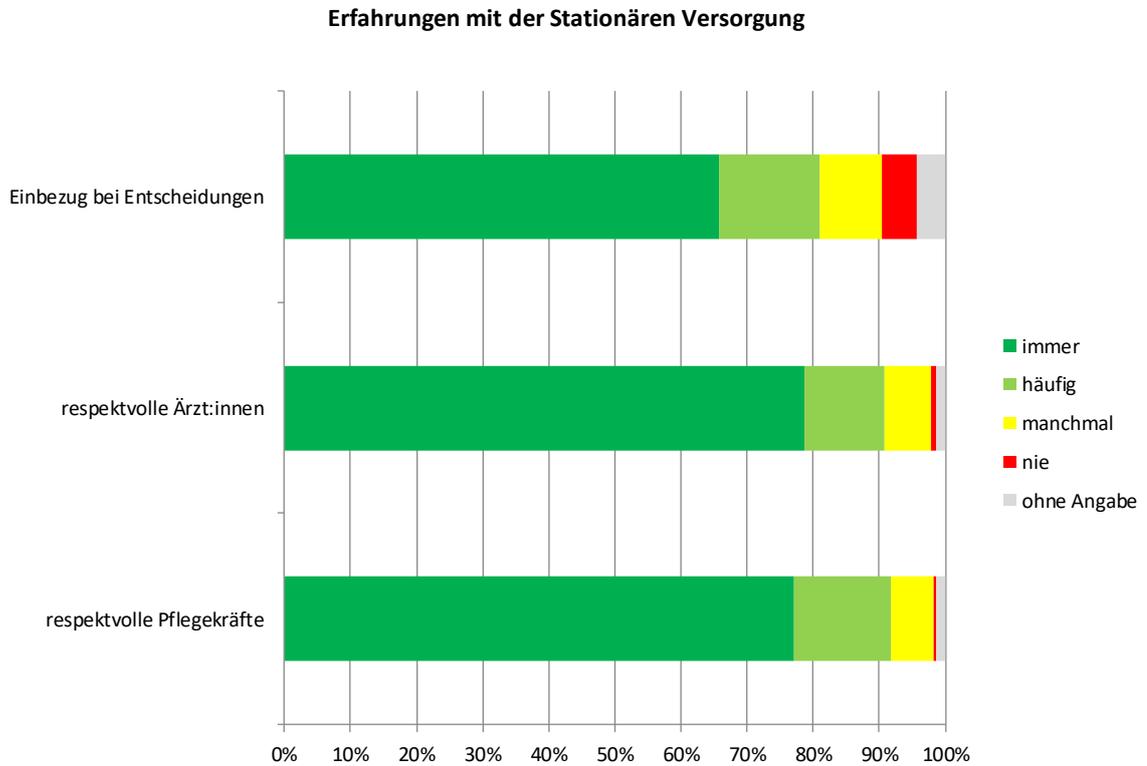


Abbildung 23: Erfahrungen in der stationären Versorgung (Q-F03)

Tabelle 93: Erfahrungen in der stationären Versorgung

Häufigkeit	Einbezug bei Entscheidungen	respektvolle Ärztinnen und Ärzte	respektvolle Pflegekräfte
immer	65,7%	78,6%	77,1%
häufig	15,4%	12,1%	14,6%
manchmal	9,3%	7,1%	6,4%
nie	5,4%	0,7%	0,4%
keine Angabe	4,3%	1,4%	1,4%

7.4.1 Ergebnisse zu den Erfahrungen in der stationären Versorgung

Q-F03: In über 90 % berichten die Interviewten von freundlichen, respektvollen Ärzten, Ärztinnen und Pflegekräften. Ein Mangel an Einbeziehung in wichtige Entscheidungen der Behandlung berichten 14,7 % der Interviewten.

8 Varianz der Versorgungsqualität in Bezug auf den Versichertenstatus

Es stellt sich immer wieder die Frage, ob der Versichertenstatus von Patient:innen (gesetzliche oder private Krankenversicherung) Einfluss hat auf die Versorgungsqualität.

In den folgenden Auswertungen sollen die Ergebnisse der reingesetzlich Versicherten (GKV) mit denjenigen verglichen werden, die entweder umfassend oder ergänzend privat versichert sind (PV) (siehe Kapitel 0)

8.1 Wartezeit auf einen Facharzttermin (GKV-PV)

Die Grundgesamtheit ist eingeschränkt auf alle Befragten, zu denen Angaben zum Versichertenstatus vorliegen und die einen Facharzttermin benötigten (n=633). Zwischen den beiden Gruppen gibt es hinsichtlich der Wartezeit einen signifikanten Unterschied ($p = 0,002$). Bei den privatversicherten Befragten erhielten 73% einen Facharzttermin bereits innerhalb von einem Monat. Bei den gesetzlich Versicherten sind es nur 61%.

Tabelle 94: Wartezeit auf einen Facharzttermin (GKV-PV)

Wartezeit auf einen Facharzttermin unter einem Monat (QWD1)			
	ja	nein	Summe
GKV	261	166	427
PV	151	55	206
Wartezeit auf einen Facharzttermin unter einem Monat (QWD1) in %			
GKV	61%		$p = 0,002$
PV	73%		

8.2 Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen (GKV-PV)

Frage: Wie zufrieden sind Sie mit der Qualität der medizinischen Versorgung die Sie während des zurückliegenden Jahres erhalten haben? [Q800] Würden Sie sagen, Sie sind...

- 1 Vollständig zufrieden
- 2 Sehr zufrieden
- 3 Etwas zufrieden
- 4 Gar nicht zufrieden
- 5 Ich habe im letzten Jahr keine medizinische Versorgung erhalten. xxx
- 8 Nicht sicher
- 9 Keine Angabe.

Für die weitere Auswertung werden die Antworten wie folgt gebündelt:

- Zufriedenheit = 1 oder 2
- keine Zufriedenheit = 3 oder 4

Tabelle 95: Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen (GKV-PV)

Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen (Q800)			
	ja	nein	Summe
PV	286	70	356
GKV	550	217	767
Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen (Q800) in %			
PV	80%		p = 0,002
GKV	72%		

Die privat Versicherten bei den Befragten sind mit 80% Zufriedenheit zufriedener mit dem Gesundheitswesen als die rein gesetzlich Versicherten mit 72 % (p=0,002).

8.3 Besprechung der Medikation bei Krankenhausentlassung (GKV-PV)

Frage: Hat bei der Entlassung aus dem Krankenhaus jemand mit Ihnen alle Medikamente, die Sie nehmen sollen, besprochen? [Q1310 A3].

Tabelle 96: Besprechung der Medikation bei Krankenhausentlassung (GKV-PV)

Besprechung der Medikation Q1310 A3			
	ja	nein	Summe
GKV	80	86	166
PV	54	28	82
Besprechung der Medikation Q1310 A3 in %			
GKV	48%		p = 0,008
PV	66%		

Die Privatversicherten berichten sehr viel häufiger, dass mit Ihnen bei Krankenhausentlassung die Medikamente besprochen wurden, als die gesetzlich Versicherten.

8.4 Organisation der poststationären Nachsorge (GKV-PV)

Frage: Hat man bei der Krankenhausentlassung für Sie bereits Nachsorgetermine und die Nachsorge organisiert? [Q1310 A2]

- 1 Ja
- 2 Nein
- 3 Trifft nicht zu - ich benötigte keine Folgebehandlung
- 8 Nicht sicher
- 9 Keine Angabe.

Berücksichtigt werden in der Auswertung nur die Bögen mit inhaltsbezogener Antwort, also Antwort 1 oder 2.

Tabelle 97: Organisation der poststationären Nachsorge (GKV-PV)

Organisation der poststationären Nachsorge Q1310b			
	ja	nein	Summe
GKV	120	73	193
PV	57	32	89
Organisation der poststationären Nachsorge Q1310b in %			
GKV	62%		p = 0,76
PV	64%		

Es gibt in dieser Frage keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Versichertengruppen.

8.5 Ausreichend Zeit bei der Hausärztin (GKV-PV)

Frage: Wie häufig kam es vor, dass Sie ausreichend Zeit mit ihrem Hausarzt hatten? (Nie / Manchmal / Häufig / Immer / ohne Angabe) [R-F01 a]

In der folgenden Auswertung wird unterschieden, zwischen denen mit Antwort 4 („Immer“) und denen mit einer der Antworten 1-3 („nie“, „manchmal“, „häufig“), da eigentlich immer ausreichend Zeit bei der hausärztlichen Konsultation zur Verfügung sein sollte.

Tabelle 98: Ausreichend Zeit bei der Hausärztin (GKV-PV)

Ausreichend Zeit bei der Hausärztin R-F01-a			
	ja	nein	Summe
GKV	604	136	740
PV	280	57	337
Ausreichend Zeit bei der Hausärztin R-F01-a in %			
GKV	82%		p = 0,41
PV	83%		

Es gibt bei den Ergebnissen dieser Frage keinen Unterschied zwischen den Versichertengruppen.

8.6 Freundlichkeit der Hausärztin (GKV-PV)

Frage: Wie war die Freundlichkeit des Arztes Ihnen gegenüber: sehr gut, gut, weniger gut oder überhaupt nicht gut? [R-F01 e]

In der folgenden Auswertung wird unterschieden, zwischen denen mit Antwort 1 („sehr gut“) und denen mit einer der Antworten 2-4 („gut“, „weniger gut“, „überhaupt nicht gut“), da am häufigsten zwischen „sehr gut“ und „gut“ unterschieden wird. Schlechtere Bewertungen sind selten.

Tabelle 99: Freundlichkeit der Hausärzt:in

Freundlichkeit der Hausärzt:in (R-F01-e)			
	ja	nein	Summe
GKV	408	347	755
PV	243	111	354
Freundlichkeit der Hausärzt:in in %			
GKV	54%		p = 0,004
PV	69%		

Signifikant mehr Privatversicherte beschreiben ihre Hausärztin als „sehr freundlich“ (69 %) als gesetzlich Versicherte (54 %) (p=0,004).

8.7 Ergebnisse zur Varianz der Versorgungsqualität in Bezug auf GKV/PV

- 61 % der GKV Versicherten erhalten einen Facharzttermin innerhalb eines Monats, dies ist bei Privatversicherten in 73%.
- Die privat Versicherten bei den Befragten sind mit 80% Zufriedenheit zufriedener mit dem Gesundheitswesen als die rein gesetzlich Versicherten mit 72 %.
- Die Privatversicherten berichten sehr viel häufiger, dass mit Ihnen bei Krankenhausentlassung die Medikamente besprochen wurden (66%) als die gesetzlich Versicherten (48%).
- Bei der Frage nach der Organisation der poststationären Nachsorge gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Versichertengruppen (62%, 64%)..
- Ebenso berichten beide Gruppen in gleicher Weise, dass sie mit der Hausärztin genügend Zeit hatten (82% GKV- und 83% privatversichert).

