

Waldemar Streich

Können Befragungen eine Patientenorientierung im Gesundheitswesen unterstützen?

1. *Der Boom der Markt- und Meinungsforschung und das wachsende Interesse an Befragungsdaten im Gesundheitswesen*

Die Markt- und Meinungsforschung (M+M-Forschung) ist eine florierende Branche mit einem Jahresumsatz von weit über einer Milliarde Euro. Sie konnte zuletzt selbst in wirtschaftlich schwieriger Zeit noch positive Wachstumsraten verzeichnen (Wiegand 2003). Ausschlaggebend hierfür sind Entwicklungen, die sowohl das Angebot als auch die Nachfrage nach Befragungsdaten betreffen. Angebotsseitig haben das computer-unterstützte Telefon-Interview (englische Abkürzung: CATI) und der Aufbau großer Datenpools mit Adressen »befragungsbereiter Personen bzw. Haushalte« (englische Abkürzung: Access Panel) zu einer enormen Vereinfachung der Technik und Logistik von Umfragen sowie zu dementsprechenden Produktivitätssteigerungen geführt. Besonders betrifft dies aktualitätsorientierte Schnellumfragen.

Nachfrageseitig profitiert die Branche von einem rapide steigenden Informationsbedarf für Zwecke des Produkt- und Dienstleistungsmarketings, der nicht nur die Wirtschaft und Politik, sondern zunehmend auch den öffentlichen Sektor erfasst. Das Gesundheitswesen marschiert mit Riesenschritten auf marktwirtschaftliche Strukturen zu und bietet ideale Bedingungen für die weitere Expansion: schätzungsweise 10-20% des Umsatzes der M+M-Forschung dürfte schon jetzt auf diesen Bereich entfallen (Koch 2005). Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Einsatzfelder und Themenschwerpunkte.

Tabelle 1: Aktionsfelder der M+M-Forschung im Gesundheitsbereich

Zielpersonen	Basis der Stichprobenziehung	bevorzugte Themen
Bürger	Bevölkerung, befragungsbereite Personen	Gesundheit, Gesundheitsverhalten, Positionen zur Gesundheitspolitik
Versicherte	Bevölkerung, Mitglieder von Krankenkassen	Leistungen, Service, neue Leistungsangebote
Patienten	Bevölkerung, Patienten in Arztpraxen bzw. Krankenhäusern, Teilnehmer eines Versorgungsmodells bzw. Behandlungsprogramms	Nutzungsverhalten, Behandlungserfahrungen

Ungeachtet dieser breiten Palette dürfte eine typische Befragung mit Gesundheitsbezug in der spontanen Vorstellung der meisten Bürger wohl am ehesten Themen wie Gesundheit, Krankheiten oder gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen (Ernährungsgewohnheiten, Rauchen, körperliche Bewegung, Alkoholkonsum etc.) direkt ansprechen und damit wissenschaftlich-epidemiologische Erkenntnisziele verfolgen. Solche Erhebungen gibt es tatsächlich seitdem sich die Befragungsmethode als wissenschaftliche Empirie der »Bindestrich-Disziplinen« von Soziologie und Medizin bzw. der Gesundheitswissenschaften durchgesetzt hat. Bekanntestes Beispiel ist der Bundesgesundheitsurvey, der erstmals 1984 im Rahmen einer großen Studie zur Herz-Kreislauf-Prävention durchgeführt wurde und inzwischen etwa alle sieben Jahre mit ca. 7 000 Teilnehmern wiederholt wird (Kurth/Ziese 2005).

Die Wahrscheinlichkeit, irgendwann einmal persönlich an einer solchen Befragung teilzunehmen, ist für einen Durchschnittsbürger bei der Stichprobengröße und Periodizität des genannten Surveys aber außerordentlich gering. Weitaus größer ist die Chance, mit einer der folgenden Situationen konfrontiert zu werden:

- **Am Telefon gibt sich eine freundliche Stimme als MitarbeiterIn eines Markt- und Meinungsforschungs-Instituts zu erkennen und bittet um die Beantwortung einiger Fragen zur aktuellen Gesundheitspolitik.**
- **Im Briefkasten findet sich ein Kuvert der eigenen Krankenkasse mit dem Inhalt eines Fragebogens, der den letzten Kassenkontakt und die damit verbundenen Erfahrungen anspricht.**
- **Während oder nach einem Arztkontakt bzw. Krankenhausaufenthalt wird ein Fragebogen ausgehändigt, der die persönliche Zufriedenheit mit der erfahrenen Behandlung erfassen soll.**

Viele Betroffene werden sich die Frage stellen, was in einem solchen Fall von der gewünschten Befragungsteilnahme zu erwarten ist. Und nicht selten gibt es darauf eine simple Antwort in Form einer kleinen Belohnung für geleistete »Mitarbeit«, welche die allgemeinere Frage nach dem Sinn des ganzen eher zudeckt. Im Zentrum der folgenden Ausführungen steht nun eine Prüfung des Nutzens von Befragungen. Perpetuieren sie lediglich den Objektstatus der Teilnehmer oder bieten sie neue Artikulationsmöglichkeiten zur Förderung einer stärkeren Patientenorientierung des Gesundheitswesens? Kann »Befragungsbeteiligung« als erste Stufe einer Partizipation im Gesundheitswesen betrachtet werden (Hart 2005)? Werden Patienten als Befragungsteilnehmer zu Bewertern der Qualität medizinischer Versorgung (Dierks et al. 2001; Lecher et al. 2002)? Antworten auf diese Fragen sollen ausgewählte Beispiele aus der Praxis der M+M-Forschung im Gesundheitswesen geben.

