

Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland Ein randomisierter simultaner Sechs-Länder-Vergleich aus Patientensicht

Peter T. Sawicki¹

ZUSAMMENFASSUNG

□ Patienten in Deutschland leiden unter vergleichbaren Unzulänglichkeiten und Defiziten des Gesundheitssystems wie jene in Australien, Kanada, Neuseeland, Großbritannien und den USA. Allerdings unterscheidet sich die Qualität der Versorgung von chronisch kranken Menschen in Deutschland von der in den übrigen Ländern in einigen wesentlichen Aspekten:

□ **1. Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem.** Fast jeder dritte Patient in Deutschland ist der Meinung, dass das Gesundheitssystem so schlecht ist, dass es von Grund auf umgestaltet werden sollte. Dies ist in etwa so häufig wie in den USA und Australien, aber höher als in Neuseeland, Kanada und Großbritannien.

□ **2. Stärken und Schwächen der Koordination in der Versorgung.** Haben deutsche Patienten einen Termin beim Arzt, so liegen die nötigen Informationen meist vor. Deutschland ist hier anderen Ländern überlegen. Patienten haben hierzulande eine vergleichsweise längere Beziehung zu dem betreuenden Arzt und bekommen weniger widersprüchliche Informationen. Auf der anderen Seite sind sie häufiger als in den anderen Ländern der Meinung, dass ihre Ärzte überflüssige Doppeluntersuchungen anordnen.

□ **3. Einfacherer Zugang zur primärärztlichen, fachärztlichen und Notfallversorgung.** Im Unterschied zu den anderen Staaten berichtet nur eine Minderheit deutscher Patienten über Schwierigkeiten beim Zugang zu medizinischen Leistungen. Hierzulande haben Patienten es leichter, ärztliche Behandlung auch außerhalb der üblichen Arbeitszeiten zu erhalten; sie haben die kürzesten Wartezeiten sowohl in der Allgemein- als auch in der Facharztpraxis. Sie warten kürzer sowohl auf geplante Operationen als auch auf Behandlungen im Notfall. Was ihre Möglichkeiten der Auswahl der Chirurgen betrifft, zeigen deutsche und US-amerikanische Patienten den höchsten Grad der Zufriedenheit.

□ **4. Kommunikation über Risiken im Krankenhaus.** Stationär in Deutschland behandelte Patienten werden im Vergleich zu denen aus anderen Ländern häufiger *zumindest teilweise* über mögliche Risiken im Zusammenhang mit dem geplanten Eingriff aufgeklärt. Allerdings werden dabei im internationalen Vergleich weniger deutsche Patienten *vollständig* über die Risiken informiert. Zudem bleibt ihnen der Sinn eines im Krankenhaus neu verabreichten Medikaments öfter unklar. Deutsche Patienten berichten auch häufiger, dass ihr Hausarzt sie *selten* oder *nie* über mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten aufklärt.

□ **5. Defizite in der Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus.** Insgesamt ist die Versorgung bei der Entlassung aus dem Krankenhaus weniger gut organisiert als in den anderen Ländern. Insbesondere erhalten deutsche Patienten seltener Nachsorgetermine.

Seit 1999 erhebt der Commonwealth Fund (CWF) regelmäßig Parameter der Gesundheitsversorgung zum Vergleich der Qualität zwischen Australien (AUS), Kanada (CAN), Neuseeland (NZ), den USA und Großbritannien (UK). Erstmals beteiligte sich 2005 auch Deutschland (D) an dieser Untersuchung. Den deutschen Teil der Erhebung verantwortet das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Ziel ist in diesem Jahr zu untersuchen, welche Erfahrungen schwerer erkrankte Erwachsene mit dem jeweiligen Gesundheitswesen gemacht haben. Diese Methode erlaubt es, die Qualität der Gesundheitssysteme gezielt anhand der Versorgung derjenigen zu untersuchen, die in besonderem Maße auf die Gesundheitsleistungen angewiesen sind.

Dabei werden verschiedene Aspekte und Themen untersucht und beschrieben:

- generelle Bewertung des Gesundheitssystems und der Gesundheitsversorgung;
- finanzielle Hürden und Belastungen;
- Koordination der unterschiedlichen Versorgungsbereiche und Arzt-Patienten-Kommunikation;
- Zugang zu Gesundheitsleistungen;
- Zugang zu fachärztlicher Versorgung und Information über Chirurgie;
- Erfahrungen im Krankenhaus und in Notfallambulanzen;
- Fehler bei der Behandlung, bei der Medikamentenversorgung und in der Labordiagnostik;
- Versorgungsqualität chronischer Erkrankungen.

Die umfassende Beschreibung der Gesundheitsversorgungsqualität im Vergleich zwischen den Ländern wird getrennt publiziert. In diesem Artikel werden vor allem die Ergebnisse für Deutschland beschrieben.

¹ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Köln.

Eingang des Manuskripts: 15. 9. 2005.
Annahme des Manuskripts: 26. 9. 2005.

STANDORTE

Methodik

Die Untersuchung bestand aus strukturierten Telefoninterviews mit zufälliger Auswahl der Teilnehmer, die zwischen dem 17. April und dem 10. Juni 2005 von Harris Interactive Inc. im Auftrag des CWF zeitgleich in Australien, Deutschland, Kanada, Neuseeland, den USA und Großbritannien durchgeführt wurde. Befragt wurden Erwachsene, die das 18. Lebensjahr vollendet hatten und die angaben, einen schlechten Gesundheitszustand zu haben, an einer chronischen Erkrankung oder Behinderung zu leiden und/oder in den letzten 2 Jahren stationär behandelt worden zu sein bzw. sich einer schweren Operation unterzogen zu haben. Stationäre Aufenthalte im Krankenhaus im Rahmen von unkomplizierten Entbindungen wurden nicht berücksichtigt.

In jedem Land wurden Haushalte nach der Random-Digit-Dial-Methode mit einer Auswahl aus Telefonverzeichnissen, die auch nicht publizierte Telefonnummern beinhalteten, zufällig ausgewählt und telefonisch kontaktiert. In Deutschland ist die Stichprobe für alle Bundesländer repräsentativ, was bedeutet, dass jeder deutsche Haushalt die gleiche Chance hatte, in die Untersuchung aufgenommen zu werden, auch wenn die entsprechende Telefonnummer im Telefonbuch nicht aufgeführt war. Als erster Gesprächspartner wurde die erwachsene Person aus dem Haushalt mit dem kürzest zurückliegenden Geburtstag definiert.

In allen Ländern wurde eine computerassistierte Befragung durchgeführt. Dabei werden die Antworten direkt in eine elektronische Datenverarbeitung eingegeben, die die Reihenfolge der Fragen zufällig rotiert und die Zuverlässigkeit der Antworten prüft. Zudem werden Fragen, die im konkreten Fall unsinnig sind, ausgeschlossen, wie beispielsweise Fragen nach Erfahrungen im Krankenhaus bei Patienten, die nie im Krankenhaus waren. In den USA wurde die Befragung in Englisch oder Spanisch, in Kanada in Englisch oder Französisch durchgeführt, in Deutschland nur in Deutsch. Durchschnittlich beantworteten die Interviewpartner im Zeitraum von 22 min 55 Fragen.

- **6. Nosokomiale Infektionen sind selten.** Deutsche Patienten berichten seltener über bei ihnen im Krankenhaus neu aufgetretene Infektionen.
- **7. Verzögerungen bei der Mitteilung von Laborbefunden sind selten.** Deutsche Patienten geben seltener an, dass auffällige Laborbefunde verzögert übermittelt wurden.
- **8. Deutsche Ärzte informieren ihre Patienten seltener über Behandlungsfehler.** Wenn im Verlauf einer Behandlung Fehler auftreten, teilen deutsche Ärzte oder andere im Gesundheitswesen Beschäftigte ihren Patienten dies seltener mit, als es in anderen Ländern der Fall ist.
- **9. Bessere Versorgungsqualität bei chronischen Erkrankungen.** Insgesamt werden chronisch Kranke in Deutschland besser mit Standardpräventionsmaßnahmen versorgt als in anderen Ländern. Arzthelferinnen und Krankenschwestern werden hierzulande häufiger in die Betreuung der Patienten einbezogen. Die Qualität der Diabetesversorgung scheint aber in den alten Bundesländern besser zu sein als in den neuen. Insgesamt ist die Versorgungsqualität der chronisch Kranken in Deutschland nicht abhängig vom Versicherungsstatus.
- **10. Privat Versicherte in Deutschland nutzen die Ressourcen des Gesundheitssystems mehr als gesetzlich Versicherte.** Patienten, die in Deutschland über eine private Krankenversicherung verfügen, gehen im Vergleich zu gesetzlich Krankenversicherten häufiger zum Facharzt, werden öfter stationär behandelt und elektiv operiert. Privat Versicherte berichten häufiger über unnötige Doppeluntersuchungen und geben kürzere Wartezeiten sowohl bei Fachärzten als auch bei geplanten Operationen an.
- **11. Deutsche Patientinnen berichten häufiger über Defizite in der Kommunikation und Koordination.** Frauen geben häufiger als Männer an, dass ihre Ärzte mit ihnen nicht genügend über Behandlungsalternativen, Therapieziele, Warnsymptome und Arzneimittelnebenwirkungen sprechen. Bei ihnen scheinen Koordinationsprobleme, unnötige Doppeluntersuchungen und Informationsdefizite bei Arztterminen häufiger vorzukommen als bei Männern. Frauen bewerten das Gesundheitssystem seltener als „exzellent“ oder „sehr gut“, als Männer dies tun.