- Einen signifikanten Unterschied gibt es in der Einschätzung der Hausärztin als „sehr freundlich“. Dies berichten 54% der GKV-Versicherten, bei den Privatversicherten sind es 69%.

9 Familiäre Herkunft, häusliche Sprache und Versorgungsgerechtigkeit

9.1 Eingrenzung der Grundgesamtheit

Gesundheitliche Versorgungsgerechtigkeit ist ein hohes soziales Gut. Dieses soll insbesondere auch für Menschen gelten, die in der nahen Familiengeschichte eine Migration erlebt haben und deren Leben bis zu einem gewissen Grad davon geprägt wird. Das statistische Bundesamt definiert diesen Status wie folgt:

„Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde. Im Einzelnen umfasst diese Definition zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländerinnen und Ausländer, zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-) Aussiedlerinnen und (Spät-) Aussiedler sowie die als Deutsche geborenen Nachkommen dieser Gruppen.

Die Vertriebenen des Zweiten Weltkrieges haben (gemäß Bundesvertriebenengesetz) einen gesonderten Status; sie und ihre Nachkommen zählen daher nicht zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund.“*

*https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/_inhalt.html

Folgender Hinweis soll noch ergänzt werden:

„Die Verwendung des Begriffs ‚mit Migrationshintergrund‘ außerhalb statistischer Betrachtungen ist umstritten, da er auch in Deutschland geborene und aufgewachsene Kinder von Zugewanderten als ‚anders‘ und damit ‚nicht richtig zugehörig‘ kategorisiert.“*

*<https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/glossar-migration-integration/270615/migrationshintergrund/>

Bei den Befragten handelt es sich um Personen, die 65 Jahre oder älter sind. 45 % von ihnen sind über 74 Jahre. Geht man davon aus, dass deren Eltern bei Geburt ca. 20 bis 30 Jahre alt waren, so ergibt sich für die meisten der Eltern der Befragten ein Geburtsjahr zwischen 1905 und 1935, also vor dem ersten bis vor dem zweiten Weltkrieg.

Wendet man die Definition von Migrationshintergrund auf die Gruppe der Befragten an, so bezieht man sich auf die besondere Lebenssituation der Menschen, die im genannten Zeitraum außerhalb von Deutschland geboren wurden und dann in Deutschland Kinder aufzogen (die Befragten des IHP2021), die keine Vertriebenen des Zweiten Weltkriegs waren. Nun können wir in den Daten der Befragung aber nicht die Gruppe der Vertriebenen identifizieren, die eine relevante Größe darstellen würde. Außerdem dürfte sich die durch die Wirren der Weltkriege geprägte Lebenssituation der Menschen mit Migrationserfahrung deutlich unterscheiden von derjenigen, die die Menschen zu bewältigen hatten, die nach dem zweiten Weltkrieg z.B. als Gastarbeiter mit Familie nach Deutschland kamen. Der Migrationshintergrund von Menschen über 65 Jahren, dürfte daher anders geprägt sein als bei denen, die heute unter 65 Jahre sind.

Um prüfen zu können, ob es bei den 65+ Jährigen einen Unterschied gibt zwischen denjenigen, bei denen in der Elterngeneration ein kultureller Wechsel des Umfeldes durch Migration stattfand oder nicht, wurde für die Analysen folgende Definition für Migrationshintergrund gewählt:

Eine relevante kulturelle Migration wird bei allen angenommen, bei denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren wurde und die zu Hause eine andere Sprache als Deutsch sprechen [(Q2100 = 2 oder 3) und Q2155 = 1] („Migrationsstatus“). Dies betrifft 5 % (59 von 1104) der Befragten (siehe Tabelle 100). In den Tabellen werden die beiden Gruppen wegen der Bedeutung der Sprache zu Hause als *fremdsprachig* oder *deutschsprachig* bezeichnet. Dies soll gleichzeitig den nicht unkritischen Begriff des Migrationshintergrunds (s.o.) relativieren, in dem die häusliche Sprache als Synonym für eine kulturelle Majoritäts- oder Minoritätserfahrung verwendet wird.

Wenn von „fremdsprachig“ oder „deutschsprachig“ die Rede ist, dann ist immer die primäre Sprache gemeint, die zu Hause gesprochen wird. Mit allen Befragten wurden die Interviews auf Deutsch geführt.

Tabelle 100: Anteil Personen mit Fremdsprachlichkeit

Q2155 und Q2100	Mindestens ein Elternteil wurde nicht in Deutschland geboren und zu Hause wird eine andere Sprache als Deutsch gesprochen	n	%
1	Ja	59	5%
0	Nein	1104	95%

Nach inhaltlichen Abwägungen und ersten Analysen wurden folgende Versorgungsaspekte analysiert:

- Wartezeit auf einen Facharzttermin (Fremdsprachlichkeit)
- Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen (Fremdsprachlichkeit)
- Besprechung der Medikation bei Krankenhausentlassung (Fremdsprachlichkeit)

- Organisation der poststationären Nachsorge (Fremdsprachlichkeit)
- Ausreichend Zeit bei der Haus:ärztin (Fremdsprachlichkeit)
- Freundlichkeit der Haus:ärztin (Fremdsprachlichkeit)

Die Grundgesamtheiten der einzelnen Analysen sind geringer als 1.163 (59+1104), da nur solche Fälle genommen werden können, bei denen die Angaben zum jeweiligen Zielmerkmal valide vorliegen.

9.2 Wartezeit auf einen Facharzttermin (Fremdsprachlichkeit)

Die Grundgesamtheit ist eingeschränkt auf alle Befragten, zu denen Angaben zur soziokulturellen Vorgeschichte vorliegen und die einen Facharzttermin benötigten (n=633). Zwischen den beiden Gruppen gibt es hinsichtlich der Wartezeit keinen signifikanten Unterschied ($p = 0,38$). Angesichts der geringen Grundgesamtheit von 29 bei den Befragten mit Fremdsprachlichkeit, kann der höhere Anteil von 72% gegenüber 65% nicht quantitativ bewertet werden.

Tabelle 101: Wartezeit auf einen Facharzttermin (Fremdsprachlichkeit)

Wartezeit auf einen Facharzttermin unter einem Monat (QWD1)			
Wartezeit < 1 Monat	ja	nein	Summe
deutschsprachig	391	213	604
fremdsprachig	21	8	29
Wartezeit < 1 Monat			
deutschsprachig	65%	p = 0,38	
fremdsprachig	72%		

9.3 Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen (Fremdsprachlichkeit)

Frage Q800: Wie zufrieden sind Sie mit der Qualität der medizinischen Versorgung die Sie während des zurückliegenden Jahres erhalten haben? [Q800]

Würden Sie sagen, Sie sind...

... siehe Einträge in der Tabelle 102

Tabelle 102: Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen (Fremdsprachlichkeit)

Q800	Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen		
	Fremdsprachlichkeit	nein	ja
		n=1104	n=59
1	Vollständig zufrieden	26%	22%
2	Sehr zufrieden	46%	53%
3	Etwas zufrieden	22%	17%
4	Gar nicht zufrieden	3%	7%
5	Ich habe im letzten Jahr keine medizinische Versorgung erhalten.	3%	2%
8	Nicht sicher	1%	0%
9	Keine Angabe	0%	0%

Für die weitere Auswertung werden die Antworten wie folgt gebündelt:

- Zufriedenheit = 1 oder 2
- keine Zufriedenheit = 3 oder 4

Die beiden Gruppen mit unterschiedlicher Sprachlichkeit unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen ($p=0,8$) (siehe Tabelle 103).

Tabelle 103: Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen (Fremdsprachlichkeit)

Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen (Q800)			
	ja	nein	Summe
deutschsprachig	792	273	1065
fremdsprachig	44	14	58
Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen (Q800)			
deutschsprachig	74%	p = 0,8	
fremdsprachig	76%		

9.4 Besprechung der Medikation bei Krankenhausentlassung (Fremdsprachlichkeit)

Frage: Hat bei der Entlassung aus dem Krankenhaus jemand mit Ihnen alle Medikamente, die Sie nehmen sollen, besprochen? [Q1310 A3].

Tabelle 104: Besprechung der Medikation bei Krankenhausentlassung (Fremdsprachlichkeit)

Besprechung der Medikation Q1310c			
	ja	nein	Summe
deutschsprachig	130	111	241
fremdsprachig	4	3	7
Besprechung der Medikation Q1310c			
deutschsprachig	54%		p = 0,86
fremdsprachig	57%		

Es besteht kein relevanter Unterschied zwischen den fremd- und den deutschsprachigen Befragten.

9.5 Organisation der poststationären Nachsorge (Fremdsprachlichkeit)

Frage: Hat man bei der Krankenhausentlassung für Sie bereits Nachsorgetermine und die Nachsorge organisiert? [Q1310 A2]

- 1 Ja
- 2 Nein
- 3 Trifft nicht zu - ich benötigte keine Folgebehandlung
- 8 Nicht sicher
- 9 Keine Angabe.

Berücksichtigt werden in der Auswertung nur die Bögen mit inhaltsbezogener Antwort, also Antwort 1 oder 2.

Tabelle 105: Organisation der poststationären Nachsorge (Fremdsprachlichkeit)

Organisation der poststationären Nachsorge Q1310b			
	ja	nein	Summe
deutschsprachig	171	102	273
fremdsprachig	6	3	9
Organisation der poststationären Nachsorge Q1310b			
deutschsprachig	63%		p = 0,82
fremdsprachig	67%		

Es besteht kein relevanter Unterschied zwischen den fremd- und den deutschsprachigen Befragten.

9.6 Ausreichend Zeit bei der Hausärztin (Fremdsprachlichkeit)

Frage: Wie häufig kam es vor, dass Sie ausreichend Zeit mit ihrem Hausarzt hatten? (Nie / Manchmal / Häufig / Immer / ohne Angabe) [R-F01 a]

In der folgenden Auswertung wird unterschieden, zwischen denen mit Antwort 4 („Immer“) und denen mit einer der Antworten 1-3 („nie“, „manchmal“, „häufig“), da eigentlich immer ausreichend Zeit bei der hausärztlichen Konsultation zur Verfügung sein sollte.

