

# Institut für Soziale Infrastruktur

Kasseler Straße 1a – 60486 Frankfurt am Main  
Tel.: 069-264865-0 – Fax: 069-264865-19  
E-Mail: [isis@isis-sozialforschung.de](mailto:isis@isis-sozialforschung.de)  
Internet: [www.isis-sozialforschung.de](http://www.isis-sozialforschung.de)



---

Tanja Villinger, Joachim Ritter, Karl Mingot

## Chancengleichheit in der gesundheitlichen Versorgung

Literaturstudie und Auswertung eigener empirischer  
Erhebungen

Erstellt im Rahmen des Projektes der Bundesarbeitsgemein-  
schaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V., Bonn

## Chancengleichheit in der gesundheitlichen Versorgung

Medizin für Jung und Alt

Das Projekt wurde gefördert durch die Europäische Kommission.

Dezember 2007



**2007 — Europäisches Jahr der Chancengleichheit für alle**

## Inhalt

|       |                                                                                         |     |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1.    | Einleitung .....                                                                        | 1   |
| 1.1   | Definitorische Eingrenzung: Gesundheitsversorgung .....                                 | 2   |
| 1.2   | Definitorische Eingrenzung: Ungleichbehandlung und Chancengleichheit .....              | 3   |
| 1.3   | Weiteres Vorgehen .....                                                                 | 4   |
| 2.    | Vorhandene Quellen .....                                                                | 5   |
| 2.1   | Methodik .....                                                                          | 5   |
| 2.2   | Alterssurvey .....                                                                      | 7   |
| 2.2.1 | Gesundheitszustand .....                                                                | 9   |
| 2.2.2 | Gesundheitsversorgung .....                                                             | 13  |
| 2.3   | Literaturbericht .....                                                                  | 16  |
| 2.3.1 | Einflussfaktor: Alter .....                                                             | 16  |
| 2.3.2 | Einflussfaktor: Geschlecht .....                                                        | 25  |
| 2.3.3 | Einflussfaktoren: Migrationshintergrund und Religion .....                              | 30  |
| 2.3.4 | Einflussfaktoren: Chronische Erkrankungen und Behinderungen .....                       | 34  |
| 2.3.5 | Andere Einflussfaktoren .....                                                           | 37  |
| 2.3.6 | Ausblick .....                                                                          | 42  |
| 3.    | Standardisierte Befragung .....                                                         | 44  |
| 3.1.  | Methodik .....                                                                          | 44  |
| 3.2   | Soziodemographische Daten .....                                                         | 45  |
| 3.3   | Gesundheitszustand .....                                                                | 49  |
| 3.4.  | Nutzung der ambulanten Gesundheitsversorgung .....                                      | 56  |
| 3.5   | Nutzung der stationären Gesundheitsversorgung .....                                     | 63  |
| 3.6.  | Nutzung von Reha-Maßnahmen, ambulanten Pflegediensten und<br>Präventionsangeboten ..... | 68  |
| 3.7.  | Nutzung von Medikamenten und Hilfsmitteln .....                                         | 71  |
| 3.8   | Probleme und Kritik .....                                                               | 76  |
| 4.    | Gruppeninterviews .....                                                                 | 81  |
| 4.1   | Methodik .....                                                                          | 81  |
| 4.2   | Hochaltrige .....                                                                       | 84  |
| 4.3   | Ältere Menschen mit Behinderung .....                                                   | 89  |
| 4.4   | Ältere Frauen .....                                                                     | 95  |
| 4.5   | Ältere Ostdeutsche .....                                                                | 100 |
| 4.6   | Ältere Migrantinnen und Migranten .....                                                 | 104 |
| 4.7   | Gruppenübergreifende Betrachtung .....                                                  | 113 |
| 5.    | Zusammenfassung der Ergebnisse .....                                                    | 116 |

- 6. Anhang
- 6.1 Verzeichnis der Quellen
- 6.2 Ergebnisse des 12-Länder-Projektes MERI
- 6.3 Fragebogen für die standardisierten Befragung
- 6.4 Tabellen zu Kapitel 3
- 6.5. Leitfaden für die Gruppeninterviews

## **1. Einleitung**

Sozialer Status und Gesundheit stehen in einem engen Zusammenhang. Forschungsbefunde belegen, dass sozial schwächere Bevölkerungsgruppen oder unter besonderen Belastungen stehende Bevölkerungsgruppen gesundheitlich häufig benachteiligt sind. Für sie besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, bestimmte Erkrankungen zu erleiden oder in jüngerem Alter zu sterben. Weitere Gesundheitsrisiken – wie etwa Umwelteinflüsse, Wohnsituation oder Gefahren am Arbeitsplatz – stehen nicht ausschließlich, jedoch oftmals in Zusammenhang mit dem sozialen oder dem Berufsstatus und bieten damit zumindest prinzipiell individuelle oder gesellschaftliche Chancen der Veränderung bzw. des Umgangs mit ihnen.

Die demographische Alterung der Bevölkerung ist charakterisiert durch eine höhere Lebenserwartung, die jedoch auch mit dem Risiko vermehrter Pflegebedürftigkeit älterer und hochaltriger Personen verbunden ist. Diese demographischen Veränderungen werden gesellschaftliche Veränderungen nach sich ziehen, beispielsweise bei einer ausgeprägten Verlängerung der Lebenszeit eine Verlängerung der Arbeitszeit (vgl. Tesch-Römer/Wurm, 2006c: 329), nicht zuletzt um Einnahmequellen für die Sozialsysteme und damit für die gesundheitliche Versorgung zu erschließen. Fraglich, nicht nur für den Einzelnen, sondern auch für die Sozialsysteme ist, ob die verlängerte Lebenszeit ein Mehr an erfüllten, selbstständigen Lebensjahren bedeutet oder ob die letzten Lebensjahre relativ unselbstständig, wenig selbst bestimmt und nur mit pflegerischer Unterstützung oder in Pflegeeinrichtungen zugebracht werden.

Hier greift eine gute Gesundheitsversorgung (inklusive einer guten Gesundheitsvorsorge), die den älteren Patienten einen bestmöglichen Gesundheitszustand erlaubt und erwirkt, denn die Inanspruchnahme kostenträchtiger Krankenbehandlungen sowie die Notwendigkeit ambulanter wie stationärer pflegerischer Versorgung fällt umso geringer aus, je besser der Gesundheitszustand der Person ist (vgl. Tesch-Römer/Wurm, 2006c: 330). Es stellt sich jedoch die Frage, ob derzeit Benachteiligungssituationen bestehen, die eine bestmögliche Versorgung verhindern.

Der vorliegende Bericht soll dazu beitragen, die derzeit vorhandenen Kenntnisse zur Chancengleichheit in der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen zu bündeln und zu erweitern. Der Fokus wird hierbei auf bestimmte soziale Gruppen gelegt, die durch spezifische Faktoren in ihrer Chancengleichheit gefährdet sein können. Verschiedene

Einflussfaktoren und Variablen stellen eine Risikosituation für die Mitglieder der einzelnen sozialen Untergruppen dar und werden daher als Risikofaktoren betrachtet. Konzeptuell wurden hierfür neben dem Alter die Faktoren Geschlecht, Migrationshintergrund sowie chronische Erkrankungen und Behinderungen festgelegt. Nicht vernachlässigt werden sollen aber auch andere Unterschiede, wie etwa die Gesundheitsversorgung in Ost- und Westdeutschland oder spezifische Einflussfaktoren wie Wohnungslosigkeit.

### **1.1 Definitiorische Eingrenzung: Gesundheitsversorgung**

Unter Gesundheitsversorgung werden im Folgenden verschiedene Aspekte erfasst:

- Hier sind zunächst präventive Maßnahmen zu nennen, die die Häufigkeit des Auftretens von Krankheiten verringern. Da im Falle einer auftretenden gesundheitlichen Veränderung vorbereitende Behandlungsmöglichkeiten und die Anpassung an veränderte Lebenssituationen bessere Genesungschancen bieten, hat hier insbesondere die Informationsvermittlung hohe Bedeutung.<sup>1</sup>
- Gesundheitliche Versorgung umfasst natürlich immer auch ärztliche Behandlungen, und zwar nicht nur die Akutversorgung sondern auch längerfristige Therapien und die Behandlung chronischer Erkrankungen. Sie betrifft daher sowohl die ambulante als auch die stationäre Versorgung.
- Schließlich fallen auch Rehabilitationsmaßnahmen und Anschlussheilbehandlungen unter den Begriff der gesundheitlichen Versorgung.

Damit steht die definitiorische Eingrenzung im Einklang mit derjenigen von Tesch-Römer/Wurm, die „medizinische Behandlung durch ambulante Arztpraxen und stationäre Einrichtungen und weitere Formen der Gesundheitsdienstleistungen, daneben auch gesundheitsfördernde, präventive und rehabilitative Maßnahmen“ als Gesundheitsversorgung begreifen (Tesch-Römer/Wurm, 2006c: 354).

Diese Definition erweiternd versteht Pfaff (in: ZVFK, 2005: 13) unter Krankenversorgung die medizinische und psychosoziale Betreuung, Pflege, Diagnose, Behandlung und Nach-

---

1 Nach Körber (Körber, 2003: 32f.) hat Prävention folgende wesentlichen Aspekte:

- Prävention versucht, den Gesundheitszustand der Bevölkerung oder einzelner Bevölkerungsgruppen oder einzelner Personen zu erhalten oder zu verbessern.
- Prävention ist nicht nur eine Aufgabe der Medizin, sondern arbeitet interdisziplinär, das heißt, auch Psychologie, Soziologie und Pädagogik leisten hierzu ihren Beitrag.
- In der Umsetzung versucht Prävention verschiedene Ebenen anzusprechen (z.B. Wissen, Einstellungen).

sorge eines kranken Menschen. Gesundheitsversorgung ist Krankenversorgung plus präventive Versorgung. Die präventive Versorgung umfasst durch Gesundheitseinrichtungen und -fachkräfte erbrachte Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung.

## **1.2 Definitiorische Eingrenzung: Ungleichbehandlung und Chancengleichheit**

Im Verständnis des vorliegenden Berichts bedeutet Chancengleichheit, dass jedes Individuum die gleichen Zugangsmöglichkeiten zum System der Gesundheits(regel)versorgung hat. Wo dies nicht gegeben ist, besteht eine Vulnerabilität des einzelnen Hilfebedürftigen. Chancengleichheit in der gesundheitlichen Versorgung meint somit soziale Chancengleichheit.

Auf dieser Prämisse beruht auch die Vorstellung, „dass alle Menschen unabhängig vom Einkommens-, Bildungs- und Berufsstatus die gleiche Chance haben sollen, gesund zu bleiben“ (Richter/Hurrelmann, 2006: 26). Richter/Hurrelmann führen zwei Ansätze an, mit denen dieses Ziel erreicht werden kann: „zum einen die Verringerung sozialer Ungleichheiten (d.h. Verringerung von Unterschieden in der Bildung, des Berufsstatus und des Einkommens), zum anderen die Verringerung in den intermediären Einflussfaktoren gesundheitlicher Ungleichheit (z.B. Gesundheitsverhalten, materielle Faktoren oder psychosoziale Belastungen)“ (Richter/Hurrelmann, 2006: 26). In diesem Zusammenhang ist jedoch die Kategorie der Herkunft gesondert zu beachten, ziehen doch kulturelle und religiöse Hintergründe ebenso ungleiche Verhaltensweisen und Behandlungsarten nach sich. Diese müssen nicht, können sich aber als problematisch erweisen, wie in Kapitel 2.3.3 thematisiert wird.

Chancengleichheit in der gesundheitlichen Versorgung kann nicht bedeuten, dass jedes Individuum gleichartig behandelt wird. Im Gegenteil würde dies dem Ziel zuwiderlaufen, da jeder Mensch seine eigene, individuelle soziale und gesundheitliche Biografie hat. Ein gesundheitliches Versorgungsangebot, das homogen auf die Gesamtbevölkerung abgestimmt ist, würde das Faktum der Diversität negieren und den besonderen Bedarfen verschiedener Individuen nicht mehr Rechnung tragen.

Überdies ergibt sich allein schon durch die Frage des Geschlechts die Notwendigkeit unterschiedlicher Behandlungsweisen. Das Alter des Patienten spielt natürlich ebenso eine

- 
- Präventive Maßnahmen sind langfristig angelegt und zielen auf langfristige Veränderungen des Erlebens und Verhaltens.

Rolle wie sein kultureller Hintergrund. Letzteres gewinnt in der aktuellen Forschung immer mehr an Bedeutung, und es besteht immenser Bedarf an praktischer Umsetzung, was sich weiter unten im separaten Kapitel zu Migrationshintergrund und Religion widerspiegelt.

Chancengleichheit setzt also gerade die sachlich begründete ungleichartige Behandlungsweise unterschiedlicher Personengruppen voraus. Chancenungleichheit meint dementsprechend den verwehrten oder auch erschwerten Zugang zu gesundheitlichen Versorgungsangeboten durch strukturelle Mängel und andere Faktoren, die eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung der Menschen beeinträchtigen.

Unterschiede in der Gesundheitsversorgung sind nicht nur unvermeidbar, sondern – mit Blick auf die unterschiedlichen individuellen Bedarfe – sogar wünschenswert. Die Folgen sozialer Ungleichheit im Zugang zu gesundheitlichen Angeboten können dagegen vermieden oder zumindest abgemildert werden. Daher sollte der Fokus auf eine Prävention der Folgen der sozialen Ungleichheit gelenkt und die Chancengleichheit in der gesundheitlichen Versorgung gefördert werden (vgl. Richter/Hurrelmann, 2006: 28).

### **1.3 Weiteres Vorgehen**

Für den vorliegenden Bericht wurden Daten unterschiedlicher Herkunft gesammelt und ausgewertet. Zunächst wurden vorhandene Quellen verarbeitet (Kapitel 2). Zum einen wurden Daten des Alterssurveys zur Gesundheitssituation und der Inanspruchnahme von medizinischen Angeboten ausgewertet. Zum anderen wurden Forschungsthemen und Diskussionen in einem Literaturbericht umrissen. Zur Gewinnung neuer Erkenntnisse wurden ältere Menschen mittels einer schriftlichen, nicht repräsentativen Erhebung zu ihren persönlichen Erfahrungen mit dem gesundheitlichen Versorgungssystem befragt (Kapitel 3). Diese Ergebnisse wurden durch Gruppeninterviews mit Vertreterinnen und Vertretern spezifischer Risikogruppen ergänzt und vertieft (Kapitel 4). Den Abschluss bildet ein Überblick über die Resultate (Kapitel 5).

## **2. Vorhandene Quellen**

### **2.1 Methodik**

Im oben beschriebenen Verständnis des Begriffs der Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung als soziale Dimension zielte die Recherche des Literaturberichts darauf, Aspekte der Ungleichbehandlung oder Benachteiligung nach den Kategorien Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund sowie Behinderung und chronische Erkrankung zu beleuchten.

Zunächst musste das Themenspektrum eingegrenzt werden, da die Begrifflichkeiten sich als dehnbar und vielfältig erwiesen. Somit wurden ergebnisorientiert Fundstellen recherchiert, die die im Projektantrag umrissenen Kategorien umfassten, aber verschiedene Variablen enthielten. So sollte unter anderem nach älteren und hochaltrigen Personen unterschieden und nach geschlechtsspezifischen Ungleichheiten innerhalb der gesundheitlichen Versorgung gesucht werden.

Für den Literaturbericht, der eine Übersicht über die Forschungsliteratur geben sollte, wurde die Recherche auf praxisorientierte Arbeiten erweitert, wie beispielsweise Projektberichte, wenn diese besondere Aussagen und Informationen zum aktuellen Stand beinhalten. So konnten Diskussionsthemen und Ergebnisse einbezogen werden, die z.B. aus (Modell-)Projekten und/oder Erfahrungen seitens sozialer, gesundheitsbezogener oder amtlicher Einrichtungen gewonnen wurden, die für die Fragestellung von Interesse sind.

Zunächst war die Thematik recherchegerecht zu formulieren, die Suchbegriffe zu definieren und Kriterien festzulegen, was in die Literaturrecherche ein- bzw. ausgeschlossen werden sollte. Aus der Formulierung der Frage- bzw. Themenstellung sowie aus der Verarbeitung der gefundenen Literatur ergaben sich dann die Schlagworte. Zu Beginn erfolgte eine relative offene Suche nach den Schlagworten im engeren Sinne des Projekts (z.B. Ungleichbehandlung, gesundheitliche/medizinische Versorgung, Gesundheitsversorgung, Vorsorge und ähnliche Begriffe, Alter, Frauen, chronische Erkrankungen, Migration) sowie weiter gefasste Begriffe wie etwa soziale Lage oder Risiko. Da der Zugang zu einschlägigen Datenbanken nicht oder nur äußerst eingeschränkt möglich war, wurden die Recherchemöglichkeiten in der Deutschen Nationalbibliothek in Frankfurt, das Internet und die

Literaturangaben anderer Publikationen genutzt sowie eine Handsuche in Fachzeitschriften durchgeführt.

Verwendet wurden hauptsächlich Publikationen in deutscher und englischer Sprache, die zwischen 2000 bis 2007 in Deutschland erschienen sind. Ein europäischer Vergleich von Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung erfolgt nur in unsystematischer Form. In allen europäischen Ländern bestehen zum Teil eklatante Unterschiede in der Gesundheit einzelner Bevölkerungsgruppen, insbesondere zwischen verschiedenen sozialen Schichten. Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau und geringerem Einkommen sterben früher und haben mehr gesundheitliche Probleme als höher Qualifizierte. Allerdings ist in vielen Ländern die Datenlage unzureichend, und dort, wo Daten vorliegen, sind sie oft nur schwer miteinander zu vergleichen (vgl. Mackenbach, 2006: 6ff./20ff.). Aus europäisch vergleichender Sicht werden besonders umfassende gesundheitsbezogene Daten durch statistische Ämter in Finnland, Frankreich, Portugal und Schweden veröffentlicht. Defizite traten vor allem in Belgien, Deutschland, Italien, Spanien und Griechenland zu Tage (vgl. Stiehr, 2004). Eine Bearbeitung der Fragestellung im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesundheitsversorgung erfolgte im 12-Länder-Projekt MERI (Mapping existing research and identifying knowledge gaps concerning the situation of older women in Europe); ein Auszug aus der Zusammenfassung der Ergebnisse, der in hohem Maße die Befunde in Deutschland stützt, ist im Anhang wiedergegeben. Darüber hinaus liegen keine Datenquellen vor, die entsprechende Ungleichbehandlungen systematisch aus europäischer Perspektive beleuchten.

Eine feste untere Altersgrenze für ältere Personen wurde nicht angelegt, da sie sich in den Publikationen ebenso wenig finden ließ. So wurde der für die jetzigen Älteren bestehende Eintritt ins Rentenalter von 65 Jahren angesetzt, falls es (selten) notwendig war. Für Personen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen und andere spezifische Gruppen wurden diese Grenzen nicht eingehalten, sondern flexibler gesehen, wie jeweils aufgezeigt werden wird.

Die Literaturrecherche und Auswertung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit im Hinblick auf das weite Aufgabenfeld, da sie im Rahmen der begrenzten Kapazitäten nicht leistbar wäre. Diesbezüglich aber Daten und Ergebnisse verstärkt zu sammeln und vergleichend aufzubereiten, Möglichkeiten der Nutzbarmachung von bisherigen Erkenntnissen oder auch entwickelten Materialien zu verstärken, würde sich als kostbar für die gesundheitliche Versorgung nicht nur älterer Bevölkerungsteile auswirken. Qualitätsunter-

schiede zu erkennen und mit einfachen Mitteln Synergieeffekte zu erzeugen, kann die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung verbessern, die Arbeit der gesundheitsunterstützenden Institutionen (Ämter, Hilfseinrichtungen etc.) fördern und erleichtern und überdies Kosten sparen – etwa dadurch, dass Fehler vermieden und z.B. Teile von fremdsprachigem Informationsmaterial ausgetauscht und bundesweit, evtl. über die Grenzen hinaus, nutzbar gemacht werden.

Die Untersuchung der nachteiligen Ungleichbehandlungen hinsichtlich bestimmter Krankheiten, regionale Differenzen im Angebot von Hilfsmitteln und Behandlungsformen, positive oder negative Auswirkungen von Leitlinienkonformität und nicht existente Standards verdienen weitere Beachtung.

Als zusätzliche Informationsquelle zu Gesundheitszustand und Gesundheitsversorgung spezifischer Bevölkerungsgruppen wurden Daten des Alterssurveys ausgewertet. Der Alterssurvey ist eine bundesweit repräsentative Quer- und Längsschnittbefragung von Personen im Alter von 40 und mehr Jahren. Die erste Befragungswelle fand im Jahre 1996 statt, die zweite im Jahre 2002.<sup>2</sup> Für die von den Autoren dieses Berichts mit dem Programmpaket SPSS durchgeführten Auswertungen wurden die Daten der Befragten mit deutscher Staatsangehörigkeit, die im Jahr 2002 das erste Mal befragt wurden („Replikationsstichprobe“), herangezogen. Bei der Auswertung nach Staatsangehörigkeit wurden diese den gleichzeitig erhobenen Daten der Befragten ohne deutsche Staatsangehörigkeit („Ausländerstichprobe“) gegenübergestellt. Aufgrund der speziellen Konzeption des Alterssurveys waren Menschen im Alter von 86 und mehr Jahren nicht in die Erhebung einbezogen worden. Zudem wurden in den beiden hier verwendeten Erhebungen („Replikationsstichprobe“ und „Ausländerstichprobe“) nur in Privathaushalten und nicht in Heimen lebende Personen befragt.

## **2.2 Alterssurvey**

Sowohl der in der zweiten Welle des Alterssurveys für das mündliche Interview verwendete Fragebogen als auch der zusätzliche, von den Befragten selbst auszufüllende Fragebogen enthielten eine Reihe von Fragen zum Gesundheitszustand der Befragten und zu ihrer Nutzung der Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung. Mehrere dieser Fragen werden in den nachfolgenden Auswertungen als abhängige Variablen herangezogen. Als

---

2 Wir danken dem Zentralarchiv und dem Deutschen Zentrum für Altersfragen für die Bereitstellung der Daten der zweiten Welle des Alterssurveys.

unabhängige Variablen werden Alter, Geschlecht und Nationalität der Befragten sowie das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein einer chronischen Erkrankung oder Behinderung verwendet. Die „Replikationsstichprobe“ umfasst 3.084 Befragte mit deutscher Nationalität, die „Ausländerstichprobe“ 586 Befragte ohne deutsche Nationalität.<sup>3</sup>

**Tabelle 1: Befragte nach Altersgruppen (in %)**

|             | Deutsche | Ausländer |
|-------------|----------|-----------|
| 40-59 Jahre | 51,8     | 75,6      |
| 60-79 Jahre | 43,0     | 23,2      |
| 80-85 Jahre | 5,1      | 1,2       |

**Tabelle 2: Deutsche Befragte nach Geschlecht und Altersgruppen (in %)**

|        | 40-59 Jahre | 60-79 Jahre | 80-85 Jahre | Gesamt |
|--------|-------------|-------------|-------------|--------|
| Männer | 50,1        | 45,4        | 31,4        | 47,1   |
| Frauen | 49,9        | 54,6        | 68,6        | 52,9   |

**Tabelle 3: Ausländische Befragte nach Geschlecht und Altersgruppen (in %)**

|        | 40-59 Jahre | 60-79 Jahre | 80-85 Jahre | Gesamt |
|--------|-------------|-------------|-------------|--------|
| Männer | 51,2        | 56,6        | 14,3        | 52,0   |
| Frauen | 48,8        | 43,4        | 85,7        | 48,0   |

**Tabelle 4: Deutsche Befragte nach Vorliegen einer chronischen Erkrankung oder Behinderung und Altersgruppen (in %)**

|                                      | 40-59 Jahre | 60-79 Jahre | 80-85 Jahre | Gesamt |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------|
| chronisch krank oder behindert       | 21,6        | 38,1        | 60,4        | 30,7   |
| nicht chronisch krank oder behindert | 78,4        | 61,9        | 39,6        | 69,3   |

**Tabelle 5: Ausländische Befragte nach Vorliegen einer chronischen Erkrankung oder Behinderung und Altersgruppen (in %)**

|                                      | 40-59 Jahre | 60-79 Jahre | 80-85 Jahre | Gesamt |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------|
| chronisch krank oder behindert       | 22,6        | 41,9        | 57,1        | 27,5   |
| nicht chronisch krank oder behindert | 77,4        | 58,1        | 42,9        | 72,5   |

Tabelle 1 zeigt die Verteilung der Befragten auf die Altersgruppen „40 bis 59 Jahre“, „60 bis 79 Jahre“ und „80 bis 85 Jahre“. In den Tabellen 2 und 3 ist die Verteilung der Befrag-

3 Bei den Auswertungen für die Befragten mit deutscher Nationalität werden die für das mündliche Interview bzw. den schriftlichen Fragebogen vorgesehenen GewichtungsvARIABLEN ver-

ten nach Geschlecht und Altersgruppen und in den Tabellen 4 und 5 ihre Verteilung nach dem Vorliegen einer chronischen Erkrankung oder Behinderung und Altersgruppen ausgewiesen.<sup>4</sup> Wegen der sehr unterschiedlichen Altersstruktur der deutschen und der ausländischen Befragten und zugunsten einer besseren Übersichtlichkeit werden in die nachfolgenden Auswertungen nach Alter, Geschlecht und dem Vorliegen einer chronischen Erkrankung oder Behinderung lediglich die deutschen Befragten einbezogen. Darüber hinaus werden bei den Auswertungen nach Geschlecht, dem Vorliegen einer chronischen Erkrankung oder Behinderung sowie Nationalität lediglich die Befragten im Alter von 60 bis 79 Jahren berücksichtigt.<sup>5</sup>

### 2.2.1 Gesundheitszustand

Hinsichtlich des Gesundheitszustandes der Befragten werden zunächst deren Angaben zur Bewertung ihres aktuellen, ihres früheren und ihres erwarteten zukünftigen Gesundheitszustandes betrachtet und anschließend die auf ihren Gesundheitszustand zurückzuführenden Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten sowie das Vorliegen von Erkrankungen bzw. gesundheitlichen Problemen bei ihnen thematisiert.

**Tabelle 6: Bewertung des derzeitigen Gesundheitszustandes (in %)**

|                             | Deutsche    |             |             |              |              |                            |                             | Ausländer   |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|----------------------------|-----------------------------|-------------|
|                             | Alter 40-59 | Alter 60-79 | Alter 80-85 | Männer 60-79 | Frauen 60-79 | Chr. krank oder beh. 60-79 | Nicht chr. krank/beh. 60-79 | Alter 60-79 |
| sehr gut oder gut           | 69,6        | 48,3        | 27,8        | 48,8         | 47,9         | 21,1                       | 65,1                        | 41,2        |
| mittel                      | 23,6        | 37,9        | 39,9        | 37,9         | 37,9         | 48,8                       | 31,2                        | 37,5        |
| sehr schlecht oder schlecht | 6,8         | 13,8        | 32,3        | 13,3         | 14,2         | 30,0                       | 3,7                         | 21,3        |

Tabelle 6 gibt die Antworten der Befragten auf die Frage „Wie bewerten Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?“ wieder. Während zwischen dem Alter sowie dem Vorliegen einer chronischen Erkrankung oder Behinderung und der Bewertung des Gesundheitszu-

- 
- wendet. Bei den Auswertungen für die Befragten ohne deutsche Nationalität ist aufgrund des Stichprobendesigns eine Gewichtung nicht erforderlich.
- 4 Als Indikator für das Vorliegen einer chronischen Krankheit bzw. Behinderung wird die Auswahl der Antwortvorgaben „ja, etwas“ oder „ja, sehr“ auf die Frage „Sind Sie in ihrem täglichen Leben durch irgendeine chronische körperliche oder seelische Krankheit bzw. Behinderung eingeschränkt“ benutzt.
- 5 Dementsprechend beruhen die Auswertungen nach dem Alter auf den Angaben von 3.084 deutschen Befragten, die nach Geschlecht und dem Vorliegen einer chronischen Krankheit oder Behinderung auf den Angaben von 1.525 deutschen Befragten im Alter zwischen 60 und 79 Jahren und die nach der Nationalität auf den Angaben von 1.525 deutschen und 136 ausländischen Befragten im Alter zwischen 60 und 79 Jahren. Auf eine Differenzierung nach der Nationalität der ausländischen Befragten wird verzichtet.

stands ein deutlicher Zusammenhang erkennbar ist, existiert ein solcher zwischen dem Geschlecht und der Bewertung des Gesundheitszustands nicht. 69,6% der deutschen Befragten im Alter zwischen 40 und 59 Jahren schätzen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein; das gilt bei denjenigen im Alter zwischen 60 und 79 Jahren für 48,3% und bei den Hochaltrigen im Alter zwischen 80 und 85 Jahren nur für 27,8%. Wenig überraschend ist, dass zwar 65,1% der deutschen Befragten im Alter zwischen 60 und 79 Jahren, die nicht von einer chronischen Erkrankung oder Behinderung betroffen sind, aber lediglich 21,1% der davon Betroffenen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut beurteilen. Vergleicht man die deutschen und die ausländischen Befragten im Alter von 60 bis 79 Jahren, so ergibt sich für die Deutschen eine durchschnittlich etwas günstigere Einschätzung (48,3% gegenüber 41,2% gute oder sehr gute Bewertung) des Gesundheitszustandes.

**Tabelle 7: Veränderung des Gesundheitszustandes in den letzten 10 Jahren (in %)**

|                                         | Deutsche    |             |             |              |              |                            |                             | Ausländer   |
|-----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|----------------------------|-----------------------------|-------------|
|                                         | Alter 40-59 | Alter 60-79 | Alter 80-85 | Männer 60-79 | Frauen 60-79 | Chr. krank oder beh. 60-79 | Nicht chr. krank/beh. 60-79 | Alter 60-79 |
| Ist viel oder etwas besser geworden     | 9,3         | 6,6         | 3,2         | 6,7          | 6,6          | 6,5                        | 6,7                         | 5,9         |
| Ist gleich geblieben                    | 54,9        | 40,2        | 24,7        | 42,1         | 38,5         | 17,4                       | 54,1                        | 36,8        |
| Ist viel oder etwas schlechter geworden | 35,7        | 53,3        | 72,2        | 51,2         | 54,9         | 76,1                       | 39,1                        | 57,4        |

Die in Tabelle 7 dargestellten Antworten auf die Frage „Wie hat sich Ihr Gesundheitszustand in den letzten 10 Jahren verändert?“ weisen nur in sehr geringem Umfang auf wahrgenommene Verbesserungen hin. Während hinsichtlich des Geschlechts und der Nationalität nur geringfügige Unterschiede festzustellen sind, spielen auch hier das Alter und das Vorhandensein einer chronischen Erkrankung oder Behinderung eine große Rolle. Von den Befragten im Alter zwischen 40 und 59 Jahren konstatieren 35,7% eine Verschlechterung, von denen im Alter zwischen 60 und 79 Jahren 53,3% und von denen im Alter von 80 und mehr Jahren 72,2%. Bei den 60-79-jährigen Befragten mit einer chronischen Erkrankung oder Behinderung antworteten 76,1% entsprechend, von den übrigen lediglich 39,1%.

**Tabelle 8: Erwartete Veränderung des Gesundheitszustandes in der Zukunft (in %)**

|                                        | Deutsche    |             |             |              |              |                            |                             | Ausländer   |
|----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|----------------------------|-----------------------------|-------------|
|                                        | Alter 40-59 | Alter 60-79 | Alter 80-85 | Männer 60-79 | Frauen 60-79 | Chr. krank oder beh. 60-79 | Nicht chr. krank/beh. 60-79 | Alter 60-79 |
| Wird viel oder etwas besser werden     | 14,3        | 9,6         | 1,3         | 10,1         | 9,2          | 13,1                       | 7,4                         | 8,9         |
| Wird gleich bleiben                    | 67,9        | 62,1        | 48,4        | 61,1         | 63,0         | 46,6                       | 71,7                        | 61,5        |
| Wird viel oder etwas schlechter werden | 17,8        | 28,3        | 50,3        | 28,8         | 27,9         | 40,3                       | 20,9                        | 29,6        |

Tabelle 8 zeigt die Antworten der Befragten auf die Frage „Was erwarten Sie, wie wird sich Ihr Gesundheitszustand in Zukunft verändern?“ Geschlecht und Nationalität spielen in diesem Zusammenhang keine Rolle. Mit 67,9% bzw. 62,1% erwartet die Mehrzahl der Befragten zwischen 40 und 59 sowie zwischen 60 und 79 Jahren ein Gleichbleiben ihres Gesundheitszustandes, während bei den Hochaltrigen mit 50,3% etwa die Hälfte eine Verschlechterung befürchtet. Bei den von einer chronischen Erkrankung oder Behinderung Betroffenen erwarten 13,1% eine Verbesserung und 40,3% eine Verschlechterung, bei den übrigen Befragten sind dies 7,4% bzw. 20,9%.

**Tabelle 9: Einschränkung bei alltäglichen Tätigkeiten durch derzeitigen Gesundheitszustand (Nennungen in %)**

|                                             | Deutsche    |             |             |              |              |                            |                             | Ausländer   |
|---------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|----------------------------|-----------------------------|-------------|
|                                             | Alter 40-59 | Alter 60-79 | Alter 80-85 | Männer 60-79 | Frauen 60-79 | Chr. krank oder beh. 60-79 | Nicht chr. krank/beh. 60-79 | Alter 60-79 |
| anstrengende Tätigkeiten                    | 40,4        | 74,3        | 95,5        | 68,3         | 79,2         | 94,8                       | 61,7                        | 78,5        |
| mittelschwere Tätigkeiten                   | 11,2        | 34,3        | 72,6        | 26,8         | 40,6         | 57,1                       | 20,3                        | 34,6        |
| mehrere Treppenabsätze steigen              | 12,1        | 39,1        | 79,6        | 29,4         | 47,1         | 61,6                       | 25,3                        | 47,4        |
| mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen | 6,2         | 19,1        | 56,3        | 16,4         | 21,4         | 36,4                       | 8,4                         | 25,7        |
| sich baden oder anziehen                    | 3,1         | 9,8         | 38,6        | 9,2          | 10,5         | 19,5                       | 3,9                         | 14,0        |

In Tabelle 9 sind die Prozentanteile der Befragten ausgewiesen, deren Gesundheitszustand sie bei der Durchführung alltäglicher Tätigkeiten einschränkt.<sup>6</sup> Bei anstrengenden Tätigkeiten wie schnellem Laufen, dem Heben von schweren Gegenständen oder dem Treiben von anstrengendem Sport empfinden 40,4% der 40-59-jährigen, 74,3% der 60-79-jährigen und 95,5% der hochaltrigen deutschen Befragten mehr oder weniger starke Einschränkungen durch ihren Gesundheitszustand. Bei mittelschweren Tätigkeiten wie

6 Die Frage lautete: „Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten stark eingeschränkt, etwas eingeschränkt, oder überhaupt nicht eingeschränkt?“. Berücksichtigt wurde die Auswahl der Antwortvorgaben „stark eingeschränkt“ und „etwas eingeschränkt“.

dem Verschieben eines Tisches, dem Staubsaugen oder dem Kegeln oder Golf Spielen liegen die Werte mit 11,2% für die 40-59-Jährigen, 34,3% für die 60-79-Jährigen und 72,6% für die 80-85-Jährigen deutlich niedriger. Werte in ähnlichen Größenordnungen zeigen sich beim Steigen von mehreren Treppenabsätzen, während das Mehrere-Straßenkreuzungen-weit-zu-Fuß-Gehen und das Sich-Baden und Anziehen dem Großteil der Befragten unter 80 Jahren keine Probleme bereitet. Wie nicht anders zu erwarten, berichten Hochaltrige oder von chronischer Erkrankung bzw. Behinderung Betroffene durchweg zu weit höheren Anteilen Einschränkungen bei den abgefragten alltäglichen Tätigkeiten als die übrigen Befragten. Bei den meisten Tätigkeiten erwähnen darüber hinaus Frauen häufiger Probleme als Männer und Ausländer tun dies etwas häufiger als Deutsche.

**Tabelle 10: Vorhandene Erkrankungen bzw. gesundheitliche Probleme (Nennungen in %)**

|                                                    | Deutsche    |             |             |              |              |                            |                             | Ausländer   |
|----------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|----------------------------|-----------------------------|-------------|
|                                                    | Alter 40-59 | Alter 60-79 | Alter 80-85 | Männer 60-79 | Frauen 60-79 | Chr. krank oder beh. 60-79 | Nicht chr. krank/beh. 60-79 | Alter 60-79 |
| Herz- oder Kreislauferkrankung                     | 19,0        | 42,5        | 60,9        | 45,1         | 40,5         | 57,3                       | 34,0                        | 38,5        |
| Durchblutungsstörungen                             | 12,8        | 33,8        | 52,6        | 34,4         | 33,3         | 47,5                       | 25,8                        | 34,3        |
| Gelenk-, Knochen-, Bandscheiben- oder Rückenleiden | 51,2        | 66,2        | 67,2        | 61,1         | 70,4         | 85,1                       | 55,1                        | 72,2        |
| Atemwegserkrankung, Asthma oder Atemnot            | 10,1        | 13,7        | 18,7        | 15,1         | 12,5         | 23,4                       | 8,0                         | 14,8        |
| Magen- oder Darmerkrankung                         | 10,5        | 12,3        | 14,3        | 11,1         | 13,1         | 16,8                       | 9,7                         | 17,6        |
| Krebserkrankung                                    | 2,3         | 5,2         | 8,2         | 5,7          | 4,8          | 8,4                        | 3,4                         | 1,9         |
| Diabetes                                           | 4,1         | 13,6        | 20,0        | 14,1         | 13,2         | 22,1                       | 8,6                         | 13,0        |
| Gallen-, Leber- oder Nierenleiden                  | 5,3         | 9,3         | 14,3        | 7,4          | 11,0         | 14,1                       | 6,5                         | 13,9        |
| Blasenleiden                                       | 5,7         | 13,5        | 21,1        | 12,7         | 14,1         | 19,2                       | 10,2                        | 15,7        |
| Schlafstörungen                                    | 25,8        | 40,6        | 51,5        | 33,3         | 46,6         | 52,1                       | 34,0                        | 34,3        |
| Augenleiden, Sehstörungen                          | 29,0        | 37,0        | 50,7        | 35,3         | 38,5         | 45,4                       | 32,2                        | 38,0        |
| Ohrenleiden, Schwerhörigkeit                       | 9,7         | 19,3        | 37,6        | 24,6         | 14,8         | 25,2                       | 15,9                        | 15,9        |

Tabelle 10 gibt die Anteile der Befragten der verschiedenen Gruppen wieder, bei denen eine Reihe von verbreiteten Krankheiten bzw. Gesundheitsproblemen vorliegt.<sup>7</sup> Bei den 40-59-jährigen Befragten sind mit 51,2% Gelenk-, Knochen-, Bandscheiben oder Rückleiden und mit 29,0% bzw. 25,8% Augenleiden und Schlafstörungen bereits recht weit verbreitet. Bei den 60-79-Jährigen liegen die Anteile der von den angesprochenen Krankhei-

7 Die Frage lautete: „Welche der folgenden Krankheiten oder gesundheitlichen Probleme haben Sie, und wie groß sind die Beschwerden zur Zeit?“ Berücksichtigt wurden alle genannten Krankheiten, unabhängig davon, ob sie zum Zeitpunkt der Erhebung Beschwerden verursachten oder nicht.

ten und Gesundheitsproblemen Betroffenen durchweg höher; insbesondere liegen bei 42,5% von ihnen Herz- oder Kreislauferkrankungen vor. Bei den 80-85-Jährigen ergeben sich insgesamt nochmals höhere Werte; bei diesen treten neben den genannten Erkrankungen Durchblutungsstörungen mit 52,6% und Ohrenleiden mit 37,6% recht häufig auf. Von chronisch erkrankten oder behinderten Befragten werden sämtliche Erkrankungen zu teilweise recht deutlich höheren Anteilen genannt als von den übrigen. Bei einer Reihe von Krankheiten zeigen sich geschlechtsspezifische Differenzen, so werden von den Männern Herz- und Kreislauferkrankungen und Ohrenleiden häufiger berichtet als von den Frauen, von den Letzteren hingegen überdurchschnittlich häufig Gelenk-, Knochen-, Bandscheiben- oder Rückenleiden und Schlafstörungen. Zwar weichen die Werte für die deutschen und die ausländischen Befragten etwas voneinander ab, aber es lässt sich über die einzelnen Krankheiten hinweg keine einheitliche Tendenz feststellen.

In diesem Zusammenhang ist auch die Betroffenheit von chronischen Erkrankungen oder Behinderungen von Bedeutung. Wie aus den obigen Tabellen 4 und 5 ersichtlich ist, liegt der Anteil der von chronischer Erkrankung oder Behinderung Betroffenen um so höher, je älter die Befragten sind. Bei den deutschen Befragten sind dies 21,6% bei den 40-59-Jährigen, 38,1% bei den 60-79-Jährigen und 60,4% bei den 80-85-Jährigen. Vergleicht man die deutschen und die ausländischen Befragten der Altersgruppe von 60 bis 79 Jahren, so ergibt sich mit 38,1% bzw. 41,9% ein geringfügig höherer Wert bei den Ausländern. Differenziert man bei den Befragten in dieser Altersgruppe weiterhin nach dem Geschlecht, so zeigen sich jeweils bei den Männern geringfügig höhere Werte als bei den Frauen.<sup>8</sup>

### **2.2.2 Gesundheitsversorgung**

Hinsichtlich der Nutzung der Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung durch die Befragten werden zunächst ihre Inanspruchnahme von Ärzten, stationären Krankenhausaufenthalten und anderen Dienstleistungen betrachtet und anschließend ihre Nutzung von Hilfsmitteln.

---

8 Vorliegen einer chronischen Erkrankung oder Behinderung bei Befragten im Alter von 60 bis 79 Jahren: Deutsche Männer – 39,2%; deutsche Frauen – 37,2%; ausländische Männer – 42,9%; ausländische Frauen – 40,7%.

**Tabelle 11: Inanspruchnahme von Ärzten bzw. Krankenhäusern in den letzten 12 Monaten (Nennungen in %)**

|                                             | Deutsche    |             |             |              |              |                            |                             | Ausländer   |
|---------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|----------------------------|-----------------------------|-------------|
|                                             | Alter 40-59 | Alter 60-79 | Alter 80-85 | Männer 60-79 | Frauen 60-79 | Chr. krank oder beh. 60-79 | Nicht chr. krank/beh. 60-79 | Alter 60-79 |
| Praktischer Arzt, Arzt für Allgemeinmedizin | 83,1        | 88,7        | 93,0        | 86,2         | 90,9         | 92,4                       | 86,6                        | 90,4        |
| Zahnarzt                                    | 86,0        | 77,9        | 62,7        | 77,3         | 78,5         | 75,4                       | 79,5                        | 69,9        |
| Internist                                   | 28,7        | 38,6        | 40,1        | 38,8         | 38,3         | 52,4                       | 30,1                        | 41,2        |
| Augenarzt                                   | 40,3        | 58,6        | 68,8        | 54,4         | 61,9         | 64,4                       | 54,9                        | 47,4        |
| Orthopäde                                   | 28,1        | 31,6        | 33,8        | 27,6         | 34,9         | 43,7                       | 24,2                        | 40,0        |
| Hals, Nasen- und Ohrenarzt                  | 18,2        | 23,4        | 27,8        | 25,4         | 21,8         | 24,8                       | 22,6                        | 29,4        |
| Nervenarzt, Psychiater                      | 6,6         | 5,8         | 7,0         | 4,5          | 6,8          | 9,9                        | 3,3                         | 10,3        |
| Krankenhaus                                 | 11,2        | 17,1        | 20,9        | 16,6         | 17,4         | 26,3                       | 11,4                        | 19,1        |

In Tabelle 11 ist ausgewiesen, inwieweit die Befragten innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Erhebung Ärzte verschiedener Fachrichtungen aufsuchten oder von diesen zu Hause aufgesucht wurden und inwieweit sie sich stationär in einem Krankenhaus aufgehalten haben.<sup>9</sup> Für den Großteil der aufgeführten Fachrichtungen gilt, dass die Befragten in höherem Alter und mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen ihre Dienste zu höheren Anteilen in Anspruch nehmen als die übrigen. Bei einigen Fachrichtungen zeigen sich geringe geschlechtsspezifische Unterschiede; auch Unterschiede zwischen den Angaben der deutschen und der ausländischen Befragten zeigen sich, sie weisen jedoch keine einheitliche Tendenz auf.

**Tabelle 12: Inanspruchnahme von Dienstleistungen in den letzten 12 Monaten (Nennungen in %)**

|                              | Deutsche    |             |             |              |              |                            |                             | Ausländer   |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|----------------------------|-----------------------------|-------------|
|                              | Alter 40-59 | Alter 60-79 | Alter 80-85 | Männer 60-79 | Frauen 60-79 | Chr. krank oder beh. 60-79 | Nicht chr. krank/beh. 60-79 | Alter 60-79 |
| Krankengymnastik             | 13,4        | 16,1        | 10,5        | 12,7         | 18,9         | 24,2                       | 11,3                        | 12,1        |
| Rehabilitation oder Kur      | 4,7         | 6,1         | 8,1         | 6,2          | 6,0          | 9,0                        | 4,4                         | 1,9         |
| Notrufdienst, Rettungsdienst | 1,9         | 3,3         | 7,4         | 3,2          | 3,4          | 4,9                        | 2,4                         | 4,7         |
| Häusliche Krankenpflege      | 0,7         | 1,7         | 7,5         | 1,7          | 1,9          | 3,5                        | 0,7                         | 0,0         |

<sup>9</sup> Die Frage zu den Ärzten lautete: „Wie häufig haben Sie die folgenden Ärzte in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen? Hausbesuche zählen Sie bitte mit.“ Gezählt wurden alle Antworten, denen entsprechend ein Arzt der jeweiligen Fachrichtung mindestens einmal in Anspruch genommen wurde. Die Frage zum Krankenhaus lautete: „Wie viele Nächte waren Sie in den vergangenen 12 Monaten zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus aufgenommen?“ Gezählt wurden alle Antworten, denen entsprechend mindestens eine Nacht in einem Krankenhaus verbracht wurde.

Tabelle 12 zeigt die Inanspruchnahme verschiedener gesundheitsbezogener Dienstleistungen durch die Befragten.<sup>10</sup> Die älteren Befragten nutzen in höherem Maße Rehabilitationen bzw. Kuren, Notrufdienst bzw. Rettungsdienst und häusliche Krankenpflege, während Krankengymnastik am häufigsten von den 60-79-Jährigen in Anspruch genommen wird. Von chronischer Erkrankung oder Behinderung Betroffene nutzen alle aufgeführten Dienstleistungen stärker als die übrigen Befragten. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied zeigt sich lediglich bei der Krankengymnastik, die bei Frauen mehr angewandt wird als bei Männern. Von den ausländischen Befragten werden Krankengymnastik und Rehabilitation bzw. Kur in geringerem Maße in Anspruch genommen als von den deutschen.

**Tabelle 13: Benutzung von Hilfsmitteln (Nennungen in %)**

|                       | Deutsche    |             |             |              |              |                            |                             | Ausländer   |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|----------------------------|-----------------------------|-------------|
|                       | Alter 40-59 | Alter 60-79 | Alter 80-85 | Männer 60-79 | Frauen 60-79 | Chr. krank oder beh. 60-79 | Nicht chr. krank/beh. 60-79 | Alter 60-79 |
| Brille, Kontaktlinsen | 72,8        | 95,7        | 94,9        | 95,4         | 96,0         | 97,5                       | 94,7                        | 90,7        |
| Hörgerät(e)           | 1,0         | 6,1         | 22,3        | 7,5          | 4,9          | 7,5                        | 5,2                         | 5,7         |
| Stock etc.            | 1,4         | 10,2        | 43,5        | 8,5          | 11,7         | 20,4                       | 4,4                         | 9,6         |
| Rollator etc.         | 0,6         | 2,0         | 12,6        | 1,0          | 2,8          | 4,6                        | 0,6                         | 1,0         |
| Rollstuhl             | 0,5         | 1,9         | 6,3         | 1,8          | 1,9          | 3,6                        | 0,8                         | 1,0         |
| Zahnprothese          | 16,7        | 58,7        | 83,7        | 57,0         | 60,1         | 68,2                       | 53,2                        | 53,3        |

In Tabelle 13 ist die Nutzung einer Reihe von gesundheitsbezogenen Hilfsmitteln durch die Befragten ausgewiesen. Während Brillen oder Kontaktlinsen auch von einer deutlichen Mehrheit der 40-59-Jährigen verwendet werden, werden sie von fast allen Älteren genutzt. Zahnprothesen besitzen bereits 58,7% der 60-79-Jährigen und sogar 83,7% der Hochaltrigen. Hörgeräte und Hilfsmittel zur Fortbewegung wie Rollstuhl, Rollator und Stock sind ebenfalls bei den Letzteren am ehesten vorhanden. Chronisch Erkrankte bzw. Behinderte nutzen deutlich häufiger Hilfsmittel zur Fortbewegung als nicht Betroffene. Hinsichtlich der Benutzung von Hilfsmitteln zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede nach Geschlecht oder Nationalität.

10 Die Frage lautete: „Wie häufig haben Sie die folgenden Dienstleistungen in den letzten 12 Monaten für sich selbst in Anspruch genommen? Bitte zählen Sie auch Hausbesuche mit.“ Gezählt wurden alle Antworten, denen entsprechend die jeweilige Dienstleistung mindestens einmal in Anspruch genommen wurde.

## **2.3 Literaturbericht**

In den nachfolgenden Kapiteln wird auf die Ausgangshypothese eingegangen, dass eine gesicherte Chancengleichheit in der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland nicht besteht – oder anders ausgedrückt, dass bestimmte Risikofaktoren (Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund sowie chronische Erkrankungen und Behinderungen) existieren, die zu einer Benachteiligung im deutschen Gesundheitssystem führen. Risikofaktoren können in diversen Zusammenhängen gesundheitsrelevant werden, so dass versucht wird, eine Differenzierung in bzw. Konzentrierung auf die Bereiche Prävention, ambulante Gesundheitsversorgung, stationäre Gesundheitsversorgung und Rehabilitation vorzunehmen.

### **2.3.1 Einflussfaktor: Alter**

„Die Chance vermehrter Lebensjahre brachte für älter werdende eine zunehmende Vitalität: biologisch, psychologisch, sozial und geistig. Die hohe Lebenserwartung musste aber auch mit einem Anstieg chronischer Leiden, psychischer Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit bezahlt werden.“ Kuhlmei (2006: 9) beschreibt damit prägnant, welche Auswirkungen der Einflussfaktor Alter auf die Gesundheit hat. Gleichzeitig steht diesen Auswirkungen aber auch die Chance gegenüber, durch die eigene Lebensführung Leiden und Erkrankungen teilweise beeinflussen zu können, wenn nicht gar vorzubeugen und eine Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern.

Der Prozess des Alterns bzw. das Lebensalter selbst ist ein Faktor, der das Auftreten vieler Krankheiten prozentual ansteigen lässt. Er begünstigt z.B. Schlaganfälle, Demenzen wie insbesondere Alzheimer, Herz- und Kreislauferkrankungen und Arteriosklerose, aber auch gesundheitsbeeinträchtigende Ereignisse und funktionelle Einbußen wie Stürze oder Schwerhörigkeit. Mit der gesellschaftlichen Ziel- und der individuellen Wunschvorstellung aktiv alternder Seniorinnen und Senioren und den damit verbundenen aktuellen Vorsorgebemühungen sollte dafür Sorge getragen werden, dass Patienten im Krankheits- oder Pflegefall bedarfsgerecht versorgt sind.

Von rund 82,35 Millionen Einwohnern in Deutschland waren im Jahr 2006 ca. 15 Millionen (und damit 18%) 65 Jahre oder älter. Vorausberechnungen ergeben aufgrund der ansteigenden Lebenserwartung für das Jahr 2050 einen Bevölkerungsanteil von knapp 30% für über 65-Jährige. Dabei werden die höchsten Altersgruppen überproportional wachsen. So

wird sich voraussichtlich die Zahl der Hochaltrigen (der über 80-Jährigen) von heute 3,4 Millionen bis zum Jahr 2050 zumindest verdreifachen.