Schlüsselwörter: Qualität der Versorgung · Stationäre Behandlung · Ambulante Behandlung

Med Klin 2005;100:755–68.
DOI 10.1007/s00063-005-1105-2

ABSTRACT

Quality of Health Care in Germany. A Six-Country Comparison

□ Sicker adults in Germany suffer many of the same issues and concerns as do sicker adults in Australia, Canada, New Zealand, the United Kingdom, and the USA. However, quality of care in sicker adults in Germany stands out from the other countries in a few key areas:

- **1. Dissatisfaction with the health care system.** Almost one in three sicker adults in Germany feels that their health care system should be completely rebuilt. This is comparable to the USA and Australia and higher than in New Zealand, Canada, and the UK.
- **2. Strengths and weaknesses in coordination of care.** On the plus side, Germany is doing better than most countries to insure that needed information is available at the time of a patient's scheduled appointment. Also, sicker adults in Germany are more likely than in other countries to have a long-term relationship with their primary care physician and receive less often conflicting informations. However, Germany stands out in the proportion of sicker adults

who feel that their doctors have ordered a medical test that they thought was unnecessary because it had already been done.

□ **3. Comparatively easy access to outpatient, specialty and emergency care.** Though substantial minorities of sicker adults in Germany struggle with access to care as compared to other countries, they find it easier to get after-hours care and have the shortest waits to see a doctor, to see a specialist, to have nonemergency surgery, and to be seen in the emergency room. Along with the USA, German respondents are most satisfied with the amount of choice they have in a surgeon.

□ **4. Communication about risks during hospitalizations.** Hospitalized sicker adults in Germany are more likely than those in other countries to have the risks of their treatment explained *to some extent* prior to the procedure. However, German patients are less likely to have the risks of their treatment *fully* explained than those in other countries. German patients who were given new medications were more likely than patients in other countries to report that they did not have a clear understanding of the purpose of these medications. Further, German patients are more likely than those in other countries to report that their regular doctor *rarely* or *never* explains the possible side effects of their medications.

□ **5. Failures in hospital discharge planning.** Overall, hospitalized sicker adults in Germany face more failures in discharge management than in other countries. Of particular note is that Germany is less likely than all other countries to ensure that hospitalized patients have appointments for follow-up care upon discharge from hospital.

□ **6. Hospital-based infections are rare.** Hospitalized patients in Germany are less likely than in other surveyed countries to report that they developed an infection while in the hospital.

□ **7. Lab notification delays are infrequent.** Sicker adults in Germany are less likely than in other surveyed countries to report that they have experienced delays in being notified about abnormal lab test results.

□ **8. German doctors are less likely to inform patients about an error.** When German patients experience medical and medication errors, they are less likely than are patients in other countries to be told by a doctor or other health care professional that an error had been made.

□ **9. Better quality of care in chronically ill patients.** Generally, Germany is doing a better job than other countries at providing patients with chronic conditions some basic standards of preventive care. These patients are more likely to have a nurse in their doctor's office who is regularly involved in the management of their care. Patients from the old Bundesländer seem to receive a better quality of diabetes care compared to those from the new Bundesländer.

□ **10. Having private insurance is associated with increased use of health care.** German respondents who have private health insurance are more likely to see a specialist, to be hospitalized, and to have nonemergency surgery than those without private insurance. They are also more likely than those without such supplemental insurance to report that doctors ordered an unnecessarily duplicative test. Wait times are shorter for those with private insurance, both to see a specialist and for nonemergency surgery. There is no difference in the overall quality of care for chronic diseases between patients having private or statutory insurance.

□ **11. German female respondents report more communication and coordination failures than do males.** German female patients are more likely than males to report failures by their doctors to communicate with them about treatment choices, the specific goals and treatment, symptoms to watch for

Die vom CWF konzipierte Untersuchung wurde vom IQWiG an die spezifisch deutsche Situation hinsichtlich der Methode und der Formulierung der Fragen adaptiert. Um Aussagen über Unterschiede zwischen Männern und Frauen, zwischen den alten und den neuen Bundesländern und hinsichtlich des Versichertenstatus treffen zu können, wurde die Größe der ursprünglich geplanten Stichprobe verdoppelt.

Die deutschen Daten wurden gewichtet nach Alter, Geschlecht, Region und Wohnortgröße, entsprechend den Angaben des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2002. Kontaktiert wurden 4 085 Personen. Bei ihnen wurden Geschlecht, Alter, Schulbildung, Einkommen, Geburtsort und Gesundheitszustand erfragt. Die Charakteristika dieser Personen im Vergleich zwischen den Ländern geben Tabellen 1 und 2 wieder. Von diesen 4 085 Männern und Frauen waren 1 503 erkrankt und wurden ausführlich befragt. Die Zahl der nach der Gewichtung verbliebenen ausgewerteten Befragten beträgt 1 474. Die Geschlechts- und Altersverteilung sowie den Anteil der 16 Bundesländer gibt Tabelle 3a wieder.

Für die Einordnung in die Gruppen „durchschnittliches“ und „unter-“ bzw. „überdurchschnittliches Einkommen“ wurde den Befragten zunächst mitgeteilt, dass das durchschnittliche monatliche Haushaltseinkommen einer Familie (nach Steuern) in Deutschland etwa 1 700 Euro beträgt. Dann wurde gefragt: „Wie verhält sich Ihr Haushaltseinkommen dazu?“, und eine Auswahlliste: „1. Weit über dem Durchschnitt; 2. Etwas über dem Durchschnitt; 3. Im Durchschnitt; 4. Etwas unter dem Durchschnitt; 5. Weit unter dem Durchschnitt; 6. Nicht sicher“, wurde vorgelesen. Die Selbstbeteiligung an den Gesundheitsausgaben wurde für die 12 zurückliegenden Monate für medikamentöse Behandlungen, Zahlungen bei Verschreibungen und Arztbesuchen und andere medizinische Behandlungen wie z.B. Physiotherapie ermittelt. Die Höhe der Rückerstattung wurde nicht erfragt. Zum Zweck der Vergleichbarkeit zwischen den Ländern wurden die Beträge in Euro durch eine Multiplikation mit 1,2 in US-Dollar (USD)

STANDORTE

umgerechnet. Eine Adjustierung nach landesspezifischer Kaufkraft wurde nicht durchgeführt.

Die Patienten wurden darüber hinaus u.a. nach ihrem Geschlecht, ihrem Geburtsjahr, ihrem Geburtsort (innerhalb oder außerhalb Deutschlands), der Größe ihres Wohnorts und ihrer Schulbildung nach einer Liste gefragt. Diese Angaben wurden drei Schulbildungsgraden zugeordnet, 1. gering, 2. mittel, 3. hoch:

- gering: kein Abschluss/zurzeit Schüler(in); Hauptschul-/Volksschulabschluss oder darunter oder keine Berufsausbildung;
- mittel: mittlere Reife, Realschulabschluss; weiterführende Schule ohne Abitur oder vorliegende Berufsausbildung;
- hoch: Fachhochschulreife; Abitur/Hochschulreife; Fachhochschulreife; zurzeit Student(in); Fachhochschulabschluss; Universität/Hochschulabschluss; Promotion/Doktor; Habilitation/Juniorprofessur/Professur; sonstige Aufbau-/Postgraduiertenstudien.

Es erfolgte auch eine Untergruppenauswertung nach dem derzeitigen Wohnort in alten bzw. neuen Bundesländern; dabei wurden in Berlin lebende Patienten ausgeschlossen. Tabelle 3b gibt die demographische Beschreibung der deutschen Untergruppen an.

In den allermeisten Fällen werden Frequenzen in Prozent angegeben. Für den Vergleich der Zahlen wurde der t-Test verwendet. Eine Adjustierung bezüglich multipler Vergleiche wurde nicht durchgeführt. Der Begriff „si-

and when to seek further care, and possible medication side effects. Women are also more likely to report coordination problems in unnecessarily duplicative tests or information not being available at the time of their appointment. Females are less likely than males to rate their overall care as excellent or very good.

Key Words: Quality of care · Inpatient care · Outpatient Care

Med Klin 2005;100:755–68.
DOI 10.1007/s00063-005-1105-2

gnifikant“ bezeichnet einen statistisch signifikanten Unterschied auf der Ebene $p < 0,05$ und ist rein deskriptiv zu verstehen.

Ergebnisse

Subjektiver Gesundheitszustand

Nur 11% deutscher Patienten schätzen ihren Gesundheitszustand als „exzellent“ oder „sehr gut“ ein. Dies ist deutlich weniger im Vergleich zu je 19% in Großbritannien und den USA, 25% in Australien, 27% in Kanada und 37% in Neuseeland. Eine Mehrheit von 58% der deutschen Interviewpartner bezeichnet ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“, was in etwa dem Anteil in Großbritannien (56%) und den USA (59%) entspricht, aber höher ist als in Neuseeland (33%), Kanada (46%) und Australien (50%). Ein knappes Drittel der Deutschen (31%) hält ihren Gesundheitsstatus für „gut“, in Neuseeland sind es 30%, in

Kanada 26%, in Großbritannien und Australien jeweils 25% und in den USA 22%. In der Bundesrepublik hängt die selbst eingeschätzte Qualität des Gesundheitszustandes vor allem von der Höhe des Einkommens, dem Schulbildungsgrad und der Art der Krankenversicherung ab. Privat Krankenversicherte glauben zu 49%, dass ihr Gesundheitszustand „weniger gut“ oder „schlecht“ ist. Von den Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) machen 60% diese Angabe. Bei Patienten, die einen geringen Schulbildungsgrad angeben, sind es 62%, bei mittlerem 55% und bei hohem Schulbildungsgrad 40%; in der Gruppe mit unterdurchschnittlichem Haushaltseinkommen sind es 65%, bei mittlerem Einkommen 60% und bei überdurchschnittlichem 51%. Geschlecht, Alter, Wohnort, Geburtsort (in oder außerhalb Deutschlands) oder die Höhe der eigenen Zuzahlung haben dagegen keinen Einfluss auf die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit.