Tabelle 106: Ausreichend Zeit bei der Hausärztin (Fremdsprachlichkeit)

Ausreichend Zeit bei der Hausärzt:in R-F01-a			
	ja	nein	Summe
deutschsprachig	845	174	1019
fremdsprachig	39	19	58
Ausreichend Zeit bei der Hausärzt:in R-F01-a			
deutschsprachig	83%		p = 0,046
fremdsprachig	67%		

Es besteht ein relevanter Unterschied zwischen den fremd- und den deutschsprachigen Befragten. 83% der deutschsprachigen berichten von ausreichend Zeit bei der Hausärztin, während das nur 67% der fremdsprachigen Befragten tun.

9.7 Freundlichkeit der Hausärztin (Fremdsprachlichkeit)

Frage: Wie war die Freundlichkeit des Arztes Ihnen gegenüber: (sehr gut, gut, weniger gut oder überhaupt nicht gut?) [R-F01 e]

In der folgenden Auswertung wird unterschieden, zwischen denen mit Antwort 1 („sehr gut“) und denen mit einer der Antworten 2-4 („gut“, „weniger gut“, „überhaupt nicht gut“), da am häufigsten zwischen „sehr gut“ und „gut“ unterschieden wird. Schlechtere Bewertungen sind selten.

Tabelle 107: Freundlichkeit der Hausärzt:in R-F01-e

Freundlichkeit der Hausärzt:in R-F01-e			
	ja	nein	Summe
deutschsprachig	611	439	1050
fremdsprachig	40	19	59
Freundlichkeit der Hausärzt:in R-F01-e			
deutschsprachig	58%		p = 0,056
fremdsprachig	68%		

Es besteht knapp kein relevanter Unterschied zwischen den fremd- und deutschsprachigen Befragten ($p=0,056$). 58% der Deutschsprachigen berichten von der sehr großen Freundlichkeit der Haus:ärztin, während das sogar 68% der Fremdsprachigen tun.

9.8 Ergebnisse in Bezug auf Fremdsprachlichkeit

- Bei den Wartezeiten auf einen Facharzttermin ist der Unterschied zwischen den Fremdsprachigen und Deutschsprachigen wegen der kleinen Grundgesamtheit nicht signifikant. Die fremdsprachigen Befragten erhalten jedoch in der kleinen Stichprobe häufiger einen schnellen Facharzttermin als die deutschsprachigen.
- Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen ist bei beiden nahezu identisch (76% bei den fremdsprachigen Befragten, 74% bei den deutschsprachigen)
- Ebenso gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen Fremd- und Deutschsprachigen bei Besprechung der Medikation bei Krankenhausentlassung (57% und 54%) und der Organisation der poststationären Nachsorge (67% und 63%), wobei in absoluten Zahlen die Wertung der fremdsprachigen Befragten stets etwas besser ausfällt als die der deutschsprachigen.
- 83% der deutschsprachigen Befragten berichten von ausreichend Zeit bei der Haus:ärztin, während das nur 67% der Fremdsprachigen tun. Der Unterschied ist signifikant.
- Bei der Bewertung der Freundlichkeit der Haus:ärztin wird im Unterschied zwischen den beiden Gruppen die Signifikanzgrenze knapp verfehlt ($p=0,056$). 58% der deutschsprachigen Befragten berichten von der sehr großen Freundlichkeit der Haus:ärztin, während das sogar 68% der fremdsprachigen tun.

10 Zusammenfassung der Ergebnisse

10.1 Erläuterungen

Über die Vielfalt der Ergebnisse soll im Folgenden ein zusammenfassender Überblick gegeben werden, basierend auf entsprechenden Übersichtstabellen mit Bewertung der einzelnen Aspekte. Dabei werden Fragen zu gleichen Themen zusammengeführt (z.B. zu hausärztlicher Versorgung) und ggf. doppelt aufgeführt (z.B. Themen zur Pandemie).

Die Bewertungen erfolgen anhand der folgenden Skala:

Die Ergebnisse für Deutschland liegen

Tabelle 108: Erläuterung der Symbole in den Bewertungstabellen

Symbol	Ergebnisse mit internationalen Vergleichsergebnissen	Ergebnisse von Fragen, die nur in Deutschland verwendet wurden
↑	Das Ergebnis liegt im besten Drittel der internationalen Werte	Das Ergebnis wird als gut bis sehr gut eingestuft.
↔	Das Ergebnis liegt im mittleren Drittel der internationalen Werte	Das Ergebnis wird als befriedigend eingestuft.
↓	Das Ergebnis liegt im qualitativ unteren Drittel der internationalen Werte	Das Ergebnis wird als verbesserungsbedürftig eingestuft.

Die Richtung der Pfeile wird durch das Qualitätsniveau (hoch ↑ bis niedrig ↓) bestimmt. Wenn niedrige Werte für eine gute Qualität sprechen, dann gibt es auch hier den Pfeil nach oben ↑ und umgekehrt. Bei bestimmten Fragen ist keine Bewertung möglich, z.B. beim Einkommen der Befragten. Dann wird nur die Lage des Werts im Vergleich in **grauer Farbe** angegeben. Wird nur ein Status angezeigt, wie z.B. die Prävalenz chronischer Erkrankungen, dann wird dies mit einem **St** für Status versehen.

In der Spalte „Zuordnung“ der folgenden Tabellen steht die Angabe **S <nnn>** für die Sektion des Fragebogens, aus der die Frage stammt. Die Angabe **Q<nnn>** steht für die Nummer der Frage in diesem Fragebogen.

10.2 Ergebnisse zum Zugang zur Gesundheitsversorgung

Tabelle 109: Zugang zur Gesundheitsversorgung

Zuordnung	Hauptthema	Fragestellung	Bewertung
S 800, Q800	Zugang zur Gesundheitsversorgung	Zufriedenheit mit der Versorgung	↔
S 800, Q810 A1 bis A4	Zugang zur Gesundheitsversorgung, Kosten	Keine Probleme mit den Kosten der Versorgung	↑
S 800, Q830	Zugang zur Gesundheitsversorgung	Zugang zur ambulanten Versorgung außerhalb der normalen Praxiszeiten	↔
S 800, Q832	Zugang zur Gesundheitsversorgung	Versorgung innerhalb der normalen Praxiszeiten	↑
S 800, Q835	Zugang zur Gesundheitsversorgung	Seltene Verschiebung eines Behandlungstermins wegen der Pandemie bei Personen mit chronischer Erkrankung	↑
Q-W1	Zugang zur Gesundheitsversorgung	Wartezeit auf einen Facharzttermin	↓

- 75 % der Befragten in Deutschland sind sehr oder vollständig zufrieden mit der Qualität der medizinischen Versorgung (Q800). Mit Rang 6 belegt Deutschland damit einen Mittelplatz. Die Spanne der Ergebnisse reicht von 62 % (Frankreich) bis 85 % (Neuseeland).
- Bei keiner der vier Fragen (Q810 A1 bis A4) zur Problematik selbst zu tragender Kosten für die Gesundheitsversorgung zeigte sich ein größeres Problem in Deutschland, das stets in der Spitzengruppe liegt.
- Im internationalen Vergleich liegt die Bewertung des Zugangs zur ambulanten Versorgung, außerhalb der normalen Praxiszeiten, in Deutschland im Mittelfeld (Q830). Von 52 % der Befragten wird es als schwierig (eher oder sehr schwierig) eingestuft, außerhalb der normalen Praxiszeiten eine solche Versorgung zu bekommen. 2017 waren es 47 % in einer vergleichbaren Rangposition. Die Spanne im internationalen Vergleich reicht hier von 15 % (Niederlande) bis 57 % (Frankreich).
- Innerhalb Deutschlands ist das Problem in der Groß- und in der Kleinstadt am kleinsten (43 % und 45 %), am höchsten ist das Problem auf dem Land (57 %).
- Regional werden aus der Region Nord die größten Schwierigkeiten mit dem Zugang zur ambulanten Versorgung berichtet (55 %), die niedrigsten aus der Region Süd (46 %).
- Gut funktioniert die Versorgung innerhalb der normalen Praxiszeiten (Q832, siehe Abbildung 2). Hier dauert es nur selten, dass länger als sechs Tage auf einen Termin gewartet werden muss (4 %). Deutschland hat hier eine Spitzenposition.

10.3 Ergebnisse zur hausärztlichen Versorgung

Tabelle 110: Hausärztliche Versorgung

Zuordnung	Hauptthema	Fragestellung	Bewertung
S 900, Q915	Hausärztliche Versorgung	Feste hausärztliche Betreuung vorhanden	↑
S 900, Q935	Hausärztliche Versorgung	Kurzfristiger Rückruf durch die Hausarztpraxis	↑
S 900, Q945	Hausärztliche Versorgung	Behandlungstermin mittels Telefonat oder Videokonferenz	↓
Responsiveness Q-F01	Hausärztliche Versorgung: Erfahrung	Ausreichend Zeit mit dem Hausarzt	↑
Responsiveness Q-F01	Hausärztliche Versorgung: Erfahrung	Verständliche Erklärungen	↑
Responsiveness Q-F01	Hausärztliche Versorgung: Erfahrung	Einbeziehung in Entscheidungen	↑
Responsiveness Q-F01	Hausärztliche Versorgung: Erfahrung	Möglichkeiten für Fragen	↑
Responsiveness Q-F01	Hausärztliche Versorgung: Erfahrung	Freundlichkeit der Ärztinnen und Ärzte	↑
Responsiveness Q-F01	Hausärztliche Versorgung: Erfahrung	Vertraulichkeit im Empfangsbereich	↓
Responsiveness Q-F01	Hausärztliche Versorgung: Erfahrung	Vertrauensverhältnis zu Ärztinnen und Ärzten	↑
Responsiveness Q-F01	Hausärztliche Versorgung Organisation	Vorliegen von Unterlagen, Widersprüchlichkeit von Informationen, unnötige Untersuchungen, Verdacht auf Fehler	↔

- Übereinstimmend berichten 99 % der Interviewten in allen Regionen und Gesamt, einen Hausarzt zu haben (Q915). Dies entspricht auch dem Ergebnis der Befragung des Jahres 2017.
- Nur 6 % der Interviewten in Deutschland geben an, dass der Rückruf durch die Hausarztpraxis nur manchmal bis gar nicht erfolgt (Q935). Dies ist international der beste Wert und zeigt, dass dieser Kommunikationsweg zwischen Ärzten und Ärztinnen und den Patientinnen und Patienten gut funktioniert. Bereits 2017 war dieser Wert mit 8 % einer der besten Werte im internationalen Vergleich.

- Nur 4 % der Interviewten in Deutschland mit mindestens zwei chronischen Erkrankungen berichten, dass sie einen Behandlungstermin per Telefon oder Video hatten (Q945). Dies ist international der geringste Anteil.

Es spiegelt wider, dass die Einführung telematischer Instrumente in die Behandlungsabläufe in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern hinterher hinkt - was sich auch in früheren IHP Surveys gezeigt hat. 2017 gab es diese pandemiebezogene Kennzahl noch nicht, so dass nicht verglichen werden kann.

