



# **Patient(inn)ensouveränität in Nordrhein-Westfalen. Wissen, Einschätzungen und Erfahrungen der Bürgerinnen und Bürger. Ergebnisse des NRW-Gesundheitssurveys 2012**

## **1. Hintergrund und Ziele des NRW-Gesundheitssurveys 2012**

Im NRW-Gesundheitssurvey 2012 wurden nordrhein-westfälische Bürgerinnen und Bürger vor dem Hintergrund des nationalen Gesundheitsziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ zu folgenden Themen befragt:

- Nutzung des Internets als Informationsquelle für Gesundheitsinformationen,
- Transparenz beim Angebot von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL),
- Erfahrungen bezüglich der Unterstützung der Patient(inn)ensouveränität innerhalb des Versorgungssystems, zum Beispiel in Bezug auf den Umgang mit Beschwerden,
- Wissensstand über Beratungsangebote und Patientenrechte.

## **2. Methodik**

Befragt wurden insgesamt 2.012 deutschsprachige Bürgerinnen und Bürger im Alter ab 18 Jahren, die in Privathaushalten in Nordrhein-Westfalen leben und über das Festnetz erreichbar sind. Unter den Befragten waren 1.040 Frauen und 972 Männer. Die Befragung erfolgte computergestützt per Telefon.

Die Response Rate der bereinigten Stichprobe<sup>1</sup> lag bei 24,2 %. 55 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer verfügten über einen geringen Bildungsstand (International Standard Classification of Education (ISCED) 0-2), 24 % über einen mittleren (ISCED 3) und 21 % über einen hohen Bildungsstand (ISCED 4-6). Anhand der Angaben zum Bildungsstand, zur beruflichen Stellung und zum Einkommen wurde die Schichtzugehörigkeit nach Winkler und Stolzenberg<sup>2</sup> berechnet. Demnach wies ein Anteil von 21 % der Stichprobe einen niedrigen Sozialstatus, 48 % einen mittleren und 31 % einen hohen Sozialstatus auf. Bei 29 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer lag eine Migrationsgeschichte vor. Die gewonnenen Daten wurden einer Plausibilitätsprüfung unterzogen und nach Alter und Geschlecht gewichtet, um die Repräsentativität der Stichprobe zu verbessern.

---

<sup>1</sup> Ohne stichprobenneutrale Ausfälle (kein Anschluss, kein Privathaushalt, Verständigungsschwierigkeiten) und bereinigt um Haushalte, in denen niemand erreicht wurde oder keine Person über 18 Jahren dem Haushalt angehörte.

<sup>2</sup> Winkler J, Stolzenberg H (2009). Adjustierung des Sozialen-Schicht-Index für die Anwendung im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003/2006. Wismar: Hochschule Wismar, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften.



### 3. Ergebnisse

**Drei Viertel der Bevölkerung schätzten ihre Gesundheitskompetenz positiv ein, rund 80 % der Internetnutzerinnen und -nutzer suchten im Internet auch nach Gesundheitsinformationen.**

Mehrheitlich schätzten die befragten Bürgerinnen und Bürger ihr Handeln bei schwierigen Fragen zur Gesundheit und ihre Möglichkeiten zum Selbstmanagement im Krankheitsfall als gut ein. 72 % der Befragten (Frauen 73 %; Männer 71 %) waren überzeugt, dass sie bei schwierigen gesundheitsbezogenen Problemen gute Entscheidungen treffen. 78 % der Befragten (Frauen 81 %; Männer 73 %) gaben an, im Krankheitsfall zu wissen, was sie selbst dazu beitragen können, um gesund zu werden.

Dabei wird häufig auch auf das Internet zurückgegriffen. Zum Befragungszeitpunkt gaben 75 % der Befragten an, das Internet generell zumindest gelegentlich zu nutzen. Unter diesen Personen nutzten 80 % das Internet auch, um sich über das Thema Gesundheit und Medizin zu informieren. Bezogen auf alle Befragten entspricht dies einem Anteil von 60 %. Diejenigen Befragten, die sich im Internet auch gesundheitsrelevante Informationen zu ihrer akuten oder chronischen Erkrankung einholten, wurden gebeten anzugeben, ob die zeitlich zuletzt gefundenen Informationen als hilfreich erachtet wurden, um eigenständig mit den Symptomen der jeweiligen Erkrankung umzugehen. Unter den chronisch Erkrankten stimmten dem 79 % der Frauen sowie 76 % der Männer zu – und zwar unabhängig davon, ob es um Informationen zu einer chronischen oder einer akuten Erkrankung ging. Unter den Befragten ohne chronische Erkrankung erachteten nur 62 % der Frauen und Männer die Informationen aus dem Netz als hilfreich, wenn es um den selbständigen Umgang mit den Symptomen ihrer akuten Erkrankung ging.

**Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) wurden einem Drittel der Befragten innerhalb der letzten zwölf Monate angeboten und von ihnen dann überwiegend auch angenommen. Nur wenige fragten selbst nach einer entsprechenden Leistung. Etwa ein Drittel der Befragten bemängelte die Qualität der Beratung. Obwohl Patientinnen und Patienten eine Bedenkzeit zusteht, um sich für oder gegen eine angebotene IGeL zu entscheiden, wurde diese nur selten aktiv erbeten.**

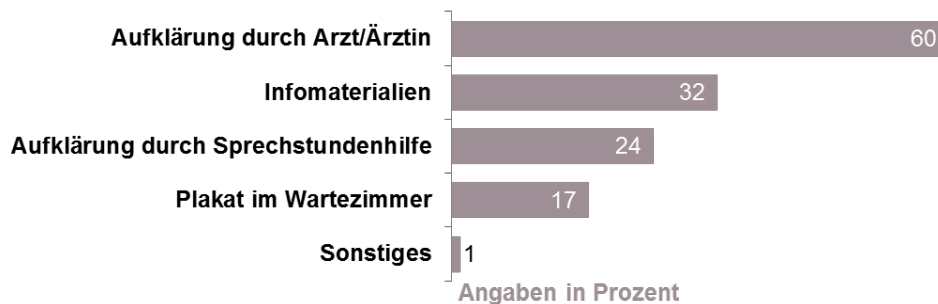
Innerhalb der letzten zwölf Monate vor dem Befragungszeitpunkt hatten 10 % der Befragten eigenständig nach einer IGeL gefragt. Während chronisch Erkrankte häufiger als nicht chronisch Erkrankte nachfragten, verringert eine Migrationsgeschichte die Chance der eigenständigen Nachfrage nach einer Selbstzahler-Leistung. Von ärztlicher Seite erhielten im selben Zeitraum 31 % ein IGeL-Angebot, davon hatten 68 % der Männer und 59 % der Frauen das Angebot angenommen. In den meisten Fällen handelte es sich bei der angebotenen Leistung um eine Früherkennungsuntersuchung (71 %). Statistisch signifikante



Einflussfaktoren für das Angebot einer IGeL durch eine Ärztin oder einen Arzt waren das Vorliegen einer chronischen Erkrankung und das Geschlecht – Frauen erhielten häufiger IGeL-Angebote als Männer. Die Aufklärung über die angebotene Leistung erfolgte mehrheitlich im Gespräch und mit Hilfe von Informationsmaterialien (siehe Abbildung 1).

Frauen (38 %) fühlten sich dabei häufiger als Männer (30 %) nicht gut beraten.

**Abbildung 1** Art der Aufklärung über Vor- und Nachteile der angebotenen individuellen Gesundheitsleistung (IGeL) in Prozent (Mehrfachnennungen möglich), Nordrhein-Westfalen, 2012 | NRW-Gesundheitssurvey 2012 (n = 524 | 2.012), LZG.NRW (eigene Berechnung)



Je unzufriedener die Befragten mit der Beratung waren, desto häufiger wurde das IGeL-Angebot abgelehnt. Eine Bedenkzeit bis zum nächsten Arztbesuch wurde 39 % der Befragten eingeräumt; eigenständig um Bedenkzeit gebeten hatten lediglich 10 % der Befragten. Der Sozialstatus hatte keinen signifikanten Einfluss auf das Angebot von oder die eigenständige Nachfrage nach individuellen Gesundheitsleistungen.