Tabelle 1. Anzahl aller in den teilnehmenden Ländern kontaktierter Personen, Anzahl und Prozentsatz geeigneter Personen (Patienten) und Verteilung der Aufnahmegründe. Mehrfachnennung der Aufnahmegründe ist möglich.

	Australien		Kanada		Deutschland		Neuseeland		Großbritannien		USA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alle Kontaktierten	2 074		2 877		4 085		2 301		4 733		5 253	
Geeignete Personen (Patienten)	713	34	758	26	1 474	36	662	29	1 718	36	1 487	28
Schlechter Gesundheitszustand	356	17	350	12	855	21	219	10	957	20	876	17
Ernste und/oder chronische Erkrankung	418	20	422	15	840	21	421	18	951	20	850	16
Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung	342	16	334	12	733	18	357	16	689	15	609	12
Schwere Operation	197	9	220	8	379	9	200	9	425	9	475	9

Tabelle 2. Demographische Beschreibung aller kontaktierten Personen (ungewichtet).

	Australien	Kanada	Neuseeland	Großbritannien	USA	Deutschland
Gesamt ungewichtet (n)	2 074	2 877	2 301	4 733	5 253	4 085
Anteil	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Geschlecht						
Männlich	50%	48%	49%	48%	48%	48%
Weiblich	50%	52%	51%	52%	52%	52%
Altersklasse						
18–24	11%	10%	13%	11%	10%	10%
25–34	19%	17%	19%	18%	18%	18%
35–44	21%	21%	21%	19%	17%	21%
45–54	18%	19%	18%	17%	18%	17%
55–64	12%	12%	12%	14%	19%	17%
≥ 65	18%	18%	16%	20%	16%	17%
Schulbildung						
Gering	59%	31%	45%	49%	47%	63%
Mittel	25%	41%	23%	22%	27%	28%
Hoch	14%	26%	31%	27%	25%	8%
Einkommen						
Überdurchschnittlich	29%	31%	31%	31%	31%	40%
Durchschnittlich	20%	19%	18%	18%	23%	24%
Unterdurchschnittlich	46%	44%	46%	46%	38%	33%
Geburtsort						
Im betreffenden Land	78%	88%	82%	91%	88%	93%
Im Ausland	22%	12%	18%	8%	12%	7%
Anteil kranker Erwachsener						
Anteil gewichtet	34%	26%	29%	36%	28%	36%

Allgemeine Bewertung der Gesundheitsversorgung

Ein knappes Drittel der Patienten in Deutschland (31%) ist der Ansicht, das Gesundheitssystem in ihrem Land sei so schlecht, dass es von Grund auf verändert werden müsse. Das ist ein ähnlich hoher Anteil wie in den USA (30%) und Australien (26%), aber ein deutlich größerer als in Großbritannien (14%), Kanada (17%) und Neuseeland (20%). Die genauere Beschreibung der Anteile in deutschen Untergruppen gibt Tabelle 4 wieder. Deutsche Patienten mit einem unterdurchschnittlichen Haushaltseinkommen sind häufiger dieser Meinung (38%) als Befragte mit durchschnittlichem und überdurchschnittlichem Einkommen (je 27%). Diese Ansicht wird in Deutschland auch signifikant häufiger von Patienten, die gesetzlich krankenversichert sind, eine niedrige Schulbildung haben, bei denen Behandlungsfehler aufgetreten sind und die

mehr als 1 000 USD jährlich aus eigener Tasche zuzahlen müssen, vertreten (Tabelle 4). Patienten, die in den neuen Bundesländern leben, denken dies mit 36% signifikant häufiger als Patienten der alten Bundesländer (29%). Nur 16% der deutschen Patienten glauben, dass „alles in allem das System nicht schlecht funktioniert, und es nur einige Kleinigkeiten zu ändern (gibt), dann würde es noch besser funktionieren“. Dies sind signifikant weniger als in den übrigen Staaten (UK 30%, NZ 27%, USA und AUS je 23%, CAN 21%).

Ein auffällig geringer Anteil von nur 4% der Patienten denkt, dass ihre individuelle Gesundheitsversorgung in den letzten 12 Monaten insgesamt „exzellent“ war; im Vergleich dazu liegt dieser Anteil in den anderen Ländern zwischen 26% und 36%. Als „exzellent“ oder „sehr gut“ bewerten die Qualität ihrer Gesundheitsversorgung 35% der deutschen Patienten, was signifikant weniger ist als in allen anderen untersuchten Ländern (USA 57%, CAN

59%, UK und AUS je 63%, NZ 72%). Allerdings betrachtet mehr als die Hälfte (55%) der Patienten ihre Gesundheitsversorgung als „gut“, während dies in den anderen Ländern nur 17–26% tun. Die Einschätzung „weniger gut“ oder „schlecht“ ist zwischen allen Ländern vergleichbar. Signifikant mehr privat Versicherte (44%) und Männer (39%) bewerten ihre medizinische Betreuung als „exzellent“ oder „sehr gut“ im Vergleich zu 33% der gesetzlich Versicherten und 32% der Frauen. In den alten Bundesländern schätzen mit 5% der Patienten signifikant weniger die Qualität ihrer Gesundheitsversorgung als „weniger gut“ oder „schlecht“ ein als in den neuen Bundesländern mit 9%.

Die Qualität ihrer persönlichen hausärztlichen Versorgung beurteilen mit 7% signifikant weniger deutsche Patienten als „exzellent“, im Vergleich zu 33% in Großbritannien, 36% in Australien und den USA, 39% in Kanada und 45% in Neuseeland. Ebenso be-

STANDORTE

Tabelle 3a. Übersicht über die Alters-, Geschlechts- und Bundeslandverteilung für alle und für geeignete Befragte in Deutschland ungewichtet und gewichtet nach den Daten des Statistischen Bundesamtes.

	Alle Befragten gewichtet	Alle Befragten ungewichtet	Geeignete Befragte gewichtet	Geeignete Befragte ungewichtet
Anzahl	4 085	4 085	1 474	1 503
Geschlecht				
Männer	48%	48%	47%	47%
Frauen	52%	52%	53%	53%
Alter				
18–24	10%	9%	6%	5%
25–34	18%	16%	13%	11%
35–44	21%	22%	16%	16%
45–54	17%	18%	16%	17%
55–64	17%	17%	23%	23%
≥ 65	17%	18%	27%	28%
Bundesland				
Schleswig-Holstein	3%	3%	3%	3%
Hamburg	2%	2%	2%	2%
Niedersachsen	10%	10%	9%	9%
Bremen	1%	1%	1%	1%
Nordrhein-Westfalen	21%	21%	22%	21%
Rheinland-Pfalz	8%	5%	5%	5%
Saarland	1%	1%	1%	1%
Hessen	7%	7%	7%	6%
Baden-Württemberg	12%	12%	11%	11%
Bayern	14%	15%	15%	15%
Berlin	4%	4%	4%	4%
Mecklenburg-Vorpommern	2%	3%	3%	3%
Brandenburg	3%	3%	4%	4%
Sachsen-Anhalt	4%	4%	4%	4%
Sachsen	6%	6%	6%	6%
Thüringen	3%	3%	4%	4%

werteten mit 44% signifikant weniger Deutsche ihre medizinische Behandlung beim Hausarzt als „exzellent“ oder „sehr gut“ als in allen anderen untersuchten Ländern (USA 61%, UK 65%, AUS 66%, CAN 68%, NZ 75%). Dagegen ist der Anteil der guten Bewertungen für die eigene Hausarztversorgung in Deutschland mit 48% signifikant höher als in den anderen Ländern (15–24%). Auch hier bewerten privat Versicherte mit 56% die deutschen Hausärzte signifikant häufiger mit „gut“ im Vergleich zu gesetzlich Versicherten (42%).

Patienten, die stationär behandelt wurden, beurteilten die Qualität der Krankenhausversorgung mit 49% signifikant seltener als „exzellent“ oder „sehr gut“ im Vergleich zu anderen Ländern (69–76%). Auf der anderen Seite ist der Anteil der stationär behandelten Patienten, die diese Versorgung als „weniger gut“ oder „schlecht“ be-

urteilen, in Deutschland mit 8% signifikant niedriger als in den anderen Ländern (CAN 13%, UK 12%, USA 10%, AUS 9%), während der Anteil der Wertung „gut“ mit 43% signifikant höher als in den anderen Ländern (14–19%) ist. Die Hälfte (50%) der in Deutschland geborenen Patienten bewertet ihre Krankenhausbehandlung als „exzellent“ oder „sehr gut“, während dies ein signifikant geringerer Anteil von 33% der nicht in Deutschland geborenen Patienten tut. Diese Bewertung ist ähnlich zwischen besser und schlechter Verdienenden, der Versicherungsstatus spielt dabei aber keine statistisch signifikante Rolle.

Krankenversicherung und Zusatzkosten

Deutsche Patienten verfügen mit einem Anteil von 16% im Vergleich zu den

anderen Ländern signifikant seltener über eine private (alleinige oder zusätzliche) Krankenversicherung (UK 21%, NZ und AUS je 41%, CAN 55%). Die Zahlen für die USA sind wegen des anders gearteten Versicherungssystems nicht vergleichbar. In den USA besitzen 80% der Patienten überhaupt eine Krankenversicherung, für die bei 40% der Arbeitgeber aufkommt und in 34% der Fälle die staatlichen Programme Medicare und Medicaid, 6% kommen für ihre Versicherung selbst auf.