- Die Versorgung in den Hausarztpraxen wird hinsichtlich Vertrauensverhältnis, Respekt und Freundlichkeit, verfügbarer Zeit und verständlicher Erklärungen insgesamt positiv bewertet. Lediglich die empfundene eingeschränkte Vertraulichkeit im öffentlichen Bereich der Praxen wird nicht so uneingeschränkt positiv gesehen (Q-F01).
- Das Vorliegen einer guten Organisation und Koordination der Versorgung wird gemessen am termingerechten Vorliegen benötigter Unterlagen, der Konsistenz gegebener Informationen, dem Vermeiden unnötiger Untersuchungen und einem hohen Maß an Fehlerfreiheit (Q-F01). Hier zeigen die Befragungsergebnisse durchaus Verbesserungsmöglichkeiten auf, die jedoch in einem gewissen Rahmen bleiben. Es wird sich zeigen, ob die fortschreitende Digitalisierung die Sicherheit der Kommunikation und Koordination verbessern kann.

10.4 Ergebnisse zur Koordination von haus- und fachärztlicher Versorgung

Tabelle 111: Koordination von haus- und fachärztlicher Versorgung

Zuordnung	Hauptthema	Fragestellung	Bewertung
S 1000, Q 1000	Versorgende Ärztinnen und Ärzte	Anzahl konsultierter Ärztinnen und Ärzte	↑
S 1000, Q 1003	Koordination der Versorgung	Unterstützung bei der Koordination der Behandlung durch weitere Ärztinnen und Ärzte.	↓
S 1020, Q 1050 A1	Koordination der Versorgung	Information der Facharztpraxis durch die Hausarztpraxis	↑
S 1020, Q 1050 A2	Koordination der Versorgung	Information der Hausarztpraxis durch die Facharztpraxis	↑
S 1020, Q 1020	Fachärztliche Versorgung	Fachärztliche Versorgung wurde in Anspruch genommen.	↑
Q-F05	Fachärztliche Versorgung	Vertrauensverhältnis zu Fachärztinnen und Fachärzten	↑
Q-F05	Fachärztliche Versorgung	Freundlichkeit der Fachärztinnen und Fachärzte	↑
Q-F05	Fachärztliche Versorgung	Vertraulichkeit im Empfangsbereich der Facharztpraxen	↓
Q-F05	Fachärztliche Versorgung	Ausreichend Zeit mit der Fachärztin und dem Facharzt	↑
Q-F05	Fachärztliche Versorgung	Möglichkeiten für Fragen	↑
Q-F05	Fachärztliche Versorgung	Verständliche Erklärungen	↑
Q-F05	Fachärztliche Versorgung	Einbeziehung in Entscheidungen	↑

- 63 % der Interviewten in Deutschland (gewichtete Daten) berichten, dass sie mindestens einmal im Befragungszeitraum eine Fachärztin oder einen Facharzt aufgesucht haben (Q1020), der zweithöchste internationale Wert (Spanne 53 % UK bis 66 % Frankreich). 2017 waren es in Deutschland 70 %.
- In der Region Ost werden Fachärztinnen und Fachärzte mit 70,2 % deutlich häufiger aufgesucht (Q1020), wobei Berlin mit 59,6 % zu diesem hohen Wert nicht beiträgt. Es sind die anderen drei Länder der Region Ost, die hier mit einer Quote von insgesamt 74 % (79/107) auffallen.
- In 50 % berichten die Interviewten, dass sie eine gute Unterstützung bei der Koordination der Behandlung durch weitere Ärztinnen und Ärzte (oft oder immer) erhalten hätten (Q1003). Das ist ein hinterer Platz bei den internationalen Ergebnissen. Dort werden bis zu 71 % Unterstützung berichtet.
- 6 % (ungewichtete Daten) der Interviewten berichteten, dass beim Facharztbesuch der Fachärztin bzw. dem Facharzt wesentliche Behandlungsinformationen aus vorherigen

Behandlungen nicht vorlagen (Q1050 A1), wobei Deutschland das drittbeste Ergebnis hat (Q1050 A1).

- In 9,7 % der Fälle informierte die Facharztpraxis die Hausarztpraxis nicht zeitnah zu den Ergebnissen des Facharztbesuchs. Mit gewichteten Daten liegt das Ergebnis bei 8,4 % und ist auch hier das drittbeste Ergebnis bei einer Spanne von 3 % (Neuseeland) bis 17 % (USA) (Q1050 A2).
- Die Versorgung in den Facharztpraxen wird hinsichtlich Vertrauensverhältnis, Respekt und Freundlichkeit, verfügbarer Zeit und verständlicher Erklärungen insgesamt positiv bewertet. Lediglich die empfundene eingeschränkte Vertraulichkeit im öffentlichen Bereich der Praxen wird nicht so uneingeschränkt positiv gesehen (Q-F05).

10.5 Ergebnisse zur Medikation

Tabelle 112: Medikation

Zuordnung	Hauptthema	Fragestellung	Bewertung
S 1100, Q 1105	Medikation	Anzahl eingenommener Medikamente	↔
S 1100, Q 1110	Medikation	Besprechung der Medikationen mit den Patientinnen und Patienten	↑

- Im internationalen Vergleich belegt Deutschland mit einem Mittelwert von 3,19 einen mittleren Platz bei der Anzahl der von den Patientinnen und Patienten eingenommenen Medikamente bei einer Spanne von 2,79 (Schweiz) bis 4,49 (USA) (Q1105).
- 80 % der Befragten in Deutschland bejahen eine ausführliche Besprechung der gesamten Medikation mit ihnen durch Ärzte oder Ärztinnen bzw. Apothekerinnen oder Apotheker. Damit belegt Deutschland im internationalen Vergleich Platz 3 bei einer Spanne von 42 % (Schweden) bis 87 % (USA) (Q1110).

10.6 Ergebnisse zur Stationäre Behandlung und Notaufnahme

Tabelle 113: Stationäre Behandlung und Notaufnahme

Zuordnung	Hauptthema	Fragestellung	Bewertung
S 1300, Q 1300	Stationäre Versorgung	Stationärer Aufnahme rate	↔
S 1300, Q 1330	Stationäre Notaufnahme	Aufsuchen der Notaufnahme	↑
S 1300, Q 1335	Stationäre Notaufnahme	Aufsuchen der Notaufnahme eines Krankenhauses mit einem Problem, das auch der Hausarzt oder die Hausärztin hätte behandeln können	↑
Q-F03	Stationäre Versorgung	Einbeziehung in Entscheidungen	↓
Q-F03	Stationäre Versorgung	Freundlichkeit und Respekt der Krankenhausärztinnen und -ärzte	↑
Q-F03	Stationäre Versorgung	Freundlichkeit und Respekt der Pflegekräfte	↑
S 1300, Q 1310 A1	Stationäre Entlassung	Bereitstellung eines Informationsblattes mit Verhaltensregeln bei Krankenhausentlassung	↓
S 1300, Q 1310 A2	Stationäre Entlassung	Organisation von Nachsorgeterminen oder der Nachsorge bei Krankenhausentlassung	↓
S 1300, Q 1310 A3	Stationäre Entlassung	Besprechung der erforderlichen Medikation bei Krankenhausentlassung	↓
S 1300, Q 1328	Stationäre Entlassung	Notwendigen Unterstützung nach der Krankenhausentlassung	↓

- Mit 24 % stationärer Aufnahme rate (Q1300) liegt Deutschland im Mittelfeld der Werte. 2017 lag diese Rate mit 39 % noch im oberen internationalen Bereich. Es kann hier spekuliert werden, ob dieser Rückgang mit der Pandemiesituation zu tun hat, oder welche Gründe zu dieser Absenkung geführt haben. Aus den Daten der Befragung lassen sich hier kein Gründe herleiten.
- Insgesamt wird die Behandlungssituation im Krankenhaus positiv beschrieben, was die Ärztinnen und Ärzte sowie die Pflegekräfte betrifft (Q-F03). Allerdings könnte die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten in Entscheidungen in den Krankenhäusern noch verbessert werden (Q-F03)
- Kritischer sieht es aus mit der Entlassungssituation. Deutschland belegt bei der „Notwendigen Unterstützung nach der Krankenhausentlassung“ (Q1328) mit 60 % (165 / 276) den schlechtesten Platz im internationalen Vergleich. Mit 91 % Unterstützung erreichen die USA das beste Ergebnis. Im Jahr 2017 war das Ergebnis für Deutschland noch 82 %. Auch die anderen Parameter zur Krankenhausentlassung haben eher ein schwaches Ergebnis. Dies ist für Deutschland keine neue Nachricht. Um an der Schnittstelle von stationärer zu ambulanter Versorgung die Versorgungsqualität

zu verbessern, hat der G-BA bereits vor einiger Zeit die Etablierung eines QS-Verfahrens „Entlassmanagement“ beschlossen.

- Nur 16% der Interviewten hatten in den letzten zwei Jahren die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht (Q1330). Das ist international die geringste Quote, die aber auch damit zusammenhängt, dass in Deutschland die Versorgung von Notfällen in großen Anteilen vom ambulanten Bereich übernommen wird.

10.7 Ergebnisse zu Versorgungshilfen zu Hause

Tabelle 114: Versorgungshilfen zu Hause

Zuordnung	Hauptthema	Fragestellung	Bewertung
S1400, Q1401	Versorgungshilfen zu Hause	Gesundheit und Hilfsbedarf	↓
S1400, Q1402	Versorgungshilfen zu Hause	Einschränkung bei den täglichen Verrichtungen	↓
S1400, Q1403	Versorgungshilfen zu Hause	Hilfsbedarf im Alltag wegen eines Gesundheitsproblems	↔
S1400, Q1406	Versorgungshilfen zu Hause	Häufigkeit der Unterstützung im Alltag	↓
S1400, Q1408 A1, A2	Versorgungshilfen zu Hause	Personen, die die Hilfsbedürftigen im Alltag unterstützen	○
S1400, Q1410 A1	Versorgungshilfen zu Hause	Unzureichende Hilfeleistungen wegen der Kosten	↑
S1400, Q1410 A2	Versorgungshilfen zu Hause	Unzureichende Hilfeleistungen wegen der Pandemie	↑
S1400, Q1410 A3	Versorgungshilfen zu Hause	Unzureichende Hilfeleistungen auf eigenen Wunsch wegen der Pandemie	○

- Trotz der Pandemiesituation hat sich in Deutschland wie auch in einigen anderen Ländern der Gesundheitszustand (Q1401) im Vergleich zu 2017 etwas gebessert, dennoch ist die gesundheitliche Belastung und Einschränkung im internationalen Vergleich hoch (siehe auch 5.8.2). Dies kann zumindest teilweise auch damit zusammenhängen, dass der Anteil der 75+ Jährigen in Deutschland höher ist als in anderen Ländern (siehe Tabelle 12).
- Die in Deutschland Befragten geben im Vergleich mehr als doppelt so häufig an (29 %), dass sie Einschränkungen bei den täglichen Verrichtungen haben, wie z.B. Befragte in Norwegen (11 %) (Q1402).