Die noch im mittleren Lebensalter ausgeprägte soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken relativiert sich im höheren Lebensalter. Dabei bleibt allerdings zu bedenken, dass insbesondere hochaltrige Menschen eine selektive Gruppe (ehemals) relativ gesunder Personen darstellen. Daher können die relativ geringen sozial bedingten Gesundheitsunterschiede in der älteren Bevölkerung darauf zurückzuführen sein, dass die am stärksten sozial Benachteiligten bereits verstorben sind (vgl. Lampert/Ziese, 2005: 177).

Häufig sind differenzierte Analysen zur gesundheitlichen Situation und zur gesundheitlichen Versorgungslage im höheren Lebensalter nicht möglich. Eindeutige Ergebnisse liegen dann nicht vor, da ältere Menschen in Gesundheitsstudien entweder unterrepräsentiert sind oder völlig unberücksichtigt bleiben. Vergleichsweise gut untersucht sind hingegen sturzbedingte Verletzungen, die Frauen in höherem Maße als Männer betreffen und daher im nächsten Kapitel behandelt werden.

„Morbidity“ und „Mortality“ sind die Indikatoren, zu denen sich die differenziertesten Daten in den Publikationen des Statistischen Bundesamtes finden.<sup>11</sup> Insgesamt liegen aber „statistische Unterlagen, die ein abgerundetes Gesamtbild über das Gesundheitswesen vermitteln, (...) für Deutschland nur eingeschränkt vor“ (Statistisches Bundesamt, 2003: 435). Bezüglich des Gesundheitszustandes der Bevölkerung wird vor allem das Fehlen von Daten darüber beklagt, wer an welchen Krankheiten erkrankt ist, denn in der amtlichen Statistik werden lediglich Diagnosedaten der Krankenhauspatienten und die Todesursachen erhoben (Statistisches Bundesamt, 1999).

Erkenntnisse liegen jedoch hinsichtlich der Versorgung älterer Menschen in unterschiedlichen gesundheitlichen Bereichen vor. Die Zähne bzw. der Zahnersatz älterer Menschen sind häufig in einem schlechten Zustand, insbesondere bei jenen, die pflegebedürftig sind, wie die Ergebnisse verschiedener Studien zeigen (vgl. Dissertationsarbeit Ngyuen, 2001, und Ergebnisse einer Umfrage, Bock-Hensley/Niekusch, 2005). Zahnärztliche Dienstleistungen würden von institutionalisierten Älteren zu wenig in Anspruch genommen (Hassel et al., 2004: 343). Somit steigt die Bedeutung der Zahnheilkunde für die klinische Geriatrie.

rie. Gerade bei älteren Patienten mit Fehl- und Mangelernährung werden die zahnärztliche Versorgung und die Pflege und Kontrolle des Zahnersatzes oft in nicht ausreichendem Maße durchgeführt (Nguyen, 2001: 90): „Dieser deutliche Zusammenhang zwischen insuffizientem Zahnersatz und defizitärer Ernährung, der bisher bei der Therapie zahlreicher geriatrischer Patienten zu wenig beachtet wurde, ist in der Medizin bekannt“ (Nguyen, 2001: 90).<sup>12</sup> Eine Untersuchung im Rhein-Neckar-Kreis zeigte, dass nur ca. ein Drittel aller Heimbewohner innerhalb des vorangegangenen Jahres zahnärztlich untersucht worden war. 20% der Heimbewohner war es aufgrund ihrer Erkrankung oder Behinderung nicht möglich, eine Zahnarztpraxis aufzusuchen, bei 30% erschwerten Transportprobleme den Zahnarztbesuch erheblich, und nur 50% war es möglich, alleine oder mit Unterstützung einen Zahnarzt aufzusuchen (vgl. Bock-Hensley/Niekusch, 2005: 4).

Trotz der Fortschritte in Prophylaxe, Behandlung und Therapiemöglichkeiten bestehen Defizite, sowohl was die zahnärztliche Betreuung von Heimbewohnern angeht als auch die Unterstützung der Bewohner durch das Heimpflegepersonal bei der Pflege des Mundes und der (dritten) Zähne: „Bei Heimbegehungen konnte immer wieder festgestellt werden, dass die zahnärztliche Versorgung und die Mundhygiene in den Heimen große Defizite aufwiesen“ (Bock-Hensley/Niekusch, 2005: 3).<sup>13</sup>

Am Beispiel der Region Mettmann konnte die Abhängigkeit der Heimbewohner vom Pflegepersonal und ihrem Gesundheitszustand bzw. der Vorsorge im mundmedizinischen Bereich nachgewiesen werden: Es wurde deutlich,

- 
- 11 Eine zentrale Datenquelle im Bereich Gesundheit ist die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt), in der auch nichtamtliche Statistiken einbezogen sind.
  - 12 Fachärzten aus der Geriatrie fehlt es an Mitteln, den Gesundheitszustand der Zähne bzw. des Zahnersatzes und des Mundraumes festzustellen, da geeignete Assessments zur diagnostischen Befunderhebung in der Zahnmedizin fehlen (Nguyen, 2001: 15). Ein Kaufunktionstest kann hier helfen, Ernährungsdefizite aufgrund schlechten (Ersatz-)Zahnzustandes zu erkennen (Nguyen, 2001: 91, siehe auch 102). Auch die Früherkennung von malignen Tumoren wird durch zahnärztliche Untersuchungen verbessert, ebenso Hauterkrankungen oder ein fehlerhaftes Blutbild (Nippgen, 2005: 37). Vgl. auch Müller/Nitschke (2005) zu verminderter Kau-effizienz, Mundtrockenheit und negativen Folgeerscheinungen sowie neurophysiologischen Aktivitätsmustern.
  - 13 Nach Nguyen wird bei Eingangsuntersuchungen in Alten- und Pflegeeinrichtungen sowie geriatrischen Kliniken die Mundgesundheit nicht einbezogen, und auch regelmäßige Kontrolluntersuchungen werden nicht durchgeführt. (Nguyen, 2001: 9). Dies ergaben auch die im Rahmen einer weiteren Dissertationsarbeit zum Thema zahnmedizinische Versorgung und Betreuungssituation von Altenheimbewohnern in der Region Mettmann (Nippgen, 2005) erhobenen Befunde. So fand „eine zahnmedizinische Untersuchung bei der Neuaufnahme (...) in keinem der befragten Altenheime statt. Einen zahnärztlichen Behandlungsraum besaß

„dass viele Pflegedienstleitungen keine Notwendigkeit für zahnärztliche Untersuchungen sehen, solange die Senioren nicht über Schmerzen oder mangelnde Funktionstüchtigkeit ihres Zahnersatzes etc. klagen. Den Bewohner routinemäßig zur Kontrolluntersuchung zu schicken, verletze nach Meinung der Heimleitungen das Selbstbestimmungsrecht des Heimbewohners und greife in seine Privatsphäre ein. Diesbezüglich wird ein Stück weit rechtlich verpflichtete Verantwortung seitens der Pflege gegenüber den Altenheimbewohnern negiert. Nach § 11 Abs. 3 des Heimgesetzes (HeimG) ist die gesundheitliche und pflegerische Betreuung der Bewohner durch den Träger der Einrichtung sicherzustellen“ (Nippgen, 2005: 35).

Jedoch muss auch in Betracht gezogen werden, dass „sich manche der Heimleitungen einen Zahnarzt als Ansprechpartner wünschten.“ So hätten Heime Schwierigkeiten damit, Kontakt zu Zahnärzten herzustellen, die zu Hausbesuchen bereit sind und sich den speziellen Problemen alter und zum Teil gesundheitlich erheblich beeinträchtigter Menschen annehmen können. „Andererseits sind laut § 20 der Berufsordnung niedergelassene Zahnärzte verpflichtet, Werbung zu unterlassen und die freie Arztwahl ist zu gewährleisten. Das bedeutet, dass ein Zahnarzt also nicht von sich aus an ein Altenheim herantreten kann, selbst wenn objektiv Therapiebedarf besteht.“ Infolgedessen müssten hier die Zahnärztekammern aktiv werden und die Kontakte herstellen (Nippgen, 2005: 47).

In der Untersuchung im Rhein-Neckar-Gebiet konnte beobachtet werden, dass bei drei von vier Heimbewohnern die Mundhygienepflege maßgeblich unterstützt werden muss. Allerdings konnte ebenso beobachtet werden, dass sich das Heimpersonal in seinem Wissen über Erkrankungen im Mundbereich überschätzt und ein Drittel eine Weiterbildung in diesem Bereich auch nicht für notwendig hält. So schätzten sie die „zahnmedizinische Versorgung ihrer Heimbewohner als sehr gut bis befriedigend“ (Bock-Hensley/Niekusch, 2005: 5) ein, obwohl zwei Drittel der potenziellen Patienten während der vorangegangenen zwölf Monate zahnärztlich nicht untersucht worden waren. Auch die Mund- und Zahnhygiene und das Wissen um Hilfsmittel sind begrenzt. Den Heimbewohnern werden daher Hilfsmaßnahmen wie „Zahnbürsten mit altengerecht verdicktem Handgriff“ (Bock-Hensley/Niekusch, 2005: 5) nicht angeboten.<sup>14</sup>

Dieser Nachteil im Zusammenhang mit Mundhygiene und Zahngesundheit kann vielfältige Auswirkungen haben, so z.B., wie bereits genannt, eine Mangelernährung, die wiederum Folgen nach sich zieht und den älteren Menschen in seinem Gesamtzustand weiter

---

14 keines der befragten Heime. Jedoch verfügten zwei Heime über einen gesonderten Raum, in dem ärztliche Untersuchungen stattfinden können“ (Nippgen, 2005: 21).  
Weitere Bestätigungen für problematische Qualifikationsdefizite bei Heimleitungen und Pflegepersonal finden sich bei Nippgen (2005: 44, 52) und Bock-Hensley/Niekusch (2005: 4f.).

schwächt (Nguyen, 2001: 15).<sup>15</sup> Hassel et al. (2004) beschreiben die vielfach eingeschränkte „mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ)“<sup>16</sup> durch Anwendung des Oral Health Impact Profile. Somit könnten auch durch nicht zahnärztlich Tätige im geriatrischen Bereich mundgesundheitsbezogene Mängel erkannt und funktionellen Beeinträchtigungen vorgebeugt bzw. dieselben verbessert werden.

Für das Jahr 2004 wurde im Vergleich zu den Vorjahren ein Rückgang bei den Medikamentenverordnungen für alle Alters- und Geschlechtsgruppen verzeichnet (TKK Gesundheitsreport 2005: 61). Dieser Rückgang hing möglicherweise mit der Einführung der Praxisgebühr zusammen, infolge derer manche vorherige Patienten ihre Arztbesuche reduzierten und somit Verschreibungen ausblieben. Zum 1.1.2004 ergab sich allerdings eine weitere Änderung: seitdem ist der Arzneimittelpreis für die Höhe der Zuzahlung entscheidend, die sich vorher an der Packungsgröße orientierte. So fielen pro Verschreibung bis zu 10 Euro Zuzahlung an (bei Medikamenten mit einem Preis von unter 50 Euro pauschal 5 Euro). Hilfsmittel (wie z.B. Windelhosen oder Einlagen) sind neu in diese Rahmenbestimmung aufgenommen worden, so dass sich bei Hilfsmittelbedürftigen eine Verschärfung der Versorgungssituation ergeben hat. Hierbei handelt es sich um eine Zuzahlung von 10% des Preises, jedoch von maximal 10 Euro für den Monatsbedarf. Somit lässt sich die Verringerung der Verschreibungen zum Teil auch damit erklären, dass eine Verordnung für den gesamten Monatsbedarf vorgezogen wurde, da sie sich für den Patienten als günstiger erwies (<http://www.vitanet.de/apotheke/D10211/web/Aktuelle-Zuzahlungen-und-Befreiungen>).

Älteren Menschen werden mehr Arzneimittel verschrieben als jüngeren (Glaeske, 2006: 111) (und Frauen dabei häufiger als Männern), womit gleichzeitig die Gefahr von Nebenwirkungen<sup>17</sup> und Suchtpotenzialen zunimmt. Dies trifft insbesondere auf ältere Menschen zu, die unter Schlaflosigkeit leiden und Schlafmittel erhalten. Problematisch sind hierbei Dauerverordnungen,<sup>18</sup> mit denen Abhängigkeiten riskiert werden. Dies gilt in verstärktem

---

15 Zu verminderter Kaueffizienz, Mundtrockenheit und negativen Folgeerscheinungen sowie neurophysiologischen Aktivitätsmustern vgl. auch Müller/Nitschke (2005).

16 Neben „funktionellen Beeinträchtigungen“ werden Schmerzen, psychische, physische und soziale Beeinträchtigungen sowie allgemeine Benachteiligung kategorisiert (vgl. Hassel et al., 2004: 345).

17 Nach Glaeske wurde durch eine englische Studie das vergleichsweise hohe Alter von Patienten ermittelt, die wegen unerwünschter Nebenwirkungen von Medikamenten in ein Krankenhaus eingewiesen wurden: mit durchschnittlich 76 Jahren liegt das Alter um 12 Jahre über dem Durchschnitt aller anderen Neuaufnahmen (Glaeske, 2006: 111; vgl. Pirmohamed et al., 2004).

18 Mehr als 90 Tagesdosierungen pro Jahreszeitraum.

Maße für Frauen im Alter von über 50 Jahren.<sup>19</sup> Laut Steinhagen-Thiessen betrifft die Multimedikation, also die Einnahme von mindestens fünf verschiedenen Medikamenten, „mehr als die Hälfte der über 70-Jährigen“ (Kohlmann/Eckardt/Steinhagen-Thiessen, 2007: 21). Problematisch bei Multimedikation ist, dass die Arzneimittel Wechselwirkungen hervorrufen können, die ihrerseits den Patienten zu einer eigenmächtigen Nichteinnahme der Medikamente veranlassen und damit medizinisch negative Konsequenzen begünstigen. Nach Lazarou gehören Arzneimittelnebenwirkungen zu den häufigsten Todesursachen in westlichen Ländern (Lazarou, 1998, zitiert nach Kohlmann/Eckardt/Steinhagen-Thiessen, 2007: 21). Die negativen Folgen (multi-)medikatöser Therapien liegen unter anderem darin begründet, dass das Wirkspektrum der Medikamente vornehmlich an jüngeren Personen gemessen wird und sich im höheren Alter jedoch andersartig auswirken kann. Um diese negativen Folgen abzumildern und ihnen vorzubeugen, müssen die Patienten individuell begleitet und die Ergebnisse der Einnahme regelmäßig und häufig kontrolliert werden. Beispielweise mit Dosierungshilfen für die älteren Patienten sowie verbesserten themenspezifischen Fortbildungen für die Behandelnden kann dieser Schwierigkeit von beiden Seiten begegnet werden (Kohlmann/Eckardt/Steinhagen-Thiessen, 2007: 21).

„Die Pharmakotherapie sollte wegen der größeren Empfindlichkeit älterer Menschen gegenüber Medikamenten 'schonend' erfolgen“ (Wächtler, 2006: 109). Gerade ältere Menschen vertragen Psychopharmaka nicht besonders gut, doch Bewohnerinnen und Bewohnern von Altenpflegeheimen werden sie häufig verschrieben. Eine regelmäßige Überprüfung der Indikation findet nicht statt und muss somit als Versorgungsdefizit gewertet werden. Auffallend ist, dass Bewohnerinnen und Bewohnern von Mehrbettzimmern doppelt so häufig Psychopharmaka verschrieben werden wie Einzelzimmerbewohnern (Krusse, 2006b: 329).

Genaue Zahlen für die Verschreibungshäufigkeit von Psychopharmaka für Bewohnerinnen und Bewohner von Altenpflegeheimen liegen nicht vor, Schätzungen belaufen sich bei dieser Gruppe auf eine Verordnungsrate von 34% bis 75% (Pantel/Weber, 2006: 8). Die Verschreibungsgründe sind vielfältig und verweisen „nicht immer (...) auf das Vorliegen einer tatsächlich psychopharmakologisch behandlungsbedürftigen seelischen Erkrankung,

---

19 Ihnen werden zwischen 80% und 140% häufiger dauerhaft Präparate verschrieben, die Benzodiazepine oder Z-Drugs (Zopiclon, Zolpidem, Zaleplon) enthalten. Die höchsten Raten sind nach Glaeske (2006: 112) in der Gruppe der über 90-jährigen Frauen zu finden. Die 80-89-jährigen Frauen bekämen durchschnittlich 50% mehr Verordnungen als die gleichaltrigen Männer (Glaeske, 2006: 112).

sondern sie können auch durch psychosoziale Faktoren und Umgebungsfaktoren bedingt sein bzw. aufrechterhalten werden“ (Pantel/Weber, 2006: 8). Verhaltensauffälligkeiten<sup>20</sup> sowie Beeinträchtigungen des seelischen Befindens<sup>21</sup> können Gründe für die Verschreibung sein. Diese Verschreibungsgründe veranlassen mehrfach zur Annahme, das Medikament sei lediglich dazu verschrieben worden, den anstrengenden Heimbewohner ruhig zu stellen, um den Routinebetrieb des Heimes aufrechterhalten zu können.

Neben einer Verschlechterung der körperlichen Belastbarkeit, der Beweglichkeit, der Kognition und der oft verminderten Seh- und Hörfähigkeit treten im Alter Krankheiten verstärkt gleichzeitig auf (Multimorbidität), insbesondere als Folge von bereits in jüngerem Alter erworbenen chronischen Krankheiten. So ziehen beispielsweise rheumatische Erkrankungen oder Diabetes weitere Krankheiten nach sich. Jede zweite Person im Alter von 70 bis 85 Jahren ist von durchschnittlich zwei bis vier Krankheiten betroffen, ein Viertel berichtet von fünf oder mehr gleichzeitig auftretenden Krankheiten. Die am häufigsten auftretenden Krankheiten im Alter sind (Herz-)Kreislaufkrankungen,<sup>22</sup> Erkrankungen des Bewegungsapparates, Schlaganfälle, Diabetes mellitus Typ II und Atemwegserkrankungen (Walter et al., 2006: 537f.; vgl. Ding-Greiner, 2004: 2<sup>23</sup>). Des Weiteren gehören „krankhafte neurologische und psychische Veränderungen, insbesondere demenzielle Störungen, zu den häufigsten chronischen Leiden im Alter“ (Winter et al., 2006: 576).

- 
- 20 Agitation und Unruhe, Tag-Nacht-Rhythmus-Störungen, Aggressivität, potenziell selbstschädigendes Verhalten, Umherwandern etc. (häufiges Vorkommen bei Demenzerkrankungen).
- 21 Depressive Symptome (Niedergeschlagenheit, Antriebsverlust, Freudlosigkeit etc.), Ein- und Durchschlafstörungen, innere Unruhe, Angst und Ängstlichkeit sowie allgemeine Störungen der Befindlichkeit.
- 22 In Deutschland gibt es kein bundesweites Herzinfarktregister. Beobachtungen des Augsburger Herzinfarktregisters zeigen jedoch, dass die Herzinfarkthäufigkeit bezogen auf das jeweilige Alter seit Jahren langsam abnimmt. Gleichzeitig zeigt sich aber auch die sehr starke Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Herzinfarkttrisikos. Es liegt bei Männern zwischen 70 und 75 Jahren mehr als 14-mal höher als im Alter von 40 bis 45 Jahren.
- 23 „*Frauen:* Über 60-79 jährige (sic!) Frauen leiden zu 35% an Bluthochdruck und Rückenleiden, ca. 25% an ischämischer Herzkrankheit bzw. Arthrose/Arthritis. Störungen des Lipidstoffwechsels finden sich bei 20%, Herzinsuffizienz bei ca. 17% dieser Frauen, Zuckerkrankheit in 15% der Fälle. Über 80-Jährige leiden in 27% an gefäßbedingter Gehirnerkrankung.  
*Männer:* Ein Drittel der gleichaltrigen Männer leidet an Bluthochdruck und Rückenleiden, 27% an ischämischer Herzkrankheit. Arthrose/Arthritis betrifft diese Altersgruppe der Männer nur in 13% der Fälle, Lipidstoffwechselstörungen liegen bei 17% der Fälle vor. Deutlich häufiger befällt Männer dieser Altersgruppe chronische Bronchitis, Emphysem und chronische Atemwegsobstruktion. Zuckerkrankheit kommt bei Männern dieser Altersgruppe in 12 % der Fälle vor. Über 80-Jährige leiden in 23% an gefäßbedingter Gehirnerkrankung.  
*Demenz:* Die Prävalenzrate (Demenzkranken pro 100 000 Gleichaltrige x 100) steigt mit zunehmendem Lebensalter auf 35% bis 40% bei den über 90-Jährigen an. Das bedeutet erfreulicherweise, dass 60% dieser Altersgruppe keine Demenz aufweisen!“ (Ding-Greiner, 2004: 2)

Stürze können nicht nur eine Fraktur zur Folge haben, sondern ziehen insbesondere die Angst vor weiteren Stürzen, Schmerzen, Selbstbeschränkung und vermindertes Selbstwertgefühl nach sich. Sie können damit starke Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Selbstständigkeit der älteren Personen haben und folglich auch deren weiteren Gesundheitsstatus negativ beeinflussen.

Während Multimorbidität, Lebensweise und körperliche Fitness der Betroffenen Herz-Kreislauf-Erkrankungen beeinflussen, gelten für Walter (et al., 2006: 541) „als wichtigste Barrieren für eine Lebensstiländerung hin zu mehr körperlicher Aktivität (...) die ungenügende ärztliche Kompetenz auf dem Gebiet der Prävention und die akut-medizinisch dominierte Ausrichtung des deutschen Gesundheitssystems.“

Die ambulante Gesundheitsversorgung älterer Menschen übernehmen meist Hausärzte (Walter et al., 2006: 538). „More than 90% of the 70-95 year-olds visit their family doctor at least once a year“ (Schneider, 2006: 332). Hochbetagte haben pro Quartal mehr als siebenmal Kontakt zu ihrem Hausarzt (Walter et al., 2006: 545). Während der medizinischen Ausbildung der Ärzte werden geriatrische Themen und auch interdisziplinäre Teamarbeit defizitär behandelt und ungenügend geübt (Schneider, 2006: 332). Folglich bestehe „in der ambulanten ärztlichen Versorgung (...) bei Alterspatienten eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass vergleichsweise gut behandelbare Erkrankungen durch den Arzt nicht erkannt werden (hidden morbidity)“ (Winter et al., 2006: 579).

Hinsichtlich depressiver Erkrankungen im Alter liegt ein zentrales Problem darin, dass Depressionen (und Suizidgefahren) oft nicht erkannt werden und entsprechende Therapieformen nicht entsprechend eingeleitet werden können. Das Diagnostizieren einer Depression im Alter sei dadurch erschwert, dass die Erkrankten seltener „das 'depressive Kernsyndrom' (...)“ zeigen, sondern „eher über körperliche Beschwerden, Störungen der Konzentration und des Denkens, Unruhe oder Gereiztheit“ klagen (Wächtler, 2006: 108f.). Dem Hausarzt käme die besondere Chance und Aufgabe zu, Depressionen (rechtzeitig) zu erkennen. Zusätzlich zum (therapeutischen) Behandlungsgespräch sei bei mittelschwerer und schwerer Depression und bei Suizidalität die Verordnung von Psychopharmaka zu überlegen (vgl. Wächtler, 2006: 109). Nicht nur Winter et al. (2006: 579) erkennen eine „vergleichsweise geringe Diagnoserate (50%)“ sowie eine „Unterversorgung im Sinne einer inadäquaten Therapie bei mehr als jedem zweiten Patienten, bei dem eine Depression festgestellt wurde.“ Fehlversorgungen ließen sich ableiten aus den „relativ hohen Verordnungsraten von Arzneimitteln, die unspezifisch antidepressiv wirken (Tran-

quilizer, Neuroleptika, Hypnotika) sowie aus der geringen Quote von Überweisungen durch Hausärzte an Fachärzte und Psychotherapeuten“ (Winter et al., 2006: 579).

Wächtler gibt zu bedenken, dass „alte Menschen in psychischen Notlagen nur selten einen Krisendienst oder eine psychotherapeutische Praxis aufsuchen“ (Wächtler, 2006: 109), weswegen niedrigschwellige und aufsuchende Hilfeinrichtungen empfehlenswert seien.

Quantitativ nehmen Demenzerkrankungen mit steigendem Alter zu. Wie oft sie tatsächlich vorkommen, ist nicht eindeutig zu bestimmen: „Es wird geschätzt, dass in 40-60% der Fälle eine Demenz vom Hausarzt übersehen wird“ (Kruse, 2006a: 516). Auch hier zeigen sich also die zuvor genannten Befunde der Unter- oder Fehlversorgung, insbesondere in der Anfangsphase: die ersten Symptome werden oft nicht erkannt. Ca. 5% der 75-Jährigen und 10% der 80-Jährigen leiden an einer der verschiedenen Formen der Demenzerkrankung. Weil sich ältere Menschen in gesundheitlichen Fragen zumeist ihrem Hausarzt und nicht einem Facharzt anvertrauen, kommt dem Hausarzt auch hier wieder die besondere Aufgabe zu, eventuell notwendige therapeutische Maßnahmen einzuleiten.

Neben den Schwierigkeiten der Diagnostizierbarkeit scheint ein zentraler Punkt bei der Behandlung von Demenzpatienten die Einstellung der Hausärzte zu dieser Krankheit zu sein. Die Spannweite reicht dabei von der Meinung, Demenz sei grundsätzlich nicht therapierbar, bis hin zur Haltung, dass der Krankheitsverlauf „primär schicksalhaft und durch hausärztliche Behandlungen nicht beeinflussbar“ sei (Winter et al., 2006: 579). Für die Patienten bedeutet das, dass sie hinsichtlich der potenziell zur Verfügung stehenden, aber nicht realisierten Therapiemöglichkeiten unterversorgt werden, und dies bereits zum Zeitpunkt, an dem die Demenzerkrankung diagnostiziert wird.

Allerdings stellt Kruse (2006a: 516) aufgrund von wissenschaftlichen Befunden fest, dass „viele psychische Erkrankungen im Alter von den Hausärzten übersehen und nicht adäquat behandelt werden. Von den in der Berliner Altersstudie diagnostizierten 133 depressiv erkrankten über 70-jährigen Personen (26,8%) erhielten nur 40 eine Psychopharmakatherapie. In keinem Fall wurde eine Überweisung zu einem Nervenarzt vorgenommen, und keiner erhielt eine Psychotherapie“ (Kruse, 2006a: 516).

### 2.3.2 Einflussfaktor: Geschlecht

In wenigen der untersuchten sozialwissenschaftlichen Publikationen steht die gesundheitliche Situation älterer Frauen im Mittelpunkt des Forschungsinteresses (vgl. z.B. Baltes, 1996). Vermutlich hängt dieser Informationsschwachpunkt damit zusammen, dass der Bereich Gesundheit überwiegend von medizinischer Forschung besetzt ist.<sup>24</sup> Dennoch wird auch in sozialwissenschaftlichen Studien vielfach auf den Gesundheitsstatus Bezug genommen, denn geschlechtliche gesundheitliche Unterschiede werden neben den geschlechtlichen Benachteiligungen auf dem Arbeitsmarkt als ein Schlüsselargument für bestehende Geschlechterdifferenzen im Alter angeführt.

In vielen der untersuchten Texte wird argumentiert, dass es im Bereich Gesundheit zwischen älteren Männern und Frauen Unterschiede gibt, die überwiegend unabhängig von sozialer Schichtung sind (vgl. z.B. Lampert, 2000) und aus denen andere zentrale geschlechtsspezifische Unterschiede abgeleitet werden können. Diese Unterschiede werden primär darin gesehen, dass körperliche Abbauprozesse im Alter bei Männern und Frauen unterschiedlich verlaufen.

Kuhlmey unterscheidet zwischen Krankheitsprofilen bei Männern und Frauen und stellt eine höhere Lebenserwartung für die Frauen fest, während diese parallel dazu aber funktionalen Einschränkungen und auch Krankheiten stärker unterworfen seien als Männer, welche über eine „höhere funktionale Kompetenz und eine höhere psychologische Funktionsfähigkeit“ verfügen (Kuhlmey, 2003). Somit weisen ältere Frauen scheinbar paradox sowohl eine höhere Morbiditätsrate als auch eine niedrigere Mortalitätsrate bzw. höhere Lebenserwartung auf als Männer. Einerseits leiden ältere Frauen deutlich häufiger an physischen und psychischen Symptomen als Männer der gleichen Altersgruppe, sie erkranken häufiger an chronischen Krankheiten (z.B. Alzheimer, Osteoporose, Arthritis, Herzinsuffizienz), und ihre funktionale Gesundheit ist deutlich eingeschränkter. Andererseits sind ältere Frauen seltener von lebensbedrohlichen Zuständen und Krankheiten (z.B. Herzinfarkt, chronische obstruktive Lungenerkrankungen) betroffen als Männer der gleichen Altersgruppe, sie weisen auch bei gleichen Krankheiten niedrigere Mortalitätsraten auf, und ihre Lebenserwartung wird je nach Berechnungsart als 3,7 bis 6,6 Jahre höher als die von Männern eingeschätzt. Die niedrigere Lebenserwartung von Frauen in

---

24 In der geriatrischen Forschung hat die Thematisierung geschlechtsspezifischer Unterschiede seit kurzem begonnen (vgl. z.B. Lauritzen, 1997).

Ostdeutschland hat sich seit der Wende an die Lebenserwartung von Frauen in Westdeutschland angeglichen (vgl. Backes 2003: 29; Kuhlmei 2003).

In den untersuchten Studien werden unterschiedliche Begründungen für die höhere Morbiditätsrate und die niedrigere Mortalitätsrate bzw. höhere Lebenserwartung älterer Frauen angeführt. Überwiegend wird auf geschlechtsspezifische Lebensweisen verwiesen, wie z.B. auf das bessere Gesundheits- und Risikoverhalten von Frauen. Wiederholt wird die geschlechtshierarchische Arbeitsteilung genannt, interessanterweise sowohl als Begründung für die höhere Morbiditätsrate älterer Frauen (Krankheit als Folge schlechterer Arbeitsbedingungen; vgl. z.B. Clemens, 1997) als auch für ihre höhere Lebenserwartung (langes Leben als Folge besserer Arbeitsbedingungen; vgl. z.B. Baltes, 1996). Der Einfluss biologischer Faktoren wird dagegen unterschiedlich eingeschätzt. Es finden sich allerdings kaum empirische Belege für diese Zusammenhänge.

In der höheren Morbidität und der höheren Lebenserwartung älterer Frauen werden die Gründe dafür gesehen, dass ältere Frauen mehr medizinische und psychosoziale Beratung und Behandlung in Anspruch nehmen, einen höheren Medikamentenverbrauch haben, ihren Gesundheitszustand subjektiv als schlechter einschätzen und häufiger und länger pflegebedürftig sind als Männer derselben Altersgruppe. Entsprechend wird ein vergleichsweise großer Anteil der Kosten des Gesundheitswesens für ältere Frauen aufgewandt. Diese Argumentation ist vor dem Hintergrund der Diskussion um die aufgrund der demografischen Alterung der Gesellschaft notwendigen gesellschaftlichen Reformen politisch brisant und wird nicht selten (gesundheits-)politisch instrumentalisiert.<sup>25</sup>

Im Hinblick auf einzelne Krankheitsbilder liegen die nachfolgenden geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Verfügbarkeit und Nutzung von Versorgungsstrukturen vor:

Herzinfarkte wurden noch vor wenigen Jahren als Männerkrankheit angesehen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie koronare Herzerkrankungen und Herzinfarkte betreffen aber auch Frauen und der tödliche Ausgang eines Herzinfarkts tritt bei Frauen sogar häufiger ein als bei Männern (vgl. Landratsamt Bodenseekreis, 2004: 10). Gleichzeitig wird jedoch konstatiert, dass die Überlebenschance älterer Frauen bei einem Herzinfarkt stark vom Familienstand abhängt, da die medizinische Hilfe im Notfall zumeist durch den Lebenspartner angefordert wird (vgl. BMFSFJ, 1999: 122). Nachteilig wirkt sich hier die Tatsache

aus, dass der Anteil allein lebender Frauen mit steigendem Alter zunimmt; 73% der 80-jährigen und älteren Frauen leben alleine. Im medizinischen Notfall sind sie somit dem erhöhten Risiko ausgesetzt, dass keine zweite Person anwesend ist, die Hilfsmaßnahmen einleiten und den Rettungsdienst rufen könnte. Somit besteht hier aufgrund der Wohnsituation ein erhöhtes Risiko. Ein Notrufsender könnte an dieser Stelle das Risiko minimieren, jedoch verfügen viele ältere Menschen und insbesondere hochaltrige Frauen nicht über ein Notrufsystem, da sie unzureichend oder gar nicht über diese Möglichkeiten informiert wurden. Gerade bei Schlaganfällen, die unter älteren und hochaltrigen Menschen keine Seltenheit sind, ist schnelle Hilfe maßgeblich für den Erfolg einer Genesung und in der Rehabilitation. Prävention bedeutet in diesem Sinne Information, technische Umsetzung und Unterstützung in der Handhabung eines Notrufsystems.

Nach Kuhlmann besteht ein weiterer wichtiger Grund für die signifikanten Geschlechterunterschiede bei koronaren Herzkrankheiten in der auf männliche Patienten ausgerichteten Gesundheitsforschung und -versorgung. So seien „Frauen und frauenspezifische Fragestellungen (...) in der Forschung durchgängig unterrepräsentiert, Forschungsdesigns werden für Männer entwickelt, physiologische und pathophysiologische Unterschiede bei Frauen sind kaum erforscht“ (Kuhlmann, 2004: 9). Weiterhin seien Diabetes mellitus und Hypertonie zwei wichtige Einflussfaktoren für koronare Herzkrankheiten, und im Gegensatz zu Männern zeigten Frauen sowohl für Diabetes als auch für Hypertonie höhere Risikoprofile, was ihre Anfälligkeit für Koronarerkrankungen erhöhe. Erschwerend käme hinzu, dass Präventionsangebote eher auf Männer zugeschnitten und infolgedessen für Frauen schwerer umsetzbar seien. Auch in den Behandlungsformen werde nicht adäquat geschlechtsspezifisch therapiert, was sich in einer selteneren Invasivdiagnostik (Angiographien) bei Frauen niederschlage (Belastungs-EKGs seien bei Frauen weniger aussagekräftig). Kuhlmann bemängelt daher auch einseitig auf die männliche Zielgruppe ausgerichtete Aufklärungskampagnen, die dazu beitrügen, dass sich das Bewusstsein über die Gesundheitsgefahr bei Frauen bislang nicht etabliert hat. Wo schon die Prävention Versäumnisse aufweist, zeigt sich auch in der Rehabilitation, dass Frauen unterrepräsentiert sind (vgl. Kuhlmann, 2004: 10).

Nach Glaeske (2004) gibt es bislang nur wenige Forschungsergebnisse zu Gender und Arzneimittelkonsum. Hinsichtlich geschlechtsspezifischer Auffälligkeiten zeigen sich vor allem zwei Problembereiche: Zum einen sind Frauen bei den relevanten Phasen der Zu-

---

25 So wird z.B. die Einführung standardmäßiger präventiver Östrogensubstitution in der Menopause als ein Mittel zur Senkung der Kosten des Gesundheitswesens propagiert (vgl. z.B.

lassungsstudien (Phase I-III<sup>26</sup>) unterrepräsentiert, obwohl sie sogar mehr Arzneimittel verschrieben bekommen als Männer. Zum Zeitpunkt der Freigabe eines Medikaments für den Markt liegen daher zu wenige geschlechtsspezifische (und altersspezifische) Informationen vor. Zum anderen gibt es hinsichtlich der Einnahme und Anwendung von Medikamenten zu wenige Informationen über unterschiedliche Wirkungen und Verträglichkeiten bei Frauen und Männern, so dass die Therapiesicherheit und der Nutzen bei Frauen (und älteren Menschen) unbestimmt und unklar bleiben (vgl. Glaeske, 2004).

Seitens der Bundesärztekammer wurden geschlechtsspezifische Unterschiede in Diagnostik und Therapie festgestellt. Demnach wird Frauen bei identischer Beschwerdestellung eher eine Depression diagnostiziert als Männern. Frauen erhalten zudem doppelt so viele Psychopharmaka, insbesondere die über 65-Jährigen, die zwar nur ca. ein Sechstel der Bevölkerung ausmachen, jedoch fast die Hälfte aller Schlaf- und Beruhigungsmittel erhalten (vgl. Bundesärztekammer, 1998: 59).

Mehr als die Hälfte der Verletzungen bei Haus- und Freizeitunfällen sind auf Stürze zurückzuführen. Ab dem 60. Lebensjahr treten sturzbedingte Unfallverletzungen noch häufiger auf, nämlich bei 72% der Frauen und bei 58% der Männer. „Nach Schätzungen verletzen sich jährlich 464.000 Menschen ab 60 Jahren bei Stürzen im Haus und in der Freizeit. Davon sind 386.000 Frauen und 78.000 Männer“ (BMFSFJ, 1999: 244). Neben körperlichen Verletzungen verursacht ein Sturz im Alter auch Angstzustände. Dieses psychologische Trauma, Postfallsyndrom genannt, verunsichert den einzelnen Patienten und führt nicht selten zu Gang- und Gleichgewichtsstörung, die ihrerseits das Sturzrisiko wieder erhöhen können. Sturzangst ist Ursache von Einschränkung im Alltag, verbunden mit Immobilität, Trainingsverlust und Isolation.

„Ein Sturz ist für viele alte Menschen das einschneidendste und am meisten beängstigende Erlebnis ihres späten Lebens. Sich unvermittelt und oft hilflos am Boden liegend vorzufinden, bereitet nicht nur Angst und Schmerz, sondern Sturz kann auch ein vormals positives Lebensprogramm komplett durcheinander bringen, den Rückzug aus dem aktiven Leben einleiten, das Selbstgefühl zerstören und Perspektivlosigkeit (sic!) und Depression aufkommen lassen“ (Bopp-Kistler, 2003).

---

26 Lauritzen, 1997: 5).  
*Phase I:* Verträglichkeit und Dosierung eines neuen Arzneimittels werden an einer kleinen Gruppe (10-100) gesunder Versuchspersonen getestet. *Phase II:* Wirkung und Verträglichkeit werden an einer größeren Gruppe (100-500) von Kranken geprüft, evtl. mit einer Testgruppe mit Placebos oder einem bewährten Arzneimittel. *Phase III:* Wirkung und Verträglichkeit werden an einer noch größeren Gruppe (300-2000) Patienten geprüft. Zum Vergleich wird gegen ein Placebo oder ein bewährtes Arzneimittel getestet, danach evtl. Zulassung des Medikaments (vgl. <http://www.quarks.de/dyn/21772.phtml>).

Bereits vorhandene gesundheitliche Beeinträchtigungen wie z.B. geriatrische Funktionsstörungen, Schwindel oder Gefäßverengungen, Überforderung und Konzentrationschwäche können ursächlich an Stürzen vor allem älterer Menschen beteiligt sein. Weiterhin zeigten sich

„in großen amerikanischen Studien (...) übereinstimmend Zusammenhänge zwischen der Einnahme bestimmter Medikamente und dem Sturzgeschehen bei älteren Menschen (Cumming et al. 1991; Blake et al. 1988). Insbesondere sind hier Antidepressiva, Antipsychotika, Anxiolytika, Diuretika und Vasodilantien zu nennen. Bisher wenig beachtet, aber ebenfalls von Bedeutung sind auch Laxantien und der Kalziumantagonist Diltiazem (ebd. zitiert nach Six 1992: 1381). Es scheint, dass vor allem die Einnahme mehrerer dieser Medikamente zu Stürzen im Alter führen kann“ (BMFSFJ, 1999: 245).

Häufig wurden auch zu viele Medikamente verabreicht, die sich in ihrer Wirkung überlappen. Eine bessere Abstimmung der Medikamente bzw. ein Nachdenken hin zu weniger Arzneimittelverordnungen, die insbesondere bei den Frauen recht hoch liegen, könnte hier positive Effekte bringen (vgl. BMFSFJ, 1999: 245). Präventive Maßnahmen, die die Motorik verbessern und somit zur Vermeidung von Stürzen beitragen, zeigen einen Anstieg an koordinativen Fähigkeiten um bis zu 40% (Kruse, 2006c).

Obwohl Frauen wie Männer gleichermaßen Zahnarztpraxen aufsuchen, um sich zu den Diagnosen Karies, Folgeschäden und Parodontitis behandeln zu lassen, und das Geschlechterverhältnis von 65-74-Jährigen bei Kontrolluntersuchungen völlig ausgeglichen ist (vgl. BMFSFJ, 1999: 169), wird den Unterschieden in der Mundgesundheit von Frauen und Männern sowohl in der Mundgesundheits- und Zahnforschung als auch in der Praxis kaum Aufmerksamkeit gewidmet.

„Auch die Frauengesundheitsforschung hat in der Vergangenheit der Mundgesundheit kaum Beachtung geschenkt, und in der Gesundheitsberichterstattung wurde die orale Gesundheit bisher weitgehend geschlechtsneutral und selektiv, bezogen auf das Kindes- und Jugendalter, ausgewiesen. Die Vernachlässigung der Mundgesundheit steht ganz im Gegensatz zur wachsenden Bedeutung der Krankheiten im Mund-Kiefer-Bereich für die Frauengesundheit. Mit zunehmender Langlebigkeit der Menschen steigen insbesondere die Erkrankungen des Zahnhalteapparates an, und die zahnprothetischen Rehabilitationsleistungen erhöhen sich. Die speziellen oralen Bedürfnisse älterer Menschen werden aber wegen der längeren Lebenserwartung der Frau vor allem weibliche Bedürfnisse sein“ (BMFSFJ, 1999: 157).

Vereinzelt gibt es auch Hinweise auf Veränderungs- und Verbesserungsbedarf in der gesundheitlichen Situation von Männern im Allgemeinen und älteren Männern im Besonde-

ren. So wird im Bodenseekreis ein Defizit im Bereich der ehrenamtlichen „männlichen“ Krebsnachsorge durch Selbsthilfegruppen konstatiert:

„Die hohe Betroffenheit unseres Kreises, etwa von Prostatakrebs, zeigt eindrücklich den Bedarf an Selbsthilfe auch für krebserkrankte Männer. Sinnvoll könnte in diesem Bereich die Initiierung und Unterstützung von Gruppengründungen zur Selbsthilfe sein. Präventionspotenziale besser zu nutzen, stellt eine weitere Zukunftsaufgabe dar. Um Krebserkrankungen erst gar nicht entstehen zu lassen, hat die Ernährung besonders große Bedeutung. Die bei Männern leider viel zu seltene Früherkennung zu steigern, kann einen weiteren Beitrag dazu leisten, Krebs – wenn er schon nicht mehr vermeidbar ist – mindestens bestmöglich behandeln zu können“ (Landratsamt Bodenseekreis, 2004: 14).

### **2.3.3 Einflussfaktoren: Migrationshintergrund und Religion**

Deutschland kann seit geraumer Zeit als Zuwanderungsland betrachtet werden, und stellt somit das Gesundheitssystem vor die Aufgabe, sich der Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten anzunehmen und ihre bestmögliche Versorgung zu gewährleisten (Razum/Geiger et al., 2004: A-2882). Auch die Aussiedler und die bereits eingebürgerten Migranten dürfen in einer Analyse des Einflussfaktors Migrationshintergrund nicht außer Acht gelassen werden, da sie zwar den formalen Status als Deutsche haben, aber dennoch partiell auch solche Probleme, die denen von Migranten mit ausländischer Staatsbürgerschaft vergleichbar sind (vgl. Schoepf/Naegele, 2005: 386). „Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung ist nach Whitehead<sup>27</sup> nur dann gegeben, wenn gleicher Zugang und Inanspruchnahme zu verfügbarer Versorgung bei gleichem Bedarf und gleicher Qualität für Einheimische und Zugewanderte gegeben ist“ (Gün, 2003: 36).

Migranten geraten häufig in eine benachteiligte Position innerhalb der gesundheitlichen Versorgung, da ihre Sprachkenntnisse für eine sichere Kommunikation nicht ausreichen, Übersetzungsschwierigkeiten auftreten oder kulturelle Besonderheiten zu Fehldiagnosen oder gar Krankheitskarrieren führen (vgl. Lisofsky, 2003: 12). Die gesundheitliche Situation der Migranten ist nur teilweise bekannt, da repräsentative epidemiologische Studien fehlen; dies betrifft insbesondere Erkenntnisse darüber, wie sich der gesundheitliche Status von Menschen mit Migrationshintergrund, verglichen mit dem der deutschen Bevölkerung, in den späten Phasen des Lebenslaufs verändert (vgl. <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag3/index.html>). Gesichert ist jedoch die höhere Prävalenz von psychischen

---

27 Whitehead, M. (1990): The Concepts and Principles of Equity in Health. World Health Organisation, Regional Office for Europe, Copenhagen. In: Rosendahl, C./Borde, T., 2002: 11.

und psychosomatischen Beschwerden sowie Infektionskrankheiten im Vergleich zur deutschen Bevölkerung.

Nach Gün (2003: 36)<sup>28</sup>

„verfügen Migrantinnen und Migranten, unabhängig von ihrem Alter, weder im stationären, noch im ambulanten Setting über gleiche Chancen. Die Chancenungleichheit der Migranten wird zunächst dadurch erkennbar, dass sie einer Fülle von Stressoren bzw. Begleitumständen ausgesetzt sind, die sich von denen der Einheimischen in Inhalt und Intensität unterscheiden:

- Trennung und Entwurzelung,
- Verluste von familiären und nichtfamiliären Bezugspersonen,
- Identitätsprobleme, Rollenverluste und Rollendiffusionen,
- große Anpassungsleistungen an die Aufnahmegesellschaft,
- fragliche Zukunftsorientierung, Orientierungslosigkeit,
- sprachliche und kulturelle Verständigungsprobleme,
- erzwungene Migration (Flüchtlinge), Remigration bzw. Ausweisungsandrohung,
- Generationenkonflikte, innerfamiliäre Zerreißproben,
- höhere Arbeitsplatzgefährdung, höhere Arbeitslosigkeit,
- gesundheitsgefährdende (toxische oder gefährliche) Arbeitsbedingungen,
- unterdurchschnittliches Einkommen, finanzielle Krisen, geringe Alterssicherung,
- Diskriminierung, Bedrohtheitsgefühle, Behördenwillkür,
- schlechtere Wohnbedingungen und Wohnumgebung,
- geringere Bildungsvoraussetzungen und geringere Bildungschancen.“

Gün zeigt auf, worin Probleme bei der akuten und therapeutischen Behandlung mit Migrantinnen und Migranten bestehen können. Im Einzelnen sind dies Verständigungsprobleme (und Verständnisprobleme) aufgrund sprachlicher und kultureller Verschiedenheiten (und Unkenntnis über die angewandte Sprach- und Deutungskultur des Migranten), familiäre Strukturen als Subsysteme, religiöse Vorstellungen und die ethnische Zugehörigkeit. So werden z.B. Symptome einer Krankheit in verschiedenen Kulturen unterschiedlich wahrgenommen und geäußert.

Familienhintergründe und religiöse Vorstellungen – nicht ausschließlich, aber insbesondere aus den islamisch geprägten Kulturräumen – sind wichtige Faktoren bei der Erkennung und Behandlung von Erkrankungen oder gesundheitlichen Störungen. Gün bietet hier Leitfragen an, die als Hintergrundwissen für das Patientengespräch und die praktische Behandlung nützlich sein könnten (vgl. Gün, 2003: 38f.).

---

28 Gün spricht in diesem Rahmen in erster Linie von türkischstämmigen Personen, so dass auf andere geografische und kulturelle Migrationshintergründe nicht unbedingt geschlossen

Nach Koch (2003: 51) bestätigen zahlreiche Hinweise, „dass es bei der Klientel zu einer Überversorgung bezüglich ambulanter Arztbesuche und Facharztkontakte wie auch apparativer Diagnostik und medikamentöser Behandlung kommt. Damit werden nicht nur Gelder falsch und unproduktiv investiert.“ Auch psychiatrische und psychotherapeutische Therapien werden zu selten eingesetzt. Stattdessen findet sich der Patient im Bereich der somatischen Versorgung wieder, durch die eine Verbesserung seiner Situation vermutlich nur eingeschränkt eintritt. Eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung findet nicht oder sehr verzögert statt, was durch verpasste Heilungschancen in einer Chronifizierung der Krankheit münden kann. Koch fordert daher,

„auf Grund gesicherter versorgungsepidemiologischer Daten eine Analyse der bestehenden Situation zu erstellen und in einem zweiten Schritt konkrete Konzepte für eine verbesserte psychiatrische, psychotherapeutische und rehabilitative Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund zu entwickeln. Dabei geht es um Öffnung der Regeldienste und nicht um Schaffung migrantenspezifischer Einrichtungen“ (Koch, 2003: 51).

Außerdem gehöre der Erwerb von interkultureller Kompetenz in die Ausbildung aller Berufsgruppen der psychosozialen Versorgung.

Als Ergebnis einer Untersuchung in der Berliner Charité schätzten 35% der türkischstämmigen Patientinnen ihre deutschen Sprachkenntnisse als gering oder nicht vorhanden ein. Aufgrund fehlenden türkischsprachigen Personals wurden Bettnachbarn oder das Reinigungspersonal als Zufallsdolmetscher herangezogen. Übersetzungen durch fachlich nicht ausgebildetes Personal bergen jedoch die Risiken, dass Diagnosen teilweise verheimlicht werden, eventuell nur Teile der Informationen weitergegeben werden und die Qualität der Übersetzung nicht überprüft werden kann, was insbesondere auf psychisch kranke Patienten einerseits und auf deren Behandlung andererseits negative Auswirkungen haben kann (vgl. Lisofsky, 2003). Während in den sozialmedizinischen Bereichen anderer europäischer Länder der „Sprachmittler“ im sozialmedizinischen Bereich schon etabliert ist, stellt in Deutschland nur das Ethnomedizinische Zentrum in Hannover „Gemeindedolmetscher“ zur Verfügung. Lisofsky erläutert einen neu eingerichteten Lehrgang<sup>29</sup> in Berlin, in dem 30 sozialhilfeberechtigte Migrantinnen und Migranten<sup>30</sup> aus fünf verschiedenen Kul-

---

werden kann. Die türkischstämmige Bevölkerungsgruppe hat mit einem Drittel den größten Anteil an allen Personen mit Migrationshintergrund.

29 Homepage des Gemeindedolmetschdienst Berlin: <http://www.gemeindedolmetschdienst-berlin.de>.

30 Voraussetzungen sind Bezug der Sozialhilfe, gute Kenntnisse der Muttersprache und des Deutschen, gute Allgemeinbildung und interkulturelle Kompetenz.

turkreisen als Kommunikationshelfer ausgebildet wurden,<sup>31</sup> um in medizinischen und sozialen Einrichtungen die Kommunikation zwischen dem Personal und nicht-deutschsprachigen Patienten zu verbessern.

Immer mehr ältere Migrantinnen und Migranten leben in Deutschland und werden ihren Lebensabend hier verbringen. Die einstige Vorstellung, in das Herkunftsland zurückzukehren, bleibt für viele ein unerfüllter Wunsch und eine gut gepflegte Illusion, die ihrerseits seelische Schäden hinterlassen kann. Dies gilt insbesondere für ältere türkischstämmige Migrantinnen und Migranten. Ein erhöhter Rehabilitationsbedarf aufgrund von Krankheiten und körperlichen Verschleißerscheinungen sind die Folgen der schweren körperlichen Arbeit, die die ehemaligen Gastarbeiter nach ihrer Anwerbung in damals noch besonders guter körperlicher Verfassung leisteten.<sup>32</sup> Dadurch erhöht sich die Zahl der potenziellen Teilnehmer an Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. Lampert/Ziese, 2005: 203), wobei Patienten mit Migrationshintergrund jahrelang jedoch nur im Ausnahmefall Patienten in Rehabilitationseinrichtungen waren. Erst mit der Gesundheitsreform von 1996 wurde ein Belegmangel der Klinikbetten sichtbar, und „mit speziellen Angeboten an ausländische Versicherte sollte die Belegung verbessert und damit der Erhalt in ihrer Existenz bedrohter Kliniken gesichert werden“ (Koch, 2003: 48).

