

### Additional material online

An English full-text version of this article is available at SpringerLink under supplementary material:  
[dx.doi.org/10.1007/s00103-013-1665-x](http://dx.doi.org/10.1007/s00103-013-1665-x)

# Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland

## Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

### Hintergrund und Fragestellung

Die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen ist eine große gesundheitspolitische Herausforderung, insbesondere angesichts begrenzter Ressourcen und der demografischen Entwicklung. Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung im Gesundheitswesen wird die Verringerung von Über-, Unter- und Fehlversorgung angestrebt, d. h., die Bevölkerung soll auf der Grundlage eines wissenschaftlich anerkannten Bedarfs mit hinreichend gesicherten und fachgerechten Leistungen versorgt werden [1]. Für diese Steuerungsaufgabe benötigt die Gesundheitspolitik Informationen über die Nutzung der unterschiedlichen Versorgungsangebote. Exemplarisch zeigt die regelmäßig wiederkehrende Diskussion der Praxisgebühr oder von Hausarztmodellen die Bedeutung von Daten zur Inanspruchnahme für die Planung und Steuerung des Gesundheitssystems [2].

Die ambulante und stationäre Inanspruchnahme hängt von verschiedenen Faktoren ab, die in dem Verhaltensmodell zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen („Behavioral Model of Health Services“) nach Andersen et al. [3, 4] beschrieben werden. Einfluss auf die Inanspruchnahme haben direkt wirkende prädisponierende demografische und sozialstrukturelle Faktoren wie Geschlecht, Alter und Sozialstatus [5], Zugangsvoraus-

setzungen wie Art der Krankenversicherung und Wohnort [3] sowie Bedarfsfaktoren wie die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands [6].

Daten zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens werden in unterschiedlichen Befragungsstudien erhoben [7, 8, 9, 10], so auch in den Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) [11, 12, 13, 14]. Der Vorteil bevölkerungsweiter repräsentativer Befragungsdaten gegenüber Routinedaten aus der Abrechnungs-, Behandlungs- oder Diagnosestatistik [15, 16] liegt darin, dass sie krankensicherungsübergreifend für die Gesamtbevölkerung die Nutzung verschiedener Leistungen im Gesundheitswesen aus der Sicht der Patientinnen und Patienten abbilden. Darüber hinaus können Surveydaten zur Inanspruchnahme mit Daten zur Krankenversicherung, zu Krankheit und Gesundheit, zu subjektiven Einschätzungen sowie zu sozialen Merkmalen, die in unterschiedlichen Routinedaten teils nur unverbunden oder gar nicht vorliegen, verknüpft werden. Auch können aus diesen Daten Kontakthäufigkeiten ermittelt werden, die in Routinedaten aufgrund veränderter Abrechnungsmodalitäten inzwischen nicht mehr enthalten sind.

Der vorliegende Beitrag liefert Eckdaten zur aktuellen Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland unter Berücksichtigung wesentli-

cher Einflussfaktoren auf der Basis der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1). Des Weiteren zieht er einen ersten Vergleich der Inanspruchnahme zwischen den Zeiträumen 1997/1998 und 2008 bis 2011.

### Methoden

DEGS ist Bestandteil des Gesundheitsmonitorings des RKI. Konzept und Design von DEGS sind an anderer Stelle ausführlich beschrieben [17, 18, 19, 20, 21]. Die erste Erhebungswelle (DEGS1) wurde von 2008 bis 2011 durchgeführt und umfasste Befragungen, Untersuchungen und Tests [22, 23]. Zielpopulation war die in Deutschland lebende Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren. DEGS1 hat ein Mischdesign, das gleichzeitig quer- und längsschnittliche Analysen ermöglicht. Hierbei wurde eine Einwohnermeldeamtsstichprobe durch ehemalige Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98) ergänzt. Insgesamt nahmen 8152 Personen teil, darunter 4193 Ersteingeladene (Response 42%) und 3959 ehemalige Teilnehmerinnen und Teilnehmer des BGS98 (Response 62%) [21]. 7238 Personen besuchten eines der 180 Untersuchungszentren, 914 wurden ausschließlich befragt. Die Nettostichprobe [21] ermöglicht für den Altersbereich von 18 bis 79 Jahren repräsentative Querschnittanalysen und Trendaussagen im Vergleich mit dem

BGS98 (n=7988, davon 7116 in Untersuchungszentren). Die Daten der erneut Teilnehmenden sind für Längsschnittanalysen nutzbar.

Die Daten zur Inanspruchnahme wurden im schriftlichen Fragebogen mit folgenden Fragen erhoben:

- Wie oft haben Sie niedergelassene Ärztinnen/Ärzte der folgenden Fachrichtungen in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen?
- Welche der nachfolgend genannten Therapeutinnen/Therapeuten haben Sie in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen und wie häufig?
- Wie viele Nächte waren Sie in den letzten 12 Monaten zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus aufgenommen?

Im vorliegenden Beitrag werden die 12-Monats-Prävalenzen (mindestens eine Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten) sowie die Kontakthäufigkeiten vorgestellt. Für die ärztliche Inanspruchnahme werden die Kenngrößen sowohl für die einzelnen Facharztgruppen als auch insgesamt berichtet. Während in die Gesamtkontakthäufigkeit alle Kontakte zu Arztpraxen eingehen (inklusive der Kontakte zu den in der Kategorie „Sontiges“ genannten Ärztinnen und Ärzten), bezieht sich die Anzahl der kontaktierten Facharztgruppen aus Gründen der Vergleichbarkeit der Angaben aus DEGS1 und BGS98 nur auf 13 in beiden Surveys erfragte Fachrichtungen.

Die Analysen wurden nach Alter, Geschlecht, sozialem Status, Wohnregion, Gemeindetyp, Krankenversicherung und selbst eingeschätzter Gesundheit getrennt durchgeführt. Der Sozialstatus wurde anhand eines Indexes bestimmt, in den Angaben zu schulischer und beruflicher Ausbildung, beruflicher Stellung sowie Haushaltsnettoeinkommen (bedarfsgewichtet) eingehen und der eine Einteilung in niedrige, mittlere und hohe Statusgruppen ermöglicht [24]. Der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand basiert auf der Frage „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“. Die 5-stufige Antwortskala wurde dichotomisiert in sehr gut/gut und mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht [25]. Der Gemeindetyp wurde mittels der „BIK-Klassifikation“

bestimmt, die die Stadt-Umland-Beziehung auf Gemeindeebene für Ballungsräume, Stadtregionen, Mittel- und Unterebenen darstellt und hierbei Einwohnerzahl und Pendlerquote einbezieht [26]. Für diesen Beitrag wurden die 10 BIK-Klassen zu 3 Gruppen zusammengefasst: 1) Gemeinden bis unter 50.000 Einwohnerinnen und Einwohner, die nicht als Umlandgemeinden von größeren Kernstädten gelten; 2) Gemeinden oder Städte ab 50.000 bis unter 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, die nicht als Umlandgemeinden von größeren Städten gelten, sowie Umlandgemeinden; 3) Städte ab 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner sowie deren Umlandgemeinden.

Die Querschnitt- und Trendanalysen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand 31.12.2010) hinsichtlich Alter, Geschlecht, Region, Staatsangehörigkeit, Gemeindetyp und Bildung korrigiert [21]. Ferner wurde bei den ehemaligen Teilnehmerinnen und Teilnehmern des BGS98 die unterschiedliche Wiederteilnahmebereitschaft ausgeglichen. Bei der Berechnung der Gewichtung für die ehemaligen Teilnehmenden des BGS98 wurde die Wiederteilnahmewahrscheinlichkeit, basierend auf einem logistischen Modell, berücksichtigt. Für die Durchführung von Trendanalysen wurden die Daten des Bundesgesundheits surveys 1998 auf den Bevölkerungsstand zum 31.12.2010 altersadjustiert. Eine Nonresponder-Analyse und der Vergleich einzelner erhobener Indikatoren mit Daten der amtlichen Statistik weisen auf eine hohe Repräsentativität der Stichprobe für die Wohnbevölkerung in Deutschland hin [21]. Um sowohl die Gewichtung als auch die Korrelation der Teilnehmenden innerhalb einer Gemeinde zu berücksichtigen, wurden die Konfidenzintervalle mit dem Verfahren für komplexe Stichproben in SPSS20 bestimmt. Unterschiede gelten als statistisch signifikant, wenn sich die 95%-Konfidenzintervalle nicht überschneiden.

## Ergebnisse

96,9% der 18- bis 79-jährigen Befragten gaben an, in den 12 Monaten vor der Be-

fragung mindestens einmal ärztliche Hilfe in Anspruch genommen zu haben. Es wurden sowohl Kontakte zu Arztpraxen und Krankenhäusern als auch amts- und betriebsärztliche Leistungen berücksichtigt. Lediglich 1,5% der Frauen und 4,8% der Männer nahmen in den letzten 12 Monaten keine ärztliche Hilfe in Anspruch.

## Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte

Von allen Fachärztinnen und -ärzten wurden innerhalb eines Jahres am häufigsten Allgemeinärztinnen und -ärzte mit 79,4% mindestens einmal aufgesucht, gefolgt von Zahnärztinnen und -ärzten (71,7%) und bei Frauen von Gynäkologinnen und Gynäkologen (69,6%) (■ Tab. 1).

Der Anteil der Frauen, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal eine Arztpraxis aufsuchten, liegt bei den meisten Facharztgruppen höher als bei Männern; lediglich urologische Praxen wurden häufiger von Männern und chirurgische, dermatologische und internistische Praxen von Männern und Frauen ähnlich häufig aufgesucht (■ Tab. 1).

Der Altersverlauf der Inanspruchnahme mindestens einer Ärztin oder eines Arztes variiert in starkem Maße nach Fachrichtung: Eher homogene Altersverteilungen zeigen sich bei Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin, Zahnmedizin, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Dermatologie und Psychotherapie. Lediglich im höheren Alter sind hier signifikante Abweichungen festzustellen: Während bei Frauen die Inanspruchnahme von Zahnmedizin und Psychotherapie sinkt, ist für die Fachrichtungen Dermatologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Allgemeinmedizin im höheren Alter insbesondere bei Männern ein Anstieg zu verzeichnen. Für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtungen Innere Medizin, Augenheilkunde, Urologie, Radiologie, Orthopädie, Neurologie/Psychiatrie und Chirurgie ist über den gesamten Altersverlauf ein deutlicher Anstieg erkennbar. Bei einigen Fachrichtungen geht die Inanspruchnahme jedoch in der ältesten Gruppe (70 bis 79 Jah-

re) wieder leicht zurück. Bei Gynäkologinnen und Gynäkologen lässt sich hingegen der gegenteilige Trend einer signifikanten Abnahme mit dem Alter beobachten. Insgesamt sind die Inanspruchnahmepattern im Altersverlauf von Frauen und Männern recht ähnlich – jedoch auf unterschiedlichem Niveau (■ Tab. 1).

Bei der Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte bestehen kaum ausgeprägte Unterschiede nach dem sozialen Status der Befragten. Nur bei Ärztinnen und Ärzten für Gynäkologie, Dermatologie und Zahnheilkunde finden sich in der hohen Statusgruppe signifikant höhere Inanspruchnahmen als in der niedrigen Statusgruppe. Bei der Allgemeinmedizin und Chirurgie liegt hingegen die Inanspruchnahme in der niedrigen und mittleren Sozialstatusgruppe signifikant höher (■ Tab. 2).

Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten zwischen neuen und alten Bundesländern bestehen kaum noch; lediglich urologische Praxen wurden in Ostdeutschland signifikant häufiger aufgesucht als in Westdeutschland. Der Blick auf Stadt-Land-Unterschiede verdeutlicht, dass Personen aus ländlichen Gebieten sich innerhalb eines Jahres eher an Allgemeinärztinnen und -ärzte wandten, während Personen aus großstädtisch geprägten Ballungsgebieten eher Ärztinnen und Ärzte für Innere Medizin sowie für Augen- und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde kontaktierten. Insgesamt sind regionale Unterschiede aber gering (■ Tab. 2).

Gesetzlich Krankenversicherte suchen signifikant häufiger als privat Versicherte in den 12 Monaten vor der Befragung mindestens einmal eine Ärztin oder einen Arzt für Allgemeinmedizin auf. Dieser Befund gilt auch für die Fachrichtungen Neurologie und Psychiatrie. Der gegenteilige Trend zeigt sich für die Gynäkologie, Dermatologie und Zahnheilkunde: Versicherte der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) besuchten diese Fachärztinnen und -ärzte signifikant seltener als privat Krankenversicherte. Unterschiede nach AOK-Versicherten und Versicherten anderer gesetzlicher Krankenkassen sind weniger ausgeprägt, lediglich Praxen für Zahnmedizin und Gynäkologie kontaktierten ge-

Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:832–844 DOI 10.1007/s00103-013-1665-x  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

P. Rattay · H. Butschalowsky · A. Rommel · F. Prütz · S. Jordan · E. Nowossadeck · O. Domanska · P. Kamtsiuris

## Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

### Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag liefert auf Basis der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) und des Bundesgesundheits surveys (BG598) aus den Jahren 2008–2011 und 1997/98 repräsentative Eckdaten und Trends zur Inanspruchnahme ärztlicher und therapeutischer Leistungen der 18- bis 79-jährigen Wohnbevölkerung in Deutschland. Die DEGS1-Daten zeigen, dass Frauen viele der einbezogenen medizinischen Leistungen häufiger in Anspruch nahmen als Männer. Mit dem Alter werden die Unterschiede nach Geschlecht geringer. Bei fast allen Leistungen ist mit zunehmendem Alter ein Anstieg der Inanspruchnahme zu verzeichnen. Große Unterschiede in der Inanspruchnahme bestehen in Abhängigkeit von der selbst eingeschätzten Gesund-

heit, geringere Unterschiede nach Sozialstatus, Krankenversicherung und Region. Zu beiden Erhebungszeitpunkten ist der Anteil der Bevölkerung, der mindestens 1-mal im Jahr ärztliche Hilfe (ambulant oder stationär) in Anspruch nahm, nahezu unverändert hoch. Gleichzeitig sind in diesem Zeitraum ein signifikanter Rückgang der Kontakte zu Arztpraxen pro Jahr und der Krankenhausverweildauer sowie eine Zunahme der konsultierten Facharztgruppen zu verzeichnen. Dies verweist auf Steuerungswirkungen früherer Reformen.

### Schlüsselwörter

Gesundheits survey · Niedergelassene Ärzte · Krankenhaus · Physiotherapie · Versorgungsforschung

## Utilization of outpatient and inpatient health services in Germany. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)

### Abstract

The article provides representative benchmarks and trends for the use of medical and therapeutic services in Germany on the basis of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1) and the German National Health Interview and Examination Survey 1998 (GNHIES98) from the years 2008–2011 and 1997/98, respectively. DEGS1 shows that women seek most medical services more often than men. Differences by gender decreased with age. In almost all services, an increase in utilisation is recorded with age. There are large differences in utilisation depending on self-rated health, as opposed to fewer differences by social status, health insurance and region. At both time

points, the proportion of the population that utilised outpatient or inpatient medical assistance at least once a year, is almost unchanged high. At the same time, a significant reduction in the annual number of contacts with medical practices and the length of hospital stay was recorded as well as an increase of the consulted specialist groups. This may be explained due to regulation effects of earlier reforms. An English full-text version of this article is available at SpringerLink as supplemental.

### Keywords

Health survey · Physicians · Hospital · Physical therapy · Health services research

setzlich Krankenversicherte anderer Kassen signifikant häufiger als AOK-Versicherte (■ Tab. 2).

Der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand ist ein sehr starker Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme der ambulanten-ärztlichen Versorgung: Bei allen Fachrichtungen – bis auf die Dermatologie – zeigen sich hoch signifikante Unterschiede. Während die Inanspruchnahme

bei nahezu allen Ärztinnen und Ärzten bei Befragten mit mittelmäßiger bis sehr schlechter Gesundheit signifikant höher war als bei Befragten mit sehr guter oder guter Gesundheit, findet sich für Praxen der Zahnmedizin und Gynäkologie der gegenteilige Zusammenhang: Diese wurden signifikant häufiger von Gesunden aufgesucht (■ Tab. 2).





**Tab. 1** Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Leistungen in den letzten 12 Monaten (Bevölkerungsanteil in %) nach Fachgebieten und Sektoren (nach Geschlecht und Alter) (Fortsetzung)