2. *Die Effizienz der Demoskopie und das Problem der schweigenden Mehrheit*

Umfragen und ihre Ergebnisse sind seit geraumer Zeit ein beständiger Teil der Berichterstattung in den Medien. Wie die Beispiele des ARD-Deutschlandtrends und des ZDF-Politbarometers zeigen, hat sich die Demoskopie von einer auf Wahltermine konzentrierten Analyse des voraussichtlichen Stimmverhaltens der Wähler zu einer die Politik begleitenden Veranstaltung kleiner »virtueller« Plebiszite und einer Analyse von politischen Stimmungsschwankungen in der Bevölkerung entwickelt. Die Gesundheitspolitik hat sich dabei als sensibles Terrain mit starkem Einfluss auf die allgemeine Stimmungslage erwiesen. Nach wie vor kursiert die Ansicht, dass die letzte Gesundheitsreform der Regierung Kohl (Stichwort: Einführung eines Karentages bei der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall) mitentscheidend für deren Wahlniederlage im Jahre 1998 war.

Die anhaltende Reformdiskussion gibt nun zahlreiche Anlässe, mit weiteren Befragungen die Schmerzgrenzen bei geplanten Leistungseinschnitten in der gesetzlichen Krankenversicherung auszuloten. Deshalb findet man bei genauerem Hinsehen nicht nur die Medien als Auftraggeber solcher Umfragen wieder. Hinzu kommen nahezu alle gesundheitspolitischen Akteure, darunter vor allem die gesetzlichen und privaten Krankenkassen, die Ärzteverbände und Verbände der Pharmaindustrie.

Solche Befragungen werden häufiger bewusst mit dem Begriff der Wahl in Verbindung gebracht und als positive Ergänzung demokratischer Prozeduren interpretiert, weil sie der Bevölkerung zwischen den Wahlterminen Gelegenheit geben, ihre politische Meinung zu äußern (Nolting/Wasem 2002; Zok 2002). Auch der Sachverständigenrat konstatiert: »Die Beteiligung von Nutzern über Umfragen stößt schon jetzt auf ein reges Interesse und könnte auch durch öffentliche Institutionen vermehrt genutzt werden, um Vorstellungen und Präferenzen von Bürgern, Versicherten und Patienten zu erfassen.« (SVR 2002: Ziff. 369) Zumal, so ließe sich hinzu fügen, diese Nutzer bisher kaum nennenswerte Artikulationsmöglichkeiten anderer Art haben. Ist die Befragung einer »repräsentativen« Auswahl von Bürgern nicht eine geradezu elegante Lösung?

Tabelle 2: Berichte der Medien über Befragungen zu Gesundheit und Politik Juni 2003 bis April 2004 (ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

Titel	Auftraggeber	Ausführendes Institut	Methode	Quelle
Gute Behandlung bald nur noch für Reiche?	Bündnis Gesundheit Schles.-Hol.	Med. Hochschule Hannover	Unkontrolliert verteilte Fragebögen durch Ärzte, Apoth. etc.; Stichprobe 75 % (ca. 3000 P)	Ärzte-Ztg. 26.6.2003
Akzeptanz der Praxisgebühr bei Facharztbesuch ohne Überweisung	ZDF	Forschungsgruppe Wahlen	Telefon-Interviews (ca. 1000 P)	ZDF, 27.6.2003
Keine klare Mehrheit für den Lotsen	DAK	Forsa	Telefon-Interviews (ca. 1000 P)	Ärzte-Ztg. 28.6.2003
Leistungskürzungen in der GKV: Zahnersatz ist der Bevölkerung besonders wichtig	Continentale	Emnid	Telefon-Interviews (ca. 1000 P)	Presseportal.de 8.7.2003
63 % der Deutschen haben Angst vor den Folgen der Gesundheitsreform	Zeitschrift »auf einen Blick«	Emnid	Telefon-Interviews (ca. 1000 P)	Presseportal.de 25.7.2003
Große Mehrheit der Deutschen für Bürgerversicherung	n-tv	Emnid	Telefon-Interviews (ca. 500 P)	dpa 1.8.2003
Versicherte stimmen für Selbstbehalt und Eigenverantwortung	BK mhplus	?	? (ca. 3000 Versicherte der Kasse)	Presseportal.de 18.9.2003
Gesundheit in Deutschland – steigende Tendenz zur Selbstbehandlung		psychonomics AG, Köln	? (repräsentative Stichprobe 2000 Bundesbürger)	Presseportal.de 13.10.2003
Zu Risiken von Medikamenten fragen viele das Internet	Allensbach	Allensbach	Face-to-Face-Interviews (10400 Bundesbürger 14-64 J., Quotenstichprobe)	Heise online 29.10.2003
Große Mehrheit will wegen Praxisgebühr nicht seltener zum Arzt gehen	Stern	forsa	? (vermutlich identisch mit DAK s.o.)	Presseportal.de 7.1.2004

Patienten wollen wegen Praxisgebühr weniger zum Arzt gehen	Bildwoche	emnid	? (vermutlich Telefon-Interviews, 919 P)	Google-news 16.1.2004
Keine Tabus beim Kosten senken im Gesundheitswesen	Allianz Mummert, FAZ	Forsa	100 Experteninterviews, Telefon-Interviews (ca. 500 P)	Presseportal.de 22.1.2004
Immer mehr Versicherte wollen wechseln	WidO/AOK	Uni Duisburg	Telefon-Interviews (3000 P)	G&G 9/03
Massive Kritik an der Bundesregierung – 71% lehnen Praxisgebühr ab	FR, ARD.	Infratest dimap	Telefon-Interviews	FR, 7.2.2004
Patienten akzeptieren Hausarzt als »Lotsen«	Allianz, Mummert, FAZ	forsa	s.o.	Presseportal.de 19.2.2004
13% der Deutschen vermeiden wegen Praxisgebühr notwendigen Arztbesuch	Stern	forsa	Telefon-Interviews (ca. 1000 P)	Presseportal.de 14.4.2004

Repräsentative Umfragen können schon mit relativ kleinen Stichproben realisiert werden. So heißt es regelmäßig in den eingangs erwähnten Umfragen für ARD und ZDF, die vorgestellten Zahlen seien das Ergebnis einer telefonischen Befragung von ca. 1000 zufällig ausgewählten Bundesbürgern im Alter zwischen 18 und 75 Jahren. Sie seien repräsentativ für die wahlberechtigte Bevölkerung.