Die interkulturelle Öffnung der medizinischen Einrichtungen ist ein wichtiger Ansatz, um die beschriebenen Barrieren abzubauen. Dies erfordert ein interkulturelles Team mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die über einen Migrationshintergrund verfügen.

„Notwendig sind strukturelle Veränderungen der Rahmenbedingungen medizinischer Einrichtungen. Hierzu zählt, dass auch für deutsche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter interkulturelle Fortbildungen angeboten werden müssen. Die Zusammenarbeit in interkulturellen Teams muss von Supervisionen begleitet werden.

Bei der Behandlung von türkischen Patienten wirkt sich die Tatsache, dass neben deutsch- auch türkischsprechendes Fachpersonal, wie zum Beispiel Psychologen, Psychotherapeuten, Psychiater, Ärzte, Diätberater und Pflegepersonal, die auch die kulturspezifischen Eigenschaften der Patienten kennen, nicht flächendeckend zur Verfügung stehen, als gravierender Nachteil aus. Unsere Erfahrungen haben gezeigt, dass oftmals erst durch Hinzuziehen eines türkischsprachigen Mitarbeiters mit Migrationshintergrund bzw. eines Übersetzers ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden konnte, um dann die eigentliche Kernsymptomatik des türkischen Patienten zu erkennen und die diagnostisch richtigen Schritte einzuleiten.

---

31 Auf dem Lehrplan stehen Grundzüge des Gesundheits- und Sozialwesens, interkulturelle Kompetenz und Kommunikation, weiterhin Praktika in Krankenhäusern und Bezirksamtern.

32 Gute Gesundheit und körperliche Fitness waren zwei der Auswahlkriterien.

Das Personal, das für die Betreuung der türkischsprachigen Patienten zuständig ist, sollte nicht nur bilingual sein, sondern auch Kenntnisse in der kulturspezifischen Betreuung und Hintergrundinformationen über die Kultur aufweisen.

Neben der Qualifikation des Personals ist auch wichtig, dass die bei monokulturellen Teams häufig mangelnde Empathie durch Interkulturalisierung des betreuenden Personal ergänzt werden kann. Erst dann ist es möglich, die Patienten fachgerecht zu betreuen sowie die Ursachen und die Bewältigungsmöglichkeiten von Krankheiten zu verstehen und dementsprechend zu therapieren.

Die stationäre Betreuung in der Rehabilitationsmaßnahme ist schwierig sowohl für den Betreuer als auch für den Patienten, da sie aus ihrem alltäglichen Leben herausgerissen werden und teilweise wochenlang in einer fremden Umgebung und mit fremden Menschen zusammenleben müssen. Migranten benötigen dann soziokulturelle Angebote und Ansprechpartner in ihrer eigenen Sprache, von denen sie unterstützt und motiviert werden“ (Bilgin, 2003: 76f).

### **2.3.4 Einflussfaktoren: Chronische Erkrankungen und Behinderungen**

In diesem Kapitel werden zwei Gruppen – Personen mit chronischer Erkrankung und Personen mit Behinderung – zusammengefasst, da sie zusätzlich zu präventiven Maßnahmen und zur Akutversorgung spezielle Bedarfsbereiche in der Gesundheitsversorgung aufweisen.

Manche chronischen Erkrankungen sind nur unwesentlich lebensbeeinflussend. So gibt es Ausprägungen des Diabetes mellitus, die den betroffenen Personen lediglich Bedacht und eine geringe Umstellung oder Anpassung der Ernährung abverlangen, während andere Ausprägungen des Diabetes und weiterer chronischer Erkrankungen stark beeinträchtigend oder sogar lebensgefährlich sind. Nach Kuhlmei haben chronisch kranke ältere Menschen ein um das sechs- bis achtfache erhöhtes Sterberisiko, verglichen mit Gleichaltrigen ohne die jeweilige Erkrankung (Kuhlmei, 2006: 10).

Es überschneiden sich hier die Bereiche einer schon in jüngeren Jahren erworbene Behinderung und einer Behinderung, die mit dem Alter einhergeht. Da jedoch ein gesundes jüngeres Lebensalter als wichtig für ein Alter in Gesundheit gilt, werden hier auch Benachteiligungen in jüngerem Lebensalter exemplarisch aufgeführt und Erfahrungen jüngerer Menschen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung integriert.

Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) – die vieldiskutierte „Gesundheitsreform 2003“ – sieht programmatisch vor, dass den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung getragen werden muss (§ 2a SGB V). In der Praxis der me-

dizinischen Versorgung zeigen sich jedoch gerade in der ambulanten Versorgung Hindernisse für Patienten mit Behinderung. Nach Sawicki erhalten nicht chronisch Kranke signifikant häufiger am gleichen Tag einen Vorstellungstermin in einer ärztlichen Praxis als chronisch Kranke (63% gegenüber 53%). Der Krankenversicherungsstatus spielt dabei keine Rolle (vgl. Sawicki: 2005).

Auch kann bereits der Besuch einer Arztpraxis problematisch werden, da Barrieren den Zugang zur Praxis verwehren oder erschweren können: Stufen vor dem Haus ohne eine Rampe oder einen Aufzug als Alternative wirken bei körperlichen Behinderungen stark benachteiligend, Klingeln ohne Braille-Beschriftungen bei Sehbehinderungen, Gehörlose können den Summer zum Öffnen der Tür nicht hören. Bei der gynäkologischen Untersuchung können die Untersuchungsstühle für körperbehinderte Patientinnen zu eng und zu hoch sein (vgl. Strittmatter, 2005: 5). Dieses Phänomen kann auch beim Zahnarztbesuch auftreten und wird verstärkt, wenn der Behandlungsraum zu eng für das Manövrieren eines Rollstuhls ist:

„In den eigenen Befragungen bemängeln über die Hälfte der Pflegedienstleitungen, dass die Zahnarztpraxen nicht rollstuhlgerecht ausgestattet sind. Es bedarf an einer ausreichenden Anzahl von Parkplätzen, Zufahrtsrampen, verbreiterten Türen und evtl. Fahrstühlen. Wenn die Bewohner von Altenheimen nicht in ihrem Rollstuhl behandelt werden können, muss der Patient in den zahnärztlichen Behandlungsstuhl gehoben werden. Dies erfordert personellen und zeitlichen Aufwand auch für das Praxisteam“ (Nippgen, 2005: 39).

In Arztpraxen ist aber häufig bereits die Benutzung der Toilette problematisch, weil der Zugang zu den Toiletten aufgrund baulicher Voraussetzungen schwierig ist, die Bewegungsfreiheit in ihnen eingeschränkt ist oder Haltegriffe oder Notklingeln fehlen.

Schwierig erscheint außerdem, dass seitens der Ärzte und des behandelnden Personals zu wenig Zeit für Patienten mit Behinderung einkalkuliert wird. Verständigungsprobleme mit gehörlosen oder geistig behinderten Patienten werden durch ungeschultes Personal verstärkt (vgl. Strittmatter, 2005: 5f.; Landesärztekammer Hessen, 2006). Um die Bedürfnisse und Schwierigkeiten von Menschen mit Behinderung angemessen zu berücksichtigen, sollte das Thema in der Ausbildung des medizinischen Personals (Ärzte, Pfleger, Krankenschwestern und Sprechstundenhilfen) behandelt werden. Zudem sollte es Regeln bei der Eröffnung einer Praxis geben, wodurch Barrieren von vornherein vermieden werden.

Darüber hinaus ist das verfügbare Informationsmaterial oft nicht verständlich: Für Blinde liegt es nicht in digitaler Form vor, für Patienten mit geistiger Behinderung ist es zu kompliziert formuliert oder für Menschen mit Sehschwäche in einer zu geringen Schriftgröße abgefasst (vgl. Faltblatt Landesärztekammer Hessen).

Für behinderte Krankenhauspatientinnen und -patienten, die durch einen persönlichen Assistenten unterstützt werden, stellt sich die Lage nicht besser dar. Das bundesweite, verbandsübergreifende *Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e.V. (ForseA)* führt zum Zeitpunkt des Erstellens dieses Berichts eine Kampagne<sup>33</sup> durch, die u.a. darauf ausgerichtet ist, die Versorgung behinderter Patienten im Krankenhaus zu verbessern. Dabei soll es Patienten mit Behinderung ermöglicht werden, sich von ihren persönlichen Assistenten ins Krankenhaus begleiten zu lassen, denn zahlreiche Erfahrungsberichte ergaben, dass „bei Krankenhausaufenthalten ihr behinderungsbedingter Hilfebedarf oftmals nicht oder nicht ausreichend vom dortigen Pflegepersonal gedeckt werden kann“ ([http://forsea.de/projekte/Krankenhaus/kh\\_start.shtml](http://forsea.de/projekte/Krankenhaus/kh_start.shtml)). Durch die Einführung der Fallpauschalen (DRGs) habe sich „diese Situation noch verschärft. Die Mitnahme der Assistenzpersonen, die den individuellen – häufig zeitlich aufwändigen – Mehrbedarf leisten könnten, scheitert in der Regel an der Weigerung der Kostenträger, die Assistenzkosten bei stationären Aufenthalten weiter zu finanzieren“ ([http://forsea.de/projekte/Krankenhaus/kh\\_start.shtml](http://forsea.de/projekte/Krankenhaus/kh_start.shtml)). Nach ForseA weigerten sich jedoch nach den eingeführten Fallpauschalen immer mehr Krankenhäuser, behinderte Menschen mit Assistenzbedarf aufzunehmen, wenn diese keine Assistenzpersonen mitbrächten.

Die gesundheitlichen Folgen für behinderte Menschen, die sich nicht von einer (besser: ihrer vertrauten) Assistenzperson begleiten lassen können, sind inakzeptabel und teilweise dramatisch. „Nicht mehr auszugleichende Einschränkungen durch mangelnde Mobilisierung Muskelerkrankter und Dekubiti bei Querschnittgelähmten sind nur einige der bekannt gewordenen Folgen von Unterversorgungen im Krankenhaus“ ([http://forsea.de/projekte/Krankenhaus/kh\\_start.shtml](http://forsea.de/projekte/Krankenhaus/kh_start.shtml)).

Zusätzliche Probleme ergeben sich, wenn behinderte Arbeitgeber aufgrund ihres Krankenhausaufenthalts ihren Assistenzpersonen kündigen müssen. Die Assistenzpersonen „wurden bis Beendigung des Krankenhausaufenthaltes ihres behinderten Arbeitgebers arbeitslos. Dazu kommt die 'Gefahr', dass die arbeitslos gemeldeten Assistenzpersonen in neue Arbeitsverhältnisse weiter vermittelt werden und die behinderten Menschen bei der

Entlassung aus dem Krankenhaus kein (komplettes) Assistenzteam mehr vorfinden“ ([http://forsea.de/projekte/Krankenhaus/kh\\_warum.shtml](http://forsea.de/projekte/Krankenhaus/kh_warum.shtml)).

Grübner (2006) stellt fest, dass Menschen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung seitens des Gesundheitssystems zwar nur indirekt, aber dennoch systematisch benachteiligt werden. Durch Leistungsbeschränkungen und Zuzahlungsregelungen oder Festbetragsregelungen werden Menschen mit geringem Einkommen gezwungen, z.B. schlechtere Hörgeräte zu wählen, was aufgrund der sensiblen Technik zu großen Unterscheiden in der Qualität der Töne und des Aufnehmens der Frequenzen führen kann. Grübner betont, dass dies dem Ziel widerspricht, die Partizipation von Menschen mit Behinderungen zu fördern. Auch für Heimbewohner, die als pauschalen Grundbarbetrag 88,80 Euro Taschengeld erhalten, werden nicht-erstattungsfähige Medikamente unbezahlbar. Grüber fordert daher, dass geplante Reformen im Gesundheitswesen bereits im Entstehungsprozess einer Prüfung nach „disability mainstreaming“ unterzogen werden müssten, um solche Versorgungslücken frühzeitig zu erkennen und ihnen entgegenzuwirken (vgl. Grübner, 2006: 34ff.).

### **2.3.5 Andere Einflussfaktoren**

Neben den vier in diesem Literaturbericht vertiefend untersuchten Einflussfaktoren werden in der Literatur insbesondere Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern als Risiko für die Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung thematisiert.

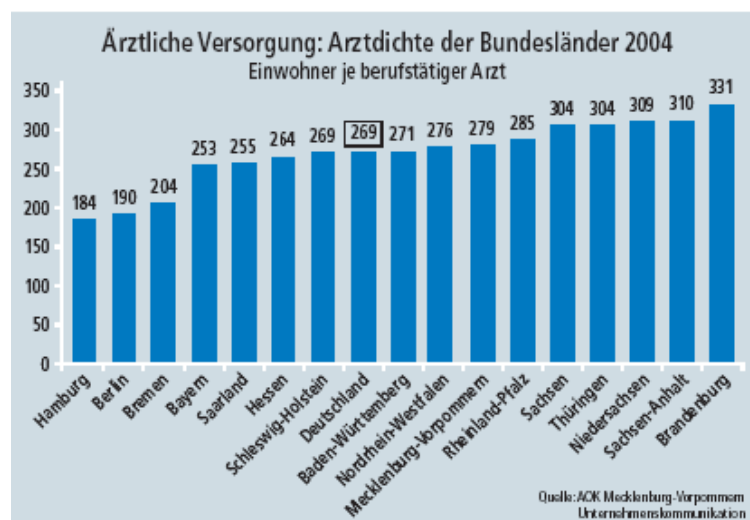
Im Vergleich zu den alten Bundesländern sind die meisten Regionen der neuen Bundesländer deutlich von ihrer Strukturschwäche und der Abwanderung jüngerer Generationen gekennzeichnet. Diese soziodemographischen und sozioökonomischen Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur führten und führen dazu, dass vergleichsweise mehr ältere Menschen zu behandeln sind, die zudem an Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) leiden (Volkssolidarität Bundesverband, 2006). Im Bereich der medizinischen Versorgung werden bereits Mängel konstatiert, deren Auswirkungen immer eklatanter werden. So ist die ärztliche Versorgung ländlicher Gegenden während der letzten Jahre schlechter geworden, da immer weniger „Landärzte“ immer mehr Personen zu betreuen haben. Weiterhin besteht die Tendenz, dass Ärzte ihre mobile Tätigkeit fast gänzlich aufgeben, da die Fahrbelastung zu groß geworden und die Gegenfinanzierung nicht ausreichend ist. Vor dem Hintergrund der Abwanderung jüngerer Menschen machen ältere und alte Menschen

den Großteil der Patienten aus. Da diese häufig nicht ausreichend mobil sind, öfter auf medizinische Versorgung angewiesen sind und zeitlich etwas längere und geduldigere Arztgespräche erfordern, steht die medizinische Versorgung in den neuen Bundesländern vor besonderen Herausforderungen. So hätten immer mehr älter werdende Ärzte immer mehr ältere Patienten zu behandeln (vgl. Volkssolidarität Bundesverband, 2006).

Ein internationaler Sechs-Länder-Vergleich ergab, dass Patienten in den alten Bundesländern signifikant kürzer auf Arzt- und Facharzttermine warten: 15% erhielten am selben Tag einen Termin im Vergleich zu 9% in den neuen Bundesländern. Ein knappes Drittel (30%) wartete bis zu einer Woche auf einen Facharzttermin; in Ostdeutschland hingegen waren es nur 18%, die innerhalb einer Woche einen Termin bekamen (vgl. Sawicki, 2005: 763).

Im bundesweiten Vergleich weist das Land Brandenburg die niedrigste Arztdichte auf (siehe Abbildung 1), und so versorgt ein Arzt mehr und ältere Patienten als in anderen Bundesländern (Merten, 2006: 203).<sup>34</sup> In strukturschwachen Kreisen wie Lübben, Luckau oder Eisenhüttenstadt existierte zum Zeitpunkt der Erfassung keine Augenarztpraxis (Merten, 2006: 203). Insbesondere ältere Menschen benötigen aber ein solches Angebot, da die Sehfähigkeiten im Alter nachlassen und bestimmte Augenkrankheiten zunehmen (Grüner und Grauer Star).

**Abbildung 1: Arztdichte der Bundesländer**



Quelle: Merten, 2006: 203:

Ein Umbau des bestehenden Systems hin zu Versorgungsnetzen und Gesundheitszentren, die die haus- und fachärztliche Versorgung sicherstellen und eng an Krankenhäuser angebunden sind, ist eine mögliche, derzeit diskutierte Lösung. In einem Modellprojekt wird untersucht, inwieweit Gemeindeschwestern diese Struktur unterstützen können (vgl. Merten, 2006: 203). Von ärztlicher Seite wird dem Konzept der Gemeindeschwester oft Skepsis entgegengebracht; dennoch ist es möglich und sinnvoll, bestimmte medizinische Routineaufgaben wie Blutdruckmessung, Sturzprophylaxe etc. nicht nur Ärzten, sondern nicht-ärztlichem medizinischen Personal zu überlassen (vgl. BAGSO, 2007: 22), um zumindest eine grundlegende gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten.

Die Volkssolidarität empfiehlt eine verbindlichere gesetzliche Definition für die Feststellung einer unmittelbar drohenden Unterversorgung. „Erst wenn die Landesausschüsse aus Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen Regionen mit drohender Unterversorgung festlegen, kann mit den Kassen über mögliche Sicherstellungszuschläge für das Ärztebudget verhandelt werden“ (Bernd Niederland, Bundesgeschäftsführer der Volkssolidarität, in: Merten, 2006: 203).

Ein weiterer struktureller Nachteil ergibt sich aus dem im Vergleich zu Westdeutschland durchschnittlich deutlich niedrigeren Alterseinkommen in Ostdeutschland. „Ostdeutsche Ältere weisen nur eine Einkommensposition von rund 75% bezogen auf das mittlere Einkommen der Gesamtbevölkerung auf und sind damit deutlich schlechter gestellt als ältere Menschen in Westdeutschland mit knapp 95%“ (Cirkel et al. 2004, S. 13). Die Einkommensnachteile Älterer in den neuen Bundesländern können sich auch auf die verfügbaren Mittel für die Eigenbeteiligung an der Finanzierung von Gesundheitsleistungen auswirken.

Eine Gruppe Hochaltriger mit besonderen Bedarfen sind Überlebende des Holocaust. Ihre Situation ist vereinzelt Thema in der Literatur zur gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen. Während Seniorenheime und Seniorengruppen mit Biographiearbeit Erinnerungen pflegen und mithin in positiver Weise mit früheren Lebensjahren umgehen, können sich bei Shoa-Überlebenden ganz andere Auswirkungen einstellen. Als Traumatisierte können sie unter der Last der Erinnerungen zusammenbrechen; Gebrauchsgegenstände aus der medizinischen Versorgung (z.B. Spritzen) oder altersbedingte Hilflosigkeit können an Konzentrationslager erinnern (Todesspritzen, Hilflosigkeit gleichbedeutend mit dem Tod) und Todesängste auslösen, die zu „zunächst unverständlichen Reaktionen führen“.

---

34 Es muss hierbei berücksichtigt werden, dass das flächenkleine Land Berlin mit einer hohen Arztdichte mitten in Brandenburg liegt und die Bewohner umliegender Orte die medizinische

Klein (2006: 73) verweist auf die Dissertationsschrift von Leonhard (2005), nach der es vielen NS-Opfern im Alter sehr schlecht geht, sie gesundheitlich geschwächt sind und unter sozialer Isolation leiden, da fast alle unter ihnen enge Familienangehörige in der Shoa verloren. Alltäglichen Situationen müsste medizinisches und pflegendes Personal besondere Beachtung schenken, da Retraumatisierungen durch viele Situationen im Pflegealltag passieren können: die Aufforderung zu duschen, das Betreten des Zimmers durch Pflegende ohne vorheriges Anklopfen, oder die Unterbringung im Mehrbettzimmer. Dabei benötigten Pflegende spezielle Schulungen und psychologische Unterstützung und Begleitung im Umgang mit den Überlebenden des Holocaust, um diese besondere Form von Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung unterstützen zu können und nicht unabsichtlich pflegebedürftige Holocaust-Überlebende zu benachteiligen.

Ein weiterer Einflussfaktor, der bislang nicht aufgeführt wurde, ist die Wohnungslosigkeit. Wohnungslosigkeit wird für den vorliegenden Bericht als relevant erachtet, da besonders ältere Männer gefährdet sind,

„der sozialen Ausgrenzung für den Rest ihres Lebens zu erliegen. Hier ist das Hilfesystem gefordert, neue Strategien zur Durchbrechung der Ausgrenzungsmechanismen zu entwickeln. Dies betrifft auch niedrigschwellige 'Notdienste', wie z.B. medizinische Angebote, auf die langjährig Wohnungslose, die häufig ganz ohne Unterkunft auf der Straße leben, in besonderem Maße angewiesen sind“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2005).

Verschiedene Studien belegen den schlechten Gesundheitsstatus Wohnungsloser bei einer sehr geringen Anzahl an Betroffenen, die regelmäßig ärztlich betreut werden: Einer Umfrage in München zufolge (vgl. Greifenhagen/Fichter, 1998) waren nur 16% in ärztlicher Behandlung, dabei äußerten 97% körperlichen Beschwerden, darunter auch schwere chronische Erkrankungen (vgl. BMFSFJ, 2001). Das Modellprojekt *Aufsuchende Gesundheitsvorsorge für Obdachlose* der Ärztekammer Westfalen-Lippe ergab, dass sich nur 8,8% der Wohnungslosen in regelmäßiger medizinischer Behandlung bei einem niedergelassenen Arzt befanden. 38,6% besuchten unregelmäßig einen Arzt, 43,1% nie. Eine Studie der Universität Mainz ergab, dass von über 40 Wohnungslosen 90% dringend ärztlicher Behandlung bedurften (vgl. Doering/Hermes et al., 2002: 376). Die folgenden Haupterkrankungen wurden dort benannt: Herz-Kreislauf-Erkrankungen (52,5%), Hauterkrankungen und akute Infektionen (je 50%), Erkrankungen der Atmungsorgane (47,5%), der Leber (30%), der Niere (25%), des Gastrointestinaltraktes (20%), außerdem Verlet-

zungen aufgrund von Straßenverkehrs- und Arbeitsunfällen (vgl. Doering/Hermes et al., 2002: 376).

Als Gründe, weshalb sie sich nicht ärztlich behandeln ließen, nannten die Betroffenen ihr Schamgefühl für die eigene Situation Angst, in eine normale Praxis zu gehen, schlechte Erfahrungen mit medizinischem oder pflegerischem Personal, Misstrauen, Unkenntnis über bestehende Hilfemöglichkeiten und Behandlungsscheine, mangelnde Hygiene und auch das subjektive Gefühl, gesund zu sein (vgl. Doering/Hermes et al., 2002: 376).

Wie die BAG Wohnungslosenhilfe konstatiert, ziehen die Gesundheitsreform und das Gesundheitsmodernisierungsgesetz ernste Folgen für ihre Klientel nach sich. So wird die Praxisgebühr auch bei Wohnungslosen erhoben bzw. werden sie bei Nichtzahlung unbehandelt abgewiesen. Neben Veränderungen im Umgang mit Wohnungslosen in der ärztlichen Praxis ließen sich Alternativen einrichten, z.B. durch eine eigene Sprechstunde für Wohnungslose (vgl. <http://www.bag-wohnungslosenhilfe.de/aktuell/4.phtml>). Besondere Möglichkeiten, die Gesundheitsversorgung insbesondere in schwereren Akutfällen zu verbessern, sind z.B. „Krankenwohnungen“, in denen auch Wohnungslose häusliche Krankenpflege in Anspruch nehmen könnten. Mit ihnen würde nicht nur eine Versorgungslücke für Wohnungslose geschlossen, sondern auch Krankenhausaufenthalte könnten in ihrer Dauer verkürzt und Resozialisierungsprozesse eingeleitet werden (vgl. Doering/Hermes, 2002: 375ff.).

„Psychisch kranke Wohnungslose stellen eine besonders problematische Patientengruppe mit hoher Komorbidität und Mortalität dar“ (Völlm et al., 2004: 239). Bei einer Querschnittsstudie zur psychiatrischen Morbidität alleinstehender wohnungsloser Männer wurden fast 88% der aktuell wohnungslosen Untersuchten psychische Erkrankungen bescheinigt.

Diese und auch andere Studien kommen zum Schluss, dass psychisch kranke Wohnungslose unterversorgt sind, was ihre medizinisch-therapeutische Betreuung betrifft, und es zeigt sich eine deutliche Abweichung von Behandlungsbedürftigkeit und tatsächlicher Behandlung. Jedoch fehlen nach Völlm et al. im deutschsprachigen Raum Behandlungskonzepte. Im Falle einer stationären Behandlung bleibt die Frage nach der Weiterbetreuung, denn niedrigschwellige ambulante Angebote existieren zwar für den medizinischen Bereich, selten aber für den psychologischen. Bei der Behandlung psychisch kranker

Wohnungsloser sollte mit der Wohnungslosenhilfe kooperiert und die verschiedenen Hilfemaßnahmen sollten vernetzt werden (vgl. Völlm et al., 2004: 239f.).

Zur Situation der Wohnungslosigkeit und des psychischen Gesundheitszustandes von Frauen gibt es in Deutschland eine nur schwache Datenlage. Dies beruht nicht zuletzt auf der Nichtbeachtung der Thematik durch Forschung und Öffentlichkeit, sondern auch auf methodischen Schwierigkeiten (vgl. Torchalla et al., 2004: 228). Zahlen über den Umfang der Wohnungslosigkeit unter Frauen sind somit nur ungenau. Erschwerend kommt hinzu, dass Frauen oft in verdeckter Wohnungslosigkeit leben und vorhandene Hilfesysteme nicht nutzen. Das Ergebnis einer Feldstudie in Tübingen mit 17 wohnungslosen Frauen ergab mit 71% (aktuell zum Zeitpunkt der Erhebung) bzw. 88% (bezogen auf die gesamte Lebenszeit) eine sehr hohe Prävalenz im Bereich psychischer Erkrankungen (Torchalla et al., 2004: 231) und weist damit in Übereinstimmung „mit Studien aus anderen deutschen Städten“ darauf hin, „dass psychiatrische Störungen in dieser Bevölkerungsgruppe häufig sind“ (Torchalla et al., 2004: 233).

### **2.3.6 Ausblick**

In den vorangehenden Kapiteln wurden verschiedene soziale Gruppen dahingehend betrachtet, ob sie einer möglichen Benachteiligung im Bereich der gesundheitlichen Versorgung unterliegen und damit ihre Chancengleichheit auf eben diese Versorgung nicht gegeben ist, was in der Folge den individuellen Gesundheitszustand negativ beeinträchtigen könnte.

Es wurden für die verschiedenen sozialen Gruppen Ungleichheiten festgestellt, die sich nachteilig auswirken. Dies ist besonders für ältere Menschen insgesamt zu bejahen, insbesondere aber für ältere Frauen im Vergleich zu älteren Männern, ältere Personen mit Migrationshintergrund und auch chronisch Kranke oder Personen mit Behinderungen.

Dieser Bericht kann es nicht leisten, diese Ungleichbehandlungen bis ins Detail zu untersuchen. Er kann lediglich zu einem Überblick über die Themen im Bereich der Chancengleichheit in der gesundheitlichen Versorgung beitragen. Die Forschungsliteratur der vergangenen Jahre ist insgesamt auf das Thema aufmerksam geworden, jedoch werden häufig Einzelaspekte betrachtet.

Nachteile bestehen nicht nur in der Versorgungspraxis, sondern bereits in der Gesundheitsforschung, z.B. dadurch, dass ältere Menschen in Gesundheitsstudien entweder unterrepräsentiert sind oder völlig unberücksichtigt bleiben. Auch die frauenspezifische Gesundheitsforschung bleibt vernachlässigt, Studien und Ergebnisse orientieren sich häufig an Männern.

In der Versorgungspraxis sind insbesondere die Bereiche Pflege im Alter bei Menschen mit Migrationshintergrund, die Benachteiligung von Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung, die ungenügende Zahn- und Mundgesundheit und auch die mangelnde medizinische Betreuung durch Fachärzte in Pflegeheimen zu nennen. Die Verordnungspraxis von Medikamenten und die offensichtlich geringe Nachsorge bzw. Überprüfung der Indikationen stellen weitere Schwachpunkte dar. Für diese Bereiche kann akuter Handlungsbedarf genannt werden.

Eine besondere Problematik liegt in der Diagnose und der Behandlung altersspezifischer Krankheiten durch Hausärzte. Ungenügendes geriatrisches Wissen auf Seiten der Hausärzte führt dazu, dass subdiagnostische emotionale Beschwerden nicht erkannt werden, welche allerdings stark an Bedeutung gewinnen. So wären geriatrische Weiterbildungen der niedergelassenen Hausärzte, aber auch bereits während der universitären medizinischen Ausbildung zukünftiger Ärzte wünschenswert.

Mielck (2005: 7) führt in einem historischen Rückblick aus:

„In den letzten Jahren hat das wissenschaftliche und öffentliche Interesse am Thema 'soziale Ungleichheit und Gesundheit' erheblich zugenommen. (...) Die Diskussion hat jedoch lange nicht das Niveau aus den Jahren vor dem 1. Weltkrieg erreicht. Nur relativ wenige Wissenschaftler beteiligen sich aktiv daran, und (gesundheits-)politische Empfehlungen oder Maßnahmen speziell zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit lassen sich kaum finden.“

### **3. Standardisierte Befragung**

#### **3.1 Methodik**

Auf der Grundlage des Literaturberichts und der Auswertung der Daten des Alterssurveys wurde eine schriftliche Befragung älterer Menschen zu ihren persönlichen Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung in Deutschland konzipiert. Bei der Entwicklung des Fragebogens für die standardisierte Erhebung war eine Reihe von Rahmenbedingungen zu beachten: Der Fragebogen sollte sowohl als Papier- als auch als Onlineversion einsetzbar sein und von Gestaltung und Umfang her für ein Ausfüllen durch ältere Menschen, insbesondere auch Hochaltrige und Ältere mit Migrationshintergrund, geeignet sein. Daher wurde für die Papierversion ein Umfang von sechs Seiten in einer gut lesbaren Schrift festgelegt, und die Fragen wurden in einer möglichst einfachen Sprache formuliert.

Der Fragebogen bestand aus drei Teilen: Im ersten Teil wurden vor allem Informationen zum aktuellen Gesundheitszustand der Befragten erfasst. Im zweiten Teil wurden die Erfahrungen der Befragten mit Ärzten und Krankenhäusern, mit Reha-Maßnahmen und ambulanten Pflegediensten sowie die Nutzung von Präventionsmöglichkeiten und die Versorgung mit Medikamenten und Hilfsmitteln erfragt. Im dritten Teil wurden soziodemographische Daten erhoben. Der Fragebogen wurde soweit wie möglich standardisiert, das heißt, der Großteil der Fragen war durch Ankreuzen zu beantworten.

Eine Erprobung des Fragebogens in einem Pretest mit ca. 20 Befragten resultierte in nur geringfügigen Veränderungen. Mitte Juli 2007 ging der Fragebogen<sup>35</sup> ins Feld. Er konnte auf der BAGSO-Website entweder online ausgefüllt oder im pdf-Format heruntergeladen und an die BAGSO geschickt oder gefaxt werden. Darüber hinaus verschickte die BAGSO ca. 4.000 Papierfragebögen an Mitgliedsverbände und -vereine sowie andere Partner, welche teilweise selbst noch weitere Kopien anfertigten. Die Onlineversion des Fragebogens wurde Ende September 2007 aus dem Netz genommen; bis zu diesem Zeitpunkt hatten 201 Personen sie genutzt. Bis Mitte Oktober wurden 1.809 ausgefüllte Exemplare der Papierversion des Fragebogens an die BAGSO zurückgeschickt.<sup>36</sup> Damit lag eine erfreulich hohe Anzahl von insgesamt 2.010 ausgefüllten Fragebogen vor. Dennoch können die Ergebnisse keine Repräsentativität beanspruchen, da die Stichprobe nicht durch

---

35 Die Papierversion des Fragebogen findet sich im Anhang.

36 Bis Ende November trafen noch ca. 200 weitere Fragebögen ein, die nicht mehr berücksichtigt werden konnten.

eine Zufallsauswahl der in Deutschland lebenden (älteren) Menschen zu Stande gekommen ist. Alle Ergebnisse besitzen daher lediglich explorativen Charakter.

Die schriftlich bzw. online ausgefüllten Fragebögen wurden in eine Datenbank übertragen und die Antworten auf die offenen Fragen bzw. Antwortvorgaben kodiert. Anschließend wurden unter Verwendung von SPSS Häufigkeitsauszählungen und Kreuztabellen erstellt, wobei als unabhängige Variable durchgängig das Alter der Befragten verwendet wurde. Bei spezifischen Fragestellungen fanden auch das Geschlecht, die formale Bildung, die Wohnregion (alte oder neue Bundesländer), das Vorliegen bzw. Nichtvorliegen einer starken Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung und/oder die Art der Krankenversicherung (gesetzlich oder privat) Berücksichtigung.

### **3.2 Soziodemographische Daten**

Von den 2.010 Personen, die sich an der standardisierten Erhebung beteiligten, ist die jüngste 18 Jahre und die älteste 97 Jahre alt. Die in Tabelle 14 ausgewiesene Altersverteilung zeigt, dass die 70-79-Jährigen mit einem Anteil von 38,3% und die 60-69-Jährigen mit 32,1% die stärksten Gruppen stellen. 12,4% der Befragten sind 80 Jahre oder älter, insgesamt 12,9% sind jünger als 60 Jahre; 4,3% der Befragten haben ihr Alter nicht angegeben.

**Tabelle 14: Alter sämtlicher Befragter (in %)**

|                     |       |
|---------------------|-------|
| bis 49 Jahre        | 4,8   |
| 50-59 Jahre         | 8,1   |
| 60-69 Jahre         | 32,1  |
| 70-79 Jahre         | 38,3  |
| ab 80 Jahre         | 12,4  |
| k.A. (keine Angabe) | 4,3   |
| N                   | 2.010 |

Frage: C.2.

Da im Rahmen dieses Berichtes zum einen vorwiegend die Erfahrungen älterer Menschen von Interesse sind und zum anderen die jüngeren Altersgruppen (bis 49 Jahre bzw. 50 bis 59 Jahre) nur relativ schwach besetzt sind und daher als Vergleichsgruppen wenig geeignet erscheinen, werden in die nachfolgenden Auswertungen lediglich die Angaben

von Befragten im Alter von 60 und mehr Jahren einbezogen. Daraus ergibt sich die in Tabelle 15 dargestellte revidierte Altersverteilung.<sup>37</sup>

**Tabelle 15: Alter der in die Auswertung einbezogenen Befragten (in %)**

|             |       |
|-------------|-------|
| 60-69 Jahre | 38,8  |
| 70-79 Jahre | 46,2  |
| ab 80 Jahre | 15,0  |
| N           | 1.664 |

Frage: C.2.

Mit 62,7% ist deutlich mehr als die Hälfte der Befragten weiblichen Geschlechts (Spalte „Gesamt“ in Tabelle 16). Am stärksten ist das Ungleichgewicht mit einem Frauenanteil von 72,7% in der Gruppe der ab 80-Jährigen.<sup>38</sup>

**Tabelle 16: Geschlecht der Befragten nach Altersgruppen (in %)**

|          | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|----------|-------------|-------------|-----------|--------|
| weiblich | 63,9        | 58,5        | 72,7      | 62,7   |
| männlich | 36,1        | 41,4        | 27,3      | 37,2   |
| k.A.     | 0,0         | 0,1         | 0,0       | 0,1    |
| N        | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: C.1.

In Tabelle 17 ist der höchste Bildungsabschluss der Befragten dargestellt. Nur sehr wenige Befragte haben keinen Schulabschluss oder haben ihn nicht angegeben. Am häufigsten liegt mit 36,8% der Fälle ein Volks- oder Hauptschulabschluss vor, 20,4% der Befragten haben die Mittlere Reife. Ausgesprochen viele Befragte sind im Besitz der (Fach-) Hochschulreife oder eines (Fach-)Hochschulabschlusses: Ihr Anteil von insgesamt 37,6% liegt weit über dem entsprechenden Wert in der Gesamtbevölkerung.<sup>39</sup>

37 Die Verteilung der Altersgruppen in der Gesamtbevölkerung ist wie folgt: Bis 49 Jahre: 62,4%, 50-59 Jahre: 12,7%, 60-69 Jahre: 12,2%, 70-79 Jahre: 8,3%, ab 80 Jahre: 4,5%. Stand: Ende 2005. Quelle: Deutsches Zentrum für Altersfragen – GeroStat.

38 Der Frauenanteil in der Gesamtbevölkerung ab 60 Jahre ist wie folgt: 60-69 Jahre: 51,6%, 70-79 Jahre: 56,8%, ab 80 Jahre: 71,7%. Stand: Ende 2005. Quelle: Deutsches Zentrum für Altersfragen – GeroStat. Damit sind die Frauen im Alter zwischen 60 und 69 Jahren in der vorliegenden Stichprobe zwar überrepräsentiert, ihre Anteile in den anderen Altersgruppen kommen aber denjenigen in der Gesamtbevölkerung sehr nahe.

39 Der Anteil der ab 60-Jährigen mit (Fach-)Hochschulreife in der Gesamtbevölkerung beträgt 12,4%. Stand: 2006. Quelle: Statistisches Bundesamt: Bildungsstand der Bevölkerung. Ausgabe 2007, S. 8. Eigene Berechnungen.

**Tabelle 17: Höchster Bildungsabschluss der Befragten nach Altersgruppen (in %)**

|                            | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|----------------------------|-------------|-------------|-----------|--------|
| kein Abschluss             | 0,5         | 1,0         | 0,8       | 0,8    |
| Volks-/Hauptschulabschluss | 34,5        | 37,5        | 40,6      | 36,8   |
| Mittlere Reife             | 22,0        | 18,2        | 22,9      | 20,4   |
| (Fach-)Hochschulreife      | 9,1         | 9,2         | 10,4      | 9,4    |
| (Fach-)Hochschulabschluss  | 30,0        | 29,1        | 20,5      | 28,2   |
| anderer Abschluss          | 2,8         | 3,0         | 3,6       | 3,0    |
| k.A.                       | 1,1         | 2,0         | 1,2       | 1,5    |
| N                          | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: C.6.

Insgesamt 50 Befragte gaben einen anderen höchsten Bildungsabschluss als die in der Frage vorgegebenen an. Dabei handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle um Fachschulabschlüsse (28 Nennungen); ebenfalls häufig genannt wurden die Abschlüsse von Handelsschulen (elf Nennungen) bzw. Höheren Handelsschulen (fünf Nennungen).

Für die Verwendung als unabhängige Variable in den nachfolgenden Auswertungen wurden die Kategorien der (Fach-)Hochschulreife und des (Fach-)Hochschulabschlusses zusammengefasst. Die sonstigen genannten Abschlüsse wurden mit den fehlenden bzw. nicht angegebenen Abschlüssen zusammengefasst. Die rekodierte Bildungsvariable ist in Tabelle 18 dargestellt.

**Tabelle 18: Höchster Bildungsabschluss (rekodiert) nach Altersgruppen (in %)**

|                                 | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|---------------------------------|-------------|-------------|-----------|--------|
| Volks-/Hauptschulabschluss      | 34,5        | 37,5        | 40,6      | 36,8   |
| Mittlere Reife                  | 22,0        | 18,2        | 22,9      | 20,4   |
| höherer Schul-/Studienabschluss | 39,2        | 38,4        | 30,9      | 37,6   |
| k.A.                            | 4,3         | 6,0         | 5,6       | 5,3    |
| N                               | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: C.6.

Die Frage danach, ob sie in einem Altenheim oder Altenpflegeheim wohnen, wurde nur von sehr wenigen Befragten bejaht. Allerdings merkte eine ganze Reihe von Personen an, dass sie in einer Form des Betreuten Wohnens lebten. Während 3,9% aller Befragten in einem Heim oder im Betreuten Wohnen leben, ist der Anteil bei den ab 80-Jährigen mit 14,9% deutlich höher (siehe Tabelle 19).

**Tabelle 19: Leben in Alten(pflege)heim oder Betreutem Wohnen nach Altersgruppen (in %)**

|      | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|------|-------------|-------------|-----------|--------|
| ja   | 1,7         | 2,2         | 14,9      | 3,9    |
| nein | 97,5        | 97,4        | 84,3      | 95,5   |
| k.A. | 0,8         | 0,4         | 0,8       | 0,6    |
| N    | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: C.3.

Zwei Fragen bezogen sich auf Größe und regionale Lage des Wohnorts. 31,5% der Befragten leben in Großstädten mit über 100.000 Einwohnern und 29,0% in mittelgroßen Städten mit 25.000 bis 100.000 Einwohnern (siehe Tabelle 20). Dagegen wohnen 16,8% der Befragten in kleinen Gemeinden (bis 5.000 Einwohner) und 20,8% in Kleinstädten (5.000 bis 25.000 Einwohner).

**Tabelle 20: Größe des Wohnortes nach Altersgruppen (in %)**

|                        | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|------------------------|-------------|-------------|-----------|--------|
| bis 5.000 Einwohner    | 15,5        | 17,7        | 17,7      | 16,8   |
| bis 25.000 Einwohner   | 24,1        | 20,0        | 14,5      | 20,8   |
| bis 100.000 Einwohner  | 29,3        | 29,8        | 25,7      | 29,0   |
| über 100.000 Einwohner | 30,3        | 30,4        | 37,8      | 31,5   |
| k.A.                   | 0,8         | 2,1         | 4,4       | 1,9    |
| N                      | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: C.4.

58,2% der Befragten leben in einem alten Bundesland, während 41,2% in einem neuen Bundesland ansässig sind (siehe Tabelle 21). Damit sind, verglichen mit der Verteilung in der Gesamtbevölkerung, Ostdeutsche deutlich überrepräsentiert.<sup>40</sup>

**Tabelle 21: Region des Wohnortes nach Altersgruppen (in %)**

|                  | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|------------------|-------------|-------------|-----------|--------|
| altes Bundesland | 60,4        | 55,3        | 61,4      | 58,2   |
| neues Bundesland | 39,0        | 44,0        | 38,2      | 41,2   |
| k.A.             | 0,6         | 0,8         | 0,4       | 0,7    |
| N                | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: C.5.

Eine wichtige Information im Kontext der Gesundheitsversorgung des Einzelnen ist die Art seiner Krankenversicherung. 84,7% der Befragten sind in einer gesetzlichen Krankenkas-

40 Der Anteil der ab 60-Jährigen in der Gesamtbevölkerung, die in den neuen Bundesländern (ohne Ost-Berlin) leben, beträgt 17,8%. Stand: Ende 2005. Quelle: Deutsches Zentrum für Altersfragen – GeroStat.

se versichert, 11,6% in einer privaten; 3,7% nannten die Art ihrer Krankenversicherung gar nicht oder in nicht eindeutig interpretierbarer Form (siehe Tabelle 22).<sup>41</sup>

**Tabelle 22: Art der Krankenversicherung nach Altersgruppen (in %)**

|                          | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|--------------------------|-------------|-------------|-----------|--------|
| gesetzliche Krankenkasse | 83,3        | 85,7        | 85,5      | 84,7   |
| private Krankenkasse     | 13,3        | 10,1        | 11,6      | 11,6   |
| k.A.                     | 3,4         | 4,2         | 2,8       | 3,7    |
| N                        | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: A.8.

### 3.3 Gesundheitszustand

Der erste Teil des Fragebogens beschäftigte sich mit dem Gesundheitszustand der befragten Personen. Die Frage danach, inwieweit man sich durch eine chronische Erkrankung körperlicher oder seelischer Art im täglichen Leben eingeschränkt fühle, wurde von den Befragten wie in Tabelle 23 ausgewiesen beantwortet.

**Tabelle 23: Einschränkung durch chronische Erkrankung nach Altersgruppen (in %)**

|           | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|-----------|-------------|-------------|-----------|--------|
| ja, sehr  | 8,5         | 11,8        | 27,7      | 12,9   |
| ja, etwas | 46,0        | 50,5        | 47,0      | 48,2   |
| nein      | 43,8        | 34,2        | 23,3      | 36,3   |
| k.A.      | 1,7         | 3,5         | 2,0       | 2,6    |
| N         | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: A.3.

12,9% der in die Auswertung einbezogenen Befragten fühlten sich durch eine chronische Erkrankung „stark“ und 48,9% „etwas“ eingeschränkt. Während die Werte für die 70-79-Jährigen nur geringfügig über denen der 60-69-Jährigen liegen, ist erwartungsgemäß die höchste Altersgruppe am stärksten von Einschränkungen betroffen.

Analog zu möglicherweise vorhandenen Einschränkungen durch chronische Erkrankungen wurde auch nach Einschränkungen im täglichen Leben gefragt, die aufgrund von Behinderungen körperlicher oder seelischer Art vorliegen können. Die Antworten auf die entsprechende Frage sind in Tabelle 24 dargestellt.

41 Ende 2005 hatten 10,2% der Gesamtbevölkerung eine Vollversicherung bei einer privaten Krankenkasse. Quelle: PKV-Verband, Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2005/2006, S. 25.

**24: Einschränkung durch Behinderung nach Altersgruppen (in %)**

|           | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|-----------|-------------|-------------|-----------|--------|
| ja, sehr  | 8,4         | 10,4        | 26,5      | 12,0   |
| ja, etwas | 31,1        | 40,3        | 40,2      | 36,7   |
| nein      | 57,9        | 45,1        | 28,1      | 47,5   |
| k.A.      | 2,6         | 4,2         | 5,2       | 3,7    |
| N         | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: A.4.

12,0% der Befragten gaben an, durch eine Behinderung im täglichen Leben stark eingeschränkt zu sein, etwas eingeschränkt fühlen sich 36,7%. Auch an dieser Stelle ist die höchste Altersgruppe deutlich stärker betroffen als die anderen.

Zum Zwecke einer Verwendung als unabhängige Variable in den weiteren Auswertungen wurde eine neue Variable geschaffen, die zum Ausdruck bringt, ob ein Befragter sich durch eine chronische Erkrankung und/oder eine Behinderung im täglichen Leben sehr eingeschränkt fühlt oder nicht (siehe Tabelle 25). Während sich 15,4% aller in die Auswertung einbezogenen Befragten im täglichen Leben sehr eingeschränkt fühlen, sind es bei den ab 80-Jährigen 30,9%.

**Tabelle 25: Starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung nach Altersgruppen (in %)**

|      | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|------|-------------|-------------|-----------|--------|
| ja   | 11,0        | 14,0        | 30,9      | 15,4   |
| nein | 88,1        | 84,1        | 67,9      | 83,2   |
| k.A. | 0,9         | 1,8         | 1,2       | 1,4    |
| N    | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Fragen: A.3 und A.4.

Bei der Frage nach der Einschätzung ihres aktuellen Gesundheitszustands wählten zwar mit 6,4% nur sehr wenige Befragte die Antwortvorgabe „sehr gut“, doch 64,0% entschieden sich für „eher gut“ (siehe Tabelle 26). 24,2% gaben ihren Gesundheitszustand mit „eher schlecht“ und lediglich 2,1% mit „sehr schlecht“ an. Nimmt man die positiven Ausprägungen „sehr gut“ und „eher gut“ zusammen, so beurteilen 70,4% aller Befragten ihren Gesundheitszustand als (eher) positiv, bei den ab 80-Jährigen ist es mit 52,2% immerhin noch etwas mehr als die Hälfte.

**Tabelle 26: Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustands nach Altersgruppen (in %)**

|               | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|---------------|-------------|-------------|-----------|--------|
| sehr gut      | 9,0         | 4,8         | 4,4       | 6,4    |
| eher gut      | 68,3        | 65,7        | 47,8      | 64,0   |
| eher schlecht | 19,5        | 23,7        | 38,2      | 24,2   |
| sehr schlecht | 1,1         | 1,8         | 5,6       | 2,1    |
| k.A.          | 2,2         | 4,0         | 4,0       | 3,3    |
| N             | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: A.1.

Die männlichen Befragten schätzen ihren aktuellen Gesundheitszustand mit 74,3% sehr oder eher guten Einstufungen etwas besser ein als die weiblichen mit 68,0% (siehe Tabelle A-1<sup>42</sup>).<sup>43</sup> Ähnliches gilt für die Westdeutschen mit 72,5% im Vergleich zu den Ostdeutschen mit 67,5% (siehe Tabelle A-2).

Während lediglich 16,9% der Personen, die sich im täglichen Leben nicht durch eine chronische Erkrankung oder Behinderung stark eingeschränkt fühlen, ihren Gesundheitszustand als sehr oder eher schlecht einstufen, ist es bei denjenigen, die sich als stark eingeschränkt empfinden, mit 79,7% die große Mehrheit (siehe Tabelle 27).

**Tabelle 27: Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustands nach starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung (in %)**

|               | starke Einschränkung | keine (starke) Einschränkung | Gesamt |
|---------------|----------------------|------------------------------|--------|
| sehr gut      | 0,4                  | 7,6                          | 6,5    |
| eher gut      | 17,6                 | 73,6                         | 64,9   |
| eher schlecht | 66,4                 | 16,8                         | 24,5   |
| sehr schlecht | 13,3                 | 0,1                          | 2,1    |
| k.A.          | 2,3                  | 1,9                          | 2,0    |
| N             | 256                  | 1.385                        | 1.641  |

Frage: A.1.

Neben der Einschätzung des aktuellen wurde auch nach der Erwartung des zukünftigen Gesundheitszustandes, nämlich in fünf Jahren, gefragt. Mit 2,9% nur sehr wenige Befragte erwarteten eine Verbesserung, während 32,2% ein ähnliches Niveau und 40,4% eine Verschlechterung erwarteten (siehe Tabelle 28). Mit 24,5% knapp ein Viertel konnten sich nicht entscheiden oder ließen die Frage unbeantwortet. Bei der höchsten Altersgruppe erwarteten 50,6% eine mehr oder weniger große Verschlechterung, und besonders viele äußerten sich nicht eindeutig oder überhaupt nicht.

42 Die mit A-xx bezeichneten Tabellen finden sich im Anhang.

**Tabelle 28: Einschätzung des Gesundheitszustands in 5 Jahren nach Altersgruppen (in %)**

|                      | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|----------------------|-------------|-------------|-----------|--------|
| viel besser          | 0,5         | 0,4         | 0,4       | 0,4    |
| etwas besser         | 2,8         | 2,3         | 2,0       | 2,5    |
| ungefähr gleich      | 42,0        | 30,0        | 13,3      | 32,2   |
| etwas schlechter     | 31,6        | 32,6        | 35,3      | 32,6   |
| viel schlechter      | 5,3         | 7,5         | 15,3      | 7,8    |
| weiß nicht oder k.A. | 18,0        | 27,0        | 33,7      | 24,5   |
| N                    | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: A.2.

Auch an dieser Stelle weichen die Einschätzungen der stark durch chronische Erkrankungen oder Behinderungen eingeschränkten Befragten deutlich von denen der übrigen ab. 55,5% von den Ersteren befürchteten eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes, während dies nur 38,4% der Letzteren taten (siehe Tabelle 29).

**Tabelle 29: Einschätzung des Gesundheitszustands in 5 Jahren nach starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung (in %)**

|                      | starke Einschränkung | keine (starke) Einschränkung | Gesamt |
|----------------------|----------------------|------------------------------|--------|
| viel besser          | 0,0                  | 0,5                          | 0,4    |
| etwas besser         | 2,0                  | 2,6                          | 2,5    |
| ungefähr gleich      | 14,1                 | 36,0                         | 32,6   |
| etwas schlechter     | 26,2                 | 34,4                         | 33,1   |
| viel schlechter      | 29,3                 | 4,0                          | 7,9    |
| weiß nicht oder k.A. | 28,5                 | 22,5                         | 23,5   |
| N                    | 256                  | 1.385                        | 1.641  |

Frage: A.2.

