

**Aktualisierte Kurzfassung des Zwischenberichts für das Projekt  
„Informationen für eine partizipative Gesundheitsversorgung“  
(IPAGE)  
Juli 2009**

Projekt des  
Instituts für medizinische Soziologie der Charite  
Direktorin: Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeiy

In Kooperation mit der  
Bundesbeauftragten für die Belange der Patientinnen und Patienten

Gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung

Projektnummer: S-2007-60-4

Projektleitung: Dr. Liane Schenk

Projektbearbeitung: Holger Adolph (Dipl. Sozialwissenschaftler)

Julie Holzhausen (Dipl. Psychologin)

Elke Matheis (Med. Dokumentarin)

# Inhalt

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG – STAND DER ARBEIT</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>METHODISCHES VORGEHEN</b> .....	<b>4</b>
<b>2.1</b>	<b>STUDIENDESIGN</b> .....	<b>4</b>
<b>2.2</b>	<b>DAS KATEGORIENSYSTEM</b> .....	<b>4</b>
2.2.1	<i>Entwicklung des Kategoriensystems</i> .....	4
2.2.2	<i>Gliederung des Kategoriensystems</i> .....	6
<b>2.3</b>	<b>STANDARDISIERUNG DER DATENAUFNAHME</b> .....	<b>8</b>
2.3.1	<i>Codiererschulungen und Codebuch</i> .....	8
2.3.2	<i>Pretest</i> .....	8
2.3.3	<i>Reliabilitätsprüfung</i> .....	8
<b>3</b>	<b>ERGEBNISSE DER DESKRIPTIVEN AUSWERTUNG</b> .....	<b>10</b>
<b>3.1</b>	<b>BESCHREIBUNG DER STICHPROBE</b> .....	<b>10</b>
<b>3.2</b>	<b>AUTOREN UND BETROFFENE IN DEN INDIVIDUELLEN SCHREIBEN AN DIE PATIENTENBEAUFTRAGTE</b> .....	<b>16</b>
<b>3.3</b>	<b>KRITIK AM GESUNDHEITSWESEN UND INFORMATIONSANFRAGEN IM ZEITVERLAUF – KONJUNKTUREN VS. KONTINUITÄTEN</b> .....	<b>20</b>
3.3.1	<i>Begriffliche Klärung: Informationsanfragen vs. Kritik am Gesundheitswesen</i> .....	20
3.3.2	<i>Kritik am Gesundheitswesen – Beschwerden, Hilfesuche und Problembeschreibungen</i> ...	21
3.3.3	<i>Informationsanfragen</i> .....	34
<b>3.4</b>	<b>BESCHWERDEN UND INFORMATIONSANFRAGEN SPEZIFISCHER GRUPPEN</b> .....	<b>37</b>
3.4.1	<i>Geschlechtsspezifischer Vergleich</i> .....	37
3.4.2	<i>Altersspezifischer Vergleich</i> .....	39
<b>3.5</b>	<b>ERWARTUNGEN AN PATIENTENBEAUFTRAGTE</b> .....	<b>47</b>
<b>4</b>	<b>FAZIT DER DESKRIPTIVEN ERGEBNISSE</b> .....	<b>48</b>
	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	<b>51</b>

# 1 Einleitung – Stand der Arbeit

Das Projekt IPAGE analysiert Informationsanfragen, Beschwerden, Hilfesuche und Problembeschreibungen von Bürgern und Patienten an das Amt der Bundespatientenbeauftragten mit dem Ziel aus diesen Dokumenten Rückschlüsse auf die Versorgungsprobleme und Informationsbedarfe spezifischer Gruppen im deutschen Gesundheitswesen zu erhalten. Wir verstehen unsere Studie als Beitrag zur Qualitätsdiskussion im Gesundheitswesen. Entgegen anderen Studien, wie Zufriedenheitserhebungen – die in der Regel zu recht positiven Gesamturteilen zur Leistung der Versorgungsinstitutionen kommen – liegt unser Fokus deutlich auf den Defiziten, die Patienten oder Versicherte im Gesundheitswesen wahrnehmen. Die Studie schaut wie mit einem Vergrößerungsglas auf die weiter verbesserungsfähigen Aspekte des Gesundheitswesens. Die Studie kann als „Ergänzung“ zu den existierenden Ansätzen der Fehlerberichtssysteme und Initiativen wie „Aus Fehlern lernen“ verstanden werden, da zu der dort dokumentierten Perspektive der Experten auf Probleme im Versorgungsgeschehen, zusätzlich die Patientenperspektive auf Fehler und Probleme beleuchtet wird.

Das methodische Design und das Erhebungsinstrument wurden in einem ausführlichen Pretestbericht dargestellt. Der hiermit vorgelegte Zwischenbericht verfolgt das Ziel, einen ersten deskriptiven Überblick über die Ergebnisse der quantifizierenden Inhaltsanalyse zu geben. Vertiefende Analysen sind vom Endbericht zu erwarten, der im Dezember 2009 vorgelegt werden soll.

Kapitel 2 des Zwischenberichts fasst kurz das Design der Studie zusammen und beschreibt einige neue methodische Aspekte, die seit der ersten Sitzung des Projektbeirats in der Datenerhebungsphase ins Blickfeld der Bearbeiter geraten sind.

In Kapitel 3 werden aus unterschiedlichen Perspektiven Ergebnisse der Auswertungen präsentiert. Nach der allgemeinen Beschreibung der Stichprobe werden zunächst die *Themen der Briefe*, welche die Gründe für die Kontaktaufnahme mit der Patientenbeauftragten repräsentieren, untersucht. Aufgeteilt nach Beschwerden, Hilfesuchen und Problembeschreibungen auf der einen und Informationsanfragen auf der anderen Seite werden Konjunkturen und Kontinuitäten von Themen im Verlauf des Untersuchungszeitraums von Anfang 2004 bis Ende 2007 dargestellt (Abschnitt 3.3). Die Spezifika der Anfragen einzelner Gruppen von Betroffenen, etwa nach Geschlecht, Alter und gesundheitlichem Status, werden in Abschnitt 3.4 untersucht. Die Beschreibung von Erwartungen an die Patientenbeauftragte, die in den Briefen geäußert werden, schließen das Kapitel ab (Abschnitt 3.5).

Das Fazit findet sich in Abschnitt 4.

Es handelt sich bei den Ergebnissen um die Rekonstruktion der Anliegen von Bürgern und Patienten und deren Sicht auf Probleme im Versorgungsgeschehen. Themen der Schreiben und die Zuschreibung von Verantwortlichkeiten für spezifische Probleme wurden sehr eng an den Texten der Autoren

codiert. Es spiegeln sich also jeweils die Interpretationen der Autoren wider, die nicht durch die Hinzuziehung anderer Quellen überprüft werden konnten.

Da der Untersuchungszeitraum die Jahre 2004 bis 2007 umfasst, kann die aktuelle Diskussion um das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) Gesetz damit leider nicht abgebildet werden. Einzelne Maßnahmen, die bereits 2007 in Kraft getreten sind und die „Vorwehen“ der aktuellen Diskussion lassen sich aber in den Daten finden.

## **2 Methodisches Vorgehen**

Im folgenden Kapitel werden zunächst das Studiendesign und das methodische Vorgehen skizziert, wobei sich die Beschreibung auf die zentralen Elemente beschränkt. Eine ausführliche Darstellung der Methodenentwicklung findet sich im Pretestbericht. Außerdem wird in einigen Punkten auf den Umgang mit dem Kategoriensystem und Erfahrungen während der Datenerhebung eingegangen.

### **2.1 Studiendesign**

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine quantifizierende Inhaltsanalyse der in postalischer und elektronischer Form eingegangenen Anliegen von Privatpersonen an die Patientenbeauftragte der Bundesregierung sowie der ausreichend dokumentierten Telefonkontakte mit Privatpersonen. Dies entspricht einer Gesamtstichprobe von 19.117 Fällen für den Zeitraum 01/ 2004 bis 12/ 2007.

Die Petentenanliegen wurden mit Hilfe eines eigens zu diesem Zweck entwickelten Kategoriensystems einer reduktiven und kategorisierenden quantitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Bei der Codierung wurden die Kommunikationsinhalte der Petitionen nach festgelegten Regeln in Kategorien klassifiziert, um statistisch auswertbare Daten zu erhalten. Mit Hilfe des Kategoriensystems wurden die forschungsrelevanten Inhalte der vorliegenden Anfragen und Beschwerden detailliert erfasst. Auszuwertende Analyseeinheit ist der einzelne Brief, zu dem jeweils ein eigener Datensatz angelegt wurde. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass auch bei Mehrfachschreibern Zeitpunkt und Abfolge verschiedener Petitionen nachvollziehbar bleiben. Der einzelne Brief ist außerdem Codiereinheit, d.h. die Themen werden auch bei mehrfachen Nennungen jeweils nur einmal pro Brief erfasst.

### **2.2 Das Kategoriensystem**

#### **2.2.1 Entwicklung des Kategoriensystems**

Die wesentlichen Herausforderungen bei der Entwicklung des Kategoriensystems bestanden darin, ein System zu erarbeiten, welches eine den Zielen des Forschungsvorhabens angemessene Inhaltsaufnahme gewährleistet, gleichzeitig den Anforderungen an Objektivität, Reliabilität und Validität genügt und darüber hinaus handhabbar und praktikabel ist.

Bei der Entwicklung des Kategoriensystems wurden zum einen theoretisch begründete Auswertungsaspekte an das Material herangetragen und somit deduktiv gewonnene Kategorien berücksichtigt. Gleichzeitig wurde induktiv verfahren: Nach einer Sichtung des Textmaterials wurden für die Auswertung geeignete Kategorien festgelegt. Dabei wurde vom konkreten Textmaterial abstrahiert und versucht, übergeordnete Kategorien zu finden. Zudem wurde das Kategoriensystem im Verlauf des Pretests und in Einzelfällen während der laufenden Dateneingabe induktiv revidiert und ergänzt. Die Verknüpfung von induktivem und deduktivem Vorgehen soll eine realitätsnahe Abbildung der subjektiven Patienten Anliegen und valide Häufigkeitsangaben ermöglichen.

Die Schwierigkeit bei der Entwicklung des Kategoriensystems bestand darin, einen optimalen Differenzierungsgrad zu finden, wobei sich zeigte, dass sich dieser je nach Thema sehr unterschiedlich darstellen kann. Je abstrakter die quantitative Inhaltsanalyse ansetzt, umso eher werden die beschriebenen Sachverhalte oder Ereignisse von den CodiererInnen unter ein gemeinsames Thema subsumiert, es können jedoch relevante Informationen verloren gehen. Je differenzierter die Themen erfasst werden, umso geringer ist entsprechend die Wahrscheinlichkeit, dass sie als übereinstimmend klassifiziert werden, es kann aber ein höherer Informationsgehalt beibehalten werden. Bei einem stärker differenzierenden System und mehreren ähnlichen Kategorien erhöhen sich gleichzeitig die Unübersichtlichkeit der Datenmaske sowie der Zeitaufwand für die Eingabe der Daten. Zudem kann durch unterschiedlich stark differenzierende Kategorien die Aufmerksamkeit der CodiererInnen selektiv auf bestimmte Themen gelenkt werden.

In der Literatur finden sich bis auf wenige Ausnahmen keine Arbeiten, die eine ähnliche Datengrundlage im gesundheitswissenschaftlichen Bereich inhaltsanalytisch erschlossen haben. Dementsprechend konnte bei der Konzipierung des Kategoriensystems nicht auf vorhandene Instrumente zurückgegriffen werden. Empfohlene Standards der Operationalisierung wurden der Kategorienbildung nur als Richtschnur zugrunde gelegt, da nicht alle jeweils erforderlichen Informationen von den Patienten systematisch berichtet werden und häufig auch nicht aus Sekundärinformationen zu erschließen sind.

Folgende standardisierte Erhebungsinstrumente und Taxonomien wurden bei der Konstruktion des Kategoriensystems berücksichtigt:

- Bei der Erfassung der soziodemografischen Merkmale fand eine Orientierung an der Terminologie des Statistischen Bundesamtes statt (Statistisches Bundesamt 2004).
- Die Erfassung der in den Briefen berichteten Erkrankungen der Betroffenen orientiert sich an der Ebene der Oberkapitel des ICD-10 (Graubner B. 2009).
- Die Qualitätsdimensionen des Picker-Instrument PPE-15 wurden bei der Entwicklung des Kategoriensystems einbezogen (Jenkinson C. et al. 2003; Ruprecht T. 2001).
- Die Erfassung vermuteter Behandlungsfehler orientiert sich an Instrumenten, die Behandlungsfehler nach der PCISME/LINAEUS-Taxonomie klassifizieren (Beyer M. et al. 2003; Beyer M. &

Gerlach F.M. 2003; Beyer M. et al. 2005; Dovey S.M. et al. 2002).

- Zusätzlich wurden die Strukturierungen von Daten aus Berichten zu Schlichtungsverfahren der Ärztekammern berücksichtigt (Neu J. et al. 2004; Scheppokat K.D. & Held K. 2002; Weber A. 2007).

## 2.2.2 Gliederung des Kategoriensystems

### **Formale Kategorien**

Allgemeine Informationen zur Codiereinheit und der CodiererInnen (z.B. Erstellungsdatum, Länge, Codierer usw.)

### **Merkmale der betroffenen Person/des Patienten**

Vergabe einer individuellen Betroffenennummer, Erfassung verschiedener Merkmale der betroffenen Person (z.B. Alter, Versichertenstatus, Erkrankungen usw.)

### **Themen des Briefes**

Das Thema des Briefes stellt die zentrale Variable dar. Es findet eine Unterscheidung von „Informationsanfrage“ und „Beschwerde/ Hilfesuch/ Problemdarstellung“ statt. Maximal können 20 Themen pro Brief codiert werden. Bei einer Beschwerde/Hilfesuch wird zusätzlich die Person oder Institution erfasst, die mit dieser Beschwerde in Zusammenhang steht („Konfliktpartner“).

### **Bisher eingeschlagene Informations- und Beschwerdewege**

Erfassung der bisherigen Informations- und Beschwerdewege und Bewertung des Kontaktes durch den Petenten

### **Besondere Belastungen und Beanspruchungen**

Erhebung weiterer betroffenenbezogenen Merkmale (z.B. Selbsteinschätzung der materiellen Situation, Wohnsituation, Beanspruchungen usw.).

### **Angaben mit Bezug zum Amt der Patientenbeauftragten**

Erfassung der Kenntnisquelle, der Erwartungen an die Patientenbeauftragte und der Kompetenzzuschreibungen

### **Offene Auswertungen**

Zur Erfassung der Themen, welche die Autoren bewegen haben, sich an die Patientenbeauftragte zu wenden, wurden sowohl für die Kritikthemen als auch für die Informationsanfragethemen zwei Ausprägungslisten mit hierarchischen Kategorien gebildet (siehe **Tabelle 1** und **Tabelle 2**). Die Themen wurden in Oberkategorien strukturiert, die jeweils Unterkategorien enthalten. Für einige der am häufigsten besetzten Unterkategorien wurde eine weitere Differenzierungsebene ergänzt.

**Tabelle 1** Kritikthemen – Oberkategorien für berichtete Beschwerden, Hilfesuche, Problembeschreibungen

- Einschränkungen der Verordnung von Medikamenten
- Einschränkungen bei Diagnoseverfahren, (nicht-medikamentösen) Therapien, Heil- und Hilfsmitteln
- Eigenbeteiligung, Zuzahlungen,
- Praxisgebühr
- Versicherungstechnische Themen (Status, Beitrag, Kassenwechsel)
- Probleme der Interaktion mit Krankenkassen/Kostenträgern
- Fachliche Probleme der Krankenkassen/Kostenträger (Falsche administrative Entscheidungen, Kritik an Mittelverwendung)
- Zugang zur Versorgung (regionale Unterversorgung, Terminvergabe)
- Fachliche Probleme in der Versorgung (Behandlungsfehler, Behandlungsqualität)
- Bauliche und hygienische Rahmenbedingungen in der Versorgung
- Koordination/Kooperation/Schnittstellenprobleme
- Arzt-Patienten-Kontakt/Probleme der Kommunikation
- (Gesellschafts-)politische Beschwerden (Sozial unausgewogene Reformen, Benachteiligung spezifischer Patientengruppen)
- Patientenrechte
- Probleme durch Intransparenz des Gesundheitswesens und durch neue Patientenrollen
- Kritik an Pharmafirmen, Hilfsmittelherstellern u.Ä.

**Tabelle 2** Informationsthemen – Oberkategorien für Informationsanfragen

- Aufklärung über Krankheitsbild/Behandlungsmöglichkeiten
- Informationsanfragen zum Leistungsumfang der GKV oder der PKV
- Fragen zu Ansprüchen/Einschränkung/Ablehnung von Arzneimitteln
- Informationsanfragen zur Zuzahlungsregelung
- Informationsanfragen zur Praxisgebühr (Reform 1.1.2004)
- Informationsanfragen IGeL
- Krankenversicherungsfragen, Beiträge Sozialversicherungsträger
- Fragen zu Patientenrechten
- Informationsanfragen zu versorgungsbezogenen Themen
- Fragen zur Psychiatrischen/Psychotherapeutischen Behandlung
- Informationsanfragen zu Pflege Themen
- Informationsanfragen zur Rehabilitation und Behinderung

## **2.3 Standardisierung der Datenaufnahme**

### **2.3.1 Codiererschulungen und Codebuch**

Aufgrund der Komplexität des Kategoriensystems, der Spezifik des vorliegenden Materials und der inhaltlichen Breite der Anfragen stellte die Eingabe der Daten hohe fachliche Anforderungen an die CodiererInnen. Um die Qualität der Codierung zu gewährleisten, wurden die CodiererInnen intensiv und begleitend geschult, die Dateneingabe erfolgte angeleitet durch die beiden Projektmitarbeiter. Während der Datenerhebung wurden Schwierigkeiten bei der Eingabe der Daten in die Datenmaske und Unklarheiten bei der Klassifikation fortlaufend dokumentiert und regelmäßig von den Projektmitarbeitern und Codieren besprochen. Eine auf einem Netzlaufwerk für alle Mitarbeiter zugängliche Datei diente hierbei als zusätzliches Hilfsmittel. Regelmäßige Teambesprechungen dienten nicht zuletzt der Rückversicherung, ob eine Kategorie bzw. das Verständnis der Kategorie durch die CodiererInnen eine passende Operationalisierung im Sinne der Forschungsfragen darstellt (Augenscheinvalidität).