Die Kehrseite des Befragungsbooms der vergangenen Jahre ist allerdings, dass immer mehr Menschen nicht (mehr) zur Teilnahme bereit sind. Bei telefonischer Kontaktaufnahme wird der Hörer aufgelegt, postalisch zugestellte Fragebögen landen im Abfall, Interviewer werden an der Haustür abgewiesen. Das Ausmaß dieser Verweigerung illustriert eines der wenigen, vollständig dokumentierten CATI-Stichprobenexperimente. Von ca. 1000 zufällig ausgewählten und zweifelsfrei als Privatanschluss identifizierten Telefonnummern blieb ein Drittel stumm oder war bei mehrfachen Anwahlversuchen stets besetzt. In 40% der Fälle war die Kontaktaufnahme erfolgreich, das Interview scheiterte jedoch aufgrund mangelnder Zeit, mangelnden Interesses oder anderer Umstände (Sprachprobleme, Alter, Krankheit). Nur in 28% der Fälle konnte es tatsächlich durchgeführt werden (Häderer 2000).

Wie ist nun die Repräsentativität einer Befragung zu beurteilen, bei der eine schweigende Mehrheit von über 70 % der ursprünglich ausgewählten Teilnehmer (sog. Bruttostichprobe) nichts zu ihren Ergebnissen beigetragen hat? Ginge es um eine politische Wahl wie etwa derjenigen zum Bundestag, wäre eine solche Beteiligung aus der Sicht der Politik wohl eine mittlere Katastrophe. Aber auch die Verfasser einer Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft zu Qualitätskriterien der Umfrageforschung müssen konstatieren, dass Interview-Ausfälle grundsätzlich nicht als »ergebnisneutral« gewertet werden können (Kaase 1999:14).

Eine relativ neue Variante der Problemlösung stellen die bereits erwähnten Access Panels dar. Auch das Statistische Bundesamt hat Ende 2000 damit begonnen, den Aufbau eines solchen Panels zu testen (Körner/Nimmergut 2005). Access Panels sind Verzeichnisse von »befragungsbereiten Haushalten«, deren Mitglieder sich aus laufenden Erhebungen rekrutieren. In der Regel werden sie im Anschluss an ein erstmaliges Interview gefragt, ob sie bereit wären an weiteren, zukünftigen Befragungen teilzunehmen. Der Vorteil liegt in der erheblichen Reduktion des Erhebungsaufwands, der mit der erfolglosen Kontaktierung und ggf. mehrmaligen Erinnerung von zunächst ausgewählten Befragungsteilnehmern verbunden ist. Zwar stellt die Ankündigung einer zukünftigen Befragungsbereitschaft keine Garantie für deren Einhaltung dar – schon gar nicht auf unbestimmte Zeit. Sie lässt die Teilnahmequote erfahrungsgemäß aber dennoch auf 50 bis 80 % ansteigen. Wird allein diese Quote dokumentiert, entsteht jedoch ein falscher Eindruck. Nach den Testergebnissen des Statistischen Bundesamts waren nur 18 % der Bürger damit einverstanden, sich als »befragungsbereit« registrieren zu lassen. Legt man eine solche Vorselektion zugrunde, reduziert sich die effektive Ausschöpfung auf 9 bis 15 %.

Die qualitative Seite dieser Vorselektion verdient darüber hinaus besondere Beachtung. Access Panels umfassen zwar nach Möglichkeit mehrere Zehntausend Adressen und bilden damit eine großzügig bemessene Ausgangsbasis für Stichprobenziehungen. Soweit der beschriebene Rekrutierungskontext primär im Bereich der Markt- und Konsumforschung liegt, sind dennoch Defizite in der Repräsentanz von Bevölkerungsgruppen zu erwarten, auf die es in der Sozial- und Gesundheitsforschung besonders ankommt: Personen mit ernsteren Erkrankungen und Behinderungen, mit Sprach- bzw. Verständnisproblemen, Bewohner von Alten- und Pflegeheimen u.ä. Ein Teil der genannten Defizite lässt sich im Verfahren der Stichprobenziehung korrigieren. Da über die Panel-Mitglieder neben der Adresse auch soziodemografische Angaben

(Alter; Geschlecht usw.) und ggf. weitere Merkmale gespeichert sind, kann die Stichprobe hinsichtlich ihrer Zusammensetzung so gesteuert werden, dass die Verteilung dieser Merkmale im Ergebnis derjenigen in der Gesamtbevölkerung entspricht. Allerdings findet dieses Verfahren dort seine Grenzen, wo die Verteilung von bestimmten Merkmalen in der Bevölkerung überhaupt nicht bekannt ist. Eine Übereinstimmung der Struktur nach soziodemografischen Basismerkmalen wie Alter, Geschlecht, Erwerbsbeteiligung, Regionalverteilung usw. sollte deshalb niemanden überraschen, andererseits aber auch nicht glauben machen, dass damit die Repräsentativität einer Access-Panel-Stichprobe in einem umfassenden Sinne gegeben ist.

3. *Befragung als Wahl – Kreuzchenmachen im Fragebogen*

Bei näherer Betrachtung zeigt die praktische Durchführung von Befragungen Parallelen zur politischen Wahl, die bisher weniger beachtet worden sind. Der Grund ist die Standardisierung der eingesetzten Instrumente, die festgelegte Formulierung von Fragen und Antwortmöglichkeiten sowie die starre Vorgabe des Interviewablaufs. Im Ergebnis kann der Teilnehmer nur noch darüber entscheiden, welche Antworten auf ihn zutreffen bzw. seiner Position am nächsten liegen. Diese Bevormundung mag manches Mal ein Gefühl aufkommen lassen, das dem beim »Kreuzchenmachen« in der Wahlkabine nicht unähnlich ist.

