



Kassenärztliche  
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

*Pressekonferenz am 20. August 2008*

**Vorstellung der  
2. KBV-Versichertenbefragung**

*Statement von Dr. Andreas Köhler*

Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Sehr geehrte Damen und Herren,

vor zwei Jahren hat sich die KBV entschlossen, eine repräsentative Versichertenbefragung zur Zufriedenheit der Versicherten mit der ambulanten ärztlichen Versorgung durchzuführen. Wir wollten wissen, wie sich die Versorgung aus Sicht der Nutzer darstellt, insbesondere wie die Erreichbarkeit und die Wartezeiten auf Arzttermine sind, ob Patienten und Versicherte Vertrauen zu ihrem Arzt haben, ob es Versorgungsprobleme gibt und wenn ja, worin diese bestehen. Wir wollten auch wissen, wie die Sicht auf die haus- und fachärztliche Versorgung ist. Außerdem haben wir nach Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) gefragt. Mit der Versichertenbefragung 2006 haben wir den Grundstein dafür gelegt, in regelmäßigen Abständen durch erneute repräsentative Befragungen Veränderungen in der Zufriedenheit der Versicherten festzustellen und die Ursachen für diese Veränderungen zu erkennen.

Um eine gute Vergleichbarkeit zu gewährleisten und auch für unsere KVen aussagekräftige Ergebnisse zu haben, haben wir in diesem Jahr über 6.000 zufällig ausgewählte Bürgerinnen und Bürger zwischen 18 und 79 Jahren von der Forschungsgruppe Wahlen im gleichen Zeitraum wie 2006 (Mitte Mai bis Anfang Juni) befragen lassen. Die Ergebnisse sind repräsentativ und können auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet werden.

Denn nur wenn uns bekannt ist, was die Versicherten und Patienten wirklich wollen und wo ihnen der Schuh drückt, können wir bei der Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung deren Bedürfnisse in den Mittelpunkt stellen. Und nur wenn wir wissen, welche Aspekte der Versorgung besser bzw. schlechter bewertet werden als noch vor zwei Jahren, erkennen wir, welche Veränderungen von den Versicherten positiv bzw. negativ aufgenommen werden. Die diesjährige Befragung orientiert sich inhaltlich deswegen auch in ihren Grundzügen an derjenigen von 2006. Viele Fragenkomplexe sind identisch. Aber wir haben auch einen großen Fragenkomplex, der 2006 noch nicht im Fragenkatalog enthalten war, neu aufgenommen: den nach den Auswirkungen der Gesundheitsreform, den Wahlтарifen und der hausarztzentrierten Versorgung. Dieser ist vor allem angesichts des zunehmenden Wettbewerbs im Gesundheitswesen von hoher Bedeutung.

Die Resultate der Befragung 2006 waren insgesamt sehr gut. Mehr als 90 Prozent aller Versicherten waren mit ihrem Arzt und den Praxismitarbeitern äußerst zufrieden. Sowohl die fachliche Kompetenz als auch das Vertrauensverhältnis als Wurzel einer intakten Arzt-Patient-Beziehung wurden hoch geschätzt – bei den Haus- wie bei den Fachärzten. Das gilt auch im Jahr 2008: 92 Prozent aller Befragten charakterisieren ihr Vertrauensverhältnis zum Arzt mit sehr gut (50 Prozent) oder mit gut (42 Prozent).

95 Prozent aller Befragten gaben an, einen Hausarzt zu haben; das stellt gegenüber 2006 eine leichte Erhöhung um zwei Prozent dar. Die Wegezeiten zu den Praxen sind nach wie vor sehr kurz: Drei Viertel aller Befragten erreichten ihren Hausarzt innerhalb von 10 Minuten, bei Fachärzten ist es immer noch die Hälfte, die nur zehn Minuten brauchen. Nur vier Prozent brauchen insgesamt mehr als eine halbe Stunde. Das ist ein deutlicher Beleg dafür, dass die flächendeckende Versorgung nach wie vor gewährleistet ist. Berufstätige Versicherte orientieren sich dabei eher nach ihrem Wohnort als nach ihrem Arbeitsort: 68 Prozent geben an, dass die Praxis ihres

Arztes näher am Wohnort liegt, 14 Prozent, dass sie näher am Arbeitsort ist und 17 Prozent sagen, dass es ungefähr gleich weit von beiden Orten ist.