Patienten in Deutschland zahlen für ihre Gesundheit aus eigener Tasche weniger dazu als in den USA und Australien und mehr als in Großbritannien, Kanada und Neuseeland. Umgerechnet in USD bezahlten Kranke in den letzten 12 Monaten vor der Befragung aus eigener Tasche in Deutschland pro Jahr durchschnittlich (Median) 238 USD, während dies in den USA 609 USD, in

Tabelle 3b. Demographische Beschreibung aller befragten kranken Personen (gewichtet) in Deutschland.

	Männlich	Weiblich	Privat versichert	Ausschließlich gesetzlich versichert	Neue Bundesländer	Alte Bundesländer
Gesamt (n)	696	777	235	1 232	308	1 111
Anteil	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Geschlecht						
Männlich	100%	–	55%	46%	45%	47%
Weiblich	–	100%	45%	54%	55%	53%
Altersklasse						
18–24	6%	5%	4%	6%	7%	5%
25–34	15%	10%	12%	13%	14%	12%
35–44	16%	16%	19%	15%	11%	18%
45–54	17%	16%	20%	16%	16%	17%
55–64	24%	21%	20%	23%	23%	22%
≥ 65	22%	30%	25%	27%	30%	26%
Schulbildung						
Gering	55%	63%	43%	63%	58%	59%
Mittel	35%	29%	35%	31%	31%	33%
Hoch	9%	7%	22%	6%	10%	7%
Einkommen						
Überdurchschnittlich	46%	35%	65%	36%	29%	43%
Durchschnittlich	25%	23%	20%	25%	21%	25%
Unterdurchschnittlich	28%	38%	12%	37%	47%	29%
Bundesland						
Schleswig-Holstein	3%	3%	2%	3%		4%
Hamburg	2%	2%	2%	2%		3%
Bremen	1%	1%	< 1%	1%		1%
Niedersachsen	11%	8%	9%	9%		12%
Nordrhein-Westfalen	23%	21%	26%	21%		29%
Rheinland-Pfalz	6%	4%	6%	5%		7%
Saarland	1%	1%	1%	1%		2%
Hessen	7%	7%	6%	7%		9%
Baden-Württemberg	9%	12%	12%	11%		15%
Bayern	14%	15%	19%	14%		19%
Berlin	5%	3%	3%	4%	–	–
Mecklenburg-Vorpommern	2%	3%	3%	3%	13%	
Brandenburg	5%	4%	2%	5%	20%	
Sachsen-Anhalt	3%	5%	3%	4%	19%	
Thüringen	4%	4%	2%	4%	20%	
Sachsen	7%	6%	4%	7%	29%	
Wohnortgröße						
Großstadt	16%	14%	17%	15%	47%	55%
Kleinstadt	44%	45%	46%	44%	11%	17%
Land	40%	40%	37%	41%	42%	28%
Aufteilung nach neuen und alten Bundesländern						
Neue Bundesländer	20%	22%	22%	14%	100%	
Alte Bundesländer	76%	75%	74%	83%		100%
Geburtsort						
In Deutschland	93%	93%	96%	92%	97%	92%
Im Ausland	7%	7%	4%	8%	3%	8%
Versicherungsart						
Private Krankenversicherung	19%	14%	100%		10%	18%
Ausschließlich gesetzliche Krankenversicherung	81%	86%		100%	89%	82%

STANDORTE

Tabelle 4. Insgesamt waren 31% aller Befragten in Deutschland der Ansicht, dass „bei unserem System so viel verkehrt ist, dass es komplett reformiert werden muss“. Die Anteile innerhalb der dargestellten Gruppen sind in Prozent angegeben; signifikante Unterschiede innerhalb der Untergruppen ($p < 0,05$) sind mit * gekennzeichnet.

Geschlecht Männer (M) Frauen (F)	Alter (Jahre)	Bildung niedrig (n), mittel (m) hoch (h)	Wohnort		Geburtsort nicht in Deutschland	Chronische Erkrankung	Medizinische Fehler aufgetreten	Eigene Zuzahlung pro Jahr (USD)	Private Versicherung		
			Großstadt (G)	Kleinstadt (K)					Ja	Nein	Ja
M	18–64	n	G	K	L	Ja	Nein	Keine	> 1 000	Ja	Nein
29	32	33*	30	32	30	31	29	19*	39*	24*	32*
F	> 64	m	G	K	L	Ja	Nein	Keine	> 1 000	Ja	Nein
29	30	29	21*	30	31	31	29	19*	39*	24*	32*

Australien 282 USD, in Neuseeland 183 USD, in Kanada 173 USD und in Großbritannien 0 USD (also keine Zuzahlung) waren. Für Rezeptgebühren und Medikamentenzuzahlungen mussten deutsche Patienten im letzten Monat vor der Befragung durchschnittlich (Median) 20 USD (Mittelwert \pm Standardabweichung 30 ± 57 USD) bezahlen (USA 59 USD, CAN 24 USD, AUS 23 USD, NZ 15 USD, UK 0 USD). Die zusätzliche finanzielle Belastung durch Medikamentenzuzahlung ist signifikant höher bei Patienten mit unterdurchschnittlichem Einkommen (35 USD pro Monat), verglichen mit 24 USD pro Monat bei mittlerem und 30 USD pro Monat bei überdurchschnittlichem Einkommen. Die Höhe der Rückerstattung wurde nicht erfragt.

28% der deutschen Patienten haben in den letzten 2 Jahren aufgrund der Kosten auf einen notwendigen Arztbesuch oder diagnostischen Test verzichtet bzw. ein Rezept nicht eingelöst. Dies ist ein signifikant höherer Anteil als in Großbritannien (13%), signifikant weniger als in Australien (34%), Neuseeland (38%) und den USA (51%) und vergleichbar mit Kanada (26%). Die genaue Aufteilung dieser Anteile und der entsprechenden medizinischen Leistungen gibt im Ländervergleich Tabelle 5 und für die deutschen Untergruppen Tabelle 6 wieder. Besonders deutlich waren diese Unterschiede bei Patienten mit unterdurchschnittlichem Einkommen. In dieser Gruppe waren in Deutschland mit 33% Patienten, die aus Kostengründen auf notwendige medizinische Leistungen verzichteten, signifikante Unterschiede zu Großbritannien (15%), Neuseeland (43%) und den USA (63%) zu verzeichnen. In Deutschland verzichteten schlechter verdienende, jüngere und gesetzlich versicherte Patienten sowie Patienten, bei denen medizinische Fehler aufgetreten sind, und solche, die > 1 000 USD pro Jahr zuzahlen müssen, eher auf notwendige medizinische Leistungen (Tabelle 6). Patienten mit überdurchschnittlichem Einkommen verzichteten aus Kostengründen mit 22% der Fälle auf notwendige medizinische Leistungen signifikant seltener als Patienten mit mittlerem (31%) und unterdurchschnittlichem Einkommen (33%).

Arzt-Patienten-Kommunikation und Interaktion

Die Mehrheit (61%) der erkrankten Menschen in Deutschland gibt an, dass ihr Arzt sie nicht immer über Behandlungsalternativen aufklärt und nach ihrer Meinung fragt. Dieser Wert ist vergleichbar mit dem anderer Länder (61–68%) mit Ausnahme Neuseelands (55%). Erkrankte deutsche Frauen (32%) berichten im Vergleich zu Männern (23%) signifikant häufiger darüber, dass ihr Arzt sie selten oder nie über Behandlungsalternativen aufklärt oder nach ihrer Meinung fragt.

46% der deutschen Patienten sagen, dass ihr Arzt die Behandlungsziele selten oder nie erklärt. Dies ist vergleichbar mit anderen Ländern (41–48%), aber höher als in Neuseeland (37%). 42% der Patienten sagen, dass ihr Arzt keine klaren Anweisungen gibt, auf welche Warnsymptome sie achten sollten. Das ist signifikant höher als in Neuseeland (30%), entspricht aber in etwa dem Wert in den übrigen Ländern (39–47%). Deutsche Patientinnen geben signifikant häufiger an, dass ihr Arzt ihnen selten oder nie klare Therapieziele (11%) oder Informationen über Notfallverhaltensregeln (14%) mitteilt, als Männer mit 7% bzw. 10%.

Nur wenige Patienten in Deutschland (17%) geben an, dass sie die Arztpraxis verlassen haben, ohne Antworten auf wichtige Fragen erhalten zu haben. Dies ist vergleichbar mit Großbritannien (15%) und Neuseeland (17%) und signifikant weniger als in den übrigen Ländern (20–24%). Keine Antwort auf wichtige Fragen haben in Deutschland signifikant mehr Patienten (37%), bei denen medizinische Fehler aufgetreten sind, erhalten als die übrigen (11%). Dies geben auch signifikant mehr Patienten mit überdurchschnittlichem (19%) als mit unterdurchschnittlichem Einkommen (14%) an.

Koordination und Kontinuität der Versorgung

23% der deutschen Patienten geben an, widersprüchliche Information von verschiedenen Ärzten oder anderen im Gesundheitswesen Beschäftigten erhalten zu haben. Dies ist signifikant weniger als in den USA (30%) und numerisch weniger als in den anderen Län-

Tabelle 5. Anteil der Patienten, die in den letzten 2 Jahren vor der Befragung aufgrund der Kosten auf einen notwendigen Arztbesuch oder diagnostischen Test verzichtet bzw. ein Rezept nicht eingelöst haben.