Während der laufenden Dateneingabe wurden zwei weitere Codierer eingearbeitet. Insgesamt waren an der Dateneingabe damit neun Personen beteiligt.

Ein ausführliches Codebuch, welches Codieranweisungen, Definitionen und Erläuterungen enthält, diente ebenfalls der Standardisierung der Codierung. Den Hauptbestandteil des Codebuchs stellt das Kategoriensystem dar.

### **2.3.2 Pretest**

Ein Pretest, der im Herbst 2007 durchgeführt wurde und bei dem 276 Briefe codiert wurden, diente den Zielen, zu überprüfen, ob das Kategoriensystem eine den Forschungsfragen angemessene Erfassung der Inhalte ermöglicht und ob Objektivität, Validität und Reliabilität gewährleistet sind. Der Pretest führte zu einer positiven Gesamtbewertung des entwickelten Kategoriensystems. Es bewährte sich im Hinblick auf die Erfassung der forschungsrelevanten Merkmale und zeigte sich in Fällen einer mangelnden Differenzierung leicht ergänzbar. Trotz der hohen inhaltlichen Komplexität erwies sich die Datenmaske als für die CodiererInnen handhabbar. Im Zuge des Pretests wurde das Kategoriensystem induktiv revidiert und optimiert (Ergänzung von Kategorien, Umstellungen, Änderungen des Differenzierungsgrades usw.). Das Vorgehen ist ausführlich im Pretestbericht dokumentiert.

### **2.3.3 Reliabilitätsprüfung**

Die Interraterreliabilität wurde bei einer Reliabilitätsprüfung im April 2008 überprüft. Dazu wurden jeweils 34 Briefe durch sechs CodiererInnen in die Datenbank aufgenommen.

Für ausgewählte Variablen (z.B. Geschlecht, Versichertenstatus, Themen, Erwartungen, Konfliktpartner) wurden paarweise Übereinstimmungen zwischen den CodiererInnen nach dem Reliabilitätsmaß von Holsti (1969) berechnet und jeweils ein Durchschnitt der Intercoder-Reliabilität für die Variablen



ermittelt. Der Grad der Übereinstimmung unterscheidet sich erwartungsgemäß je nach Komplexitätsgrad der Variablen. Obwohl der unterschiedlichen „Schwierigkeit“ der Variablen mit Erklärungen und Definitionen im Codebuch begegnet wurde, blieben diese Unterschiede teilweise bestehen. Die Komplexität einer Variablen zeigte sich u.a. abhängig von der Anzahl der Variablenausprägungen, formalen im Gegensatz zu inhaltlichen Kategorien, etc. Sie ist also in Bezug auf die Variable zu verstehen und nicht als Artefakt der Kodieranweisung. Es zeigte sich, ebenfalls erwartungsgemäß, ein geringerer Übereinstimmungsgrad auf den Subebenen als auf den Hauptebenen. Die erzielten Werte liegen in einem Bereich, der unter Berücksichtigung der Charakteristik des Materials als befriedigend bis sehr gut bewertet werden kann.

Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse des Reliabilitätstest ist dem Abschlussbericht vorbehalten.

### 3 Ergebnisse der deskriptiven Auswertung

#### 3.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurden für die IPAGE-Studie 19.117 Briefe und Emails, die an die Bundespatientenbeauftragte Frau Helga Kühn-Mengel gesendet wurden, sowie Gesprächsnotizen des Mitarbeiterstabes zur Dokumentation telefonischer Anfragen anhand des für das Projekt entwickelten Kategoriensystems erfasst.

Abbildung 1 zeigt deutlich, dass die Anzahl der ausgewerteten Briefe in der ersten Jahreshälfte 2004 wesentlich höher ist als in den darauf folgenden Jahren. Im ersten Quartal 2004 lagen allein die dokumentierten Anfragen etwa fünf Mal so hoch wie in den Quartalen der Folgejahre. Etwa die Hälfte aller ausgewerteten Anfragen aus dem Zeitraum 2004 bis 2007 ging im ersten Halbjahr 2004 bei der Patientenbeauftragten ein. Ohne der weiteren Auswertung vorgreifen zu wollen, kann man vermuten, dass zum einen die Medienberichterstattung über die Einführung des neuen Amtes der Bundespatientenbeauftragten zu einem enormen Echo in der Bevölkerung mit entsprechend hohen Zahlen von Anliegen geführt hat. Zum anderen spricht einiges dafür, dass die kritische Resonanz auf einzelne Aspekte der Gesundheitsreform 2004 zu diesem hohen Aufkommen an Anfragen an die Patientenbeauftragte beigetragen hat.

Abbildung 1 Anzahl der ausgewerteten Anfragen nach Quartal der Erstellung (2004-2007, N=19.117)

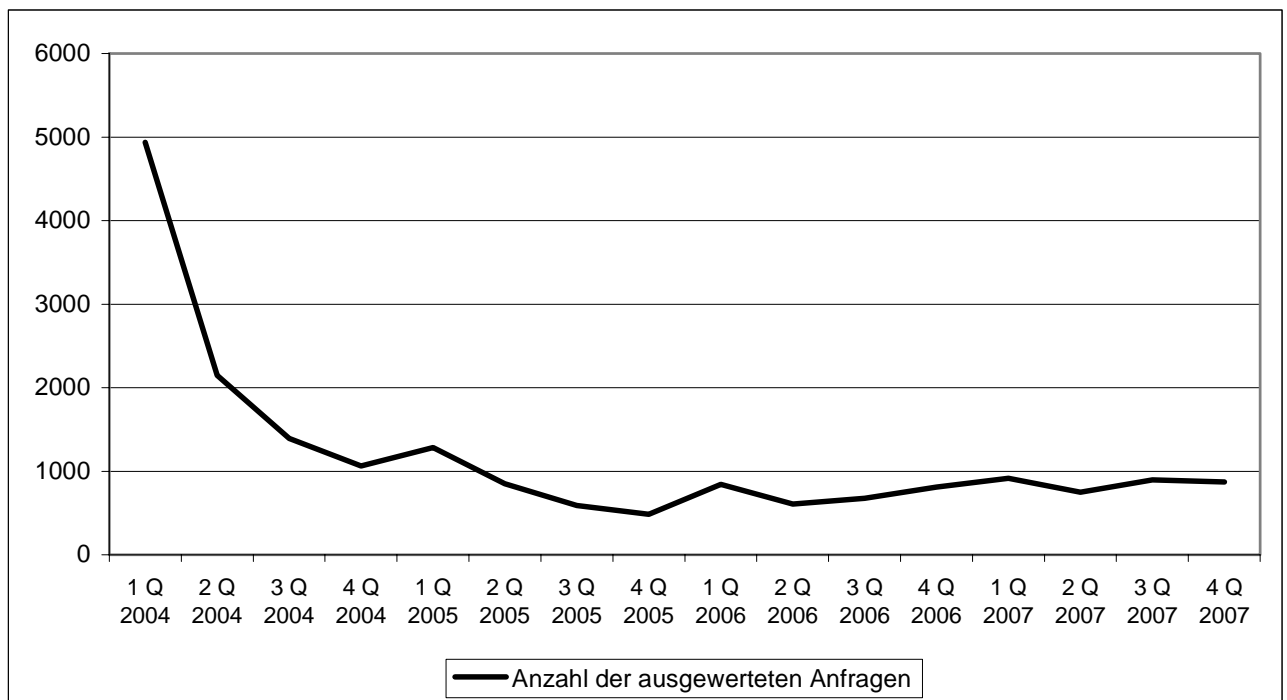


Tabelle 1 Form des Schreibens (N=19.117)

	Häufigkeit	Anteile in Prozent
<b>Individuelles Schreiben</b>	16117	84,3
– darunter: Brief, Schreibmaschine, Computerausdruck	9440	49,4
Email	3979	20,8
Brief, handschriftlich	2698	14,1
<b>Telefonische und mündliche Anfrage</b>	1755	9,2
<b>Standardisierter Beschwerdebrief – Unterschriftenliste</b>	1215	6,4
<b>Sonstige Form</b>	30	0,1

In die Gesamtstichprobe von 19.117 Anfragen sind drei unterschiedliche Formen von Schreiben eingegangen, die für die quantitative Inhaltsanalyse jeweils unterschiedliche Textgattungen darstellen (siehe Tabelle 1):

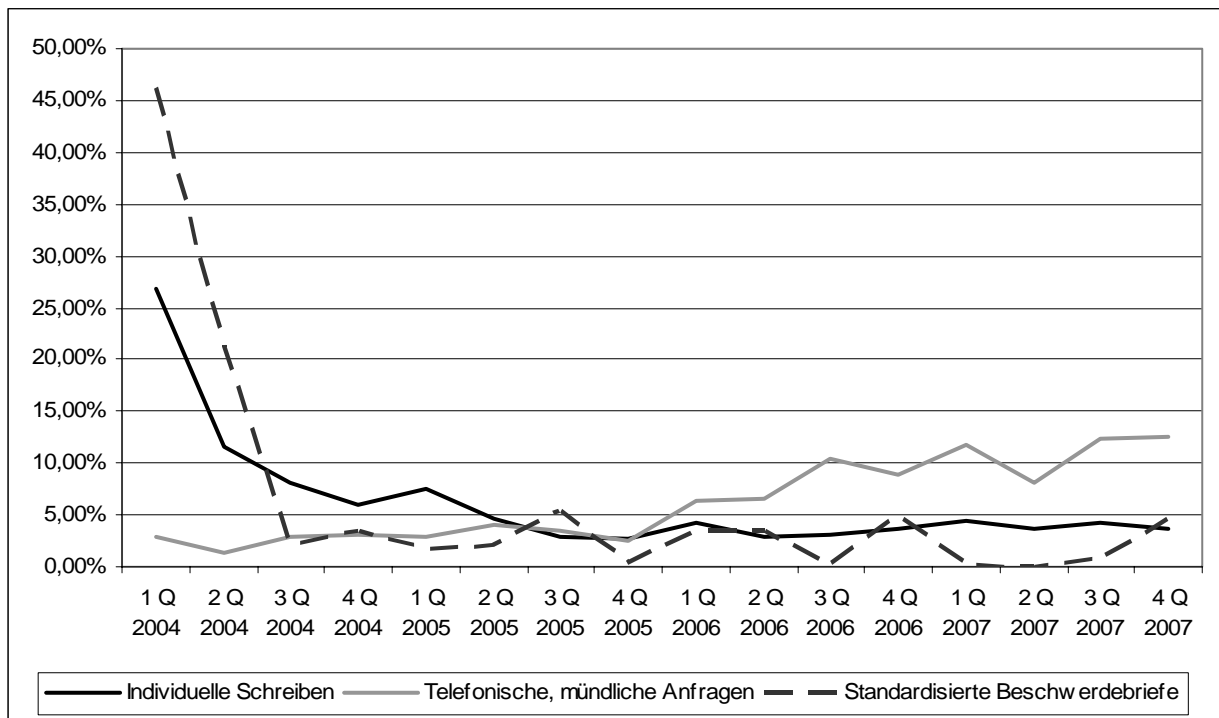
1. *Individuelle Schreiben* von Einzelpersonen oder (Ehe-)Paaren, die sich mit einem individuell erstellten Schreiben an die Patientenbeauftragte wenden, das in der Regel ein konkretes, sie oder eine nahe stehende Person betreffendes, Problem oder Anliegen thematisiert. 16.117 dieser individuellen Schreiben sind in den Jahren 2004 bis 2007 bei der Patientenbeauftragten dokumentiert und von uns ausgewertet worden. Sie nehmen einen Anteil von 84,3 Prozent in unserer Gesamtstichprobe ein. Für die individuellen Schreiben wurde eine Vollerhebung durchgeführt.
2. *Gesprächsnotizen von telefonischen oder persönlichen Anfragen*, die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Patientenbeauftragten zu Dokumentationszwecken angefertigt wurden. Es handelt sich dabei um Aufschriften, die in Umfang und Detailliertheitsgrad stark variieren. Aus den Gesprächsnotizen der Jahre 2004 bis 2007 ist eine nicht-repräsentative Stichprobe in der Größe von 1.755 Dokumenten in unsere Gesamtstichprobe eingeflossen (9,2 %). Für diese Textgattung konnte keine Vollerhebung durchgeführt werden, da im ersten Jahr des Bestehens des Amtes der Patientenbeauftragten die Vielzahl der telefonischen Anfragen nicht dokumentiert werden konnte und sich in den Folgejahren erst langsam ein einheitlicher Dokumentationsmodus etabliert hat.

3. *Standardisierte Beschwerdebriefe und Unterschriftenlisten*, bei denen es sich um vorformulierte Briefe handelt, die von den Absendern jeweils nur noch mit ihrem Namen und ihrer Adresse ergänzt werden müssen. Als ursprüngliche Initiatoren dieser Standardbriefe können u.a. Selbsthilfegruppen, einzelne Ärzte, Mitarbeiter von Institutionen und Lobbygruppen identifiziert werden. Einige dieser standardisierten Beschwerdebriefe wurden von den Absendern auch per Computer mit individualisierten Briefköpfen versehen. Ferner fallen in diese Kategorie Unterschriftenlisten, mit Beschwerden oder Forderungen. Diese Unterschriftenlisten gingen jeweils als ein Fall in die Stichprobe ein, die Anzahl der Unterschriften wurde aber dokumentiert und kann gesondert ausgewertet werden. Insgesamt fanden sich im Untersuchungszeitraum 1.215 dieser standardisierten Schreiben (6,4 % der Gesamtstichprobe). Es handelt sich um eine Vollerhebung der dokumentierten Briefe dieser Textgattung.

Die drei Textgattungen unterscheiden sich zum einen in ihrer Form und der Autorenschaft. Bei den *individuellen Schreiben* handelt es sich um die Darstellung von *eigenen* Erlebnissen, Problemen, Beobachtungen oder Überlegungen der Autoren. Bei den *Gesprächsnotizen* der Mitarbeiter werden bereits Interpretationen und eine Filterung der geschilderten Anliegen nach den Relevanzkriterien der Mitarbeiter vorgenommen. Auch im *Fall der standardisierten Beschwerdebriefe und Unterschriftenlisten* sind nicht die Absender/Unterzeichnenden die Autoren der Schreiben und es wird keine individuelle Patientenkarriere geschildert oder ein individuell erfahrenes Problem mit dem Gesundheitswesen, sondern eine generalisierte Sicht auf bestehende Probleme, der sich die Unterzeichner anschließen können.

Die Unterschiede der drei Textgattungen zeigen sich auch empirisch auf verschiedenen Ebenen. Zum einen weist die Verteilung des Aufkommens an Dokumenten der einzelnen Gattung im Zeitverlauf unterschiedliche Profile auf. Wie Abbildung 2 zeigt, entfallen annähernd 50 Prozent aller dokumentierten standardisierten Beschwerdebriefe auf das erste Quartal 2004. Auch die individuellen Briefe weisen ihr höchstes Aufkommen im ersten Quartal 2004 mit etwa 25 Prozent der Gesamtzahl auf. In den folgenden Quartalen ist das Aufkommen der individuellen Briefe allerdings recht ausgewogen. Die Verteilung der *Gesprächsnotizen* im Zeitverlauf weist gegenüber den beiden anderen Textgattungen ein deutlich abweichendes Profil auf. Hier steigt die Anzahl der ausgewerteten Notizen von einem geringen Wert im Jahr 2004 bis zum Jahr 2007 kontinuierlich an. Da die einzelnen Jahre von unterschiedlichen Themen dominiert werden, zeigen sich aufgrund der Verteilung im Zeitverlauf unterschiedliche Themenschwerpunkte bei der Durchschnittsbetrachtung innerhalb der einzelnen Textgattungen.

Abbildung 2 Anzahl der ausgewerteten Briefe nach Form des Schreibens (2004-2007, N=19.117)



Auch die Gegenüberstellung der Textgattungen im Bezug auf die Funktion, die ein Schreiben für die Autoren übernimmt, zeigt deutliche Unterschiede (Tabelle 2). Vergleicht man zwischen den Textgattungen, wie die Anteile der Schreiben mit Beschwerden, Hilfesuchen und Problembeschreibungen gegenüber den Schreiben, die Informationsanfragen beinhalten, verteilt sind, zeigen sich folgende Unterschiede: Bei den standardisierten Beschwerdebriefen wird nahezu in allen Fällen eine Beschwerde, ein Hilfesuch oder eine Problembeschreibung, die als Kritik an einem Aspekt des Gesundheitswesens interpretiert werden kann, geäußert. Auch bei den individuellen Schreiben ist der Anteil der Kritik-Briefe hoch. In etwa 84 Prozent dieser Schreiben wurde mindestens ein Kritik-Thema geäußert. Bei den Gesprächsnotizen liegt der Anteil der Notizen mit dokumentierter Patientenkritik nur noch bei 60 Prozent. Hingegen ist der Anteil der Notizen, die eine Informationsanfrage beinhalten, mit 42 Prozent gegenüber den anderen Textgattungen relativ hoch. Nur in 16 Prozent der individuellen Schreiben und in 9 Prozent der standardisierten Beschwerdebriefe wird eine Informationsanfrage geäußert. Der hohe Anteil der Informationsanfragen bei den Gesprächsnotizen kann entweder darauf hinweisen, dass Anrufer häufiger als bei der schriftlichen Kontaktaufnahme die Absicht haben, Informationen bei der Patientenbeauftragten zu erfragen und nur vergleichsweise selten Beschwerden, Hilfesuche oder Hinweise zu Problemen zu äußern. Aus den Gesprächen mit den Mitarbeitern der Patientenbeauftragten gibt es aber den Hinweis, dass überwiegend die Punkte eines Gesprächs dokumentiert werden, die für nachfolgende Schritte der Bearbeiter Anlass gaben. Dies sind in der Praxis eher das Versenden von Erläuterungen und Informationen als das Nachverfolgen einzelner Beschwerdeanlässe.