Ein nach wie vor virulentes Thema ist die Wartezeit auf einen Termin beim Arzt. Zunächst das Positive: Die Wartezeiten in Deutschland sind durchschnittlich kurz. 16 Prozent sind zuletzt ohne Terminvereinbarung zum Arzt gegangen, drei Prozent gaben an, dass ihre Arztpraxis grundsätzlich ohne Terminvergabe arbeitet. 31 Prozent bekommen sofort einen Termin. Das bedeutet, dass es für die Hälfte der Befragten überhaupt keine Wartezeiten gab. Sieben Prozent warten einen Tag, elf Prozent zwei bis drei Tage, weitere elf Prozent bis zu einer Woche. Negativ muss gewertet werden, dass elf Prozent zwei bis drei Wochen und neun Prozent noch länger warten mussten.

Nur eine Minderheit der Befragten empfindet es als störend, wenn es Wartezeiten gibt. 90 Prozent aller Befragten und 80 Prozent derjenigen, die eine Wartezeit hatten, hat es nicht zu lange gedauert, bis Sie einen Termin bekommen haben. Allerdings: Die Unzufriedenheit steigt sehr schnell an, wenn die Wartezeiten zu lange dauern. Obwohl die Durchschnittswerte gut bis sehr gut sind, müssen wir konstatieren, dass die Wartezeiten doch spürbar danach variieren, ob es um einen Termin beim Haus- oder Facharzt geht und ob der Versicherte gesetzlich oder privat versichert ist. So bekamen 39 Prozent aller Befragten beim Hausarzt sofort einen Termin, beim Facharzt waren es nur 20 Prozent. Nur drei Prozent warteten länger als drei Wochen auf einen Termin beim Hausarzt, beim Facharzt waren das immerhin 18 Prozent. Bei aktuellen Problemen verkürzen sich diese Zeiten erheblich: 46 Prozent bekamen sofort oder am nächsten Tage einen Termin, neun Prozent warteten zwei bis drei Tage, neun Prozent bis zu einer Woche. Nur 14 Prozent mussten länger als eine Woche warten. 19 Prozent aller Befragten mit aktuellen Problemen gingen ohne Terminabsprache zum Arzt.

Bei allen Wartezeiten zeigt sich, dass gesetzlich Versicherte länger warten als privat Versicherte. Bekommen 30 Prozent aller gesetzlich Versicherten sofort einen Termin, sind es bei den privat Versicherten 39 Prozent. Gesetzlich Versicherte gehen dabei häufiger (17 Prozent) ohne Termin zum Arzt als privat Versicherte (elf Prozent). Allerdings: Bei rund doppelt so vielen gesetzlich wie privat Versicherten betrug die Wartezeit über drei Wochen.

Einige Politiker nutzen diese Unterschiede in den Wartezeiten dazu, die sogenannte Zwei-Klassen-Medizin anzuprangern und eine Angleichung der Versicherungen zu fordern. Dazu muss man aber erst einmal fragen: Woher kommen diese Unterschiede? Die Antwort liegt auf der Hand: Privat Versicherte sind für die meisten Praxen überlebensnotwendig, weil es dort keine Budgets gibt und die Vergütung in der Regel besser ist. Sie werden daher bevorzugt mit Terminen versorgt. Aus unserer Sicht wäre es völlig falsch, die schlechteren Konditionen der gesetzlichen Krankenversicherung auf alle zu übertragen. Der gegenteilige Weg, nämlich über die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung für eine bessere Honorarsituation bei gesetzlich Versicherten zu sorgen und die geltenden Budgets abzuschaffen, ist der Richtige! Das setzt allerdings voraus, dass auch die Regelleistungsvolumen, die ab 2009 gelten, entsprechend ausgestaltet werden. Da sind die gesetzlichen Krankenkassen in der Verantwortung!