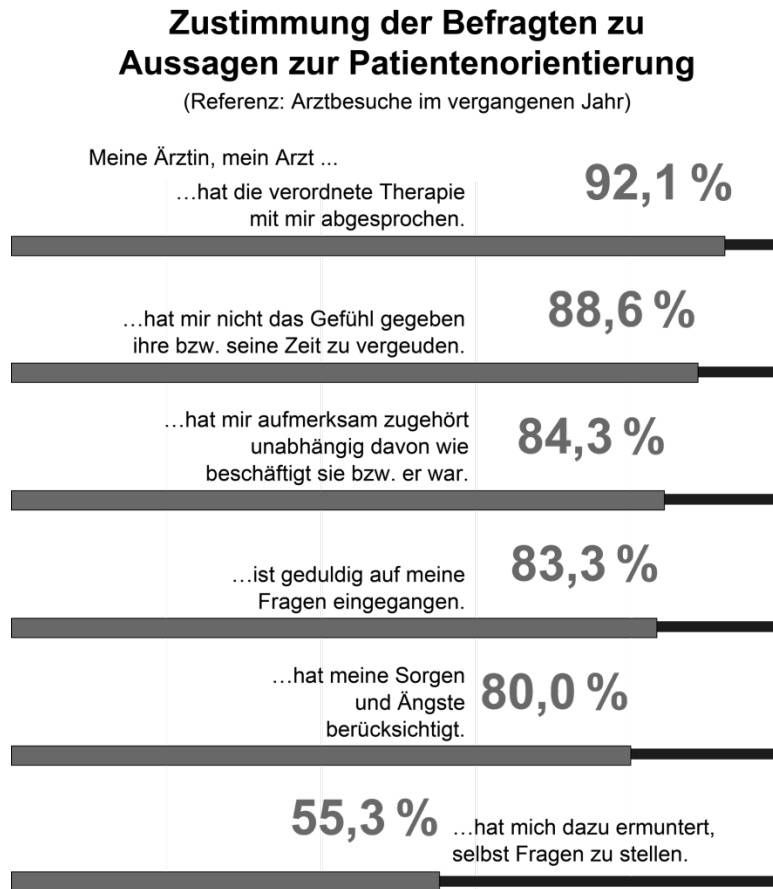
**Die ärztliche Kommunikation wurde überwiegend positiv beurteilt. Einige Patientinnen und Patienten holten bei Bedarf eine zweite ärztliche Meinung ein, machten von dem Recht Gebrauch, ärztlichen Therapie- oder Behandlungsvorschlägen nicht zuzustimmen, oder wechselten bei Unzufriedenheit die Ärztin oder den Arzt.**

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer am NRW-Gesundheitssurvey wurden gefragt, ob ihre Ärztin oder ihr Arzt sie unterstützt, damit sie im Alltag eigenständig mit den Symptomen der jeweiligen Erkrankung umgehen können. Unabhängig davon, ob die Befragten sich auf die Haus- oder Fachärztin, den Haus- oder Facharzt bezogen hatten, fühlten sich die Befragten mehrheitlich gut unterstützt, um eigenständig mit Symptomen einer chronischen oder nicht chronischen Erkrankung umzugehen.

Im Zusammenhang mit der Stärkung der Patient(inn)ensouveränität und der Kompetenzentwicklung der Patientinnen und Patienten (Empowerment) spielt die Kommunikation eine grundlegende Rolle.



**Abbildung 2** Erlebte Patient(inn)enorientierung der Befragten in Prozent, Nordrhein-Westfalen, 2012 | NRW-Gesundheitssurvey 2012 (n = etwa 1.600 | 2.012), LZG.NRW (eigene Berechnung)



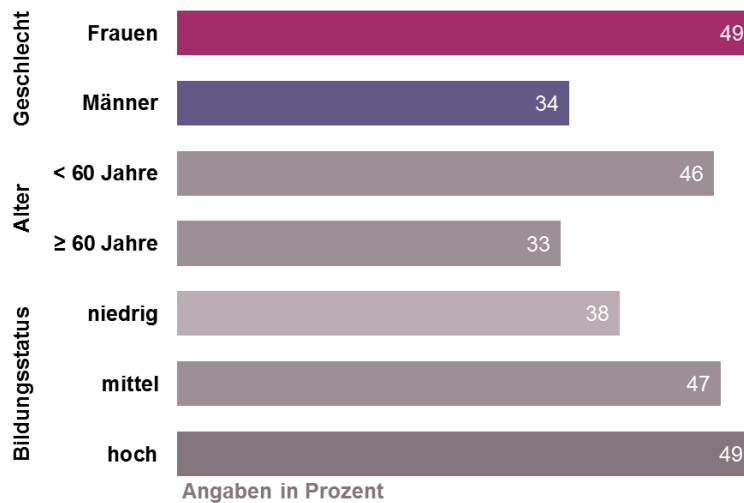
Mit großer Mehrheit stimmten die Befragten den Aussagen zu, dass verordnete Therapien abgesprochen wurden oder ihnen das Gefühl vermittelt wurde, nicht die Zeit der Ärztin oder des Arztes zu vergeuden. Auch den Aussagen, dass ihnen bei Arztbesuchen aufmerksam zugehört wurde, Sorgen und Ängste berücksichtigt wurden oder geduldig auf Fragen eingegangen wurde, konnten die Befragten größtenteils zustimmen. Eine Ermunterung, selbst Fragen zu stellen, hatte jedoch nur gut die Hälfte der Befragten erlebt (siehe Abbildung 2).