Tabelle 2 Funktion der Anfragen in Abhängigkeit von der Form (N=19.117)

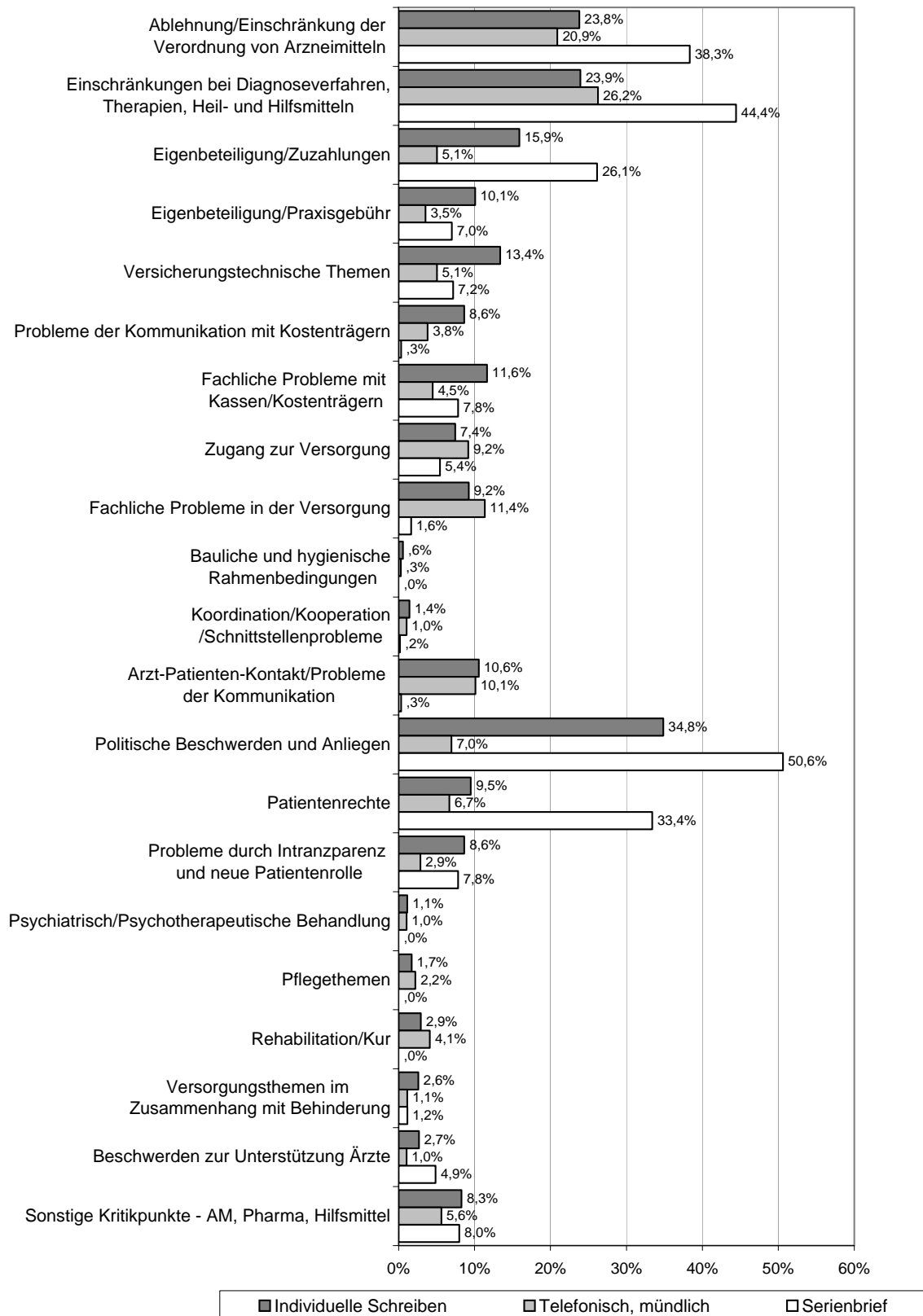
	Individuelle Schreiben Anteile	Telefonisch, mündlich Anteile	Serienbrief Anteile
Briefe mit Beschwerden*	83,8%	59,7%	99,8%
Briefe mit Informationsanfragen*	15,6%	41,5%	8,5%
Briefe ohne gesundheitspolitisches Thema	9,2%	5,9%	0,1%
Gesamt N	16117	1755	1215

\*Darin sind jeweils etwa 8 % Briefe enthalten, die sowohl Beschwerden als auch Informationsanfragen beinhalten N=1583.

Entsprechende Unterschiede findet man auch bei der Betrachtung der Themen der Briefe, wenn man sie für die Textgattungen getrennt vornimmt (Abbildung 3). Es zeigt sich, dass sich die Inhalte der *standardisierten Beschwerdebriefe und Unterschriftenlisten* auf wenige Themen aus dem möglichen Gesamtspektrum konzentrieren. Insbesondere charakterisieren sich die standardisierten Briefe durch Beschwerden über die Einschränkung von bisherigen Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit einher geht eine überdurchschnittlich hohe Nennung politischer Kritik. Meistens wird kritisiert, dass die jeweilige neue Regelung eine Diskriminierung bestimmter Patientengruppen bedeute bzw. sozial unausgewogen sei. Bei den *Gesprächsnotizen* fällt auf, dass der Anteil der politischen Beschwerden und Anliegen mit 7 Prozent deutlich seltener berichtet wird als in der Gattung der individuellen Briefe und der standardisierten Beschwerdebriefe und Unterschriftenlisten.

Auf Grund der beschriebenen Unterschiede zwischen den Textgattungen und den damit verbundenen Interpretationsproblemen sowie auf Grund der Notwendigkeit sich in diesem Zwischenbericht thematisch zu beschränken, wird im Folgenden bei der Analyse nur auf die Teilstichprobe der individuellen Schreiben zurückgegriffen. Diese stellen mit 16.117 Schreiben oder 84,3 Prozent der Gesamtstichprobe eine hinreichend große Basis dar. Für den Endbericht sind dann weitere vergleichende Analysen über die Textgattungen hinweg geplant.

Abbildung 3 Kritikthemen nach Form der Anfrage, Anteile der Briefe mit jeweiligen Themen in %  
 (Mehrfachnennungen möglich) Gesamt N Briefe mit Beschwerden = 15.766  
 Individuelle Schreiben mit Beschwerden N = 1.350, telefonisch/mündliche Anfragen mit  
 Beschwerden N = 1.048, Serienbriefe mit Beschwerden N = 1.213



### 3.2 Autoren und Betroffene in den *individuellen Schreiben an die Patientenbeauftragte*

Die individuellen Schreiben an die Patientenbeauftragte haben im Durchschnitt etwa eine Länge einer bis eineinhalb Seiten (Arithm. Mittel: 1,5 Seiten, Median: 1 Seite).<sup>1</sup> Die 16.117 Briefe wurden von insgesamt 13.565 Autoren geschrieben. Die Anzahl der Briefe je Autor verteilt sich wie in Tabelle 3 angegeben. Etwa 86 Prozent der Autoren haben sich in den Jahren 2004 bis 2007 nur einmal an die Patientenbeauftragte gewandt.

*Tabelle 3 Anzahl der Briefe pro Autor (N=16.117)*

	Anzahl	Anteil
1 Brief pro Autor	11702	86,3%
2 Briefe pro Autor	1423	10,5%
3 Briefe und mehr	440	3,2%

Typisch für das Ausgangsmaterial und die Erhebungsform ist, dass nicht alle mit dem Kategoriensystem erfassbaren Merkmale systematisch von den Anfragenden berichtet werden. Die Briefautoren halten sich überwiegend an die Konventionen der schriftlichen Kommunikation und geben damit eine Reihe von Informationen an. Zu diesen Informationen zählen der Name, das Geschlecht, die Adresse und die Themen, die zum Schreiben motiviert haben. Darüber hinaus geben die Autoren in der Regel aber nur solche Informationen weiter, die ihnen für das Verständnis ihres Anliegens notwendig erscheinen oder die dem Anliegen Nachdruck und besondere Bedeutung verleihen. Das hat zur Konsequenz, dass es Schreiben gibt, die nur wenige soziodemographische Informationen zu den Betroffenen enthalten. Da die *Autoren* der Briefe nicht immer mit den in den Briefen beschriebenen von gesundheitlichen Versorgungsproblemen *betroffenen Personen* übereinstimmen, wurden einige Informationen getrennt für *Briefautoren* und *Betroffene* erhoben (Tabelle 4).

Die *AutorInnen* der Briefe sind zu 52,2 Prozent männlich, zu 44,2 Prozent weiblich und in 3,6 Prozent der Fälle traten Paare als Autoren auf. In 80,8 Prozent der Fälle stimmen Autor und Betroffener der angesprochenen Probleme oder des Informationsbedarfs überein, d.h. 13.021 Briefe wurden von den Autoren in eigener Sache verfasst. Jeweils etwa fünf Prozent der Autorinnen und Autoren schrieben für ihre Partner oder als Eltern für ihre meist jungen Kinder. Töchter, Söhne oder Schwiegertöchter, -söhne, die für ihre Eltern schrieben machen etwa vier Prozent der Briefe aus. Der Anteil der Briefe von Ärzten, Pflegekräften oder anderer Professionen, die an der Versorgung der Patienten beteiligt sind und sich für ein Anliegen ihrer Patienten einsetzen, liegt bei zwei Prozent. Der Anteil der Briefe, in denen sich Ärzte, Pflegenden und andere Professionen mit dem Anliegen der Verbesserung der eigenen (Arbeits-)Situation an die Patientenbeauftragte wenden, liegt bei 1,6 Prozent.

---

<sup>1</sup> Referenz der Schätzung durch die CodiererInnen war eine handschriftliche A4-Seite mit 200 Worten.



*Tabelle 4 Charakteristik der Briefautoren*

	Häufigkeit	Anteile in %
<b>Geschlecht der Autoren N= 15990 (99,2%)</b>		
Männlich	8339	52,2
Weiblich	7072	44,2
Paarbrief	579	3,6
<b>Rolle der Autoren N=16117 (100%)</b>		
Patient – Brief in eigener Sache	13021	80,8
Partner, Partnerin	776	4,8
Mutter, Vater	783	4,9
Tochter, Sohn, Schwiegertochter,- sohn	598	3,7
Sonstige Verwandte, Freunde, Nachbarn	197	1,2
Arzt, Pflege, andere Professionen	329	2,0
Professionelle Eigenanliegen	259	1,6
Sonstige Autoren	154	1,0

Unter Betroffenen verstehen wir diejenigen Personen, deren Informations-, Hilfebedarf oder Problem den Auslöser für die Anfrage an die Patientenbeauftragte darstellt. Bei den 15.815 Fällen, für die eine Angabe des Geschlechts vorlag, waren die Betroffenen zu 49 Prozent männlich und zu 47 Prozent weiblich.

Das in vier Gruppen klassierte Alter der Betroffenen lag bei 7.713 Briefen vor. In sieben Prozent dieser Fälle waren die Betroffenen Kinder und Jugendliche (0 – 18 Jahre), in 47,5 Prozent Erwachsene (19-64 Jahre) und in 45,6 Prozent ältere Menschen (65 Jahre und älter). Bei acht Prozent der Briefe mit Altersangaben handelt es sich um hochaltrige Betroffene (80 Jahre und älter) (Tabelle 5).

Der Versichertenstatus wurde in 81 Prozent der individuellen Schreiben angegeben oder ließ sich eindeutig auf Grund der Themen der Briefe zuordnen. In 93 Prozent der Fälle waren die Betroffenen Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, in fünf Prozent privat versichert und in 1,3 Prozent nicht versichert.

In 6.967 Briefen (43,2 % aller Schreiben) konnte der Erwerbsstatus der Betroffenen codiert werden. Deren Verteilung wird in Tabelle 5 dargestellt. Entsprechend dem hohen Anteil älter Menschen unter den Betroffenen liegt auch der Anteil der Rentner und Pensionäre mit 52 Prozent relativ hoch.

Der Bildungshintergrund der Betroffenen wurde von uns als kombinierte Variable erhoben, die einen niedrigen, mittleren und hohen Bildungsabschluss unterscheidet. Darin ging entweder der angegebene höchste Bildungsabschluss oder eine Schätzung des für den ausgeübten Beruf nötigen Bildungsabschlusses ein. Trotz der Kombination zweier Merkmale liegt der Anteil der Briefe, bei denen ein Bildungshintergrund der Betroffenen erhoben werden konnte, nur bei 7 Prozent. Vor diesem Hintergrund sind die sich ergebenden Verteilungen nicht seriös auszuwerten. Es gibt darüber hinaus inhaltliche Gründe die Zweifel daran aufkommen lassen, dass 85 Prozent der Betroffenen einen hohen Bildungs-

hintergrund und nur zwölf und drei Prozent einen mittleren bzw. niedrigen Bildungshintergrund haben. Die beim Codieren gewonnene Einschätzung ist, dass Angehörige prestigeträchtiger Berufe oder hoher Bildungsabschlüsse deren Nennung in ihren Schreiben mit der Absicht verbinden, ihren Anfragen mehr Gewicht zu verleihen. Unsere These ist, dass Personen mit mittleren und niedrigem Bildungshintergrund diese Angabe in den Briefen als nicht relevant für ihr Anliegen ansehen und deshalb nicht nennen. Eine Untersuchung der Frage, welchen Einfluss die Bildung und der soziale Status auf die Inanspruchnahme der Institution Patientenbeauftragte hat, ist letztlich nur durch eine nachgehende standardisierte Befragung einer Stichprobe von Anfragenden zu klären.

*Tabelle 5 Charakteristik der Betroffenen*

<b>Geschlecht der Betroffenen N=15815 (98,1%)</b>		
Männlich	7746	49,0%
Weiblich	7411	46,9%
Paarbriefe	658	4,2%
<b>Alter der Betroffenen N=7713 (47,9%)</b>		
0-18 Jahre	539	7,0%
19-64 Jahre	3660	47,5%
65 und älter	3514	45,6%
– darunter: 80+	619	8,0%
<b>Versicherungsstatus N=13110 (81,3%)</b>		
GKV	12230	93,3%
Privat versichert	664	5,1%
Nicht versichert	176	1,3%
Sonstige Versicherung	40	0,3%
<b>Erwerbsstatus N=6967 (43,2%)</b>		
Erwerbstätig	1446	20,8%
In Ausbildung	366	5,2%
Rentner, Pensionär	3649	52,4%
EU-Renter	683	9,8%
Arbeitslos, Sozialhilfe	643	9,2%
Sonstiges	180	2,6%
<b>Bildung Bildungshintergrund N=1174 (7,3%)</b>		
Niedrig	32	2,7%
Mittel	139	11,8%
Hoch	1003	85,4%

Die gesundheitliche Situation der Betroffenen charakterisiert sich, wie es zu erwarten war, durch hohe Belastungen. In 33 Prozent (5.324) aller individuellen Schreiben lässt sich bei den Betroffenen eine chronische Erkrankung feststellen. Multimorbidität wurde in 4,7 Prozent der Schreiben als besondere Belastung genannt. Bezieht man die Briefe mit ein, in denen mindestens drei Erkrankungen angegeben

wurden, sind es 8,9 Prozent der Briefe. Bei den älteren Betroffenen (65 und älter) und den Hochaltrigen (80 und älter) lag der Anteil bei 41,7 und 43,8 Prozent der Schreiben Multimorbidität angegeben. Der Vergleich mit anderen Studien zur Prävalenz von Multimorbidität ist mit Schwierigkeiten verbunden, zu verschiedenen sind die Definitionen und Messkonzepte (Kuhlmeier A. 2008). Die Berliner Altersstudie, die klinische Untersuchungen zur Grundlage hat, berichtet, dass jeder dritte über 70-Jährige an fünf mittelschweren Erkrankungen leidet (Steinhagen-Thiessen E. & Borchelt M. 1996). Der Alterssurvey für folgende Anteile der Befragten fünf oder mehr selbstberichtete Erkrankungen an: 40 – 54 Jahre: 4 Prozent, 55 –69 Jahre: 12 Prozent und 70 – 85 Jahre 24 Prozent (Wurm S. & Tesch-Römer C. 2006).

Das Krankheitsspektrum der Betroffenen wurde von uns auf der Ebene der ICD-10 Oberkapitel erfasst. Zudem haben wir ausgewählte Krankheitsbilder innerhalb der ICD-10 Oberkapitel detaillierter erfasst. Es dominieren Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. In 21 Prozent der Briefe wurde mindestens eine Erkrankung aus diesem Krankheitsbereich genannt. Am zweithäufigsten wurden mit 17 Prozent Krankheiten des Kreislaufsystems genannt. Darauf folgen mit 12 bis 13 Prozent Krankheiten des Verdauungssystems, Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten und Neubildungen (Tabelle 6).