- In Deutschland hat nur ein mittlerer Anteil von 14 % der Befragten Hilfsbedarf im Alltag wegen eines Gesundheitsproblems (Q402). Die Spanne reicht von 8 % (Norwegen) bis 22 % (Niederlande) im internationalen Vergleich.
- 60 % der Befragten in Deutschland berichten, dass sie im Alltag benötigte Hilfe oft oder immer bekommen würden (Q1406). Das ist im internationalen Vergleich allerdings der zweitschlechteste Platz. In Großbritannien sind es z.B. 78 %. Hier ist Verbesserungsbedarf.
- Dieses Bild wird dadurch relativiert, dass (nur) 8 % der Befragten, die auf Hilfe angewiesen sind, berichten, dass sie wegen der Pandemie nur unzureichende Hilfeleistungen erhalten haben (Q1410 A2). Dies ist der niedrigste Wert im internationalen Vergleich und zeigt, dass die Versorgungssituation in Deutschland auch in der Pandemie stabil geblieben ist.

10.8 Ergebnisse zur Versorgung bei chronischer Erkrankung

Tabelle 115: Versorgung bei chronischer Erkrankung

Zuordnung	Hauptthema	Fragestellung	Bewertung
S1415, Q1415 Q1416	Versorgung bei chronischer Erkrankung	Prävalenz Chronischer Erkrankungen	St
S 800, Q835	Zugang zur Gesundheitsversorgung	Seltene Verschiebung eines Behandlungstermins wegen der Pandemie bei Personen mit chronischer Erkrankung	↑
S1415, Q1420 A1, A2	Versorgung bei chronischer Erkrankung	Besprechung der Behandlungsziele, Anweisungen	↑
S1415, Q1425 A1, A2	Versorgung bei chronischer Erkrankung	Ergänzende Kontaktaufnahme und Beratung durch eine medizinische Fachkraft	↓
S1415, Q1427	Versorgung bei chronischer Erkrankung	Verfügbarkeit eines Behandlungsplans	↓
S1415, Q1429	Versorgung bei chronischer Erkrankung	Sicherheit im Umgang mit gesundheitlichen Problemen	↓

- Die häufigsten chronischen Erkrankungen mit andauernder Behandlung, die die Interviewten nennen, sind in Deutschland Hypertonie, Arthritis bzw. Gelenkbeschwerden, Diabetes und Herzerkrankungen (Q1415, Q1416). Bei Krebserkrankungen hat Deutschland im internationalen Vergleich die geringste Prävalenzrate mit 5%. Die Ergebnisspanne reicht hier von 5 % (Deutschland) bis 17 % (USA und Schweden).

- Nur 11 % der Interviewten mit chronischer Erkrankung in Deutschland berichten, dass wegen der Pandemie ein Behandlungstermin verschoben wurde (Q835). Das ist international das beste Ergebnis.
- Nur 4 % der Interviewten in Deutschland mit mindestens zwei chronischen Erkrankungen berichten, dass sie einen Behandlungstermin per Telefon oder Video hatten (Q945). Dies ist international der geringste Anteil und ein Zeichen für die Ausbaufähigkeit der Telemedizin in Deutschland.
- Ein Behandlungsplan für die chronische Erkrankung, der von den Patientinnen und Patienten im Alltag umgesetzt werden kann (Q1427 A1), liegt in nur 64 % der Fälle vor. Die Spitzenreiter liegen hier mit 88 % (USA) und Australien (87 %) deutlich darüber.
- In Deutschland haben 86 % der Befragten das sichere Gefühl, dass sie „ihre gesundheitlichen Probleme im Griff haben und mit ihnen umgehen können“ (Q1429). Bei sechs von 11 Ländern liegt dieser Wert jedoch bei 95 % oder besser. In Deutschland betrifft die Unsicherheit ca. jeden Siebten, in den besten sechs Ländern nur jeden 20. der Befragten.

10.9 Ergebnisse zu sozialer Isolation, Einsamkeit und psychischer Verfassung

Tabelle 116: Soziale Isolation, Einsamkeit und psychische Verfassung

Zuordnung	Hauptthema	Fragestellung	Bewertung
S1430, Q1412	Soziale Isolation, Einsamkeit und psychische Verfassung	Gefühl der Isolation	↔
S1430, Q1430	Soziale Isolation, Einsamkeit und psychische Verfassung	Schwere seelische Belastungen	↑
S1430, Q1435	Soziale Isolation, Einsamkeit und psychische Verfassung	Erreichbare professionelle Hilfe	↑
S1430, Q1440	Soziale Isolation, Einsamkeit und psychische Verfassung	Kontakt mit anderen über Mobiltelefon und Computer	↑

- Vom Gefühl der Isolation berichten in Deutschland 24 % der Befragten (Q1412), was einem mittleren Ergebnisbereich entspricht. Im internationalen Vergleich liegen die Ergebnisse im Bereich von 15 % (Norwegen) bis 37 % (Kanada).

- Vor schweren seelischen Belastungen innerhalb der letzten 2 Jahre berichten in Deutschland 22 % der Befragten (Q1430), ein vergleichsweise gutes Ergebnis. Im internationalen Bereich liegen die Ergebnisse im Bereich von 22 % (Deutschland) bis 85 % (USA).
- 88 % der Befragten in Deutschland konnten nach eigener Angabe in der belasteten Situation professionelle Hilfe erhalten (Q1435). Das ist ein Wert, der im internationalen Bereich im oberen Viertel liegt bei einer Spanne zwischen 73 % und 97 %.
- 82 % der Befragten in Deutschland nutzen technische Kommunikationswege mindestens 1x pro Woche, um mit ihrer Familie und ihren Freunden in Kontakt zu bleiben (Q1440). Das ist im internationalen Vergleich der höchste Wert für diesen wichtigen Aspekt sozialer Teilhabe. Die Spanne der Ergebnisse reicht von 52 % (Frankreich) bis 82 % (Deutschland).

10.10 Ergebnisse zu Zuzahlungen und materieller Notlage

Tabelle 117: Zuzahlungen und materielle Notlage

Zuordnung	Hauptthema	Fragestellung	Bewertung
S1600, Q1605, Q1610	Zuzahlung zu den Gesundheitskosten	Zuzahlung zu den Gesundheitskosten	↔
S1450, Q1450 A1	Materielle Notlage	Existenzielle finanzielle Sorgen: gesunde Ernährung	↑
S1450, Q1450 A2	Materielle Notlage	Existenzielle finanzielle Sorgen: Miete, Hypotheken	↑
S1450, Q1450 A3	Materielle Notlage	Existenzielle finanzielle Sorgen: monatliche Rechnungen	↑
S1450, Q1455 A2	Materielle Notlage	Persönliche Auswirkungen der Pandemiesituation: Ersparnisse	↑
S1450, Q1455 A3	Materielle Notlage	Persönliche Auswirkungen der Pandemiesituation: Einkommensquelle	↑

- Etwas mehr als 1/7 (16 %) der Befragten in Deutschland gab an, mehr als 1.000 € an Gesundheitskosten zugezahlt zu haben (Q1605, Q1610). In Großbritannien (6 %) und den Niederlanden (7 %) waren es deutlich weniger.
- Allerdings berichteten nur wenige von ernsthaften finanziellen Problemen. Auch in der Pandemie wurde eine hohe finanzielle Sicherheit wahrgenommen, die im internationalen Vergleich nicht selbstverständlich ist.
- Siehe auch Kapitel 6.2.7 und 6.3.3.

10.11 Ergebnisse zur Versorgung am Lebensende

Tabelle 118: Versorgung am Lebensende

Zuordnung	Hauptthema	Fragestellung	Bewertung
S1495, Q1495	Versorgung am Lebensende	Besprechung des Patientenwillens	↑
S1495, Q1496	Versorgung am Lebensende	Schriftliche Patientenverfügung vorhanden	↑
S1495, Q1497	Versorgung am Lebensende	Schriftstück mit der Kontaktadresse im Notfall vorhanden	↑

- In Deutschland (86 %) und den USA (76 %) sind Gespräche zum Patientenwillen offensichtlich selbstverständlicher als in Ländern wie Neuseeland (30 %) oder Schweden (33 %) (Q1495).
- In ähnlicher Verteilung haben wieder Deutschland (67 %) und die USA (54 %) beim Vorhandensein einer schriftlichen Patientenverfügung die besten Ergebnisse (Q1496).
- Siehe auch Kapitel 6.5.5.

10.12 Ergebnisse zur Versorgung in den Zeiten der Pandemie

10.12.1 Anmerkung zur Pandemiesituation

Sehr viele der Fragen wurden Ende des Jahres 2021 im Hinblick auf die besondere Lebens- und Versorgungssituation in der Pandemiesituation erstellt. Im Befragungszeitraum April / Mai 2021 war die Stimmung in der Bevölkerung einerseits noch besorgt, aber andererseits glaubte man daran, dass im Herbst 2021 alles überstanden sein könnte. Dies hing mit dem Beginn der Corona-Impfungen ab 27.12.2021 zusammen. Zu diesem Zeitpunkt wurde der Impfstoff von Biontech/Pfizer als erster zugelassen, danach folgte Anfang Januar 2021 der Impfstoff von Moderna, Ende Januar erteilte die EU-Kommission die bedingte Zulassung für den Impfstoff von AstraZeneca. Zunächst wurden nur priorisierte Personengruppen geimpft: erst die über 80-Jährigen, dann ab April die über 70-Jährigen, aber auch andere Menschen mit hohem Infektionsrisiko. Am 29. April 2021 gibt das BMG bekannt, dass 21.562.627 Menschen in Deutschland inzwischen mindestens einmal geimpft seien. Allein am Mittwoch, 28. April, seien mehr als eine Million Impfungen verabreicht worden.

[<https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/corona-schutzimpfung-1830894>]

10.12.2 Pandemiebezogene Ergebnisse

Auf die Pandemie bezogen gibt es in der Befragung einige spezifische Frageitems. Deren Bewertungen für Deutschland sind in folgender Tabelle zusammengefasst.

Es wird darüber hinaus auf die Kapitel 10.9 (psychischen Verfassung) und Kapitel 10 (Zuzahlungen) verwiesen, die selbst auch einen Bezug zur Pandemie haben.