Im Übrigen: Niemand wirft den Vertragsärzten vor, dass sie gesetzlich Versicherte schlechter behandeln als privat Versicherte. Die medizinische Behandlung ist identisch, die Unterschiede bestehen ausschließlich in der Servicequalität. Und die zeigt sich eben auch bei der Terminvergabe.

Sehr geehrte Damen und Herren,

sehr spannend für uns bei dieser Versichertenbefragung sind die Ergebnisse hinsichtlich der Auswirkungen der Gesundheitsreform. Drei Viertel aller Befragten spüren keine substantiellen qualitativen Veränderungen. Allerdings gaben 41 Prozent an, dass ihre Ausgaben eher gestiegen sind. Bei der Qualität der Versorgung gaben 84 Prozent der privat Versicherten an, keine Veränderungen zu bemerken, bei den gesetzlich Versicherten waren dies 76 Prozent und damit deutlich weniger. Jeweils drei Prozent gaben an, die Qualität habe sich verbessert. Eine Verschlechterung der Qualität spürten acht Prozent der privat Versicherten, aber 16 Prozent der gesetzlich Versicherten. Die Versicherten spüren also die Restriktionen, die mit den gesetzlichen Veränderungen eingetreten sind!

Die mit der Gesundheitsreform eingeführten Wahltarife werden sehr differenziert gesehen. Tarife mit Beitragsrückerstattung sind erwartungsgemäß vor allem für jüngere und gesündere Versicherte attraktiv; jeweils drei Viertel der gesetzlich Versicherten, die im Vorjahr nie oder nur ein- bis zweimal beim Arzt waren, würden einen solchen Tarif wählen; von den Versicherten, die drei- bis zehnmal einen Arzt aufgesucht haben, sind es noch 56 Prozent, bei denen, die noch öfter zum Arzt gegangen sind, sind es nur noch 39 Prozent. 31 Prozent aller gesetzlich Versicherten würden einen solchen Tarif nicht wählen.

Wahltarife, die vor dem Facharztbesuch den Besuch eines Hausarztes vorsehen, werden von 59 Prozent der Befragten positiv bewertet, wenn dies die Kosten der Krankenversicherung senken würde. Nur zehn Prozent lehnen solche Tarife ab. Es zeigt sich dabei eine deutliche Spreizung: Jüngere Menschen sind deutlich häufiger bereit, einen solchen Tarif zu wählen als ältere. Gleichzeitig geben mit höherem Alter immer mehr Befragte an, auch heute schon immer zuerst den Hausarzt aufzusuchen. Bei den über 70-Jährigen sind dies 54 Prozent, bei den unter 29-Jährigen sind es gerade einmal 13 Prozent.

Kostenerstattungstarife sind nach wie vor von der Mehrheit nicht gewünscht: 66 Prozent lehnen diese ab, selbst wenn es die Kosten senken würde. Nur 29 Prozent wären grundsätzlich dazu bereit, ihre Behandlungskosten zunächst selbst zu übernehmen und später mit der Krankenkasse zu verrechnen. Selbstbehalttarife sind kaum beliebter: 58 Prozent wollen diese nicht. Den Wechsel zu einem von der Krankenkasse ausgewählten Arzt lehnen 68 Prozent aller Versicherten ab. Nur 25 Prozent würden einen solchen Tarif wählen, wenn sich dadurch die Kassenbeiträge senken ließen. Das zeigt: Die freie Arztwahl ist auch heute noch für Versicherte sehr wichtig. Insgesamt zeigt sich in der KBV-Versichertenbefragung, dass sich die Versorgungslage gegenüber dem Jahr 2006 noch nicht nachhaltig verändert hat. Die Zufriedenheit ist nach wie vor insgesamt hoch. Die Auswirkungen der Gesundheitsreform beginnen erst zu greifen; noch spüren die Versicherten nur in geringem Umfang, was sich wie ändert. Dies gilt insbesondere für die Hausarzttarife. Versicherte, die damit bereits heute Erfahrungen gesammelt haben, befinden sich in Tarifen, die im Kollekt-

tivvertrag eingebettet sind und nicht bereinigt werden. Das wird sich allerdings in Kürze deutlich ändern: Der Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg ist der Vorbote davon.

Vielen Dank.

(Es gilt das gesprochene Wort.)