*Tabelle 6 Die am häufigsten genannten Erkrankungen der Betroffenen  
Briefe mit Benennung von Erkrankungen N=10.174 (63,0% der Briefe)  
(Mehrfachnennungen möglich)*

	N (Nennungen)	Prozent der Fälle
Krankheiten des Muskel - Skelett - Systems	2144	21,1%
Krankheiten des Kreislaufsystems	1769	17,4%
Krankheiten des Verdauungssystems	1311	12,9%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	1310	12,9%
Neubildungen	1170	11,5%
Krankheiten des Nervensystems	1000	9,9%
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	938	9,2%
Psychische- und Verhaltensstörungen	920	9,1%
Krankheiten des Auges	752	7,4%
Krankheiten des Urogenitalsystems	685	6,8%
Krankheiten des Atmungssystems	646	6,4%
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	505	5,0%
Krankheiten der Haut	476	4,7%
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	279	2,7%
Krankheiten des Ohres	200	2,0%
Symptome und abnorme klinische Befunde oder Laborbefunde	121	1,2%
Krankheiten des Blutes	104	1,0%
<b>Gesamt</b>	<b>14532</b>	<b>143,2%</b>

### 3.3 Kritik am Gesundheitswesen und Informationsanfragen im Zeitverlauf – Konjunkturen vs. Kontinuitäten

#### 3.3.1 Begriffliche Klärung: Informationsanfragen vs. Kritik am Gesundheitswesen

Bei der Klassifizierung der Gründe oder der Themen, welche die Anfragenden dazu bewogen haben, sich mit einem Brief oder einer Email an die Patientenbeauftragte zu wenden, haben wir zunächst eine grundsätzliche Einteilung in zwei Funktionen der Schreiben vorgenommen.

- Kritik am Gesundheitswesen
- Informationsanfragen

Zum einen kann ein Thema, das einen Patienten bewegt, Anlass einer *Informationsanfrage* sein. Informationsanfragen sind für uns diejenigen Fragen, hinter denen ein „echtes“ Informationsanliegen oder die Bitte um Zusendung von weiterführendem Material zu gesundheitlichen oder gesundheitspolitischen Fragen steht. Rhetorische Fragen, die sich relativ häufig als kritische Anmerkungen in den Briefen finden, wurden nicht als Informationsanfrage codiert.

In der Kategorie *Kritik am Gesundheitswesen* haben wir das Spektrum von Funktionen zusammengefasst, das aus der Perspektive der Autoren etwa folgenden Raum umfasst:

- eine Beschwerde bei der Patientenbeauftragten zu platzieren über ein konkretes Behandlungsereignis, eine nicht-erbrachte Behandlung, strukturelle Probleme des Gesundheitswesens oder politische bzw. administrative Entscheidungen
- Ein Hilfesuch an die Patientenbeauftragte richten, um Unterstützung durch Ihre Intervention in einem konkreten Fall oder für eine Patientengruppe zu erbitten.
- Eine Beschreibung von Versorgungs- oder gesundheitspolitischen Problemen oder Hinweise zur Verbesserung des Gesundheitswesens der Patientenbeauftragten zur Kenntnis geben zu wollen.

Diese Funktionen, die Autoren mit dem Aufgreifen bestimmter Themen in ihrem Brief verbinden, werden von uns als Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen interpretiert. Wir nutzen zur Bündelung dieser Funktionen im Folgenden den Begriff *Kritik am Gesundheitswesen*.

Da Briefe sowohl Informationsanfragen als auch Kritik am Gesundheitswesen enthalten können, wurden die Funktionen nicht den Briefen als Ganzes, sondern den jeweiligen innerhalb der Briefe identifizierten Themen zugeordnet.

Briefe, die mindestens ein Thema mit Kritik am Gesundheitswesen enthalten, stellen mit 84 Prozent gegen über den Briefen, die mindestens eine Informationsanfrage enthalten, mit 16 Prozent deutlich den größeren Anteil dar. Zu beachten ist, dass innerhalb der beiden Gruppen jeweils 8,6 Prozentpunkte auf Briefe entfallen, die sowohl *Informationsanfragen* als auch *Kritik am Gesundheitswesen* enthalten.

Der Schwerpunkt der Anliegen, die Menschen dazu motiviert, sich an die Patientenbeauftragte zu wenden, liegt also klar auf der Weitergabe von Kritik am Gesundheitswesen.

Tabelle 7 Verteilung von Informationsanfragen vs. Beschwerden, Hilfesuche, Problembeschreibungen (N=16.117)

	Häufigkeit	Anteile in %
<b>Briefe mit Kritik am Gesundheitswesen*</b>	13505	83,8
- darunter: Kritik-Briefe mit Informationsanfragen	1391	8,6
<b>Briefe mit Informationsanfragen*</b>	2525	15,7
- darunter: Informationsanfragen mit Kritikthemen	1391	8,6
<b>Briefe, die kein Thema im Sinne der Untersuchung haben</b>	1478	9,2

\* Die Briefe, die sowohl Informationsanfragen als auch Kritik enthalten, gehen in beide Kategorien ein. Die Summe der Prozentwert liegt deshalb über 100 %.

Wenn in den folgenden Analysen die Verteilung von Kritik-Themen betrachtet wird, ist zu beachten, dass sich die angegebenen Prozentwerte jeweils auf die Anzahl derjenigen Briefe beziehen, die eine Kritik am Gesundheitswesen beinhalten. Dies sind insgesamt 13.505 Briefe.

Analysen zur Verteilung der Informationsanfrage-Themen beziehen sich entsprechend nur auf diejenigen Briefe, die Informationsanfragen enthalten. Das sind 2.525 der 16.117 individuellen Schreiben (15,6 %).

### 3.3.2 Kritik am Gesundheitswesen – Beschwerden, Hilfesuche und Problembeschreibungen

#### 3.3.2.1 Kritik am Gesundheitswesen im Überblick

Zur Erfassung der Themen, die im oben erläuterten Sinne eine Kritik am Gesundheitswesen enthalten, haben wir das Spektrum der geäußerten Beschwerden, Hilfesuche und Berichte zu Versorgungs- oder gesundheitspolitischen Problemen in 20 Oberkategorien erfasst. Hinter diesen Oberkategorien liegen jeweils weitere Unterkategorien, die die Themen der Oberkategorien spezifizieren und erläutern. Von den CodiererInnen wurden die thematischen Inhalte der Briefe auf der Ebene der Unterkategorien erfasst. Der Überblick über die anteilige Bedeutung der Ober-Themen (Abbildung 4) im Querschnitt der Jahre 2004 bis 2007 zeigt, dass die Oberkategorie „Politische Beschwerden und Anliegen“ die häufigste Nennung innerhalb der individuellen Briefe erhält. 35 Prozent der insgesamt 13.505 individuellen Briefe, die eine Kritik am Gesundheitswesen enthalten, führen mindestens eine Beschwerde, ein Hilfesuch oder einen Bericht zu Versorgungsproblemen auf. Unter der Oberkategorie „Politische Beschwerden und Anliegen“ wurden u.a. folgende Aspekte codiert (für die Häufigkeit der einzelnen Unterkategorien siehe Abbildung 8 auf Seite 26):

- die Kritik, dass Reformen oder Strukturen des Gesundheitswesen (konkret meistens Sparanstrengungen) negative gesundheitliche Auswirkungen auf die Bevölkerung haben,
- die Kritik, dass Reformen eine ungerechte Politik zu Lasten einzelner Bevölkerungsgruppen darstellt,
- die Kritik, dass das Gesundheitswesen oder einzelne Reformen sozial unausgewogen gestaltet seien,

- Kritik an einer materiellen Besserstellung von Politikern und Beamten sowie an gesundheitsversorgungsbefugten Sonderregelungen für diese Gruppen,
- allgemeine Kritik an der Politik

Danach folgen, wie Abbildung 4 zeigt, die Oberthemen „Einschränkungen bei Diagnoseverfahren, (nicht-medikamentösen) Therapien, Heil- und Hilfsmitteln“ und „Ablehnung, Einschränkung, Streichung der Verordnung von Medikamenten/Arzneimitteln, auch Kritik am Umfang der Versicherungsleistungen bei Medikamenten“ mit jeweils der Nennung in 24 Prozent der Briefe. Unter den „top five“ der Kritik-Themen finden sich außerdem die Punkte „Eigenbeteiligung/Zuzahlungen“ (16 %) und „Versicherungstechnische Themen“ (Kritik im Zusammenhang mit Nichtversicherung, Beitragsgestaltung, Kassenwechsel usw.) mit 13 Prozent.

Abbildung 4 Themen der Kritik am Gesundheitswesen im Querschnitt 2004 bis 2007, Anteile der Themen an individuellen Beschwerdeschreibern in % (N= 13.505) (Mehrfachnennungen möglich)

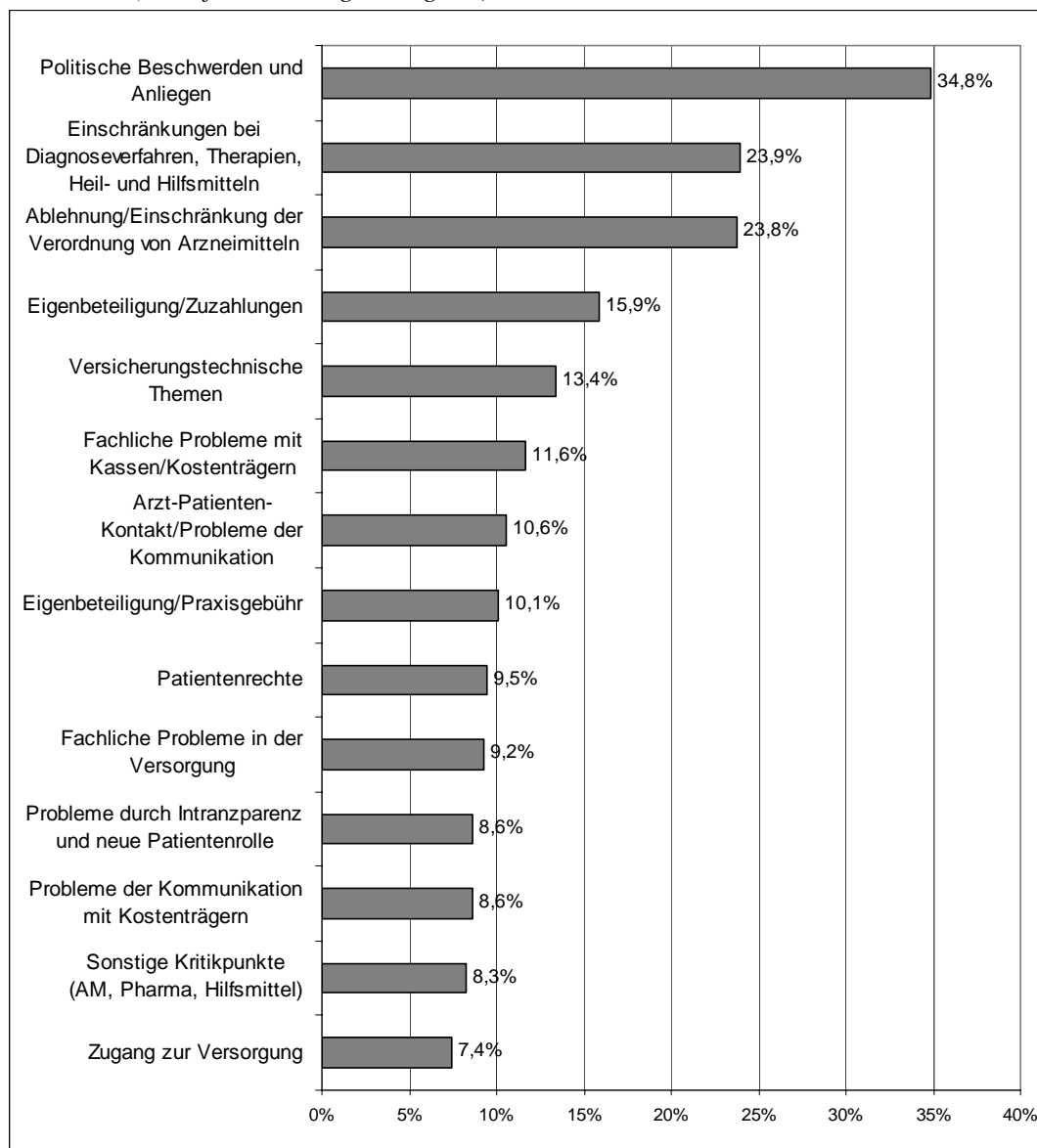
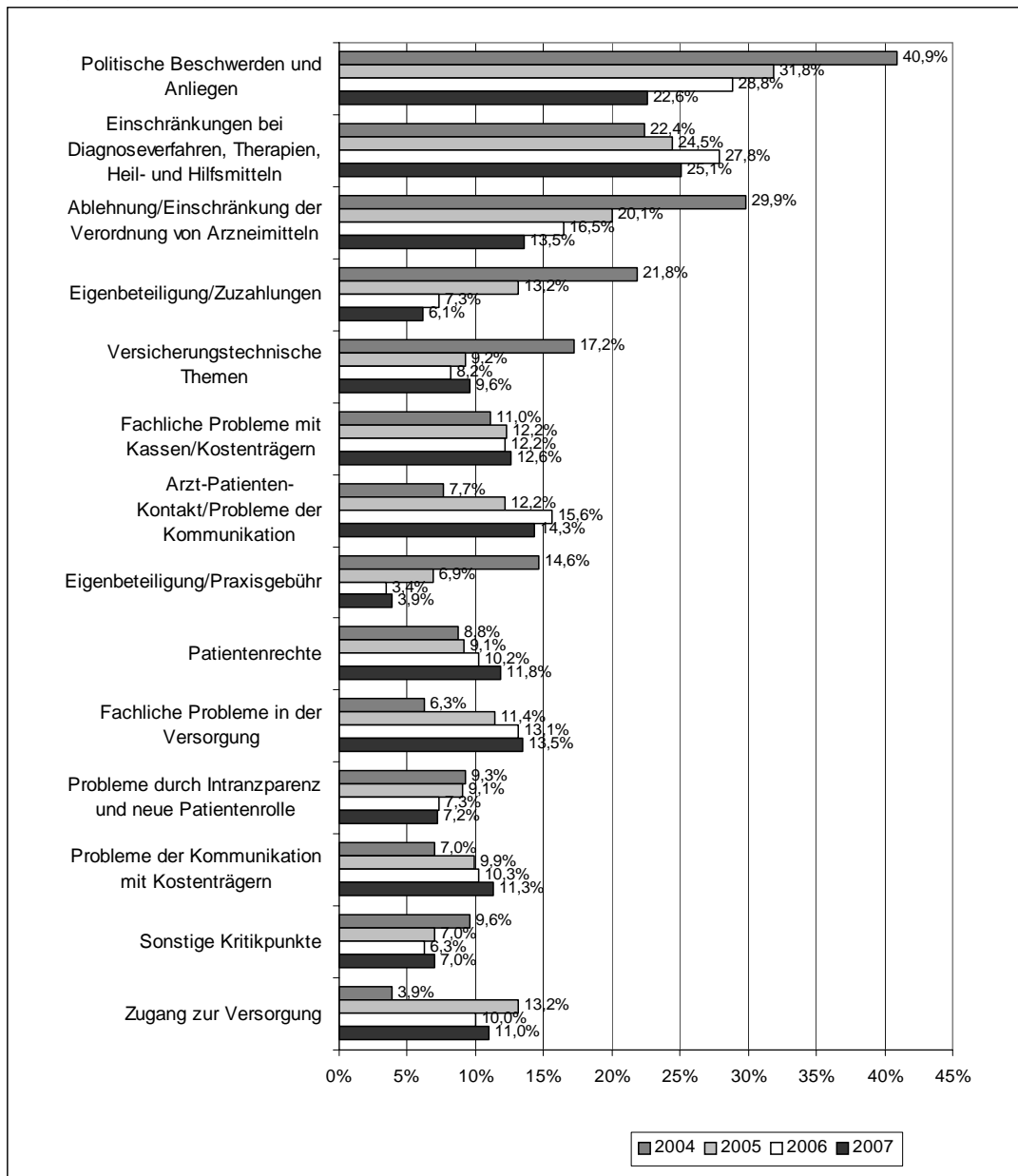


Abbildung 5 Themen der Kritik am Gesundheitswesen im Vergleich der Jahre 2004 bis 2007  
 (Anteile der individuellen Kritik-Briefen mit dem jeweiligen Thema in %, individuelle Kritik-Briefe N = 13.505, 2004 N = 7.215, 2005 N = 2.352, 2006 N = 1.839, 2007 N = 2.099)  
 (Mehrfachnennungen möglich)



Der Vergleich von Abbildung 4 und Abbildung 5 zeigt, dass die Durchschnittswerte der Jahre 2004 bis 2007 nur bedingt geeignet sind, die Dynamik der Verschiebung von Themenschwerpunkten zwischen den Jahren widerzugeben. So zeigt sich beim Thema Oberkategorie „Politische Beschwerden und Anliegen“, dass die Anteile der Nennungen an den Kritik-Briefen im Jahr 2007 nur noch etwa halb so hoch liegen wie im Jahr 2004. Im Jahr 2004 war das Thema in 41 Prozent der Kritik-Briefe vertreten. Im Jahr 2007 nur noch in 23 Prozent dieser Briefe. Eine abnehmende relative Bedeutung über den Zeitverlauf zeigt sich auch bei den Themen „Ablehnung, Einschränkung, Streichung der Verordnung

von *Medikamenten/Arzneimitteln*“. Hier geht der Anteil des Themas von 30 Prozent der Kritik-Briefe auf 14 Prozent zurück. Der gleiche Trend findet sich auch bei den Themen *„Eigenbeteiligung/Zuzahlungen“*, *„Eigenbeteiligung/Praxisgebühr“* und bei der Kategorie *„Versicherungstechnische Themen“* (Abbildung 5). Diese Themen sind eng mit einigen Inhalten des GKV-Modernisierungsgesetzes, das am 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist, verbunden. Die Abnahme der relativen Bedeutung dieser Themen kann auf eine gestiegene Akzeptanz oder zumindest eine Gewöhnung an die Maßnahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes hinweisen.

Eine andere zeitliche Entwicklung zeigt sich bei dem Thema *„Einschränkungen bei Diagnoseverfahren, (nicht-medikamentösen) Therapien, Heil- und Hilfsmitteln“*. Hier liegt der höchste Anteil im Jahr 2006.

Eine stetige Zunahme der relativen Bedeutung im Zeitverlauf ist dagegen beispielsweise bei den Themen *„Arzt-Patienten-Kontakt/Probleme der Kommunikation“*, *„Fachliche Probleme in der Versorgung“*, *„Patientenrechte“* und *„Probleme der Kommunikation mit Kostenträgern“* zu verzeichnen (Abbildung 5).