Tabelle 119: Versorgung in Zeiten der Pandemie

Zuordnung	Hauptthema	Fragestellung	Bewertung
S1800, Q835	Pandemie	Seltene Verschiebung eines Behandlungstermins wegen der Pandemie bei Personen mit chronischer Erkrankung	↑
S1800, Q945	Pandemie	Behandlungstermin mittels Telefonat oder Videokonferenz	↓
S1800, Q1410 A1	Pandemie	Unzureichende Hilfeleistungen wegen der Kosten	↑
S1800, Q1410 A2	Pandemie	Unzureichende Hilfeleistungen wegen der Pandemie	↑
S1800, Q1410 A3	Pandemie	Unzureichende Hilfeleistungen auf eigenen Wunsch wegen der Pandemie	↑
S1800, Q1455 A2	Pandemie	Persönliche Auswirkungen der Pandemiesituation: Ersparnisse	↑
S1800, Q1455 A3	Pandemie	Persönliche Auswirkungen der Pandemiesituation: Einkommensquelle	↑
S1800, Q1800, Q1805, Q1810	Pandemie	Impfung und Impfplanung	↑

- Von den Befragten werden nur in geringem Maß Einschränkungen in der Gesundheitsversorgung berichtet. Hier hat Deutschland im internationalen Bereich gute bis sehr gute Ergebnisse. Nur wenige Befragte haben durch die Pandemie finanzielle Einbußen hinnehmen müssen. Dabei ist zu bedenken, dass es sich überwiegend um Rentnerinnen und Rentner handelt, die nur in kleineren Anteilen von direkten wirtschaftlichen Einflüssen abhängig sind.
- Auch im Impfgeschehen steht Deutschland in der Befragung international sehr gut da. Im Befragungszeitraum waren bereits 84 % der Interviewten in Deutschland geimpft und bei weiteren 12 % war eine Impfung geplant (Q1800, Q1805). Dies ist nach Großbritannien der zweitbeste Wert im Vergleich der Länder und zeigt die Effektivität der Impfkampagnen Anfang 2021.

10.13 Spezifische Ergebnisse der Regionen

Es gibt Ergebnisse, bei denen zwischen den Regionen deutliche Unterschiede in einem Merkmal bestehen. In der folgenden Liste wird die Region genannt, deren Ergebnis am weitesten herausragt, sei es nun im positiven oder im negativen Sinn.

Bei den vier dieser fünf Aspekte handelt es sich um Kennzahlen, die den Status der Befragten oder ihr Gesundheitsverhalten betreffen. Daher werden sie zum Verständnis der Versorgungssituation beschrieben, aber nicht bewertet.

Tabelle 120: Ergebnisse mit deutlichen regionalen Unterschieden

Zuordnung	Hauptthema	Fragestellung	Bewertung
Region Süd, Q830	Zugang zur Gesundheitsversorgung	Zugang zur ambulanten Versorgung außerhalb der normalen Praxiszeiten ist besser als in den anderen Regionen (berichtet werden Schwierigkeiten nur in 46 % der Region Süd, in ca. 54 % in den andere Regionen) (siehe Tabelle 18)	↑
Region Ost, Q1020	Fachärztliche Versorgung	Fachärztliche Versorgung wurde häufiger in Anspruch genommen. (70 % Ost, ca. 63 % andere Regionen) (siehe Tabelle 32)	↑
Region Ost, Q1401	Demografie	Eingeschränkter Gesundheitszustand (93 % Ost, ca. 31 % andere Regionen) (siehe Tabelle 46)	↓
Region Ost, Q1515	Krankenversicherung	Höherer Anteil an gesetzlich Versicherten (40 % Ost, ca. 76 % andere Regionen) (siehe Tabelle 77)	↑
Region Ost, Q2076-GER	Einkommensverteilung	Hoher Anteil an Befragten, deren Einkommen unter 25.000 € liegt (61 % Ost, 18 % West) (Tabelle 82)	↓

Die besonderen Ergebniswerte für die Regionen sind in der Tabelle 120 eingetragen. Die ausführlicheren Tabellen befinden sich bei der Detaildarstellung der jeweiligen Kennzahlen, aufgeführt in der Spalte "Zuordnung" mit dem Schema Q<nnn>.

10.14 Aspekte zur Krankenversicherungsart

Korrelationen von demografischen Daten mit der Krankenversicherungsart finden sich mehrfach und sind meist in dieser Form auch erwartbar. Es handelt sich um deskriptive Beschreibungen solcher Zusammenhänge, die im Rahmen dieser Befragung keiner Bewertung unterliegen.

Tabelle 121: Aspekte der Krankenversicherungsart (Q1515)

Zuordnung	Hauptthema	Fragestellung	Bewertung
Region	Krankenversicherung	Unterschiedliche Verteilung der Versicherungen nach Region (Tabelle 77)	O
Q1401	Krankenversicherung	Eingeschränkter Gesundheitszustand unterschiedlich häufig je nach Versicherungsart (Tabelle 78)	O
Alter	Krankenversicherung	Unterschiedliche Verteilung der Versicherungen nach Alter (Tabelle 79)	O

O = ohne Bewertung

- Die gesetzlich Versicherten ohne Zusatzversicherung berichten häufiger über einen eingeschränkten Gesundheitszustand als Privatversicherte (36 % gesetzlich Versicherte vs. 25 % Privatversicherte)(siehe Tabelle 78).

Das wiederum korreliert mit der Tatsache, dass bei den gesetzlich Versicherten mehr Personen 75 Jahre oder älter sind (50 %) als bei den Privatversicherten (43 %)(Tabelle 79)
In der Region Ost gibt es einen signifikant höheren Anteil an gesetzlich Krankenversicherten in der Befragung als in den anderen drei Regionen (siehe Tabelle 77).
Weitere demografische Aspekte und Korrelationen finden sich auch in Kapitel 4.5 und an anderen Stellen des Gutachtens.

11 Stärken und Verbesserungspotential

Die wichtigsten Stärken (S) und Verbesserungspotentiale (V) werden hier nochmals thematisch geordnet dargestellt.

11.1 Gesundheitsversorgung: Zugang und Kosten

- Der Zugang zur Gesundheitsversorgung wird insgesamt als gut bis sehr gut beschrieben und liegt im internationalen Bereich im oberen Bereich bzw. im Spitzenbereich. (S)

11.2 Haus- und fachärztliche Versorgung

- Es besteht ein überwiegend gutes bis sehr gutes Vertrauensverhältnis zu Haus- und Fachärzten und -ärztinnen vor. Freundlichkeit, respektvoller Umgang und verständliche Erklärungen werden bescheinigt. (S)
- Die Erklärung der Medikation durch die behandelnden Ärzten und Ärztinnen ist im internationalen Vergleich gut, aber aus Sicht der Patientinnen und Patienten noch verbesserbar. (V)
- Wartezeiten auf Facharzttermine zeigt Verbesserungspotential. 27 % der Befragten berichten, dass sie länger als 2 Monate auf einen solchen Termin warten mussten. (V)
- Das Angebot an telemedizinischen Angeboten ist im internationalen Vergleich noch gering. (V)
- Die Vertraulichkeit der Gesprächs- und Behandlungssituationen in den Praxen wird als verbesserungsfähig berichtet. (V)
- 52 % der Interviewten berichteten, dass es für sie schwierig war, außerhalb der üblichen Praxiszeiten bei Bedarf medizinisch versorgt zu werden. (V)

11.3 Stationäre Behandlung und Notaufnahme

- Es besteht ein überwiegend gutes bis sehr gutes Vertrauensverhältnis zu Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus. Freundlichkeit, respektvoller Umgang und verständliche Erklärungen werden bescheinigt. (S)
- 14,7 % der Interviewten berichteten, dass sie nicht ausreichend in Entscheidungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte einbezogen würden. (V)
- Nur ein geringer Teil der Interviewten berichtete, dass sie im zurückliegenden Jahr die Notaufnahme von Krankenhäusern aufsuchten, deutlich geringer als in anderen Ländern. (S)
- Das Entlassmanagement aus Krankenhäusern zeigt hinsichtlich der Information der Patientinnen und Patienten und der Organisation von Maßnahmen zu deren Versorgung im poststationären Verlauf noch Verbesserungspotential. (V)

11.4 Versorgungshilfen zu Hause

- In Deutschland berichten nur 60 % der Befragten, dass sie im Alltag benötigte Hilfe oft oder immer bekommen würden. Das ist im internationalen Vergleich der zweitschlechteste Platz. (V)
- Die Hilfe wurde aber weder aus Kosten- noch aus Pandemiegründen wesentlich eingeschränkt. (S)

11.5 Versorgung bei chronischen Erkrankungen

- Menschen mit chronischen Erkrankungen werden im internationalen Vergleich in Deutschland hinsichtlich ihrer Behandlungsziele als auch der Anweisungen zum Umgang mit ihrer Erkrankung mit Abstand am häufigsten von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten unterstützt. (S)
- Ein Behandlungsplan für die chronische Erkrankung, der von den Patientinnen und Patienten im Alltag umgesetzt werden kann, liegt jedoch nur in 64 % der Fälle vor. (V)
- In Deutschland haben 86 % der Befragten das sichere Gefühl, dass sie „ihre gesundheitlichen Probleme im Griff haben und mit ihnen umgehen können“. Diese Einschätzung liegt in mehr als der Hälfte der anderen Länder bei über 94 %. (V)

11.6 Soziale und psychische Verfassung

- Vom Gefühl der Isolation berichten in Deutschland 24 % der Befragten, das liegt international im Mittelfeld der Ergebnisse. Aber am kleinsten ist der Anteil (22 %) derer, die innerhalb der letzten zwei Jahre schweren seelischen Belastungen ausgesetzt waren. (S)
- 88 % der Befragten in Deutschland konnten nach eigener Angabe in der belasteten Situation professionelle Hilfe erhalten. Das ist ein Wert im oberen Viertel der internationalen Ergebnisse. (S)

11.7 Versorgung in Zeiten der Pandemie

- In der Pandemiesituation mussten im Befragungszeitraum nur wenige Arzttermine verschoben werden – insbesondere im internationalen Vergleich. (S)

- 8 % der hilfsbedürftigen Interviewten beklagten, dass sie in der Pandemiezeit nur unzureichend Hilfe bei den instrumentellen Tätigkeiten im Alltag erhalten hätten. Das ist im internationalen Vergleich ein niedriger Wert. (S)
- Sehr gering war der Anteil derer, die durch die Pandemie finanzielle Sorgen und Not hatten. Auch hier hat Deutschland eine führende Position im internationalen Vergleich. (S)
- Der Impfstatus und die Impfwilligkeit der Interviewten im Alter 65+ Jahre war sehr hoch (84% geimpft, 12% impfwillig). Dies wurde nur noch übertroffen durch das Vereinigte Königreich. (S)

12 Limitationen der Befragung

Eine der Limitationen dieser Befragung besteht darin, dass trotz intensiver Abstimmung der Fragen zwischen den teilnehmenden Ländern eine direkte Vergleichbarkeit immer darunter leidet, dass die Gesundheitssysteme in bestimmten Punkten anders organisiert sind. Das betrifft z.B. die Strukturen, die die primärärztliche Versorgung übernehmen, die Organisation der Notfallversorgung außerhalb der normalen Geschäftszeiten, die Verantwortlichkeiten beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung oder die Kompetenzen von Pflegekräften. Bei der Interpretation von Ergebnissen sind solche unterschiedlichen Gegebenheiten stets zu berücksichtigen.