In der inhaltlichen Gestaltung standardisierter Befragungsinstrumente liegen weitaus größere Einflussmöglichkeiten auf die Qualität und auch die zu erwartenden Ergebnisse einer Befragung als in den eingesetzten methodisch-statistischen und technischen Verfahren. Die drei häufigsten Qualitätsprobleme sind (vgl. Kaase 1999: 21 ff.):

- die unangemessene Vereinfachung einer Fragestellung;
- die Beeinflussung des Antwortverhaltens durch suggestive Formulierungen, eingeschränkte Antwortmöglichkeiten oder die Einbettung einer Frage in einen positiv bzw. negativ gefärbten Themen-Kontext;
- die Erleichterung eines von den Teilnehmern als »sozial erwünscht« angenommenen Antwortverhaltens durch unverbindliche Formulierungen, welche eine persönliche Betroffenheit von den Konsequenzen der gegebenen Antworten nicht erkennen lassen.

Die gesundheitspolitische Thematik scheint in besonderer Weise geeignet, qualitativ ungenügende Fragen zu provozieren. Viele können als Sonntagsfragen bezeichnet werden. Damit ist ausnahmsweise einmal nicht die klassische Frage der Wahlforschung nach dem Abstimmungsverhalten für den Fall, dass am kommenden Sonntag gewählt würde,

gemeint. Vielmehr geht es um Fragen, deren besonderes Merkmal die Verwendung des Konjunktivs ist und die bei näherer Betrachtung den Durchschnittsbürger oftmals überfordern, weil ihre Beantwortung Bewertungen und Präferenzentscheidungen notwendig macht, die den Horizont der Alltagserfahrungen tendenziell überschreiten. Ein typisches Beispiel ist die Frage, ob Krankenkassen zukünftig nur noch das medizinisch unbedingt Notwendige finanzieren sollten.

Auch die Gefahr, Sachverhalte in unangemessener Form zu vereinfachen, scheint im gesundheitspolitischen Kontext besonders groß zu sein. Hier ist die politische Debatte sehr häufig – teilweise auch zwangsläufig – von Vereinfachungen geprägt. Schlagworte stehen dabei für komplexe Konzepte, Zielsetzungen und Strategien, die im günstigen Fall ausgereift und allgemein bekannt sind. Es kann sich aber auch um Leerformeln, unausgereiftes Gedankengut oder gar Mogelpackungen handeln. Der Begriff »unangemessene Vereinfachung« weist auf die Notwendigkeit einer Bewertung hin, die nicht immer einfach und schon gar nicht immer konsensuell zu treffen ist.

Grundsätzlich stellt sich hier das Problem des Verhältnisses von politischem Diskurs und demoskopischen Fragemöglichkeiten. Können Deformationen dieses Diskurses, wie sie der Kampf um Meinungs- bzw. Deutungshoheit impliziert, befragungstechnisch ausgeklammert oder gar korrigiert werden? Hier wäre eine ausführlichere Reflexion notwendig, die jedoch den Rahmen dieses Aufsatzes sprengen würde. Eine zugegebenermaßen vage Antwort gibt der Verweis auf den Alltagsverstand der Befragungsteilnehmer. Wie weit dieser individuelle Alltagsverstand von Politik und öffentlicher Meinungsbildung beeinflusst ist, lässt sich ganz sicher nicht mit wenigen Fragen eruieren. Letztendlich wäre es jedoch die Aufgabe der M+M-Forschung, diesen Kern individueller Grundhaltungen und Auffassungen abzubilden.

Am 16.7.2003 berichtete die FR unter dem Titel »Geile Fragen« über die Gründung einer Agentur, die ihr Nachrichtenangebot ausschließlich aus Blitz-Umfragen bestreiten will. Spezialität sollen aggressiv-polarisierende Meldungen darüber sein, »was das Volk wirklich denkt«. Dies ist die zynische Variante der angesprochenen Aufgabenstellung und es hat den Anschein, als käme sie den Interessen der Medien entgegen. Im vorliegenden Fall wurde allerdings eine Grenze überschritten, welche renommierte M+M-Institute von einer Zusammenarbeit mit dieser Agentur Abstand nehmen ließ.

4. *Patientenbefragungen – von der Erfassung der Nutzerzufriedenheit zu Ansätzen einer Versorgungsforschung*

Weitgehend im Schatten medienwirksamer Aktivitäten stehen hierzulande Versuche, das Gesundheitswesen und die in ihm stattfindenden Versorgungsprozesse mit den Methoden der Befragung von Bürgern bzw. Patienten zu durchleuchten. Während solche Erhebungen in England oder den Niederlanden bereits zur Routine geworden sind, steht die Entwicklung in Deutschland noch ziemlich am Anfang.

4.1 *Patientenbefragungen in England*

Im großen Stil sind Patientenbefragungen erstmals 1998 im staatlichen Gesundheitssystem Englands (National Health Service, abgekürzt: NHS) durchgeführt worden. Auftragnehmer war u.a. das Institut Picker Europe in Oxford, die Filiale eines auf Patientenbefragungen in Krankenhäusern spezialisierten US-Instituts. Ein schriftlicher Fragebogen mit 75 Fragen widmete sich ausführlich den Erfahrungen mit dem Hausarzt (General Practitioner, abgekürzt: GP). Gefragt wurde u.a. nach

- den Umständen des letzten Arztbesuchs (Dringlichkeit, Wartezeiten auf den Konsultationstermin bzw. in der Praxis, Dauer des Gesprächs mit dem Arzt),
- dem passiven Kommunikationsverhalten des Arztes (Empathie, Wissen über die Krankengeschichte, Geduld und Aufmerksamkeit im Zuhören, Ernsthaftigkeit der Auseinandersetzung mit Äußerungen des Patienten),
- der aktiven Gesprächsführung (Aufklärung über den Gesundheitszustand, Verständlichkeit der Erläuterungen),
- der Überweisungspraxis (Rechtzeitigkeit, Möglichkeiten der Einflussnahme, Wartezeiten und resultierende Nachteile),
- der Versorgung außerhalb der regulären Praxiszeiten.