Geschlecht	n <sub>unge- wichtet</sub>	Altersgruppe													
		18 bis 29 Jahre		30 bis 39 Jahre		40 bis 49 Jahre		50 bis 59 Jahre		60 bis 69 Jahre		70 bis 79 Jahre		Gesamt	
		%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
Radiologe/Radiologin	4092	14,8	11,7–18,5%	16,6	13,0–21,1%	19,3	15,9–23,2%	27,3	23,6–31,5%	33,4	29,5–37,6%	29,3	25,1–33,9%	22,9	21,2–24,7%
Männer	3690	11,3	8,5–15,0%	11,0	7,8–15,2%	15,2	12,1–18,9%	17,2	13,9–21,2%	21,8	18,1–25,9%	22,0	17,8–26,9%	15,8	14,3–17,5%
Gesamt	7782	13,0	10,8–15,6%	13,8	11,4–16,6%	17,2	14,7–20,0%	22,3	19,7–25,1%	27,7	25,0–30,7%	26,1	23,1–29,2%	19,4	18,1–20,7%
Urologe/Urologin	4092	2,3	1,3–4,0%	1,8	0,9–3,4%	4,4	3,1–6,3%	5,9	4,0–8,5%	8,3	6,1–11,2%	11,6	8,8–15,2%	5,4	4,7–6,3%
Männer	3690	5,0	3,2–7,7%	7,7	5,2–11,2%	8,5	6,3–11,4%	18,2	14,7–22,3%	35,0	30,1–40,3%	43,4	38,1–48,9%	17,0	15,5–18,6%
Gesamt	7782	3,7	2,6–5,2%	4,8	3,4–6,6%	6,5	5,2–8,1%	12,1	10,0–14,5%	21,4	18,6–24,4%	25,8	22,7–29,2%	11,1	10,3–12,1%
Zahnmediziner/in, Kieferorthopäde/ Kieferorthopädin	4092	75,1	70,5–79,2%	72,6	67,2–77,3%	80,1	76,4–83,4%	76,7	73,1–80,0%	76,3	72,1–80,1%	67,4	62,4–72,0%	75,2	73,4–76,9%
Männer	3690	64,6	59,5–69,3%	66,9	61,1–72,2%	70,9	66,0–75,4%	69,7	66,1–73,2%	69,6	64,4–74,3%	65,6	60,4–70,5%	68,1	66,1–70,0%
Gesamt	7782	69,7	66,4–72,8%	69,7	65,7–73,4%	75,5	72,3–78,4%	73,2	70,8–75,5%	73,0	69,5–76,3%	66,6	63,1–69,9%	71,7	70,3–73,0%
<b>Therapeutinnen und Therapeuten</b>															
Heilpraktiker/in	3971	4,5	2,8–7,3%	8,0	5,7–11,2%	9,0	7,0–11,5%	6,7	4,9–9,1%	5,5	3,8–8,0%	4,4	2,9–6,7%	6,5	5,6–7,5%
Männer	3576	2,4	1,2–4,8%	3,2	1,4–7,4%	3,8	2,1–6,8%	2,6	1,5–4,4%	1,8	0,9–3,4%	4,0	2,0–7,8%	2,9	2,2–3,9%
Gesamt	7547	3,4	2,2–5,2%	5,6	4,0–7,9%	6,4	4,9–8,2%	4,6	3,5–6,1%	3,7	2,6–5,1%	4,2	2,9–6,1%	4,7	4,1–5,4%
Krankengymnast/in, Physiotherapeut/in	3971	15,5	12,3–19,4%	20,8	17,0–25,1%	28,1	24,5–32,0%	32,1	28,1–36,3%	32,7	28,8–36,8%	34,3	29,4–39,6%	26,8	25,1–28,6%
Männer	3576	11,5	8,4–15,6%	14,3	10,8–18,7%	22,9	19,2–27,1%	23,2	19,7–27,1%	26,7	22,7–31,1%	22,5	18,2–27,5%	19,9	18,1–21,8%
Gesamt	7547	13,5	11,1–16,3%	17,5	14,7–20,8%	25,5	22,9–28,3%	27,6	24,9–30,5%	29,7	26,9–32,7%	29,0	25,3–33,1%	23,4	22,0–24,8%
<b>Akutstationäre Versorgung</b>															
Krankenhaus	4066	11,1	8,5–14,3%	12,3	8,9–16,7%	9,0	6,8–11,9%	12,5	10,0–15,4%	18,8	15,5–22,8%	19,9	16,2–24,2%	13,3	12,0–14,7%
Männer	3673	9,1	6,4–12,7%	6,7	4,5–9,9%	8,9	6,6–12,0%	14,3	11,4–17,8%	20,5	16,8–24,7%	20,1	16,5–24,2%	12,4	11,0–14,0%
Gesamt	7739	10,1	8,1–12,4%	9,5	7,3–12,2%	9,0	7,3–11,0%	13,4	11,4–15,6%	19,6	17,0–22,5%	20,0	17,4–22,9%	12,9	11,9–13,9%

Im Durchschnitt gaben die Befragten 9,2 Arztkontakte für die zurückliegenden 12 Monate an (■ Tab. 3). Die am häufigsten ambulant in Anspruch genommene Facharzttrichtung ist die Allgemeinmedizin (3,2), gefolgt von Zahnmedizin (1,6) und bei Frauen Gynäkologie (1,4).

Insgesamt zeigen sich signifikante Unterschiede nach Alter und Geschlecht: Frauen berichteten von 10,7 Kontakten zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Männer von 7,9 Kontakten. Die Anzahl der Kontakte steigt bis zum Alter von 60 bis 69 Jahren auf 12,9 Kontakte bei den Frauen und 10,8 Kontakte bei den Männern an, um dann in der ältesten Gruppe (70 bis 79 Jahre) leicht abzusinken. Die niedrigsten Kontaktraten lassen sich bei Männern in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen (5,7) und bei Frauen in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen (9,3) beobachten (■ Tab. 3).

Neben Alter und Geschlecht besitzen auch der selbst eingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand sowie der Sozialstatus einen signifikanten Einfluss auf die Anzahl der Arztkontakte: So suchten Befragte mit einer guten oder sehr guten allgemeinen Gesundheit im vergangenen Jahr 7,4-mal eine Arztpraxis auf, während Befragte mit mittelmäßiger bis sehr schlechter Gesundheit im Durchschnitt 15,0 Kontakte hatten. Während Frauen und Männer aus der niedrigen Sozialstatusgruppe von 10,4 Arztkontakten in den 12 Monaten vor der Befragung berichteten, gaben Frauen und Männer aus der hohen Sozialstatusgruppe 8,3 Arztkontakte an (■ Tab. 4).

### Inanspruchnahme nicht-ärztlicher Therapeutinnen und Therapeuten

Zusätzlich zu den ärztlichen Fachgebieten wurden mit Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie Heilpraktikerinnen und -praktikern 2 nicht-ärztliche Heilberufe in die Auswertung eingeschlossen. In physiotherapeutischer Behandlung waren in den 12 Monaten vor der Erhebung 23,4% der Befragten (■ Tab. 1). Die höchste Inanspruchnahme ist unter Personen zu finden, die ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig oder schlechter beschrei-

**Tab. 2** Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Leistungen in den letzten 12 Monaten (Bevölkerungsanteil in %) nach Fachgebieten und Sektoren (nach Sozialstatus, Gebiet, Gemeindetyp, Krankenversicherung und Gesundheitszustand)