Im Folgenden sollen anhand ausgewählter Oberthemen die Fragen nach Themen-Konjunkturen, d.h. nach starken Schwankungen von Kritik-Themen im Zeitverlauf, und Themen-Kontinuitäten, also den „Dauerbrennern“ unter den Themen, untersucht werden. Dabei stellt sich auch die Frage, welche Perspektive die geeignete Betrachtung für die Einschätzung der „Bedeutung“ eines Themas ist: der Blick auf die absolute Zahl von Briefen, die eine spezifische Kritik am Gesundheitswesen enthalten, oder der Prozentanteil, den ein Thema an den Briefen, die innerhalb eines Zeitraums eingegangen sind, einnimmt.



### 3.3.2.2 Konjunktoren spezifischer Beschwerdethemen

In Abbildung 6 und Abbildung 7 werden zwei Darstellungen der Oberthemen „Politische Beschwerden und Anliegen“, „Ablehnung/Einschränkung der Verordnung von Medikamenten“, „Einbeteiligung Praxisgebühr“, „Arzt-Patienten-Kontakt/Probleme der Kommunikation“, „Fachliche Probleme in der Versorgung“ gegenübergestellt. In Abbildung 6 wird in absoluten Zahlen dargestellt, wie häufig das jeweilige Thema im Verlauf der Quartale von 2004 bis 2007 bei der Patientenbeauftragten angesprochen wird. Abbildung 7 zeigt hingegen den Anteil der Nennungen des Themas im Bezug auf die Zahl der Briefe mit Kritik am Gesundheitswesen im jeweiligen Quartal. Die beiden Grafiken bieten sehr unterschiedliche Bilder. Die absoluten Häufigkeiten, die von der hohen Zahl an Briefen in den ersten beiden Quartalen 2004 geprägt wird, werden anscheinend von mindesten zwei Faktoren beeinflusst: Zum einen scheint es durch die besondere Aufmerksamkeit von Rundfunk und Presse bei Einführung des Amtes eine „medieninduzierte“ überdurchschnittliche Nutzung der Patientenbeauftragten zu geben. Zum anderen hat das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) einen Einfluss auf die überdurchschnittliche Nutzung der Patientenbeauftragten, die man als „GMG-induziert“ bezeichnen könnte. Beide Effekte überlagern sich und sind nicht zu trennen. Man sieht in Abbildung 6, dass die „GMG-Themen“ wie die Kritik an der „Einschränkung der Verordnung von Arzneimitteln“ und „Kritik an der Praxisgebühr“ zusammen mit den „politischen Beschwerden und Anliegen“ überdurchschnittlich stark zurückgehen. Ein Rückgang in absoluten Zahlen zeigt sich auch bei „GMG-fernen“ Themen, wie „Arzt-Patienten-Kontakt/Probleme der Kommunikation“ und „Fachliche Probleme in der Versorgung“. Dieser Rückgang ist aber weniger ausgeprägt.

Ein kleiner Gipfel zeigt sich in bei den politischen Themen und der Kritik an der Einschränkung von Arzneimitteln im ersten Quartal 2005.

Die Verläufe der Anteile der Briefe mit dem spezifischen Thema an den Kritik-Briefen des jeweiligen Zeitraums, unterscheiden sich deutlich von der Betrachtung der Absolutzahlen. Bei den GMG-nahen Themen ist der beschriebene Rückgang auch bei der anteiligen Betrachtung vorhanden. So sinkt beispielsweise der Anteil der Briefe, die eine politische Kritik enthalten von 48 Prozent im 1. Quartal 2004 auf knapp über 20 Prozent im 4. Quartal 2007. Die Anteile der Briefe mit den Themen „Ablehnung/Einschränkung der Verordnung von Medikamenten“ und „Kritik an der Praxisgebühr“ gehen von über 30 Prozent auf etwa 10 Prozent bzw. von knapp unter 20 Prozent auf 3 Prozent zurück. Es zeigt sich bei der anteiligen Betrachtung bei den Themen „Fachliche Probleme in der Versorgung“ und „Arzt-Patienten-Kontakt/Probleme der Kommunikation“ aber ein gegenläufiger Trend: Bei beiden Themen nimmt der Anteil der Kritik-Briefe von etwa fünf Prozent im ersten Quartal 2004 auf etwa 15 Prozent im vierten Quartal 2007 zu (Abbildung 7).

Abbildung 6 Ausgewählte Oberthemen im Zeitverlauf, absolute Häufigkeiten

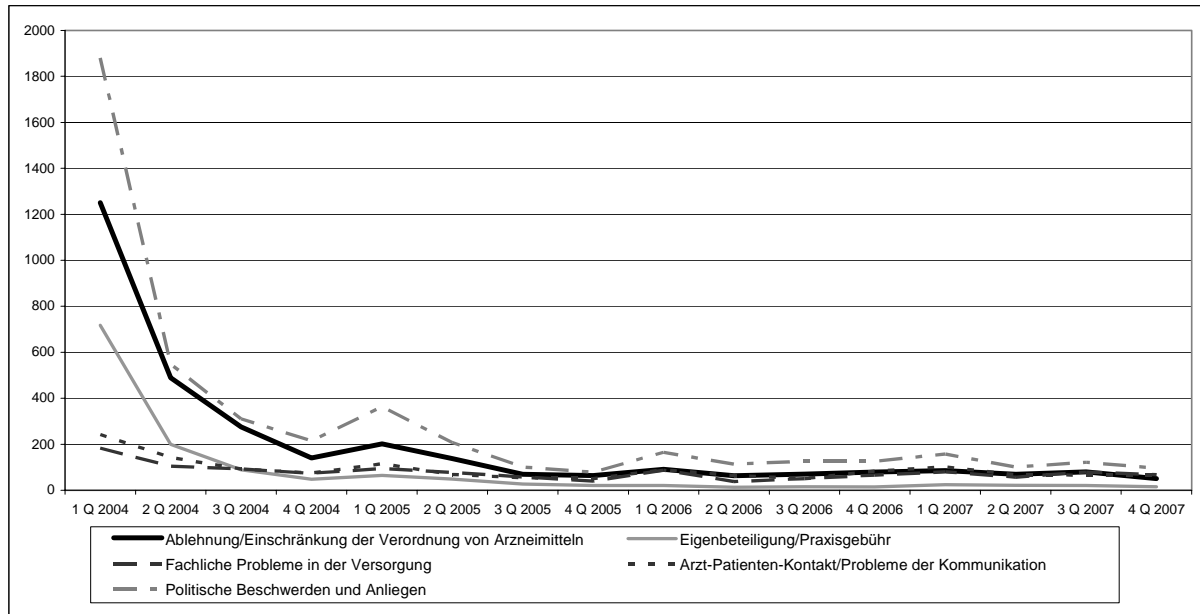
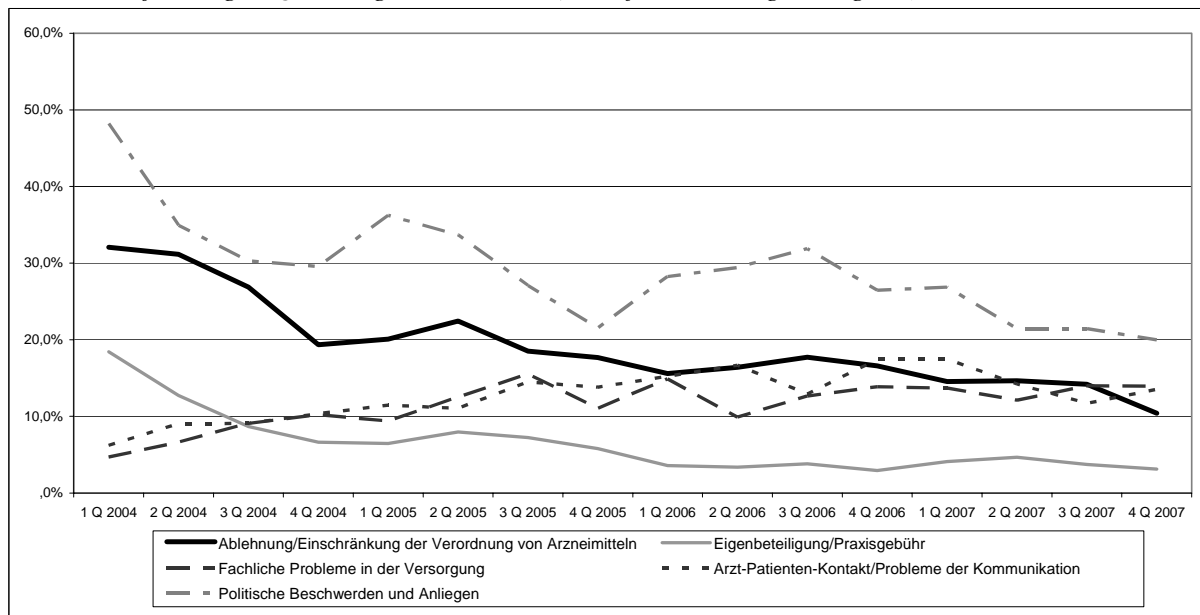


Abbildung 7 Ausgewählte Oberthemen im Zeitverlauf, Anteil der Briefe, in denen das Thema im jeweiligen Quartal genannt wurde (Mehrfachnennungen möglich)

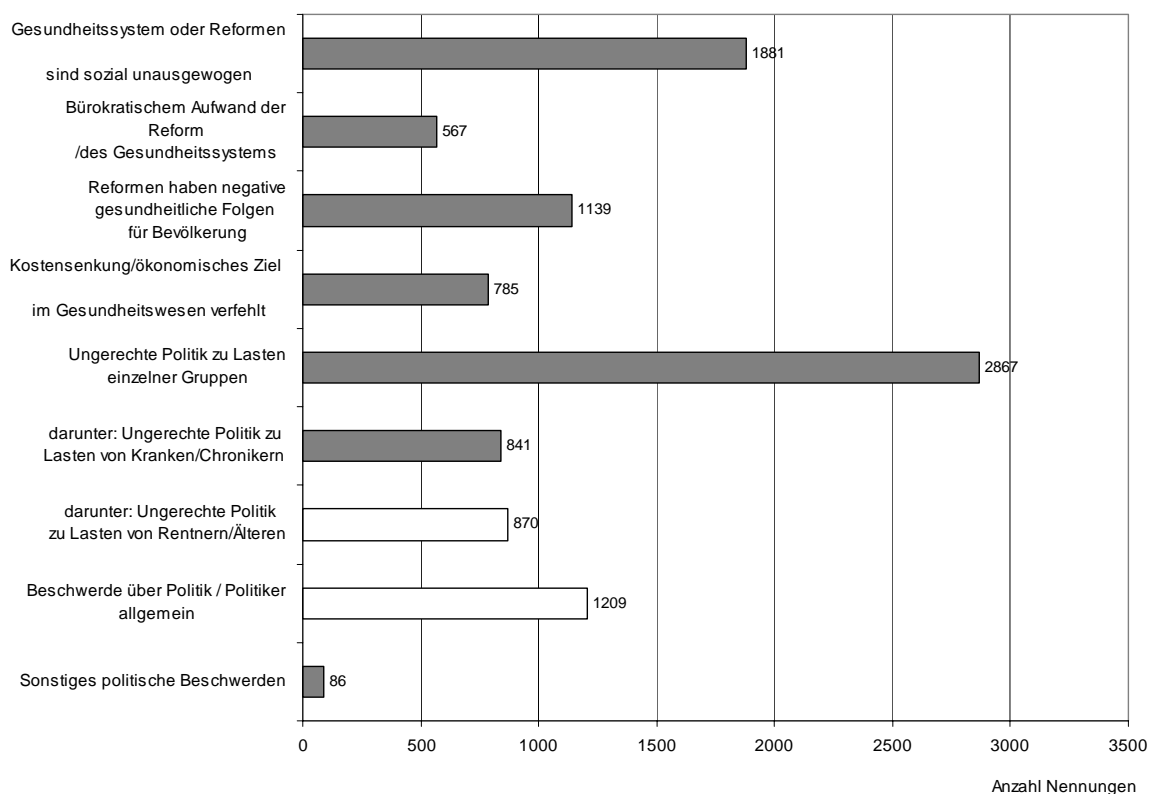


Wenn man die fünf ausgewählten Oberthemen genauer auf der Ebene der Unterkategorien anschaut, wird die inhaltliche Bestimmung dieser Oberthemen deutlich. Unter der Kategorie „Politische Beschwerden und Anliegen“, die in 35 Prozent der Kritik-Briefe zu finden ist, wurden unterschiedliche Aspekte zusammengefasst (Abbildung 8). Zum ersten finden sich darin Bewertungen der Brief-Autoren zu ökonomischen Verteilungswirkungen der Struktur des Gesundheitswesens oder aktueller Reformen. Dies betrifft die beiden am häufigsten genannten Unterkategorien „Ungerechte Politik zu Lasten einzelner Gruppen“ (2.867 Nennungen) und die Kritik, „Gesundheitssystem oder Reformen sind sozial unausgewogen“ (1.881 Nennungen). Zum zweiten geht es in dieser Oberkategorie um andere Aspekte der Kritik an Gesundheitspolitik und Versorgung sowie an Reformbemühungen. Dazu

zählen die Einschätzungen, dass „*Reformen negative gesundheitliche Folgen für die Bevölkerung*“ haben (1.139 Nennungen), „*Kostensenkungsziele werden mit Reformen langfristig verfehlt*“ (785), die Kritik, dass das Gesundheitswesen oder aktuelle Reformen mit einem großen „*Bürokratischem Aufwand für die Patienten*“ (567 Nennungen) verbunden sind. Zum dritten wurden unter der Unterkategorie „*Beschwerde über Politik oder Politiker allgemein*“ noch eine Äußerungen zur allgemeinen politischen Unzufriedenheit und die Ablehnung bestimmter Privilegien für die Gruppe der Politiker codiert. Diese Themen wurden 1.209 Mal genannt.

Schon dieser etwas differenziertere Blick auf die Oberkategorie zeigt, dass die Oberkategorie zwar eine gewisse Heterogenität aufweist, der Schwerpunkt der darin erfassten Kritik allerdings deutlich auf den Problemen der Gestaltung der Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems liegt, und sich insbesondere Verletzungen der Vorstellungen von sozialer Gerechtigkeit und Solidarität bei den Autoren in dieser Oberkategorie spiegeln.

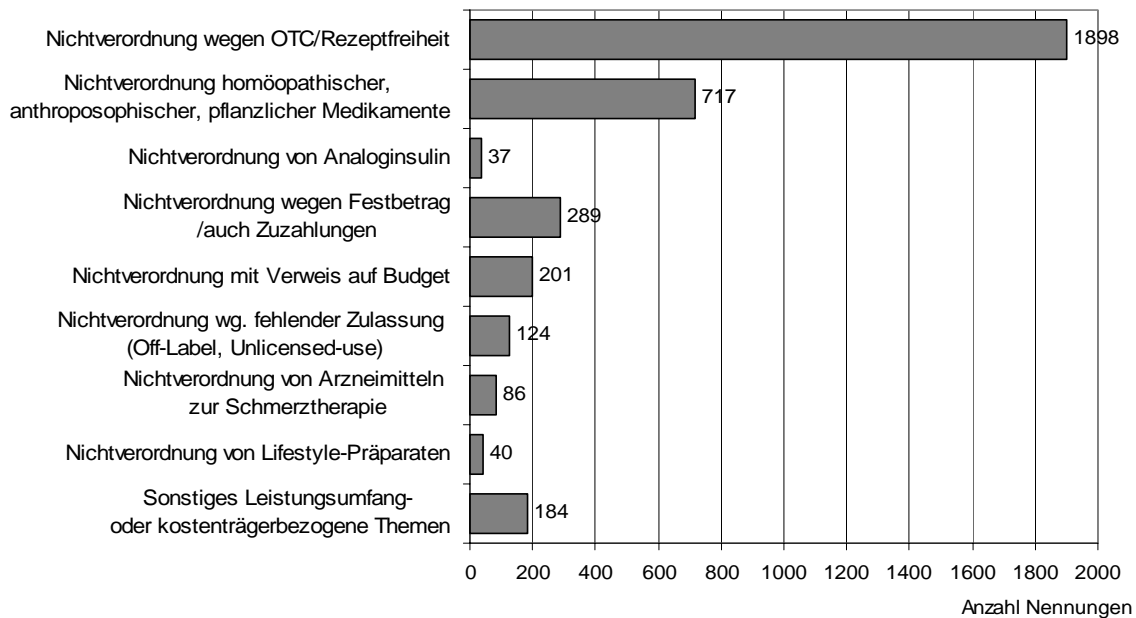
Abbildung 8 Unterkategorien des Oberthemas „*Politische Beschwerden und Anliegen*“  
(Anzahl der Briefe mit diesem Thema, N = 4.706)



Innerhalb der Oberkategorie „*Ablehnung/Einschränkung der Verordnung von Medikamenten*“ wurden die in Abbildung 9 dargestellten möglichen Anlässe für eine Kritik an der Ablehnung oder Einschränkung der Verordnung von Medikamenten zusammengefasst. In diese Kategorie fallen sowohl strukturelle Gründe für eine Einschränkung von medikamentösen Leistungen als auch solche, die in der „individuellen“ Situation des behandelnden Arztes begründet sind. Dominierendes Unterthema ist die