In einer weiteren Frage zum Gesundheitszustand wurde detailliert nach dem Vorliegen von chronischen Erkrankungen und der Stärke der durch diese hervorgerufenen Beschwerden gefragt. Die Verteilung der Antworten ist aus Tabelle 30 ersichtlich.

---

43 Führt man eine Drittvariablenkontrolle mit Alter als zusätzlicher unabhängiger Variable durch, dann zeigt sich dieser geschlechtsspezifische Unterschied nur noch bei den 70-79-Jährigen und bei den ab 80-Jährigen.

**Tabelle 30: Vorliegen von Beschwerden durch chronische Erkrankungen (in Zeilen-%)**

|                                                           | starke<br>Beschw. | mittlere<br>Beschw. | leichte<br>Beschw. | keine<br>Beschw. | liegt nicht<br>vor bzw.<br>k.A. | N     |
|-----------------------------------------------------------|-------------------|---------------------|--------------------|------------------|---------------------------------|-------|
| Herz- oder Kreislauferkrankung,<br>Durchblutungsstörungen | 5,8               | 24,2                | 22,7               | 4,7              | 42,7                            | 1.664 |
| Gelenk-, Knochen-, Bandschei-<br>ben- oder Rückenleiden   | 18,6              | 31,6                | 22,6               | 2,6              | 24,6                            | 1.664 |
| Atemwegserkrankung, Asthma,<br>Atemnot                    | 3,5               | 8,4                 | 10,7               | 2,6              | 74,8                            | 1.664 |
| Magen- oder Darmerkrankung                                | 1,9               | 5,9                 | 10,8               | 3,7              | 77,8                            | 1.664 |
| Diabetes                                                  | 3,5               | 5,9                 | 6,4                | 2,0              | 82,2                            | 1.664 |
| Krebserkrankung                                           | 1,7               | 1,7                 | 2,5                | 4,4              | 89,7                            | 1.664 |
| Gallen-, Leber-, Nieren- oder Bla-<br>senleiden           | 2,7               | 6,1                 | 10,7               | 3,5              | 77,0                            | 1.664 |
| Augenleiden, Sehstörungen                                 | 6,7               | 16,6                | 27,9               | 3,5              | 45,3                            | 1.664 |
| Ohrenleiden, Schwerhörigkeit                              | 5,3               | 11,7                | 18,5               | 1,7              | 62,9                            | 1.664 |
| Schlafstörungen                                           | 4,9               | 12,4                | 21,4               | 2,6              | 58,7                            | 1.664 |
| Vergesslichkeit, Gedächtnisstö-<br>rungen                 | 2,6               | 7,8                 | 28,9               | 3,1              | 57,6                            | 1.664 |
| Niedergeschlagenheit, Depressi-<br>onen                   | 1,6               | 4,9                 | 12,2               | 4,7              | 76,6                            | 1.664 |
| andere Erkrankung(en)                                     | 1,6               | 4,8                 | 0,9                | 0,4              | 92,2                            | 1.664 |

Frage: A.5a.

Am weitesten verbreitet unter den Befragten sind Gelenk-, Knochen-, Bandscheiben- oder Rückenleiden. Insgesamt sind 75,4% der Befragten betroffen, und 18,6% haben starke, 31,6% mittlere, 22,6% leichte und 2,6% momentan gar keine Beschwerden. Ebenfalls weit verbreitet sind Herz- oder Kreislauferkrankungen bzw. Durchblutungsstörungen (57,3%) und Augenleiden bzw. Sehstörungen (54,7%). Etwas seltener, aber immer noch recht verbreitet, sind Gedächtnisstörungen (42,4%), Schlafstörungen (41,3%) und Ohrenleiden bzw. Schwerhörigkeit (37,1%). Weniger häufig anzutreffen sind Atemwegserkrankungen (25,2%), Niedergeschlagenheit und Depressionen (23,4%), Gallen-, Leber-, Nieren und Blasenleiden (23,0%), Magen- und Darmerkrankungen (22,2%), Diabetes (17,8%) sowie Krebserkrankungen (10,3%). 7,8% der Befragten gaben an, unter anderen als den vorgegebenen chronischen Erkrankungen zu leiden. Die insgesamt 133 Nennungen verteilen sich auf eine Vielzahl von Krankheiten; vergleichsweise häufig erwähnt wurden Allergien (16 Nennungen), Schilddrüsenerkrankungen (15 Nennungen), Polio bzw. Post-Polio-Syndrom (zehn Nennungen), Parkinson (acht Nennungen) und Polyneuropathie (fünf Nennungen).

Eine nach dem Alter der Befragten differenzierte Darstellung findet sich in Tabelle 31. Darin wird zugunsten einer besseren Übersichtlichkeit lediglich der Anteil der Befragten in der jeweiligen Altersgruppe angegeben, der unter starken oder mittleren Beschwerden leidet.

**Tabelle 31: Beschwerden durch chronische Erkrankungen nach Altersgruppen (%-Anteil der Befragten mit starken oder mittleren Beschwerden)**

|                                                        | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|--------------------------------------------------------|-------------|-------------|-----------|--------|
| Herz- oder Kreislauferkrankung, Durchblutungsstörungen | 22,1        | 32,5        | 42,2      | 29,9   |
| Gelenk-, Knochen-, Bandscheiben- oder Rückenleiden     | 44,1        | 51,5        | 61,8      | 50,2   |
| Atemwegserkrankung, Asthma, Atemnot                    | 10,4        | 12,2        | 14,9      | 11,9   |
| Magen- oder Darmerkrankung                             | 6,3         | 8,2         | 10,0      | 7,8    |
| Diabetes                                               | 7,4         | 9,9         | 12,9      | 9,4    |
| Krebserkrankung                                        | 2,8         | 3,5         | 5,2       | 3,5    |
| Gallen-, Leber-, Nieren- oder Blasenleiden             | 6,2         | 8,7         | 15,7      | 8,8    |
| Augenleiden, Sehstörungen                              | 18,0        | 21,8        | 41,4      | 23,3   |
| Ohrenleiden, Schwerhörigkeit                           | 10,8        | 17,9        | 29,7      | 16,9   |
| Schlafstörungen                                        | 17,5        | 15,3        | 22,9      | 17,3   |
| Vergesslichkeit, Gedächtnisstörungen                   | 6,2         | 10,3        | 21,7      | 10,4   |
| Niedergeschlagenheit, Depressionen                     | 5,6         | 6,5         | 8,8       | 6,5    |
| andere Erkrankung(en)                                  | 7,4         | 5,3         | 7,2       | 6,4    |
| N (jede Zeile)                                         | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: A.5a.

Bei nahezu allen abgefragten Erkrankungen ist ein Zusammenhang mit dem Alter der Befragten dergestalt zu erkennen, dass starke oder mittlere Beschwerden bei den 60-69-Jährigen am seltensten und bei den ab 80-Jährigen am häufigsten anzutreffen sind. So leiden 42,2% der ab 80-Jährigen unter Herz- oder Kreislauferkrankungen bzw. Durchblutungsstörungen, bei den 70-79-Jährigen sind es 32,5% und bei den 60-69-Jährigen 22,1%.

Zusätzlich zu dem Vorliegen von Beschwerden durch chronische Erkrankungen wurde erfragt, inwieweit die Beschwerden, falls vorhanden, auch angemessen behandelt werden. Die Antworten auf diese Frage können Tabelle 32 entnommen werden.

**Tabelle 32: Angemessene Behandlung von Beschwerden durch chronische Erkrankungen nach Altersgruppen (in %)**

|      | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|------|-------------|-------------|-----------|--------|
| ja   | 70,3        | 76,5        | 81,1      | 74,8   |
| nein | 12,1        | 7,8         | 7,6       | 9,4    |
| k.A. | 17,6        | 15,7        | 11,2      | 15,8   |
| N    | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: A.5b.

Lediglich 9,4% der Befragten gaben an, unter Beschwerden durch chronische Erkrankungen zu leiden, die nicht angemessen behandelt werden würden. Mit 12,1% liegt der Anteil bei den 60-69-Jährigen etwas höher als bei den anderen Altersgruppen mit 7,8% bzw.

7,6%. Die Angaben der weiblichen Befragten unterscheiden sich nicht wesentlich von denen der männlichen (siehe Tabelle A-3). Von den Befragten, die sich durch eine chronische Erkrankung oder Behinderung im täglichen Leben stark eingeschränkt fühlen, gaben 15,6% an, dass ihre Beschwerden nicht angemessen behandelt werden würden, bei den übrigen Befragten waren es lediglich 8,4% (siehe Tabelle A-4).

Mit 27,6% ist mehr als ein Viertel der Befragten im Besitz eines Schwerbehindertenausweises (siehe Tabelle 33). Deutlich höher ist der Anteil mit 40,6% bei den ab 80-Jährigen.

**Tabelle 33: Vorliegen einer Schwerbehinderung nach Altersgruppen (in %)**

|      | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|------|-------------|-------------|-----------|--------|
| ja   | 23,7        | 26,7        | 40,6      | 27,6   |
| nein | 70,3        | 68,9        | 55,0      | 67,4   |
| k.A. | 6,0         | 4,4         | 4,4       | 5,0    |
| N    | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: A.6.

Insgesamt 414 Befragte teilten den Grad der Behinderung mit. Dieser beträgt in 114 Fällen 50, in 119 Fällen bis 75, in 85 Fällen bis 90 und in 55 Fällen 100. Außerdem wurden in 41 Fällen geringere Grade der Behinderung als 50 genannt; hier dürfte in der Regel kein Schwerbehindertenausweise vorhanden sein, sondern ein Dokument, aus dem der Grad der Behinderung hervorgeht.

Lediglich 5,1% der Befragten erhalten Leistungen der Pflegeversicherung, wobei erwartungsgemäß der Anteil bei den ab 80-Jährigen mit 18,5% deutlich höher ist als bei den anderen Altersgruppen (siehe Tabelle 34).

**Tabelle 34: Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung nach Altersgruppen (in %)**

|      | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|------|-------------|-------------|-----------|--------|
| ja   | 2,6         | 2,9         | 18,5      | 5,1    |
| nein | 93,3        | 93,9        | 77,1      | 91,2   |
| k.A. | 4,0         | 3,3         | 4,4       | 3,7    |
| N    | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: A.7.

74 der Befragten teilten die Pflegestufe mit, in 46 Fällen war es die Pflegestufe I, in 27 Fällen die Pflegestufe II und in lediglich einem Fall die Pflegestufe III.

### 3.4 Nutzung der ambulanten Gesundheitsversorgung

Innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Befragung waren die allermeisten Befragten jeweils mindestens einmal bei einem praktischen Arzt (bzw. ihrem Hausarzt), einem Zahnarzt und einem anderen Facharzt in Behandlung.<sup>44</sup>

**Tabelle 35: Häufigkeit des Besuchs von Ärzten in den letzten 12 Monaten nach Altersgruppen (in %)**

|                         | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|-------------------------|-------------|-------------|-----------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i> |             |             |           |        |
| einmal                  | 12,5        | 8,2         | 4,8       | 9,4    |
| zwei- bis viermal       | 46,9        | 44,1        | 44,2      | 45,2   |
| häufiger                | 34,5        | 44,1        | 48,6      | 41,0   |
| nie bzw. k.A.           | 6,1         | 3,7         | 2,4       | 4,4    |
| N                       | 646         | 769         | 249       | 1.664  |
| <i>Zahnärzte</i>        |             |             |           |        |
| einmal                  | 35,1        | 34,7        | 35,7      | 35,0   |
| zwei- bis viermal       | 47,2        | 47,7        | 40,6      | 46,5   |
| häufiger                | 9,3         | 8,5         | 7,2       | 8,6    |
| nie bzw. k.A.           | 8,4         | 9,1         | 16,5      | 10,0   |
| N                       | 646         | 769         | 249       | 1.664  |
| <i>Fachärzte</i>        |             |             |           |        |
| einmal                  | 23,2        | 21,2        | 16,1      | 21,2   |
| zwei- bis viermal       | 42,9        | 47,3        | 53,8      | 46,6   |
| häufiger                | 20,7        | 22,8        | 18,9      | 21,4   |
| nie bzw. k.A.           | 13,2        | 8,7         | 11,2      | 10,8   |
| N                       | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Fragen: B.1, B.3 und B.5.

9,4% der Befragten hatten innerhalb der letzten zwölf Monate einmal Kontakt zu einem praktischen Arzt, 45,2% zwei- bis viermal und 41,0% häufiger; lediglich 4,4% der Befragten berichteten keinen solchen (siehe Tabelle 35). Die ab 80-Jährigen besuchten etwas häufiger praktische Ärzte als die Angehörigen anderer Altersgruppen. 35,0% der Befragten waren in den vergangenen zwölf Monaten einmal bei einem Zahnarzt in Behandlung, 46,5% zwei- bis viermal und 8,6% noch häufiger. Nur 10,0% waren nicht zahnärztlich betreut; bei den ab 80-Jährigen liegt der Wert mit 16,5% höher, was auf einen größeren Anteil von Personen mit Vollprothesen zurückzuführen sein könnte. 21,2% der Befragten gaben einen, 46,6% zwei bis vier Facharztbesuche an, bei 21,4% waren es fünf oder mehr. Lediglich 10,8% der Befragten suchten in den vergangenen zwölf Monaten keinen Facharzt auf.

Frauen besuchen geringfügig häufiger als Männer praktische Ärzte und Fachärzte (siehe Tabelle A-5). Die durch chronische Erkrankungen oder Behinderungen im täglichen Leben

stark Eingeschränkten besuchen allerdings sehr viel häufiger als andere praktische Ärzte und Fachärzte; 71,5% von ihnen sehen praktische Ärzte und 43,8% Fachärzte mehr als viermal im Jahr (siehe Tabelle A-6).

In den nachfolgenden Tabellen zu Arztbesuchen werden lediglich diejenigen Befragten berücksichtigt, die innerhalb der letzten zwölf Monate mindestens einmal einen Arzt der entsprechenden Kategorie (praktischer Arzt bzw. Hausarzt, Zahnarzt, Facharzt) aufgesucht haben.

**Tabelle 36: „Termin in angemessener Zeit“ nach Altersgruppen (in %)**

|                                  | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|----------------------------------|-------------|-------------|-----------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i>          |             |             |           |        |
| ja                               | 86,2        | 89,7        | 92,2      | 88,7   |
| nein                             | 4,4         | 2,7         | 1,6       | 3,2    |
| kein Termin vereinbart bzw. k.A. | 9,4         | 7,6         | 6,1       | 8,1    |
| N                                | 607         | 741         | 243       | 1.591  |
| <i>Zahnärzte</i>                 |             |             |           |        |
| ja                               | 96,3        | 94,3        | 90,4      | 94,5   |
| nein                             | 1,4         | 1,4         | 1,4       | 1,4    |
| kein Termin vereinbart bzw. k.A. | 2,4         | 4,3         | 8,2       | 4,1    |
| N                                | 592         | 699         | 208       | 1.499  |
| <i>Fachärzte</i>                 |             |             |           |        |
| ja                               | 83,1        | 84,6        | 89,6      | 84,8   |
| nein                             | 14,3        | 12,4        | 6,8       | 12,3   |
| kein Termin vereinbart bzw. k.A. | 2,7         | 3,0         | 3,7       | 3,0    |
| N                                | 561         | 702         | 221       | 1.484  |

Fragen: B.2a, B.4a und B.6a.

Hinsichtlich der Vergabe von Terminen war der Großteil der Befragten der Auffassung, in angemessener Zeit einen Termin bekommen zu haben (siehe Tabelle 36). Gegenteilig äußerten sich in Bezug auf praktische Ärzte 3,2% und in Bezug auf Zahnärzte 1,4% der Befragten. Deutlich höher liegt der entsprechende Wert mit 12,3% allerdings für Facharztbesuche.

Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es an dieser Stelle nicht (siehe Tabelle A-7). Die durch chronische Erkrankungen oder Behinderungen stark Eingeschränkten waren mit 15,5% überdurchschnittlich häufig mit der Terminvergabe bei Fachärzten unzufrieden (siehe Tabelle A-8), während privat Versicherte mit 3,7% sehr viel seltener unzufrieden waren als gesetzlich Versicherte mit 13,7% (siehe Tabelle A-9).

**Tabelle 37: „Sprechstundenhilfe freundlich und hilfsbereit“ nach Altersgruppen (in %)**

|                         | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|-------------------------|-------------|-------------|-----------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i> |             |             |           |        |
| ja                      | 95,9        | 97,8        | 97,5      | 97,0   |
| nein                    | 3,3         | 1,6         | 1,6       | 2,3    |
| k.A.                    | 0,8         | 0,5         | 0,8       | 0,7    |
| N                       | 607         | 741         | 243       | 1.591  |
| <i>Zahnärzte</i>        |             |             |           |        |
| ja                      | 98,5        | 98,3        | 99,0      | 98,5   |
| nein                    | 0,8         | 0,4         | 0,0       | 0,5    |
| k.A.                    | 0,7         | 1,3         | 1,0       | 1,0    |
| N                       | 592         | 699         | 208       | 1.499  |
| <i>Fachärzte</i>        |             |             |           |        |
| ja                      | 93,4        | 94,9        | 98,2      | 94,8   |
| nein                    | 5,3         | 3,7         | 1,4       | 4,0    |
| k.A.                    | 1,2         | 1,4         | 0,5       | 1,2    |
| N                       | 561         | 702         | 221       | 1.484  |

Fragen: B.2b, B.4b und B.6b.

Mit dem Verhalten der Sprechstundenhilfen waren die allermeisten Befragten zufrieden (siehe Tabelle 37). Lediglich 2,3% der Befragten fanden die Sprechstundenhilfen bei praktischen Ärzten nicht freundlich und hilfsbereit, bei Zahnärzten waren es sogar nur 0,5%, bei Fachärzten dagegen mit 4,0% ein geringfügig höherer Anteil.

An dieser Stelle zeigen sich keine erwähnenswerten Unterschiede, wenn man nach Geschlecht, dem Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein einer starken Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung bzw. der Art der Krankenversicherung differenziert (siehe die Tabellen A-10, A-11 und A-12).

**Tabelle 38: „Arzt hat Sorgen und Wünsche ernst genommen“ nach Altersgruppen (in %)**

|                         | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|-------------------------|-------------|-------------|-----------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i> |             |             |           |        |
| ja                      | 92,8        | 93,9        | 93,4      | 93,4   |
| nein                    | 5,9         | 4,7         | 3,3       | 5,0    |
| k.A.                    | 1,3         | 1,3         | 3,3       | 1,6    |
| N                       | 607         | 741         | 243       | 1.591  |
| <i>Zahnärzte</i>        |             |             |           |        |
| ja                      | 95,9        | 96,7        | 96,6      | 96,4   |
| nein                    | 2,0         | 1,1         | 1,4       | 1,5    |
| k.A.                    | 2,0         | 2,1         | 1,9       | 2,1    |
| N                       | 592         | 699         | 208       | 1.499  |
| <i>Fachärzte</i>        |             |             |           |        |
| ja                      | 91,1        | 92,9        | 95,5      | 92,6   |
| nein                    | 7,1         | 4,8         | 3,6       | 5,5    |
| k.A.                    | 1,8         | 2,3         | 0,9       | 1,9    |
| N                       | 561         | 702         | 221       | 1.484  |

Fragen: B.2c, B.4c und B.6c.

Der ganz überwiegende Teil der Befragten war der Ansicht, dass ihre Sorgen und Wünsche vom Arzt ernst genommen worden waren (siehe Tabelle 38). Lediglich 5,0% der Befragten waren bezüglich des Besuchs praktischer Ärzte und 5,5% bezüglich des Besuchs von Fachärzten anderer Meinung, in Bezug auf Zahnärzte liegt der entsprechende Wert bei lediglich 1,5%.

Während eine geschlechtsspezifische Betrachtung hier keine Unterschiede zu Tage bringt (siehe Tabelle A-13), sind die privat Versicherten bei den praktischen Ärzten mit 2,3% seltener unzufrieden als die gesetzlich Versicherten mit 5,5% (siehe Tabelle A-15). Stark im täglichen Leben durch Erkrankungen oder Behinderungen Eingeschränkte sind mit 11,2% bzw. 8,4% überdurchschnittlich oft der Auffassung, dass praktische Ärzte bzw. Fachärzte ihre Sorgen und Wünsche nicht ernst genommen haben (siehe Tabelle A-14).

**Tabelle 39: „Arzt hat alles Wichtige genau genug erklärt“ nach Altersgruppen (in %)**

|                         | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|-------------------------|-------------|-------------|-----------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i> |             |             |           |        |
| ja                      | 88,8        | 90,0        | 87,2      | 89,1   |
| nein                    | 9,4         | 8,1         | 7,0       | 8,4    |
| k.A.                    | 1,8         | 1,9         | 5,8       | 2,5    |
| N                       | 607         | 741         | 243       | 1.591  |
| <i>Zahnärzte</i>        |             |             |           |        |
| ja                      | 95,3        | 95,0        | 91,8      | 94,7   |
| nein                    | 2,4         | 2,6         | 2,9       | 2,5    |
| k.A.                    | 2,4         | 2,4         | 5,3       | 2,8    |
| N                       | 592         | 699         | 208       | 1.499  |
| <i>Fachärzte</i>        |             |             |           |        |
| ja                      | 87,7        | 89,9        | 91,9      | 89,4   |
| nein                    | 10,5        | 7,5         | 4,1       | 8,2    |
| k.A.                    | 1,8         | 2,6         | 4,1       | 2,5    |
| N                       | 561         | 702         | 221       | 1.484  |

Fragen: B.2d, B.4d und B.6d.

Die meisten Befragten fühlten sich auch ausreichend informiert, das heißt, sie waren der Auffassung, dass der Arzt ihnen alles Wichtige genau genug erklärt habe (siehe Tabelle 39). Im Hinblick auf Zahnarztbesuche waren lediglich 2,5% anderer Meinung, bei praktischen Ärzten und Fachärzten waren es immerhin 8,4 bzw. 8,2%.

Bei diesem Punkt ergibt eine Differenzierung nach Geschlecht oder Art der Krankenversicherung keine nennenswerten Unterschiede (siehe die Tabellen A-16 und A-18). Von den Befragten, die sich durch chronische Erkrankungen oder Behinderungen im täglichen Leben stark eingeschränkt fühlen, waren bezüglich aller drei Arztkategorien überdurchschnittliche hohe Anteile – 14,3% bei den praktischen Ärzten, 6,2% bei den Zahnärzten

und 13,0% bei den Fachärzten – der Auffassung, dass ihnen nicht alles Wichtige genau genug erklärt worden sei (Tabelle A-17).

**Tabelle 40: „Alles in allem zufrieden mit Arztbesuch“ nach Altersgruppen (in %)**

|                         | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|-------------------------|-------------|-------------|-----------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i> |             |             |           |        |
| ja                      | 89,6        | 90,1        | 90,5      | 90,0   |
| nein                    | 9,1         | 8,0         | 7,4       | 8,3    |
| k.A.                    | 1,3         | 1,9         | 2,1       | 1,7    |
| N                       | 607         | 741         | 243       | 1.591  |
| <i>Zahnärzte</i>        |             |             |           |        |
| ja                      | 94,4        | 95,3        | 93,3      | 94,7   |
| nein                    | 3,7         | 2,6         | 2,9       | 3,1    |
| k.A.                    | 1,9         | 2,1         | 3,8       | 2,3    |
| N                       | 592         | 699         | 208       | 1.499  |
| <i>Fachärzte</i>        |             |             |           |        |
| ja                      | 86,6        | 89,2        | 90,0      | 88,3   |
| nein                    | 11,6        | 7,7         | 6,3       | 9,0    |
| k.A.                    | 1,8         | 3,1         | 3,6       | 2,7    |
| N                       | 561         | 702         | 221       | 1.484  |

Fragen: B.2e, B.4e und B.6e.

Auch die Fragen nach der generellen Zufriedenheit mit Arztbesuchen wurden jeweils von einer großen Mehrheit der Befragten positiv beantwortet (siehe Tabelle 40). Unzufrieden waren 8,3% der Befragten mit praktischen Ärzten, 3,1% mit Zahnärzten und 9,0% mit Fachärzten. Für den Fall einer negativen Antwort wurde um die Angabe einer Begründung gebeten.

108 von 132 Befragten, die mit Besuchen bei praktischen Ärzten (bzw. ihrem Hausarzt) nicht zufrieden gewesen waren, nannten insgesamt 117 Begründungen hierfür:

- Die Ärzte hätten zu wenig Zeit gehabt oder wären immer in Eile gewesen (47 Nennungen).
- Die Befragten seien nicht genügend ernst genommen bzw. unpersönlich behandelt worden (19 Nennungen).
- Diagnosen oder Behandlungen seien unzureichend gewesen bzw. Überweisungen unterblieben (18 Nennungen).
- Die Wartezeiten seien zu lang gewesen (13 Nennungen).
- Die Befragten seien nicht ausreichend informiert worden (zwölf Nennungen).
- Hohe Kosten mussten oder sollten von den Befragten selbst getragen werden (drei Nennungen).
- Sonstige Gründe (fünf Nennungen).

35 der 46 Befragten, die mit Zahnarztbesuchen unzufrieden gewesen waren, begründeten dies:

- Diagnosen oder Behandlungen seien unzureichend gewesen bzw. Überweisungen unterblieben (zehn Nennungen).
- Hohe Kosten mussten oder sollten von den Befragten selbst getragen werden (zehn Nennungen).
- Die Befragten seien nicht genügend ernst genommen worden (fünf Nennungen).
- Die Befragten seien nicht ausreichend informiert worden (drei Nennungen).
- Die Wartezeiten seien zu lang gewesen (drei Nennungen).
- Die Ärzte hätten zu wenig Zeit gehabt (zwei Nennungen).
- Sonstige Gründe (zwei Nennungen).

114 von 133 Befragten, die mit Besuchen bei Fachärzten nicht zufrieden gewesen waren, nannten insgesamt 126 Begründungen dafür:

- Die Ärzte hätten zu wenig Zeit gehabt oder wären immer in Eile gewesen (29 Nennungen).
- Diagnosen oder Behandlungen seien unzureichend gewesen bzw. Überweisungen unterblieben (22 Nennungen).
- Die Wartezeiten seien zu lang gewesen (21 Nennungen).
- Die Befragten seien nicht genügend ernst genommen bzw. unpersönlich behandelt worden (19 Nennungen).
- Die Befragten seien nicht ausreichend informiert worden (zehn Nennungen).
- Hohe Kosten mussten oder sollten von den Befragten selbst getragen werden (sieben Nennungen).
- Die Befragten seien nicht privat versichert (sieben Nennungen).
- Sonstige Gründe (elf Nennungen).

Während zwischen der Art der Krankenversicherung und der Gesamtzufriedenheit mit Arztbesuchen kein Zusammenhang besteht (siehe Tabelle A-21), ergibt sich bei einer Differenzierung nach Geschlecht, dass Frauen mit einem Anteil von 9,6% bei praktischen Ärzten geringfügig häufiger unzufrieden sind als Männer mit 6,1% (siehe Tabelle A-19). Befragte, die sich durch chronische Erkrankungen oder Behinderungen im täglichen Leben stark eingeschränkt fühlen, sind bei praktischen Ärzten mit 17,9% deutlich überdurchschnittlich und bei Fachärzten mit 13,8% etwas überdurchschnittlich häufig unzufrieden (siehe Tabelle A-20).

Zum Abschluss der Frageblöcke zu den Arztbesuchen wurde jeweils danach gefragt, ob man sich schlechter behandelt gefühlt habe als andere Patienten. Dies wurde durchgängig von der ganz überwiegenden Zahl der Befragten verneint. Eine Benachteiligung wurde bei praktischen Ärzten von 5,2%, bei Zahnärzten von 2,4% und bei Fachärzten von 6,4% der Befragten empfunden (siehe Tabelle 41).

**Tabelle 41: „Gefühl, schlechter behandelt zu werden als andere“ nach Altersgruppen (in %)**

|                         | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|-------------------------|-------------|-------------|-----------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i> |             |             |           |        |
| ja                      | 6,6         | 4,2         | 4,9       | 5,2    |
| nein                    | 90,6        | 93,9        | 90,1      | 92,1   |
| k.A.                    | 2,8         | 1,9         | 4,9       | 2,7    |
| N                       | 607         | 741         | 243       | 1.591  |
| <i>Zahnärzte</i>        |             |             |           |        |
| ja                      | 3,2         | 1,7         | 2,4       | 2,4    |
| nein                    | 93,1        | 95,4        | 91,8      | 94,0   |
| k.A.                    | 3,7         | 2,9         | 5,8       | 3,6    |
| N                       | 592         | 699         | 208       | 1.499  |
| <i>Fachärzte</i>        |             |             |           |        |
| ja                      | 7,8         | 6,0         | 4,1       | 6,4    |
| nein                    | 88,4        | 91,2        | 91,9      | 90,2   |
| k.A.                    | 3,7         | 2,8         | 4,1       | 3,4    |
| N                       | 561         | 702         | 221       | 1.484  |

Fragen: B.2f, B.4f und B.6f.

65 der 83 Befragten, die sich bei praktischen Ärzten benachteiligt gefühlt hatten, gaben insgesamt 67 Begründungen hierfür:

- Die Befragten seien nicht privat versichert (45 Nennungen).
- Die Befragten seien alt oder Rentner (sechs Nennungen).
- Die Befragten seien aufgrund ihrer konkreten Erkrankung schlechter behandelt worden (vier Nennungen).
- Andere Patienten hätten weniger lange warten müssen (drei Nennungen).
- Bei anderen Patienten wären mehr Untersuchungen oder Behandlungsmaßnahmen erfolgt (drei Nennungen).
- Die Befragten seien arm oder arbeitslos (zwei Nennungen).
- Sonstige Gründe (vier Nennungen).

20 der 36 Befragten, die bei Zahnarztbesuchen Benachteiligungen empfunden hatten, nannten alles in allem 22 Begründungen dafür:

- Die Befragten seien nicht privat versichert (zwölf Nennungen).
- Die Befragten seien nicht wohlhabend (zwei Nennungen).

- Die Befragten seien aufgrund ihrer konkreten Erkrankung schlechter behandelt worden (zwei Nennungen).
- Sonstige Gründe (sechs Nennungen).

72 der 95 Befragten, die sich bei Fachärzten benachteiligt gefühlt hatten, gaben hierfür insgesamt 77 Begründungen:

- Die Befragten seien nicht privat versichert (49 Nennungen).
- Die Befragten seien alt oder Rentner (sechs Nennungen).
- Die Befragten seien nicht wohlhabend (vier Nennungen).
- Andere Patienten hätten weniger lange warten müssen (sechs Nennungen).
- Bei anderen Patienten seien mehr Untersuchungen oder Behandlungsmaßnahmen erfolgt (sechs Nennungen).
- Die Befragten seien aufgrund ihrer konkreten Erkrankung schlechter behandelt worden (vier Nennungen).
- Sonstige Gründe (zwei Nennungen).

Hinsichtlich einer Benachteiligung bei Ärzten ergibt eine Differenzierung nach dem Geschlecht oder dem Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein einer starken Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung keinen Unterschied (siehe die Tabellen A-22 und A-23). Gesetzlich Versicherte sehen mit einem Anteil von 5,9% bei praktischen Ärzten häufiger eine Benachteiligung als privat Versicherte mit 1,1%, ganz ähnlich sieht es bei Fachärzten mit 7,1% zu 1,2% aus (siehe Tabelle A-24).

### **3.5 Nutzung der stationären Gesundheitsversorgung**

Die Fragen zur Nutzung der stationären Gesundheitsversorgung wurden weitgehend analog zu denen zur ambulanten Gesundheitsversorgung formuliert.

Innerhalb der letzten fünf Jahre vor der Befragung waren 59,0% der Befragten mindestens einmal stationär in einem Krankenhaus in Behandlung (siehe Tabelle 42). Der entsprechende Wert liegt für die 60-69-Jährigen mit 54,3% etwas niedriger als der für die anderen Altersgruppen (61,4% bzw. 63,9%).

**Tabelle 42: Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten 5 Jahren nach Altersgruppen (in %)**

|               | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|---------------|-------------|-------------|-----------|--------|
| einmal        | 32,0        | 33,4        | 37,8      | 33,5   |
| mehrfach      | 22,3        | 28,0        | 26,1      | 25,5   |
| nie bzw. k.A. | 45,6        | 38,7        | 36,1      | 40,9   |
| N             | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: B.7.

Eine geschlechtsspezifische Betrachtung ergibt keinen Unterschied (siehe Tabelle A-25). Erwartungsgemäß waren Befragte, die durch Erkrankungen oder Behinderungen im täglichen Leben stark eingeschränkt sind, im Durchschnitt wesentlich öfter im Krankenhaus als die anderen. 46,9% von den Ersteren waren in den letzten fünf Jahren mehrfach im Krankenhaus, aber lediglich 21,4% von den Letzteren (siehe Tabelle A-26).

**Tabelle 43: „Termin in angemessener Zeit“ nach Altersgruppen (in %)**

|                                  | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|----------------------------------|-------------|-------------|-----------|--------|
| ja                               | 85,8        | 83,7        | 76,7      | 83,3   |
| nein                             | 2,3         | 2,5         | 3,1       | 2,5    |
| kein Termin vereinbart bzw. k.A. | 11,9        | 13,8        | 20,1      | 14,1   |
| N                                | 351         | 472         | 159       | 982    |

Frage: B.8a.

Bezüglich der Vergabe von Terminen war der Großteil der Befragten der Auffassung, in angemessener Zeit einen Termin bekommen zu haben (siehe Tabelle 43). Lediglich 2,5% waren anderer Meinung.

Weder aus einer Differenzierung nach Geschlecht noch aus einer nach dem Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein einer starken Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung noch aus einer nach der Art der Krankenversicherung ergeben sich nennenswerte Unterschiede (siehe die Tabellen A-27, A-28 und A-29).

**Tabelle 44: „Krankenhauspersonal freundlich und hilfsbereit“ nach Altersgruppen (in %)**

|      | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|------|-------------|-------------|-----------|--------|
| ja   | 91,5        | 93,0        | 89,9      | 92,0   |
| nein | 7,1         | 6,1         | 6,9       | 6,6    |
| k.A. | 1,4         | 0,8         | 3,1       | 1,4    |
| N    | 351         | 472         | 159       | 982    |

Frage: B.8b.

Mit dem Verhalten des Krankenhauspersonals waren ebenfalls die meisten Befragten zufrieden (siehe Tabelle 44). Lediglich 6,6% der Befragten fanden das Personal nicht freundlich und hilfsbereit. Dieser Wert liegt geringfügig höher als die entsprechenden bei

der Einschätzung der Sprechstundenhilfen der Ärzte der verschiedenen betrachteten Kategorien (siehe Tabelle 37 in Kapitel 3.4).

Die weiblichen Befragten beurteilten das Krankenhauspersonal geringfügig kritischer als die männlichen – 7,9% der Frauen, aber lediglich 4,6% der Männer fanden es nicht freundlich und hilfsbereit (siehe Tabelle A-30). Aus dem Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein einer starken Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung und aus der Art der Krankenversicherung ergeben sich an dieser Stelle keine Unterschiede (siehe die Tabellen A-31 und A-32).

**Tabelle 45: „Ärzte haben Sorgen und Wünsche ernst genommen“ nach Altersgruppen (in %)**

|      | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|------|-------------|-------------|-----------|--------|
| ja   | 90,0        | 89,8        | 86,8      | 89,4   |
| nein | 8,3         | 8,5         | 8,2       | 8,4    |
| k.A. | 1,7         | 1,7         | 5,0       | 2,2    |
| N    | 351         | 472         | 159       | 982    |

Frage: B.8c.

Der ganz überwiegende Teil der Befragten war der Ansicht, dass ihre Sorgen und Wünsche von den Ärzten ernst genommen worden waren (siehe Tabelle 45). Lediglich 8,4% der Befragten waren an dieser Stelle anderer Meinung. Das ist ein geringfügig höherer Anteil der Befragten als bei der Frage bezüglich der ambulanten Gesundheitsversorgung (siehe Tabelle 38 in Kapitel 3.4).

Bei diesem Punkt ergibt sich aus einer geschlechtsspezifischen Betrachtung kein Unterschied (siehe Tabelle A-33). Bei den Befragten, die durch chronische Erkrankungen oder Behinderungen stark eingeschränkt sind, sind mit 15,2% recht viele der Meinung, dass ihre Sorgen und Wünsche nicht ernst genommen worden seien (siehe Tabelle A-34). Bei den gesetzlich Versicherten liegt der entsprechende Wert mit 8,8% geringfügig über dem bei den privat Versicherten mit 5,6% (siehe Tabelle A-35).

**Tabelle 46: „Ärzte haben alles Wichtige genau genug erklärt“ nach Altersgruppen (in %)**

|      | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|------|-------------|-------------|-----------|--------|
| ja   | 87,7        | 89,2        | 84,3      | 87,9   |
| nein | 9,7         | 9,7         | 9,4       | 9,7    |
| k.A. | 2,6         | 1,1         | 6,3       | 2,4    |
| N    | 351         | 472         | 159       | 982    |

Frage: B.8d.

Die meisten Befragten fühlten sich auch ausreichend informiert, das heißt, sie waren der Auffassung, dass die Ärzte ihnen alles Wichtige genau genug erklärt haben (siehe Tabelle

46). Lediglich 9,7% waren hier anderer Auffassung. In ähnlicher Weise hatten die Befragten sich in Bezug auf praktische Ärzte und Fachärzte geäußert (siehe Tabelle 39 in Kapitel 3.4).

Während sich bei Differenzierungen nach Geschlecht und Art der Krankenversicherung keine Unterschiede zeigen (siehe die Tabellen A-36 und A-38), urteilen die durch chronische Erkrankungen oder Behinderungen im täglichen Leben stark Eingeschränkten kritischer als die anderen Befragten – 15,7% der Ersteren, aber nur 8,1% der Letzteren waren der Ansicht, dass die Ärzte ihnen nicht alles Wichtige genau genug erklärt hätten (siehe Tabelle A-37).

**Tabelle 47: „Alles in allem zufrieden mit ärztlicher Versorgung“ nach Altersgruppen (in %)**

|      | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|------|-------------|-------------|-----------|--------|
| ja   | 88,6        | 89,4        | 89,3      | 89,1   |
| nein | 9,7         | 9,1         | 7,5       | 9,1    |
| k.A. | 1,7         | 1,5         | 3,1       | 1,8    |
| N    | 351         | 472         | 159       | 982    |

Frage: B.8e.

Auch die Frage nach der generellen Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung in Krankenhäusern wurde von einer großen Mehrheit der Befragten positiv beantwortet (siehe Tabelle 47). Unzufrieden waren lediglich 9,1% der Befragten. Auch dies entspricht weitgehend den Angaben der Befragten in Bezug auf praktische Ärzte und Fachärzte (siehe Tabelle 40 in Kapitel 3.4).

73 der 89 Befragten, die eine negative Beurteilung gegeben hatten, nannten insgesamt 82 Gründe hierfür:

- Diagnosen oder Behandlungen seien unzureichend gewesen (29 Nennungen).
- Die Befragten seien nicht genügend ernst genommen bzw. unpersönlich behandelt worden (24 Nennungen).
- Die Ärzte hätten zu wenig Zeit gehabt oder wären immer in Eile gewesen (14 Nennungen).
- Die Befragten seien nicht ausreichend informiert worden (neun Nennungen).
- Sonstige Gründe (sechs Nennungen).

Während eine Unterscheidung nach Geschlecht oder Art der Krankenversicherung keine Differenzen ergibt (siehe die Tabellen A-39 und A-41), urteilen auch an dieser Stelle die durch chronische Erkrankungen oder Behinderungen im täglichen Leben stark Einge-

schränkten kritischer als die anderen – 15,2% von ihnen waren nicht zufrieden mit der ärztlichen Versorgung, bei den übrigen Befragten waren es nur 7,6% (siehe Tabelle A-40).

**Tabelle 48: „Alles in allem zufrieden mit pflegerischer Versorgung“ nach Altersgruppen (in %)**

|      | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|------|-------------|-------------|-----------|--------|
| ja   | 86,9        | 89,2        | 81,1      | 87,1   |
| nein | 10,8        | 9,3         | 13,8      | 10,6   |
| k.A. | 2,3         | 1,5         | 5,0       | 2,3    |
| N    | 351         | 472         | 159       | 982    |

Frage: B.8f.

Die Frage nach der generellen Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung in Krankenhäusern wurden ebenfalls von einer großen Mehrheit der Befragten positiv beantwortet (siehe Tabelle 48). Unzufrieden waren 10,6% der Befragten, wobei der Wert für die ab 80-Jährigen mit 13,8% geringfügig höher liegt.

81 der 104 Befragten, die eine negative Beurteilung gegeben hatten, gaben insgesamt 89 Begründungen:

- Das Personal hätte zu wenig Zeit gehabt oder wäre immer in Eile gewesen (29 Nennungen).
- Die Befragten seien nicht genügend ernst genommen worden oder die Behandlung sei unpersönlich oder unfreundlich gewesen (22 Nennungen).
- Die Pflege oder Behandlung sei unzureichend gewesen (14 Nennungen).
- Es habe Personalmangel geherrscht bzw. das Personal sei überlastet gewesen (zwölf Nennungen).
- Das Krankenhausessen sei nicht gut gewesen (vier Nennungen).
- Sonstige Gründe (acht Nennungen).

Auch bei diesem Punkt ergibt eine Differenzierung nach Geschlecht oder Art der Krankenversicherung keine Unterschiede (siehe die Tabellen A-42 und A-44). Die durch chronische Erkrankungen oder Behinderungen im täglichen Leben stark Eingeschränkten sind auch hier überdurchschnittlich kritisch – 15,7% waren mit der pflegerischen Versorgung nicht zufrieden, bei den übrigen Befragten waren es hingegen 9,2% (siehe Tabelle A-43).

**Tabelle 49: „Gefühl, schlechter behandelt zu werden als andere“ nach Altersgruppen (in %)**

|      | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|------|-------------|-------------|-----------|--------|
| ja   | 5,7         | 5,1         | 1,9       | 4,8    |
| nein | 91,7        | 92,6        | 93,7      | 92,5   |
| k.A. | 2,6         | 2,3         | 4,4       | 2,7    |
| N    | 351         | 472         | 159       | 982    |

Frage: B.8g.

Zum Abschluss des Frageblocks zu den Krankenhausaufenthalten wurde danach gefragt, ob man sich schlechter behandelt gefühlt habe als andere Patienten. Dies wurde von der ganz überwiegenden Zahl der Befragten verneint. Eine Benachteiligung wurde von 4,8% der Befragten empfunden, wobei der Anteil bei den ab 80-Jährigen mit lediglich 1,9% am niedrigsten ist (siehe Tabelle 49). Der Gesamtwert von 4,8% liegt auf einem ähnlichen Niveau wie die Angaben der Befragten hinsichtlich der ambulanten Versorgung durch die Ärzte der verschiedenen Kategorien (siehe Tabelle 41 in Kapitel 3.4).

29 der 47 Befragten, die eine Benachteiligung empfunden hatten, nannten insgesamt 32 Begründungen:

- Die Befragten seien nicht privat versichert (16 Nennungen).
- Andere Patienten seien besser behandelt worden (sechs Nennungen).
- Die Befragten oder deren Angehörigen hätten ihre Interessen nicht mit genügend Nachdruck vertreten können (drei Nennungen).
- Die Befragten seien alt (zwei Nennungen).
- Sonstige Gründe (fünf Nennungen).

In Bezug auf Benachteiligungen bei Krankenhausaufenthalten ergeben sich keine Unterschiede, wenn man nach Geschlecht, dem Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein einer starken Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung bzw. der Art der Krankenversicherung differenziert (siehe die Tabellen A-45, A-46 und A-47).

### **3.6 Nutzung von Reha-Maßnahmen, ambulanten Pflegediensten und Präventionsangeboten**

Hinsichtlich der Nutzung von Reha-Einrichtungen wurden die Befragten aus Platzgründen lediglich danach gefragt, ob sie in den vergangenen Jahren einmal oder mehrfach stationär in einer solchen Einrichtung behandelt worden waren. Insgesamt waren 18,3% der befragten Personen im relevanten Zeitraum einmal und 4,7% mehrmals stationär in Reha-Einrichtungen gewesen (siehe Tabelle 50). Bei den 70-79-Jährigen ist der Anteil mit insgesamt 24,6% am höchsten, bei den ab 80-Jährigen mit 20,1% am niedrigsten.

**Tabelle 50: Häufigkeit von Aufenthalten in Reha-Einrichtungen nach Altersgruppen (in %)**

|               | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|---------------|-------------|-------------|-----------|--------|
| einmal        | 17,0        | 20,3        | 15,3      | 18,3   |
| mehrfach      | 5,3         | 4,3         | 4,8       | 4,7    |
| nie bzw. k.A. | 77,8        | 75,4        | 79,9      | 77,0   |
| N             | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: B.9.

Deutlich höher ist der Anteil der Personen mit einem oder mehreren Reha-Aufenthalten in den letzten fünf Jahren bei Befragten, die unter einer starken Einschränkung im täglichen Leben durch chronische Erkrankungen bzw. Behinderungen leiden. Bei diesen waren 28,1% einmal und 9,8% mehrfach in Reha-Einrichtungen in stationärer Behandlung (siehe Tabelle 51).

**Tabelle 51: Häufigkeit von Aufenthalten in Reha-Einrichtungen nach starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung (in %)**

|               | starke Einschränkung | keine (starke) Einschränkung | Gesamt |
|---------------|----------------------|------------------------------|--------|
| einmal        | 28,1                 | 16,5                         | 18,3   |
| mehrfach      | 9,8                  | 3,8                          | 4,7    |
| nie bzw. k.A. | 62,1                 | 79,7                         | 77,0   |
| N             | 256                  | 1.385                        | 1.641  |

Frage: B.9.

Ambulante Pflegedienste werden von 3,5% der Befragten regelmäßig (aber nicht unbedingt täglich) und von 1,4% bei Bedarf genutzt (siehe Tabelle 52). Deutlich höher als bei den jüngeren Altersgruppen liegen die entsprechenden Werte mit 13,3% bzw. 2,8% bei den ab 80-Jährigen.

**Tabelle 52: Häufigkeit der Nutzung von ambulanten Pflegediensten nach Altersgruppen (in %)**

|               | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|---------------|-------------|-------------|-----------|--------|
| regelmäßig    | 0,9         | 2,5         | 13,3      | 3,5    |
| bei Bedarf    | 0,6         | 1,7         | 2,8       | 1,4    |
| nie bzw. k.A. | 98,5        | 95,8        | 83,9      | 95,1   |
| N             | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: B.10.

Wenig überraschend ist, dass von starken Einschränkungen im täglichen Leben durch chronische Erkrankungen oder Behinderungen Betroffene deutlich häufiger einen ambulanten Pflegedienst nutzen als die übrigen Befragten (siehe Tabelle 53).

**Tabelle 53: Häufigkeit der Nutzung von ambulanten Pflegediensten nach starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung (in %)**

|               | starke Einschränkung | keine (starke) Einschränkung | Gesamt |
|---------------|----------------------|------------------------------|--------|
| regelmäßig    | 16,0                 | 1,2                          | 3,5    |
| bei Bedarf    | 3,9                  | 0,9                          | 1,4    |
| nie bzw. k.A. | 80,1                 | 97,9                         | 95,1   |
| N             | 256                  | 1.385                        | 1.641  |

Frage: B.10.

Die Frage danach, ob sie regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen würden, wurde von 69,8% der Befragten bejaht (siehe Tabelle 54). Während der Anteil bei den 60-69-Jährigen bei 72,3% und bei den 70-79-Jährigen bei 73,1% liegt, beträgt er bei den ab 80-Jährigen lediglich 53,4%. Geschlechtsspezifische Unterschiede liegen nicht vor (siehe Tabelle A-48), der Anteil der ostdeutschen Befragten, die regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen nutzen, ist mit 71,5% geringfügig höher als derjenige der Westdeutschen mit 68,5% (siehe Tabelle A-49).

**Tabelle 54: Regelmäßige Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen nach Altersgruppen (in %)**

|      | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|------|-------------|-------------|-----------|--------|
| ja   | 72,3        | 73,1        | 53,4      | 69,8   |
| nein | 19,3        | 18,2        | 37,3      | 21,5   |
| k.A. | 8,4         | 8,7         | 9,2       | 8,7    |
| N    | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: B.13.

865 der 1.162 Befragten, die regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen nutzen, konkretisierten diese. Die insgesamt 1.570 Nennungen lassen sich entsprechend den ärztlichen Fachgebieten wie folgt zusammenfassen:

- Allgemeinärztliche bzw. internistische Untersuchungen (351 Nennungen),
- gynäkologische Untersuchungen (315 Nennungen),
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ohne Angabe eines Fachgebietes (188),
- augenärztliche Untersuchungen (173 Nennungen),
- zahnärztliche Untersuchungen (168 Nennungen),
- urologische Untersuchungen (171 Nennungen),
- gastroenterologische Untersuchungen (93 Nennungen),
- anderen Fachgebieten zuzuordnende Untersuchungen (55 Nennungen),
- nicht eindeutig interpretierbare Angaben (31 Nennungen),
- „alle vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen“ (25 Nennungen).

37,8% der Befragten gaben an, schon an gesundheitsorientierten Kursen zu Ernährung oder Bewegung teilgenommen zu haben (siehe Tabelle 55). Die Werte für die Altersgruppen von 60 bis 69 und 70 bis 79 Jahren liegen mit 43,3% bzw. 38,5% deutlich höher als der für die ab 80-Jährigen mit 21,3%. Der Anteil der weiblichen Befragten mit Erfahrung mit gesundheitsorientierten Kursen liegt mit 42,1% deutlich über dem der männlichen Befragten mit 30,4% (siehe Tabelle A-50). Ein Unterschied zwischen West- und Ostdeutschen ist in diesem Punkt nicht festzustellen (siehe Tabelle A-51).

**Tabelle 55: Teilnahme an gesundheitsorientierten Kursen nach Altersgruppen (in %)**

|      | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|------|-------------|-------------|-----------|--------|
| ja   | 43,3        | 38,5        | 21,3      | 37,8   |
| nein | 52,5        | 56,0        | 70,7      | 56,9   |
| k.A. | 4,2         | 5,5         | 8,0       | 5,3    |
| N    | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: B.14.

Von den 864 Befragten mit Erfahrung mit gesundheitsorientierten Kursen machten 517 weitergehende Angaben. In 99 Fällen waren diese zu unspezifisch, um eine eindeutige Zuordnung zu den Bereichen Ernährung oder Bewegung zu ermöglichen, doch da oft auf Reha-Aufenthalte oder Ähnliches hingewiesen wurde, dürfte es sich in vielen Fällen (auch) um Kurse aus dem Bereich Bewegung gehandelt haben. Die übrigen 418 Befragten nannten 177 Kurse aus dem Bereich der Ernährung, darunter 60 zu Ernährung bei Diabetes und 38 zu Ernährung bei Übergewicht. Des Weiteren wurden 348 Kurse aus dem Bereich der Bewegung angeführt, darunter allein 101 Kurse zu Rückenproblemen. Die übrigen Nennungen verteilen sich auf eine Vielzahl von anderen Betätigungen: Gymnastik, Wassergymnastik, Sport, Turnen, Walken und Nordic Walking, Schwimmen, Yoga, Tai Chi, Tanzen usw.

Insgesamt gesehen haben sich auf der Grundlage der wenigen gestellten Fragen für den Bereich der Nutzung von Reha-Maßnahmen, ambulanten Pflegediensten und Präventionsangeboten keine eindeutigen Hinweise auf mögliche Ungleichbehandlungen ergeben.

### **3.7 Nutzung von Medikamenten und Hilfsmitteln**

83,0% der Befragten nehmen regelmäßig von Ärzten verordnete Medikamente ein, die höchste genannte Anzahl sind 21 Medikamente. Lediglich 10,9% der Befragten nehmen überhaupt keine von Ärzten verordneten Medikamente ein; 6,1% ließen diese Frage unbeantwortet (siehe Tabelle 56). Bei den ab 80-Jährigen nehmen 44,6% vier und mehr

Medikamente ein, bei den 70-79-Jährigen sind es dagegen nur 35,6% und bei den 60-69-Jährigen 25,8%.