	Sozialstatus			Gebiet		Gemeindetyp		Krankenversicherung				Gesundheitszustand	
	Niedrig	Mittel	Hoch	West	Ost (mit Berlin)	<50.000 Einwohner, ohne Um- landgemeinden von Kernstädten	Kernstadt 50.000 bis <100.000 Einwohner und Um- landgemeinden	Kernstadt ≥100.000 Einwohner und Um- landgemeinden	Allgemeine Ortskassenkasse (AOK)	Sonstige gesetzliche Krankenversicherung	Private Krankenversicherung/Beihilfe	Sehr gut	Mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht
Ärzte/Ärztinnen insgesamt (ambulant + stationär)	95,9% 95%-KI 94,2-97,1%	97,4% 96,6-98,0%	96,7% 95,4-97,6%	97,0% 96,4-97,6%	96,9% 96,3-97,3%	95,9% 94,8-96,7%	97,2% 96,4-97,8%	97,7% 96,4-98,5%	96,6% 95,4-97,6%	97,4% 96,7-97,9%	95,0% 92,8-96,6%	96,6% 95,9-97,1%	97,9% 96,7-98,7%
<b>Niedergelassene Fachrichtungen</b>													
Allgemeinmediziner/in	80,5% 95%-KI 77,5-83,1%	81,0% 79,3-82,6%	73,9% 71,1-76,5%	79,4% 80,9%	79,2% 76,0-82,1%	82,4% 80,3-84,3%	81,3% 78,9-83,6%	77,7% 75,8-79,5%	81,6% 79,3-83,8%	80,0% 81,6%	69,9% 66,3-73,3%	76,7% 75,0-78,3%	87,3% 85,2-89,1%
Augenarzt/-ärztin	32,0% 95%-KI 28,8-35,4%	28,6% 27,0-30,3%	29,2% 26,7-31,9%	29,2% 27,7-30,8%	29,8% 27,5-32,1%	28,7% 26,5-31,1%	25,6% 22,8-28,5%	30,4% 28,6-32,1%	30,1% 27,7-32,7%	29,3% 31,0%	28,2% 24,9-31,8%	25,3% 24,0-26,7%	41,4% 38,5-44,4%
Chirurg/in	11,8% 95%-KI 9,8-14,1%	11,6% 10,5-12,9%	8,2% 6,9-9,7%	10,7% 9,6-11,8%	11,9% 10,2-13,9%	12,5% 11,0-14,1%	10,2% 8,4-12,3%	10,5% 9,2-11,9%	12,0% 10,3-14,0%	10,6% 9,5-11,8%	9,6% 7,6-12,0%	9,1% 8,2-10,2%	16,5% 14,5-18,7%
Frauenarzt/-ärztin	56,8% 95%-KI 52,0-61,5%	71,6% 69,5-73,5%	78,4% 75,2-81,2%	69,1% 67,2-71,0%	71,5% 68,0-74,8%	66,9% 63,7-70,0%	71,7% 66,4-76,6%	70,4% 68,3-72,4%	62,3% 58,5-66,0%	72,1% 74,0%	75,4% 70,4-79,8%	72,2% 70,3-74,0%	63,0% 59,3-66,6%
Hals-Nasen-Ohren-Arzt/-Ärztin	16,4% 95%-KI 14,0-19,0%	17,7% 16,4-19,1%	20,2% 18,0-22,6%	17,5% 16,3-18,7%	19,8% 17,2-22,6%	15,6% 13,5-17,8%	16,7% 14,1-19,6%	19,3% 17,9-20,8%	17,4% 15,4-19,5%	17,9% 16,6-19,4%	19,6% 16,6-23,0%	15,8% 14,6-17,1%	24,6% 22,4-26,9%
Hautarzt/-ärztin	18,4% 95%-KI 16,0-21,0%	19,9% 18,6-21,3%	25,8% 23,2-28,5%	21,3% 19,9-22,7%	19,5% 17,3-21,8%	19,6% 17,4-21,9%	18,7% 15,7-22,2%	21,9% 20,4-23,5%	18,8% 16,6-21,1%	21,1% 22,5%	24,8% 21,2-28,8%	20,5% 19,1-21,9%	22,1% 19,8-24,5%
Internist/in	17,5% 95%-KI 14,9-20,4%	20,6% 19,1-22,1%	21,1% 19,1-23,3%	20,3% 21,6%	19,4% 17,4-21,6%	18,3% 16,3-20,5%	16,2% 13,7-18,9%	21,8% 20,4-23,1%	19,9% 17,8-22,2%	20,3% 21,8%	20,4% 17,5-23,7%	15,4% 14,3-16,6%	34,3% 31,7-36,9%
Neurologe/Neurologin, Psychiater/in	10,2% 95%-KI 8,2-12,6%	7,7% 6,8-8,8%	6,9% 5,4-8,8%	8,3% 7,4-9,3%	7,7% 6,4-9,2%	7,6% 6,1-9,3%	8,5% 6,7-10,6%	8,4% 7,4-9,5%	8,9% 7,3-10,7%	8,6% 9,7%	4,4% 3,1-6,2%	5,0% 4,4-5,8%	17,6% 15,5-19,9%
Orthopäde/Orthopädin	26,0% 95%-KI 22,8-29,3%	24,1% 22,5-25,8%	21,5% 19,3-23,8%	24,5% 26,0%	22,2% 24,9%	22,3% 19,9-24,9%	22,3% 19,0-25,9%	25,1% 23,5-26,8%	24,4% 21,9-27,1%	24,4% 22,7-26,2%	21,2% 18,2-24,5%	19,1% 17,7-20,6%	38,9% 36,3-41,6%
Psychotherapeut/in	4,3% 95%-KI 3,1-6,1%	4,2% 3,5-5,0%	4,4% 3,3-5,8%	4,4% 3,7-5,1%	4,1% 3,2-5,2%	4,1% 3,0-5,4%	3,3% 2,4-4,6%	4,6% 3,9-5,5%	5,0% 3,7-6,8%	4,1% 3,4-4,9%	4,0% 2,6-6,1%	3,0% 2,5-3,6%	8,2% 6,6-10,1%

**Tab. 2** Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Leistungen in den letzten 12 Monaten (Bevölkerungsanteil in %) nach Fachgebieten und Sektoren (nach Sozialstatus, Gebiet, Gemeindetyp, Krankenversicherung und Gesundheitszustand) (Fortsetzung)

	Sozialstatus			Gebiet		Gemeindetyp		Krankenversicherung				Gesundheitszustand	
	Niedrig	Mittel	Hoch	West	Ost (mit Berlin)	<50.000 Einwohner, ohne Um- landgemeinden von Kernstädten	Kernstadt 50.000 bis <100.000 Einwohner und Um- landgemeinden	Kernstadt ≥100.000 Einwohner und Um- landgemeinden	Allgemeine Ortskassenkasse (AOK)	Sonstige gesetzliche Kran- kenversi- cherung	Private Kranken- versiche- rung/ Beihilfe	Sehr gut/ gut	Mittel- mäßig/ schlecht/ sehr schlecht
Radiologe/Radiolo- gin	20,4% 95%-KI 17,3–23,8%	19,7% 18,2–21,4%	17,1% 15,0–19,4%	19,5% 18,0–21,0%	19,0% 16,8–21,3%	19,8% 17,2–22,6%	19,2% 16,8–21,9%	19,2% 17,6–20,9%	19,6% 17,2–22,1%	19,9% 18,4–21,4%	15,9% 13,3–18,9%	15,2% 14,0–16,4%	32,0% 29,4–34,7%
Urologe/Urologin	11,0% 95%-KI 8,9–13,4%	11,1% 10,0–12,4%	11,6% 10,1–13,4%	10,2% 9,3–11,2%	14,6% 12,8–16,7%	10,9% 9,4–12,6%	10,4% 8,3–13,0%	11,4% 10,2–12,7%	10,5% 8,9–12,2%	11,4% 10,2–12,7%	12,4% 10,1–15,2%	8,7% 7,9–9,6%	18,5% 16,6–20,6%
Zahnmediziner/in, Kieferorthopäde/ Kieferorthopädin	56,0% 95%-KI 52,6–59,4%	73,6% 71,9–75,3%	80,9% 78,4–83,1%	70,9% 69,3–72,4%	74,7% 72,1–77,2%	70,4% 67,9–72,8%	73,4% 69,1–77,3%	71,9% 70,1–73,6%	63,9% 61,2–66,5%	75,2% 73,5–76,8%	72,0% 67,9–75,7%	73,5% 71,9–75,1%	66,2% 63,4–68,9%
<b>Therapeutinnen und Therapeuten</b>													
Heilpraktiker/in	3,0% 95%-KI 1,9–4,7%	5,1% 4,2–6,0%	5,5% 4,3–7,0%	5,3% 4,5–6,1%	2,7% 2,0–3,7%	5,4% 4,1–7,1%	4,3% 3,2–5,7%	4,5% 3,8–5,4%	3,5% 2,5–4,8%	4,8% 4,0–5,7%	7,8% 5,7–10,5%	4,1% 3,5–4,9%	6,7% 5,4–8,3%
Krankengymnast/ in, Physiothera- peut/in	20,0% 95%-KI 17,2–23,2%	24,2% 22,5–26,1%	23,6% 21,2–26,2%	22,5% 21,0–24,1%	26,6% 24,2–29,3%	27,8% 25,4–30,4%	22,8% 19,9–26,1%	21,5% 19,9–23,3%	19,8% 17,8–22,0%	23,7% 22,0–25,6%	28,5% 25,3–32,0%	19,2% 17,9–20,6%	36,1% 33,1–39,3%
<b>Akutstationäre Versorgung</b>													
Krankenhaus	16,1% 95%-KI 13,6–18,8%	12,9% 11,7–14,1%	9,8% 8,5–11,4%	13,0% 11,9–14,3%	12,4% 10,8–14,1%	14,3% 12,6–16,2%	11,7% 9,5–14,3%	12,5% 11,2–14,0%	14,6% 12,6–16,7%	12,8% 11,6–14,1%	9,8% 7,9–12,1%	9,2% 8,3–10,2%	24,0% 21,5–26,6%

ben (Tab. 2). Zudem variiert die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen vor allem mit Alter und Geschlecht der Befragten. Signifikant erhöhte Inanspruchnahmeraten zeigen sich des Weiteren in Ostdeutschland sowie bei privat Versicherten im Vergleich zu AOK-Versicherten. Die mittlere Zahl an Physiotherapiekontakten liegt im Jahr vor der Befragung bei 2,6. Die höchste mittlere Kontaktzahl weisen Personen mit mittelmäßigem oder schlechtem Gesundheitszustand auf. Da viele Erkrankungen, die eine physiotherapeutische Behandlung nach sich ziehen, altersassoziiert sind, steigen auch die Kontakthäufigkeiten im Altersgang deutlich an. Bei Männern ab 70 Jahren zeigen sich jedoch leicht rückläufige Kontaktraten.

Heilpraktische Leistungen wurden von den Befragten im Vergleich zur Physiotherapie deutlich seltener in Anspruch genommen. Lediglich 4,7% aller Befragten gaben an, in den 12 Monaten vor der Erhebung bei einer Heilpraktikerin oder einem Heilpraktiker gewesen zu sein. Frauen (6,5%) griffen häufiger auf heilpraktische Angebote zurück als Männer (2,9%) (Tab. 1). Darüber hinaus findet sich eine stärkere Tendenz zu heilpraktischen Behandlungen bei Personen mit allenfalls mittelmäßigem Gesundheitszustand (Tab. 2).