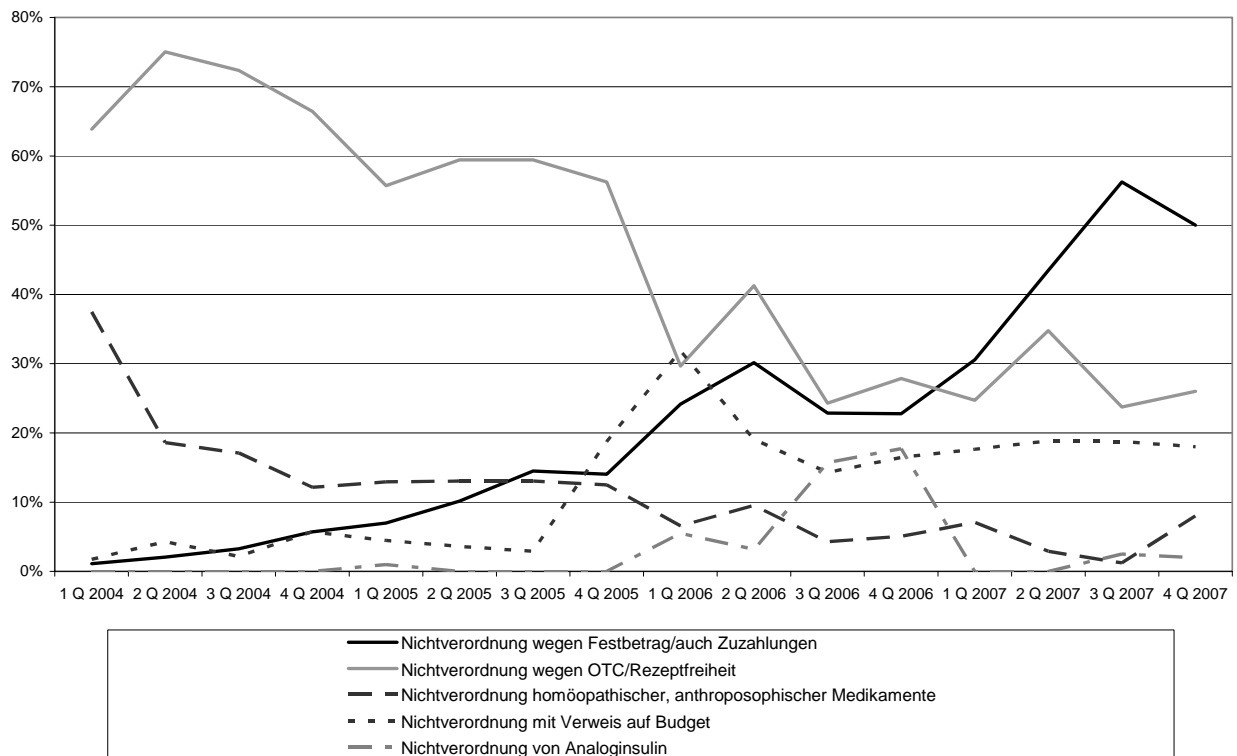
Kritik an der Einschränkung der Verordnungsfähigkeit von rezeptfreien Medikamenten (1.898 Nennungen) zusammen mit der spezifischeren Kritik an der Nicht-Verordnungsfähigkeit homöopathischer, anthroposophischer Medikamente (717 Nennungen).

Abbildung 9 Unterkategorien des Oberthemas „Ablehnung, Einschränkung der Verordnung von Medikamenten/Arzneimitteln“ (Anzahl der Briefe mit diesem Thema, N = 3.214)



Auch auf der Basis der Unterkategorien lässt sich die Unterscheidung zwischen „GMG-nahen“ und „GMG-fernen“ Themen finden. So zeigt die Darstellung der Anteile ausgewählter Unterkategorien im Zeitverlauf (Abbildung 10), dass die Konjunkturen der Unterthemen sehr deutlich von der Reaktion der Patienten auf das GMG geprägt sind. Während die Anteile der beiden gesetzgebungsbedingten Themen „Kritik an der Einschränkung der Verordnung rezeptfreier Medikamente“ und „Kritik an der Nicht-Verordnungsfähigkeit homöopathischer, anthroposophischer Medikamente“, die die ersten beiden Quartale 2004 dominieren, im Verlauf der Zeit an Bedeutung verlieren, nehmen die Anteile anderer Themen zu. Die Themen „Kritik an der Nichtverordnung von Medikamenten wegen Festbetragsregelungen bzw. anfallenden Zuzahlungen“ gewinnen anteilig deutlich an Bedeutung. Gleiches gilt auf niedrigerem Niveau für die Kritik an der Nichtverordnung von Medikamenten mit dem Hinweis auf das Praxisbudget durch den Arzt. Abbildung 10 zeigt am Beispiel des Themas „Kritik an der Nichtverordnung(-sfähigkeit) von Analoginsulin“, dass sich mit den Daten auch solch singuläre und zeitlich begrenzte Probleme gut darstellen lassen.

Abbildung 10 Ausgewählte Unterkategorien des Themas „Ablehnung, Einschränkung der Verordnung von Medikamenten/Arzneimitteln“ im jeweiligen Quartal, (Mehrfachnennungen möglich) N=3.214 Briefe, in denen das Thema genannt wurde



Als letztes Beispiel für die Abhängigkeit bestimmter Themen von politischen Reformen sei das Beispiel der Probleme, die Patienten mit der Praxisgebühr erfahren, hier kurz ausgeführt. Abbildung 6 und Abbildung 7 zeigen, dass das Thema Praxisgebühr seit 2004 sowohl in absoluten Zahlen als auch anteilig im Kontext der anderen Themen an Bedeutung verliert. Bei der genaueren Betrachtung der Unterkategorien lässt sich mit den Daten allerdings noch ein anderer Trend nachzeichnen: Die Kritik an der Einführung der Praxisgebühr bzw. an deren grundsätzlicher Existenz nimmt im Zeitverlauf deutlich ab. Auch die Nennungen von konkreten Konflikten zwischen Ärzten und Patienten beim Erheben der Praxisgebühr gehen in absoluten Zahlen ebenfalls zurück. Ihre relative Bedeutung nimmt aber zu. Die wenigen Beschwerden, die zum Thema Praxisgebühr im Jahr 2007 eingegangen sind, bezogen sich fast ausschließlich auf Konflikte beim Erheben.

Abbildung 11 Unterkategorien des Oberthemas „Kritik an Praxisgebühr“ im Zeitverlauf, absolute Häufigkeit der Nennungen

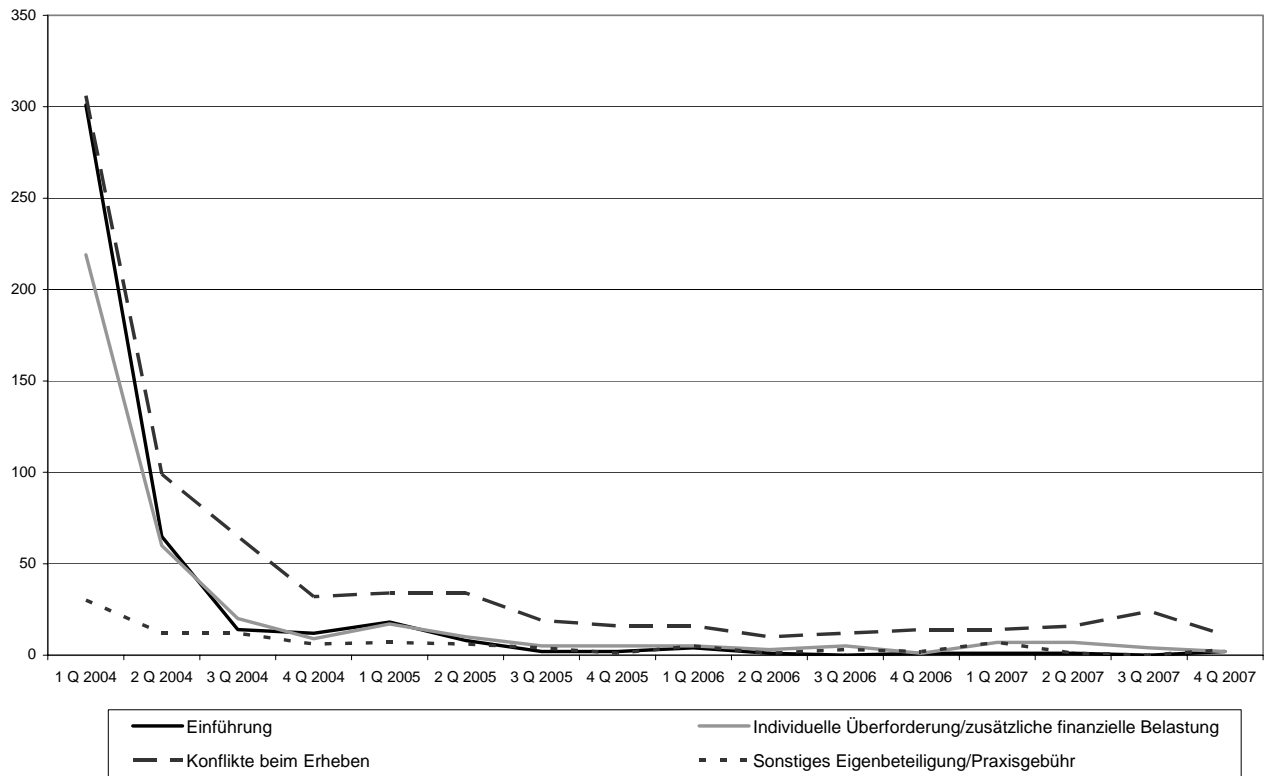
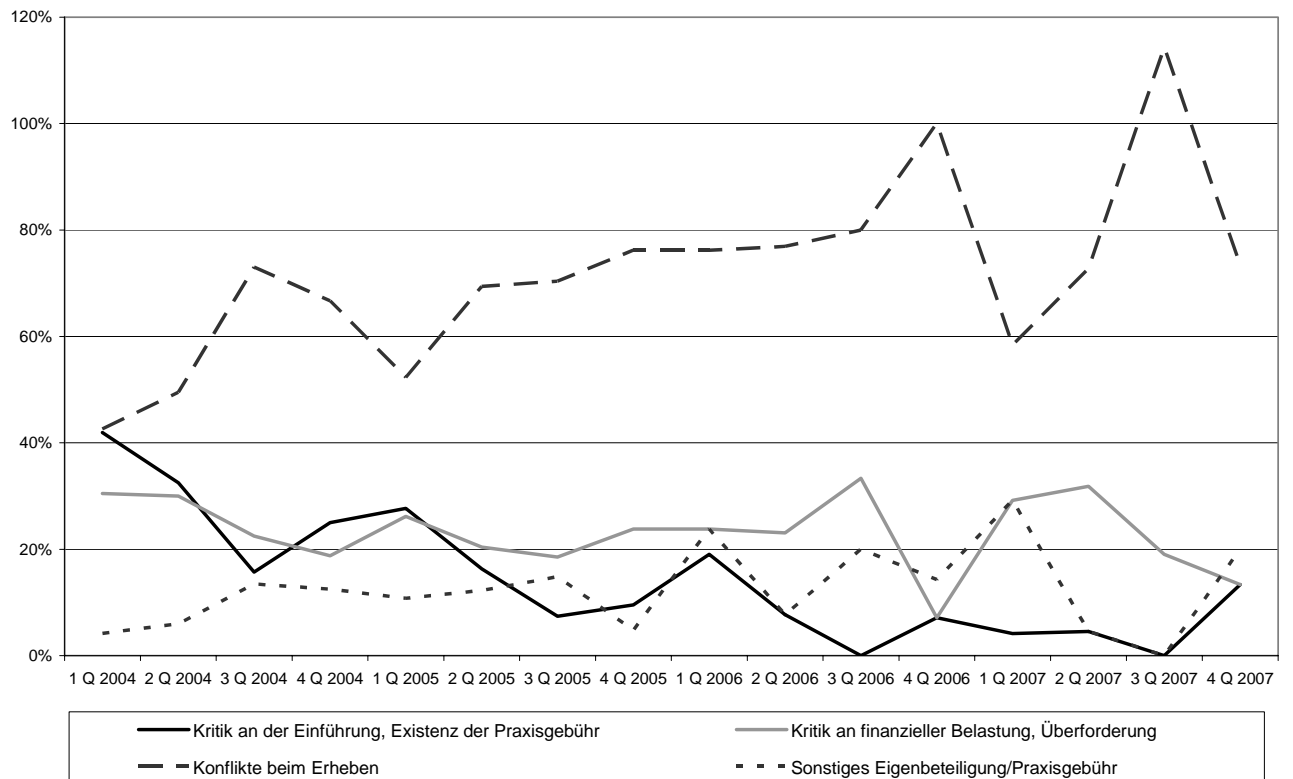
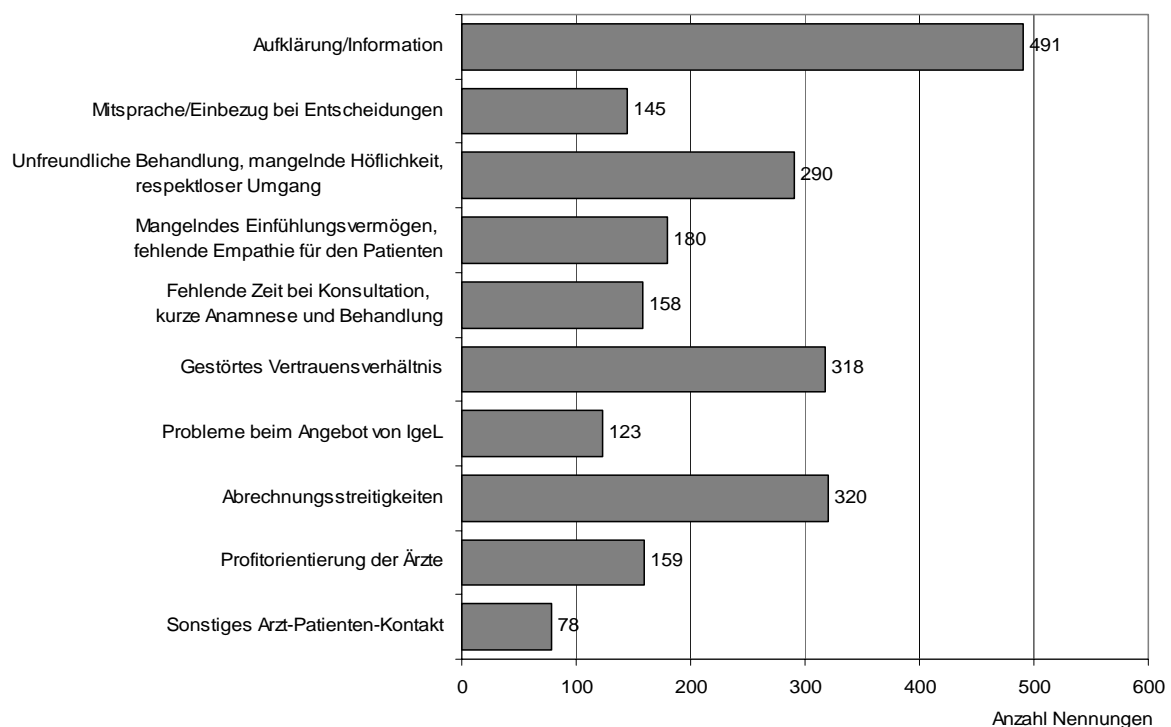


Abbildung 12 Unterkategorien des Oberthemas „Kritik an Praxisgebühr“ im Zeitverlauf, Anteile der Nennungen an den Briefen, die im jeweiligen Quartal zu dem Thema eingegangen sind (N = 1.362) (Mehrfachnennungen möglich)



Die folgenden Beispiele erläutern zwei versorgungsbezogene Themenbereiche, bei denen i. d. R. Ärzte als Adressaten der Kritik angegeben werden. Das Oberthema „*Arzt-Patienten-Kontakt/Probleme der Kommunikation*“ umfasst die in *Abbildung 13* angegebenen Unterthemen. Die häufigsten Nennungen erhält darin die Kritik, dass die *Aufklärung und Information durch die Ärzte* als nicht ausreichend angesehen wird. Dazu gehören Aufklärungsdefizite zu Diagnosen, zur Behandlung, zu gesetzlichen Regelungen mit Einfluss auf die Finanzierung der Behandlungsmöglichkeiten sowie beim Angebot von IGeL-Leistungen. Insgesamt 491 Mal wurden diese Probleme in den individuellen Briefen genannt. Abrechnungsstreitigkeiten wurden 320 Mal angesprochen. In 318 Fällen wurde das Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt als gestört charakterisiert. Die Kritik an der „unfreundlichen Behandlung“ oder dem „respektlosen Umgang“ mit den Patienten wurde 290-mal in den Briefen genannt. Hinzu kommt, dass 180 Mal den Ärzten mangelndes Einfühlungsvermögen und fehlende Empathie vorgeworfen wurden.