**Tabelle 56: Anzahl regelmäßig eingenommener verordneter Medikamente nach Altersgruppen (in %)**

|                           | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|---------------------------|-------------|-------------|-----------|--------|
| keine Medikamente         | 16,4        | 8,2         | 4,8       | 10,9   |
| 1-3 Medikamente           | 44,9        | 44,9        | 40,6      | 44,2   |
| 4-10 Medikamente          | 24,3        | 33,9        | 41,8      | 31,4   |
| 11 und mehr Medikamente   | 1,5         | 1,7         | 2,8       | 1,8    |
| Anzahl Medikamente unklar | 5,6         | 5,9         | 5,2       | 5,6    |
| k.A.                      | 7,3         | 5,5         | 4,8       | 6,1    |
| N                         | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: B.15.

Die durch chronische Erkrankungen oder Behinderungen im täglichen Leben stark eingeschränkten Befragten nehmen deutlich mehr ärztlich verordnete Medikamente ein als die anderen (siehe Tabelle A-52).

Nicht von Ärzten verordnete Medikamente werden von 24,2% der Befragten regelmäßig eingenommen (siehe Tabelle 57), wobei die Anzahl sich zwischen einem und acht Medikamenten bewegt. Auch hier nehmen die Angehörigen der höchsten Altersgruppe die meisten Medikamente ein.

**Tabelle 57: Anzahl regelmäßig eingenommener nicht verordneter Medikamente nach Altersgruppen (in %)**

|                           | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|---------------------------|-------------|-------------|-----------|--------|
| keine Medikamente         | 71,4        | 69,8        | 63,9      | 69,5   |
| 1-3 Medikamente           | 17,6        | 21,3        | 28,1      | 20,9   |
| 4 und mehr Medikamente    | 1,7         | 2,0         | 2,4       | 1,9    |
| Anzahl Medikamente unklar | 1,5         | 1,4         | 0,8       | 1,4    |
| k.A.                      | 7,7         | 5,5         | 4,8       | 6,3    |
| N                         | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: B.15.

Befragte, die durch chronische Erkrankungen oder Behinderungen im täglichen Leben stark eingeschränkt sind, nehmen durchschnittlich etwas mehr nicht verordnete Medikamente ein als die übrigen (siehe Tabelle A-53).

Diejenigen Befragten, die regelmäßig von Ärzten verordnete Medikamente einnehmen, wurden ergänzend danach gefragt, ob sie diese genau wie verordnet oder wie sie selbst es für richtig halten einnehmen. Mit 95,8% fast alle Personen gaben an, sich genau an die ärztlichen Vorgaben zu halten (siehe Tabelle 58).

**Tabelle 58: Einnahme der verordneten Medikamente nach Altersgruppen (in %)**

|                                   | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|-----------------------------------|-------------|-------------|-----------|--------|
| genau wie verordnet               | 94,1        | 97,0        | 96,0      | 95,8   |
| wie Befragter es für richtig hält | 4,7         | 1,8         | 2,7       | 3,0    |
| k.A.                              | 1,2         | 1,2         | 1,3       | 1,2    |
| N                                 | 493         | 664         | 225       | 1.382  |

Frage: B.16.

Bedarf, Vorhandensein und Nutzung einer Reihe von Hilfsmitteln wurden detailliert erhoben und im Falle eines Fehlens bzw. einer ausbleibenden Nutzung nach den Gründen dafür gefragt. 95,4% der Befragten gaben an, eine Sehhilfe in Form einer Brille oder in Form von Kontaktlinsen zu benötigen, in ca. zwei Dritteln der Fälle mit einer geringen und im verbleibenden Drittel mit einer hohen Stärke (siehe Tabelle 59). Ein Hörgerät brauchen 13,7%, einen Rollator 4,7%, einen Rollstuhl 2,8%, ein Pflegebett 2,1% und einen Badewannenlifter 3,4%. 58,7% der Befragten gaben an, eine Zahnprothese zu benötigen. Während der Bedarf an Sehhilfen unter den Altersgruppen nicht differiert, unterscheiden sich die Anteile der Personen, die Zahnprothesen benötigen, deutlich voneinander. Sie liegen zwischen 44,7% bei den 60-69-Jährigen und 81,5% bei den ab 80-Jährigen. Ähnlich verhält es sich beim Bedarf an Hörgeräten, der zwischen 6,7% bei der jüngsten und 26,9% bei der höchsten Altersgruppe schwankt. Die übrigen Hilfsmittel (Rollator, Rollstuhl, Pflegebett, Badewannenlifter) werden vor allem von Personen ab 80 Jahren benötigt.

**Tabelle 59: Bedarf an Hilfsmitteln nach Altersgruppen (%-Anteil der Befragten, die Bedarf angeben)**

|                                               | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|-----------------------------------------------|-------------|-------------|-----------|--------|
| Brille oder Kontaktlinsen mit geringer Stärke | 65,8        | 65,1        | 61,8      | 64,9   |
| Brille oder Kontaktlinsen mit hoher Stärke    | 29,3        | 30,7        | 32,9      | 30,5   |
| Hörgerät                                      | 6,7         | 15,3        | 26,9      | 13,7   |
| Rollator                                      | 1,1         | 3,3         | 18,5      | 4,7    |
| Rollstuhl                                     | 2,3         | 1,3         | 8,4       | 2,8    |
| Pflegebett                                    | 0,9         | 1,0         | 8,4       | 2,1    |
| Badewannenlifter                              | 2,0         | 2,5         | 9,6       | 3,4    |
| Zahnprothese                                  | 44,7        | 62,9        | 81,5      | 58,7   |
| N (jede Zeile)                                | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Fragen: B.17a-f.

In Tabelle 60, in der das Fehlen der verschiedenen Hilfsmittel ausgewiesen ist, werden jeweils lediglich diejenigen Personen berücksichtigt, bei denen ein Bedarf an dem entsprechenden Hilfsmittel gegeben ist. Der Bedarf an Hilfsmitteln wird insgesamt gesehen weitgehend befriedigt. Am ungünstigsten ist das Verhältnis zwischen Bedarf und Vorhandensein von Hilfsmitteln bei den 60-69-Jährigen, und zwar insbesondere bei den Hörgerä-

ten (in 16,3% der Fälle nicht vorhanden) und bei den nur selten benötigten Badewannenliftern (23,1%).

**Tabelle 60: Nichtvorhandensein von Hilfsmitteln nach Altersgruppen (%-Anteil der Befragten, die Nichtvorhandensein angaben)**

|                           | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt | N     |
|---------------------------|-------------|-------------|-----------|--------|-------|
| Brille oder Kontaktlinsen | 0,3         | 0,0         | 0,4       | 0,2    | 1.587 |
| Hörgerät                  | 16,3        | 3,4         | 4,5       | 6,1    | 228   |
| Rollator oder Rollstuhl   | 4,5         | 0,0         | 0,0       | 0,8    | 124   |
| Pflegebett                | 0,0         | 0,0         | 0,0       | 0,0    | 35    |
| Badewannenlifter          | 23,1        | 10,5        | 4,2       | 10,7   | 56    |
| Zahnprothese              | 2,1         | 1,7         | 0,5       | 1,5    | 976   |

Fragen: B.18a-f.

Ein Teil der Befragten gab an, warum Hilfsmittel zwar benötigt werden, diese aber nicht vorhanden sind:

- Bei den Sehhilfen wurde angeführt, dass der Sehfehler auf diesem Wege nicht mehr ausgleichbar und daher eine Operation erforderlich sei (eine Nennung) und dass die Zuzahlung zu hoch sei (zwei Nennungen).
- In Bezug auf Hörgeräte wurde darauf hingewiesen, dass ein solches noch nicht unbedingt erforderlich sei (drei Nennungen), dass ein solches bald vorhanden sein werde (fünf Nennungen), dass eine Anschaffung aus finanziellen Gründen nicht möglich sei (drei Nennungen), dass ein Hörgerät unschön sei (eine Nennung) und dass es stören würde (eine Nennung).
- Eine Befragte gab an, dass ihr ein Rollstuhl nicht bewilligt worden sei.
- In Sachen Badewannenlifter wurde erwähnt, dass ein solcher nicht bewilligt worden sei (zwei Nennungen), dass man noch auf die Bewilligung warte (eine Nennung), dass er zu teuer sei (eine Nennung) und dass er momentan nicht praktikabel sei (eine Nennung).
- Ein Nichtvorhandensein von Zahnprothesen wurde mit Kostengründen (vier Nennungen), mit dem Verlust der Prothese (eine Nennung), bisher noch fehlenden Vorarbeiten (eine Nennung) und einer nicht abgeschlossenen Bearbeitung des Vorganges (eine Nennung) begründet.

Zwar wird in einigen Fällen das Nichtvorhandensein von benötigten Hilfsmitteln auf finanzielle Gründe zurückgeführt, doch die insgesamt geringe Anzahl deutet darauf hin, dass dies kein sehr verbreitetes Phänomen ist.

**Tabelle 61: Nichtnutzung von Hilfsmitteln nach Altersgruppen (%-Anteil der Befragten, die Nichtnutzung angaben)**

|                           | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt | N     |
|---------------------------|-------------|-------------|-----------|--------|-------|
| Brille oder Kontaktlinsen | 1,3         | 2,5         | 3,0       | 2,1    | 1.546 |
| Hörgerät                  | 15,6        | 17,9        | 12,7      | 15,9   | 207   |
| Rollator oder Rollstuhl   | 15,8        | 12,1        | 4,5       | 8,5    | 118   |
| Pflegebett                | 0,0         | 0,0         | 4,8       | 2,9    | 35    |
| Badewannenlifter          | 11,1        | 11,8        | 0,0       | 6,1    | 49    |
| Zahnprothese              | 1,8         | 1,3         | 1,0       | 1,4    | 930   |

Fragen: B.19a-f.

In Tabelle 61, in der die nicht stattfindende Nutzung der verschiedenen Hilfsmittel dargestellt ist, werden jeweils lediglich diejenigen Personen berücksichtigt, bei denen das entsprechende Hilfsmittel vorhanden ist. Der Großteil der benötigten und vorhandenen Hilfsmittel wird auch regelmäßig benutzt, wobei mit einem Anteil von 15,9% Hörgeräte am ehesten unbenutzt bleiben.

Ein Reihe von Befragten gab an, warum Hilfsmittel zwar vorhanden seien, diese aber nicht regelmäßig genutzt werden:

- Bei den Sehhilfen wurde angegeben, dass sie nicht immer erforderlich seien (20 Nennungen), dass die vorhandene Brille nicht mehr ausreichend sei (zwei Nennungen), dass man sich mit der Brille nicht wohlfühle (zwei Nennungen) und das ein Tragen momentan aus medizinischen Gründen nicht möglich sei (eine Nennung).
- In Bezug auf Hörgeräte wurde darauf hingewiesen, dass sie nicht immer erforderlich seien (elf Nennungen), dass man sie nicht gewohnt sei oder nicht damit zurechtkomme (fünf Nennungen), dass sie stören würden (vier Nennungen), dass sie nicht gut funktionieren würden (zwei Nennungen), dass sie nicht mehr helfen würden (zwei Nennungen) und dass das vorhandene Hörgerät veraltet, ein neues aber zu teuer sei (eine Nennung).
- Auf die Nutzung eines Rollators oder Rollstuhls wird laut den Angaben der Befragten verzichtet, weil sie nicht immer erforderlich seien (vier Nennungen), weil der Umgang mit ihnen erschwert sei (drei Nennungen; zwei davon beziehen sich auf eine mangelnde Barrierefreiheit der Wohnung), weil eine Nutzung keine Erleichterung bringe (eine Nennung) und weil man sich mit dem Rollator schäme.
- Badewannenlifter bleiben ungenutzt, weil die Bedienung zu umständlich sei (eine Nennung) und weil man sich lieber dusche (eine Nennung).

### 3.8 Probleme und Kritik

Ein wichtiger Aspekt der Gesundheitsversorgung in Deutschland sind die von den Patienten selbst zu tragenden Zuzahlungen und Eigenanteile bei Medikamenten, Heilmitteln und Hilfsmitteln (inklusive Zahnersatz) sowie die Praxisgebühr. Die Frage danach, ob sie sich durch die Eigenbeteiligungen stark belastet fühlen, bejahten 41,2% der Befragten (siehe Tabelle 62).

**Tabelle 62: Starke Belastung durch Praxisgebühr, Zuzahlungen und Eigenanteile nach Altersgruppe (in %)**

|      | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|------|-------------|-------------|-----------|--------|
| ja   | 43,5        | 41,6        | 34,1      | 41,2   |
| nein | 52,0        | 52,0        | 57,0      | 52,8   |
| k.A. | 4,5         | 6,4         | 8,8       | 6,0    |
| N    | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: A.9.

Der Anteil der Personen, die sich stark belastet fühlen, ist bei den ab 80-Jährigen mit 34,1% etwas niedriger als bei den anderen Altersgruppen.

**Tabelle 63: Starke Belastung durch Praxisgebühr, Zuzahlungen und Eigenanteile nach Geschlecht (in %)**

|      | weiblich | männlich | Gesamt |
|------|----------|----------|--------|
| ja   | 42,9     | 38,3     | 41,2   |
| nein | 49,3     | 58,6     | 52,8   |
| k.A. | 7,8      | 3,1      | 6,0    |
| N    | 1.044    | 619      | 1.663  |

Frage: A.9.

Unterscheidet man nach dem Geschlecht der Befragten, dann ist der Anteil der stark Belasteten mit 42,9% bei den Frauen geringfügig höher als bei den Männern mit 38,3% (siehe Tabelle 63).

**Tabelle 64: Starke Belastung durch Praxisgebühr, Zuzahlungen und Eigenanteile nach starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung (in %)**

|      | starke Einschränkung | keine (starke) Einschränkung | Gesamt |
|------|----------------------|------------------------------|--------|
| ja   | 49,6                 | 39,8                         | 41,3   |
| nein | 45,7                 | 54,4                         | 53,1   |
| k.A. | 4,7                  | 5,8                          | 5,6    |
| N    | 256                  | 1.385                        | 1.641  |

Frage: A.9.

Mit 49,6% liegt der Anteil der stark Belasteten für die Befragten, die sich durch chronische Erkrankungen bzw. Behinderungen im täglichen Leben stark eingeschränkt fühlen, deutlich über dem der anderen Befragten mit 39,8% (siehe Tabelle 64).

**Tabelle 65: Starke Belastung durch Praxisgebühr, Zuzahlungen und Eigenanteile nach Wohnregion (in %)**

|      | altes Bundesland | neues Bundesland | Gesamt |
|------|------------------|------------------|--------|
| ja   | 37,1             | 47,0             | 41,2   |
| nein | 56,5             | 47,7             | 52,9   |
| k.A. | 6,4              | 5,3              | 5,9    |
| N    | 968              | 685              | 1.653  |

Frage: A.9.

Auch ein West-Ost-Unterschied ist bei dieser Thematik zu finden: Die Befragten aus Ostdeutschland fühlen sich zu 47,0% stark belastet, diejenigen aus Westdeutschland lediglich zu 37,1% (siehe Tabelle 65).

**Tabelle 66: Starke Belastung durch Praxisgebühr, Zuzahlungen und Eigenanteile nach höchstem Bildungsabschluss (in %)**

|      | Volks-/ Hauptschule | Mittlere Reife | höherer Abschluss | Gesamt |
|------|---------------------|----------------|-------------------|--------|
| ja   | 44,3                | 44,8           | 35,8              | 41,4   |
| nein | 48,0                | 50,7           | 58,6              | 52,8   |
| k.A. | 7,7                 | 4,4            | 5,6               | 6,2    |
| N    | 612                 | 339            | 625               | 1.576  |

Frage: A.9.

Befragte mit (Fach-)Hochschulreife oder abgeschlossenem (Fach-)Hochschulstudium fühlen sich zu 35,8% durch Eigenbeteiligungen stark belastet und damit etwas weniger als die Befragten mit Volks- oder Hauptschulabschluss bzw. Mittlerer Reife (siehe Tabelle 66).

**Tabelle 67: Starke Belastung durch Praxisgebühr, Zuzahlungen und Eigenanteile nach Art der Krankenversicherung (in %)**

|      | gesetzlich | privat | Gesamt |
|------|------------|--------|--------|
| ja   | 45,5       | 17,6   | 42,1   |
| nein | 50,6       | 75,1   | 53,6   |
| k.A. | 3,9        | 7,3    | 4,3    |
| N    | 1.410      | 193    | 1.603  |

Frage: A.9.

Eine sehr hohe Differenz zeigt sich zwischen gesetzlich Versicherten und privat Versicherten. Während der Wert bei den Ersteren bei 45,5% liegt, beträgt er bei den Letzteren lediglich 17,6% (siehe Tabelle 67).

Im Falle des Empfindens einer starken Belastung wurde nachgefragt, wie die Betroffenen mit dieser Situation umgehen. 432 von 686 Personen, die sich als stark belastet empfanden, nannten insgesamt 466 Punkte:

- 107 Befragte gaben mehr oder weniger resigniert an, zu zahlen, während 38 darauf hinwiesen, verärgert zu sein bzw. „zähneknirschend“ zu zahlen.
- 149 Befragte erwähnten, dass sie an anderer Stelle sparen bzw. sich einschränken müssten. 14 Personen berichteten, dass sie an Essen oder Kleidung sparen, und 21, dass sie sich bei Freizeit und Kultur, Urlaub und Reisen einschränken müssten.
- In 41 Fällen wurde berichtet, dass man die Zahl der Arztbesuche bzw. Behandlungen einschränke, und in 21, dass man weniger Medikamente kaufe bzw. Rezepte nicht einlöse; elf Befragte gaben an, benötigte Hilfsmittel nicht anzuschaffen. 14 Befragte kaufen billigere Medikamente (Generika, bei Versandapotheken), sechs versuchen, gesund zu leben oder möglichst mit Hausmitteln auszukommen.
- 24 Personen stellten Anträge auf Zuzahlungsbefreiung und andere Ermäßigungen. Hausarztmodell, Curaplan und Bonusprogramme wurden siebenmal genannt, Zusatzversicherungen dreimal.
- Zwei Befragte nutzen die Möglichkeit der Ratenzahlung bei Zahnersatz, einer verdient sich etwas dazu, zwei lösen ihre Ersparnisse auf, zwei weitere erhalten Unterstützung durch Verwandte.
- Lediglich drei Befragte gaben an, gegen die Regelungen zur Eigenbeteiligung zu protestieren (z.B. Sozialverband VdK).

Zwei Fragen im Fragebogen zielten explizit auf Kritik an der Gesundheitsversorgung ab. Zunächst wurde gefragt, ob es etwas gebe, das die Befragten an Ärzten, Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen und ambulanten Pflegediensten immer wieder oder ganz grundsätzlich störe.<sup>45</sup> Hierzu äußerten sich 24,2% der Befragten (402 Personen). Anschließend wurde gefragt, ob es etwas gebe, das nach Meinung der Befragten unbedingt verbessert werden solle. Diese Frage wurde von 512 Personen (30,8%) bejaht, von denen 495 auch angaben, was verbessert werden solle. Verneint wurde die Frage von 543 Befragten (32,6%); 609 (36,6%) ließen sie unbeantwortet (siehe Tabelle 68). Der Anteil der Personen, die eine Verbesserung für unbedingt erforderlich hielten, ist bei den 60-69-Jährigen mit 37,3% am höchsten und bei den ab 80-Jährigen mit 20,9% am niedrigsten.

---

45 Frage: B.11.

**Tabelle 68: Verbesserung in Gesundheitsversorgung unbedingt erforderlich (in %)**

|      | 60-69 Jahre | 70-79 Jahre | 80+ Jahre | Gesamt |
|------|-------------|-------------|-----------|--------|
| ja   | 37,3        | 28,5        | 20,9      | 30,8   |
| nein | 27,1        | 35,6        | 37,8      | 32,6   |
| k.A. | 35,6        | 35,9        | 41,4      | 36,6   |
| N    | 646         | 769         | 249       | 1.664  |

Frage: B.12.

Die inhaltliche Auswertung der beiden Fragen erfolgt wegen der starken inhaltlichen Ähnlichkeit und der zahlreicher Doppelungen – gleiche Sachverhalte werden vom gleichen Befragten bei beiden Fragen genannt – gemeinsam, wobei die Doppelungen entfernt werden. Inhaltlich interpretierbare Antworten auf mindestens eine der Fragen gibt es von 576 Befragten. Alles in allem wurden 912 kritische Bemerkungen gemacht, von denen man die meisten (876) wie folgt ordnen kann:

- Kritik an der Behandlung von Patienten:
  - o Der verbreitet herrschende Zeitmangel und die dadurch hervorgerufene Oberflächlichkeit wurden beklagt und mehr Zeit für die Patienten gewünscht (164 Nennungen).
  - o Ein Mehr an Menschlichkeit und mehr Zuwendung für den Patienten sowie ein besseres Eingehen auf dessen spezifische Bedürfnisse wurden gefordert, der häufige Personalwechsel in stationären Einrichtungen und bei ambulanten Pflegediensten kritisiert (129 Nennungen).
  - o Lange Wartezeiten auf Termine und langes Warten in Praxen wurden häufig thematisiert, vereinzelt auch längere Sprechstunden und eine schnellere Hilfe in Notfällen gewünscht (111 Nennungen).
  - o Qualitätsmängel bei Behandlung und Pflege wurden erwähnt und eine Verbesserung der Leistungen gefordert (44 Nennungen).
  - o Die Bevorzugung von privat gegenüber gesetzlich Versicherten wurde kritisiert und eine Gleichbehandlung gewünscht (34 Nennungen).
  - o Eine mangelnde interdisziplinäre Zusammenarbeit unter Ärzten und zwischen Ärzten und Kliniken sowie das Fehlen eines ganzheitlichen Ansatzes wurden beklagt (30 Nennungen).
  - o In Bezug auf stationäre Aufenthalte wurden Unterbringung und Verpflegung, Weck- und Essenszeiten sowie ein Mangel an Ruhe kritisiert (27 Nennungen).
  - o Der Wunsch nach mehr und besseren Informationen wurde geäußert (26 Nennungen).
  - o Auf eine Benachteiligung von bzw. auf Vorurteile gegenüber älteren Menschen wurde hingewiesen (elf Nennungen).

- Kritik an Anzahl und Bezahlung von ärztlichem und pflegerischem Personal:
  - o Ein Mangel an Pflegepersonal wurde kritisiert und dessen Behebung gefordert (56 Nennungen).
  - o Ein Mangel an Ärzten wurde beklagt und dessen Behebung gefordert (54 Nennungen).
  - o Eine bessere Bezahlung von ärztlichem und/oder pflegerischem Personal wurde vorgeschlagen (14 Nennungen).
- Kritik an allgemeinen Aspekten des Gesundheitswesens:
  - o Die Höhe von Praxisgebühren und Zuzahlungen wurde beklagt, darüber hinaus auch die Tatsache, dass manche Leistungen überhaupt nicht erstattet werden und dass Ärzte von den Patienten selbst zu zahlende Leistungen anbieten (68 Nennungen).
  - o Das vorherrschende Kosten-Nutzen-Denken und die Tatsache, dass immer das Geld im Vordergrund stehe, wurden kritisiert (29 Nennungen).
  - o Ein Zuviel an Bürokratie und Verwaltungsarbeit für ärztliches und pflegerisches Personal wurde thematisiert (26 Nennungen).
  - o Eine Ausweitung der Kassenleistungen (beispielsweise auf Physiotherapie und zusätzliche Vorsorgemaßnahmen) wurde gefordert (25 Nennungen).
  - o Darüber hinaus wurden eine zu geringe Effektivität des Gesundheitswesens (acht Nennungen), eine mangelnde Kostentransparenz (sieben Nennungen), die Budgetierung mit ihren Folgen – wie das Schließen von Arztpraxen gegen Ende des Quartals usw. – (sechs Nennungen) und die Klagen der Ärzte über ihre Bezahlung sowie die Ärztestreiks (sieben Nennungen) thematisiert.

Nur wenige der genannten Kritikpunkte weisen eindeutig auf Ungleichbehandlungen bzw. Chancenungleichheiten hin. Der Großteil bezieht sich auf Aspekte (bzw. Missstände) der heutigen Gesundheitsversorgung, die alle Patienten mehr oder weniger gleich betreffen. An dieser Stelle ist allerdings zu beachten, dass ältere Menschen die Angebote der Gesundheitsversorgung durchschnittlich häufiger nutzen als jüngere Menschen und damit auch eher Gefahr laufen, mit ihren Schattenseiten konfrontiert zu werden.

## 4. Gruppeninterviews

### 4.1 Methodik

Die Gruppeninterviews dienten in erster Linie zur Ergänzung und Vertiefung der in der standardisierten Erhebung vergleichsweise allgemein behandelten Sachverhalte und Perspektiven. In ihnen wurden jeweils fünf bis elf Vertreterinnen und Vertreter der für diese Untersuchung maßgebenden Risikogruppen befragt. Folgende Risikogruppen wurden berücksichtigt:

- Hochaltrige
- Ältere Menschen mit Behinderung
- Ältere Frauen
- Ältere Ostdeutsche
- Ältere Migrantinnen und Migranten

#### *Gewinnung des Datenmaterials*

In den Gruppeninterviews kamen im Wesentlichen Fragen zum Einsatz, die die Interviewten aufforderten, über ihre Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland Auskunft zu geben. Die Gespräche wurden unter Verwendung eines Interviewleitfadens<sup>46</sup> in der Regel von zwei Projektmitarbeitern geführt, wobei der eine das Gespräch leitete, der andere es protokollierte. Sie waren aber grundsätzlich als offener Gedankenaustausch aller Beteiligten konzipiert. Die Gespräche erlaubten es uns,

- projektrelevante Sachverhalte und Perspektiven zu thematisieren, die in der standardisierten Befragung nicht berührt wurden (damit konnte speziell den Belangen der jeweils interessierenden Risikogruppen Rechnung getragen werden), sowie
- Verständnisfragen zu stellen und durch geeignete Folgefragen den empirischen Gehalt des Mitgeteilten abzuschätzen.

Ähnliches wäre auch mit Einzelinterviews möglich gewesen, das Gruppeninterview hatte gegenüber dem Einzelinterview allerdings folgende Vorzüge:

- Es werden bei gleichem Aufwand die Erfahrungen, Einschätzungen und Meinungen gleich mehrerer Personen erfragt.

---

46 Der Leitfaden findet sich im Anhang.

- Es wird eine Interviewsituation eingerichtet, die es den Befragten oftmals erleichtert, sich zu äußern. Die Befragten können sich etwa wechselseitig unterstützen, wenn dies erforderlich ist.
- Mit ihm mobilisieren die Mitglieder der Gruppe mehr Erinnerungen als separat in Einzelinterviews befragt. Das einzelne Mitglied wird von den anderen nicht nur unterstützt, sondern häufig auch inhaltlich ergänzt – etwa an Sachverhalte erinnert, die es vergessen hat.

### *Auswertung des Datenmaterials*

Die Auswertung erfolgt in zwei Schritten: Zunächst werden die Gruppeninterviews unabhängig voneinander betrachtet (1). Sodann werden sie im Rahmen einer gruppenübergreifenden Perspektive in den Blick genommen (2).

1. Im Zuge der Auswertung der einzelnen Gruppeninterviews werden die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern in den unterschiedlichsten Phasen des Interviews gemachten Statements geordnet und gebündelt. Dazu werden sie denjenigen Fragen des Interviewleitfadens zugeordnet, auf die sie eine Antwort darstellen.
2. In der gruppenübergreifenden Betrachtung gilt das Augenmerk dann ganz bestimmten Statements, nämlich jenen, mit denen die Interviewten eine mangelnde Chancengleichheit der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen in Deutschland thematisieren. Im Zuge dieser Betrachtung wird geprüft, ob diese Kritiken die exklusive Kritik einzelner Risikogruppen sind oder ob sie von zwei oder mehr Risikogruppen geteilt werden.

### *Empirische Evidenz der Resultate*

Die Gruppeninterviews können aufgrund ihrer geringen Anzahl und aufgrund der von uns nicht kontrollierten Zusammensetzung der einzelnen interviewten Gruppen nicht dazu dienen, ein Bild von der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit älterer bundesdeutscher Bürgerinnen und Bürger hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Versorgung zu zeichnen. Sie können allerdings als explorative Instrumente einen Eindruck von möglichen Kritiken am Gesundheitssystem vermitteln.

Man findet in den Gruppengesprächen beides: Lob und Zufriedenheit einzelner Interviewpartner, manchmal auch einer ganzen Gruppe, mit einzelnen Aspekten des Gesundheitssystems, aber auch Kritik und Unzufriedenheit. Da mit den Gruppeninterviews aber von

vornherein kein repräsentatives Bild der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung gezeichnet werden kann und von uns diesbezüglich weder positive noch negative Beurteilungen auf sachliche Richtigkeit hin geprüft werden konnten, konzentrierten wir uns ausschließlich auf die im Zuge der Gruppengespräche geäußerten Kritiken an der gesundheitlichen Versorgung. Mit diesen Kritiken ist über die Gesamtsituation in der Bundesrepublik Deutschland nichts ausgesagt – zusammen mit einem Eindruck von der Häufigkeit, mit der diese Kritiken geäußert werden, etwa innerhalb der Gruppe der Interviewten oder gruppenübergreifend oder im Rahmen der standardisierten Befragung, fungieren sie allerdings als Fingerzeig und weisen auf diejenigen Aspekte des Gesundheitssystems hin, die unter Umständen Ansatzpunkte für eine Verbesserung des Systems bieten.

Diese Funktion der Gruppeninterviews – mögliche Kritiken am Gesundheitssystem zu sammeln – steht und fällt damit, dass man die Gruppen, die man interviewt, a) nicht aus rundum Zufriedenen zusammenstellt und b) konsequent zu einer kritischen Stellungnahme ermutigt. Der ersten Anforderung versuchten wir dadurch gerecht zu werden, dass wir uns von Einrichtungen, die explizit als Interessenvertreter der jeweiligen Risikogruppe auftreten, interessante Interviewpartner vermitteln ließen („Interviewpartner, die etwas zu erzählen wissen“). Der zweiten Anforderung begegneten wir damit, dass wir unsere Gegenüber gezielt auch auf ihre negativen Erfahrungen ansprachen (vgl. den Leitfaden).

Die Gruppeninterviews sollten ursprünglich hinsichtlich einer sich im Gespräch nach und nach herauskristallisierenden Gruppenmeinung ausgewertet werden. Die durchgeführten Interviews zeigten allerdings, dass nicht immer so etwas wie eine von der gesamten Gruppe geteilte Auffassung zustande kommt. Die Artikulation der Meinungen und Einschätzungen der Gruppenmitglieder kann auch zu anderen Ergebnissen führen: In manchen der von uns geführten Gesprächen kam es vor, dass

- Gruppenmitglieder voneinander abweichende Einschätzungen äußerten und an diesen während des gesamten Gesprächs festhielten und/oder
- einzelne Einschätzungen unabhängig von Gruppen- oder Aushandlungsprozessen modifizierten.<sup>47</sup>

---

47 Typisch ist hier der Fall, in dem Befragte sich in zwei unterschiedlichen Rollen angesprochen sehen: Einmal als Lobbyist bzw. Interessenvertreter der Risikogruppe, für die sie sich einzutreten bereit erklärt haben, und einmal als Privatperson, die zwar der Interessengruppe angehört, aber eigene, möglicherweise ganz andere Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem machte als die anderen Mitglieder der Gruppe.

Für die Auswertung bedeutet dies, dass die im Zuge der Interviews konkret geäußerten Einschätzungen eine vergleichsweise differenzierte Betrachtung zulassen.

## **4.2 Hochaltrige**

Das Gruppeninterview wurde mit fünf Personen (zwei Frauen und drei Männer) im Alter von 80 und mehr Jahren geführt. Die Befragten lebten in drei Alten- bzw. Altenpflegeheimen Südhessens und waren in diesen Einrichtungen als gewählte Heimbeiratsmitglieder ehrenamtlich tätig. Sie verfügten ausnahmslos über einen Hausarzt, der sie im Heim aufsuchte. Auch Fachärzte – z.B. Zahnärzte – machten, soweit dies sinnvoll war, Hausbesuche. Falls Letzteres nicht möglich war, fuhr ein Zivildienstleistender die Interviewpartner zu dem von ihnen benötigten Facharzt.

### *Persönliche Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung*

Die Befragten zeigten sich ausnahmslos persönlich zufrieden. Auch auf gezielte Nachfragen hin äußerten sich die Befragten nicht negativ. Im Zuge einer um Objektivität bemühten allgemeineren Betrachtung – „Die deutschen Verhältnisse im europäischen Vergleich“ – bewerteten sie das deutsche Gesundheitssystem positiv: Man verfügt in Deutschland über eine

- maximale Versorgung mit Apotheken,
- eine gute Ärztedichte,
- einen hohen Ausbildungsstand und
- eine starke pharmazeutische Industrie.

Darüber hinaus war man sich einig, dass die gesundheitliche Versorgung in Deutschland für alle Altersgruppen gleichermaßen als gut zu bewerten ist.<sup>48</sup>

### *Persönliche Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung vor 20 Jahren*

Alle Befragten waren der Auffassung, dass sie, was die Frage der gesundheitlichen Versorgung anbetrifft, vor 20 Jahren genauso zufrieden waren wie heute.

---

48 Die Befragten diskutierten noch eine Reihe anderer Aspekte des Gesundheitssystems: a) Die Krankenhausversorgung: Zu dieser sind ihnen keine Klagen zu Ohren gekommen. b) Die Versorgung mit Allgemeinmediziner: Diese erscheint ihnen in der Stadt und auf dem Land ähnlich gut zu sein. c) Die Versorgung mit Fachärzten: Diese erscheint ihnen in der Stadt günstiger als auf dem Land zu sein.

Dabei war ihnen bekannt, dass es Menschen gibt, die gegenwärtig mit der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland nicht zufrieden sind. Diese Unzufriedenheit galt ihnen als ein modernes Phänomen, für das sie verschiedene Erklärungen angaben:

- Eine wichtige Rolle spielt die Einstellung zu Krankheit: Der Einzelne konzentriert sich heute zu sehr auf seine Krankheit. Es wird das Beispiel der Selbsthilfegruppen genannt, die thematisch zwangsläufig um die Krankheit ihrer Mitglieder kreisen. Diese Fixierung auf die eigene Krankheit ist eine Ursache für die Unzufriedenheit der Menschen.
- Von großer Bedeutung ist der Grad der Bekanntheit mit dem Hausarzt: Viele Menschen leben heute nicht mehr lange an einem Ort. Das hat zur Folge, dass sie oftmals keinen Hausarzt besitzen, der genügend Kenntnisse ihrer Krankengeschichte oder auch ihrer Biographie hat. In dieser Hinsicht war die Situation vor 20 Jahren besser.
- Folgenreich ist die Unzufriedenheit der Ärzte mit ihrem Einkommen: Viele Ärzte haben heute nach eigenem Empfinden nicht das Einkommen, das sie für angemessen halten. Die Folge ist, dass sie ihre Tätigkeit immer mehr – zu Lasten mancher Patienten – auch an Profitmotiven orientieren.

#### *Besonders positive und besonders negative persönliche Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung*

Die Mitglieder der Gruppe berichteten in erster Linie positive Erfahrungen:

- Ein Gesprächspartner betonte, dass er mit den ihn behandelnden Ärzten ausführliche Gespräche führen könne.
- Eine Gesprächspartnerin berichtete von einem Arzt, der sich von sich aus an sie wandte, weil er von einer dritten Person gehört hatte, dass sie ärztlicher Hilfe bedürfe.
- Ein Gesprächspartner berichtete von einem Unglücksfall, bei dem zwei Notärzte unverzüglich vor Ort waren und seine Frau retteten.
- Zwei der Gesprächspartner betonten, dass ihre Hausärzte ihnen sehr gute Fachärzte vermitteln.
- Eine Gesprächspartnerin berichtete von einer ihre Mutter betreffenden Begebenheit: Diese war sehr krank und lehnte jede direkte medizinische Behandlung (Krankenhausaufenthalt, Spritzen, Medikamente usw.) ab. Ihr Hausarzt respektierte ihren Willen und besuchte sie einmal in der Woche, um sich zumindest mit ihr unterhalten zu können, und half ihr auf diese Weise.

Lediglich einer der Interviewten berichtete eine negative Erfahrung:

- Die Ehefrau verstarb, weil der Notarzt nicht so schnell am Unfallort eintraf, wie es möglich gewesen wäre.

#### *Nicht vorgeschlagene bzw. abgelehnte medizinische Behandlungen*

Alle Befragten waren sich einig, dass ihnen – soweit sie dies beurteilen können – bislang keine medizinischen Behandlungen, die erforderlich gewesen wären, nicht vorgeschlagen bzw. vorenthalten wurden.

#### *Dringend empfohlene medizinische Behandlungen, die nicht in Anspruch genommen bzw. abgelehnt wurden*

Zwei der fünf Befragten berichteten von entsprechenden Erfahrungen. Sie berichteten von empfohlenen operativen Eingriffen am Auge, die sie bzw. nahe Verwandte wegen des mit dem Eingriff verbundenen Operationsrisikos ablehnten. In beiden Fällen kam es zu der Ablehnung aufgrund negativer Erfahrungen mit vergleichbaren früheren Eingriffen.<sup>49</sup>

#### *Benachteiligung Hochaltriger im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland*

Die Gruppe wies auf zwei Faktoren hin, die zu einer systematischen Benachteiligung älterer Menschen gegenüber jüngeren führen können:

- Auf die gelegentlich nicht gegebene Barrierefreiheit von Arztpraxen und Apotheken (Treppen und Stufen) und
- auf die im Falle älterer Menschen oftmals höheren Mobilitätskosten: Wo jüngere Menschen etwa noch mit dem Bus fahren können, sind ältere Menschen häufig schon darauf angewiesen, ein Taxi zu benutzen. Die Kosten für das Taxi werden allerdings lediglich dann von der Krankenkasse getragen, wenn die Fahrt zum Arzt vorab genehmigt worden ist.<sup>50</sup>

---

49 Vgl. hier auch den oben geschilderten Fall der schwer erkrankten Mutter, die jede direkte medizinische Behandlung strikt ablehnte.

50 Die Befragten sehen mit dieser Kritik nicht ihre eigene Situation betroffen: Die Apotheken beliefern ihre Heime, ihre Hausärzte suchen sie im Heim auf.

### *Benachteiligung aufgrund unzureichender Informationen*

In einer ersten allgemeinen Beurteilung konstatierten die Interviewten, dass sie sich nicht schlecht informiert fühlen. Sie sahen sich sogar von Informationen überschüttet. Zum Zwecke einer differenzierteren Betrachtung unterschieden sie zwei Situationen: Das Arzt/Patient-Gespräch (1) und den Informationsfluss, der über Aufklärungs- und Informationsmaterialien (Broschüren, Fernsehsendungen usw.) zustande kommt (2):

1. Im Gespräch mit dem behandelnden Arzt sahen sich die Befragten nicht durch ein Übermaß an Informationen belastet. Ein Gesprächspartner sprach von zu wenigen Informationen. Zwei Interviewte sprachen von Informationsgesprächen, die mit zu wenig Feingefühl geführt werden (in beiden Fällen: Gespräche mit Urologen).
2. Aufklärungssendungen und allgemeine Informationsmaterialien über Krankheit wurden von den Befragten eher als Informationsflut und daher tendenziell störend wahrgenommen.

### *Benachteiligung beim Zugang zu ambulanten und stationären Behandlungen*

Die Befragten waren sich einig, dass es in diesen Bereichen individuelle Benachteiligungen geben kann. Systematische Benachteiligungen konnten sie allerdings nicht sehen.

### *Benachteiligung beim Zugang zu Reha-Maßnahmen*

Ein Befragter war der Auffassung, dass berufstätige Menschen Reha-Maßnahmen leichter genehmigt bekommen als nicht berufstätige Menschen. Zwei weitere betonten, dass sie davon ausgehen, dass Reha-Maßnahmen für Ältere nicht schlechter ausfallen als für Jüngere und auch für ältere Menschen gut zugänglich sind.

### *Benachteiligung beim Zugang zu Heil- und Hilfsmitteln*

Die Befragten sahen keine diesbezügliche Benachteiligung älterer Menschen. Ein Interviewter schilderte seine Eindrücke: Gerade Ältere werden leicht überredet, mehr Hilfsmittel zu nutzen und mehr für ihre Gesundheit zu machen. Geht man in ein Wartezimmer, so sieht man sehr viele Ältere. Die alten Menschen spielen dort oftmals die größte Rolle: Das spricht für eine gute Versorgung der Älteren.

## *Vorschläge zur Verbesserung der Situation hochaltriger Menschen*

Im Folgenden die auf Verringerung der Chancenungleichheit Hochaltriger abzielenden Vorschläge:

- Es sollte ein Konzept für die Versorgung und Betreuung älterer Menschen entwickelt werden. Ihre gesundheitliche Versorgung ist schwieriger als die jüngerer Menschen und bedarf von daher einer ganz eigenen Herangehensweise.
- Es sollte in den für ältere Menschen relevanten Zusammenhängen für sie Barrierefreiheit gewährleistet sein.
- Man sollte die Sätze für die ambulante Pflege korrigieren und mehr Zeit für Standardtätigkeiten kalkulieren. Ältere Menschen sind oftmals nicht so einfach und schnell zu behandeln wie jüngere Menschen.
- Im Kontext der Altenhilfe sollte die Gesundheitspflege verbessert werden, z.B. über eine Beseitigung des Personalmangels und eine Einschränkung der Dokumentationspflichten der Pflegenden.
- Werden ältere Menschen im Krankenhaus behandelt, so sollte Sorge getragen werden, dass sie geregelt in ihren Haushalt zurückkehren und dort die Unterstützung und Hilfestellung erhalten, derer sie in der ersten Zeit bedürfen.
- Die Krankenkassen sollten die Kosten für Taxifahrten zum Arzt in jedem Falle tragen, nicht wie bisher nur nach vorheriger Genehmigung.

Die Vorschläge für eine allgemeine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung:

- Die „menschliche Seite“ sollte wieder mehr in den Vordergrund gerückt werden. Ärzte sollten sich mehr Zeit nehmen für den Einzelnen (ihn gegebenenfalls auch trösten können).
- Das Betreute Wohnen sollte klarer diskutiert, definiert und juristisch allgemein verbindlich geregelt werden.
- Ärzte sollten auch im Zusammenhang mit Kassenpatienten genügend Zeit aufwenden können. Die Behandlung von Kassenpatienten sollte für sie attraktiver gestaltet sein.
- Der Mangel an qualifizierten Pflegekräften sollte behoben werden.
- Der bürokratische Aufwand sollte verringert werden, wo er zu Lasten der zu Pflegenden und zu Behandelnden geht: Lieber weniger Dokumentation und mehr Zuwendung für den Patienten.

### 4.3 Ältere Menschen mit Behinderung

Das Gespräch wurde mit neun Personen – sieben Frauen und zwei Männer – im Alter von 54 bis 72 Jahren aus einer nordrhein-westfälischen Großstadt geführt. Bei den Frauen handelte es sich um vier Gehbehinderte (Rollstuhlfahrerinnen), eine Hörbehinderte, eine Aphasikerin und eine nicht behinderte Gebärdendolmetscherin. Bei den beiden Männern handelte es sich um einen Sehbehinderten (Blinder) und einen Aphasiker.

#### *Persönliche Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung*

Lediglich eine der Befragten (durch eine Polioerkrankung körperbehindert und am Post-Polio-Syndrom leidend) war mit ihrer gesundheitlichen Versorgung zufrieden: Sie betonte, dass es sehr wichtig sei, sich mit den Ärzten persönlich gut zu verstehen, und war in dieser Hinsicht mit ihrer Situation zufrieden. So berichtete sie beispielsweise davon, dass ihre Ärzte in der Vergangenheit für sie sogar gegenüber ihrer Krankenkasse Partei ergriffen haben.

Alle anderen Befragten äußerten sich im Zusammenhang mit dem deutschen Gesundheitssystem durchgängig negativ. Sie beklagten zum einen persönlich erfahrene Schädigungen und Traumatisierungen,<sup>51</sup> zum anderen allgemeine Schwächen und Defizite des Gesundheitssystems:

- Gesetzliche Regelungen:
  - o Die Ungleichbehandlung von Privat- und Kassenpatienten.<sup>52</sup>
  - o Die unzureichende Gewährung von Hilfsmitteln für Hörbehinderte. Die Geräte, die für finanziell weniger gut Gestellte zur Verfügung stehen, sind suboptimal. Die Folge: Die Betroffenen sind im Arbeitsleben Nicht-Behinderten gegenüber stark benachteiligt – wenn sie ihren Chef nicht verstehen, ist ihr Arbeitsplatz gefährdet.
  - o Die zu große Dokumentationspflicht der Behandelnden und Pflegenden: Diese geht auf Kosten der Patienten.
- Das Patientenbild moderner Ärzte: Diese sehen in dem Patienten nicht einen individuell zu behandelnden Menschen, sondern einen anonymen Fall.

---

51 Konkrete Fehldiagnosen, Fehlbehandlungen, professionsethisch zu verurteilende Verhaltensweisen der Ärzte sowie unfaire Behandlungen durch ihre Krankenkassen. Zu erläuternden Beispielen vgl. unten den Punkt „Besonders positive und besonders negative persönliche Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung“.

52 Eine der Befragten betonte, dass sie keinen Unterschied in der Behandlung von Privat- und Kassenpatienten sähe. Eine weitere berichtete davon, dass sie in der Praxis beides beobachten könne: Die Gleichbehandlung und die Bevorzugung von Privatpatienten.

- Zu viel ungeschultes Personal.
- Spezifische Schwächen der Ausbildung moderner Ärzte: Diese sind zu wenig im Umgang mit behinderten Menschen geschult.
- Deprofessionalisierung: Ärzte arbeiten zum Teil den Krankenhäusern zu und empfehlen ohne Not teure operative Eingriffe (z.B. Implantat statt Hörgerät).
- Mangelnde Barrierefreiheit:
  - o Hörbehinderte, die ärztlicher Hilfe bedürfen, sind entweder auf Ärzte angewiesen, die sich für sie viel Zeit nehmen und sehr langsam sprechen, oder aber auf Dolmetscher, die ihnen das im Arzt/Patienten-Gespräch Verhandelte in Gebärdensprache übersetzen – beides ist in der Praxis nur in Ausnahmefällen gegeben.
  - o Weiterhin können Hörbehinderte mit ärztlichem Hilfebedarf keine Kuren nutzen, weil ihnen keine Dolmetscher für die Begleitung ihres Kuraufenthalts bezahlt werden.
  - o Insbesondere übergewichtige Körperbehinderte können bei normaler Praxisausstattung und unter normalen Umständen nur äußerst schwer auf einen Behandlungstisch oder Ähnliches gelangen.
- Unsinnige bürokratische Regelungen:
  - o Gesetzliche Krankenkassen bezuschussen keine gebrauchten Hörgeräte. Es ist also nicht möglich, gebrauchte Geräte für aktuelle Bedarfe zu modifizieren.
  - o Gesetzliche Krankenkassen stellen nicht den Rollstuhl bereit, den man braucht, sondern den, der gerade zur Verfügung steht.
  - o Die Krankenkassen bewilligen teure Krankentransporte mit speziellen Fahrdiensten. Sie erstatten aber nicht andere, billigere Lösungen (Fahrten mit dem privaten PKW, mit dem Bus usw.).
  - o Die Helfer im Haushalt, deren Kosten von den Krankenkassen getragen werden, haben klar definierte Aufgaben und dürfen auch nur die in den entsprechenden Zusammenhängen anfallenden Arbeiten erledigen. Zur Bereitstellung komplexerer Leistungen bedarf es also mehrerer unterschiedlicher Helfer, was alles nur unnötig kompliziert macht.
- Amtswillkür: Die Gebärdendolmetscherin berichtete von einer systematischer Benachteiligung türkischer Mitbürger mit gehörlosen Kindern durch einen Sachbearbeiter: Die Schwerbehindertenausweise der deutschen gehörlosen Kinder enthielten während des Zeitraums, in dem es zu der Amtswillkür kam, durchgehend eine höhere Einstufung als die der türkischen Kinder.
- Die Diskriminierung der eigenen Person aufgrund der Behinderung, des hohen Alters und des Geschlechts (weiblich).

### *Persönliche Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung vor 20 Jahren*

Lediglich eine der interviewten Personen meinte, dass sie bereits vor 20 Jahren mit der Gesundheitsversorgung der Bundesrepublik Deutschland unzufrieden gewesen wäre. Alle anderen hatten zu diesem früheren Zeitpunkt, was die Frage ihrer gesundheitlichen Versorgung anbetrifft, keine Veranlassung zur Klage.

Die Befragten verglichen die aktuelle Situation mit der Situation vor 20 Jahren:

- Eine finanziell bedingte Ungleichbehandlung gab es vor 20 Jahren eher nicht.
- Die Behandlungsmethoden sind heute viel fortschrittlicher als vor 20 Jahren, es stehen aber nicht die finanziellen Mittel zur Verfügung, derer es bedarf, damit der Einzelne diese Behandlungen auch nutzen kann.

### *Besonders positive und besonders negative persönliche Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung*

Die Interviewten berichteten ausnahmslos von besonders negativen Erfahrungen. Sie beklagten sich über:

- Fehldiagnosen: Drei der vier gehbehinderten Interviewpartnerinnen leiden an einem Post-Polio-Syndrom, das erst Jahre (zum Teil: Jahrzehnte) nach dem ersten Auftreten der Symptome als solches diagnostiziert wurde. Ähnliches gilt für die interviewten Aphasiker: Ihre Beschwerden wurden lange Zeit falsch interpretiert.
- Fehlbehandlungen: Den genannten Fehldiagnosen entsprechen jahrelange Fehlbehandlungen der Betroffenen.
- Professionsethisch zu verurteilende Verhaltensweisen seitens der behandelnden Ärzte: Einer der Gesprächspartner berichtete davon, dass man in seinem Falle die Behandlung eines Gehirntumors unbegründet abgebrochen und mehrere Tage lang jede Versorgung und Pflege seiner Person ausgesetzt habe (mit der Folge einer schrecklichen Verwahrlosung).
- Unfaire Behandlungen durch die Krankenkassen: Eine der Interviewten (Behinderung aufgrund eines falsch behandelten Zeckenstichs) berichtete, dass ihre Krankenkasse sie jahrelang verdächtigte, sich ihre Behinderung lediglich einzubilden. Dieselbe Krankenkasse veranlasste auch die Erstellung eines Gutachtens, bei dem die Gutachter von vornherein auf ihre Untersuchung verzichteten.

### *Nicht vorgeschlagene bzw. abgelehnte medizinische Behandlungen*

Alle Interviewten mit Gehbehinderung und auch alle an Aphasie leidenden Gesprächspartner gingen davon aus, dass in ihrem Fall wichtige medizinische Behandlungen nicht – genauer: nicht früh genug – vorgeschlagen wurden. Sie machten dafür ausnahmslos die Unwissenheit der behandelnden Ärzte verantwortlich.

### *Dringend empfohlene medizinische Behandlungen, die nicht in Anspruch genommen bzw. abgelehnt wurden*

Die Befragten berichteten von einer ganzen Reihe von Zusammenhängen, in denen empfohlene Behandlungen nicht wahrgenommen wurden:

- Eine Gesprächspartnerin hatte Reha-Maßnahmen abgelehnt. Dabei handelte es sich um Maßnahmen, die ihr im Anschluss an eine Krebserkrankung empfohlen wurden. Es hätte sich hierbei um Gesprächstherapien ehemaliger Krebspatienten gehandelt. Sie war sich sicher, ohne diese Maßnahmen mit ihrer Situation zurechtkommen zu können.
- Die interviewte Gebärdendolmetscherin berichtete von Fällen, in denen Angebote bzw. Empfehlungen
  - o nicht angenommen werden konnten, weil die Krankenkasse keinen Gehörlosendolmetscher bezahlen wollte, bzw.
  - o abgelehnt wurden, weil sie keinen Sinn machten oder nicht wirklich notwendig waren: Einer Dame wurde gesagt, dass sie ihr Hörimplantat auswechseln lassen müsste. Diese Frau hatte allerdings in den zwölf Monaten zuvor bereits zwei Herzstillstände zu beklagen.
- Eine Gesprächspartnerin hatte eine Grauer-Star-Operation abgelehnt. Zuvor war bereits ein Auge operiert worden – und diese Operation war gescheitert.