### Inanspruchnahme der akutstationären Versorgung

Die akutstationäre Versorgung in Krankenhäusern ist neben der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen ein elementarer Baustein des Gesundheitswesens. Sie wurde von 13,3% der weiblichen und 12,4% der männlichen Befragten innerhalb von 12 Monaten vor der Erhebung in Anspruch genommen. Dabei gibt es eine signifikante Altersassoziation: Je älter die Befragten sind, umso häufiger war ein stationärer Krankenhausaufenthalt. So wurde ein Fünftel der 60- bis 79-jährigen Frauen und Männer stationär versorgt. Die Altersassoziation wird etwas überdeckt durch die erhöhte Behandlungshäufigkeit von Frauen in den Altersgruppen von 18 bis 39 Jahren – dem Alter mit der höchsten Wahrscheinlichkeit für eine Inanspruchnahme auf-

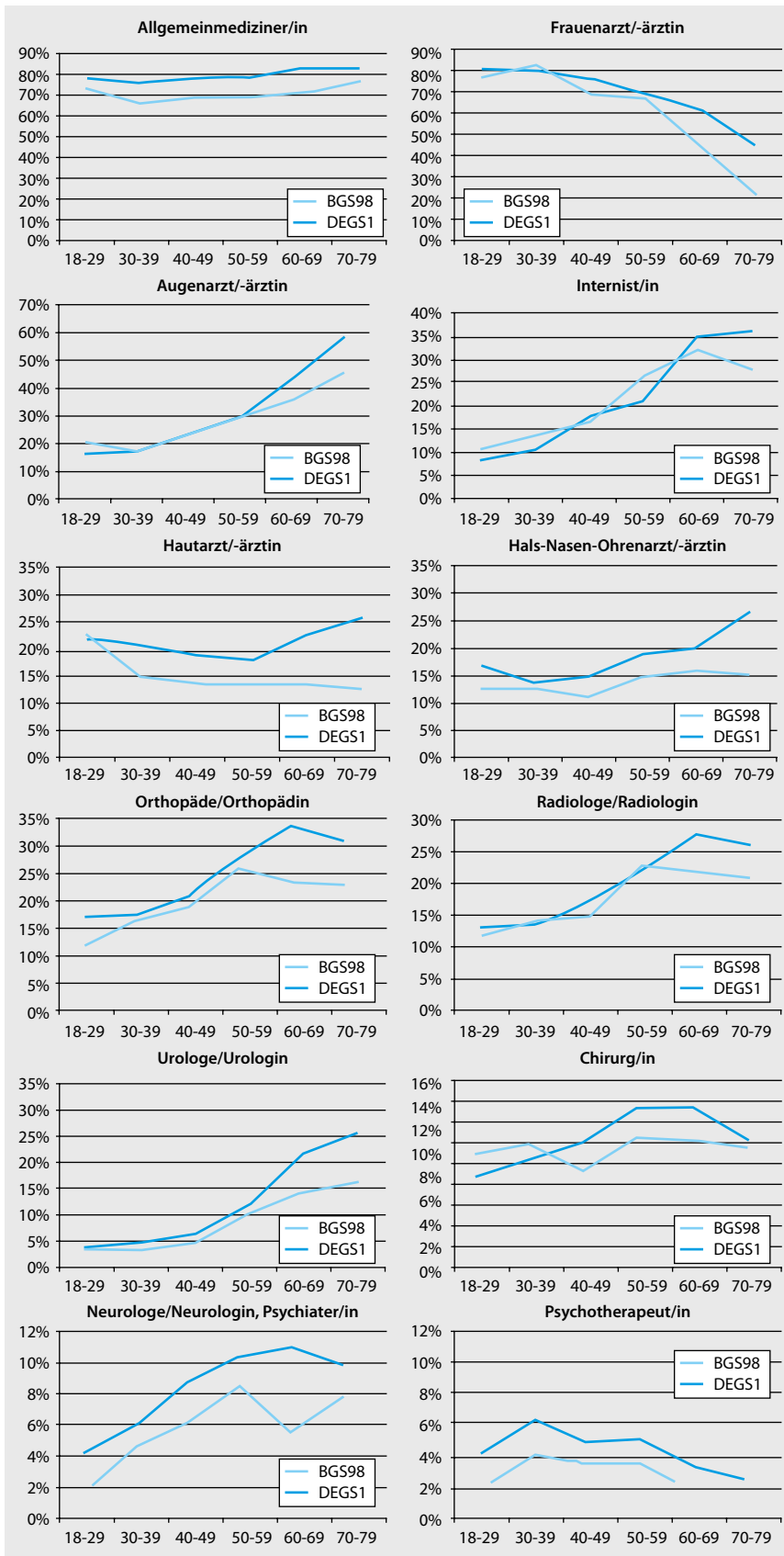
**Tab. 3** Anzahl der Arztkontakte, kontaktierten Facharztgruppen und Krankenhausnächte in den letzten 12 Monaten (Mittelwerte nach Geschlecht und Alter)

	Ge- schlecht	n <sub>un- ge- wich- tet</sub>	Altersgruppe												Gesamt	
			18 bis 29 Jahre		30 bis 39 Jahre		40 bis 49 Jahre		50 bis 59 Jahre		60 bis 69 Jahre		70 bis 79 Jahre		Ø	95%- KI
			Ø	95%-KI	Ø	95%-KI	Ø	95%-KI	Ø	95%-KI	Ø	95%-KI	Ø	95%-KI		
Kontakthäufigkeit (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte)	Frauen	3714	9,3	8,5–10,1	9,8	8,7–11,0	9,6	8,7–10,4	11,2	10,1–12,4	12,9	11,7–14,2	12,3	11,2–13,4	10,7	10,3–11,1
	Männer	3493	6,1	5,2–6,9	5,7	5,0–6,4	7,2	6,4–8,1	8,6	7,7–9,5	10,8	9,0–12,6	10,6	9,8–11,4	7,9	7,4–8,3
	Gesamt	7207	7,6	7,0–8,2	7,7	7,1–8,4	8,4	7,8–9,0	9,9	9,2–10,6	11,9	10,8–12,9	11,5	10,8–12,2	9,2	8,9–9,5
Kontaktierte Facharztgruppen (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte)	Frauen	4092	3,6	3,5–3,8	3,7	3,5–3,8	3,9	3,7–4,1	4,2	4,0–4,4	4,6	4,4–4,8	4,4	4,2–4,6	4,0	4,0–4,1
	Männer	3690	2,4	2,3–2,6	2,4	2,3–2,6	2,8	2,6–2,9	3,1	3,0–3,3	3,8	3,6–4,0	4,1	3,9–4,3	3,0	2,9–3,1
	Gesamt	7782	3,0	2,9–3,1	3,0	2,9–3,2	3,3	3,2–3,5	3,7	3,5–3,8	4,2	4,0–4,3	4,3	4,1–4,4	3,5	3,5–3,6
Krankenhausverweildauer	Frauen	594	7,3	5,5–9,0	7,4	5,7–9,1	10,6	4,8–16,4	12,9	8,3–17,4	9,6	7,0–12,2	9,1	7,1–11,1	9,5	8,2–10,9
	Männer	524	6,0	4,5–7,6	5,9	1,7–10,0	11,0	7,7–14,4	9,6	7,3–12,0	11,7	8,7–14,8	12,3	9,1–15,5	10,0	8,7–11,2
	Gesamt	1118	6,7	5,5–7,8	6,9	5,1–8,7	10,8	7,5–14,1	11,1	8,7–13,6	10,7	8,7–12,6	10,5	8,7–12,4	9,7	8,8–10,6

**Tab. 4** Anzahl der Arztkontakte, kontaktierten Facharztgruppen und Krankenhausnächte in den letzten 12 Monaten (Mittelwerte nach Sozialstatus, Gebiet, Gemeindetyp, Krankenversicherung und Gesundheitszustand)

	Sozialstatus		Gebiet		Gemeindetyp			Krankenversicherung			Gesundheitszustand			
	Nie- drig	Mit- tel	Hoch	West	Ost (mit Ber- lin)	<50.000 Einwoh- ner, ohne Umland- gemein- den von Kernstäd- ten	Kernstadt 50.000 bis <100.000 Einwohner und Um- landge- meinden	Kernstadt ≥100.000 Einwoh- ner und Umland- gemein- den	Allge- meine Orts- kran- ken- kasse (AOK)	Sons- tige gesetz- liche Kran- kenver- siche- rung	Private Kran- kenver- siche- rung/ Beihilfe	Sehr gut/ gut	Mittel- mäßig/ schlecht/ sehr schlecht	
Kontakt- häufigkeit (nieder- gelassene Ärztinnen und Ärzte)	Ø 95%-KI	10,4 9,5– 11,4	9,2 8,9– 9,6	8,3 7,8– 8,7	9,3 8,9– 9,6	9,1 8,6– 9,6	9,1 8,5–9,7	8,6 7,9–9,3	9,4 9,0–9,8	9,8 9,0– 10,5	9,3 8,9– 9,6	7,9 7,2–8,7	7,4 7,2– 7,6	15,0 14,1–15,9
Kontaktierte Facharzt- gruppen (nieder- gelassene Ärztinnen und Ärzte)	Ø 95%-KI	3,3 3,2– 3,5	3,6 3,5– 3,6	3,6 3,4– 3,7	3,5 3,4– 3,6	3,5 3,4–3,6	3,4 3,3–3,5	3,6 3,5–3,6	3,5 3,3– 3,6	3,6 3,5– 3,7	3,3 3,2–3,5	3,2 3,2– 3,3	4,4 4,3–4,5	
Kranken- hausver- weildauer	Ø 95%-KI	10,1 8,3– 11,9	10,1 8,8– 11,4	7,9 6,2– 9,7	9,7 8,6– 10,7	10,0 8,6– 11,4	11,4 9,2–13,6	9,6 7,3–11,9	8,9 8,0–9,9	10,9 9,2– 12,6	9,4 8,3– 10,6	7,1 4,6–9,6	7,3 6,4– 8,3	12,6 11,0–14,1





**Abb. 1** ▲ Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in den letzten 12 Monaten nach Fachgebieten und Altersgruppen (Bevölkerungsanteil in %) im Vergleich BGS98 und DEGS1

grund von Schwangerschaft und Geburt (■ Tab. 1).