Die sehr breite Themenpalette bedingt, dass für jeden Themenbereich nur sehr wenige Fragen zur Verfügung stehen. Umso undifferenzierter sind die entsprechenden Aussagen, die zum jeweiligen Aspekt getroffen werden können. Die Bewertung dazu hängt von der Eignung der ein bis drei Fragen ab, die dann wieder im internationalen Kontext überall passen müssen. Das Primat des Telefoninterviews limitiert gleichzeitig die Anzahl der möglichen Fragen. Weiterhin ist zu bedenken, dass bei vielen Menschen im höheren Alter das Führen eines solchen Telefoninterviews ab einer gewissen Dauer zu anstrengend wird. Es wird in solchen Fällen den Interviewten stets angeboten, die Befragung zu unterbrechen und zu einem zweiten, günstigen Zeitpunkt fortzusetzen. Dennoch ist das in der Regel nur in einer begrenzten Anzahl an Interviews möglich.

Zunehmend sind ältere Menschen vorsichtig, wenn sie von einer Person einen Telefonanruf erhalten, den sie nicht kennen. Ihre Zurückhaltung ist angesichts entsprechender Betrugsversuche völlig gerechtfertigt. Traten solche Zweifel auf, wurden sie auf die Webseite des BQS Instituts verwiesen, auf der die Informationen zum IHP Survey 2021 zur Verfügung standen. Sie konnten dann, wenn sie von der Seriosität des Projekts überzeugt waren, zu einem beliebigen Zeitpunkt zurückrufen und dann wurde das Interview durchgeführt. Solche Komplexität kann einen gewissen Bias-Effekt bewirken. So finden sich höhere Ausbildungsstände in der Verteilung der Befragten häufiger als erwartet. Weiterhin ist davon

auszugehen, dass mit zunehmender Gebrechlichkeit die Teilnahme an solch einem Telefoninterview abnimmt, so dass die Situation der vulnerablen Menschen in den Befragungsantworten unterrepräsentiert sein dürfte.

Bisweilen werden in den Fragen Subgruppen von Subgruppen erfragt, z.B. Personen, die stationär aufgenommen worden waren und die zu Hause auf besondere Hilfeleistungen angewiesen waren. Das führt bisweilen zu sehr kleinen Grundgesamtheiten, so dass die Repräsentativität der Antworten entsprechend schwindet. Diese kleinere statistische Basis ist bei der Interpretation spezifischer Fragen immer auch mit zu bedenken.

13 Verbesserungsvorschläge für künftige Befragungen

13.1 Verbesserungsorientierter Einsatz spezifischer Befragungen

Will man Befragungen der Bevölkerung zu ihren Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen für gezielte Verbesserungsmaßnahmen nutzen, dann bedarf es rein theoretisch folgender Gestaltungsmerkmale:

- **Themenvielfalt:** Die Themen des IHP2021 zeigen, welche Vielfalt an Aspekten im Gesundheitswesen von qualitativer Relevanz sind. Eine Bevölkerungsbefragung sollte, sofern keine spezifischen Problemstellungen adressiert werden sollen, genutzt werden um zu überprüfen, in welchem Maße die angenommenen Problemfelder noch akut sind und ob es andere Problemfelder gibt, die bislang noch nicht ausreichend wahrgenommen wurden.
- **Benchmark:** Bei akut bekannten Problemen braucht man meist kein Benchmark zum Vergleich um aus den Daten die Problematik zu erkennen. In vielen anderen Fällen kann aber der Vergleich mit anderen Ländern sehr hilfreich sein zu erkennen, bei welchen Aspekten das eigene Gesundheitswesen gut, mittel oder weniger gut abschneidet. Dies kann dringlichen Handlungsbedarf aufzeigen und zu entsprechenden Maßnahme motivieren, wenn sich an den Ergebnissen zeigt, dass in anderen, vergleichbaren Ländern die Problematik nicht oder in deutlich geringerem Maße besteht. Dies ist die Stärke solcher internationaler Befragungen. Sie liefern mit den Vergleichsdaten eine Handlungsmotivation, die bei rein nationalen Befragungen nicht erreicht werden können.
- **Detailinformationen:** Der Identifikation von Handlungsbedarf folgt stets der Bedarf an etlichen Detailinformationen, um die Zusammenhänge zu verstehen, die bislang einer Verbesserung im Wege standen. Nur durch die Kenntnis der Wirkzusammenhänge beim Entstehen eines Versorgungsmangels können wirksame Maßnahme zu dessen Behebung auf den Weg gebracht werden

Eine nach theoretischen Kriterien perfekte Befragung wäre also umfassend, international vergleichend und würde gleichzeitig zu allen Themen jene Detailfakten liefern, die im Falle

einer Auffälligkeit die wichtigsten Folgefragen beantworten könnten. Dieses Konstrukt ist aus drei Gründen nicht realisierbar:

- die Unvorhersagbarkeit der potentiellen Auffälligkeiten, so dass die in der Folge benötigten Detailinformationen a priori nicht antizipiert werden können,
- der unrealistische Umfang der sich so ergebenden Befragung, sowie auch
- die Unmöglichkeit, genügend Ressourcen und Motivation bei den Beteiligten zu finden, so dass zu allen sich zeigenden relevanten Versorgungsmängeln Korrekturmaßnahmen durchgeführt werden können.

Die IHP Befragung kann nie ein Themen-überspannendes internationales Benchmark-Instrument sein, das zusätzlich noch genügend ergänzende Informationen liefert. Dies zeigt sich auch an der Auswertung des IHP 2021. Jedem Ergebnis folgen mehrere sich anschließende Detailfragen, um tätig werden zu können. Dieses Manko kann durch ein zweistufiges Vorgehen behoben werden.

Die internationale Benchmarkbefragung mit den entsprechenden Kommunikationsmöglichkeiten mit Vertretern anderer Länder ermöglicht einen kritischen Blick auf die Stärken und Schwächen des eigenen Gesundheitswesens. In einem zweiten Schritt empfiehlt sich dann, ein oder zwei Handlungsbedarfe zu fokussieren und zu ihnen über einen beschränkten Zeitraum eine Detaillierung durchzuführen, die für die Korrekturmaßnahmen in der dritten Stufe erforderlich sind.

Auf diese Weise können der allgemeine Überblick, das fokussierte Nachfragen und die gezielte Verbesserungsmaßnahme effizient kombiniert werden.

13.2 Verbesserung der Befragungsgestaltung

Neben diesen übergeordneten Überlegungen gibt es zusätzliche praktische Verbesserungspotentiale in der Befragungsgestaltung. Die sprachlichen Konstrukte der Fragen entsprechen den wissenschaftlichen Standards der Präzision und formalen Korrektheit. Dieser Sprachstil ist jedoch nicht immer förderlich für eine Befragung, schon gar nicht für Telefonbefragungen, bei denen die Befragten sich allein auf die akustische Übermittlung stützen müssen. Die Erfahrung zeigt, dass Interviewte umso schneller ermüden, je weiter der verwendete Sprachstil von ihrer Alltagssprache entfernt ist. So kann die sprachliche Präzision ihr Ziel verfehlen und zu einem Verlust an Praktikabilität führen. Dies sollte künftig immer wieder neu beachtet werden, gerade auch, wenn Fragen aus früheren Jahren übernommen werden sollen.

Immer wieder sollte auch versucht werden, die Qualitätsziele, die mit bestimmten Fragen reflektiert werden sollen, systemunabhängig zu formulieren. Dann sollten noch mehr als bisher landesspezifische Fragen zugelassen werden, die das Erreichen solcher Qualitätsziele im einzelnen Gesundheitswesen valide messen können. Dazu müssten die Länder selbst auch noch mehr tätig werden.

Eine ausreichend große Vorlaufzeit zur Vorbereitung und zum Aufbau der Befragungen sollte eingeplant werden.

Aus verschiedenen Gründen wäre die Integration von Online-Befragungen ein wichtiger Verbesserungsschritt. Alle Länder, die 2021 mit umfangreicheren Interviewzahlen dabei waren, haben dies durch die Integration von Online-Befragungen realisiert. Man kommt so auf größere Fallzahlen, die Interviewten können das Ausfüllen der Fragebögen zeitlich so gestalten, wie es für sie am besten ist, und sie haben die Fragen zur Beantwortung schriftlich vorliegen. Ausfüllhinweise können nach Bedarf hinterlegt werden. Mit der zunehmenden Teilhabe auch älterer Menschen an den technischen Kommunikationsmedien erreicht man inzwischen online einen Großteil der Bevölkerung.

14 Tabellenanhang

Der Tabellenanhang enthält Häufigkeitsverteilungen der Antworten auf einzelne Fragen, die in den vorherigen Kapiteln ggf. nur zusammengefasst ausgewertet und dargestellt wurden. Die Tabellen werden in alphabetischer Reihenfolge der Kürzel der Fragen dargestellt.