### *Benachteiligung älterer behinderter Menschen im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland*

Alle Gesprächspartner waren sich einig, dass ältere behinderte Menschen gegenüber jüngeren Menschen, nicht behinderten Menschen oder jüngeren behinderten Menschen systematisch benachteiligt werden. Sie führten zur Begründung ihrer Einschätzung folgende Punkte an:

- „Fallpauschale“ und „Budgetierung“: Diese führen zu einer systematischen Benachteiligung von behinderten Menschen sowie älteren Menschen mit mehreren Erkrankungen, weil sie aufgrund der Natur ihrer Beeinträchtigung bzw. aufgrund ihrer Mehrfachbeeinträchtigung einer aufwändigeren Versorgung und/oder Behandlung bedürfen als Nicht-Behinderte und Jüngere – diese nun aber aufgrund von Fallpauschale und Budgetierung oftmals nicht mehr erhalten können.
- Mangelnde Barrierefreiheit: Ältere Behinderte werden von dieser am stärksten in ihren Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt.
- Schulungsdefizite: Viele Ärzte sind nicht im Umgang mit älteren behinderten Menschen geschult.

#### *Benachteiligung aufgrund unzureichender Informationen*

Eine der gehbehinderten Gesprächspartnerinnen berichtete von einem objektiv sehr guten Informationsangebot für behinderte Menschen, betonte dabei allerdings auch, dass man in der Lage sein muss, es zu nutzen.<sup>53</sup>

#### *Benachteiligung beim Zugang zu ambulanten und stationären Behandlungen*

Die Befragten äußerten sich nicht zu der Frage möglicher Benachteiligungen beim Zugang zu ambulanten und stationären Behandlungen.

#### *Benachteiligung beim Zugang zu Reha-Maßnahmen*

Die Interviewten waren sich einig, dass älteren Menschen erforderliche Reha-Maßnahmen oftmals wegen ihres Alters nicht genehmigt werden.

#### *Benachteiligung beim Zugang zu Heil- und Hilfsmitteln*

Die Gesprächspartner verwiesen in diesem Zusammenhang auf zwei Punkte:

- Es wird den Betroffenen unnötig schwer gemacht, adäquate Hilfsmittel genehmigt zu bekommen. Eine Interviewte: „Oft hört man: Betroffene kaufen sich die Hilfsmittel selbst, weil sie es leid sind zu feilschen.“ Dieses mangelnde Entgegenkommen macht

---

<sup>53</sup> Sie berichtete davon, dass sie regelmäßig Fachmessen für Reha-Maßnahmen für Behinderte besucht.

es älteren Behinderten schwerer als jungen und nicht behinderten Menschen, die Anerkennung ihrer Ansprüche und die Berücksichtigung ihrer Bedarfe zu erwirken.

- Die Hilfsmittel werden von den Krankenkassen nach und nach nicht mehr mitfinanziert.<sup>54</sup> Dies führt zu einer Benachteiligung älterer Behinderter gegenüber jüngeren Behinderten, weil sie im Regelfall nicht über die finanziellen Mittel verfügen, derer sich jüngere Behinderte zur Anschaffung der benötigten Hilfsmittel bedienen können.

### *Vorschläge zur Verbesserung der Situation älterer Menschen mit Behinderung*

Im Folgenden die auf Reduzierung der Chancenungleichheit älterer Menschen mit Behinderung abzielenden Vorschläge:

- Sowohl die Fallpauschale als auch die Budgetierung sollten abgeschafft werden. Jede Patientin bzw. jeder Patient sollte die Behandlung erhalten, derer sie bzw. er bedarf. Ihre bzw. seine Behandlung ist nicht alleine unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten zu sehen.
- Man sollte älteren Behinderten ein größeres Maß an Mobilität ermöglichen: Aktuell erhält ein Behinderter die Kosten von vier Fahrten pro Monat von der Krankenkasse erstattet. Diese nutzt er in der Regel bereits für seine Arztbesuche.
- Man sollte älteren und behinderten Menschen im Bedarfsfalle bei der Überführung in ein Krankenhaus helfen und sie dann im Krankenhaus besonders unterstützen. Darüber hinaus sollte sichergestellt sein, dass sie erst dann aus dem Krankenhaus wieder entlassen werden, wenn auch eine adäquate Anschlussversorgung zu Hause gewährleistet ist („Ist überhaupt jemand zu Hause, der in der ersten Zeit für sie sorgen kann?“). Eine der Interviewten schlug vor, für die Erledigung von Tätigkeiten dieser Art Ein-Euro-Jobs ins Leben zu rufen.

Die Vorschläge für eine allgemeine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung:

- Ältere behinderte Menschen sollten in größerem Umfang in soziale Netzwerke eingebunden werden. Ärzte könnten ihre Patienten beispielsweise gezielt auf Selbsthilfegruppen hinweisen. Der Austausch mit Menschen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden, ist sehr wichtig. Dort sind auch die besten und neuesten Informationen zu Fragen der Behandlung der Krankheit zu erhalten.
- Man sollte dafür sorgen, dass Menschen, die im Krankenhaus behandelt werden, die Patientenberatung der Krankenhäuser konsequenter nutzen.

---

54 Im Falle gehörloser Menschen ist dies in einigen Bundesländern – etwa, wenn es um Lichtsignalanlagen geht – bereits der Fall.

- Man sollte gezielt die drei Risikogruppen Ältere, Behinderte und Migranten<sup>55</sup> durch Schaffung eigener Beratungsstellen unterstützen.

#### 4.4 Ältere Frauen

Das Gespräch wurde mit fünf Frauen im Alter von 55 bis 85 Jahren geführt. Sie lebten alle in einer hessischen Großstadt und waren größtenteils ehrenamtlich in der Seniorenarbeit tätig.

##### *Persönliche Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung*

Drei der fünf Interviewten waren mit der Gesundheitsversorgung der Bundesrepublik Deutschland zufrieden. Zum Teil führten sie ihre positiven Erfahrungen auf ihren Status als privat Versicherte zurück. Die vierte Gesprächspartnerin bezeichnete sich als bedingt zufrieden und betonte, wie wichtig es sei, sich über seine Rechte im Klaren zu sein: Nur wenn man diese explizit benennen könne, sei man auch in der Lage, sie einzufordern. Sie lobte in diesem Zusammenhang den Sozialen Dienst der Krankenhäuser, der Betroffene umfassend beraten könne. Letztere müssten allerdings von dieser Einrichtung wissen und sich ihrer auch bedienen; die meisten Krankenhauspatienten wüssten nichts von dem Sozialen Dienst ihres Krankenhauses. Die fünfte Gesprächspartnerin bezeichnete sich ausdrücklich als unzufrieden. Sie hatte schlechte Erfahrungen im Zuge eines Krankenhausaufenthalts gemacht.

Die befragten Frauen äußerten unabhängig von ihrer persönlichen Zufriedenheit mit ihrer gesundheitlichen Versorgung eine Reihe kritischer Einschätzungen:

- Die Zuschüsse für Brille und Zahnersatz sind zu gering.
- Der Patient kann nicht darauf vertrauen, dass Ärzte von sich aus in seinem Interesse entscheiden und handeln. Es ist wichtig, dass er sagt, was er will.
- Es werden Generika verschrieben, die im Einzelfall weniger verträglich sind als das Original.
- Die Privatpatienten werden ausgenutzt und über das Ohr gehauen, indem man ihnen Sachen aufschwätzt, die sie nicht brauchen: „Dann bekommt man gesagt: Ihre Versicherung bezahlt es doch.“

---

55 Der sehbehinderte Interviewpartner wies darauf hin, dass Migranten schlechter medizinisch behandelt werden als Deutsche (sein Beispiel: Reha-Maßnahmen).

### *Persönliche Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung vor 20 Jahren*

Die Interviewten waren sich einig, dass sie vor 20 Jahren mit ihrer gesundheitlichen Versorgung zufriedener waren. Eine der Befragten erläuterte: „Man war gesünder und manches war besser, und man wird auch nach und nach kritischer.“

### *Besonders positive und besonders negative persönliche Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung*

Diese Frage führte zu einer Polarisierung der Gruppe. Drei der interviewten Frauen berichteten von negativen, zwei von positiven persönlichen Erfahrungen, die sich zum Teil deutlich widersprachen.

Die geschilderten negativen Erfahrungen:

- Eine der Befragten monierte einen Krankenhausaufenthalt, im Zuge dessen man an ihr eine aufwändige, aber unnötige Behandlung vornahm.
- Drei der Befragten thematisierten die mangelnde Qualität der Arzt/Patient-Beziehung: In dieser herrsche heute weniger Vertrauen als früher. Die Ärzte nähmen sich immer weniger Zeit und gäben sich immer weniger Mühe, Vertrauen aufzubauen. Das äußerte sich vor allem darin,
  - o dass kaum noch Untersuchungen vorgenommen werden würden und auch kaum noch geprüft werden würde, ob vormals festgelegte Medikamentierungen noch erforderlich sind, und
  - o dass es kaum noch möglich sei, dem Arzt seine Kümmernisse zu schildern.

Die mitgeteilten positiven Erfahrungen hatten einen anderen Tenor. Sie handelten von Ärzten,

- die sich für ihre Patienten sehr viel Zeit nehmen,
- mit denen man gegebenenfalls auch diskutieren kann, etwa wie man verfahren kann, wenn man keine Medikamente einnehmen möchte, und
- bei denen man sehr schnell einen Termin bekommt und im Wartezimmer auch nie längere Zeit warten muss.

### *Nicht vorgeschlagene bzw. abgelehnte medizinische Behandlungen*

Alle befragten Frauen waren sich einig, dass ihnen – soweit sie dies beurteilen können – nie medizinische Behandlungen, die erforderlich oder hilfreich gewesen wären, auf die eine oder andere Weise vorenthalten wurden.

### *Dringend empfohlene medizinische Behandlungen, die nicht in Anspruch genommen bzw. abgelehnt wurden*

Drei der interviewten Frauen konnten von entsprechenden Erfahrungen berichten:

- Eine brach eine orthopädische Behandlung ab, weil diese mit zu großen Schmerzen verbunden war,
- eine andere verweigerte die Zustimmung zu einer Operation, bei der man ihr die Nasenscheidewand entfernt hätte, und
- eine Dritte lehnte einen operativen Eingriff ab, mit dem man ihre verkleinerte Milz entfernt und zu Demonstrationszwecken der Wissenschaft zur Verfügung gestellt hätte.

### *Benachteiligung älterer Frauen im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland*

Die befragten Frauen waren sich weitgehend einig, dass von einer Benachteiligung älterer Frauen nicht auszugehen ist. Eine Interviewte berichtete allerdings von einem Fall, in dem es aufgrund des Alters zu einer schweren Diskriminierung kam: Eine hochaltrige Patientin bedurfte umfangreicherer Hauttransplantationen. Der verantwortliche Arzt lehnte es mit Verweis auf eine vermeintlich ungünstige Kosten/Nutzen-Relation allerdings ab, die entsprechenden Operationen durchzuführen: „Das lohnt sich nicht bei jemandem, der 92 Jahre alt ist.“

### *Benachteiligung aufgrund unzureichender Informationen*

Auch diese Frage führte zu einer Polarisierung der Gruppe. Während die einen der Auffassung waren, dass ganz allgemein ältere Menschen heute sehr viele für ihre gesundheitliche Versorgung relevanten Informationen erhielten, dass man die älteren Menschen gewissermaßen als Zielgruppe gerade entdeckt habe, betonten andere, dass älteren Frauen mit einem umfassenden Informationsangebot alleine oftmals noch nicht geholfen sei. Im Falle von Frauen, die nie gelernt haben, sich selbst kundig zu machen – etwa weil

ihr Ehemann bis zu seinem Tod für die Beschaffung aller erforderlichen Informationen sorgte –, müssen zunächst die Voraussetzungen für einen funktionierenden Informationsfluss geschaffen werden. Zur Verdeutlichung des Problems wurde folgender Fall geschildert: Eine 82-Jährige wurde aus dem Krankenhaus entlassen. Man empfahl ihr in diesem Zusammenhang häusliche Pflege. Sie sorgte tatsächlich für eine Pflege zu Hause. Dann stellte sich heraus, dass sie die Kosten dafür selbst tragen musste.

#### *Benachteiligung beim Zugang zu ambulanten und stationären Behandlungen*

Die interviewten Frauen berichteten von Benachteiligungen im Zusammenhang mit ambulanten und stationären medizinischen Angeboten. Diese Benachteiligungen hatten allerdings nicht mit Alter und Geschlecht, sondern mit ganz anderen Faktoren zu tun. Sie monierten eine Bevorzugung

- von Privatpatienten gegenüber Kassenpatienten und
- von Menschen, die sich artikulieren können, gegenüber Menschen, die dies nicht können.

Eine der Befragten schilderte zudem einen persönlichen Eindruck, der auf eine massive Benachteiligung älterer Menschen anspielt: „Wenn im Krankenhaus Betten auf dem Flur stehen, dann die mit älteren Menschen. Die Jüngeren sind im Zimmer.“

#### *Benachteiligung beim Zugang zu Reha-Maßnahmen*

Alle Interviewpartnerinnen waren sich einig, dass ältere Frauen keine Benachteiligungen in der Frage des Zugangs zu Reha-Maßnahmen zu beklagen haben. Es wurde im Gegenteil diesbezüglich von allerbesten Erfahrungen berichtet.

#### *Benachteiligung beim Zugang zu Heil- und Hilfsmitteln*

Auch hier war die gesamte Gruppe der Befragten der Auffassung, dass ältere Frauen gegenüber anderen Personengruppen keine Benachteiligungen zu erleiden haben.

### *Vorschläge zur Verbesserung der Situation älterer Frauen*

Die Gruppe der Interviewten machte zahlreiche Vorschläge zur allgemeinen Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung, also Vorschläge, die sich nicht allein auf die spezifische Versorgungssituation älterer Frauen bezogen:

- Es sollte mehr Fach- und Pflegepersonal in den Kliniken geben.
- Das Pflegepersonal sollte mehr Zeit für die Patienten und zu Pflegenden haben.
- Es sollten vernünftige Maßstäbe etabliert werden: „Die Ärzte klagen über niedriges Einkommen, obwohl es, absolut betrachtet, sehr hoch ist.“
- Ärzte sollten anders ausgebildet werden.
- Die existierenden Regularien sollten geändert werden. Sie führen auch bei engagierten und verantwortungsvollen Ärzten immer mehr zu einem Denken, das von ökonomischen Kalkülen bestimmt ist. Eine der Interviewten zitierte ihren Arzt: „Ich bin froh, dass ich drei privat versicherte Patienten habe – da kann ich zwei krebserkrankte Kassenpatienten besser behandeln.“
- Die Abrechnungen der Ärzte sollten besser kontrolliert werden: „Der Patient sollte unterschreiben, was der Arzt mit ihm gemacht hat.“
- Der bürokratische Aufwand, insbesondere die Dokumentationspflicht sollte eingeschränkt werden.
- Es sollte eine günstige Pflege zu Hause ermöglicht werden.
- Es sollte möglich sein, das Pflegegeld auch zur Bezahlung einer gewerblichen Pflegerin zu Hause zu verwenden.
- Es sollten mehr Ärzte Hausbesuche in Altenpflegeheimen machen bzw. ihre Patienten weiter betreuen, wenn sie in ein Altenpflegeheim ziehen.
- Es sollte darauf hingewirkt werden, dass im Krankenhaus und im Altenpflegeheim ein größeres Maß an persönlicher Ansprache möglich ist: „Ganz entscheidend ist die Verbesserung des Zwischenmenschlichen.“
- Im Krankenhaus könnte man dafür sorgen, dass der Soziale Dienst zur Ansprache verfügbar ist.
- Es sollte das Ehrenamt weiter gefördert werden, insbesondere durch eine verstärkte Anerkennung der Ehrenamtlichen.
- In Krankenhäusern muss die Person, die das Essen austellt, keine Krankenschwester sein – dies sollte jemand sein, der Zeit für ein Gespräch mit dem Einzelnen hat.

- Es sollte zwischen „Intensivpflege“ und „Lapidarpflege“ unterschieden werden. Patienten, für die eine Lapidarpflege indiziert wäre, könnten in einem Hotel – mit ärztlicher Anbindung – versorgt werden.
- Es sollten Hilfestellungen für Laien bereitgestellt werden, die aus eigenem Entschluss ein Wohnprojekt für sich im Alter, z.B. eine Alten-Wohngemeinschaft mit angestellter Hilfskraft, verwirklichen wollen.

#### 4.5 Ältere Ostdeutsche

Das Gespräch wurde mit sieben Personen – fünf Frauen und zwei Männer – im Alter von 65 bis 78 Jahren geführt. Alle Interviewten wohnten Zeit ihres Lebens in Berlin und näherer Umgebung und waren Mitglieder eines nach der Wende gegründeten Vereins zur Vertretung der Interessen älterer Menschen.

##### *Persönliche Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung*

Die Befragten äußerten sich zu diesem Thema alles in allem widersprüchlich: Als Mitglieder eines Vereins zur Vertretung von Senioreninteressen angesprochen, zeigten sie sich durchgängig als wenig zufrieden bzw. unzufrieden mit der Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Als Privatpersonen auf ihre persönlichen Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung angesprochen, zeigten sie sich hingegen zumindest mit einzelnen Aspekten der Versorgung durchaus zufrieden. Drei der sieben Befragten betonten beispielsweise, dass sie mit ihrem Hausarzt sehr zufrieden seien.

Die von den Befragten geäußerte Kritik an der Gesundheitsversorgung der Bundesrepublik Deutschland umfasste folgende Kritikpunkte:

- Ein Kernelement einer jeden fruchtbaren Arzt/Patient-Beziehung ist das Vertrauen, das der Patient dem behandelnden Arzt entgegenbringt: Er vertraut darauf, dass Ärzte im Falle einer Erkrankung schnell und effektiv helfen können – und dies auch tun werden. Dieses Vertrauen ist heute empfindlich gestört: Der Patient vertraut nicht mehr blind. Er behält sich vor, Diagnosen in Frage stellen zu können, er holt sich die Meinungen Dritter ein usw. Für diese Entwicklung sind die Ärzte selbst verantwortlich, die sich nicht mehr die Mühe machen, das Vertrauen ihrer Patienten zu gewinnen.
- Mit der aktuellen Gesundheitsversorgung der Bundesrepublik Deutschland werden ganze Personengruppen systematisch diskriminiert: Sie haben, anders als andere Gruppen, nicht den Zugang zu den Mitteln und Behandlungen, derer sie bedürfen.

Systematisch benachteiligt sind vor allem Kassenpatienten gegenüber Privatpatienten und ältere Menschen gegenüber jüngeren Menschen.

- Die Informationen, die die Ärzte sammeln, werden nicht akkumuliert: Es fließen keine Informationen vom einen behandelnden Arzt zum anderen behandelnden Arzt. Die Konsequenz ist, dass ein neuer Arzt alles neu aufrollen muss. Das ist unökonomisch und für den Patienten unter Umständen gefährlich, wenn dabei wertvolle Zeit verloren geht.
- Medikamente sind zuzahlungspflichtig, und für den Arztbesuch ist eine Praxisgebühr zu entrichten. Das führt vor allem zu einer weiteren Belastung der älteren Menschen.
- Chronisch Kranke bzw. Menschen mit einem hohen Bedarf an ärztlicher Betreuung haben heute nicht mehr genügend Kontakt zu ihrem Arzt.
- Es gibt zu wenige prophylaktische Impfungen und zu wenige Vorsorgeuntersuchungen, z.B. auf TBC.
- Die aktuell angebotenen Prophylaxen sind für manche Menschen zu teuer.
- In manchen Gegenden ist die Ärztedichte zu gering bzw. nimmt die Ärztedichte immer weiter ab, was vor allem zu einer Belastung der Nicht-Mobilen führt.
- Die Krankenkassen versuchen zum Teil, ihren Versicherten vorzuschreiben, möglichst einfache und billige Vorsorgetests vornehmen zu lassen.
- Das aktuelle System mit den vielen unterschiedlichen Versicherungen ist ungerecht: „Zu DDR-Zeiten gab es eine Krankenkasse für alle, das war gerechter.“

#### *Persönliche Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung vor 20 Jahren*

Alle Interviewten waren sich einig, dass sie vor 20 Jahren mit der gesundheitlichen Versorgung – anders als heute – zufrieden waren. Die Gründe für die frühere Zufriedenheit bzw. die heutige Unzufriedenheit haben dabei in erster Linie mit den unterschiedlichen Verhältnissen der politischen Systeme der DDR und der Bundesrepublik Deutschland zu tun.

#### *Besonders positive und besonders negative persönliche Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung*

Zu diesem Thema äußerte sich lediglich einer der Befragten. Er beklagte,

- dass ihm wichtige Behandlungen, derer er dringend bedarf, nicht verschrieben werden könnten und

- dass Ärzte zur Erprobung neuer Methoden bzw. zur Amortisierung teurer Apparaturen Behandlungen empfehlen würden, die zur Therapie des Patienten gar nicht nötig seien.

#### *Nicht vorgeschlagene bzw. abgelehnte medizinische Behandlungen*

Alle Interviewten waren sich einig, dass ihnen bislang keine ihrer Meinung nach erforderlichen Therapien vorenthalten wurden.<sup>56</sup>

#### *Dringend empfohlene medizinische Behandlungen, die nicht in Anspruch genommen bzw. abgelehnt wurden*

Zwei der Befragten berichteten von entsprechenden Erfahrungen. Beide Male waren sich unterschiedliche Ärzte hinsichtlich der Notwendigkeit der fraglichen Behandlung uneins.

- Im einen Fall wurde deshalb von einem Eingriff am Herzen abgesehen.
- Im anderen Fall wurden deshalb statt empfohlener zehn lediglich zwei Zähne gezogen.

Beide Interviewte waren mit ihrer Entscheidung sehr zufrieden.

#### *Benachteiligung älterer ostdeutscher Bürgerinnen und Bürger im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland*

Die Gruppe war sich einig, dass von einer solchen Benachteiligung auszugehen ist. Ältere ostdeutsche Bürgerinnen und Bürger sind nach ihrer Auffassung von vornherein aus zwei Gründen benachteiligt:

1. Weil sie über eine im Schnitt geringere Altersrente verfügen als westdeutsche Bürgerinnen und Bürger und
2. weil sie im Regelfall in deutlich strukturschwächeren Regionen leben als westdeutsche Bürgerinnen und Bürger.<sup>57</sup>

#### *Benachteiligung aufgrund unzureichender Informationen*

---

56 Zwei der Befragten berichteten von älteren Menschen, die Ärzte aus einem Kommunikationsbedürfnis heraus aufsuchten und in diesem Zusammenhang mit Behandlungswünschen konfrontierten, denen verantwortungsbewusste Ärzte nicht entsprechen könnten.

57 Die Interviewten berichteten von Dörfern, in denen heute nur noch Ältere, Behinderte und deren Kinder leben – nicht aber Ärzte.

Das Informationsangebot für ältere Menschen in Ostdeutschland wurde von den Befragten nicht als unzureichend erachtet. Sie kritisierten zwei andere Aspekte:

- Die Informationen sind zu umfangreich, zu zahlreich. Man wird von ihnen überschwemmt.
- Die Informationen sind zum Teil beängstigend. Insbesondere die Beipackzettel mit ihren Hinweisen zu möglichen Nebenfolgen bei der Einnahme der Medikamente können die Betroffenen verunsichern.

#### *Benachteiligung beim Zugang zu ambulanten und stationären Behandlungen*

Die Befragten waren sich einig, dass ostdeutsche Bürgerinnen und Bürger in diesem Zusammenhang nicht bewusst benachteiligt werden. Sie betonten jedoch, dass in Gestalt einer geringeren Ärztedichte eine Benachteiligung vorliege.

#### *Benachteiligung beim Zugang zu Reha-Maßnahmen*

Die Gruppe wurde aufgrund von Zeitknappheit nicht zu diesem Thema befragt.

#### *Benachteiligung beim Zugang zu Heil- und Hilfsmitteln*

Die Interviewten wurden aufgrund von Zeitknappheit nicht zu diesem Thema befragt.

#### *Vorschläge zur Verbesserung der Situation älterer ostdeutscher Bürgerinnen und Bürger*

Im Folgenden die auf Verringerung der Chancenungleichheit älterer Bürgerinnen und Bürger in Ostdeutschland abzielenden Vorschläge:

- Die Gesundheitssysteme Ost- und Westdeutschlands sollten weiter angeglichen werden.
- Es sollte in Fragen der Gesundheitsversorgung etwas gegen die Ungleichbehandlung aufgrund fehlender Geldmittel im Alter unternommen werden.

Die Vorschläge für eine allgemeine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung:

- Jeder sollte seine Chip-Karte selbst lesen können. So könnte er beispielsweise selbst prüfen, wann er die letzte zahnärztliche Untersuchung hatte.
- Therapeutische und pflegerische Berufe sollten aufgewertet werden.
- Das Profitstreben der Pharmaindustrie sollte reglementiert werden.

- An die Stelle der zahlreichen Krankenkassen sollte eine Versicherung für alle treten. Ideal wäre eine Bürgerversicherung, in die jeder einzahlt.
- Es sollte für alle Bürgerinnen und Bürger eine gesetzlich vorgeschriebene Vorsorge geben – von der Wiege bis zum Tod.
- Private Vereine, die für die Interessen älterer Menschen in Ostdeutschland eintreten, sollten unterstützt und gefördert werden.
- Die BAGSO sollte weniger Verbraucherschutz betreiben und mehr der konkreten Betreuung und Pflege älterer Menschen zuarbeiten.

#### **4.6 Ältere Migrantinnen und Migranten**

Das Interview wurde mit zwei Gruppen älterer Migrantinnen und Migranten geführt: Zum einen mit elf Menschen türkischer Herkunft – zehn Frauen und ein Mann im Alter von 52 bis 70 Jahren (GRUPPE 1). Zum anderen mit neun Menschen italienischer, spanischer und kolumbianischer Herkunft im Alter von 60 bis 74 Jahren (GRUPPE 2). Alle Interviewten lebten in einer hessischen Großstadt und wurden uns von zwei Organisationen, die speziell für die Interessen älterer Migrantinnen und Migranten eintreten, als Interviewpartner vermittelt.

##### *Persönliche Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung*

#### **GRUPPE 1**

Abgesehen von einer Befragten, die von sich sagte, dass sie alles im allem mit ihrer gesundheitlichen Versorgung zufrieden sei, rang sich niemand zu einer Bewertung der Gesundheitsversorgung als ganzer durch. Die Interviewten äußerten sich statt dessen durchgängig zu zwei Einzelaspekten des Gesundheitssystems, die sie allerdings sehr unterschiedlich beurteilten: Zum einen zu den Ärzten und der Qualität ihrer Behandlungen, zum anderen zu den für die Patienten dabei anfallenden Kosten. Während die Interviewten mit ihren Hausärzten zufrieden bzw. sehr zufrieden waren,<sup>58</sup> kritisierten sie deutlich die im Zuge der Behandlungen für den Einzelnen anfallenden Kosten. Neben der Praxisgebühr und den Medikamentenzuzahlungen kritisieren sie insbesondere die Kosten für

- Sehhilfen,
- Zahnersatz aus hochwertigen Materialien,

---

58 Einer der Befragten war mit seinem Zahnarzt unzufrieden.

- spezifische Zahnbehandlungen,
- spezifische Vorsorgeuntersuchungen (beispielsweise Magenspiegelung oder Knochendichtebestimmung),
- Massagen,
- Originalmedikamente statt Generika.

Eine der Gesprächspartnerinnen kritisierte zudem, dass sie heute Kosten für medizinische Behandlungen und Medikamente, die in der Türkei während ihrer „Heimataufenthalte“ anfallen, nicht mehr erstattet bekommt.

## GRUPPE 2

Mit dieser Gruppe verhält es sich ganz ähnlich wie mit den Interviewten der Gruppe 1. Auch sie fokussierte von vornherein auf die zwei Aspekte „therapeutisches Handeln der Ärzte“ und „anfallende Kosten“.<sup>59</sup> Auch sie monierte die zahlreichen und umfangreichen Zuzahlungen der Patienten. Lediglich bei der Beurteilung der Ärzte gibt es kleine Abweichungen: Ein Teil der Gruppe 2 ist mit den Ärzten zufrieden bzw. sehr zufrieden, ein anderer bemängelt

- Schwierigkeiten bei der Terminvereinbarung (besonders schlimm bei akuten Schmerzen),
- lange Wartezeiten und
- zu wenig Zuwendung.

Alle Interviewten waren sich darin einig, dass dies das Vertrauen der Patienten in ihren Arzt empfindlich stören muss.

### *Persönliche Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung vor 20 Jahren*

## GRUPPE 1

Die Befragten waren sich einig, dass man früher zufrieden war und dass dies gerade auch damit zusammenhing, dass man früher bessere die Gesundheitsversorgung betreffende gesetzliche Regelungen hatte. Eine der Befragten erläuterte: „Wir waren jung und gesund. Wenn wir zum Arzt gingen, bekamen wir alles, wurden wir freundlich behandelt.“

## GRUPPE 2

---

59 Lediglich eine der Befragten sagte, dass sie mit ihrer gegenwärtigen gesundheitlichen Versorgung nicht zufrieden sei.

Auch die Befragten dieser Gruppe waren mit ihrer gesundheitlichen Versorgung vor 20 Jahren zufrieden. Anders als Gruppe 1 verglichen sie zudem die aktuelle Situation mit der früheren: Heute sind die möglichen medizinischen Leistungen besser als früher, aber auch die Kosten höher. Heute ist man als mittlerweile älterer Mensch häufiger krank als früher, verfügt aber über weniger finanzielle Mittel. Heute ist das System unmenschlicher als früher: Man hat längere Wartezeiten, die Ärzte haben weniger Geduld und weniger Zeit, und man wird beim Betreten der Praxis als erstes gefragt, ob man überhaupt die Praxisgebühr zu entrichten in der Lage sei.

*Besonders positive und besonders negative persönliche Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung*

#### GRUPPE 1

Die Interviewten thematisierten im Wesentlichen positive Erfahrungen: Eine der Befragten berichtete von mehreren Bandscheibenschäden und einer Depression, eine andere von einer Depression und Schmerzen, zwei weitere von Schlaganfällen – sie alle waren mit ihren medizinischen Behandlungen zufrieden.<sup>60</sup>

Lediglich zwei der Befragten berichteten von negativen Erfahrungen:

- Eine der Interviewten war der Auffassung, dass ein Nervenleiden schlecht behandelt worden war und dass sie deswegen heute unnötigerweise starke Beschwerden hätte.
- Eine andere kritisierte, dass die Ärzte sie im Anschluss an eine schwere Operation zu früh wieder arbeitsfähig geschrieben hätten – zu einem Zeitpunkt, zu dem ihre Operationsnarbe noch nicht verheilt gewesen sei.

#### GRUPPE 2

Bis auf eine Interviewte waren sich alle einig, dass sie nichts zu beklagen hätten. Sie waren sehr wohl hin und wieder krank gewesen, mussten auch in dem einen oder anderen Fall operiert werden, waren aber mit den Behandlungen und Eingriffen bzw. mit ihrer Qualität zufrieden. Ein Mitglied der Gruppe berichtete sogar von einem Arzt, der hin und wie-

---

60 Eine der Befragten beklagte allerdings, dass sie die Kosten der Fortführung einer Behandlung selbst zu tragen hatte.

der bei ihr anruft und sich nach ihrem Wohlbefinden sowie nach dem Vorrat an wichtigen Medikamenten erkundigt.

Die Befragte, die sich negativ äußerte, berichtete von

- Leberschmerzen, um die sich ihr Arzt nicht genügend kümmerte. Er nahm sich für sie nur wenig Zeit, mit der Konsequenz, dass sie nach wie vor unter Schmerzen leidet.
- Informationsdefiziten, die zu beheben ihr Arzt nicht bereit war: Sie leidet an Diabetes und fragte ihren Arzt, was sie tun könne, wie sie ihre Lebensführung gestalten solle, aber der Arzt informierte sie kaum.

#### *Nicht vorgeschlagene bzw. abgelehnte medizinische Behandlungen*

##### GRUPPE 1

Fast alle Befragten dieser Gruppe berichteten von medizinischen Behandlungen, die ihrer Auffassung nach erforderlich waren, ihnen aber nicht verschrieben wurden – die sie also selbst tragen mussten bzw. selbst hätten tragen müssen. Lediglich eine der Interviewten erzählte von einem Fall, in dem eine Maßnahme, die dringend erforderlich war, von einem Arzt explizit als unnötig bezeichnet wurde: Sie berichtete von ihrem Mann, der eine Fußprothese benötigt hatte. Als man die Prothese nach ihrer Fertigstellung anzupassen versuchte, war sie nicht zu verwenden, da sie nicht über die erforderliche Passform verfügte. Die Krankenkasse befürwortete darauf hin die Herstellung einer weiteren Prothese. Der verantwortliche Arzt war in dieser Situation allerdings der Auffassung, dass die Herstellung einer weiteren, besser sitzenden Prothese nicht erforderlich sei, da der Träger der Prothese ohnehin nicht mehr lange zu leben hätte.

##### GRUPPE 2

Ein Teil der Gruppe betonte, dass nie erforderliche medizinische Behandlungen vorenthalten worden seien. Ein anderer Teil der Gruppe schilderte – wie es auch manche Mitglieder der Gruppe 1 taten – lediglich Fälle, in denen erforderliche Maßnahmen nicht verschrieben worden waren.

*Dringend empfohlene medizinische Behandlungen, die nicht in Anspruch genommen bzw. abgelehnt wurden*

#### GRUPPE 1

Drei der Befragten konnten von entsprechenden Erfahrungen berichten:

- Eine Interviewte verweigerte die Einwilligung zu einer Operation, deren Operationsrisiko von unterschiedlichen Chirurgen verschieden hoch eingeschätzt wurde.
- Eine Befragte lehnte eine Kur ab, die man ihr, ohne dass eine sachliche Notwendigkeit vorgelegen hätte, angeboten hatte.
- Eine Interviewte lehnte die Behandlung mit einem neuen Medikament ab, das sie im Zuge der Behandlung als Probandin getestet hätte.

#### GRUPPE 2

Kein Mitglied der Gruppe berichtete davon, dass es in der Vergangenheit einmal eine dringend empfohlene medizinische Behandlung nicht in Anspruch genommen bzw. sogar abgelehnt hätte.

*Benachteiligung älterer Migrantinnen und Migranten im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland*

#### GRUPPE 1

Von den sechs Interviewten, die sich zu diesem Thema äußerten, war lediglich eine Person der Auffassung, dass sie als Migrantin im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung nicht diskriminiert würde. Die anderen berichteten von entsprechenden Verdachten bzw. von Begebenheiten, die ihnen klar den Eindruck vermittelten, diskriminiert zu werden:

- Eine Befragte ist sich sicher, dass der behandelnde Arzt mit deutschen Patientinnen und Patienten lange und in Ruhe, mit ihr dagegen kurz und schnell spricht.
- Ein Interviewter wurde von der Arzthelferin nicht in den Behandlungsraum des Arztes hereingebeten.

## GRUPPE 2

Hier hat man es mit dem umgekehrten Verhältnis zu tun: Bis auf zwei Ausnahmen tendierten die Mitglieder der Gruppe eher zu der Annahme, dass sie als Migrantinnen und Migranten im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung nicht diskriminiert werden. Sie bezeichneten die Sprachbarriere als ernst zu nehmendes Problem, waren aber im Übrigen der Auffassung, dass sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlungen eher mit persönlichen Antipathien als mit der Nationalität der involvierten Akteure zu tun hätten.

Zwei der Interviewten berichteten allerdings von Begebenheiten, die sie sehr wohl als Ausdruck der Diskriminierung von Migranten begreifen:

- Eine der Befragten beobachtete, wie eine Arzthelferin eine Muslimin unfreundlich behandelte.
- Eine andere ist sich sicher,
  - o dass sie im Wartezimmer länger wartet als deutsche Patientinnen und Patienten und
  - o dass der behandelnde Arzt mit ihr kürzer spricht als mit den deutschen Patientinnen und Patienten.

### *Benachteiligung aufgrund unzureichender Informationen*

## GRUPPE 1

Die Befragten betonten durchgehend, dass sie von ihren Ärzten prinzipiell gut informiert würden. Manche Ärzte müssten dazu gezielt auf die interessierenden Sachverhalte hin angesprochen werden, manche Ärzte informierten ihre Patientinnen und Patienten jedoch von sich aus umfassend. Zwei der Interviewten nehmen ihre Kinder mit zum Arzt, damit diese für sie dolmetschen können. Die Gruppe war sich einig, dass man sich selbst darum kümmern muss, gut informiert zu sein.

## GRUPPE 2

In dieser Gruppe war immerhin eine Person der Auffassung, dass sie als Migrantin schlechter informiert werden würde als deutsche Patientinnen und Patienten. Eine weitere berichtete von einem Arztbesuch, nach dem ihr nicht klar war, was ihr denn nun eigentlich gesundheitlich fehlte.

### *Bedeutung der Sprachkenntnisse des Arztes*

#### GRUPPE 1

Bis auf eine der Interviewten betonten alle, dass die Sprachkenntnisse der Ärzte für sie keine primäre Bedeutung hätten, dass es von vorrangiger Bedeutung sei, dass diese als Therapeuten fähig seien. Sie betonten zudem, dass sie selbst immer deutsche Ärzte gehabt hätten, aber erforderlichenfalls auch einen türkischen Arzt konsultieren.

Eine Befragte berichtete, dass sie früher zu einem deutschen Arzt gegangen sei. Erst als sie das Gefühl gehabt hätte, nicht mehr richtig informiert zu werden, und als ihre Kinder berufstätig wurden und damit als Dolmetscher ausfielen, wäre sie zu einem türkischen Arzt gewechselt.

#### GRUPPE 2

Alle Mitglieder der Gruppe hatten deutsche Ärzte. Lediglich in einem Fall wurden Probleme aufgrund der Sprachbarriere gesehen.

### *Benachteiligung beim Zugang zu ambulanten und stationären Behandlungen*

#### GRUPPE 1

Abgesehen von einer Ausnahme sahen die Mitglieder der Gruppe eine solche Benachteiligung nicht.

Die Befragte, die anders urteilte, berichtete folgende Begebenheit: Sie hatte Schmerzen und veranlasste, dass der Notarzt gerufen wurde. Bis zu seinem Eintreffen verging ungewöhnlich viel Zeit. Im Krankenhaus ließ man sie nach einem kurzen Aufnahmegespräch ca. fünf Stunden warten, bis man sich ihr zuwandte. Nach einer kurzen Visite schließlich schickte man sie nach Hause. Die Interviewte war sich sicher, mit dieser Behandlung als Türkin diskriminiert worden zu sein.

## GRUPPE 2

Die Interviewpartner dieser Gruppe gingen alle davon aus, in Fragen des Zugangs zu ambulanten und stationären Maßnahmen als Migranten nicht benachteiligt zu werden.

### *Benachteiligung beim Zugang zu Reha-Maßnahmen*

## GRUPPE 1

Zwei der Interviewten äußerten sich zu diesem Punkt. Eine Gesprächspartnerin konnte eine solche Benachteiligung nicht sehen. Eine andere meinte, eine solche selbst erlebt zu haben: Eine Person, die sich mit ihr um die gleiche Reha-Maßnahme bemüht hatte, hatte diese zwei Wochen länger genehmigt bekommen als sie.

## GRUPPE 2

Die Gruppe war durchgängig der Auffassung, dass Migrantinnen und Migranten im Zugang zu Reha-Maßnahmen gegenüber Deutschen nicht benachteiligt würden.

### *Benachteiligung beim Zugang zu Heil- und Hilfsmitteln*

## GRUPPE 1

Die Befragten waren sich einig, dass Migrantinnen und Migranten in diesem Punkt nicht benachteiligt würden.

## GRUPPE 2

Eine der Befragten gab zu Bedenken, dass man als ältere Migrantin bzw. älterer Migrant durch Zuzahlungen bei Heil- und Hilfsmitteln stärker belastet würde als deutsche Rentnerinnen und Rentner mit ihren im Schnitt höheren Renten.

### *Vorschläge zur Verbesserung der Situation älterer Migrantinnen und Migranten*

Im Folgenden die auf eine Reduzierung der Chancenungleichheit älterer Migrantinnen und Migranten abzielenden Vorschläge (GRUPPE 1 und 2):

- Alle Menschen sollten gleich behandelt werden.
- Ärzte sollten Migrantinnen und Migranten gegenüber mehr Achtung und Interesse zeigen.
- Es sollte eine bessere sprachliche Verständigung sichergestellt werden:
  - o Ärzte, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen haben, sollten diese dolmetschen lassen.
  - o Alle Informationsveranstaltungen und Informationsmaterialien im Bereich der gesundheitlichen Versorgung sollten in verschiedenen Sprachen und einfach formuliert angeboten werden.
- Ärzte sollten Migrantinnen und Migranten den Kostenplan so erläutern, dass sie ihn verstehen. Die Patientinnen und Patienten müssen sich darüber im Klaren sein, was sie unterschreiben. Auch sollten Ärzte Migrantinnen und Migranten in diesem Zusammenhang nicht drängen.

Die Vorschläge für eine allgemeine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung (GRUPPE 1 und 2):

- Es sollte mehr medizinisches und pflegerisches Personal geben.
- Die Situation der Ärzte sollte verbessert werden: Die Ärzte sind dann freundlicher und nehmen sich mehr Zeit für ihre Patientinnen und Patienten: „Die Krankenkassen üben Druck auf die Ärzte aus, und die üben Druck auf die Patienten aus. Das muss geändert werden.“
- Es sollte Informationsmaterialien zum Gesundheitssystem und seiner Funktionsweise geben.
- Es sollte Informationsveranstaltungen und Informationsmaterialien zur Prävention häufig im Alter auftretender Krankheiten geben.
- Die Praxisgebühr und die Zuzahlungen sollten abgeschafft oder zumindest für Rentnerinnen und Rentner reduziert werden.
- Apotheken sollten verschriebene Medikamente nicht durch Generika ersetzen können.
- Es sollte verhindert werden, dass Ärzte Patientinnen und Patienten zu Behandlungen überreden, die diese gar nicht benötigen.
- Wünsche der Patientinnen und Patienten sollten nicht gleich abgelehnt, sondern zunächst einmal geprüft werden.
- Es sollte keine Unterscheidung mehr zwischen privat und gesetzlich Versicherten geben.
- Es sollte der bürokratische Aufwand verringert werden.

- Älteren Menschen sollten rechtzeitig Sport, Bewegung und Beschäftigung nahe gebracht werden.
- Arbeitsplätze sollten weniger gesundheitsbelastend sein.

#### **4.7 Gruppenübergreifende Betrachtung**

Im Folgenden sollen nun die zuvor betrachteten Gruppeninterviews einer vergleichenden Betrachtung unterzogen werden. Dabei sollen die Gemeinsamkeiten und Differenzen der Interviews herausgearbeitet werden: Inwieweit sind sich die unterschiedlichen Interviewgruppen hinsichtlich der Frage der Chancengleichheit bzw. Chancenungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung der Bundesrepublik Deutschland einig, und inwieweit kritisieren sie ganz spezifische und lediglich für sie relevante Formen der Chancenungleichheit? Dabei wird auch zu berücksichtigen sein, dass manche Gruppen nahe liegende (sachlich gerechtfertigte) Kritiken nicht äußerten.

Als solche für alle hier thematischen Risikogruppen – „Hochaltrige“, „Ältere Menschen mit Behinderung“, „Ältere Frauen“, „Ältere Ostdeutsche“ und „Ältere Migrantinnen und Migranten“ – relevanten und Chancengleichheit einschränkenden Faktoren lassen sich angeben:

- Die mit Behandlungen, Hilfs- und Heilmitteln verbundenen Kosten, die vom Patienten selbst aufzubringen sind, bzw. die im Falle älterer Menschen oftmals spürbar eingeschränkten finanziellen Mittel.
- Das Fehlen der Unterstützung älterer Menschen während des Krankenhausaufenthalts sowie das Fehlen adäquater Anschlussunterstützungen für die aus dem Krankenhaus Heimkehrenden.

Folgende Einflussgrößen wurden in den Gesprächen mit den Gruppen „Hochaltrige“, „Ältere Menschen mit Behinderung“ und „Ältere Migrantinnen und Migranten“ moniert:

- Die gelegentlich nicht gegebene Barrierefreiheit von Arztpraxen und Apotheken.
- Bürokratische Hindernisse bei der Bewilligung von Reha-Maßnahmen, Hilfsmitteln sowie mobilitätsfördernden Maßnahmen.

Ebenfalls für mehrere Risikogruppen relevant waren auch die Faktoren:

- Antipathien des medizinischen und pflegerischen Personals gegen ältere Menschen.
- Die Regelung der Standardtätigkeiten in der ambulanten Pflege, namentlich der Sätze und Zeitkontingente.

- Eingeschränkte Mobilität und das Fehlen von geeigneten und kostengünstigen Fahrgelegenheiten.

Die erste Einflussgröße wurde von den Gesprächsgruppen „Ältere Menschen mit Behinderung“, „Ältere Frauen“ und „Ältere Migrantinnen und Migranten“ thematisiert, die zweite und dritte Einflussgröße von den Gesprächsgruppen „Hochaltrige“ und „Ältere Menschen mit Behinderung“.

Bei den übrigen die Chancengleichheit der gesundheitlichen Versorgung belastenden Faktoren handelte es sich um Einflussgrößen, die weitgehend risikogruppenspezifisch sein dürften.

Die Gruppe der „Älteren Menschen mit Behinderung“ bemängelte:

- Die Fallpauschale und Budgetierung.<sup>61</sup>
- Die mangelnde Schulung der Ärzte im Umgang mit älteren behinderten Menschen.

Die Gruppe der „Älteren Frauen“ benannte als Problem:

- Den mangelnden Informationsfluss im Falle älterer Frauen, die ihren Ehemann verloren haben und nicht in der Lage sind, eigenständig vorhandene Informationsmaterialien zu nutzen.

Die Gruppe der „Älteren Ostdeutschen“ machte für eine Beeinträchtigung der Chancengleichheit folgende Faktoren verantwortlich:

- Die im Vergleich mit der Altersrente der westdeutschen Bürgerinnen und Bürger im Schnitt niedrigere Altersrente der Ostdeutschen.
- Die im Ost/West-Vergleich im Regelfall deutlich strukturschwächeren Regionen des Ostens mit ihrer oftmals deutlich geringeren Ärztedichte.

Die Gruppe der „Älteren Migrantinnen und Migranten“ benannte als belastende Faktoren schließlich:

- Antipathien des medizinischen Personals gegen Menschen nicht-deutscher Herkunft.
- Das Fehlen medizinischen Personals, das die Muttersprache der Migrantinnen und Migranten spricht.

---

61 Fallpauschale und Budgetierung benachteiligen insbesondere Menschen, die mehrfach beeinträchtigt sind – sei es, dass sie behindert und krank sind, sei es, dass sie behindert und alt sind, sei es, dass sie mehrfach erkrankt sind.

- Den Mangel an Informationsmaterialien, die in der Muttersprache der Migrantinnen und Migranten sowie in einfach verständlicher Form abgefasst sind.

## 5. Zusammenfassung der Ergebnisse

An dieser Stelle werden nun die wesentlichen Ergebnisse der Auswertungen der Literatur, der standardisierten Befragung und der Experteninterviews zusammengefasst, insoweit sie Aussagen zu einer Chancenungleichheit oder Gefährdung der Chancengleichheit älterer Menschen in der Gesundheitsversorgung der Bundesrepublik Deutschland machen.<sup>62</sup>

### *Literaturbericht*

In den ausgewerteten Quellen werden unterschiedlich starke Ausprägungen der Chancengleichheit auf gesundheitliche Versorgung für das bestehende System in Deutschland festgestellt. Chancenungleichheiten treten auf verschiedenen Ebenen zutage:

Die medizinischen Ansprechpartner der älteren Patienten sind vornehmlich die Hausärzte. Sie sind geriatrisch oft zu wenig geschult, und zu selten findet ein interdisziplinärer Austausch statt. Eine ungenügende Kenntnis auf diesem Gebiet führt daher gerade bei älteren Patienten zu fehlerhaften oder unklaren Diagnosestellungen und damit unzureichenden Behandlungen. Insbesondere Depressionen und Demenzen werden bei älteren Patienten häufig nicht als solche erkannt.

Für die Zahn- und Mundgesundheit älterer Menschen, insbesondere bei Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern, wird nur ungenügend Sorge getragen. Dies gilt für die Vernachlässigung der Zähne bei Eingangs- oder Kontrolluntersuchungen, aber ebenso für nicht gewährleistete zahnärztliche Untersuchungen sowie die mangelnde Kompetenz des Pflegepersonals. Hilfsmittel für die tägliche Zahnhygiene wie Zahnbürsten mit altengerecht verstärktem Handgriff werden selten angeboten.

Die Verschreibungspraxis von Arzneimitteln zeigt deutliche Unterschiede hinsichtlich Häufigkeit und Art. So erhalten Frauen insgesamt mehr Medikamente als Männer, ältere Frauen erhalten auffallend häufig Psychopharmaka. Häufig ist hiermit Multimedikation verbunden, die Gefahren hinsichtlich Nebenwirkungen und des eigenmächtigen Absetzens von Medikamenten (aufgrund der Nebenwirkungen) birgt. Mit ihnen verbindet sich eine mögliche Verschlechterung des Gesamtzustandes. Die Einnahme bestimmter oder auch mehrerer Medikamente scheint Stürze zu begünstigen, die besonders bei Frauen

über 60 Jahren vermehrt auftreten. Diese bedingen Verunsicherungen und Einschränkungen im Alltag, wodurch Folgeerkrankungen möglich sind.

Wie die Bundesärztekammer feststellte, wird bei identischer Beschwerdestellung beider Geschlechter unterschiedlich diagnostiziert und damit therapiert: vermehrt werden bei Frauen Depressionen diagnostiziert.

Für Personen mit Migrationshintergrund ist eine chancengleiche Gesundheitsversorgung aufgrund von Sprach- und Übersetzungsschwierigkeiten erschwert. Generell gilt, dass Verständigungsschwierigkeiten und kulturelle Besonderheiten (wie z.B. die Perzeption und die Beschreibung von Beschwerden) zu Fehldiagnosen und Krankheitskarrieren führen können. Trotz fehlender repräsentativer epidemiologischer Studien ist durch Einzelstudien und Projektarbeit bekannt, dass bei Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung psychische und psychosomatische Beschwerden und Infektionskrankheiten vermehrt auftreten. Eine interkulturelle Weiterbildung des medizinischen und pflegerischen Personals wird von verschiedenen Autoren gefordert. Wichtig (gerade für türkischstämmige Patienten) sind fachlich kompetente Kräfte, die bei Sprachproblemen qualitative Übersetzungsarbeit leisten.

Personen mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen wird auf zwei Ebenen die Chancengleichheit erschwert: Zum einen durch die infrastrukturelle Ausstattung gerade der ambulanten Versorgung, also z.B. der Arztpraxen, zum anderen durch Regelungen des Gesundheitssystems: Barrierefreie Zugänge zu den Arztpraxen, Behandlungszimmern und Behandlungsstühlen sind zum einen häufig nicht gegeben, aber auch andere Barrieren erschweren den Arztbesuch. Weiterhin ist das medizinische, pflegerische und administrative Personal in adäquaten Kommunikationstechniken meist nicht geschult, und der hierfür höhere Zeitbedarf ist in der Regel nicht einkalkuliert. Andererseits unterliegen viele Hilfsmittel Kostenregelungen und Zuzahlungen, die von den häufig nur gering Verdienenden nicht geleistet werden können. Als Beispiele seien hier technisch hochempfindliche Hörgeräte oder leicht manövrierbare Rollstühle genannt. Dies steht dem Grundsatz der Partizipationsförderung für Menschen mit Behinderung entgegen.