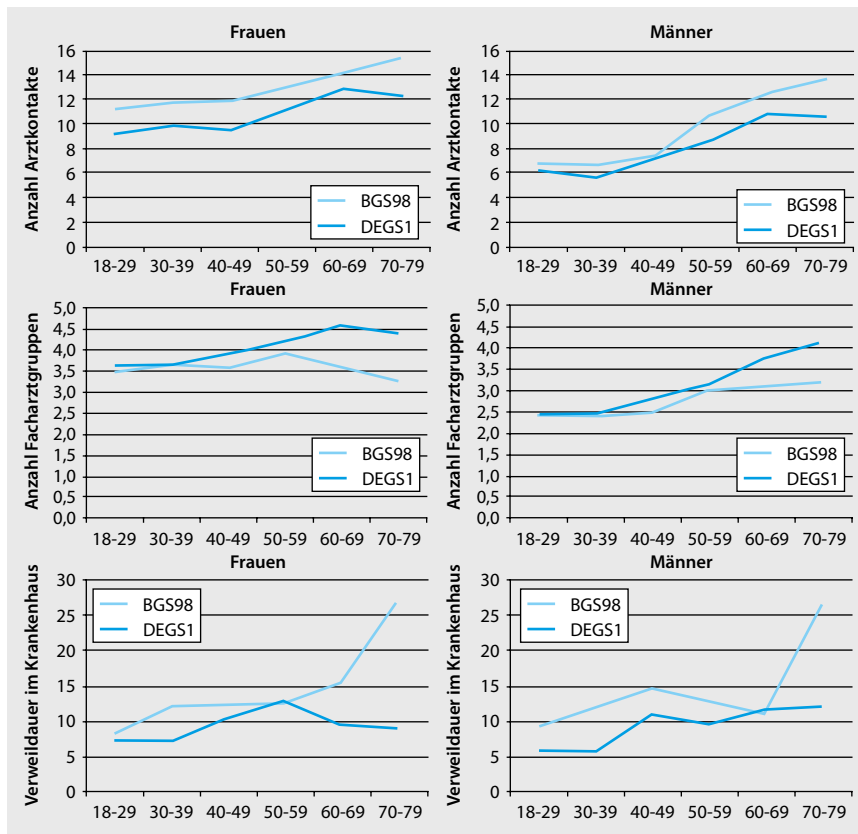
Signifikante Unterschiede in dem Anteil der Personen, die in den letzten 12 Monaten mindestens eine Nacht im Krankenhaus verbrachten, ergeben sich für den Sozialstatus (ein höherer Sozialstatus ist mit einer niedrigeren Behandlungshäufigkeit assoziiert), den Versicherungsstatus (Versicherte der AOK werden signifikant häufiger stationär behandelt als privat Versicherte) und den allgemeinen Gesundheitszustand (ein selbst als mittelmäßig bis sehr schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand ist hoch signifikant mit einer höheren Behandlungshäufigkeit assoziiert) (■ Tab. 2).

Sofern sie stationär im Krankenhaus behandelt wurden, verbrachten Frauen im Mittel 9,5 Nächte und Männer 10,0 Nächte im Krankenhaus. Während bei Männern die Anzahl der im Krankenhaus verbrachten Nächte mit dem Alter signifikant ansteigt, verbrachten Frauen im Alter von 50 bis 59 Jahren tendenziell mehr Nächte im Krankenhaus als jüngere oder ältere Frauen (■ Tab. 3).

### Trends in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Der Vergleich zum BGS98 zeigt, dass es bei Annahme einer gleichen Alterszusammensetzung der Bevölkerung zu beiden Zeitpunkten (Altersadjustierung) nur geringe Veränderungen in der 12-Monats-Inanspruchnahme gab. So beträgt der Anteil der 18- bis 79-Jährigen, die in den 12 Monaten vor der Erhebung mindestens einmal ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen (ambulant oder stationär), im BGS98 97,4% und in DEGS1 96,9%.

Bei den Allgemeinärztinnen und -ärzten ist eine deutliche Zunahme der Inanspruchnahme von 70,9% auf 79,4% zu verzeichnen. Auch für Fachärztinnen und -ärzte der Dermatologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Neurologie/Psychiatrie, Orthopädie, Urologie, Gynäkologie sowie Psychotherapie wurden bei DEGS1 signifikant höhere Inanspruchnahmeraten berichtet als beim BGS98. Diese Zunahme ist für fast alle Facharztgruppen vor allem bei älteren Personen zu verzeichnen (■ Abb. 1). Bei Ärztin-



**Abb. 2** ▲ Anzahl der Arztkontakte, kontaktierten Facharztgruppen und Krankenhausnächte in den letzten 12 Monaten (Mittelwerte) im Vergleich BGS98 und DEGS1 (nach Geschlecht und Altersgruppen)

nen und Ärzten für Augenheilkunde, Radiologie und Chirurgie ist ebenfalls eine leichte, aber nicht signifikante Zunahme zu erkennen. Ein leichter, aber nicht signifikanter Rückgang in der Inanspruchnahme ist lediglich für internistische und zahnmedizinische Behandlungen festzustellen.

Auch der Vergleich der Anzahl der kontaktierten Facharztgruppen zeigt sowohl bei Männern (2,7 auf 3,0) als auch bei Frauen (3,6 auf 4,0) einen signifikanten Anstieg gegenüber 1997/98. Dieser ist hauptsächlich auf die höhere Inanspruchnahme verschiedener Facharztgruppen in der Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen zurückzuführen (■ **Abb. 2**).

■ **Abb. 2** zeigt darüber hinaus den Trend für die Zahl der Arztkontakte. Hier ist eine gegenläufige Entwicklung zu den beiden oben beschriebenen Indikatoren der Inanspruchnahme zu verzeichnen: Im Durchschnitt gingen Männer mit 7,9 und Frauen mit 10,7 Arztkontakten im Jahr seltener als Ende der 1990er-Jahre

zur Ärztin oder zum Arzt (Männer: 9,1; Frauen: 12,7). Während bei Männern dieser Rückgang jedoch erst ab der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen zu verzeichnen ist, kommt er bei Frauen in allen Altersgruppen vor.

Für die akutstationäre Behandlung lässt sich eine signifikante Verkürzung der mittleren Verweildauer feststellen: Während stationär versorgte Frauen 1997/98 durchschnittlich 14,5 Nächte im Krankenhaus verbrachten, waren es 2008–2011 9,5 Nächte. Bei den männlichen Patienten sank die Krankenhausverweildauer von 15,8 auf 10,0 Nächte (■ **Abb. 2**).

## Diskussion

Die vorgestellten DEGS1-Daten zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen stellen wichtige Indikatoren für eine versorgungsorientierte Gesundheitsberichterstattung dar. Mit Blick auf die Verteilung nach Alter und Geschlecht las-

sen sich einige typische Muster im Inanspruchnahmeverhalten erkennen, die auch im Zeitvergleich relativ konstant sind:

Frauen weisen bei vielen der einbezogenen medizinischen Leistungen – insbesondere im gebärfähigen Alter – eine höhere Inanspruchnahme auf. Dies trifft sowohl auf die Mehrzahl der ambulant-ärztlichen Leistungen als auch auf therapeutische und akutstationäre Behandlungen zu. Neben reproduktiv bedingten Unterschieden wird für die häufigere Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen durch Frauen eine höhere Sensibilität für Körper und Gesundheit sowie eine größere Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, diskutiert [27]. Bei Männern führt oftmals erst die Manifestation einer Krankheit dazu, dass sie ärztliche Leistungen im gleichen Umfang wie Frauen in Anspruch nehmen [28]. So überrascht es nicht, dass die Unterschiede geringer werden oder verschwinden, wenn mit Zunahme des Alters bei Männern der konkrete Behandlungsbedarf zunimmt. Frauen nehmen darüber hinaus häufiger präventive Angebote in Anspruch als Männer [29, 30, 31, 32]. Entsprechend fallen Geschlechterunterschiede besonders bei jenen Arztgruppen ins Auge, in deren Leistungsspektrum präventive Maßnahmen wie Früherkennung einen hohen Stellenwert haben. Unterschiede in der Inanspruchnahme nach sozialem Status treten ebenfalls insbesondere bei stark präventiv tätigen Arztgruppen zutage (Gynäkologie, Zahnheilkunde, Dermatologie). Dies bestätigt Analysen, nach denen präventive Leistungen von sozial benachteiligten Personen weniger stark nachgefragt werden [13].