14.1 Übersicht über die Ergänzungstabellen

- Q720: Alter
- Q800: Zufriedenheit mit der Qualität der medizinischen Versorgung
- Q803: Ambulante Versorgung außerhalb der normalen Praxiszeiten
- Q810 A1: Verzicht auf Medikamente aus Kostengründen
- Q810 A2: Vermeidung eines Arztbesuchs aus Kostengründen
- Q810 A3: Vermeidung von Untersuchungen oder Behandlungen aus Kostengründen
- Q810 A4: Vermeidung von Zahnarztkosten aus Kostengründen
- Q830: Versorgung außerhalb der Praxiszeiten
- Q832: Zeitnahe Termin beim Arzt t5.2.5
- Q935: Rückruf durch die hausärztliche Praxis t5.3.3
- Q1050 A1 Kommunikation zwischen hausärztlichen und fachärztlichen Ärztinnen und Ärzten t5.5.3
- Q1450: Geldsorgen
- Q1401: Gesundheitszustand
- Q1403: Hilfsbedürftigkeit im Alltag
- Q1406: Häufigkeit der Unterstützung im Alltag tb 5.8.5
- Q1412: Gefühl der Isolation t6.1.2
- Q1450: Finanzielle Sorgen
- Q1515: Krankenversicherung
- Q2040: Bildungsabschluss
- Q2200: Wohngegend
- FQDZ-GER: Region

- QW1 Wartezeit auf einen Facharzttermin
- R-F01 a: Ausreichend Zeit bei der Haus:ärztin
- R-F01 e: Freundlichkeit der Haus:ärztin

14.2 Die Ergänzungstabellen

Im Folgenden werden zu den verschiedenen Fragen, bei denen die Antworten in den obigen Analysen gruppiert ausgewertet wurden, die Häufigkeiten der Antworten ungruppiert dargestellt. Dabei werden Antwortoptionen wie „Nicht sicher“ oder „Keine Angabe“, die keine inhaltliche Angabe machen und daher zum Ausschluss aus der jeweiligen Grundgesamtheit führen, ohne Prozentangabe dargestellt.

Tabelle 122: Q720

Q720	Alter	n	%
2	65-69 Jahre	297	26%
3	70-74 Jahre	295	25%
4	75+ Jahre	571	49%

Tabelle 123: Q800

Q800	Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung	n	%
1	Vollständig zufrieden	300	26%
2	Sehr zufrieden	536	46%
3	Etwas zufrieden	253	22%
4	Gar nicht zufrieden	34	3%
5	keine Versorgung erhalten	34	3%
8	Nicht sicher	6	
9	Keine Angabe	0	

Tabelle 124: Q810 A1

Q810 A1	Verzicht auf Medikamente aus Kostengründen	n	%
1	Ja	12	1,0%
2	Nein	1046	90,2%
3	Trifft nicht zu	102	8,8%
8	Nicht sicher	0	
9	Keine Angabe	3	

Tabelle 125: Q810 A2

Q810 A2	Vermeidung eines Arztbesuchs aus Kostengründen	n	%
1	Ja	10	0,9%
2	Nein	1050	90,5%
3	Trifft nicht zu	100	8,6%
8	Nicht sicher	0	
9	Keine Angabe	3	

Tabelle 126: Q810 A3

Q810 A3	Vermeidung von Untersuchungen oder Behandlungen aus Kostengründen	n	%
1	Ja	13	1,1%
2	Nein	1045	90,2%
3	Trifft nicht zu	100	8,6%
8	Nicht sicher	2	
9	Keine Angabe	3	

Tabelle 127: Q810 A4

Q810 A4	Vermeidung von Zahnarztkosten aus Kostengründen	n	%
1	Ja	19	1,6%
2	Nein	1042	89,8%
3	Trifft nicht zu	99	8,5%
8	Nicht sicher	0	
9	Keine Angabe	3	

Tabelle 128: Q 830

Q830	Versorgung außerhalb der Praxiszeiten	n	%
1	Sehr einfach	66	12,2%
2	Eher einfach	198	36,5%
3	Eher schwierig	100	18,5%
4	Sehr schwierig	178	32,8%
6	Ich habe noch nie medizinische Versorgung an Abenden, Wochenenden oder an Feiertagen benötigt.	609	
8	Nicht sicher	11	
9	Keine Angabe	1	

Tabelle 129: Q832

Q832	Zeitnaher Termin beim Arzt	n	%
1	am gleichen Tag	77	15,4%
2	am nächsten Tag	335	67,1%
3	nach 2 bis 5 Tagen	44	8,8%
4	nach 6 bis 7 Tagen	174	34,9%
5	nach 8 bis 14 Tagen	3	0,6%
6	nach mehr als 2 Wochen	87	17,4%
7	gar keinen Termin bekommen können	0	0,0%
0	Ich brauchte keinen Termin, um einen Arzt oder eine medizinische Fachkraft zu sehen.	0	
8	Ich ging in eine Notaufnahme oder in ein Krankenhaus	0	
98	Nicht sicher	0	
99	Keine Angabe	0	

Tabelle 130: Q935

Q935	Rückruf durch die hausärztliche Praxis	n	%
1	Immer	805	71,8%
2	Oft	131	12%
3	Manchmal	40	4%
4	Selten oder nie	32	3%
5	Ich habe meine Praxis noch nie telefonisch kontaktiert.	113	10%
8	Nicht sicher	22	
9	Keine Angabe	6	

Tabelle 131: Q1050 A1

Q1050 A1	Kommunikation zwischen hausärztlichen und fachärztlichen Ärztinnen und Ärzten	n	%
1	Ja	43	5,9%
2	Nein	672	92,9%
3	Ich habe keinen Facharzt besucht.	5	0,7%
4	Ich bin seit dem Besuch beim Facharzt noch nicht wieder beim Hausarzt gewesen	3	0,4%
8	Nicht sicher	20	
9	Keine Angabe	3	

Tabelle 132: Q1401

Q1401	Gesundheitszustand	n	%
1	Ausgezeichnet	65	5,6%
2	Sehr gut	221	19,1%
3	Gut	494	42,6%
4	Mittelmäßig	298	25,7%
5	Schlecht	81	7,0%
8	Nicht sicher	2	
9	Keine Angabe	2	

Tabelle 133: Q1403

Q1403	Hilfsbedürftigkeit im Alltag	n	%
1	Ja	153	13,2%
2	Nein	1010	86,8%
8	Nicht sicher	0	
9	Keine Angabe	0	

Tabelle 134: Q1406

Q1406	Häufigkeit der Unterstützung im Alltag	n	%
1	Immer	51	52,6%
2	Meistens	46	47,4%
3	Manchmal	36	37,1%
4	Selten	8	8,2%
5	Nie	12	12,4%
8	Nicht sicher	0	
9	Keine Angabe	0	

Tabelle 135: Q1412

Q1412	Gefühl der Isolation	n	%
1	Nie	701	61,3%
2	Fast nie	175	15,3%
3	Teilweise	170	14,9%
4	Häufig	97	8,5%
8	Nicht sicher	6	
9	Keine Angabe	14	

Tabelle 136: Q1450 A1

Q1450 A1	Materielle Not: Sorgen, ob ausreichend Geld für eine gesunde Ernährung verfügbar ist	n	%
1	Immer	1	0,1%
2	Meistens	10	0,9%
3	Manchmal	16	1,4%
4	Selten	16	1,4%
5	Nie	1012	88,4%
7	Nicht zutreffend	90	7,9%
8	nicht sicher	0	
9	Keine Angabe	18	

Tabelle 137: Q1450 A2

Q1450 A2	Materielle Not: Sorgen, ob ausreichend Geld für Miete oder Hypothekenzahlungen verfügbar ist	n	%
1	Immer	2	0,2%
2	Meistens	11	1,0%
3	Manchmal	12	1,0%
4	Selten	17	1,5%
5	Nie	984	86,0%
7	Nicht zutreffend	118	10,3%
8	nicht sicher	0	
9	Keine Angabe	19	

Tabelle 138: Q1450 A3

Q1450 A3	Materielle Not: Sorgen, ob ausreichend Geld für andere monatliche Rechnungen verfügbar ist	n	%
1	Immer	4	0,3%
2	Meistens	12	1,0%
3	Manchmal	13	1,1%
4	Selten	16	1,4%
5	Nie	1009	88,1%
7	Nicht zutreffend	91	7,9%
8	nicht sicher	0	
9	Keine Angabe	18	

Tabelle 139: Q1515

Q1515	Krankenversicherung	n	%
1	Gesetzliche Krankenversicherung ohne private Zusatzversicherung	793	69%
2	Gesetzliche Krankenversicherung mit privater Zusatzversicherung	122	11%
3	Umfassende private Krankenversicherung	223	19%
4	Versichert durch die "freie Heilfürsorge", System der Beihilfe, Sozialamt	12	1%
5	Keine Krankenversicherung oder andere Form der Absicherung im Falle einer Krankheit	0	0%
8	Nicht sicher	2	
9	Keine Angabe	11	

Tabelle 140: Q2040

Q2040	Bildungsabschluss	n	%
0	Kein Schulabschluss	3	0,3%
1	Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss	314	29,8%
2	Mittlere Reife, Realschulabschluss	220	20,9%
3	Fachhochschulreife	57	5,4%
4	Abitur	108	10,3%
5	Abschluss einer Fachschule oder Berufsfachschule	121	11,5%
6	Abschluss an einer Fachhochschule oder Universität	230	21,8%
96	Anderer Abschluss	0	0,0%
98	Nicht sicher	5	
99	Keine Angabe	105	

Tabelle 141: Q2200

Q2200	Wohngegend	n	%
1	Stadt / Großstadt	405	36%
2	Vorort	60	5%
3	Kleinstadt	340	31%
4	auf dem Land	307	28%
8	Nicht sicher	1	
9	Keine Angabe	50	

Tabelle 142: QDZ-GER

QDZ-GER	Bundesland	n	%
42	Schleswig-Holstein	42	3,6%
43	Hamburg	25	2,1%
44	Bremen	12	1,0%
45	Niedersachsen	140	12,0%
46	Nordrhein-Westfalen	286	24,6%
47	Rheinland-Pfalz	53	4,6%
48	Saarland	17	1,5%
49	Hessen	84	7,2%
50	Baden-Württemberg	115	9,9%
51	Bayern	143	12,3%
52	Berlin	52	4,5%
53	Mecklenburg-Vorpommern	25	2,1%
54	Brandenburg	44	3,8%
55	Sachsen-Anhalt	38	3,3%
56	Thüringen	38	3,3%
57	Sachsen	49	4,2%

Tabelle 143: R-W1

R-W1	Wartezeit auf einen Facharzttermin	n	%
1	Weniger als eine Woche	77	12,2%
2	eine Woche bis weniger als ein Monat	335	52,9%
3	ein Monat bis weniger als 2 Monate	44	7,0%
4	2 Monate bis weniger als 1 Jahr	174	27,5%
5	1 Jahr oder mehr	3	0,5%
9	Keine Angabe	87	

Tabelle 144: R-F01a

R-F01a	Ausreichend Zeit mit der Hausärztin	n	%
1	Nie	7	0,6%
2	Manchmal	58	5,4%
3	Häufig	128	11,9%
4	Immer	884	82,1%
9	Ohne Angabe	36	

Tabelle 145: R-F01e

R-F01e	Freundlichkeit der Hausärztin	n	%
1	sehr gut	313	28,2%
2	gut	403	36,3%
3	weniger gut	321	28,9%
4	überhaupt nicht gut	72	6,5%
9	Ohne Angabe	2	