Die eigene finanzielle Beteiligung an den Leistungen des Gesundheitssystems führt aber generell für viele Gruppen unter den Älteren zu Benachteiligungen; besonders eklatant

---

62 Die Ergebnisse der Auswertung des Alterssurveys werden hier nicht berücksichtigt, da diese keine eindeutigen Hinweise auf eine Chancenungleichheit bzw. eine Gefährdung der Chan-

zeigt sich dies bei älteren Wohnungslosen. Wird jedoch auf die Vorsorge und Behandlung von Krankheiten verzichtet, resultiert dies nicht selten in Krankheitskarrieren. Es gibt Hinweise darauf, dass sich auch das insgesamt niedrigere Einkommensniveau Älterer in den neuen Bundesländern auf die Versorgung mit Gesundheitsleistungen auswirkt. Weiterhin leiden strukturschwache ländliche Regionen insbesondere in den neuen Bundesländern unter Ärztemangel, so dass längere Wartezeiten für Termine entstehen und Hausbesuche bei immobilen Personen seltener werden. Eine gute Prävention und Versorgung ist damit nicht mehr gewährleistet, was eine Ungleichheit in der Versorgung im Vergleich zu strukturstärkeren bzw. urbanen Regionen bedeutet.

### *Standardisierte Befragung*

Der für die standardisierte Befragung entwickelte Fragebogen enthielt an verschiedenen Stellen die Möglichkeit für die Befragten, auf einen aus ihrer Sicht unangemessenen Umgang mit ihnen hinzuweisen und Kritik an der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen zu äußern.

Insgesamt gesehen wurden sowohl die ambulante Versorgung in Form von Arztbesuchen bzw. Hausbesuchen als auch die stationäre Versorgung in Krankenhäusern positiv beurteilt. Das heißt, jeweils eine große Mehrheit der Befragten war der Auffassung, in angemessener Zeit einen Termin erhalten zu haben, freundlichem und hilfsbereitem Personal begegnet zu sein, von den Ärzten ernst genommen und ausreichend informiert worden zu sein und nicht schlechter behandelt worden zu sein als andere Patienten.

Überdurchschnittlich häufig kritisch äußerten sich diejenigen Befragten, die sich durch eine chronische Erkrankung oder Behinderung im täglichen Leben stark eingeschränkt fühlen. Sie gaben häufiger als die anderen Befragten an, dass sie nicht in angemessener Zeit einen Termin bekommen hätten (bei Fachärzten), dass ihre Sorgen und Wünsche nicht ernst genug genommen worden seien (bei praktischen Ärzten, bei Fachärzten und im Krankenhaus) und dass ihnen nicht alles Wichtige genau genug erklärt worden sei (bei praktischen Ärzten, Zahnärzten, Fachärzten und im Krankenhaus). Auch mit den Arztbesuchen bzw. Krankenhausaufenthalten insgesamt waren sie häufiger unzufrieden als die übrigen Befragten (in Bezug auf praktische Ärzte, Fachärzte, ärztliche und pflegerische Versorgung im Krankenhaus).

In einer Reihe von Punkten äußerten sich die gesetzlich Versicherten kritischer als die privat Versicherten. Höhere Anteile der Ersteren gaben an, dass sie nicht in angemessener Zeit einen Termin bekommen hätten (bei Fachärzten), dass ihre Sorgen und Wünsche nicht ernst genug genommen worden seien (bei praktischen Ärzten und im Krankenhaus) und dass sie sich schlechter behandelt gefühlt hätten als andere Patienten (bei praktischen Ärzten und Fachärzten). Nur zu wenigen Punkten äußern sich Frauen kritischer als Männer (Gesamtzufriedenheit mit praktischen Ärzten und Personal im Krankenhaus) und hochaltrige kritischer als jüngere Befragte (pflegerische Versorgung im Krankenhaus). Immer wieder auftauchende allgemeine Kritikpunkte sind, dass Ärzte und Krankenhauspersonal zu wenig Zeit hätten bzw. immer in Eile seien, dass Patienten nicht genügend ernst genommen und unpersönlich behandelt und dass privat Versicherte bevorzugt werden würden.

Ein nicht unerheblicher Anteil aller Befragten von 9,4% gab an, unter Beschwerden durch chronische Erkrankungen zu leiden, die nicht angemessen behandelt werden würden. Bei denjenigen Befragten, die sich durch eine chronische Erkrankung oder Behinderung im täglichen Leben stark eingeschränkt fühlen, ist der entsprechende Anteil mit 15,6% nochmals höher.

Bei der umfangreichen Fragebatterie zu Hilfsmitteln wie Sehhilfen, Hörgeräten, Rollstühlen und Zahnprothesen gab die große Mehrzahl der Befragten an, dass die benötigten Hilfsmittel auch vorhanden seien. Nur in sehr wenigen Fällen beruhte ein Nichtvorhandensein oder eine Nichtnutzung eines Hilfsmittels auf finanziellen Gründen (neues Hilfsmittel wurde nicht bewilligt oder wegen zu hoher Zuzahlung nicht angeschafft).

Mit 41,2% ein hoher Anteil aller Befragten gab an, sich durch Praxisgebühr und Zuzahlungen stark belastet zu fühlen. Nochmals höher liegen die Anteile mit 49,6% bei denjenigen Befragten, die sich durch eine chronische Erkrankung oder Behinderung im täglichen Leben stark eingeschränkt fühlen, und mit 47,0% bei den Befragten aus Ostdeutschland. Während sich von den Befragten mit Volks- oder Hauptschulabschluss bzw. Mittlerer Reife 44,3% bzw. 44,8% stark belastet fühlen, sind es von den Befragten mit (Fach-) Hochschulreife bzw. abgeschlossenem Studium nur 35,8%. Gravierend ist die Differenz zwischen gesetzlich und privat Versicherten – während sich bei den Ersteren 45,5% stark belastet fühlen, sind es bei den Letzteren lediglich 17,6%. Aufgrund der finanziellen Belastung gaben zahlreiche Befragte an, an anderer Stelle sparen zu müssen, vereinzelt sogar an Essen oder Kleidung. Bisweilen wurde berichtet, dass Arztbesuche einge-

schränkt werden müssten, Medikamente nicht gekauft und Hilfsmittel nicht angeschafft werden könnten.

Eine Reihe von Aspekten der Gesundheitsversorgung wird von den Befragten recht kritisch beurteilt. Insbesondere werden der herrschende Zeitmangel und die dadurch hervorgerufene Oberflächlichkeit, ein Zuwenig an Menschlichkeit und an Eingehen auf die Bedürfnisse der Patienten, lange Wartezeiten auf Termine und langes Warten in Arztpraxen, ein Mangel an Ärzten und Pflegepersonal, die finanziellen Belastungen durch Praxisgebühr und Zuzahlungen sowie die Bevorzugung von privat Versicherten kritisiert.

### *Gruppeninterviews*

Im Zuge der Gruppeninterviews wurden Gespräche mit Vertreterinnen und Vertretern spezifischer „Risikogruppen“ geführt: Mit Hochaltrigen, mit älteren Behinderten, mit älteren Frauen, mit älteren in Ostdeutschland lebenden Menschen und mit älteren Migrantinnen und Migranten. Die Idee war, mit solchen Menschen Gespräche zu führen, die am ehesten Gefahr laufen, im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung der Bundesrepublik Deutschland aufgrund ihres Alters systematisch benachteiligt zu werden. Die Interviews zeigen auch tatsächlich, dass es sich bei den als Risikogruppen definierten Personengruppen durchweg um solche mit erschwertem Zugang zu den Leistungen des Gesundheitssystems handelt: Die ins Auge gefassten Personengruppen werden alle von den mit ambulanten und stationären Behandlungen, Medikamenten sowie Hilfs- und Heilmitteln verbundenen Eigenbeteiligungen empfindlicher getroffen als andere Personengruppen. Und sie sind alle weit dringender als andere auf Hilfeangebote während und nach einem Krankenhausaufenthalt angewiesen, die aktuell nicht flächendeckend zur Verfügung stehen.

Neben diesen potenziell die Angehörigen aller Risikogruppen benachteiligenden Faktoren nannten die Interviewten im Einzelfall aber auch solche, die ein Stück weit risikogruppen-spezifischer sind. So wurden die Faktoren „mangelnde Barrierefreiheit im Falle von Arztpraxen und Apotheken“ und „bürokratische Hindernisse bei der Bewilligung von Reha-Maßnahmen, Hilfsmitteln und mobilitätsfördernden Maßnahmen“ lediglich von Hochaltrigen, älteren Behinderten, und älteren Migrantinnen und Migranten beklagt. Ähnlich verhält es sich mit dem Faktor „Antipathien des medizinischen und pflegerischen Personals gegen ältere Menschen“. Ihn monierten lediglich ältere Behinderte, ältere Frauen und ältere Migrantinnen und Migranten. Die Faktoren „rigide Regelung der Standardtätigkeiten in der

ambulanten Pflege“ sowie „eingeschränkte Mobilität“ schließlich wurden allein von Hochaltrigen und älteren Behinderten beklagt.

Einige der interviewten Gruppen berichteten sodann noch von benachteiligenden Faktoren, die ausschließlich die gesundheitliche Versorgung einer Risikogruppe berühren: Ältere Ostdeutsche behaupteten, dass die von ihnen repräsentierte Gruppe vor allem durch die im Schnitt niedrigere Altersrente und durch die aufgrund der Strukturschwäche mancher Regionen Ostdeutschlands geringe Ärztedichte benachteiligt werden würde. Ältere Behinderte berichteten, dass sie in ihrer Chancengleichheit insbesondere durch Fallpauschale und Budgetierung, aber auch aufgrund der mangelnden Schulung der Ärzte im Umgang mit Menschen mit Behinderung beeinträchtigt werden würden. Ältere Migrantinnen und Migranten betonten, dass die von ihnen vertretene Gruppe in ihrem Zugang zu einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung durch Antipathien des medizinischen Personals gegen Menschen nicht-deutscher Herkunft, durch das Fehlen geeigneter Sprachkenntnisse seitens des medizinischen Personals sowie durch den Mangel sprachlich geeigneter Informationsmaterialien behindert werden würde. Ältere Frauen schließlich behaupteten, dass die von ihnen repräsentierte Gruppe, trotz des Vorliegens umfangreichen Informationsmaterials, in Fragen der gesundheitlichen Versorgung schlechter informiert sei als die Gruppe der älteren Männer.

Verglichen mit den zuletzt genannten Risikogruppen und ihren in den Interviews thematischen Mehrfachbelastungen erscheint nun eine der betrachteten Personengruppen in ihrem Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems vergleichsweise wenig beeinträchtigt: Die Gruppe der hochaltrigen Menschen. Der Eindruck, es hier mit einem Personenkreis zu tun zu haben, der in Fragen der gesundheitlichen Versorgung eher wenig benachteiligt ist, kann dabei durchaus dadurch zustande gekommen sein, dass in dem entsprechenden Gruppengespräch Menschen interviewt wurden, die als Hochaltrige vergleichsweise rüstig und aufgrund individueller Erfahrungen in der Nutzung des Gesundheitssystems sehr versiert sind – andere, weniger rüstige Hochaltrige hätten möglicherweise ein negativeres Bild vermittelt. Der im Zuge des Gruppeninterviews gewonnene Eindruck kann allerdings auch als Hinweis darauf verstanden werden, dass Alter – und auch Hochaltrigkeit – für sich betrachtet noch keine gravierende Chancenungleichheit impliziert, dass für Ältere und Hochaltrige die Chancengleichheit im Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems vielmehr unter Umständen erst dann prekär wird, wenn zum Alter noch schwere chronische Erkrankungen oder Behinderungen hinzukommen.

## *Resümee*

Betrachtet man die drei Ergebnispräsentationen – Literaturbericht, standardisierte Befragung und Gruppeninterviews – im Zusammenhang, so zeigt sich, dass Alter und Hochaltigkeit Menschen hinsichtlich der Frage ihrer gesundheitlichen Versorgung erst dann spürbar mit dem Problem der Chancengleichheit konfrontieren, wenn sie beginnen, über ein gewisses Maß hinaus gesundheitliche Beschwerden zu entwickeln: Wer im Alter gesund und rüstig ist, nutzt das Gesundheitssystem vergleichsweise selten und ohne belastenden Leidensdruck. Schwieriger gestaltet sich die Situation für ältere Menschen bereits, wenn sie in Folge einer auftretenden Erkrankung auf eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung angewiesen sind. Noch schwieriger gestaltet sie sich schließlich für ältere Menschen, die als schwer chronisch Kranke oder Behinderte die Leistungen des Gesundheitssystems zu nutzen haben.

Erkrankt ein älterer Mensch in der Bundesrepublik Deutschland, so kann sein Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems von vornherein in mindestens drei Hinsichten beeinträchtigt sein: Für ältere Frauen ist das Risiko, aufgrund einer Fehldiagnose inadäquat medizinisch behandelt zu werden, größer als für Männer. Menschen, die in strukturschwachen Gegenden leben, haben mit einer in logistischer Hinsicht schwierigeren gesundheitlichen Versorgung zu rechnen als andere. Migrantinnen und Migranten haben sich auf eine sprachlich schwierigere und damit risikobehaftetere medizinische Behandlung einzustellen als deutsche Muttersprachlerinnen und -sprachler. All diese ungünstigen Ausgangsbedingungen können sich im Einzelfall addieren. Für eine in einer strukturschwachen Gegend lebende ältere Migrantin wären im Falle ihres Erkrankens gegenwärtig eher größere Hindernisse für eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung zu veranschlagen.

Von einer besonders schweren Beeinträchtigung der Chancengleichheit ist im Falle älterer Menschen auszugehen, die als schwer chronisch Kranke oder als Behinderte auf Leistungen des Gesundheitssystems angewiesen sind. Das besondere Maß der Chancengleichheit liegt in dem Zusammen zweier schwer vereinbarer und zum Teil nicht modifizierbarer Faktoren begründet:

- Auf der einen Seite der betroffene Mensch, dessen gesundheitliche Beeinträchtigung bzw. dessen Behinderung auf Dauer nicht korrigiert werden kann – mit der er, so gut es geht, zu leben hat,

- auf der anderen Seite strukturelle Faktoren, wie mangelnde Barrierefreiheit, Fallpauschale, Zuzahlungen zu Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln usw., die jene Teile der Alltagspraxis, im Zuge derer der betroffene Mensch seine gesundheitliche Versorgung sicherzustellen versucht, systematisch erschweren.

Auch hier ist auf die Möglichkeit der Ballung ungünstiger Ausgangsvoraussetzungen hinzuweisen: Eine ältere schwer gehbehinderte Migrantin, die in einer strukturschwachen Region lebt, wird im Falle einer Erkrankung beim Zugang zu einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung wahrscheinlich in besonderem Maße gegenüber anderen Menschen mit vergleichbaren Beschwerden benachteiligt werden.

Hinzu kommt, dass die Angehörigen der hier betrachteten Risikogruppen gemessen am Durchschnitt der Gesamtbevölkerung oftmals weniger gut mit finanziellen Ressourcen ausgestattet sind, so dass man davon ausgehen muss, dass sie – ebenso wie andere weniger wohlhabende Menschen – von den mit den Leistungen der Gesundheitsversorgung für sie verbundenen Kosten besonders stark belastet werden.

# Anhang

## Verzeichnis der Quellen

### *Artikel und Aufsätze:*

Albani, Cornelia./ Gunzelmann, T./ Schmutzer, G. (et. al.) (2005): Die emotionale Befindlichkeit älterer Menschen – Normierung des Profile of Mood Status für über 60-Jährige; in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 38, 2006, S. 432-441.

Algül, Hana/ Mielck, Andreas (2005): Türkische Gastarbeiter als Patienten im deutschen Gesundheitssystem: Kritische Analyse und Vorschläge für eine bessere Versorgung; in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 11-12/2005.

Angres, Martin/ Frühauf, Hans Peter (2006): Ältere Migrantinnen und Migranten. Gesundheitliche Lage und präventive Zugänge; in: prävention 04/2006, S. 121-124.

BAGSO (Hrsg.) (2007): Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum; in: BAGSO-Nachrichten: 2/2007, S. 22.

Blake, A. J.; Morgan, K.; Bendall, M. J. (1988): Falls by Elderly People at Home: Prevalences and Associated Factors. Age and Ageing 17, 365 -372.

Bredthauer, D./ Becker, C./ Eichner, B./ Koczy, P./ Nikolaus, Th.: Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: A paradigm for elder abuse, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Bd. 38, Heft 1, Februar 2005, S. 10-18.

Cumming, R. G.; Miller, J. P.; Kelsey, J. L. et al. (1991): Medications and Multiple Falls in Elderly People: The St Louis OASIS Study. Age and Ageing 20, 455-461.

Czycholl, Dietmar (2005). Migration und Alter: Psychologische und Versorgungsaspekte; [http://www.forum-seniorenarbeit.de/output/La1/373.117/\\_/tx/tx|373.1808.1/\\_/\\_\\_.html](http://www.forum-seniorenarbeit.de/output/La1/373.117/_/tx/tx|373.1808.1/_/__.html).

Dapp, Ulrike/ Anders, J./ von Renteln-Kruse, W. (et al.) (2006): Zielgruppenspezifische Angebote eines geriatrischen Zentrums. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter durch ein kommunales Gesundheitsnetzwerk; in: Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung, Jg. 29. S. 116-120.

Dietzel-Papakyriakou, Maria (2005): Potentiale älterer Migranten und Migrantinnen; in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 38, 2005, S. 396-406.

Ding-Greiner, Christina/Kruse, Andreas (2004): Altenpflege: Qualifizierung in der Ausbildung; in: GGW 4/2004 (Oktober), 4. Jg., S. 16-25.

Doering, T.J./Hermes, E./ Konitzer, M. (et al.) (2002): Gesundheitliche Situation von Wohnungslosen in einer Krankenwohnung für Wohnungslose, in: Gesundheitswesen 2002; 64, S. 375-382.

Döhner, Hartmut/ Rothgang, Heinz (2006). Pflegebedürftigkeit. Zur Bedeutung der familialen Pflege für die Sicherung der Langzeitpflege; in: Bundesgesundheitsblatt, Band 49, Heft 6, S. 583-594.

Gerling, Vera (2005): Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation älterer Migranten/innen dargestellt am Beispiel eines Modellprojektes im Kreis Unna; in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 38, 2005, S. 407-416.

Glaeske, Gerd/ Hoffmann, Falk (2006) Suchtgefährdung im Alter am Beispiel von Arzneimittelverschreibung und –gebrauch. Präventionspotentiale, personale und strukturelle präventive Ansätze; in: Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung, Jg. 29. S. 111-115.

Greifenhagen, A./Fichter, M.(1998): Ver-rückt und obdachlos – psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen, in: Wohnungslos, 3, 1998.

Grübner, Katrin (2006). Systematisch benachteiligt. Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen im Gesundheitssystem; in Dr. med. Mabuse 162, Juli/August 2006, S. 34-36.

Habermann, Monika (2005): Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Migranten. Aktuelle Entwicklungen und Perspektiven; [http://www.forum-seniorenarbeit.de/output/La1/373.117/\\_/tx/tx%7C373.1786.1/\\_/\\_\\_.html](http://www.forum-seniorenarbeit.de/output/La1/373.117/_/tx/tx%7C373.1786.1/_/__.html).

Hassel, Alexander J./Koke, U./Drechsel, A. (et al.) (2005): Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität älterer Menschen; in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 38, 2005, S. 342-346.

Haux, Friedrich (2006): Geriatriische Patienten ion der Rehabilitationsklinik. Gesundheitsgefährdungen und Präventionspotentiale; in: Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung, Jg. 29. S. 125-128.

Klein, Sabine (2006): Aus der Vergangenheit lernen; in: Pflegezeitschrift, 2/2006; S. 73.

Kruse, Andreas (2006a): Alterspolitik und Gesundheit, in: Bundesgesundheitsblatt, Band 49, Heft 6, S. 513-522.

Kruse, Andreas (2006b): Qualität der Versorgung älterer Menschen; in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 39, 2006, S. 329-330.

Kruse, Andreas (2006c). Der Beitrag der Prävention zur Gesundheit im Alter – Perspektiven für die Erwachsenenbildung. In: bildungsforschung, Jahrgang 3, Ausgabe 2, URL: <http://www.bildungsforschung.org/Archiv/2006-02/gesundheit>.

Kondratowitz, Hans-Joachim von (2005): Die Beschäftigung von Migranten/innen in der Pflege, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 38, 2005, S. 417-423.

Kuhlmey, Adelheid (2006): Gesundes Altern – geht das? In: GGW 1/2006, 6. Jg., S. 7-13.

Lange, Cornelia/ Lampert, Thomas (2003): Stand und Perspektiven einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung; in: Blickpunkt Der Mann, 2003, 1 (3), S. 20-25.

Lenz, Hans-Joachim (2006): Gewalt gegen Männer. Die Verleugnung der männlichen Verletzbarkeit: in: Dr. med. Mabuse 162, Juli/August 2006; S. 40-42.

Lisofsky, Beate (2003): Wenn die Putzfrau im Krankenhaus dolmetscht; in: psychosoziale Umschau, 2/2003, S. 12.

Merten, Martina (2006): „Wir brauchen die Reformen – jetzt“, in; Deutsches Ärzteblatt, Heft 5, Mai 2006, S. 203.

Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Geschichte der Diskussion – Hinweise für die Zukunft; Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW informiert!, 2005, Jg. 5, Nr. 10.

Müller, Frauke/Nitschke, Ina (2005): Mundgesundheit, Zahnstatus und Ernährung im Alter; in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 38, 2006, S. 334-341.

o.N.: Neue Wege in der Pflege. Zur Notwendigkeit kulturkompetenter Pflege; [http://www.isoplan.de/aid/index.htm?http://www.isoplan.de/aid/2002-1/aeltere\\_migranten.htm](http://www.isoplan.de/aid/index.htm?http://www.isoplan.de/aid/2002-1/aeltere_migranten.htm).

o.N.: Hin- und hergerissen zwischen alter und neuer Heimat; <http://www.sozialcourage.caritas.de/21445.html?print=true>.

Piechotta, Gudrun (2006): Pflegerische Beratung im multikulturellen Kontext: Im Mittelpunkt steht der Mensch; in: Pflegezeitschrift, S. 215-218.

Pirmohamed, M./James, S./Meakin, S.(2004): Adverse Drug Reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18820 patients; BMJ, 329:15-19.

Razum, Oliver/Geiger, Ingrid/Zeeb, Hajo/Ronellenfitsch, Ulrich (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten; Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 43 vom 22.10.2004, Seite A-2882/B-2439 /C-2326 SPEKTRUM

Robertz-Grossmann, B. (2006): Wissen umsetzen. Aufgaben und Aktivitäten der Arbeitsgruppe 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung; in: Bundesgesundheitsblatt, Band 49, Heft 6, S. 523-528.

Roloff, Eckart Klaus (2006): Wo bleiben die Ärzte in Altenheimen? Eine Studie entdeckt kaum bewusste Defizite im Pflegesystem; in: Dr. med. Mabuse 162, Juli/August 2006; S. 8.

Sawicki, Peter T. (2005): Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ein randomisierter simultaner Sechs-Länder-Vergleich aus Patientensicht, in: Medizinische Klinik, 2005;100:755–68 (Nr. 11).

Schneider, Nils (2006): Health care in seniority: crucial questions and challenges from the perspective of health service research; in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 39, 2006, S. 331-335.

Schoepf, Christine/Naegele, Gerhard (2005): Alter und Migration – ein Überblick; in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 38, 2005, S. 384-395.

Six, T. (1992): Epidemiologie des Sturzes und der Hüftfraktur. Praxis Schweizer Rundschau Medizin 81 (46), 1378 -1381.

Spindler, Mone/Stiehr, Karin (2006): Lebensbedingungen von Frauen 50plus in Europa – Ergebnisse einer Sekundäranalyse in zwölf westeuropäischen Ländern, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 39, Heft 1.

Spindler, Mone (2004a): Breite Vielfalt und gemeinsame Problemlagen – Die Lebenssituation von „Frauen 50+“ in Deutschland, in: *Wir Frauen*, Jg. 23, Heft 4.

Strittmatter, Ute: Was ist für behinderte Frauen bei einem Arztbesuch wichtig? In: *WeiberZEIT einfach gesagt*, Ausgabe 7/April 2005, S. 5-6.

Stoppe, Gabriela/Knoblauch, Anita/Haak, Sebastian/Maeck, Lienhard (2007): Die Frühdiagnose der Demenz in der Praxis niedergelassener Ärzte: Unterschiede zwischen Haus- und Fachärzten in Deutschland; in: *Psychiatrische Praxis* 2007; Band 34-138

Tesch-Römer, Clemens/ Wurm, Susanne (2006a): Lebenssituationen älter werdender und alter Menschen in Deutschland; in: *Bundesgesundheitsblatt*, Band 49, Heft 6, S. 499-505.

Tesch-Römer, Clemens/ Wurm, Susanne (2006b): Stand der Alter(n)sforschung. Implikationen für Prävention und Gesundheitsförderung; in: *Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, Jg. 29. S. 99-101.

Torchalla, Iris/ Albrecht, Friederike/ Buchkremer, Gerhard/ Längle, Gerhard (2004): Wohnungslose Frauen mit psychischer Erkrankung – eine Feldstudie; in: *Psychiat Prax* 2004; 31:228-235.

Völlm, Birgit/ Becker, Hinnerk/ Kunstmann, Wilfried (2004): Psychiatrische Morbidität bei allein stehenden wohnungslosen Männern; in: *Psychiat Prax* 2004, 31:236-240.

Walter, Ulla/Schneider, Nils/Bisson, S. (2006): Krankheitslast und Gesundheit im Alter. Herausforderungen für die Prävention und gesundheitliche Versorgung, in: *Bundesgesundheitsblatt*, Band 49, Heft 6, S. 537-546.

Wächtler, Claus (2006): Suizidalität und Depressionen im Alter. Früherkennung, Frühbehandlung und Präventionspotenziale; in: *Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, Jg. 29. S. 108-110.

Winkelmann, Ulrike (2006): Unter den Teppich gekehrt. Der 5. Altenbericht der Bundesregierung; in: *Dr. med. Mabuse, Kommentar*; September/Okttober 2006, S. 23.

Winter, M. H.-J./Maaz, Asja/Kuhlmey, Adelheid (2006): Ambulante und stationäre medizinische Versorgung im Alter; in: *Bundesgesundheitsblatt*, Band 49, Heft 6, S. 575-582.

Zielke-Nadkarni, Andrea (2005): Soziokulturelle Besonderheiten jüdischer MigrantInnen aus der GUS als Ausgangspunkt für eine personenbezogene Versorgung; [http://www.forum-seniorenarbeit.de/output/La1/373.117/\\_/tx/tx|373.1809.1/\\_/\\_\\_.html](http://www.forum-seniorenarbeit.de/output/La1/373.117/_/tx/tx|373.1809.1/_/__.html).

#### *Sammelbände und Monographien:*

Backes, Gertrud (2003): Frauen – Lebenslagen – Alter(n) in den neuen und alten Bundesländern, in: Reichert, Monika / Maly-Lukas, Nicole / Schönknecht, Christiane (Hrsg.): *Älter werdende und ältere Frauen heute – Zur Vielfalt ihrer Lebenssituationen*, Wiesbaden, S. 13-34.

Baltes, Margret/Horgas, Ann/Klingenspor, B. (et al.) (1996): Geschlechtsunterschiede in der Berliner Altersstudie. In: Baltes, Paul/ Mayer, Karl (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie*, Berlin, S. 573-598.

Bundesärztekammer (1998): Gesundheit im Alter, Köln.

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (Hrsg.) (1999): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland, Berlin.

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (Hrsg.) (2001): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland, Berlin.

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (2002): Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen; Berlin.

Cirkel, Michael/ Hilbert, Josef/ Schalk, Christa (2004): Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter, Gelsenkirchen; <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/cirkel-produkte-und-dienstleistungen.pdf>

Clemens, Wolfgang (1997): Frauen zwischen Arbeit und Rente: Lebenslagen in später Erwerbstätigkeit und frühem Ruhestand, Opladen.

Kohlmann, Wayan/ Eckardt, Rahel/ Steinhagen-Thiessen (2007): Standards in der geriatrischen Behandlung / Herausforderungen für die geriatrische Versorgung, in: Gesundheitsstadt Berlin (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswirtschaft. Kompetenzen und Perspektiven der Hauptstadtregion, Berlin, S. 14-24.

Kaewnetara, Eva/Uske, Hans (2001): Migration und Alter; [http://www.diss-duisburg.de/DJ\\_01\\_8/HTM-Format/Beitraege/Migration\\_und\\_Alter.htm](http://www.diss-duisburg.de/DJ_01_8/HTM-Format/Beitraege/Migration_und_Alter.htm).

Körper, Johanna Maria (2003): Prävention mit Migranten, in: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) (2003): Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin. Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, Bonn.

Kuhlmey, Adelheid. (2003). Gesundheitsbiographien im Geschlechtervergleich; in Perrig-Chiello, Pasqualina/ Höpflinger, Francois(Hrsg.): Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe; Bern-Göttingen-Toronto-Seattle, Verlag Hans Huber, S. 17-33.

Lampert, Thomas (2000): Sozioökonomische Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter – Alters- und geschlechtsspezifische Differenzen; in: Backes, Gertrud M./ Clemens Wolfgang (Hrsg): Lebenslagen im Alter. Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen; Opladen, S 159–185.

Lampert, Thomas/Ziese, Thomas (2005): Armut, soziale Ungerechtigkeit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin.

Landratsamt Bodenseekreis, Gesundheitsamt, Gesundheitsförderung (Hrsg.) (2004): Gesundheit im Bodenseekreis, (ohne Ort).

Leonhard, Birgit (2005): Die Pflege von Holocaust-Überlebenden im Alter. Die Erfahrungen israelischer Pfleger in der Betreuung von Opfern der Shoah, Diss., Bielefeld.

Mackenbach, Johan (2006): Health Inequalities: Europe in Profile, Rotterdam; [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4121584.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4121584.pdf)

Mackovic-Stegemann (2005): Zielgruppenorientierte Gesundheitsförderung von Migranten – Optimierung über interkulturelle Teamarbeit (Diss.), Osnabrück; [http://elib.ub.uni-osnabrueck.de/publications/diss/E-Diss500\\_thesis.pdf](http://elib.ub.uni-osnabrueck.de/publications/diss/E-Diss500_thesis.pdf).

MFJFG – Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2000): Gesundheitsberichte NRW. Gesundheit von Frauen und Männern, Bielefeld.

Nguyen, Chi Thien (2001): Auswirkung der Qualität des Zahnersatzes und der Kau-effizienz auf den Ernährungszustand geriatrischer Patienten und die Entwicklung eines Kau-funktionstests; Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahn-heilkunde des Fachbereichs Humanmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen; Gie-ßen.

Nippgen, Daniela (2005): Die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen – Betreu-ungssituation von Altenheimbewohnern in der Region Mettmann; Dissertation zur Erlan-gung des Grades eines Doktor der Zahnmedizin der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf; Düsseldorf.

Pantel, Johannes/Weber, Bernhard (2006): Psychopharmaka im Altenpflegeheim. Eine interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrische, ethischer und juristischer Aspekte (Abschlußbericht); Frankfurt.

Razum, Oliver (2006): Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt; in: Richter, Matthias/ Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) (2006): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven; Wiesbaden.

Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) (2006): Gesundheitliche Ungleichheit. Grund-lagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden.

Robert Koch-Institut (2006): Gesundheit in Deutschland, Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Berlin.

Rosendahl, C./Borde, T. (2002): Interkulturelle Kompetenz im Gesundheits- und Sozial-wesen. Curriculum für eine berufsbegleitende Weiterbildung/Zusatzqualifikation, Hanno-ver

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1999): Diagnosedaten der Krankenhauspatienten, Fachserie 12, Reihe 6.2, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): Statistisches Jahrbuch 2003 für die Bundesrepu-blik Deutschland, Wiesbaden.

Spindler, Mone (2004b): MERI Mapping existing research and identifying knowledge gaps concerning the situation of older women in Europe; Forschungsbericht Deutschland. Wis-sensbestände über die Lebenssituation von Frauen 50+ in Deutschland – eine Mapping Exercise, in: [www.own-europe.org](http://www.own-europe.org).

Stiehr, Karin/Spindler, Mone (im Erscheinen): Lebenslagen im Alter; in: Aner, Kirsten/Karl, Ute (i.E.): Lebensalter und Soziale Arbeit: ältere und alte Menschen“; Band 5 der Buchreihe Basiswissen Soziale Arbeit.

Stiehr, Karin (2004): Mapping existing research and identifying knowledge gaps concerning the situation of older women in Europe; Final European Synthesis Report, in: [www.own-europe.org](http://www.own-europe.org).

Technikerkrankenkasse (TKK) (2005) (Hrsg.): Gesundheitsreport. Auswertungen 2005 zu Trends bei Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen, Hamburg.

Tesch-Römer, Clemens/ Wurm, Susanne (2006c): Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung; in: Tesch-Römer, Clemens/ Engstler, Heribert/ Wurm, Susanne (Hrsg.): Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte; Wiesbaden, S. 329ff.

Whitehead, M. (1990): The Concepts and Principles of Equity in Health. World Health Organisation, Regional Office for Europe, Copenhagen. In: Rosendahl, C./Borde, T. (2002): Interkulturelle Kompetenz im Gesundheits- und Sozialwesen. Curriculum für eine berufsbegleitende Weiterbildung/Zusatzqualifikation. Hannover.

Zeman, Peter (2002): Ältere Migrantinnen und Migranten in Berlin. Expertise im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin.

ZVFK Zentrum für Versorgungsforschung Köln, Medizinische Fakultät der Universität zu Köln (Hrsg.) (2005): Tätigkeitsbericht 2004-2005, Köln.

#### *Graue Literatur:*

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) (2003): Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin. Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, Bonn.

Bilgin, Yasar (2003): Medizinische Rehabilitation und Migration am Beispiel der Türken in Deutschland, in: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) (2003): Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin. Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, Bonn, S. 77ff.

Bock-Hensley, Oswinde/Niekusch, Uwe (2005): Zahnhygiene in Altenheimen des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg. Ergebnisse einer Umfrage; in: Zahnärztlicher Gesundheitsdienst 3/2005; [http://www.agz-rnk.de/agz/download/1/Artikel\\_19.pdf](http://www.agz-rnk.de/agz/download/1/Artikel_19.pdf).

Bopp-Kistler, Irene (2003): Sturzangst im Alter. BrainFair2003: 15.-22.März 2003 ETH und Universität Zürich; [http://www.altadent.ch/brainfair\\_bopp.htm](http://www.altadent.ch/brainfair_bopp.htm).

Fachtagungsreihe „Gesund in eigener Verantwortung?“, 2. Fachtagung „Migration und Gesundheit. Perspektiven der Gesundheitsförderung in einer multikulturellen Gesellschaft“, Ergebnisse des Workshops: Gesundheitsberatung bei Migranten: Erfolge und Schwierigkeiten; <http://dhmd.de/forum-wissenschaft/fachtagung02/ft2ws1ergebnisse.html>.

Glaeske, Gerd (2004): Gender und Arzneimittelkonsum: Stand und Perspektiven auf dem Weg zu einer geschlechtergerechten Versorgung. Vortrag, in: Workshop: Frauengerecht – Gendergerecht ...auf dem Weg zu messbaren Erfolgen in der Gesundheitsversorgung am 11.-12. März 2004, in Bremen; [http://www.bkfrauengesundheit.de/cms/\\_data/Dokumentation%20des%20workshops.pdf](http://www.bkfrauengesundheit.de/cms/_data/Dokumentation%20des%20workshops.pdf).

Gün, Ali Kemal (2003): Therapie und Rehabilitation, in: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) (2003): Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin. Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, Bonn.

Koch, Eckhardt (2003): Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Rehabilitation und Migration, in: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) (2003): Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin. Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, Bonn.

Kuhlmann, Ellen (2004): Gender und koronare Herzerkrankungen, in: Workshop: Frauengerecht – Gendergerecht ...auf dem Weg zu messbaren Erfolgen in der Gesundheitsversorgung am 11.-12. März 2004, in Bremen; [http://www.bkfrauengesundheit.de/cms/\\_data/Dokumentation%20des%20workshops.pdf](http://www.bkfrauengesundheit.de/cms/_data/Dokumentation%20des%20workshops.pdf).

Weber, Maria: Landesbeauftragte für Ausländerfragen bei der Staatskanzlei Rheinland-Pfalz (2003): Barrieren abbauen – Zugänge schaffen. Ältere Migrantinnen und Migranten in der Gesundheitsvorsorge. Dokumentation des Pilotprojekts BACI im Landkreis Alzey-Worms; <http://www.ism-mainz.de/augustinerstr/pdfs/BACI.pdf>.

#### *Nicht-wissenschaftliche Quellen:*

Baric-Büdel, Dragica (2005): Älter werden in Deutschland: Eine Informationsreihe für ältere Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund; [http://www.forum-seniorenarbeit.de/output/La1/373.117/\\_/tx/tx|373.1809.1/\\_/\\_html](http://www.forum-seniorenarbeit.de/output/La1/373.117/_/tx/tx|373.1809.1/_/_html).

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., Bielefeld, (2005): <http://www.bag-wohnungslosenhilfe.de/index2.html>

Ding-Greiner, Christina (2004): Vortrag am 13.09.2004 zur Eröffnung der Info-Reihe Pflege im großen Sitzungssaal des Landratsamtes, zusammengefasst von Dr. Sylvia Steingäß, Gesundheitsdezernat des Landratsamtes Ostalbkreis; in: [http://www.ostalbkreis.de/sixcms/media.php/91/vortrag\\_ding-greiner.pdf](http://www.ostalbkreis.de/sixcms/media.php/91/vortrag_ding-greiner.pdf)

Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen: ForseeA-Kampagne 2006/2007: „Ich muss ins Krankenhaus ... und nun?“; [http://forseea.de/projekte/Krankenhaus/kh\\_start.shtml](http://forseea.de/projekte/Krankenhaus/kh_start.shtml)

Gemeindedolmetschdienst Berlin (o.J.): <http://www.gemeindedolmetschdienst-berlin.de/>.

Landesärztekammer Hessen (Hrsg.) (2006): Faltblatt zur Fachtagung „Die gesundheitliche Versorgung von Frauen mit Behinderung“; Wiesbaden.

Orion-Apotheke OHG, Dortmund (o.J.): Die aktuellen Zuzahlungen; in: <http://www.vitanet.de/apotheke/D10211/web/Aktuelle-Zuzahlungen-und-Befreiungen>.

Quarks & Co (2005): Was sind klinische Studien?; in: <http://www.quarks.de/dyn/21772.phtml>

Volkssolidarität Bundesverband e. V (2006): Sozialpolitisches Fachgespräch: Ärztliche Versorgung in den neuen Ländern. Überlegungen der Volkssolidarität zur medizinischen Versorgung in den neuen Bundesländern; in: [http://www.volkssolidaritaet.de/cms/vs\\_media/Downloads/Bundesverband/PDF\\_Dateien/Niederland060328-view\\_image-1-called\\_by-volkssolidaritaet-original\\_site--original\\_page-5474.pdf](http://www.volkssolidaritaet.de/cms/vs_media/Downloads/Bundesverband/PDF_Dateien/Niederland060328-view_image-1-called_by-volkssolidaritaet-original_site--original_page-5474.pdf))

**MERI – Mapping existing research and identifying knowledge gaps concerning the situation of older women in Europe**

*Auszug aus dem Executive summary zu geschlechtsspezifischen Unterschieden im Gesundheitsbereich in Belgien, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Italien, den Niederlanden, Österreich, Portugal, Schweden, Spanien und dem Vereinigten Königreich (Karin Stiehr, November 2004, in: [www.own-europe.org](http://www.own-europe.org))*

Wie auch andere Bereiche ist Gesundheit stark von Faktoren wie Bildungsniveau, Schichtzugehörigkeit, Einkommen, Leben in einer Partnerschaft, Urbanisierung und Ethnizität abhängig – Bedingungen, die oft in den verfügbaren Studien nicht berücksichtigt werden. Beispielweise wurde in *Finnland* gezeigt, dass der Gesundheitszustand und funktionale Einschränkungen stärker mit der Schichtzugehörigkeit korrelieren als mit dem Wohnen in der Stadt oder dem Familienstand. Dies galt sogar im besonderen Maße für Frauen.

Obwohl sich Frauen einer längeren Lebenserwartung erfreuen, leiden sie auch häufiger als Männer unter chronischen und beeinträchtigenden Krankheiten und sind deshalb in höherem Maße abhängig. Im Falle von Behinderung leben sie auch mit höherer Wahrscheinlichkeit alleine als ältere Männer. In fast allen MERI-Ländern weisen Frauen üblicherweise mehr allgemeine Krankheitssymptome auf, die mit Schmerzen, Arthritis und Arthrose, visuelle Behinderungen sowie Osteoporose in Verbindung stehen; ältere Frauen sind auch häufiger von Funktionsstörungen betroffen, die aus Verletzungen und Fällen resultieren. Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass die gesundheitliche Selbstwahrnehmung älterer Frauen in allen MERI-Ländern negativer ist als die von Männern.

Vorhandene Daten legen nahe, dass ältere Frauen auch mehr über psychische Symptome berichten als ältere Männer. *Finnische* und *schwedische* Forschungsergebnisse zeigen, dass Burn-out-Symptome signifikant höher in der Gruppe der jüngeren alten Frauen als in allen anderen Altersgruppen von Frauen und Männer. Es existieren deutliche Hinweise – trotz fehlender Forschung in *Spanien*, *Portugal* und *Griechenland* – darauf, dass ältere Frauen in ganz Europa ein höheres Risiko für Depressionen tragen als ältere Männer. In *Finnland* gelangten Forscher zum Ergebnis, dass männliches Geschlecht, Ehebeziehung, hohes Bildungsniveau und gute finanzielle Situation am besten vor Depression schützen. Auch in anderen Ländern wurden klare Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und häufigen depressiven Symptomen, Einsamkeit und Bewegungsmangel nachgewiesen. Alle genannten Risikofaktoren treten bei älteren Frauen gehäuft auf. Trotzdem

sind sie, soweit Daten vorliegen, weniger selbstmordgefährdet als ältere Männer. Das höhere Auftreten von Demenz bei älteren Frauen kann durch ihren größeren Anteil an der hochaltrigen Bevölkerung erklärt werden. Aber es liegen auch Ergebnisse vor, dass Männer besser in der Lage sind, Demenzzymptome zu verbergen. Auf diesem Gebiet wird noch mehr Forschung benötigt.

In allen MERI-Ländern lassen sich ältere Frauen häufiger ärztlich beraten als ältere Männer. Es finden sich Hinweise, dass älteren Frauen mehr Medikamente im Allgemeinen und mehr Psychopharmaka im Besonderen als älteren Männern verschrieben werden. Für die meisten Länder konnte nachgewiesen werden, dass die medizinische Behandlung von Wechseljahresbeschwerden in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat. Allerdings wurde der Höhepunkt dieser Entwicklung in einigen Ländern mittlerweile bereits überschritten.

Mit Ausnahmen des *Vereinigten Königreichs* und *Deutschland* verbringen ältere Frauen weniger Nächte in Krankenhäusern als ältere Männer. Dieser Befund überrascht, vor allem im Hinblick auf ihre höhere Zahl in der Bevölkerung und ihre höhere Morbiditätsrate, so dass hier weitere Untersuchungen notwendig sind. Ein schlechterer Zugang älterer Frauen zu technischen Hilfsmitteln aufgrund ihrer schlechteren finanziellen Lage kann beispielsweise für *Frankreich* und *Italien* als nachgewiesen gelten. Im *Vereinigten Königreich*, in den *Niederlanden* und in *Griechenland* zeigen Untersuchungen, dass ältere Frauen aus ethnischen Minderheiten und andere besonders ungeschützte ältere Frauen das Risiko tragen, eine schlechtere medizinische Behandlung zu erhalten.

Aufgrund der höheren Lebenserwartung und des niedrigeren Heiratsdurchschnittsalter von Frauen werden pflegebedürftige ältere Männer mit höherer Wahrscheinlichkeit von ihren Ehefrauen gepflegt als umgekehrt. Allerdings gibt es auch Ergebnisse, die weit verbreiteten Vorurteilen widersprechen. In *Schweden* verbringen ältere Ehemänner mehr Zeit mit der Pflege ihrer Ehefrauen als ältere Ehefrauen für ihre Ehemänner aufwenden. Im *Vereinigten Königreich* sind Männer und Frauen im Alter von 50 und mehr Jahren in weitgehend gleichem Maße mit der Pflege ihrer Ehepartner befasst. Aber mehr Frauen als Männer unter 70 Jahren betreuen ihre Partner, und dieses Muster kehrt sich ab dem Alter von 70 Jahren um. Weiterhin sind Familienmitglieder, überdurchschnittlich oft Töchter und Schwiegertöchter, in ganz Europa eine wichtige Quelle älterer Frauen für Unterstützung und Pflege. Dennoch leben viele unterstützungsbedürftige Frauen allein und in großer Entfernung zu ihren Kindern. Eine europäische Untersuchung zu älteren pflegebedürftigen

Menschen kommt zum Ergebnis, dass in südeuropäischen Ländern ältere Frauen mehr Pflege in ihrer häuslichen Umgebung erhalten als ältere Männer. Zugleich werden aber sowohl ältere Männer als auch ältere Frauen in Südeuropa häufiger zu Hause gepflegt als in Nordeuropa.

Vor diesem Hintergrund werden häusliche Pflegedienste in Ländern, für die Daten vorliegen, häufiger von älteren Frauen als von älteren Männern genutzt. Es erklärt auch, warum die Bevölkerung in Altenheimen in allen MERI-Ländern nachweislich vorwiegend weiblich, hochaltrig, alleinstehend oder verwitwet ist, mit Ausnahme von *Griechenland*, wo es weder Studien noch amtliche Statistiken zu dieser Frage gibt. Es existieren auch Hinweise darauf, dass alte Frauen einen höheren Widerstand als alte Männer zeigen, wenn es darum geht, ihre Unabhängigkeit aufzugeben und in einem Altenheim zu leben.

Für die Mehrzahl der MERI-Länder ist bekannt, dass ältere Frauen sich des Themas Gesundheit sehr bewusst sind und ihm mehr Aufmerksamkeit widmen als ältere Männer, z. B. hinsichtlich des Konsums von Alkohol und Zigaretten. Im europäischen Vergleich ist Übergewicht bei älteren Frauen nicht verbreiteter als bei älteren Männern. Dennoch praktizieren ältere Männer häufiger Sport- und Bewegungsaktivitäten; allerdings steigt die Zahl der Frauen, die sich sportlich betätigen, in vielen Ländern an. Eine *finnische* Untersuchung zeigt, dass verwitwete ältere Frauen mehr Sport treiben als Frauen, die in einer Partnerbeziehung leben. Im Allgemeinen hängen die Selbsteinschätzung des Sinnes des Lebens und eine subjektiv besser wahrgenommene Gesundheit signifikant von regelmäßigen und intensiven sportlichen Betätigungen ab. Sporttreiben in jüngeren Jahren beeinflusst stark die Aufrechterhaltung des körperlichen Aktivitätsniveaus im höheren Alter, unabhängig von chronischen Einschränkungen, die sich entwickeln können.

## BAGSO-Umfrage: Medizin für Jung und Alt

Im Rahmen des „Europäischen Jahres der Chancengleichheit für alle 2007“ entwickelt die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) zusammen mit dem Institut für Soziale Infrastruktur (ISIS) Strategien zur Vermeidung von Benachteiligungen Älterer im Gesundheitswesen.



Bitte unterstützen Sie uns durch Ihre Teilnahme an dieser Umfrage!

### A. Gesundheitszustand

#### 1. Wie schätzen Sie alles in allem Ihren aktuellen Gesundheitszustand ein?

☐ sehr gut      ☐ eher gut      ☐ eher schlecht      ☐ sehr schlecht

#### 2. Was glauben Sie, wie wird Ihr Gesundheitszustand in fünf Jahren sein?

☐ viel besser      ☐ etwas besser      ☐ ungefähr gleich  
☐ etwas schlechter      ☐ viel schlechter      ☐ weiß nicht

#### 3. Fühlen Sie sich im täglichen Leben durch eine chronische (körperliche oder seelische) Krankheit eingeschränkt?

☐ ja, sehr      ☐ ja, etwas      ☐ nein

#### 4. Fühlen Sie sich im täglichen Leben durch eine (körperliche oder seelische) Behinderung eingeschränkt?

☐ ja, sehr      ☐ ja, etwas      ☐ nein

#### 5a. Leiden Sie (chronisch) unter einer oder mehreren Erkrankungen und wie stark sind gegebenenfalls die Beschwerden derzeit?

|                                                          | nein | ja, die Beschwerden sind |        |        |               |
|----------------------------------------------------------|------|--------------------------|--------|--------|---------------|
|                                                          |      | stark                    | mittel | leicht | derzeit keine |
| • Herz- oder Kreislauferkrankung, Durchblutungsstörungen |      |                          |        |        |               |
| • Gelenk-, Knochen-, Bandscheiben- oder Rückenleiden     |      |                          |        |        |               |
| • Atemwegserkrankung, Asthma, Atemnot                    |      |                          |        |        |               |
| • Magen- oder Darmerkrankung                             |      |                          |        |        |               |
| • Zucker (Diabetes)                                      |      |                          |        |        |               |
| • Krebserkrankung                                        |      |                          |        |        |               |
| • Gallen-, Leber-, Nieren- oder Blasenleiden             |      |                          |        |        |               |
| • Augenleiden, Sehstörungen                              |      |                          |        |        |               |
| • Ohrenleiden, Schwerhörigkeit                           |      |                          |        |        |               |
| • Schlafstörungen                                        |      |                          |        |        |               |
| • Vergesslichkeit, Gedächtnisstörungen                   |      |                          |        |        |               |
| • Niedergeschlagenheit, Depressionen                     |      |                          |        |        |               |
| • Andere Erkrankung, nämlich: _____                      |      |                          |        |        |               |

**5b. Falls ja: Werden Ihre Beschwerden angemessen behandelt?**

☐ ja ☐ nein

**6. Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?**

☐ ja, und zwar mit dem folgenden Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_ ☐ nein

**7. Erhalten Sie Leistungen der Pflegeversicherung?**

☐ ja, Pflegestufe \_\_\_\_\_ ☐ nein

**8. Wie sind Sie krankenversichert bzw. mitversichert?**

☐ gesetzliche Krankenkasse ☐ private Krankenkasse

**9. Fühlen Sie sich durch die Praxisgebühr oder die Zuzahlung bzw. den Eigenanteilen bei Medikamenten, Hilfsmitteln und Zahnersatz stark belastet?**

☐ ja ☐ nein

Falls ja – wie gehen Sie damit um?

---

---

**B. Gesundheitsversorgung****1. Wie häufig waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem praktischen Arzt<sup>1</sup> oder Ihrem Hausarzt? (Bitte zählen Sie Hausbesuche mit.)**

☐ nie ☐ einmal ☐ 2- bis 4-mal ☐ häufiger

**2. Falls Sie dort in den letzten 12 Monaten waren:****a) Haben Sie in angemessener Zeit einen Termin bekommen?**

☐ ja ☐ nein ☐ es wurde kein Termin vereinbart

**b) War die Sprechstundenhilfe freundlich und hilfsbereit?**

☐ ja ☐ nein

**c) Hat der Arzt Ihre Sorgen und Wünsche ernst genommen?**

☐ ja ☐ nein

**d) Hat der Arzt Ihnen alles Wichtige genau genug erklärt?**

☐ ja ☐ nein

**e) Waren Sie mit dem Arztbesuch alles in allem zufrieden?**

☐ ja ☐ nein, weil \_\_\_\_\_

**f) Hatten Sie das Gefühl, schlechter behandelt zu werden als andere Patienten?**

☐ ja, weil \_\_\_\_\_ ☐ nein

---

<sup>1</sup> In diesem Fragebogen wird der besseren Lesbarkeit wegen bei Personen- und Berufsbezeichnungen die männliche Schreibweise verwendet, es ist jedoch stets auch die weibliche Form mit gemeint.