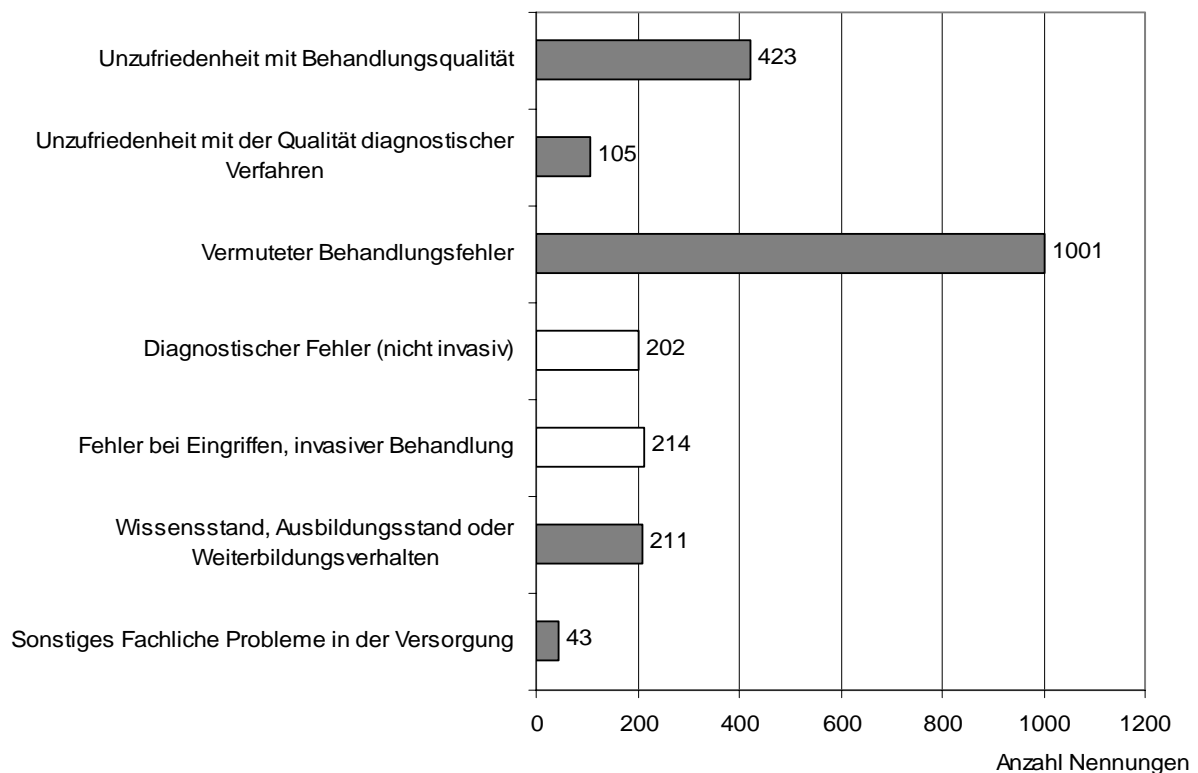
*Abbildung 13 Unterkategorien des Oberthemas „Arzt-Patienten-Kontakt/Probleme der Kommunikation“ (Anzahl der Briefe mit diesem Thema, N = 1.426)*



Unter „*Fachlichen Problemen*“ (*Abbildung 14*) wurden zum einen Äußerungen der Unzufriedenheit mit der „*Qualität der Diagnostik*“ oder der „*Qualität der Behandlung*“ codiert. Negative Einschätzungen wurden 105 bzw. 423 genannt. Größter Kritikpunkt des Oberthemas sind vermutete Behandlungsfehler. 1001 Mal wurde der Verdacht auf einen Behandlungsfehler geäußert. Darunter stellten vermutete Behandlungsfehler bei invasiven Eingriffen (214 Nennungen) und vermutete diagnostische

Fehler (202 Nennungen) die größten Blöcke dar. Die anteilige Bedeutung des Themas „Fachliche Probleme“ hat im Zeitverlauf zugelegt. So stieg der Anteil der Kritik-Briefe an der Gesamtzahl der im Quartal eingegangenen Briefe von etwa fünf Prozent im 1. Quartal 2004 auf 15 Prozent im 4. Quartal 2007. Die Betrachtung der Unterthemen im Zeitverlauf zeigte bei der ersten Auswertung keine erkennbaren Trends. Hier scheint zwischen den beschriebenen Unterthemen keine besondere Bedeutungsverschiebung stattgefunden zu haben.

Abbildung 14 Unterkategorien des Oberthemas „Fachliche Probleme in der Versorgung“  
(Anzahl der Briefe mit diesem Thema, N = 1.247)



### 3.3.2.3 Kontinuitäten spezifischer Beschwerdethemen

Die Identifizierung von Kontinuitäten unter den Beschwerdethemen gestaltet sich schwieriger, als zunächst angenommen. Da fast alle Themen bei der Betrachtung der absoluten Häufigkeiten ihrer Nennungen von der überdurchschnittlichen Eingangshöhe im ersten Halbjahr 2004 „nach oben gezogen werden“, kann man unter dieser Perspektive kaum von Kontinuitäten sprechen. Dies zeigt sich in der Abbildung 15. Aber auch bei einer anteiligen Betrachtung wie in Abbildung 16 zeigt sich, dass die Themen, bei denen man am ehesten eine relativ gleich bleibende anteilige Bedeutung zusprechen könnte, noch immer eine bestimmte Schwankungsbreite aufweisen.



Abbildung 15 Ausgewählte Oberthemen im Zeitverlauf, absolute Häufigkeiten

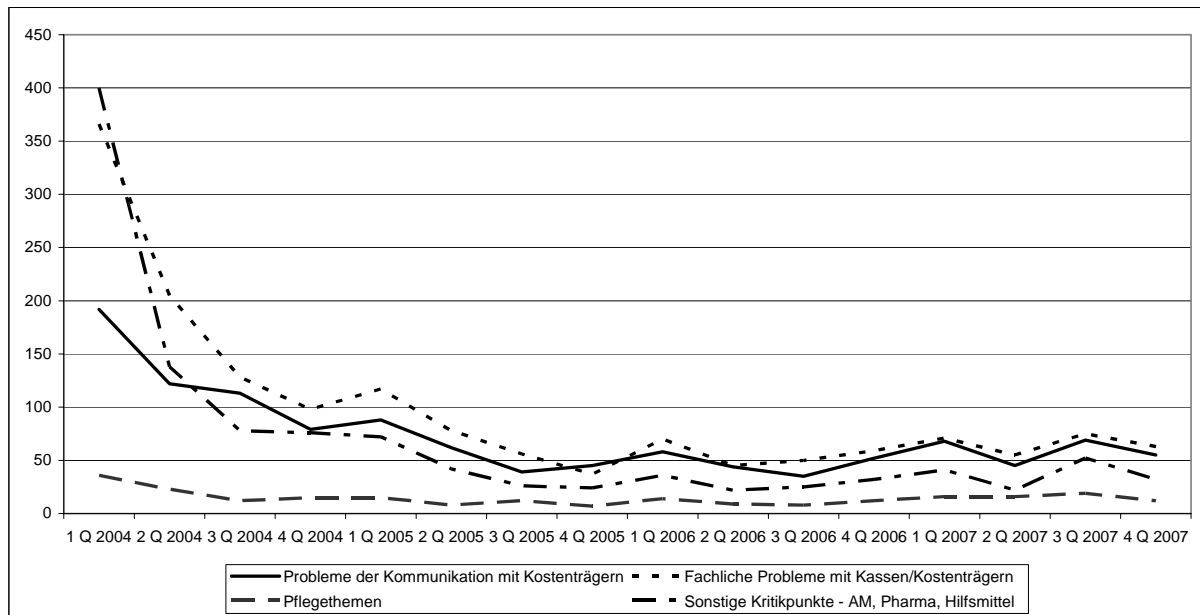
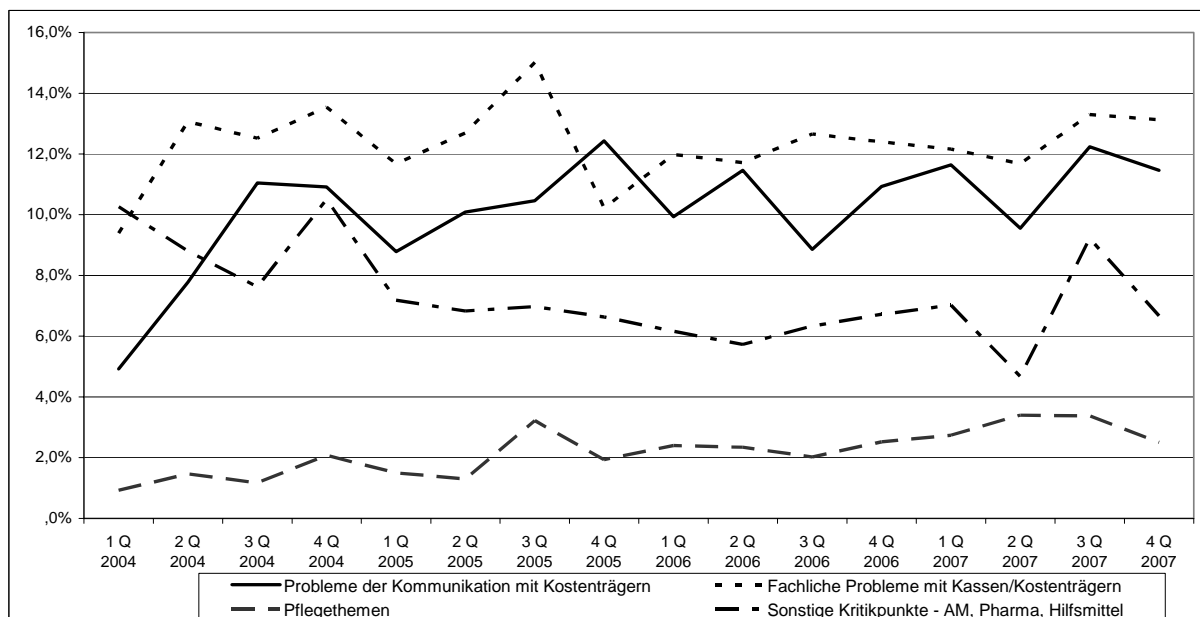


Abbildung 16 Ausgewählte Oberthemen im Zeitverlauf, Anteile der Briefe im Quartal mit dem jeweiligen Thema



So stellen sich etwa die Themen „*Probleme der Kommunikation mit Kostenträger*“ und „*Fachliche Probleme mit Kostenträgern*“ zwar ab dem 3. Quartal 2004 als relativ stabil in ihren Anteilen an den Kritik-Briefen des jeweiligen Quartals dar. Sie schwanken um die 11 Prozent bzw. 12 Prozent. Allerdings verzeichnen auch diese Themen zunächst einen starken Anstieg gegenüber dem 1. Quartal 2004.

### **3.3.3 Informationsanfragen**

#### *3.3.3.1 Konjunktoren spezifischer Informationsthemen*

Im Vergleich der Abbildung 17 und Abbildung 18, bei der eine durchschnittliche Betrachtung der Verteilung der Informationsanfragen-Themen für die Jahre 2004 bis 2007 und ein Jahresvergleich der Informationsthemen gegenübergestellt wird, zeigen sich ähnliche Tendenzen wie bei den Kritik-Themen.

Die am häufigsten in den Briefen auffindbare Kategorie „*Anforderung von Informationsmaterial und sonstige Anfragen*“ ist nicht inhaltlich bestimmt, sondern gibt die Erwartungshaltung wider, dass Informationsmaterial von der Patientenbeauftragten angefordert werden kann. Im Vergleich der vier Untersuchungsjahre steigt die relative Bedeutung dieser Funktion der Patientenbeauftragten zwischen 2004 und 2007 an.

Der Vergleich beider Abbildungen zeigt ebenso wie bei den Kritik-Themen, dass die Querschnittsbetrachtung die Dynamik der Themenverschiebung unterschlägt. Ein deutlicher Rückgang in der Bedeutung ist im Vergleich der Jahre 2004 bis 2007 bei den Themen „*Informationsanfragen zu Zuzahlungsregelungen*“ und „*Informationsanfragen zur Praxisgebühr*“ festzustellen.

### 3.3.3.2 Kontinuitäten spezifischer Informationsthemen

Beim Informationsanfrage-Thema „Krankenversicherungsfragen, Beiträge Sozialversicherungsträger“ finden wir wenig Unterschiede in den Werten der Jahre 2004 bis 2006. Im Jahr 2007 steigt die Bedeutung des Themas an und es werden in 18 Prozent der 2525 Briefe mit Informationsanfragen Informationen zu Krankenversicherungsfragen erbeten. Der Anteil im Vorjahr 2006 lag dagegen nur bei 11 Prozent.

Abbildung 17 Themen der Informationsanfragen im Querschnitt 2004 bis 2007, Anteile der individuellen Schreiben mit dem jeweiligen Thema in % (N=2.525)

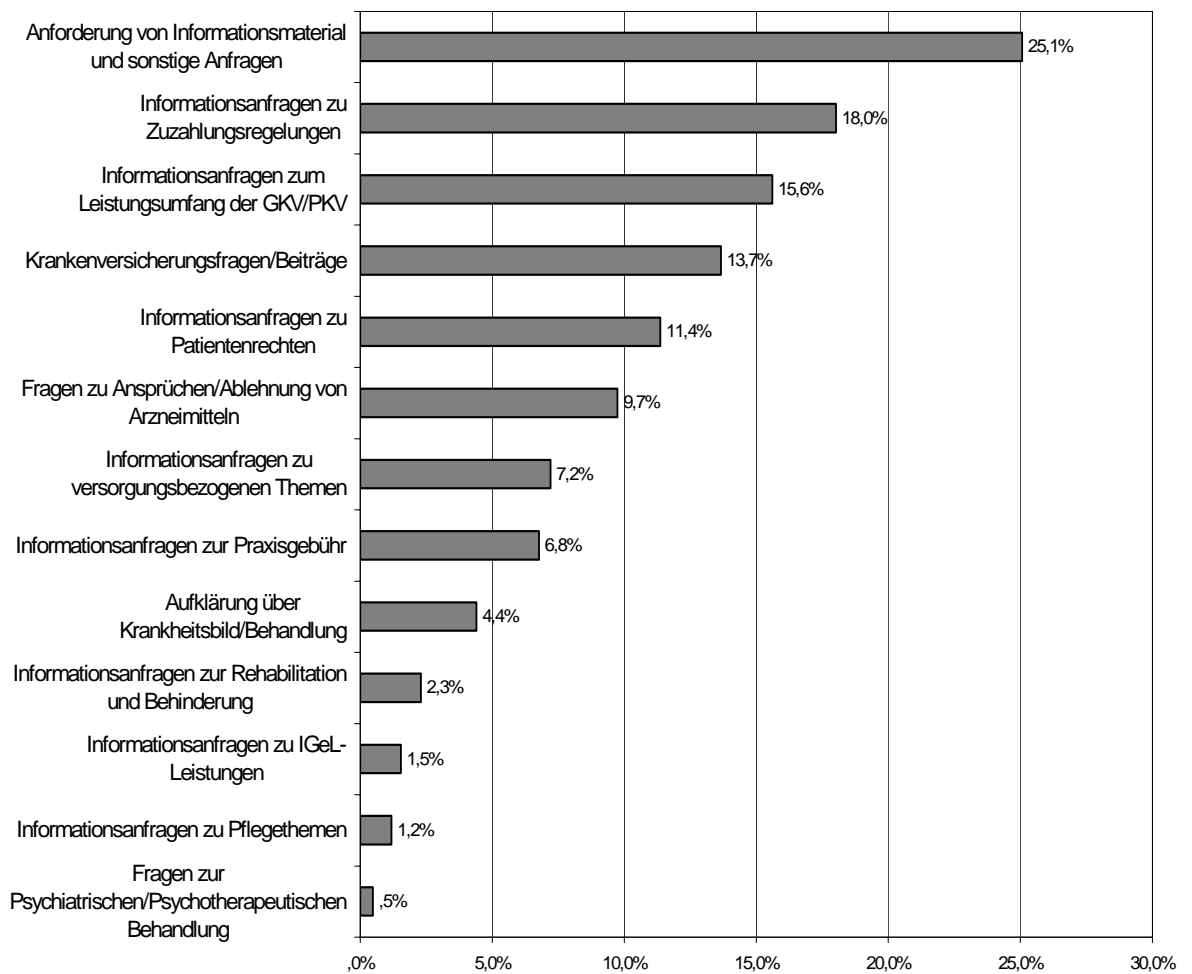
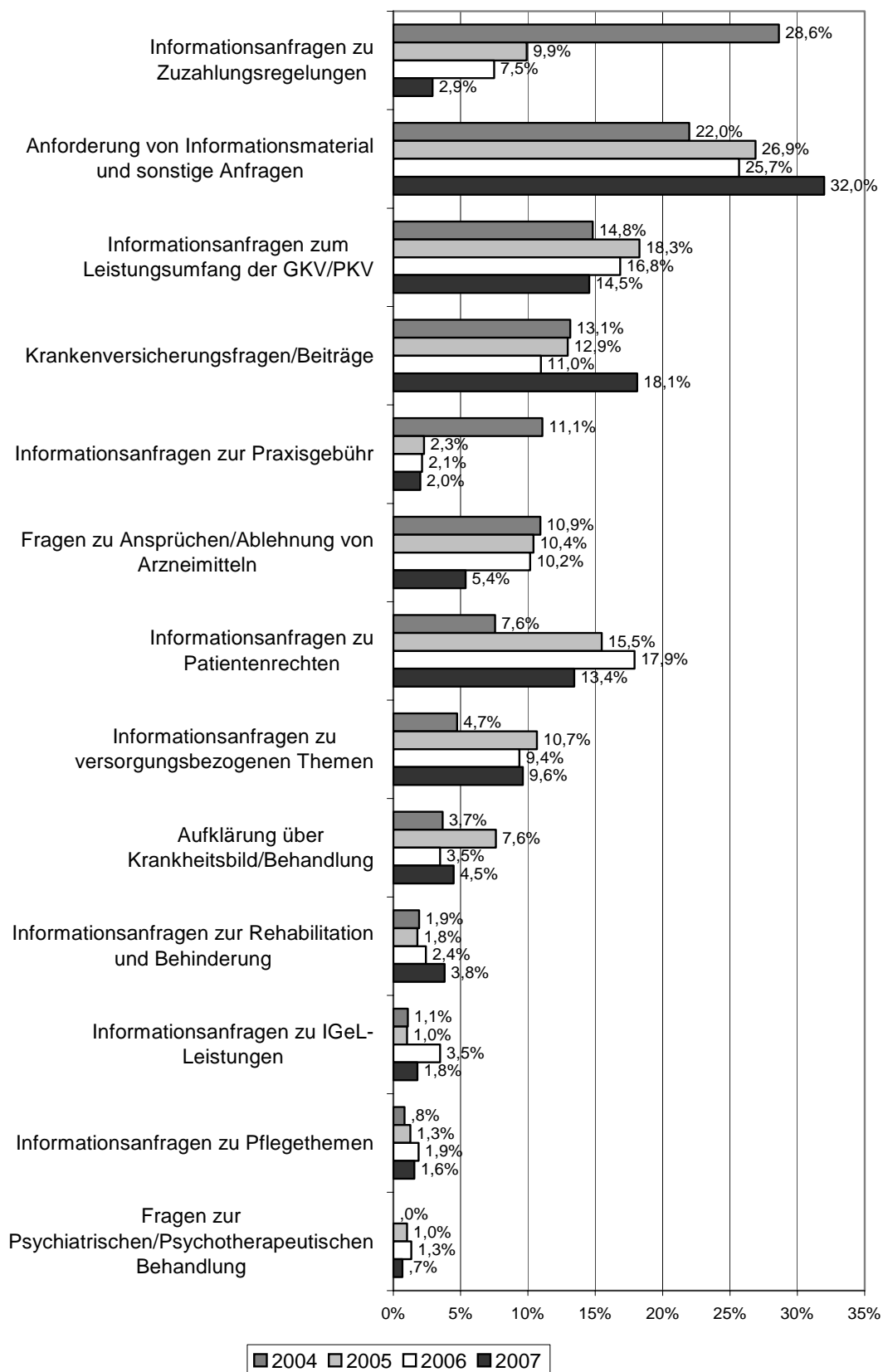