	Australien	Kanada	Neuseeland	Großbritannien	USA	Deutschland
Rezept nicht eingelöst	22%	20%	19%	8%	40%	14%
Spezifisches medizinisches Problem, aber kein Arztbesuch	18%	7%	29%	4%	34%	15%
Verzicht auf einen diagnostischen Test oder eine Kontrolluntersuchung	20%	12%	21%	5%	33%	14%
Mindestens einer der drei o.g. Gründe	34%	26%	38%	13%	51%	28%

dem (25–27%). Vor allem Patienten, bei denen medizinische Fehler aufgetreten sind, haben häufiger (44%) widersprüchliche Informationen als die übrigen (17%) erhalten. Jeder fünfte (20%) deutsche Patient gibt an, dass bei ihm Ärzte einen überflüssigen diagnostischen Test angeordnet haben, da dieser Test bereits anderswo durchgeführt worden ist. Dieser Anteil ist vergleichbar mit den USA (18%), aber signifikant höher als in den übrigen Ländern, in denen der Anteil von Doppeluntersuchungen nur zwischen 6% und 11% liegt. Dabei hängt die überflüssige Doppeldiagnostik hierzulande offenbar vom Versichertenstatus und von der Höhe des Einkommens ab: Denn ein Drittel (33%) der privat versicherten Patienten, aber nur 18% gesetzlich Versicherte berichten von Doppeluntersuchungen. Patienten mit überdurchschnittlichem (23%) und mittlerem Einkommen (25%) berichten signifikant häufiger von diesen Fällen als Patienten mit unterdurchschnittlichem Einkommen (13%).

Signifikant seltener als in allen anderen Ländern fehlen bei Arztbesuchen oder Krankenhauseinweisungen in Deutschland Aufzeichnungen oder Daten diagnostischer Untersuchungen (D 11%, USA 23%, CAN 19%, NZ und UK 16%, AUS 12%). Insgesamt berichten 40% der deutschen Patienten über Koordinationsprobleme zwischen verschiedenen medizinischen Leistungsebenen. Dieser Wert ist niedriger als in den USA (48%), aber vergleichbar mit denen anderer Länder (34–39%). Deutsche Männer teilen die Beobachtung von Koordinationsproblemen häufiger (43%) mit als Frauen (37%).

Fast alle Kranken (97%) haben in Deutschland einen Hausarzt; 78% sind bei ihrem Arzt länger als 5 Jahre in Betreuung, was vergleichsweise mehr ist als in den anderen Ländern, wo dieser Anteil zwischen 50% und 69% liegt. Privat versicherte deutsche Patienten haben etwas seltener einen festen Hausarzt als gesetzlich Versicherte.

Zugang zu medizinischer Versorgung

Medizinische Hilfe außerhalb der üblichen Sprech- und Öffnungszeiten, etwa am Abend, in der Nacht, am Wochenende oder während der Ferienzeit, ist in Deutschland wesentlich einfacher zu bekommen als in anderen Ländern. Nur ein Viertel (25%) der deutschen Patienten sagte, dass es schwierig war, zu solchen besonderen Zeiten medizinische Versorgung zu erhalten. Dies ist signifikant weniger verglichen mit 61% in den USA, 59% in Australien, 53% in Kanada, 38% in Großbritannien und 28% in Neuseeland. In Deutschland bestehen zwischen den Patientenuntergruppen keine Unterschiede, was die Zugangsmöglichkeit zu notwendigen medizinischen Leistungen zu besonderen Zeiten betrifft. Aus dieser Betrachtung ausgeschlossen wurden diejenigen Patienten, die vorher angegeben hatten, nie zu besonderen Zeiten medizinische Versorgung benötigt zu haben.

In Deutschland sind die Wartezeiten signifikant kürzer als in anderen Ländern mit Ausnahme Neuseelands. Mehr als die Hälfte (56%) deutscher Patienten kann bereits am Tag der Erkrankung medizinische Betreuung erhalten. Dieser Anteil betrug in Neuseeland 58% und lag in den übrigen Ländern zwischen 23% und 49%. 10%

deutscher Patienten berichten über Wartezeiten von > 1 Woche; dies ist signifikant unterschiedlich zu Neuseeland mit 2%, Kanada mit 24% und den USA mit 14%, aber vergleichbar mit Australien mit 7% und Großbritannien mit 10%. Deutsche Patienten mit unterdurchschnittlichem Einkommen erhalten signifikant häufiger (60%) einen Arzttermin am selben Tag als vergleichbare Patienten in den anderen Ländern (AUS 46%, CAN 25%, NZ 55%, UK 45%, USA 24%). Deutsche Patienten mit überdurchschnittlichem Einkommen erhalten in 57% der Fälle einen Vorstellungstermin am selben Tag. Deutsche Patientinnen berichten häufiger (59%) als Männer (51%) darüber, dass sie bereits am selben Tag einen Termin erhalten. Ältere Patienten (62%), nicht chronisch Kranke (63%) und Patienten, die in ländlichen Gebieten wohnen (60%) oder unterdurchschnittliches Einkommen haben (60%), erhalten signifikant häufiger am gleichen Tag einen Vorstellungstermin als Jüngere (53%), chronisch Kranke (53%), Stadtbewohner (53%) und Patienten mit durchschnittlichem Einkommen (47%). Der Krankenversicherungsstatus spielt dabei keine Rolle. In den alten Bundesländern warten die Patienten signifikant kürzer auf Arzt- und Facharzttermine: 15% von ihnen erhalten am selben Tag einen Termin im Vergleich zu 9% in den neuen Bundesländern. Ein knappes Drittel (30%) wartet < 1 Woche auf einen Facharzttermin, in Ostdeutschland sind es dagegen nur 18%. Die Wartezeiten auf einen Termin beim Facharzt von < 1 Woche sind in Deutschland häufiger als in den anderen Ländern (D 27%, USA 20%, NZ 17%, AUS und

STANDORTE

Tabelle 6. Insgesamt gaben 28% deutscher Patienten an, dass sie in den letzten 2 Jahren aus Kostengründen auf Einlösung eines Rezepts, auf einen notwendigen Arztbesuch oder auf einen diagnostischen Test verzichtet haben. Die Anteile innerhalb der dargestellten Gruppen sind in Prozent angegeben; signifikante Unterschiede innerhalb der Gruppen ($p < 0,05$) sind mit * gekennzeichnet.

Geschlecht Männer (M) Frauen (F)	Alter (Jahre)	Bildung niedrig (n), mittel (m) hoch (h)	Wohnt Großstadt (G) Kleinstadt (K)	Geburtsort nicht in Deutschland	Chronische Erkrankung	Medizinische Fehler aufgetreten	Eigene Zuzahlung pro Jahr (USD)	Private Versicherung
M	18–64	n	G	Ja	Nein	Ja	Keine	Ja
F	>64	h	K	Nein	Nein	Nein	> 1 000	Nein
27	32*	29	28	27	31	39*	13*	23*
30	17*	27	27	28	27	25*	36*	29*

UK je 11%, CAN 10%). Privat Versicherte warten häufiger < 1 Woche (33%) als gesetzlich Versicherte (26%).

Lediglich 5% der deutschen Patienten haben in den vergangenen 2 Jahren eine offizielle telefonische Gesundheitsberatung genutzt, was signifikant weniger ist als in den anderen Staaten (UK 32%, CAN 28%, USA 13%, AUS und NZ je 10%). In Deutschland wird eine solche telefonische Beratung häufiger von Patienten mit einer höheren Schulbildung und solchen, bei denen medizinische Fehler aufgetreten sind, genutzt (Anteil jeweils 10%). Drei Viertel (75%) der deutschen Nutzer geben an, dass die telefonische Beratung hilfreich war. Das sind signifikant weniger als in Australien (90%), Großbritannien (88%) und Kanada (86%) und numerisch weniger als in Neuseeland (86%) und den USA (80%).

Patienten in Deutschland haben ähnliche Möglichkeiten einer Facharztkonsultation wie in den anderen Ländern. Während der letzten 2 Jahre wurden 78% von einem Facharzt behandelt, in den anderen Ländern lag der Anteil zwischen 69% und 79%. Allerdings werden in Deutschland privat versicherte Patienten (91%) und Frauen (81%) häufiger als gesetzlich Versicherte (76%) und Männer (75%) von einem Facharzt mitbehandelt. Patienten mit höherer Schulbildung werden häufiger (90%) auch von einem Facharzt betreut; bei Patienten mit mittlerer Bildung sind es 83%, bei denen mit niedriger Bildung 74%.

16% der deutschen Patienten wurden in den 2 Jahren vor der Befragung elektiv operiert. Dies ist vergleichbar mit Großbritannien (15%) und seltener als in den USA (21%), Kanada (22%), Australien (24%) und Neuseeland (25%). Deutsche warten kürzer auf eine geplante Operation als Patienten anderer Länder. 22% gaben an, < 1 Woche auf eine solche Operation gewartet zu haben (NZ 2%, CAN 4%, USA 9%, UK 11%, AUS 13%). Privat versicherte Deutsche werden mit 21% signifikant häufiger operiert als gesetzliche Versicherte mit 15%. Deutsche Patienten, die auf dem Land wohnen, warten mit 30% signifikant häufiger < 1 Woche auf eine elektive Opera-

tion, verglichen mit 14% in Klein- und 20% in Großstädten.

Mit der Möglichkeit der freien Wahl ihres Chirurgen sind deutsche und US-amerikanische Patienten deutlich zufriedener als Patienten in den anderen Staaten: 70% der deutschen und 71% der Befragten in den USA gaben an, „sehr zufrieden“ oder „etwas zufrieden“ zu sein (UK 48%, CAN 55%, NZ 57%, AUS 61%). Patienten aus Australien (34%), Kanada (36%), Neuseeland (38%), und Großbritannien (44%) berichteten im Vergleich zu Patienten aus Deutschland und den USA (jeweils 23%) häufiger darüber, dass sie keine Möglichkeit der Wahl zwischen Chirurgen hatten. In Deutschland können privat Versicherte häufiger ihren Chirurgen frei auswählen (87%) und sind mit der Wahl zufriedener (85%) als gesetzlich Versicherte (75% und 67%). Mit 26% hatten Patienten der alten Bundesländer signifikant häufiger keine Wahlmöglichkeit zwischen Chirurgen (neue Bundesländer 15%).