Eine deutliche Zunahme der Inanspruchnahme mit dem Alter trifft insbesondere für Leistungen zu, die eng mit dem Gesundheitszustand der Befragten in Verbindung stehen. Für die Inanspruchnahme von Fachärztinnen und -ärzten, die in starkem Maße auch präventive Maßnahmen anbieten (Zahn- und Frauenheilkunde), gilt dies nicht. Mit der im Altersverlauf zunehmenden Multimorbidität geht nicht nur ein Anstieg in der Inanspruchnahme der einzelnen Arztgruppen innerhalb eines Jahres einher, sondern ebenso eine Zunahme

der Kontakthäufigkeiten und der konsultierten Fachrichtungen. Auffällig ist, dass in der ältesten Bevölkerungsgruppe bei vielen Leistungen kein weiterer Anstieg, sondern eher ein leichtes Absinken zu verzeichnen ist. Dieser Rückgang könnte unter anderem damit in Zusammenhang stehen, dass Arztbesuche für diese Altersgruppe zunehmend beschwerlicher werden und die Abwägung von Aufwand und Nutzen der Inanspruchnahme einer Gesundheitsleistung bei älteren Menschen ungünstiger ausfällt [33]. Außerdem kann vermutet werden, dass im höheren Alter eine gewisse Gewöhnung an körperliche Einschränkungen und gesundheitliche Beschwerden stattfindet und diese nicht mehr im gleichen Maße als Beeinträchtigungen im Alltag eingestuft werden wie in jüngeren Altersgruppen [34].

Im Zeitvergleich zwischen 1997/98 und 2008–2011 zeigen sich Trends, deren Erklärung in der steigenden Prävalenz der Multimorbidität, aber auch in sich wandelnden Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitswesens gesucht werden können. Während im Vergleich zum BGS98 bei den Älteren die Anzahl der kontaktierten Fachrichtungen zugenommen hat, ist sowohl die Kontakthäufigkeit zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten als auch die Verweildauer im Krankenhaus spürbar zurückgegangen.

Zum einen hat sich der Trend, Fachärztinnen und -ärzte aufzusuchen, besonders in höheren Altersgruppen, bei denen der Versorgungsbedarf multimorbider Patientinnen und Patienten zunehmend problematisiert wird, verstärkt. Diese Leistungsausweitung hat offenbar nicht auf Kosten der Hausärztinnen und -ärzte stattgefunden. Im Gegenteil weist auch die Gruppe der Allgemeinärztinnen und -ärzte, die für das Gros der hausärztlichen Versorgung verantwortlich ist, Zuwächse in der Inanspruchnahme auf. Daraus lässt sich schließen, dass eine Steuerung des Gesundheitssystems mittels Lotsefunktion hausärztlicher Praxen, wie sie mit Instrumenten wie der Praxisgebühr oder Hausarztverträgen angestrebt wurde, auch mit einer weiteren fachärztlichen Spezialisierung und einer entsprechend stärkeren Inanspruchnahme der betreffenden Arztgruppen einhergehen kann. Der Zeitvergleich zwischen BGS98

und DEGS1 untermauert damit Schlussfolgerungen früherer Erhebungen, nach denen die Inanspruchnahme von Hausärztinnen und -ärzten nicht zwingend zu einer Verminderung von Arztkontakten insgesamt führt [6].

Zum anderen verweisen die gesunkenen Kontakthäufigkeiten und Verweildauern möglicherweise auf Steuerungswirkungen früherer Reformen. Der Rückgang der mittleren Verweildauer in der akutstationären Versorgung hat sich infolge der Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen seit 2004 fortgesetzt [35], auch da der ökonomische Druck auf die Krankenhäuser weiter erhöht wurde [36]. Diese Tendenz findet Bestätigung in der Krankenhausstatistik [37] und zieht Leistungsverlagerungen in den Bereich der medizinischen Rehabilitation nach sich [38]. Analog könnte auch die Verringerung der Kontakte zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten mit veränderten Abrechnungsmodalitäten zusammenhängen. Denn die 2008 mit der Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes eingeführte fallbezogene Vergütung für ambulant erbrachte Leistungen setzt weniger Anreize für ein häufiges Einbestellen der Patientinnen und Patienten, da die Versichertenpauschalen im Behandlungsfall nur einmal im Quartal abrechenbar sind.

### Vergleich mit anderen Daten

Laut einer Analyse mit Versicherten- und Daten der Barmer GEK suchten im Jahr 2009 93% aller Barmer-GEK-Versicherten mindestens einmal im Jahr eine Arztpraxis auf [15]. Für AOK-Versicherte wurde für 2007 ein Anteil von 87,3% ermittelt [39]. Eine Befragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kommt zu dem Ergebnis, dass im Jahr 2011 83% der deutschsprachigen Bevölkerung in den letzten 12 Monaten eine Arztpraxis aufsuchten (ohne Zahnarztbesuche) [8]. In Telefonbefragungen des RKI gaben auf die Frage nach dem Zeitpunkt des letzten Arztbesuchs (ohne Zahnmedizin) 2009 87,8% und 2010 88,5% der Befragten an, dass dieser in den letzten 12 Monaten lag [13, 14]. Die Vergleichbarkeit zu der hier berichteten Inanspruchnahmerate von 96,9% ist allerdings eingeschränkt, da in

die Berechnung sowohl die ambulante als auch die stationäre ärztliche Versorgung inklusive Zahnmedizin sowie betriebs- und amtsärztliche Leistungen eingingen.

Die Barmer GEK weist für das Jahr 2009 für ihre Versicherten 14,4 Arztkontakte [15] und die AOK für das Jahr 2007 11,5 Arztkontakte [39] aus. Eine Analyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland kommt für das Jahr 2007 sogar auf die Anzahl von 17 Arztkontakten pro gesetzlich Versichertem. Berechnungsgrundlage stellen jedoch gesetzlich Krankenversicherte dar, die im Jahr 2007 mindestens einen Arztkontakt hatten [16], während sich die mittlere Kontakthäufigkeit in DEGS1 auf alle Befragten bezieht.

Für die physiotherapeutische Versorgung weisen Abrechnungsdaten der Barmer GEK für das Jahr 2010 eine im Vergleich deutlich geringere Inanspruchnahme von rund 15% aus [40]. Neben der eingeschränkten Repräsentativität von Versichertendaten dürften die Unterschiede in Teilen auch darauf zurückzuführen sein, dass physiotherapeutische Leistungen auch ohne ärztliche Verordnung in Anspruch genommen und privat finanziert werden. Diese Inanspruchnahme wird in DEGS1, nicht jedoch in den Abrechnungsdaten der Kassen mit erfasst. Im Vergleich zu physiotherapeutischen fällt die Inanspruchnahme von heilpraktischen Leistungen in DEGS1 sehr gering aus. Die Zahlen decken sich jedoch im Wesentlichen mit früheren Untersuchungen [41, 42]. Aussagen über die allgemeine Akzeptanz alternativer Heilverfahren sind hieraus jedoch nicht abzuleiten [41, 42, 43].

Als mittlere Verweildauer für die in einem Krankenhaus behandelten Fälle weist die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2010 für Erwachsene 8,4 Tage aus. In DEGS1 berichteten die Befragten hingegen 9,7 Krankenhausnächte. Eine der möglichen Ursachen für diese Differenz liegt darin, dass die Krankenhausdiagnosestatistik eine Fallstatistik ist und damit wiederholte Krankenhausaufenthalte jeweils neu gezählt werden. Der einzelne Fall hat somit im Mittel eine etwas geringere Verweildauer als Personen mit mehreren Krankenhausaufenthalten. Der Befund

einer sich im Vergleich von BGS98 und DEGS1 deutlich abzeichnenden Verkürzung der mittleren Verweildauer stimmt jedoch mit der Krankenhausdiagnosestatistik und Ergebnissen mehrerer Studien überein [37, 44].