Ansatzweise wurde auch versucht, subjektive Aussagen zur medizinischen Qualität der Behandlung zu gewinnen, etwa mit der Frage, ob der Arzt (nach persönlicher Meinung des Befragten) die richtige Diagnose gestellt habe bzw. ob er wohl wusste, welche Behandlung am besten sei und die passenden Entscheidungen getroffen habe oder ob es den Wunsch nach einer Zweitmeinung gegeben habe.

Grundlage der Stichprobenziehung waren aktuelle Wahlregister, aus denen jeweils 1 000 Bürger in den Einzugsgebieten von 100 Health Authorities des NHS, zufällig ausgewählt wurden. Von den 100 000 versandten Fragebögen kamen über 61 000 ausgefüllt zurück. Die

Auswertung wurde in einem Bericht veröffentlicht, der auch im Internet zur Verfügung steht (Airey/Erens 1999).

Weitere Erhebungen wurden in den folgenden Jahren vor allem mit dem Ziel der Ergänzung und Vertiefung der erfassten Informationen durchgeführt. Eine Übersicht gibt Tabelle 3.

Tabelle 3: Patientensurveys in England 1998-2002

Thema	Stichprobenziehung	Nettofallzahl	Teilnahmequote	Erhebungsjahr
Primärversorgung (General Practice)	Wahlregister	61 000	64,5 %	1998
Pat. mit koronaren Herzkrankheiten	Adressen entlass. Pat. aus 194 NHS Trusts	84 000	74 %	1999
Krebspatienten	Adressen entlass. Pat. aus 170 NHS Trusts	65 000	74 %	2000/2001
Patienten mit Akuterkrankungen	Adressen entlass. Pat. aus 176 NHS Trusts	95 000	64 %	2001/2002
Primärversorgung (General Practice)	Wahlregister	146 000	58,2 %	2002

Ab dem Jahr 2002 sind sowohl die Befragungsaktivitäten selbst, wie ihre infrastrukturelle Basis und ihre Einbindung in politisch-administrative Prozesse erweitert und vertieft worden. Der aktuelle Stand im Jahr 2004 ist (vgl. <http://www.healthcarecommission.org.uk>):

- Neue Erhebungen sind von den 568 Versorgungsträgern (NHS Trusts) unmittelbar selbst durchzuführen, die Teilnahme ist obligatorisch. Befragungen können sowohl in eigener Regie (in-house) als auch mit Unterstützung eines Unterauftragnehmers (contractor) organisiert werden.
- Die Verantwortung für die Durchführung der Erhebungen und den Transfer der Ergebnisse ist einer seit April 2004 neu installierten »Commission for Healthcare Audit and Inspection« (Kurzbezeichnung: »Healthcare Commission« HCC) übertragen worden.
- Picker Europe hat als im Dauerauftrag federführendes Institut ein »Beratungszentrum für das NHS Survey Programm« eingerichtet.

Es entwirft die Fragebögen und entwickelt die Erhebungsmethoden, erstellt detaillierte Manuals für die Durchführung vor Ort, erfasst die Daten und arbeitet die Berichte aus.

- **Im Jahre 2004 wurden weitere fünf Surveys durchgeführt, darunter drei erstmalig zu Ambulanzen, jungen Krankenhauspatienten (unter 18 Jahren) und zu psychiatrischen Einrichtungen (mental health services), die anderen beiden Surveys – zu älteren Krankenhauspatienten und Patienten in der ambulanten hausärztlichen Versorgung (primary care trusts) – zum zweiten Mal.**
- **Jeder Trust war verpflichtet, 850 Personen nach einem vorgegebenen Verfahren auszuwählen. Im Ergebnis nahmen über 310 000 Patienten freiwillig an den Surveys teil. Die Rücklaufquoten variierten zwischen 63 % für die erwachsenen Patienten in der ambulanten Primärversorgung (Hausärzte) und 42 % für den Survey zu psychischer/psychiatrischer Versorgung.**
- **Die Ergebnisse der Patientenbefragungen bilden die Informationsbasis für sog. Benchmark-Reports, die für jede Einrichtung erstellt werden und im Internet öffentlich zugänglich sind. Des Weiteren gehen sie gemeinsam mit anderen Leistungsindikatoren auf der Basis des Konzepts sog. »balanced scorecards« in die Gesamtbewertung (null bis drei Sterne) ein, welche die HCC veröffentlicht. Schließlich sollen sie laut »NHS Plan 2000« bei der Mittelzuteilung für die Einrichtungen berücksichtigt werden (Department of Health 2000: 20).**

Eine sachlich angemessene Ergebnisinterpretation in der Öffentlichkeit bedarf offensichtlich einiger orientierender Hilfen. So setzt Picker die Priorität der Analysen auf die genannten Berichte und weniger auf Rangordnungen (»reports not ratings«). Die HCC betont, dass die geringe Bewertung einer Einrichtung (Zahl der vergebenen Sterne) nicht heißen muss, dass es durchgängige Mängel in allen Abteilungen oder ungenügende Leistungsanstrengungen des Personals gibt. Vielmehr seien ggf. schwierige Rahmenbedingungen zu berücksichtigen und die Mängel als Ansporn zu betrachten, die Leistungen in Kernbereichen gezielt zu verbessern.

4.2 Patientenbefragungen in den Niederlanden

In den Niederlanden sind Patientenbefragungen Teil eines Reformkonzepts für das Gesundheitswesen, das den Rückzug des Staates aus der unmittelbaren Einflussnahme auf eine mehr beobachtende Position zum Ziel hat. Ein Rahmenplan von Leistungsindikatoren zur Gesundheitsversorgung soll dabei helfen, ggf. auf problematische Entwicklungen

rechtzeitig aufmerksam zu machen. Die »Konsumentenperspektive« ist Teil des Indikatorensets (balanced scorecard) und wird von einem Institut, das auf Forschung im Bereich der Gesundheitsdienste spezialisiert ist (NIVEL), mittels zweier unterschiedlich strukturierter Panels erhoben (vgl. <http://www.nivel.nl/>).