Die Einholung einer Zweitmeinung hilft Patientinnen und Patienten, Chancen und Risiken der empfohlenen Behandlung und Therapie besser einschätzen zu können und alternative Optionen in Erfahrung zu bringen. Unter den Befragten hatten 43 % schon einmal eine zweite Meinung eingeholt. Dabei gab es keine deutlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern, jedoch kam es zu Unterschieden nach sozioökonomischem Status. Während 35 % der Menschen mit niedrigem Sozialstatus mindestens einmal eine zweite Meinung eingeholt hatten, beträgt der Anteil in der Gruppe der Befragten mit hohem Sozialstatus 51 %. Auch Menschen mit mindestens einer chronischen Erkrankung holten deutlich häufiger eine Zweitmeinung ein (51 %) als Menschen ohne chronische Erkrankung (37 %).



Insgesamt 42 % der Befragten haben auch schon aus Unzufriedenheit die Ärztin oder den Arzt gewechselt, 27 % der Befragten bislang einmal und 15 % schon mehrmals. Frauen gaben häufiger als Männer an, schon mindestens einmal aus Unzufriedenheit einen Arztwechsel vorgenommen zu haben. Patientinnen und Patienten unter 60 Jahren sowie diejenigen mit einem mittleren und hohen Bildungsstatus gaben ebenfalls häufiger als die entsprechenden Vergleichsgruppen an, aufgrund von Unzufriedenheit schon mindestens einmal die Ärztin oder den Arzt gewechselt zu haben (siehe Abbildung 3).

**Abbildung 3** Häufigkeit mit der Befragte angegeben haben, mindestens einmal einen Arztwechsel aus Unzufriedenheit vorgenommen zu haben in Prozent, nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus, Nordrhein-Westfalen, 2012 | NRW-Gesundheitssurvey 2012 (n = 2.012), LZG.NRW (eigene Berechnung)



Häufigster Grund für einen Arztwechsel war die Unzufriedenheit mit der Behandlung, gefolgt von dem Gefühl, nicht ernst genommen oder unzureichend informiert worden zu sein (siehe Abbildung 4).

**Abbildung 4** Häufigkeit der Gründe für einen Arztwechsel aus Unzufriedenheit in Prozent (offene Abfrage, Mehrfachnennungen möglich), Nordrhein-Westfalen, 2012 | NRW-Gesundheitssurvey 2012 (n = 840 | 2.012), LZG.NRW (eigene Berechnung)



Während einer Behandlung kann es vorkommen, dass Patientinnen und Patienten nicht mit dem von der Ärztin oder dem Arzt vorgeschlagenen Therapie- oder Behandlungsvorschlag einverstanden sind. Dies ist bei 32 % der Befragten schon



mindestens einmal vorgekommen, darunter hatten 72 % ihre Meinung der Ärztin oder dem Arzt gegenüber auch geäußert und 82 % hatten letztlich den von ärztlicher Seite vorgeschlagenen Therapie- oder Behandlungsvorschlag abgelehnt. Von den Personen, die den Therapie- oder Behandlungsvorschlag abgelehnt hatten, gaben 86 % an, dass die Ärztinnen und Ärzte die Ablehnung akzeptiert hatten.

**Grundlegende Patientenrechte waren vielen Befragten bekannt. Die Kenntnis von Anlaufstellen für Beschwerden und Unterstützungsmöglichkeiten durch Dritte war hingegen deutlich geringer ausgeprägt.**

Unter den in der Befragung vorgelesenen Patientenrechten war die vertrauliche Behandlung der persönlichen Daten, die Notwendigkeit zur Einwilligung der Patientin oder des Patienten vor der Durchführung von Maßnahmen, die freie Arzt- und Krankenhauswahl und eine umfassende persönliche Beratung vor einer Behandlung durch die Ärztin oder den Arzt fast allen Befragten nach eigener Angabe bekannt. Darauf folgten der Anspruch auf Schadensersatz oder Schmerzensgeld bei fehlerhafter Behandlung, das Recht auf Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung, das Recht auf eine sorgfältige und qualifizierte medizinische Behandlung, die Einsicht in die eigene Patientenakte, die Beratung durch die Krankenkasse und das Recht auf Selbstbestimmung über Art und Umfang der Behandlung. Wenig bekannt war das Recht auf unabhängige Patientenberatung (siehe Tabelle 1).