Nähere Informationen über die Chirurgen (wie z.B. Grad der Ausbildung, der Erfahrung, der Patientenzufriedenheit bzw. Erfolgsrate bei vergleichbaren Operationen) hatten 47% der deutschen operierten Patienten, was signifikant mehr ist als in Großbritannien (31%) und vergleichbar mit den anderen Ländern (37–49%). Deutsche Patienten, bei denen medizinische Fehler aufgetreten sind, und chronisch Kranke verfügten signifikant häufiger über solche Informationen (66% und 65%). Die Information darüber, welche Erfahrung die Chirurgen mit der Behandlung einer bestimmten Erkrankung haben, scheint für mehr als die Hälfte der Patienten dabei die größte Bedeutung zu besitzen. Allerdings ist dies für weniger deutsche Frauen (48%) als für Männer (70%) wichtig. Frauen möchten dagegen signifikant häufiger als Männer über den Zufriedenheitsgrad anderer in einer Einrichtung behandelter Patienten informiert werden (39% gegenüber 28%).

Notfallversorgung im Krankenhaus

Deutsche Patienten benötigen mit 28% der Fälle signifikant seltener eine Notfallversorgung im Krankenhaus als Patienten der anderen Länder mit 46–60%. Privat versicherte Patienten

geben mit 34% signifikant häufiger an, notfallmäßig im Krankenhaus behandelt worden zu sein, als gesetzlich Versicherte (27%). Diejenigen, die sich zur Notfallbehandlung in ein Krankenhaus begeben, warten in Deutschland signifikant kürzer auf eine medizinische Versorgung: Zwei Drittel (66%) berichten, dass sie auf eine Notfallbehandlung < 1 h gewartet haben, in den übrigen Ländern waren es dagegen 39–55%. Ältere Patienten (≥ 65 Jahre) warten in der Bundesrepublik signifikant häufiger (78%) < 1 h auf eine Notfallbehandlung als jüngere (62%). Patienten, die in ländlichen Gegenden wohnen, warten signifikant häufiger kürzer (77%) als in der Kleinstadt (53%) oder Großstadt (63%). Die Wartezeiten im Notfall sind zwischen besser und schlechter Verdienenden gleich, der Versicherungsstatus spielt ebenfalls keine statistisch signifikante Rolle. Länger als 4 h haben in Deutschland nur 4% der Patienten auf eine Notfallversorgung gewartet, während es in den anderen Ländern 12–24% waren. Dieser Anteil ist zwischen den deutschen Patientenuntergruppen nicht unterschiedlich.

Patienten in Großbritannien und in Neuseeland haben mit jeweils 69% am häufigsten Vertrauen in das medizinische Notfallpersonal; bei deutschen Patienten sind es 57%, was in etwa vergleichbar mit Kanada, Australien und den USA mit 58–63% ist. In Deutschland vertrauen kranke Frauen mit 49% seltener dem medizinischen Notfallpersonal als Männer (66%). 23% der deutschen Patienten geben an, dass die Behandlung in der Notfallambulanz eines Krankenhauses nicht notwendig gewesen wäre, wenn zu diesem Zeitpunkt ihr Hausarzt erreichbar gewesen wäre. Dieser Anteil ist vergleichbar mit Neuseeland (21%) und Großbritannien (26%) aber signifikant kleiner als in Australien (32%), Kanada (35%) und den USA (46%). Hierbei gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den deutschen Patientenuntergruppen.

Stationäre Behandlung

Die Hälfte der deutschen Patienten wurde in den letzten 2 Jahren stationär behandelt, wobei unkomplizierte Entbindungen nicht berücksichtigt sind. Dies ist häufiger als in Großbritannien

(40%), den USA (41%) und Kanada (44%), aber vergleichbar mit Australien (48%) und Neuseeland (54%). Patienten mit höherem Einkommen werden nicht signifikant häufiger (51%) als Patienten mit mittlerem (52%) oder unterdurchschnittlichem Einkommen (46%) stationär behandelt. Bemerkenswert ist dabei aber, dass privat versicherte deutsche Patienten mit 62% signifikant häufiger stationär behandelt wurden als nicht privat versicherte mit 47%. In den neuen Bundesländern wurde mit 69% der Patienten ein signifikant größerer Anteil in den zurückliegenden 2 Jahren stationär behandelt als in den alten Bundesländern (61%) und auch signifikant häufiger elektiv operiert (17% Ost, 12% West).

85% der stationär behandelten deutschen Patienten sagen, dass ihnen die Risiken der Behandlung in einer verständlichen Art und Weise vorher „umfassend“ oder „bis zu einem gewissen Grad“ erklärt wurden. Dies ist signifikant mehr als in den anderen Ländern, wo der Anteil solcher Patienten zwischen 75% und 81% liegt. Allerdings beklagen 12% der deutschen Patienten, dass sie über die Risiken des Eingriffs vorher gar nicht unterrichtet wurden. Dies ist jedoch signifikant weniger als in den anderen Ländern mit 14–21%. Im Vergleich zu Patienten der neuen Bundesländer geben Patienten der alten Bundesländer signifikant häufiger an, dass ihnen die möglichen Risiken einer medizinischen Maßnahme vorher verständlich erklärt wurden (76% gegenüber 58%).

Der Anteil von Patienten, die über Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Ärzten und Krankenpflegepersonal während der stationären Behandlung berichten, ist in Deutschland mit 12% ähnlich niedrig wie in Kanada (13%) und Australien (16%) und signifikant niedriger als in den anderen Ländern mit 17%. Nur deutsche Patienten, bei denen medizinische Fehler aufgetreten sind (24%), und Patienten mit höherer Schulbildung (19%) berichten signifikant häufiger über Kommunikationsprobleme innerhalb des medizinischen Personals. Ähnlich häufig wie in den anderen Ländern (15–20%) berichteten 17% der deutschen Patienten, dass sie während des stationären Aufenthalts wichtige Informationen nicht erhalten hätten.

21% der deutschen Patienten sind der Ansicht, dass sie von Ärzten und Schwestern während des stationären Aufenthalts nicht in dem von ihnen gewünschten Ausmaß in die Behandlung einbezogen wurden. Dieser Anteil ist signifikant höher im Vergleich zu den USA (16%), niedriger im Vergleich zu Kanada (27%) und entspricht in etwa der Rate in den übrigen Ländern (19–22%). Nur Patienten, bei denen medizinische Fehler aufgetreten sind, vertreten mit 28% signifikant häufiger die Ansicht, nicht genügend in ihre Behandlung einbezogen worden zu sein.

Deutsche Patienten hatten während des Krankenhausaufenthaltes mit 12% signifikant häufiger überhaupt keine Schmerzen, während dieser Anteil in den anderen Ländern nur zwischen 3% und 9% lag. Nur 3% der deutschen Patienten – vergleichbar mit dem Anteil in den anderen Ländern (3–6%) – haben den Eindruck, dass das medizinische Personal sich selten oder nie um ihre Schmerztherapie ausreichend gekümmert hat. Dieser Anteil ist bei deutschen Frauen (5%) signifikant höher als bei Männern (2%).

Mehr als die Hälfte (60%) deutscher stationär behandelter Patienten berichtet über eine schlechte Koordination bei der Entlassung aus dem Krankenhaus, was signifikant höher ist als in allen anderen Ländern (33–41%). Drei Indikatoren werden als wesentlich für die Beurteilung der Planungsqualität der Entlassung aus dem Krankenhaus betrachtet:

- Aufklärung der Patienten über Symptome, die nach der Entlassung besonders zu beachten sind, und darüber, in welchen Fällen sie sich erneut in ärztliche Behandlung begeben sollten;
- Information darüber, wen sie ansprechen können, wenn Fragen über ihren Gesundheitszustand oder ihre Behandlung auftreten;
- Vereinbarung eines Anschlussvorstellungstermins bei einer medizinischen Einrichtung oder Person.

Nur 39% der deutschen Patienten berichten über das Vorhandensein von allen drei o.g. Indikatoren bei ihrer Krankenhauserlassung. Dies ist deutlich weniger verglichen mit den anderen Ländern, in denen alle drei Indikatoren bei 58–65% der Patienten vor-

STANDORTE

handen sind. Der niedrige Anteil von Patienten mit einer guten Qualität der Krankenhausentlassung in Deutschland ist vor allem dadurch bedingt, dass nur für 48% der stationär behandelten Deutschen ein Anschlussvorstellungstermin nach dem Krankenhausaufenthalt vereinbart wurde, während dies in den anderen Ländern zwischen 69% und 78% der Fall war. Deutsche privat krankenversicherte Patienten werden mit 83% signifikant häufiger darüber aufgeklärt, auf welche Symptome nach der Entlassung besonders zu achten ist, wann sie sich erneut in eine ärztliche Behandlung begeben sollten, und wen sie ansprechen könnten, wenn Fragen über ihren Gesundheitszustand oder ihre Behandlung auftreten (95%). Von den gesetzlich Versicherten werden nur 73% über Warnsymptome und Nachsorgetermine und 86% über Ansprechpartner informiert.

Nach der Krankenhausentlassung mussten nur 10% der deutschen Patienten aufgrund von Komplikationen in der Rekonvaleszenzphase erneut ins Krankenhaus eingewiesen oder als Notfall behandelt werden. Der Anteil solcher Patienten ist numerisch höher in den USA (14%) und signifikant höher in Australien (20%), Großbritannien (17%), Kanada (16%) und Neuseeland (15%).