- **Das sogenannte Konsumentenpanel ist eine Dauerstichprobe von 1500 repräsentativ ausgewählten Bürgern.** Es wird in Kooperation mit der Dutch Consumer Association – vergleichbar der deutschen Organisation des Verbraucherschutzes – betrieben. Themen der schriftlichen und telefonischen Befragungen dieses Panels sind die Organisation und Servicequalität der Gesundheitsdienste aus Patientensicht sowie Meinungen zu aktuellen Vorschlägen der Gesundheitspolitik.
- **Ein gesondertes Panel mit 2000 Personen rekrutiert sich ausschließlich aus chronisch Kranken, den sogenannten »erfahrenen Nutzern« der Gesundheitsversorgung.** Dabei werden nach eigener Darstellung große Anstrengungen unternommen, die Repräsentanz spezieller Gruppen (z.B. ethnischer Minderheiten, Mitglieder der unteren Sozialschichten, Personen mit seltenen Krankheiten) im Panel zu erreichen und ihre Teilnahme dauerhaft sicherzustellen (Groenewegen et al. 2005). Themen der gleichfalls schriftlichen und mündlichen Interviews sind die Lebensqualität (unter den Bedingungen der individuellen Krankheit), die Nutzung von medizinisch-pflegerischen Versorgungsleistungen, die Beurteilung ihrer Qualität und die soziale Lebenssituation der Befragten.

Besonderes Gewicht für die politische Beobachtung hat der Indikator »Vertrauen in das Gesundheitswesen«. Er wird mit einem umfangreichen Katalog von einzelnen Merkmalen erfasst und im Hinblick auf zeitliche Veränderungen interpretiert. Bestandteile sind:

- **Vertrauen in die Einrichtungen und das Personal (Krankenhäuser, Pflegeheime, Ärzte, Pflegekräfte, andere Therapeuten usw.);**
- **Vertrauen in spezielle Eigenschaften des Gesundheitswesens, soweit sie aus den Kompetenzen und Handlungsorientierungen des Personals resultieren und von den insbesondere finanziellen Rahmenbedingungen beeinflusst werden (Qualität der Leistungen, Zuverlässigkeit, Fairness, Finanzierbarkeit usw.);**
- **Vertrauen in die Gegenwart und Zukunft der Gesundheitsversorgung.**

Die Daten hierzu sind zwischen 1997 und 2001 jährlich erhoben worden. Seither werden Messungen in zwei- oder dreijährlichem Abstand durchgeführt, die letzte fand im September 2004 statt.

4.3 Patientebefragungen in Deutschland

In Deutschland werden Patientenbefragungen bisher vorzugsweise in einzelnen Krankenhäusern durchgeführt (Lecher et al. 2002; Satzinger/Buck 2001), in der ambulanten Versorgung sind verschiedene Pilotprojekte zu verzeichnen (Bitzer et al. 1999; Stunder/Witzenrath 2002; Klingenberg et al. 2004). Ein Versuch zur Einrichtung eines regelmäßigen, deutschlandweiten Patientensurveys in der ambulanten Versorgung ist 2001 unter dem Projekttitel »Gesundheitsmonitor« begonnen worden (Böcken et al. 2002). Die Konzeption zeichnet sich aus durch:

- Nutzung eines Access Panels des Instituts TNS Healthcare (vormals Infratest Gesundheitsforschung) für Stichprobenziehungen (75 000 Haushalte/175 000 befragungsbereite Personen, vgl. Güther 2005);
- schriftliche Befragung von netto jeweils ca. 1500 Personen (Ausschöpfung der Bruttostichprobe: durchschnittlich 70 %) im Frühjahr und Herbst jedes Jahres;
- Verwendung eines Fragenkatalogs mit insgesamt ca. 120 Fragen, von denen etwa 75 % gleichbleibend gestellt werden, um die Fallzahlen aggregieren und Veränderungen des Antwortverhaltens abbilden zu können. Die verbleibenden 25 % widmen sich wechselnden Themen.

Die Erfahrungen mit der Behandlung in der ambulanten Versorgung werden mit weitgehend inhaltsgleichen Fragen nach englischem Vorbild erfasst (s.o.). Die folgende Aufstellung zeigt, dass darüber hinaus ein breites Spektrum weiterer, insbesondere auch gesundheitspolitischer Themen abgefragt wird. Sie nehmen, wie die im Internet dokumentierten Fragebögen belegen (http://www.bertelsmann-stiftung.de/de/4194_6741.jsp), etwa die Hälfte des Raums ein.

Tabelle 4: Themen des Gesundheitsmonitors (2001-2004)

Patientenerfahrungen

1. Arztkontakte in den letzten 12 Monaten
2. Behandlungserfahrungen beim letzten Hausarztkontakt
3. Nutzung individuell angelegener Informationen für das Gespräch mit dem Arzt
4. Hausbesuch in den letzten 12 Monaten
5. Zufriedenheit mit dem Hausarzt
6. Kontakte (letzte 12 Monate) und Behandlungserfahrungen mit Fachärzten
7. Zusammenarbeit von Ärzten im Fall einer Überweisung
8. Wartezeiten (auf Arzttermin bzw. in der Praxis)
9. Notfall am Abend, nachts oder am Wochenende
10. Medikamenteneinnahme (letzte 12 Monate) und Verordnungsverhalten des Arztes
11. Zusatztherapie (Physiotherapie, Massagen o.ä. in den letzten 12 Monaten)
12. Krankenhausaufenthalt
13. Anschlussbehandlung nach Krankenhausaufenthalt