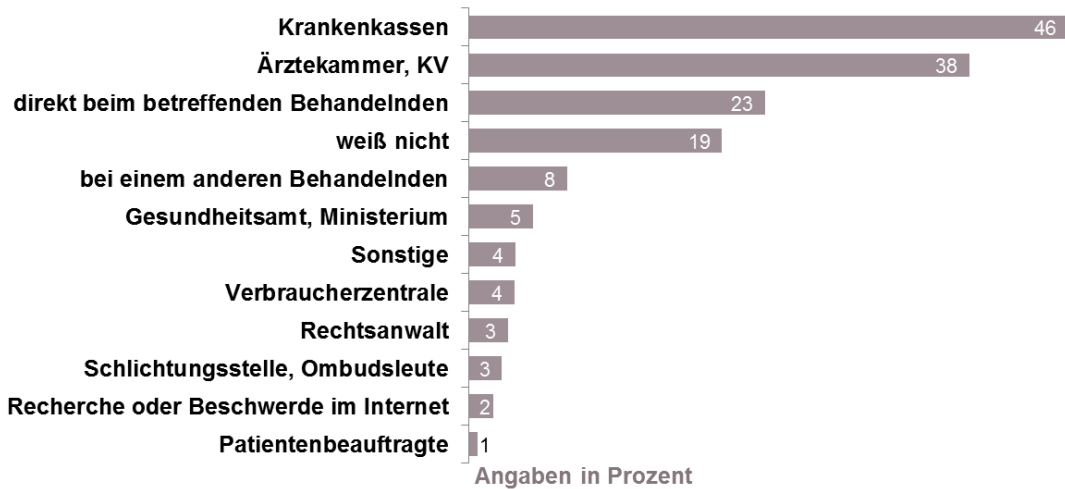
**Tabelle 1** Bekanntheitsgrad von einzelnen Patientenrechten in Prozent (geschlossene Abfrage), Nordrhein-Westfalen, 2012 | NRW-Gesundheitssurvey 2012 (n = 2.012), LZG.NRW (eigene Berechnung)

Patientenrechte	Bekanntheit
vertrauliche Behandlung der Daten	94%
Durchführung von Maßnahmen nur mit Einwilligung des Patienten	94%
freie Arzt- und Krankenhauswahl	92%
umfassende persönliche Aufklärung durch den Behandelnden	90%
Schadensersatz und Schmerzensgeld bei fehlerhafter Behandlung	81%
Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung	80%
sorgfältige und qualifizierte medizinische Behandlung	78%
Einsicht in die eigene Patientenakte	72%
Beratung durch die Krankenkasse	67%
Selbstbestimmung über Art und Umfang der Behandlung	67%
Beratung durch unabhängige Patientenberatung	20%

Auf die offene Frage nach bekannten Anlaufstellen im Beschwerdefall wurden vor allem Krankenkassen, Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen (KV), aber auch die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt genannt. Ombudsleute oder Patientenbeauftragte waren fast unbekannt. Ein Fünftel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten gar keine Stelle nennen, die für Beschwerden im medizinischen Bereich zuständig ist (siehe Abbildung 5).



**Abbildung 5** Kenntnis verschiedener Anlaufstellen im Beschwerdefall in Prozent (offene Abfrage, Mehrfachnennungen möglich), Nordrhein-Westfalen, 2012 | NRW-Gesundheitssurvey 2012 (n = 2.012), LZG.NRW (eigene Berechnung)



### **Ansprechpersonen im LZG.NRW**

Dr. Brigitte Borrmann  
Fachgruppe Gesundheitsberichterstattung  
Tel.: 0521 8007-3216  
E-Mail: [brigitte.borrmann@lzg.nrw.de](mailto:brigitte.borrmann@lzg.nrw.de)

Nicole Rosenkötter  
Fachgruppe Gesundheitsberichterstattung  
Tel.: 0521 8007-3217  
E-Mail: [nicole.rosenkoetter@lzg.nrw.de](mailto:nicole.rosenkoetter@lzg.nrw.de)

---

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen  
Westerfeldstr. 35/37, 33611 Bielefeld  
Telefon 0521 8007-0 Telefax 0521 8007-3200  
[poststelle@lzg.nrw.de](mailto:poststelle@lzg.nrw.de)