In Deutschland werden während eines stationären Aufenthalts bei 42% der Patienten neue Medikamente gegeben, die auch beim Verlassen des Krankenhauses verordnet werden, vor allem bei privat Versicherten (51%). Dies entspricht dem Anteil in Australien (43%), ist aber signifikant seltener als in Neuseeland (49%), Großbritannien (53%), Kanada (55%) und den USA (63%). Deutsche Patienten geben aber mit 14% signifikant häufiger an, dass sie den Sinn eines Medikaments, das ihnen im Krankenhaus neu verordnet wurde, nicht verstanden haben, als Patienten in den anderen Ländern mit 3–9%. Dies berichten jüngere Patienten (< 65 Jahre) mit 17% signifikant häufiger als ältere. Auf der anderen Seite wurden die deutschen Patienten mit 82% signifikant und deutlich häufiger im Krankenhaus über die vor dem stationären Aufenthalt eingenommenen Medikamente beraten als in den anderen Ländern mit 56–66%. Mit Männern und jün-

geren Patienten (87% und 86%) wird dies signifikant häufiger besprochen als mit älteren Patienten und Frauen (76% und 77%).

Patientensicherheit

Deutsche Patienten nehmen im Mittel (Median) drei verschiedene Medikamente ein. Das trifft auch auf Großbritannien, Neuseeland, Australien und Kanada zu. Einzig in den USA geben die Befragten an, vier Arzneimittel zu benötigen. Der Anteil von Patienten, die mehr als vier verschiedene Medikamente einnehmen, ist in Deutschland mit 30% allerdings signifikant höher als in Neuseeland (22%), niedriger als in den USA (40%) und vergleichbar mit den übrigen Ländern (26–32%). Vier oder mehr verschiedene Medikamente nehmen in Deutschland vor allem ältere (37%) und chronisch Kranke (40%) Patienten. Aber auch Männer (39%) benötigen signifikant häufiger als Frauen (23%) mehr als drei Präparate. Neben dem Geschlecht beeinflussen auch Bildungsgrad und Wohnort den Gebrauch von Arzneimitteln: Von den Patienten mit niedriger Bildung nehmen 33% vier oder mehr verschiedene Medikamente, bei den Befragten mit mittlerer Schulbildung sind es 27% und bei denen mit höherer Schulbildung 25%. Ein Drittel (33%) der Städter, aber nur ein Viertel (25%) der Landbewohner unter den Patienten nimmt vier oder mehr Medikamente ein. Patienten der alten Bundesländer werden signifikant häufiger (24%) ohne Medikamente behandelt als Patienten der neuen Bundesländer (18%).

Kranke Menschen in Deutschland berichten signifikant häufiger darüber, dass ihr Arzt sie selten oder nie über Nebenwirkungen der von ihnen eingenommenen Medikamente aufgeklärt hat (D 38%, UK 32%, CAN und USA 27%, AUS und NZ 19%). Deutsche Frauen berichten mit 49% häufiger darüber, dass ihr Arzt sie über Medikamentennebenwirkungen nicht oder nur selten aufgeklärt, als Männer mit 26%. Patienten mit chronischen Erkrankungen berichten signifikant häufiger darüber (58%) als solche ohne eine chronische Krankheit (34%). Insgesamt geben 77% deutscher Patienten, die Medikamente einnehmen, an, dass ihre Ärzte mit ihnen nicht immer über

die verschriebenen Medikamente sprechen, was signifikant mehr ist als in Neuseeland (70%), Australien (71%) und Kanada (72%) und numerisch höher als in Großbritannien und den USA mit je 74%. Signifikant mehr Frauen (79%), Ältere (81%), chronisch Kranke (85%) und privat Krankenversicherte (83%) sagen, dass ihre Ärzte mit ihnen nicht immer über die verschriebenen Medikamente sprechen. Im Vergleich zu Patienten der neuen Bundesländer geben signifikant mehr Patienten der alten Bundesländer (32% gegenüber 25%) an, dass ihre Ärzte sie immer über mögliche Nebenwirkungen der Medikamente aufklären. 44% der Patienten aus Westdeutschland, aber nur 34% der Patienten aus Ostdeutschland sagen, dass die Ärzte verschiedene medikamentöse Behandlungen mit ihnen besprechen.

85–89% der Patienten sind „sehr überzeugt“ oder „etwas überzeugt“, dass die Medikamente, die sie einnehmen, sicher sind. In Deutschland sind es 87%. Allerdings halten hierzulande 11% ihre Arzneimittel nicht für sicher – ein Anteil, der in etwa dem Meinungsbild in den anderen Ländern (9–13%) entspricht.

19% deutscher Patienten berichten über Behandlungsfehler, die bei ihnen aufgetreten sind, was weniger ist als in den USA (22%) und in etwa dem Anteil in den übrigen Ländern (17–19%) entspricht. Ein solcher Fehler hat bei 41% der deutschen Patienten zu einem ernsthaften Gesundheitsproblem geführt, im Vergleich zu 42–54% in den anderen Ländern. Jüngere deutsche Patienten berichten mit 21% signifikant häufiger über aufgetretene Behandlungsfehler im Vergleich zu älteren (15%). Bei älteren Patienten verursachen solche Fehler aber signifikant häufiger ernsthafte Gesundheitsprobleme als bei jüngeren (53% vs. 38%). Nur eine bemerkenswerte Minderheit der deutschen Patienten (15%), bei denen ein Behandlungsfehler aufgetreten ist, gibt an, dass sie über den bei ihnen aufgetretenen Fehler von einem Arzt oder einer anderen im Gesundheitswesen beschäftigten Person informiert worden sind. Dieser Anteil ist deutlich geringer als in den anderen Ländern, wo er immerhin bei 23–37% liegt. 35% der in Deutschland berichteten Behandlungsfehler sind während des sta-

tionären Aufenthalts passiert, was in etwa dem Anteil in den anderen Ländern mit Ausnahme der USA (22%) entspricht. Gegenüber älteren deutschen Patienten wird ein medizinischer Fehler mit 8% signifikant seltener zugegeben als gegenüber jüngeren (19%).

Falsche Laborbefunde werden in Deutschland 5% der Patienten mitgeteilt, was nur halb so hoch wie in den USA, aber vergleichbar mit den anderen Ländern ist. Nur 5% der deutschen Patienten geben an, dass es bei der Benachrichtigung über pathologische Befundergebnisse zu wesentlichen Verzögerungen gekommen ist, während dies in den anderen Ländern mit 9–16% signifikant mehr Patienten berichten. Deutsche Patienten haben mit 9% im Vergleich zu US-amerikanischen (23%), kanadischen (18%), neuseeländischen und australischen (je 14%) Patienten, ein signifikant niedrigeres Risiko, einen *falschen oder verspäteten* diagnostischen Befund zu erhalten (UK 11%). Fehler im Krankenhaus werden in Deutschland mit 13% numerisch seltener berichtet als in den anderen Ländern (14–17%). Nicht in Deutschland geborene Patienten berichten aber mit 25% signifikant häufiger über Fehler im Krankenhaus. Irgendein medizinischer Fehler (falscher Laborbefund, falsches Arzneimittel, Behandlungsfehler oder Irrtum im Krankenhaus) ist bei 25% deutscher Patienten aufgetreten. Dies entspricht genau der Häufigkeit in Großbritannien, ist numerisch niedriger als in Neuseeland und Australien (je 28%) und signifikant niedriger als in Kanada (31%) und den USA (35%). In Deutschland werden solche Fehler signifikant häufiger von Patienten mit einer höheren Schulbildung (33%) berichtet.

Unter den stationär behandelten Patienten lag die berichtete Rate von nosokomialen Infektionen zwischen 7% und 10% mit Ausnahme Deutschlands, wo sie signifikant und deutlich geringer war und nur 3% betrug.

Versorgungsqualität chronischer Erkrankungen

44% der in Deutschland befragten Patienten berichten über eine bei ihnen vorliegende Hypertonie, was signifikant häufiger als in den anderen Län-

dern ist (NZ 27%, CAN 32%, AUS und UK je 33%, USA 40%). Ebenso wird das Vorliegen einer Herzkrankheit in Deutschland mit 25% signifikant häufiger als in den anderen Ländern angegeben (UK 12%, NZ und AUS je 14%, CAN 15%, USA 18%). Diabetes ist in Deutschland bei 16% der Patienten bekannt (USA 20%, CAN 14%, AUS 13%, UK 12%, NZ 10%). Eine Arthrose kommt in Deutschland bei 28% der Patienten vor, was in etwa Neuseeland (26%) und Großbritannien (29%) entspricht, aber signifikant niedriger ist als in Kanada (34%) sowie Australien und den USA (je 37%). Asthma, chronische obstruktive Lungenerkrankung oder andere chronische Lungenleiden werden von deutschen Patienten signifikant seltener angegeben als in den anderen Ländern (D 14%, CAN und NZ je 18%, UK und USA je 19%, AUS 21%). Eine bestehende Depression geben die deutschen Patienten in 15% der Fälle an, was vergleichbar mit Neuseeland (13%) und Großbritannien (17%), aber signifikant niedriger als in Kanada (22%), Australien (24%) und den USA (26%) ist. Mit Ausnahme von Herzerkrankungen und Hypertonie kommen alle anderen chronischen Erkrankungen bei Patienten mit unterdurchschnittlichem Einkommen signifikant häufiger vor.