**3. Wie häufig waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Zahnarzt?**

☐ nie      ☐ einmal      ☐ 2- bis 4-mal      ☐ häufiger

**4. Falls Sie dort in den letzten 12 Monaten waren:****a) Haben Sie in angemessener Zeit einen Termin bekommen?**

☐ ja      ☐ nein      ☐ es wurde kein Termin vereinbart

**b) War die Sprechstundenhilfe freundlich und hilfsbereit?**

☐ ja      ☐ nein

**c) Hat der Arzt Ihre Sorgen und Wünsche ernst genommen?**

☐ ja      ☐ nein

**d) Hat der Arzt Ihnen alles Wichtige genau genug erklärt?**

☐ ja      ☐ nein

**e) Waren Sie mit dem Arztbesuch alles in allem zufrieden?**

☐ ja      ☐ nein, weil \_\_\_\_\_

**f) Hatten Sie das Gefühl, schlechter behandelt zu werden als andere Patienten?**

☐ ja, weil \_\_\_\_\_ ☐ nein

**5. Wie häufig waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Facharzt (Internist, Orthopäde, Augenarzt, Frauenarzt usw.)?**

☐ nie      ☐ einmal      ☐ 2- bis 4-mal      ☐ häufiger

**6. Falls Sie dort in den letzten 12 Monaten waren:****a) Haben Sie in angemessener Zeit einen Termin bekommen?**

☐ ja      ☐ nein      ☐ es wurde kein Termin vereinbart

**b) War die Sprechstundenhilfe freundlich und hilfsbereit?**

☐ ja      ☐ nein

**c) Hat der Arzt Ihre Sorgen und Wünsche ernst genommen?**

☐ ja      ☐ nein

**d) Hat der Arzt Ihnen alles Wichtige genau genug erklärt?**

☐ ja      ☐ nein

**e) Waren Sie mit dem Arztbesuch alles in allem zufrieden?**

☐ ja      ☐ nein, weil \_\_\_\_\_

**f) Hatten Sie das Gefühl, schlechter behandelt zu werden als andere Patienten?**

☐ ja, weil \_\_\_\_\_ ☐ nein

**7. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren stationär in einem Krankenhaus behandelt?**

☐ nie ☐ einmal ☐ mehrfach

**8. Falls Sie dort in den letzten 5 Jahren waren:**

**a) Haben Sie in angemessener Zeit einen Termin bekommen?**

☐ ja ☐ nein ☐ es wurde kein Termin vereinbart

**b) War das Krankenhauspersonal freundlich und hilfsbereit?**

☐ ja ☐ nein

**c) Haben die Ärzte Ihre Sorgen und Wünsche ernst genommen?**

☐ ja ☐ nein

**d) Haben die Ärzte Ihnen alles Wichtige genau genug erklärt?**

☐ ja ☐ nein

**e) Waren Sie mit der ärztlichen Versorgung alles in allem zufrieden?**

☐ ja ☐ nein, weil \_\_\_\_\_

**f) Waren Sie mit der pflegerischen Versorgung alles in allem zufrieden?**

☐ ja ☐ nein, weil \_\_\_\_\_

**g) Hatten Sie das Gefühl, schlechter behandelt zu werden als andere Patienten?**

☐ ja, weil \_\_\_\_\_ ☐ nein

**9. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren stationär in einer Reha-Einrichtung behandelt?**

☐ nie ☐ einmal ☐ mehrfach

**10. Nehmen Sie einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch?**

☐ ja, an \_\_\_\_ Tagen in der Woche ☐ ja, bei Bedarf ☐ nein

**11. Gibt es etwas, das Sie an Ärzten, Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen oder ambulanten Pflegediensten immer wieder oder ganz grundsätzlich stört?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**12. Gibt es etwas, was man Ihrer Meinung nach unbedingt verbessern sollte?**

☐ ja, nämlich \_\_\_\_\_ ☐ nein

**13. Nehmen Sie regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch?**

☐ ja, nämlich \_\_\_\_\_ ☐ nein

**14. Haben Sie schon einmal an einem gesundheitsorientierten Kurs zu Ernährung oder Bewegung teilgenommen?**

☐ ja, nämlich \_\_\_\_\_ ☐ nein

**15. Wie viele Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

\_\_\_\_\_ Medikamente, die von einem Arzt verordnet wurden

\_\_\_\_\_ Medikamente, die nicht von einem Arzt verordnet wurden

**16. Falls ein Arzt Ihnen Medikamente verordnet hat: Wie nehmen Sie diese ein?**

☐ genau wie verordnet

☐ wie ich es für richtig halte

**17. Benötigen Sie die folgenden Hilfsmittel?**

a) Brille / Kontaktlinsen: ☐ ja, mit geringer Stärke ☐ ja, mit hoher Stärke ☐ nein

b) Hörgerät: ☐ ja ☐ nein

c) Rollstuhl oder Rollator: ☐ ja, einen Rollator ☐ ja, einen Rollstuhl ☐ nein

d) Pflegebett: ☐ ja ☐ nein

e) Badewannenlifter: ☐ ja ☐ nein

f) Zahnprothese: ☐ ja ☐ nein

**18. Falls Sie Hilfsmittel benötigen: Besitzen Sie die folgenden Hilfsmittel?**

a) Brille oder Kontaktlinsen: ☐ ja ☐ nein, weil \_\_\_\_\_

b) Hörgerät: ☐ ja ☐ nein, weil \_\_\_\_\_

c) Rollstuhl oder Rollator: ☐ ja ☐ nein, weil \_\_\_\_\_

d) Pflegebett: ☐ ja ☐ nein, weil \_\_\_\_\_

e) Badewannenlifter: ☐ ja ☐ nein, weil \_\_\_\_\_

f) Zahnprothese: ☐ ja ☐ nein, weil \_\_\_\_\_

**19. Falls Sie Hilfsmittel besitzen: Benutzen Sie diese regelmäßig?**

a) Brille oder Kontaktlinsen: ☐ ja ☐ nein, weil \_\_\_\_\_

b) Hörgerät: ☐ ja ☐ nein, weil \_\_\_\_\_

c) Rollstuhl oder Rollator: ☐ ja ☐ nein, weil \_\_\_\_\_

d) Pflegebett: ☐ ja ☐ nein, weil \_\_\_\_\_

e) Badewannenlifter: ☐ ja ☐ nein, weil \_\_\_\_\_

f) Zahnprothese: ☐ ja ☐ nein, weil \_\_\_\_\_

**C. Angaben zur Person**

Für die statistische Auswertung benötigen wir noch folgende Angaben:

**1. Geschlecht:**

☐ weiblich ☐ männlich

**2. Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_**3. Leben Sie in einem Altenheim oder Altenpflegeheim?**

☐ ja ☐ nein

**4. Größe des Wohnortes:**

- ☐ Gemeinde bis 5.000 Einwohner  
☐ Kleinstadt (5.000 – 25.000 Einwohner)  
☐ mittelgroße Stadt (25.000 – 100.000 Einwohner)  
☐ Großstadt (über 100.000 Einwohner)

**5. Wo leben Sie?**

☐ altes Bundesland ☐ neues Bundesland

**6. Höchster Bildungsabschluss:**

- ☐ Volks-/Hauptschulabschluss  
☐ Mittlere Reife  
☐ (Fach-)Hochschulreife  
☐ (Fach-)Hochschulabschluss  
☐ kein Abschluss  
☐ anderer Abschluss, nämlich \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

Bitte senden Sie den Fragebogen per Fax (0228 -24 99 93 20)  
oder Brief bis zum 30. September 2007 an:

BAGSO, Bonngasse 10, 53111 Bonn

Unter <http://www.bagso-vf.de> können Sie den Fragebogen entweder ausdrucken,  
an Freunde und Bekannte versenden oder direkt online ausfüllen.



**Tabelle A-1: Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustands nach Geschlecht und Altersgruppen (in %)**

|                           | weiblich | männlich | Gesamt |
|---------------------------|----------|----------|--------|
| <i>alle Altersgruppen</i> |          |          |        |
| sehr gut                  | 5,8      | 7,3      | 6,4    |
| eher gut                  | 62,2     | 67,0     | 64,0   |
| eher schlecht             | 26,0     | 21,3     | 24,2   |
| sehr schlecht             | 2,4      | 1,6      | 2,1    |
| k.A.                      | 3,6      | 2,7      | 3,3    |
| N                         | 1.044    | 619      | 1.663  |
| <i>60 bis 69 Jahre</i>    |          |          |        |
| sehr gut                  | 8,7      | 9,4      | 9,0    |
| eher gut                  | 68,3     | 68,2     | 68,3   |
| eher schlecht             | 19,6     | 19,3     | 19,5   |
| sehr schlecht             | 1,0      | 1,3      | 1,1    |
| k.A.                      | 2,4      | 1,7      | 2,2    |
| N                         | 413      | 233      | 646    |
| <i>70 bis 79 Jahre</i>    |          |          |        |
| sehr gut                  | 4,2      | 5,7      | 4,8    |
| eher gut                  | 62,4     | 70,1     | 65,6   |
| eher schlecht             | 26,2     | 20,1     | 23,7   |
| sehr schlecht             | 2,7      | 0,6      | 1,8    |
| k.A.                      | 4,4      | 3,5      | 4,0    |
| N                         | 450      | 318      | 768    |
| <i>80+ Jahre</i>          |          |          |        |
| sehr gut                  | 3,3      | 7,4      | 4,4    |
| eher gut                  | 47,5     | 48,5     | 47,8   |
| eher schlecht             | 39,8     | 33,8     | 38,2   |
| sehr schlecht             | 5,0      | 7,4      | 5,6    |
| k.A.                      | 4,4      | 2,9      | 4,0    |
| N                         | 181      | 68       | 249    |

Frage: A.1.

**Tabelle A-2: Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustands nach Wohnregion und Altersgruppen (in %)**

|                           | altes Bundesland | neues Bundesland | Gesamt |
|---------------------------|------------------|------------------|--------|
| <i>alle Altersgruppen</i> |                  |                  |        |
| sehr gut                  | 7,5              | 4,7              | 6,4    |
| eher gut                  | 65,0             | 62,8             | 64,1   |
| eher schlecht             | 22,6             | 26,3             | 24,1   |
| sehr schlecht             | 1,5              | 2,9              | 2,1    |
| k.A.                      | 3,3              | 3,4              | 3,3    |
| N                         | 968              | 685              | 1.653  |
| <i>60 bis 69 Jahre</i>    |                  |                  |        |
| sehr gut                  | 9,5              | 8,3              | 9,0    |
| eher gut                  | 70,0             | 65,9             | 68,4   |
| eher schlecht             | 17,7             | 21,8             | 19,3   |
| sehr schlecht             | 0,8              | 1,6              | 1,1    |
| k.A.                      | 2,1              | 2,4              | 2,2    |
| N                         | 390              | 252              | 642    |
| <i>70 bis 79 Jahre</i>    |                  |                  |        |
| sehr gut                  | 6,4              | 2,7              | 4,7    |
| eher gut                  | 66,6             | 64,8             | 65,8   |
| eher schlecht             | 21,6             | 26,0             | 23,6   |
| sehr schlecht             | 1,4              | 2,4              | 1,8    |
| k.A.                      | 4,0              | 4,1              | 4,1    |
| N                         | 425              | 338              | 763    |
| <i>80+ Jahre</i>          |                  |                  |        |
| sehr gut                  | 5,9              | 2,1              | 4,4    |
| eher gut                  | 47,7             | 47,4             | 47,6   |
| eher schlecht             | 37,9             | 38,9             | 38,3   |
| sehr schlecht             | 3,9              | 8,4              | 5,6    |
| k.A.                      | 4,6              | 3,2              | 4,0    |
| N                         | 153              | 95               | 248    |

Frage: A.1.

**Tabelle A-3: Angemessene Behandlung von Beschwerden durch chronische Erkrankungen nach Geschlecht (in %)**

|      | weiblich | männlich | Gesamt |
|------|----------|----------|--------|
| ja   | 74,3     | 75,6     | 74,8   |
| nein | 10,1     | 8,2      | 9,4    |
| k.A. | 15,6     | 16,2     | 15,8   |
| N    | 1.044    | 619      | 1.663  |

Frage: A.5b.

**Tabelle A-4: Angemessene Behandlung von Beschwerden durch chronische Erkrankungen nach starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung (in %)**

|      | starke Einschränkung | keine (starke) Einschränkung | Gesamt |
|------|----------------------|------------------------------|--------|
| ja   | 77,0                 | 74,6                         | 75,0   |
| nein | 15,6                 | 8,4                          | 9,5    |
| k.A. | 7,4                  | 17,0                         | 15,5   |
| N    | 256                  | 1.385                        | 1.641  |

Frage: A.5b.

**Tabelle A-5: Häufigkeit des Besuchs von Ärzten in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht (in %)**

|                         | weiblich | männlich | Gesamt |
|-------------------------|----------|----------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i> |          |          |        |
| einmal                  | 8,0      | 11,8     | 9,4    |
| zwei- bis viermal       | 44,3     | 46,5     | 45,2   |
| häufiger                | 43,1     | 37,6     | 41,1   |
| nie bzw. k.A.           | 4,6      | 4,0      | 4,4    |
| N                       | 1.044    | 619      | 1.663  |
| <i>Zahnärzte</i>        |          |          |        |
| einmal                  | 35,6     | 34,1     | 35,1   |
| zwei- bis viermal       | 45,1     | 48,6     | 46,4   |
| häufiger                | 9,4      | 7,3      | 8,6    |
| nie bzw. k.A.           | 9,8      | 10,0     | 10,0   |
| N                       | 1.044    | 619      | 1.663  |
| <i>Fachärzte</i>        |          |          |        |
| einmal                  | 21,3     | 21,2     | 21,2   |
| zwei- bis viermal       | 47,2     | 45,4     | 46,5   |
| häufiger                | 22,8     | 19,1     | 21,4   |
| nie bzw. k.A.           | 8,7      | 14,4     | 10,8   |
| N                       | 1.044    | 619      | 1.663  |

Fragen: B.1, B.3 und B.5.

**Tabelle A-6: Häufigkeit des Besuchs von Ärzten in den letzten 12 Monaten nach starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung (in %)**

|                         | starke Einschränkung | keine (starke) Einschränkung | Gesamt |
|-------------------------|----------------------|------------------------------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i> |                      |                              |        |
| einmal                  | 0,8                  | 10,9                         | 9,3    |
| zwei- bis viermal       | 25,8                 | 49,2                         | 45,5   |
| häufiger                | 71,5                 | 35,4                         | 41,0   |
| nie bzw. k.A.           | 2,0                  | 4,6                          | 4,2    |
| N                       | 256                  | 1.385                        | 1.641  |
| <i>Zahnärzte</i>        |                      |                              |        |
| einmal                  | 31,6                 | 35,7                         | 35,1   |
| zwei- bis viermal       | 45,7                 | 46,8                         | 46,6   |
| häufiger                | 10,5                 | 8,3                          | 8,7    |
| nie bzw. k.A.           | 12,1                 | 9,2                          | 9,7    |
| N                       | 256                  | 1.385                        | 1.641  |
| <i>Fachärzte</i>        |                      |                              |        |
| einmal                  | 9,4                  | 23,5                         | 21,3   |
| zwei- bis viermal       | 40,2                 | 47,9                         | 46,7   |
| häufiger                | 43,8                 | 17,3                         | 21,4   |
| nie bzw. k.A.           | 6,7                  | 11,4                         | 10,6   |
| N                       | 256                  | 1.385                        | 1.641  |

Fragen: B.1, B.3 und B.5.

**Tabelle A-7: „Termin in angemessener Zeit“ nach Geschlecht (in %)**

|                                  | weiblich | männlich | Gesamt |
|----------------------------------|----------|----------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i>          |          |          |        |
| ja                               | 88,6     | 89,2     | 88,8   |
| nein                             | 3,0      | 3,5      | 3,2    |
| kein Termin vereinbart bzw. k.A. | 8,4      | 7,3      | 8,0    |
| N                                | 996      | 594      | 1.590  |
| <i>Zahnärzte</i>                 |          |          |        |
| ja                               | 93,9     | 95,7     | 94,6   |
| nein                             | 1,4      | 1,4      | 1,4    |
| kein Termin vereinbart bzw. k.A. | 4,7      | 2,9      | 4,0    |
| N                                | 941      | 557      | 1.498  |
| <i>Fachärzte</i>                 |          |          |        |
| ja                               | 84,4     | 85,7     | 84,8   |
| nein                             | 12,6     | 11,7     | 12,3   |
| kein Termin vereinbart bzw. k.A. | 3,1      | 2,7      | 2,9    |
| N                                | 953      | 530      | 1.483  |

Fragen: B.2a, B.4a und B.6a.

**Tabelle A-8: „Termin in angemessener Zeit“ nach starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung (in %)**

|                                  | starke Einschränkung | keine (starke) Einschränkung | Gesamt |
|----------------------------------|----------------------|------------------------------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i>          |                      |                              |        |
| ja                               | 87,3                 | 88,9                         | 88,6   |
| nein                             | 4,0                  | 3,1                          | 3,2    |
| kein Termin vereinbart bzw. k.A. | 8,8                  | 8,0                          | 8,1    |
| N                                | 251                  | 1.322                        | 1.573  |
| <i>Zahnärzte</i>                 |                      |                              |        |
| ja                               | 90,7                 | 95,2                         | 94,5   |
| nein                             | 1,8                  | 1,4                          | 1,4    |
| kein Termin vereinbart bzw. k.A. | 7,5                  | 3,5                          | 4,1    |
| N                                | 225                  | 1.258                        | 1.483  |
| <i>Fachärzte</i>                 |                      |                              |        |
| ja                               | 79,9                 | 85,5                         | 84,6   |
| nein                             | 15,5                 | 11,8                         | 12,4   |
| kein Termin vereinbart bzw. k.A. | 4,6                  | 2,7                          | 3,0    |
| N                                | 239                  | 1.288                        | 1.467  |

Fragen: B.2a, B.4a und B.6a.

**Tabelle A-9: „Termin in angemessener Zeit“ nach Art der Krankenversicherung (in %)**

|                                  | gesetzlich | privat | Gesamt |
|----------------------------------|------------|--------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i>          |            |        |        |
| ja                               | 88,2       | 92,0   | 88,6   |
| nein                             | 3,4        | 1,7    | 3,2    |
| kein Termin vereinbart bzw. k.A. | 8,3        | 6,3    | 8,1    |
| N                                | 1.374      | 174    | 1.584  |
| <i>Zahnärzte</i>                 |            |        |        |
| ja                               | 94,4       | 95,2   | 94,5   |
| nein                             | 1,6        | 0,6    | 1,4    |
| kein Termin vereinbart bzw. k.A. | 4,0        | 4,2    | 4,0    |
| N                                | 1.287      | 165    | 1.452  |
| <i>Fachärzte</i>                 |            |        |        |
| ja                               | 82,9       | 96,3   | 84,4   |
| nein                             | 13,7       | 3,7    | 12,5   |
| kein Termin vereinbart bzw. k.A. | 3,5        | 0,0    | 3,0    |
| N                                | 1.274      | 164    | 1.438  |

Fragen: B.2a, B.4a und B.6a.

**Tabelle A-10: „Sprechstundenhilfe freundlich und hilfsbereit“ nach Geschlecht (in %)**

|                         | weiblich | männlich | Gesamt |
|-------------------------|----------|----------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i> |          |          |        |
| ja                      | 96,9     | 97,3     | 97,0   |
| nein                    | 2,4      | 2,0      | 2,3    |
| k.A.                    | 0,7      | 0,7      | 0,7    |
| N                       | 996      | 594      | 1.590  |
| <i>Zahnärzte</i>        |          |          |        |
| ja                      | 98,6     | 98,4     | 98,5   |
| nein                    | 0,4      | 0,7      | 0,5    |
| k.A.                    | 1,0      | 0,9      | 0,9    |
| N                       | 941      | 557      | 1.498  |
| <i>Fachärzte</i>        |          |          |        |
| ja                      | 94,8     | 94,9     | 94,8   |
| nein                    | 3,9      | 4,2      | 4,0    |
| k.A.                    | 1,4      | 0,9      | 1,2    |
| N                       | 953      | 530      | 1.483  |

Fragen: B.2b, B.4b und B.6b.

**Tabelle A-11: „Sprechstundenhilfe freundlich und hilfsbereit“ nach starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung (in %)**

|                         | starke Einschränkung | keine (starke) Einschränkung | Gesamt |
|-------------------------|----------------------|------------------------------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i> |                      |                              |        |
| ja                      | 94,0                 | 97,7                         | 97,1   |
| nein                    | 4,4                  | 1,8                          | 2,2    |
| k.A.                    | 1,6                  | 0,5                          | 0,7    |
| N                       | 251                  | 1.322                        | 1.573  |
| <i>Zahnärzte</i>        |                      |                              |        |
| ja                      | 98,2                 | 98,5                         | 98,4   |
| nein                    | 1,3                  | 0,4                          | 0,5    |
| k.A.                    | 0,4                  | 1,1                          | 1,0    |
| N                       | 225                  | 1.258                        | 1.483  |
| <i>Fachärzte</i>        |                      |                              |        |
| ja                      | 93,7                 | 95,0                         | 94,8   |
| nein                    | 4,6                  | 3,9                          | 4,0    |
| k.A.                    | 1,7                  | 1,1                          | 1,2    |
| N                       | 239                  | 1.288                        | 1.467  |

Fragen: B.2b, B.4b und B.6b.

**Tabelle A-12: „Sprechstundenhilfe freundlich und hilfsbereit“ nach Art der Krankenversicherung (in %)**

|                         | gesetzlich | privat | Gesamt |
|-------------------------|------------|--------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i> |            |        |        |
| ja                      | 97,1       | 96,0   | 97,0   |
| nein                    | 2,2        | 3,4    | 2,3    |
| k.A.                    | 0,7        | 0,6    | 0,7    |
| N                       | 1.374      | 174    | 1.584  |
| <i>Zahnärzte</i>        |            |        |        |
| ja                      | 98,8       | 95,8   | 98,4   |
| nein                    | 0,3        | 2,4    | 0,6    |
| k.A.                    | 0,9        | 1,8    | 1,0    |
| N                       | 1.287      | 165    | 1.452  |
| <i>Fachärzte</i>        |            |        |        |
| ja                      | 94,7       | 95,1   | 94,7   |
| nein                    | 4,2        | 3,0    | 4,0    |
| k.A.                    | 1,2        | 1,8    | 1,3    |
| N                       | 1.274      | 164    | 1.438  |

Fragen: B.2b, B.4b und B.6b.

**Tabelle A-13: „Arzt hat Sorgen und Wünsche ernst genommen“ nach Geschlecht (in %)**

|                         | weiblich | männlich | Gesamt |
|-------------------------|----------|----------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i> |          |          |        |
| ja                      | 92,3     | 95,3     | 93,4   |
| nein                    | 5,7      | 3,7      | 5,0    |
| k.A.                    | 2,0      | 1,0      | 1,6    |
| N                       | 996      | 594      | 1.590  |
| <i>Zahnärzte</i>        |          |          |        |
| ja                      | 96,1     | 96,9     | 96,4   |
| nein                    | 1,7      | 1,3      | 1,5    |
| k.A.                    | 2,2      | 1,8      | 2,1    |
| N                       | 941      | 557      | 1.498  |
| <i>Fachärzte</i>        |          |          |        |
| ja                      | 92,0     | 93,6     | 92,6   |
| nein                    | 5,9      | 4,9      | 5,5    |
| k.A.                    | 2,1      | 1,5      | 1,9    |
| N                       | 953      | 530      | 1.483  |

Fragen: B.2c, B.4c und B.6c.

**Tabelle A-14: „Arzt hat Sorgen und Wünsche ernst genommen“ nach starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung (in %)**

|                         | starke Einschränkung | keine (starke) Einschränkung | Gesamt |
|-------------------------|----------------------|------------------------------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i> |                      |                              |        |
| ja                      | 87,3                 | 94,5                         | 93,3   |
| nein                    | 11,2                 | 3,9                          | 5,0    |
| k.A.                    | 1,6                  | 1,7                          | 1,7    |
| N                       | 251                  | 1.322                        | 1.573  |
| <i>Zahnärzte</i>        |                      |                              |        |
| ja                      | 96,4                 | 96,5                         | 96,5   |
| nein                    | 2,7                  | 1,3                          | 1,5    |
| k.A.                    | 0,9                  | 2,2                          | 2,0    |
| N                       | 225                  | 1.258                        | 1.483  |
| <i>Fachärzte</i>        |                      |                              |        |
| ja                      | 90,8                 | 93,0                         | 92,6   |
| nein                    | 8,4                  | 5,0                          | 5,6    |
| k.A.                    | 0,8                  | 2,0                          | 1,8    |
| N                       | 239                  | 1.288                        | 1.467  |

Fragen: B.2c, B.4c und B.6c.

**Tabelle A-15: „Arzt hat Sorgen und Wünsche ernst genommen“ nach Art der Krankenversicherung (in %)**

|                         | gesetzlich | privat | Gesamt |
|-------------------------|------------|--------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i> |            |        |        |
| ja                      | 92,8       | 96,6   | 93,2   |
| nein                    | 5,5        | 2,3    | 5,1    |
| k.A.                    | 1,7        | 1,1    | 1,7    |
| N                       | 1.374      | 174    | 1.584  |
| <i>Zahnärzte</i>        |            |        |        |
| ja                      | 96,3       | 96,4   | 96,3   |
| nein                    | 1,6        | 1,8    | 1,6    |
| k.A.                    | 2,2        | 1,8    | 2,1    |
| N                       | 1.287      | 165    | 1.452  |
| <i>Fachärzte</i>        |            |        |        |
| ja                      | 92,2       | 95,1   | 92,5   |
| nein                    | 6,0        | 3,7    | 5,7    |
| k.A.                    | 1,9        | 1,2    | 1,8    |
| N                       | 1.274      | 164    | 1.438  |

Fragen: B.2c, B.4c und B.6c.

**Tabelle A-16: „Arzt hat alles Wichtige genau genug erklärt“ nach Geschlecht (in %)**

|                         | weiblich | männlich | Gesamt |
|-------------------------|----------|----------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i> |          |          |        |
| ja                      | 87,9     | 91,4     | 89,2   |
| nein                    | 8,9      | 7,4      | 8,4    |
| k.A.                    | 3,2      | 1,2      | 2,5    |
| N                       | 996      | 594      | 1.590  |
| <i>Zahnärzte</i>        |          |          |        |
| ja                      | 93,8     | 96,1     | 94,7   |
| nein                    | 2,6      | 2,5      | 2,5    |
| k.A.                    | 3,6      | 1,4      | 2,8    |
| N                       | 941      | 557      | 1.498  |
| <i>Fachärzte</i>        |          |          |        |
| ja                      | 89,1     | 90,0     | 89,4   |
| nein                    | 7,9      | 8,5      | 8,1    |
| k.A.                    | 3,0      | 1,5      | 2,5    |
| N                       | 953      | 530      | 1.483  |

Fragen: B.2d, B.4d und B.6d.

**Tabelle A-17: „Arzt hat alles Wichtige genau genug erklärt“ nach starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung (in %)**

|                         | starke Einschränkung | keine (starke) Einschränkung | Gesamt |
|-------------------------|----------------------|------------------------------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i> |                      |                              |        |
| ja                      | 82,9                 | 90,2                         | 89,1   |
| nein                    | 14,3                 | 7,3                          | 8,5    |
| k.A.                    | 2,8                  | 2,4                          | 2,5    |
| N                       | 251                  | 1.322                        | 1.573  |
| <i>Zahnärzte</i>        |                      |                              |        |
| ja                      | 91,1                 | 95,3                         | 94,7   |
| nein                    | 6,2                  | 1,9                          | 2,6    |
| k.A.                    | 2,7                  | 2,8                          | 2,8    |
| N                       | 225                  | 1.258                        | 1.483  |
| <i>Fachärzte</i>        |                      |                              |        |
| ja                      | 84,1                 | 90,4                         | 89,4   |
| nein                    | 13,0                 | 7,2                          | 8,2    |
| k.A.                    | 2,9                  | 2,4                          | 2,5    |
| N                       | 239                  | 1.288                        | 1.467  |

Fragen: B.2d, B.4d und B.6d.

**Tabelle A-18: „Arzt hat alles Wichtige genau genug“ erklärt nach Art der Krankenversicherung (in %)**

|                         | gesetzlich | privat | Gesamt |
|-------------------------|------------|--------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i> |            |        |        |
| ja                      | 88,6       | 92,0   | 89,0   |
| nein                    | 8,8        | 6,9    | 8,6    |
| k.A.                    | 2,6        | 1,1    | 2,5    |
| N                       | 1.374      | 174    | 1.584  |
| <i>Zahnärzte</i>        |            |        |        |
| ja                      | 94,7       | 94,5   | 94,7   |
| nein                    | 2,4        | 3,6    | 2,5    |
| k.A.                    | 2,9        | 1,8    | 2,8    |
| N                       | 1.287      | 165    | 1.452  |
| <i>Fachärzte</i>        |            |        |        |
| ja                      | 88,7       | 93,3   | 89,2   |
| nein                    | 8,6        | 6,1    | 8,3    |
| k.A.                    | 2,7        | 0,6    | 2,5    |
| N                       | 1.274      | 164    | 1.438  |

Fragen: B.2d, B.4d und B.6d.

**Tabelle A-19: „Alles in allem zufrieden mit Arztbesuch“ nach Geschlecht (in %)**

|                         | weiblich | männlich | Gesamt |
|-------------------------|----------|----------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i> |          |          |        |
| ja                      | 88,6     | 92,6     | 90,1   |
| nein                    | 9,6      | 6,1      | 8,3    |
| k.A.                    | 1,8      | 1,3      | 1,6    |
| N                       | 996      | 594      | 1.590  |
| <i>Zahnärzte</i>        |          |          |        |
| ja                      | 94,5     | 95,0     | 94,7   |
| nein                    | 3,0      | 3,2      | 3,1    |
| k.A.                    | 2,6      | 1,8      | 2,3    |
| N                       | 941      | 557      | 1.498  |
| <i>Fachärzte</i>        |          |          |        |
| ja                      | 86,8     | 91,1     | 88,3   |
| nein                    | 10,0     | 7,2      | 9,0    |
| k.A.                    | 3,3      | 1,7      | 2,7    |
| N                       | 953      | 530      | 1.483  |

Fragen: B.2e, B.4e und B.6e.

**Tabelle A-20: „Alles in allem zufrieden mit Arztbesuch“ nach starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung (in %)**

|                         | starke Einschränkung | keine (starke) Einschränkung | Gesamt |
|-------------------------|----------------------|------------------------------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i> |                      |                              |        |
| ja                      | 81,3                 | 91,6                         | 90,0   |
| nein                    | 17,9                 | 6,6                          | 8,4    |
| k.A.                    | 0,8                  | 1,8                          | 1,7    |
| N                       | 251                  | 1.322                        | 1.573  |
| <i>Zahnärzte</i>        |                      |                              |        |
| ja                      | 92,4                 | 95,1                         | 94,7   |
| nein                    | 4,4                  | 2,9                          | 3,1    |
| k.A.                    | 3,1                  | 2,1                          | 2,2    |
| N                       | 225                  | 1.258                        | 1.483  |
| <i>Fachärzte</i>        |                      |                              |        |
| ja                      | 82,8                 | 89,3                         | 88,2   |
| nein                    | 13,8                 | 8,1                          | 9,1    |
| k.A.                    | 3,3                  | 2,6                          | 2,7    |
| N                       | 239                  | 1.288                        | 1.467  |

Fragen: B.2e, B.4e und B.6e.

**Tabelle A-21: „Alles in allem zufrieden mit Arztbesuch“ nach Art der Krankenversicherung (in %)**

|                         | gesetzlich | privat | Gesamt |
|-------------------------|------------|--------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i> |            |        |        |
| ja                      | 89,5       | 93,1   | 89,9   |
| nein                    | 8,8        | 6,3    | 8,5    |
| k.A.                    | 1,7        | 0,6    | 1,6    |
| N                       | 1.374      | 174    | 1.584  |
| <i>Zahnärzte</i>        |            |        |        |
| ja                      | 94,8       | 95,2   | 94,8   |
| nein                    | 3,1        | 2,4    | 3,0    |
| k.A.                    | 2,1        | 2,4    | 2,1    |
| N                       | 1.287      | 165    | 1.452  |
| <i>Fachärzte</i>        |            |        |        |
| ja                      | 87,5       | 93,3   | 88,2   |
| nein                    | 9,5        | 6,7    | 9,2    |
| k.A.                    | 3,0        | 0,0    | 2,6    |
| N                       | 1.274      | 164    | 1.438  |

Fragen: B.2e, B.4e und B.6e.

**Tabelle A-22: „Gefühl, schlechter behandelt zu werden als andere“ nach Geschlecht (in %)**

|                         | weiblich | männlich | Gesamt |
|-------------------------|----------|----------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i> |          |          |        |
| ja                      | 5,0      | 5,4      | 5,2    |
| nein                    | 92,2     | 92,1     | 92,1   |
| k.A.                    | 2,8      | 2,5      | 2,7    |
| N                       | 996      | 594      | 1.590  |
| <i>Zahnärzte</i>        |          |          |        |
| ja                      | 2,3      | 2,5      | 2,4    |
| nein                    | 93,6     | 94,6     | 94,0   |
| k.A.                    | 4,0      | 2,9      | 3,6    |
| N                       | 941      | 557      | 1.498  |
| <i>Fachärzte</i>        |          |          |        |
| ja                      | 6,6      | 5,8      | 6,3    |
| nein                    | 90,3     | 90,2     | 90,3   |
| k.A.                    | 3,0      | 4,0      | 3,4    |
| N                       | 953      | 530      | 1.483  |

Fragen: B.2f, B.4f und B.6f.

**Tabelle A-23: „Gefühl, schlechter behandelt zu werden als andere“ nach starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung (in %)**

|                         | starke Einschränkung | keine (starke) Einschränkung | Gesamt |
|-------------------------|----------------------|------------------------------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i> |                      |                              |        |
| ja                      | 7,2                  | 4,8                          | 5,2    |
| nein                    | 91,6                 | 92,2                         | 92,1   |
| k.A.                    | 1,2                  | 3,0                          | 2,7    |
| N                       | 251                  | 1.322                        | 1.573  |
| <i>Zahnärzte</i>        |                      |                              |        |
| ja                      | 3,6                  | 2,2                          | 2,4    |
| nein                    | 92,9                 | 94,2                         | 94,0   |
| k.A.                    | 3,6                  | 3,6                          | 3,6    |
| N                       | 225                  | 1.258                        | 1.483  |
| <i>Fachärzte</i>        |                      |                              |        |
| ja                      | 7,9                  | 6,2                          | 6,5    |
| nein                    | 90,0                 | 90,2                         | 90,2   |
| k.A.                    | 2,1                  | 3,6                          | 3,3    |
| N                       | 239                  | 1.288                        | 1.467  |

Fragen: B.2f, B.4f und B.6f.

**Tabelle A-24: „Gefühl, schlechter behandelt zu werden als andere“ nach Art der Krankenversicherung (in %)**

|                         | gesetzlich | privat | Gesamt |
|-------------------------|------------|--------|--------|
| <i>praktische Ärzte</i> |            |        |        |
| ja                      | 5,9        | 1,1    | 5,4    |
| nein                    | 91,3       | 96,6   | 91,9   |
| k.A.                    | 2,8        | 2,3    | 2,8    |
| N                       | 1.374      | 174    | 1.584  |
| <i>Zahnärzte</i>        |            |        |        |
| ja                      | 2,7        | 0,6    | 2,5    |
| nein                    | 93,7       | 95,8   | 93,9   |
| k.A.                    | 3,6        | 3,6    | 3,6    |
| N                       | 1.287      | 165    | 1.452  |
| <i>Fachärzte</i>        |            |        |        |
| ja                      | 7,1        | 1,2    | 6,5    |
| nein                    | 89,1       | 98,2   | 90,1   |
| k.A.                    | 3,8        | 0,6    | 3,4    |
| N                       | 1.274      | 164    | 1.438  |

Fragen: B.2f, B.4f und B.6f.

**Tabelle A-25: Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten 5 Jahren nach Geschlecht (in %)**

|               | weiblich | männlich | Gesamt |
|---------------|----------|----------|--------|
| einmal        | 33,7     | 33,1     | 33,5   |
| mehrfach      | 24,6     | 27,0     | 25,5   |
| nie bzw. k.A. | 41,7     | 39,9     | 41,0   |
| N             | 1.044    | 619      | 1.663  |

Frage: B.7.

**Tabelle A-26: Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten 5 Jahren nach starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung (in %)**

|               | starke Einschränkung | keine (starke) Einschränkung | Gesamt |
|---------------|----------------------|------------------------------|--------|
| einmal        | 32,8                 | 33,6                         | 33,5   |
| mehrfach      | 46,9                 | 21,4                         | 25,4   |
| nie bzw. k.A. | 20,4                 | 45,0                         | 41,1   |
| N             | 256                  | 1.385                        | 1.641  |

Frage: B.7.

**Tabelle A-27: „Termin in angemessener Zeit“ nach Geschlecht (in %)**

|                                  | weiblich | männlich | Gesamt |
|----------------------------------|----------|----------|--------|
| ja                               | 82,3     | 84,9     | 83,3   |
| nein                             | 2,3      | 3,0      | 2,5    |
| kein Termin vereinbart bzw. k.A. | 15,4     | 12,1     | 14,2   |
| N                                | 609      | 372      | 981    |

Frage: B.8a.

**Tabelle A-28: „Termin in angemessener Zeit“ nach starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung (in %)**

|                                  | starke Einschränkung | keine (starke) Einschränkung | Gesamt |
|----------------------------------|----------------------|------------------------------|--------|
| ja                               | 79,9                 | 84,4                         | 83,4   |
| nein                             | 2,5                  | 2,4                          | 2,4    |
| kein Termin vereinbart bzw. k.A. | 17,7                 | 13,2                         | 14,2   |
| N                                | 204                  | 762                          | 966    |

Frage: B.8a.

**Tabelle A-29: „Termin in angemessener Zeit“ nach Art der Krankenversicherung (in %)**

|                                  | gesetzlich | privat | Gesamt |
|----------------------------------|------------|--------|--------|
| ja                               | 83,0       | 88,8   | 83,6   |
| nein                             | 2,5        | 0,0    | 2,2    |
| kein Termin vereinbart bzw. k.A. | 14,5       | 11,2   | 14,1   |
| N                                | 839        | 107    | 946    |

Frage: B.8a.

**Tabelle A-30: „Krankenhauspersonal freundlich und hilfsbereit“ nach Geschlecht (in %)**

|      | weiblich | männlich | Gesamt |
|------|----------|----------|--------|
| ja   | 90,5     | 94,4     | 91,9   |
| nein | 7,9      | 4,6      | 6,6    |
| k.A. | 1,6      | 1,1      | 1,4    |
| N    | 609      | 372      | 981    |

Frage: B.8b.

**Tabelle A-31: „Krankenhauspersonal freundlich und hilfsbereit“ nach starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung (in %)**

|      | starke Einschränkung | keine (starke) Einschränkung | Gesamt |
|------|----------------------|------------------------------|--------|
| ja   | 89,2                 | 92,7                         | 91,9   |
| nein | 8,8                  | 6,0                          | 6,6    |
| k.A. | 2,0                  | 1,3                          | 1,4    |
| N    | 204                  | 762                          | 966    |

Frage: B.8b.

**Tabelle A-32: „Krankenhauspersonal freundlich und hilfsbereit“ nach Art der Krankenversicherung (in %)**

|      | gesetzlich | privat | Gesamt |
|------|------------|--------|--------|
| ja   | 92,0       | 92,5   | 92,1   |
| nein | 6,7        | 5,6    | 6,6    |
| k.A. | 1,3        | 1,9    | 1,4    |
| N    | 839        | 107    | 946    |

Frage: B.8b.

**Tabelle A-33: „Ärzte haben Sorgen und Wünsche ernst genommen“ nach Geschlecht (in %)**

|      | weiblich | männlich | Gesamt |
|------|----------|----------|--------|
| ja   | 88,8     | 90,6     | 89,5   |
| nein | 8,9      | 7,3      | 8,3    |
| k.A. | 2,3      | 2,2      | 2,2    |
| N    | 609      | 372      | 981    |

Frage: B.8c.

**Tabelle A-34: „Ärzte haben Sorgen und Wünsche ernst genommen“ nach starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung (in %)**

|      | starke Einschränkung | keine (starke) Einschränkung | Gesamt |
|------|----------------------|------------------------------|--------|
| ja   | 81,9                 | 91,5                         | 89,4   |
| nein | 15,2                 | 6,6                          | 8,4    |
| k.A. | 2,9                  | 2,0                          | 2,2    |
| N    | 204                  | 762                          | 966    |

Frage: B.8c.

**Tabelle A-35: „Ärzte haben Sorgen und Wünsche ernst genommen“ nach Art der Krankenversicherung (in %)**

|      | gesetzlich | privat | Gesamt |
|------|------------|--------|--------|
| ja   | 88,9       | 91,6   | 89,2   |
| nein | 8,8        | 5,6    | 8,5    |
| k.A. | 2,3        | 2,8    | 2,3    |
| N    | 839        | 107    | 946    |

Frage: B.8c.

**Tabelle A-36: „Ärzte haben alles Wichtige genau genug“ erklärt nach Geschlecht (in %)**

|      | weiblich | männlich | Gesamt |
|------|----------|----------|--------|
| ja   | 87,7     | 88,4     | 88,0   |
| nein | 9,4      | 9,9      | 9,6    |
| k.A. | 3,0      | 1,6      | 2,4    |
| N    | 609      | 372      | 981    |

Fragen: B.8d.

**Tabelle A-37: „Ärzte haben alles Wichtige genau genug erklärt“ nach starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung (in %)**

|      | starke Einschränkung | keine (starke) Einschränkung | Gesamt |
|------|----------------------|------------------------------|--------|
| ja   | 80,9                 | 89,6                         | 87,8   |
| nein | 15,7                 | 8,1                          | 9,7    |
| k.A. | 3,4                  | 2,2                          | 2,5    |
| N    | 204                  | 762                          | 966    |

Fragen: B.8d.

**Tabelle A-38: „Ärzte haben alles Wichtige genau genug erklärt“ nach Art der Krankenversicherung (in %)**

|      | gesetzlich | privat | Gesamt |
|------|------------|--------|--------|
| ja   | 87,6       | 87,9   | 87,6   |
| nein | 9,7        | 11,2   | 9,8    |
| k.A. | 2,7        | 0,9    | 2,5    |
| N    | 839        | 107    | 946    |

Fragen: B.8d.

**Tabelle A-39: „Alles in allem zufrieden mit ärztlicher Versorgung“ nach Geschlecht (in %)**

|      | weiblich | männlich | Gesamt |
|------|----------|----------|--------|
| ja   | 88,7     | 90,1     | 89,2   |
| nein | 9,2      | 8,9      | 9,1    |
| k.A. | 2,1      | 1,1      | 1,7    |
| N    | 609      | 372      | 981    |

Frage: B.8e.

**Tabelle A-40: „Alles in allem zufrieden mit ärztlicher Versorgung“ nach starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung (in %)**

|      | starke Einschränkung | keine (starke) Einschränkung | Gesamt |
|------|----------------------|------------------------------|--------|
| ja   | 81,4                 | 90,9                         | 88,9   |
| nein | 15,2                 | 7,6                          | 9,2    |
| k.A. | 3,4                  | 1,4                          | 1,9    |
| N    | 204                  | 762                          | 966    |

Frage: B.8e.

**Tabelle A-41: „Alles in allem zufrieden mit ärztlicher Versorgung“ nach Art der Krankenversicherung (in %)**

|      | gesetzlich | privat | Gesamt |
|------|------------|--------|--------|
| ja   | 88,7       | 90,7   | 88,9   |
| nein | 9,4        | 8,4    | 9,3    |
| k.A. | 1,9        | 0,9    | 1,8    |
| N    | 839        | 107    | 946    |

Frage: B.8e.

**Tabelle A-42: „Alles in allem zufrieden mit pflegerischer Versorgung“ nach Geschlecht (in %)**

|      | weiblich | männlich | Gesamt |
|------|----------|----------|--------|
| ja   | 85,4     | 89,8     | 87,1   |
| nein | 11,7     | 8,9      | 10,6   |
| k.A. | 3,0      | 1,3      | 2,3    |
| N    | 609      | 372      | 981    |

Frage: B.8f.

**Tabelle A-43: „Alles in allem zufrieden mit pflegerischer Versorgung“ nach starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung (in %)**

|      | starke Einschränkung | keine (starke) Einschränkung | Gesamt |
|------|----------------------|------------------------------|--------|
| ja   | 80,4                 | 88,8                         | 87,1   |
| nein | 15,7                 | 9,2                          | 10,6   |
| k.A. | 3,9                  | 2,0                          | 2,4    |
| N    | 204                  | 762                          | 966    |

Frage: B.8f.

**Tabelle A-44: „Alles in allem zufrieden mit pflegerischer Versorgung“ nach Art der Krankenversicherung (in %)**

|      | gesetzlich | privat | Gesamt |
|------|------------|--------|--------|
| ja   | 87,2       | 86,9   | 87,2   |
| nein | 10,3       | 12,1   | 10,5   |
| k.A. | 2,5        | 0,9    | 2,3    |
| N    | 839        | 107    | 946    |

Frage: B.8f.

**Tabelle A-45: „Gefühl, schlechter behandelt zu werden als andere“ nach Geschlecht (in %)**

|      | weiblich | männlich | Gesamt |
|------|----------|----------|--------|
| ja   | 4,3      | 5,6      | 4,8    |
| nein | 92,6     | 92,5     | 92,6   |
| k.A. | 3,1      | 1,9      | 2,7    |
| N    | 609      | 372      | 981    |

Frage: B.8g.

**Tabelle A-46: „Gefühl, schlechter behandelt zu werden als andere“ nach starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung (in %)**

|      | starke Einschränkung | keine (starke) Einschränkung | Gesamt |
|------|----------------------|------------------------------|--------|
| ja   | 6,9                  | 4,3                          | 4,9    |
| nein | 91,2                 | 92,8                         | 92,4   |
| k.A. | 2,0                  | 2,9                          | 2,7    |
| N    | 204                  | 762                          | 966    |

Frage: B.8g.

**Tabelle A-47: „Gefühl, schlechter behandelt zu werden als andere“ nach Art der Krankenversicherung (in %)**

|      | gesetzlich | privat | Gesamt |
|------|------------|--------|--------|
| ja   | 5,0        | 4,7    | 5,0    |
| nein | 92,1       | 94,4   | 92,4   |
| k.A. | 2,9        | 0,9    | 2,6    |
| N    | 839        | 107    | 946    |

Frage: B.8g.

**Tabelle A-48: Regelmäßige Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen nach Geschlecht (in %)**

|      | weiblich | männlich | Gesamt |
|------|----------|----------|--------|
| ja   | 69,2     | 71,1     | 69,9   |
| nein | 21,7     | 21,2     | 21,5   |
| k.A. | 9,1      | 7,8      | 8,6    |
| N    | 1.044    | 619      | 1.663  |

Frage: B.13.

**Tabelle A-49: Regelmäßige Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen nach Wohnregion (in %)**

|      | altes Bundesland | neues Bundesland | Gesamt |
|------|------------------|------------------|--------|
| ja   | 68,5             | 71,5             | 69,8   |
| nein | 23,1             | 19,3             | 21,5   |
| k.A. | 8,4              | 9,2              | 8,7    |
| N    | 968              | 685              | 1.653  |

Frage: B.13.

**Tabelle A-50: Teilnahme an gesundheitsorientierten Kursen nach Geschlecht (in %)**

|      | weiblich | männlich | Gesamt |
|------|----------|----------|--------|
| ja   | 42,1     | 30,4     | 37,8   |
| nein | 51,4     | 66,1     | 56,9   |
| k.A. | 6,4      | 3,6      | 5,4    |
| N    | 1.044    | 619      | 1.663  |

Frage: B.14.

**Tabelle A-51: Teilnahme an gesundheitsorientierten Kursen nach Wohnregion (in %)**

|      | altes Bundesland | neues Bundesland | Gesamt |
|------|------------------|------------------|--------|
| ja   | 38,4             | 36,6             | 37,7   |
| nein | 55,7             | 58,8             | 57,0   |
| k.A. | 5,9              | 4,5              | 5,3    |
| N    | 968              | 685              | 1.653  |

Frage: B.14.

**Tabelle A-52: Anzahl regelmäßig eingenommener verordneter Medikamente nach starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung (in %)**

|                           | starke Einschränkung | keine (starke) Einschränkung | Gesamt |
|---------------------------|----------------------|------------------------------|--------|
| keine Medikamente         | 2,0                  | 12,5                         | 10,8   |
| 1-3 Medikamente           | 29,7                 | 47,3                         | 44,5   |
| 4-10 Medikamente          | 52,7                 | 27,4                         | 31,4   |
| 11 und mehr Medikamente   | 5,1                  | 1,0                          | 1,6    |
| Anzahl Medikamente unklar | 6,6                  | 5,4                          | 5,6    |
| k.A.                      | 3,9                  | 6,4                          | 6,0    |
| N                         | 256                  | 1.385                        | 1.641  |

Frage: B.15.

**Tabelle A-53: Anzahl regelmäßig eingenommener nicht verordneter Medikamente nach starke Einschränkung durch chronische Erkrankung oder Behinderung (in %)**

|                           | starke Einschränkung | keine (starke) Einschränkung | Gesamt |
|---------------------------|----------------------|------------------------------|--------|
| keine Medikamente         | 62,9                 | 70,9                         | 69,7   |
| 1-3 Medikamente           | 28,1                 | 19,7                         | 21,0   |
| 4 und mehr Medikamente    | 3,1                  | 1,6                          | 1,8    |
| Anzahl Medikamente unklar | 1,6                  | 1,3                          | 1,3    |
| k.A.                      | 4,3                  | 6,5                          | 6,2    |
| N                         | 256                  | 1.385                        | 1.641  |

Frage: B.15.

## Leitfaden

Einführung in das Thema „Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung in Deutschland“ [Erläuterung der Begriffe „Chancengleichheit“ und „Gesundheitsversorgung“] und Vorstellen der Mitarbeiter.

Vorstellungsrunde der Teilnehmer [Personenkreis und soziodemographische Angaben und Angaben zum Gesundheitszustand der Teilnehmer werden notiert].

1. Wie zufrieden sind Sie persönlich – alles in allem – mit der gesundheitlichen Versorgung hierzulande? Damit meinen wir unter anderem Ihre Zufriedenheit mit Ärzten und Krankenhäusern oder auch mit der Versorgung mit Medikamenten, Heilmitteln (z.B. Massagen, Krankengymnastik) und Hilfsmitteln (z.B. Brille, Zahnersatz, Gehhilfe).
2. Hätten Sie die Frage nach Ihrer Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung vor 20 Jahren anders beantwortet? Wie zufrieden waren Sie damals?
3. Fallen Ihnen auf Anhieb besonders positive oder negative persönliche Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung in Deutschland ein?
4. Wurde Ihnen schon einmal eine medizinische Behandlung, die Ihrer Meinung nach erforderlich war, nicht vorgeschlagen oder sogar vorenthalten? Wenn ja – was haben Sie dann gemacht?
5. Haben Sie schon einmal eine dringend empfohlene medizinische Behandlung nicht in Anspruch genommen oder sogar abgelehnt? Wenn ja – warum war das der Fall?
6. Glauben Sie, dass man als [Mitglied der Risikogruppe] im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung Deutschlands anderen Menschen gegenüber benachteiligt ist? Wenn ja – wie zeigt sich das? [gegebenenfalls Nachfragen zu: 1. Zugang zu Informationen, 2. Zugang zu ambulanten und stationären Behandlungen, auch risikogruppenbezogene Spezifika, 3. Zugang zu Heil- und Hilfsmitteln, 4. Zugang zu flankierenden Maßnahmen wie Prävention und Rehabilitation]
7. Was müsste geschehen, um die Situation für [Mitglieder der Risikogruppe] zu verbessern?
8. Haben Sie (noch andere) Verbesserungsvorschläge? Denken Sie dabei ruhig über Ihre eigene Situation als [Mitglied der Risikogruppe] hinaus.