Gesundheitspolitik und andere Themen

1. Positionen zu Fragen der Finanzierung des Gesundheitswesens
2. Vertrauen in die Gesundheitsversorgung
3. Gesamtbeurteilung des Gesundheitswesens in Deutschland
4. Persönliche Gesundheitsausgaben
5. Krankenversicherung, Akzeptanz möglicher Leistungsänderungen
6. Kassenwechsel und Kassentreue
7. Individueller Gesundheitszustand
8. Individualverhalten bzgl. Gesundheitsvorsorge, Prävention
9. Informationsinteresse und -verhalten bzgl. Gesundheitsthemen
10. Stellung zu alternativer Medizin
11. Nutzung des Internets

Die Erhebungsmethode ähnelt, was die Stichprobengröße und die Auswahl der Befragungsteilnehmer aus der Bevölkerung betrifft, dem niederländischen Beispiel. Allerdings handelt es sich in den Niederlanden um ein echtes Panel, deren Mitglieder – wie etwa bei dem hierzulande bekannteren Sozioökonomischen Panel – wiederholt befragt werden. Für die Erhebungen des Gesundheitsmonitors werden dagegen immer wieder neue, unabhängige Stichproben aus dem Adresspool der 71 000 befragungsbereiten Haushalte gezogen. Die Nutzung eines speziellen Panels mit chronisch Kranken (»verfahrenen Nutzern des Gesundheitswesens«) findet im deutschen Gesundheitsmonitor keine Entsprechung. Insgesamt wirkt die thematische Ausrichtung maximalistisch. Ein Instrument, das durchschnittlich 15 Themen anschneidet, muss in der Behandlungstiefe Kompromisse eingehen. Beispiele für eine gewisse Oberflächlichkeit der Themenbehandlung lassen sich mehrfach in den Fragebögen finden, etwa wenn die Problematik des Angebots von »Individuellen Gesundheitsleistungen« (IgeL) nur mit einer einzigen Frage zu erfassen versucht wird, welche einen stark zusammengefassten Katalog von Leistungsarten mit den Antwortmöglichkeiten »angeboten« bzw. »angenommen und bezahlt« enthält, ohne die Umstände des Angebots und Motive des individuellen Verhaltens zu berücksichtigen (NFO Infratest Gesundheitsforschung 2004: 9).

Eine Stichprobe, die mehrheitlich aus gesunden Personen besteht, deren letzter Arztbesuch durch leichte, akute Erkrankungen, Befindlichkeitsstörungen oder Vorsorgemaßnahmen veranlasst war (Streich 2002), lässt andere Patientenerfahrungen als eine aus Chronikern bestehende erwarten. Auch hier wirkt sich die Verquickung von Patientenbefragung und gesundheitspolitischer Demoskopie nachteilig aus. Ginge es nur um erstere, wäre die Konzentration des Samples auf entsprechende Gruppen fraglos von Vorteil. Allein wer die Öffentlichkeit zusätzlich auch noch mit Demoskopie nach gängigem Muster bedienen will, muss auf Repräsentativität achten.

5. Befragungen als Informationsquelle und Beteiligungsinstrument – ein Fazit

Eine auf allen Ebenen des Gesundheitswesens stärkere aktive Einbeziehung der Nutzer in die Entscheidungsprozesse ist nach gemeinsamer Überzeugung von Fachöffentlichkeit und politischer Szene ein Schlüssel zu mehr Qualität und Effizienz der Versorgung (Badura 2002; Rosenbrock 2001; SVR 2002). Auf der Makroebene fehlt es dazu bisher an einer entsprechenden Organisation der Nutzerinteressen. Auch wenn es vordergründig betrachtet möglich erscheinen mag, diese Interessen mit den Methoden der M+M-Forschung »repräsentativ« abzubilden, sind erhebliche Probleme sichtbar geworden, welche die Vision »virtueller Plebiszite« äußerst fragwürdig erscheinen lassen.

Die Demoskopie kann vorhandene Partizipationsdefizite im Gesundheitswesen nicht beseitigen, sie hat – wie die Ausführungen zur rapide schwindenden Befragungsbereitschaft in der Bevölkerung zeigen – selbst eins. Schwerer wiegt allerdings der Einwand, dass komplexe Fragen der (Um-)Gestaltung des Gesundheitssystems nicht in das enge Korsett einer Ad-hoc-Befragung gezwängt werden können, schon gar nicht in das eines überfallartigen Telefon-Interviews. Schriftliche Befragungen oder mündliche Face-to-Face-Interviews können zwar einen höheren Erläuterungsaufwand betreiben, erzeugen damit aber immer noch nicht annähernd die notwendigen Voraussetzungen für kompetente Antworten.

Eine regelmäßige Befragung von Patienten zu ihrer Behandlung durch Ärzte, Pflegekräfte und Personen anderer Berufsgruppen hat sich dagegen als sehr nützlich erwiesen. Schließlich sind solche subjektiven Erfahrungen ein wichtiges Kriterium der Versorgungsqualität eines patientenorientierten Gesundheitswesens. In einer Zeit des Umbruchs, in der eine Vielzahl neuer Regelungen strukturverändernd in die Versorgung eingreift, ist eine kontinuierliche Beobachtung des Geschehens – auch auf der Basis von Patientenerfahrungen – geradezu unverzichtbar. Entscheidend ist dabei nicht so sehr das Einzelurteil, es sei denn, es äußert sich in einer individuellen Beschwerde. Die breite, möglichst flächendeckende Erfassung von Erfahrungen schöpft ihren spezifischen Wert aus vergleichenden Analysen und Trendbeobachtungen. Der Beschluss der Gesundheitsminister-Konferenz vom 9. Juni 1999 ebnet einer solchen Routine den Weg (SVR 2002: Ziff. 374). Durch Festlegung von Standards und eine regelmäßige Zusammenfassung der Ergebnisse nach englischem Vorbild ließe sich ein jährlicher Bericht in gemeinsamer Verantwortung der Patientenbeauftragten der Bundesregierung und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erstellen.