Von allen Befragten erhielten mit 91% deutsche Patienten signifikant häufiger während der letzten 12 Monate eine Blutdruckkontrolle als in den anderen Ländern (72–85%). Bei Patienten mit Bluthochdruck liegt dieser Anteil in Deutschland bei 99%. Bei 100% gesetzlich versicherten Patienten mit Herzkrankheiten wurde in den letzten 12 Monaten der Blutdruck gemessen, was signifikant häufiger als bei privat Versicherten (97%) ist. Bei Patienten mit Hypertonie, Diabetes und/oder einer Herzerkrankung wurden im Laufe der letzten 12 Monate mit 95% häufiger ein Serumcholesterinwert bestimmt und der Blutdruck gemessen als in den anderen Ländern (81–88%).

Als Qualitätsindikatoren bei Patienten mit Diabetes wurden folgende, im Laufe der letzten 12 Monate durchgeführte Untersuchungen betrachtet:

- Messung des glykosylierten Hämoglobins (HbA_{1c});
- Augenhintergrunduntersuchung;
- Untersuchung der Füße.

Die Rate der Diabetespatienten, bei denen in den letzten 12 Monaten alle drei Untersuchungen durchgeführt wurden, lag in Deutschland mit 55%, in den USA mit 56% und in UK mit 58% signifikant höher als in den übrigen Ländern (38–41%). In den alten Bundesländern scheint die Versorgungsqualität von Patienten mit Diabetes signifikant besser zu sein als in den neuen Bundesländern: Im Laufe des zurückliegenden Jahres erhielten 68% gegenüber 53% eine Untersuchung der Füße und 87% versus 76% eine Augenhintergrunduntersuchung.

Ein vergleichsweise sehr hoher Anteil (90%) deutscher Patienten mit Lungenerkrankungen, die mit Dosieraerosolen behandelt werden, berichtet darüber, dass ihnen Anweisungen gegeben wurden, wie sie die Dosis ihrer Medikamente im Fall von Atemproblemen und Atemnot anpassen sollen. Dieser Anteil liegt in den anderen Ländern signifikant niedriger nur bei 73–77%. Insgesamt erhalten aber chronisch Kranke in Deutschland seltener (37%) einen Plan, wie sie ihre Erkrankung zu Hause selbst behandeln sollen; in den anderen Staaten ist dies bei 45–65% der chronisch Kranken der Fall.

Bei chronisch Erkrankten wird eine Arzthelferin oder Krankenschwester in Deutschland (47%) und Großbritannien (52%) häufiger als in den übrigen Ländern an der Behandlung beteiligt (USA 36%, CAN 19%, AUS 16%). Eine Beratung über Diät und Bewegung erhalten in Deutschland (46%) und in Großbritannien (45%) weniger Patienten als in den übrigen Ländern (52–65%).

Insgesamt ist die Versorgungsqualität der chronischen Erkrankungen in Deutschland nicht abhängig vom Versicherungsstatus.

DISKUSSION

Die hier vorliegende internationale Querschnittsuntersuchung beschreibt verschiedene Parameter der medizinischen Versorgungsqualität aus Patientensicht. Aufgrund dieses Studiendesigns lassen sich kausale Erklärungen daraus allerdings kaum ableiten. Daher wollen wir hier auf eine kausale Interpretation der Ergebnisse ganz verzichten. Darüber hinaus ermöglichen die erhobenen Daten nur selten Schlüsse

STANDORTE

auf die Ergebnisqualität der medizinischen Versorgung, wie etwa bei der Frage nach einer im Krankenhaus erworbenen Infektion oder bei den Wiedereinweisungsraten. Zumeist beschreiben sie lediglich die Strukturqualität. Immerhin ermöglicht der Einsatz gleicher Methoden zum gleichen Zeitpunkt in zufälligen Stichproben einen echten Benchmark-Vergleich zwischen den untersuchten Ländern. Deutschland schneidet dabei in einigen Bereichen sehr gut ab, in vielen anderen ergibt sich hierzulande – wie auch in den anderen Ländern – durchaus Raum für Verbesserungen.

Als eines der auffälligsten Defizite in der medizinischen Versorgung in allen Ländern erscheint die Kommunikation zwischen Arzt und Patient – im ambulanten wie im stationären Bereich. In Deutschland reklamieren diese Defizite Frauen auffallend häufiger als Männer. Es lässt sich daraus jedoch nicht ableiten, dass Frauen ein höheres Informationsbedürfnis haben als Männer oder dass sie selektiv schlechter informiert werden. Die Daten sprechen aber auf jeden Fall dafür, dass Patientinnen mehr informiert werden wollen und dabei auch inhaltlich andere Schwerpunkte setzen als männliche Patienten, wie beispielsweise die Frage nach den gewünschten Vorabinformationen über Operateure demonstriert. Die CWF-Umfrage bestätigt und unterstreicht damit, was Gender-Studien zur Gesundheitsversorgung bereits zutage förderten: Frauen und Männer haben verschiedene Kommunikationsstile, die zu Missverständnissen und Frustrationen führen können. Frauen haben zum einen ein höheres Informationsbedürfnis. Zum anderen ist „informiert werden“ für sie Ausdruck personaler Zuwendung und Bedingung einer geglückten Beziehung zum Arzt, an der sie ganz wesentlich die Qualität der Versorgung messen [1].

Wer (zusätzlich) privat versichert ist, nimmt häufiger medizinische Hilfe in Anspruch. Der Zugang zur Versorgung ist aber nicht an den Versicherungstatus geknüpft, wie die Umfragedaten zeigen. Die subjektive Wertschätzung sowohl des Gesundheitssystems als auch der individuellen medizinischen Betreuung ist bei Privatpatienten höher als bei Mitgliedern der GKV. Das heißt allerdings nicht,

dass Ersterer tatsächlich besser medizinisch betreut werden. Geht man davon aus, dass GKV-Patienten notwendige Wiederholungen von durchgeführten Untersuchungen, stationäre Aufenthalte und notwendige elektive Operationen nicht vorenthalten werden, dann ist es wahrscheinlich, dass bei Privatpatienten in Deutschland eine Überversorgung vorliegt, die durchaus auch schädlich sein kann.

Der sicherlich auffälligste Befund dieser Evaluation ist, dass die subjektive Einschätzung des deutschen Gesundheitssystems wie auch der Qualität der eigenen medizinischen Versorgung seltener das Prädikat „sehr gut“ erhält. Dies entspricht aber nicht der tatsächlichen, auch von den Befragten selbst bescheinigten hohen Qualität in konkreten Einzelbereichen. Auch der aktuelle 14-Länder-Vergleich von Beske et al., in dem alle Länder der CWF-Umfrage mit Ausnahme Neuseelands beteiligt sind, bescheinigt Deutschland das höchste Versorgungsniveau [2]. Sind Patienten in Deutschland „kritischer“ als in den anderen Ländern? Soziologen verwenden den Begriff der „Dissonanz“, wenn objektiv gute Lebensbedingungen subjektiv als schlecht wahrgenommen werden. Das Phänomen des „Unzufriedenheitsdilemmas“ kennen nahezu alle sog. Wohlstandsgesellschaften, allerdings in jeweils unterschiedlicher Ausprägung [3]. Maßgeblich für die Zufriedenheit – und damit politikrelevant – ist demnach nicht allein die Realität der Gesundheitsversorgung, sondern das Anspruchsniveau, an dem die Realität gemessen wird. Vergleicht man die deutschen Daten aus der CWF-Umfrage mit Ergebnissen des seit 2001 jährlich durchgeführten Gesundheitsmonitors, so scheinen schwerer erkrankte Deutsche das Gesundheitssystem negativer zu bewerten als die Bevölkerung insgesamt: Laut Gesundheitsmonitor 2005, bei dem eine repräsentative Stichprobe der Bürger befragt wurde, sind 12% der Ansicht, das Gesundheitssystem „funktioniert so schlecht, dass es von Grund auf verändert werden muss“. Das ist ein geringerer Anteil als in dieser Erhebung. Allerdings äußerte in den Jahren 2001–2005 laut Gesundheitsmonitor jeweils maximal ein Drittel die Ansicht, dass beim deutschen Gesundheitswesen „nur kleine Verbesserungen nötig“ sei-

en. Und mindestens zwei Drittel votierten für „einschneidende Maßnahmen“ oder für Veränderungen von Grund auf [4]. Mag Deutschland beim internationalen Benchmarking auch gut abschneiden – Patienten und Bürger in Deutschland sind mit der medizinischen Versorgung häufig unzufrieden und schätzen den Reformbedarf als sehr hoch ein.

Literatur

1. Landtag Nordrhein-Westfalen, Hrsg. Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquetekommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2004; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hrsg. Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Bonn: Kohlhammer, 2001.
2. Beske F, Drabinski T, Golbach U. Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich – eine Analyse von 14 Ländern, Bd I, Struktur, Finanzierung und Gesundheitsleistungen. Kiel: Schmidt + Klaunig, 2005.
3. Zapf W. Lebensbedingungen und wahrgenommene Wohlfahrt. In: Glatzer W, Zapf W, Hrsg. Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt/Main–New York: Campus, 1984:23–6.
4. Braun B. Erwartungen an die mittelfristige Zukunft der Gesundheitsversorgung. In: Böcken J, Braun B, Schnee M, Hrsg. Gesundheitsmonitor 2004. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 2004:122–36; Angaben zum Gesundheitsmonitor 2005. Persönliche Mitteilung Projektleiter Jan Böcken.

Korrespondenzanschrift

Prof. Dr. Peter T. Sawicki
Institut für Qualität
und Wirtschaftlichkeit
im Gesundheitswesen
Dillenburger Straße 27
51107 Köln
Telefon (+49/221) 356-853
Fax -855
E-Mail: annette.ress@iqwig.de