Insgesamt ist die Vergleichbarkeit von Survey- und Abrechnungsdaten dadurch eingeschränkt, dass beide Datenquellen unterschiedliche Limitationen aufweisen [45]. So besteht bei Surveydaten das Problem der Erinnerungsverzerrung (Recall Bias), das – gerade wenn ein längerer Zeitraum wie die zurückliegenden 12 Monate erfasst wird – zu einer gewissen Unterschätzung der Kontaktprävalenzen und -häufigkeiten führen kann. Andererseits weisen Statistiken, die auf Abrechnungsdaten beruhen, ebenfalls Beschränkungen auf, die beispielsweise mit der Zweckbindung der Daten [21, 22] oder Veränderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen der Abrechnung zusammenhängen können. Hier sei auf die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) in der akutstationären Versorgung oder die mit der Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes eingeführte fallbezogene Vergütung für ambulant erbrachte Leistungen verwiesen. Weitere Abweichungen können sich aus unterschiedlichen betrachteten Altersgruppen und Altersstandardisierungen ergeben. Insgesamt ist festzuhalten, dass keine der vorhandenen Datenquellen für die Inanspruchnahmeforschung ohne Einschränkungen nutzbar ist.

## Ausblick

Die vorgestellten Ergebnisse zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ergänzen die Daten der amtlichen Statistik und Leistungsträger um bundesweit repräsentative Daten, die das Versorgungsgeschehen aus Sicht der Patientinnen und Patienten abbilden. In der Zusammenschau mit Strukturdaten (z. B. zur Ärztedichte) und Daten der Leistungserbringer kann die Versorgungslage für Deutschland krankensicherungsübergreifend beschrieben werden.

Die hier vorgestellten Analysen rechnen durch die Art der Gewichtung die Effekte der demografischen Alterung her-

aus. Damit sind lediglich Aussagen zu Trends der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen möglich, die unabhängig von der Alterung der Bevölkerung sind. In weiterführenden Analysen ist geplant, auch die durch die demografische Alterung bedingten Veränderungen im Inanspruchnahmegereschehen abzubilden.

Multivariate Analysen werden darüber hinaus Interaktionen zwischen den Einflussfaktoren berücksichtigen. Ferner soll die gesundheitliche Lage als wichtiger Einflussfaktor differenzierter in die Analyse eingehen. Neben Trendanalysen erlauben die DEGS1-Daten auch längsschnittliche Analysen zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Lebensverlauf.

---

## Korrespondenzadresse

---

### P. Rattay

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut General Pape-Str. 62–66, 12101 Berlin P.Rattay@rki.de

---

**Finanzierung der Studie.** Die Studie wurde finanziert mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit.

**Interessenkonflikt.** Die korrespondierende Autorin gibt für sich und ihre Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

1. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2002) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Kurzfassung. SVR, Berlin
2. Braun B, Reiners H, Rosenwirth M, Schlette S (2006) Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen. Effekte bei Versicherten und Leistungsanbietern. Chartbook. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh. <http://www.bertelsmann-stiftung.de>
3. Andersen RM, Davidson PL (2007) Improving access to care in America: individual and contextual factors. In: Andersen RM, Rice TH, Kominski GF (Hrsg) Changing the American health care system: key issues in health services policy and management. Jossey-Bass, San Francisco, S 3–31
4. Andersen RM (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 36:1–10
5. Andersen H, Bormann C, Elkeles T (1993) Kennziffern zur ambulanten Inanspruchnahme. Methodische und inhaltliche Aspekte des Stellenwerts von Surveydaten. *Soz Präventivmed* 38:26–33

6. Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P, Kurth BM (2005) Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 48:296–306
7. Blumenstock G, Balke K, Gibis B et al (2009) Die ambulante vertragsärztliche Versorgung aus der Perspektive der Versicherten – Methodik und Ergebnisse der KBV-Versichertenbefragung 2006: Inanspruchnahme, Versorgung beim Hausarzt, Bereitschafts- und Notdienstpraxen. *Gesundheitswesen* 71:94, 101
8. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (Hrsg) (2011) Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage September 2011. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld. <http://www.kbv.de/versichertenbefragung2011.html>
9. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (Hrsg) (2012) WIdOmonitor. <http://www.wido.de/wido-monitor.html>
10. Böcken J, Braun B, Amhof R, Schnee M (Hrsg) (2006) Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
11. Bergmann E, Kamtsiuris P (1999) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. *Gesundheitswesen* 61(Sonderheft 2):138–144
12. Bergmann E, Kalcklösch M, Tiemann F (2005) Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 48:1365–1373
13. Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg) (2011) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
14. Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
15. BARMER GEK (Hrsg) (2011) BARMER GEK Arztreport 2011. Asgard, St. Augustin
16. Riens B, Erhart M, Mangiapane S (2012) Arztkontakte im Jahr 2007 – Hintergründe und Analysen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI), Berlin. <http://www.versorgungsatlas.de>
17. Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P, Hölling H (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut, Sachstand und Perspektiven. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 52:557–570
18. Kurth BM (2012) Das RKI-Gesundheitsmonitoring – was es enthält und wie es genutzt werden kann. *Public Health Forum* 20(76):4.e1–4.e3
19. Gößwald A, Lange M, Kamtsiuris P, Kurth BM (2012) DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Bundesweite Quer- und Längsschnittstudie im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 55:775–780
20. Scheidt-Nave C, Kamtsiuris P, Gößwald A et al (2012) German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS) – design, objectives and implementation of the first data collection wave. *BMC Public Health* 12:730



21. Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R et al (2013) Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56:620–630
22. Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg) (2009) DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – Projektbeschreibung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
23. Gößwald A, Lange M, Döller R, Hölling H (2013) Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Gewinnung von Studienteilnehmenden, Durchführung der Feldarbeit und Qualitätsmanagement. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56:611–619
24. Lampert T, Kroll L, Müters S, Stolzenberg H (2013) Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56:631–636
25. De Bruin A, Picavet H, Nossikov A (Hrsg) (1996) Health interview surveys. Towards harmonization of methods and instruments. WHO regional publications. European series. No. 58. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, S 51–53
26. BIK Aschpurwis und Behrens (2010) BIK Regionen. BIK Aschpurwis und Behrens GmbH, Hamburg
27. Sieverding M (2005) Geschlecht und Gesundheit. In: Schwarzer R (Hrsg) Gesundheitspsychologie, Enzyklopädie der Psychologie. Hogrefe, Göttingen, S 55–70
28. Härtel U (1988) Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme medizinischer Hilfe. Soz Präventivmed 33:148–154
29. Zemp E (1984) Geschlechtsunterschiede in der Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen. Soz Präventivmed 29:180–182
30. Starker A, Saß A (2013) Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56:858–867
31. Scheffer S, Dauven S, Sieverding M (2006) Soziodemografische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland – Eine Übersicht. Gesundheitswesen 68:139–146
32. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) (Hrsg) (2011) Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen im Jahr 2010. [http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs\\_alle/Beteiligungsdaten\\_2010\\_Deutschland.pdf](http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Beteiligungsdaten_2010_Deutschland.pdf)
33. Laubach W, Brähler E (2001) Körperliche Symptome und Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung. Dtsch Med Wochenschr 126:T1, T7
34. Hessel A, Gunzelmann T, Geyer M, Brähler E (2000) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60jährigen in Deutschland – gesundheitliche, sozialstrukturelle, sozio-demographische und subjektive Faktoren. Z Gerontol Geriatr 33:289–299
35. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (INeK) (Hrsg) (2011) G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2004–2008). INeK, Siegburg
36. Klauber J, Robra B-P, Schnellschmidt H (Hrsg) (2008) Krankenhaus-Report 2007. Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase? Schattauer, Stuttgart
37. Statistisches Bundesamt (StBA) (Hrsg) (2012) Grunddaten Krankenhäuser 2010. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. StBA, Wiesbaden
38. Eiff W von, Schüring S (2011) Medizinische Rehabilitation: Kürzere Akut-Verweildauern erhöhen Aufwand in der Reha. Dtsch Arztebl 108:A1164–1166
39. Gerste B, Günster C (2011) Erkrankungshäufigkeiten und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: Günster C, Klose J, Schmacke N (Hrsg) Versorgungsreport 2011. Schattauer, Stuttgart
40. Kemper C, Sauer K, Glaeske G (2011) Barmer GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011. Barmer GEK, Schwäbisch-Gmünd
41. Härtel U, Volger E (2004) Inanspruchnahme und Akzeptanz klassischer Naturheilverfahren und alternativer Heilmethoden in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie. Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd 11:327–334
42. Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg) (2002) Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin. RKI, Berlin
43. Heudorf U, Carstens A, Exner M (2010) Heilpraktiker und öffentliches Gesundheitswesen. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 53:245–257
44. Reinhold T, Thierfelder K, Müller-Riemenschneider F, Willich S (2009) Gesundheitsökonomische Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland – eine systematische Übersicht. Gesundheitswesen 71:306–312
45. Swart E (2012) The prevalence of medical services use. How comparable are the results of large-scale population surveys in Germany? GMS Psycho-Social-Medicine 9 (Special issue: Health care utilization in Germany: The NWIn research network):1–14