Korrespondenzadresse:
 Waldemar Streich
 August-Bebel-Str. 64
 33602 Bielefeld
 waldemar.streich@t-online.de

Literatur

- Airey, C.; Erens, B. (Eds.) (1999): National surveys of NHS patients – General Practice 1998. o.O. o.J. (1999) (im Auftrag des Department of Health/NHS Executive)
- Badura, B. (2002): Beteiligung von Bürgern und Patienten im Gesundheitswesen – vom Anbieter- zum Verbraucherschutz. Bundesgesundheitsblatt 45: 21-25
- Badura, B.; Hart, D.; Schellschmidt, H. (Hg.) (1999): Bürgerorientierung des Gesundheitswesens – Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Baden-Baden: Nomos
- Bitzer, E.-M. et al. (1999): Zufriedenheit in der Arztpraxis aus Patientenperspektive. Psychometrische Prüfung eines standardisierten Erhebungsinstrumentes. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 7: 196-209
- Böcken, J.; Braun, B.; Schnee, M. (Hg.) (2002): Gesundheitsmonitor 2002 – Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung
- Böcken, J.; Braun, B.; Schnee, M. (Hg.) (2003): Gesundheitsmonitor 2003 – Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung
- Böcken, J.; Braun, B.; Schnee, M. (Hg.) (2004): Gesundheitsmonitor 2004 – Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung
- Department of Health (Ed.) (2000): The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform. Norwich: The Stationery Office – HMSO
- Dierks, M.-L. et al. (2001): **Patientensouveränität – Der autonome Patient im Mittelpunkt** (Akademie für Technikfolgenabschätzung in BaWü, Arbeitsbericht Nr. 195). Stuttgart
- Dierks, M.-L.; Schaeffer, D. (2005): Informationen über die Qualität der gesundheitlichen Versorgung – Erwartungen und Forderungen der Patienten. In: J. Klauber; B.-P. Robra; H. Schellschmidt (Hg.): Krankenhaus-Report 2004. Stuttgart, New York: Schattauer, 135-150
- Groenewegen, P.P.; Sixma, H.; Delnoij, D. (2005): Die Rolle von Gesundheits-Versorgungs-Panels in einem Rahmenkonzept von Leistungsindikatoren. In: Streich/Braun/Helmert (Hg.): Surveys im Gesundheitswesen
- Güther, B. (2005): Access-Panels – Qualitätsaspekte und Erfahrungen. In: Streich/Braun/Helmert (Hg.): Surveys im Gesundheitswesen
- Häderer, S. (2000): Telefonstichproben (ZUMA-Reihe »How to« Nr. 6). Mannheim
- Hart, D. (2005): Patientenrechte und Bürgerbeteiligung – Befunde und Perspektiven 2004. G+G Wissenschaft 2005, 1: 7-13
- Hart, D.; Francke, R. (2002): Patientenrechte und Bürgerbeteiligung – Bestand und Perspektiven. Bundesgesundheitsblatt 45: 13-20
- Kaase, M. (Hg.) (1999): Qualitätskriterien der Umfrageforschung (DFG-Denkschrift). Berlin: Akademie-Verlag
- Klingenberg, A.; Kaufmann-Kolle, P.; Szecsenyi, J. (2004): Mündige Patienten. Niedersächsisches Ärzteblatt 2004, 4: 78-80

- Koch, K. (2005): Umfrageflut – was transportieren die Medien? In: Streich/Braun/Helmert (2005)
- Körner, T.; Nimmergut, A. (2005): Neue methodische Möglichkeiten in der amtlichen Statistik durch eine Dauerstichprobe befragungsbereiter Haushalte. In: Streich/Braun/Helmert (2005)
- Kurth, B.-M.; Ziese, T. (2005): Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts. In: Streich/Braun/Helmert (Hg.): Surveys im Gesundheitswesen
- Lecher, S.; Satzinger, W.; Trojan, A.; Koch, U. (2002): Patientenorientierung durch Patientenbefragungen als ein Qualitätsmerkmal der Krankenversorgung. Bundesgesundheitsblatt 45: 3-12
- NFO Infratest Gesundheitsforschung: Gesundheitsmonitor – Welle 6, Versichertenstichprobe, Erhebung März/April 2004 (Fragebogen). http://www.bertelsmannstiftung.de/de/4194_6741.jsp
- Nolting, H.-D.; Wasem, J. (2002): Der Patient vor der Wahl. Durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung. Neuss: Janssen-Cilag GmbH
- Rosenbrock, R. (2001): Verbraucher, Versicherte und Patienten als handelnde Subjekte. In: Chr. v. Reibnitz; P.-E. Schnabel; K. Hurrelmann (Hg.): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim, München: Juventa, 25-33
- Satzinger, W.; Buck, R.A.J. (Hg.) (2001): Patientenbefragungen in Krankenhäusern: Konzepte, Methoden, Erfahrungen (Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik; Bd. 15). Sankt Augustin: Asgard
- Streich, W. (2002): Qualität in der ambulanten Versorgung. In: Böcken/Braun/Schnee (Hg.) (2002): Gesundheitsmonitor 2002, 12-34
- Streich, W.; Braun, B.; Helmert, U. (Hg.) (2005): Surveys im Gesundheitswesen – Entwicklungen und Perspektiven in der Versorgungsforschung und Politikberatung. Sankt Augustin: Asgard
- Stunder, W.A.; Witzernath, W. (2002): Patientenzufriedenheit als Qualitätskriterium. Erste Erfahrungen eines Praxisnetzes aus Hausarzt- und Facharztpraxen. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 78: 398-402
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001, Band 1: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Baden-Baden: Nomos
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003, Band 1: Finanzierung und Nutzerorientierung. Baden-Baden: Nomos
- Wasem, J.; Güther, B. (1998): Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Eine Bestandsaufnahme. Neuss: Eigenverlag: Janssen-Cilag GmbH
- Wiegand, E. (2003): Marktforschung in Deutschland 2003. In: ADM (Hg.): Jahresbericht 2003. Frankfurt a. M., 5-9
- Zok, K. (2002): Vor der Wahl. Einschätzungen und Erwartungen der Versicherten zum Gesundheitssystem. Sozialer Fortschritt 51: 220-223