Abbildung 18 Themen der Informationsanfragen im Vergleich der Jahre 2004 bis 2007, Anteile der individuellen Schreiben mit dem jeweiligen Thema innerhalb der Jahre in % (N=2.525), (Mehrfachnennungen möglich)



### 3.4 Beschwerden und Informationsanfragen spezifischer Gruppen

#### 3.4.1 Geschlechtsspezifischer Vergleich

Bevor die Themen der Briefe aus geschlechtsspezifischer Perspektive untersucht werden, soll ein kurzer Blick auf die Frage geworfen werden, ob sich das Engagement für andere in Form eines Schreibens an die Patientenbeauftragte für eine hilfebedürftigen andere Person geschlechtsspezifisch unterscheidet. Neben der Differenzierung in männliche und weibliche AutorInnen oder Betroffene haben wir mit der Einführung der Kategorie „Paarbrief“ dem Umstand Rechnung getragen, dass 578 Briefe (3,6 % der individuellen Schreiben) gleichberechtigt Mann und Frau als Autoren bzw. Betroffene ausweisen. Wie auf Seite 17 in Tabelle 4 bereits erwähnt, wenden sich Männer mit 51,4 Prozent der Schreiben häufiger als Frauen (43,5 %) an die Patientenbeauftragte. Wie Tabelle 8 zeigt, gibt es bei dem Anteil der AutorInnen, die in eigener Sache schreiben, nur geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Männer tun dies etwas häufiger (81,3 %) als Frauen (80,5 %). Wenn man die Briefe betrachtet, die Männer für ihre Partnerinnen geschrieben haben, macht dies 6,1 Prozent der Briefe von Männern aus. Es schreiben aber nur 3,2 Prozent der Frauen für ihren Partner. Wenn in den Rollen als Elternteil oder als Kind älterer Eltern geschrieben wird, dreht sich das Verhältnis um und Frauen werden in diesen Rollen anteilig häufiger für andere aktiv als Männer (Tabelle 8). Wenn Paare sich an die Patientenbeauftragte wenden, tun sie dies überdurchschnittlich häufig mit einem Anliegen für ein gemeinsames Kind. Insgesamt betrachtet kann man keine eindeutigen Unterschiede hinsichtlich eines besonders „altruistischen“ Schreib-Verhaltens zwischen den Geschlechtern erkennen.

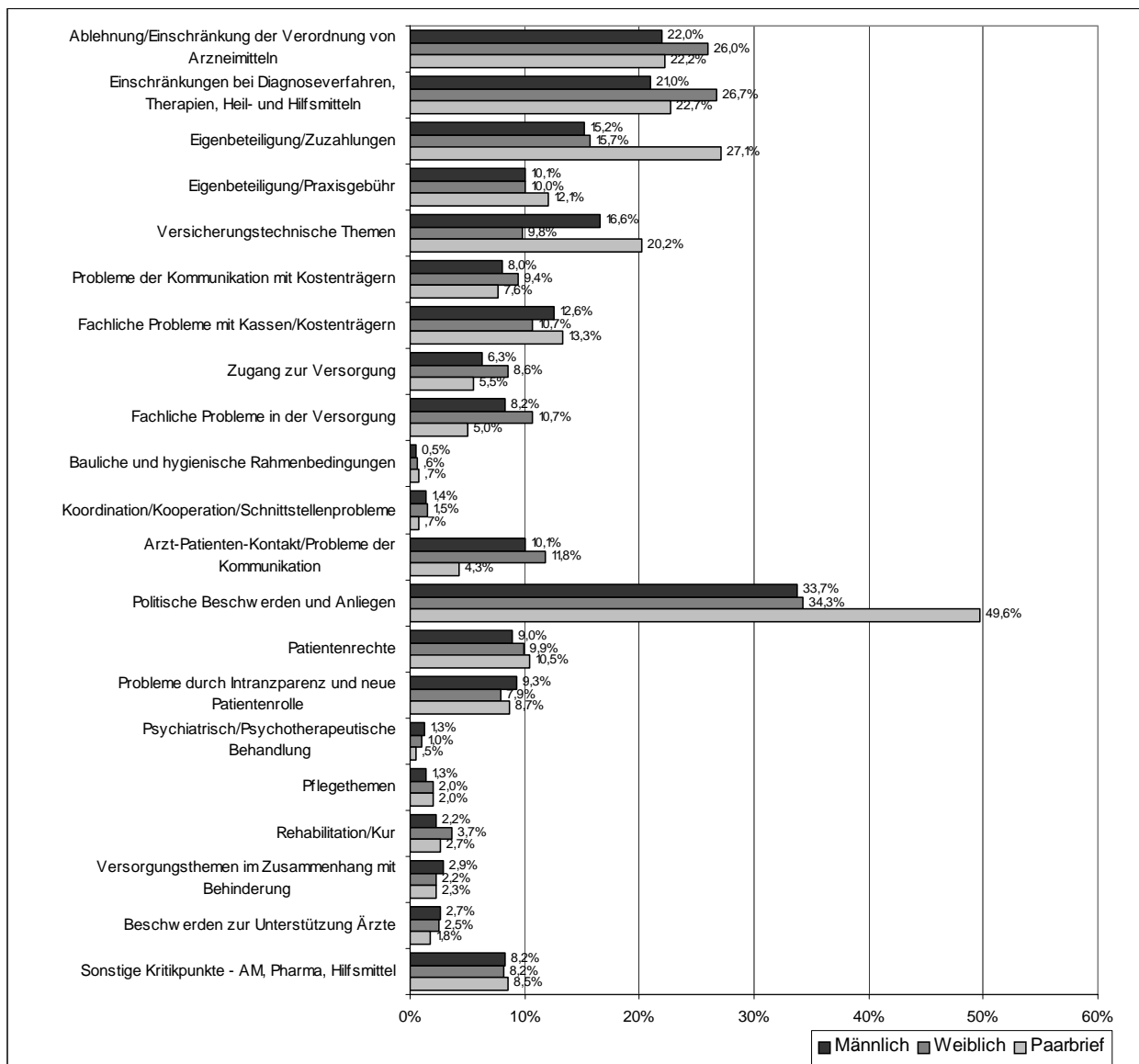
*Tabelle 8 Anteile der Briefe in eigener Sache und für andere nach Männern und Frauen getrennt (N=15.870)*

	Männlich	Weiblich	Paarbrief
Patient/Brief in eigener Sache	81,3%	80,5%	82,4%
Partner, Partnerin	6,1%	3,6%	2,1%
Mutter/Vater	3,1%	6,4%	12,6%
Tochter/Sohn,			
Schwiegertochter/Schwiegersohn	3,1%	4,7%	1,7%
Sonstige Verwandte, Freund,			
Nachbarn	1,1%	1,4%	,2%
Arzt, Pflege, andere Professionen			
für Patienten	2,4%	1,6%	,3%
Professionelles Eigenanliegen			
Ärzte, Pflege andere Professionen	2,1%	1,1%	,2%
Sonstige Autoren	,9%	,9%	,5%
Gesamt N	8285	7007	578

Auch bei der Betrachtung der Oberthemen (Abbildung 19) sind bei einer ersten Sichtung keine größeren geschlechtsspezifischen Unterschiede zu erkennen. Kleinere Unterschiede zeigen sich jedoch bereits hier: Der Anteil der Frauen, die das Thema „Ablehnung/Einschränkung der Verordnung von Medikamenten“ nennen, liegt mit 26 Prozent über dem der Männer (22 %). Dieser Unterschied erklärt sich fast ausschließlich über die häufigere Kritik der Frauen an Einschränkung der Verordnungsfähigkeit von homöopathischen Medikamenten.

Auch bei der Kritik an der „Einschränkungen bei Diagnoseverfahren, (nicht-medikamentösen) Therapien, Heil- und Hilfsmitteln“ liegt der Anteil der Frauen höher als der der Männer. Hier lässt sich aber auf der Ebene der Unterthemen kein eindeutiger Hinweis zur Erklärung der Unterschiede finden.

Abbildung 19 Kritik-Themen nach Geschlecht, Anteile der Briefe mit jeweiligem Thema, (Mehrfachnennungen möglich) Kritik-Briefe mit Angabe Geschlecht N= 13.266, Kritik-Briefe männlicher Petenten N= 6.375, Briefe von weiblichen Petenten N= 6.327; Paarbriele N= 564



Die Analyse der Belastungen, die mit den Gründen für die Kontaktaufnahme mit der Patientenbeauftragten für die Betroffenen einhergehen, zeigt in der Reihenfolge ihrer Bedeutung keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Tabelle 9). Allenfalls bei den Anteilen gibt es Unterschiede: so geben beispielsweise männliche Betroffene anteilig häufiger ein „verletztes Gerechtigkeitsempfinden“ als Belastung an. Frauen nennen dagegen häufiger die „Befürchtung, dass die bisherige Therapie nicht fortgesetzt werden kann“. „Psychische Beanspruchung“ und „finanziellen Beanspruchungen“ sind bei Männern und Frauen die bedeutendsten belastenden Aspekte und werden etwa gleich häufig genannt.

Tabelle 9 Belastungen nach Geschlecht der betroffenen Personen (Mehrfachnennungen möglich)

	Männlich	Weiblich	Paarbrief
Psychische Beanspruchung	1 61,9%	1 59,6%	1 63,0%
Finanzielle Belastung	2 45,2%	2 47,3%	2 54,7%
Verletztes Gerechtigkeitsempfinden	3 29,3%	3 26,4%	3 39,4%
Befürchtung, dass die bisherige Therapie nicht fortgeführt werden kann	4 12,8%	4 18,4%	4 14,9%
Körperliche Probleme	5 10,7%	5 14,0%	6 4,6%
Befürchtung in Bezug auf Krankheitsverlauf	6 10,5%	6 13,6%	5 8,0%
Beanspruchung der Angehörigen	7 4,6%	7 7,2%	7 3,0%
Gesamt N	5584	5688	503

Die erste Durchsicht der Daten zeigt keine bedeutenden geschlechtsspezifischen Unterschiede des Beschwerdeverhaltens. Für eine endgültige Klärung der Zusammenhänge müssen allerdings detailliertere Analysen vorgenommen werden.

### 3.4.2 Altersspezifischer Vergleich

In 28,6 Prozent der Schreiben wurde das genaue Alter der Betroffenen angegeben. Der Mittelwert lag bei 57,7 Jahren, das Medianalter bei 63 Jahren. Um die Zahl der nach Alter auswertbaren Fälle zu erhöhen, wurde in bestimmten Fällen eine Schätzung bei der Codierung vorgenommen. Wenn keine Altersangabe vorlag, aber hinreichende Anhaltspunkte für eine Einteilung in Altersklassen zu finden waren, wurde das Alter in vier Klassen geschätzt: Kinder und Jugendliche (0 bis 18 Jahre), Erwachsene (18 bis 64 Jahre), ältere Menschen (65 Jahre und älter) sowie als zweite nach oben offene Kategorie Hochaltrige (80 Jahre und älter). Die Anhaltspunkte für die Schätzung waren in erster Linie die Nennung des Erwerbsstatus, wobei wir Schülerinnen und Schüler in die Gruppe der Kinder und Jugendlichen einordneten, Erwerbstätige und Arbeitslose in die Gruppe der Erwachsenen und Rentnerinnen und Rentner unter ältere Menschen fassen. Diese Schätzungen wurden mit den genauen Altersangaben zusammengespielt. Damit erreichen wir klassierte Altersangaben für 47,9 Prozent der Betroffenen oder 7.713 Briefe. In sieben Prozent dieser Fälle waren die Betroffenen Kinder und Jugendliche (0–18 Jahre), in 47,5 Prozent Erwachsene (19–64 Jahre) und in 45,6 Prozent ältere Menschen (65 Jahre und älter). Bei acht Prozent der Briefe mit Altersangaben handelt es sich um hochaltrige Betroffene (80 Jahre und älter) (Tabelle 10).

Damit sind Kinder und Jugendliche in unserer Studie gegenüber ihrem Anteil in der Gesamtbevölkerung seltener vertreten. Das gilt ebenso für den Anteil der Erwachsenen, der in unserer Stichprobe geringer ist als in der Gesamtbevölkerung. Die Älteren und Hochaltrigen sind hingegen annähernd doppelt so häufig in unserer Stichprobe wie in der Gesamtbevölkerung vertreten. Vergleicht man die Verteilung hingegen mit der Altersstruktur der Behandlungsfälle in der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung so zeigt sich, dass die Altersstrukturen unserer Studie und der stationären Behandlungsfälle weitgehend übereinstimmt. Im Vergleich zu den ambulanten Behandlungsfällen liegt in der IPAGE-Studie der Anteil älterer Menschen höher und derjenige der Kinder und Jugendlichen niedriger (GeroStat 2009, Lugert P. 2007).

*Tabelle 10 Altersstruktur der IPAGE-Erhebung mit der Gesamtbevölkerung und and Ambulanten und stationären Behandlungsfällen\*\*\*\**

	IPAGE-Studie	Bevölkerung*	Behandlungsfälle, stationär**	Behandlungsfälle, ambulant***
Kinder u. Jugendl.	7,0%	19,4%	13,0%	14,6%
Erwachsene	47,5%	60,5%	45,6%	59,9%
65 Jahre u. älter	45,6%	20,1%	41,1%	25,4%
– darunter: 80+	8,0%	4,8%	12,9%	2,5%

\* Quelle Gerostat 2009, Datenbasis: Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2006, Altersgruppen 0–20, 20–65, 65 u. älter, 80 u. älter.

\*\* Quelle: Gerostat 2009, Datenbasis: Krankenhausdiagnosestatistik 2006 des StaBA, Altersgruppeneinteilung 0–20, 20–65, 65 u. älter, 80 u. älter

\*\*\* Quelle: Stichprobendaten von Versicherten der GKV, Lugert P. 2007, S. 34

\*\*\*\* Prozentwerte addieren sich zu über 100 %, da die Werte der offenen Kategorie 80+ ebenfalls in der offenen Kategorie 65+ eingeschlossen sind.

Die Verteilung der Krankheiten nach Altersgruppen wird in Tabelle 11 dargestellt. Bei der Erfassung der Krankheiten haben wir uns an die Oberkapitel des Klassifikationsystems ICD-10 angelehnt. Es wurden je Brief maximal drei Erkrankungen erfasst, weshalb sich die Prozentwerte für die Anteile nicht auf 100 Prozent summieren. Waren in den Briefen mehr als drei Erkrankungen genannt, so hatten die CodiererInnen den Interpretationsauftrag, die drei für das Anliegen des Briefes wichtigsten Krankheiten zu erfassen.



Die Rangfolge der Erkrankungen in der Altersgruppe der 65-Jährigen und älteren entspricht im wesentlichen den Erwartungen, die man auf Grund des Vergleichs mit anderen Datenquellen haben kann. Es stehen an erster Stelle die Krankheiten des Kreislaufsystems, die in 29 Prozent der Briefe genannt wurden. An zweiter Stelle folgen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems mit einer Nennung in 24 Prozent der Fälle. Es folgen Endokrine-, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit 18 Prozent und Neubildungen und Krankheiten des Verdauungssystems mit jeweils 13 Prozent.

In der mittleren Altersgruppe stehen erwartungsgemäß die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems an erster Stelle (22,8 %). Es folgen an zweiter Stelle Psychische und Verhaltensstörungen mit 14 Prozent. Die Ränge drei bis fünf werden von Krankheiten des Nervensystems, Krankheiten des Kreislaufsystems und Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität besetzt.

Bei Kindern und Jugendlichen als Betroffenen sind die beiden bedeutendsten Erkrankungsgruppen die „Krankheiten des Verdauungssystems“ und „Psychische und Verhaltensstörungen“ mit 26 und 17 Prozent. Die Krankheiten des Atmungssystems, Krankheiten des Muskel - Skelett – Systems und Krankheiten des Nervensystems nehmen die Plätze drei bis fünf ein.

Da wir es bei den Personen, die sich an die Patientenbeauftragte gewandt haben, sowohl um Patientinnen und Patienten aus dem ambulanten wie aus dem stationären Bereich handelt ist eine Bewertung unserer Ergebnisse zum Krankheitsspektrums der Betroffenen nicht einfach. Es soll für den Endbericht eine sorgfältige Gegenüberstellung des Krankheitsspektrums unseres Datensatzes mit den Diagnosen der ambulanten und stationären Versorgung vorgenommen werden. Ziel ist es zu überprüfen, ob eine überdurchschnittliche Häufigkeit bestimmter Krankheitsbilder innerhalb der Briefe als Hinweis auf Versorgungsdefizite für diese Gruppe gedeutet werden können. Bei einem ersten Vergleich mit den Daten der Krankenhausdiagnosestatistik fällt zumindest auf, dass „Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen“ in unserer Stichprobe bei den Kindern und Jugendlichen sowie den Erwachsenen eine größere Rolle spielen (Tabelle 12).

*Tabelle 11 In den Briefen genannte Krankheiten der Betroffenen (ICD-10 Oberkapitel) nach Alter, Rangplatz in der jeweiligen Altersgruppe in Klammern (Mehrfachantworten möglich)*

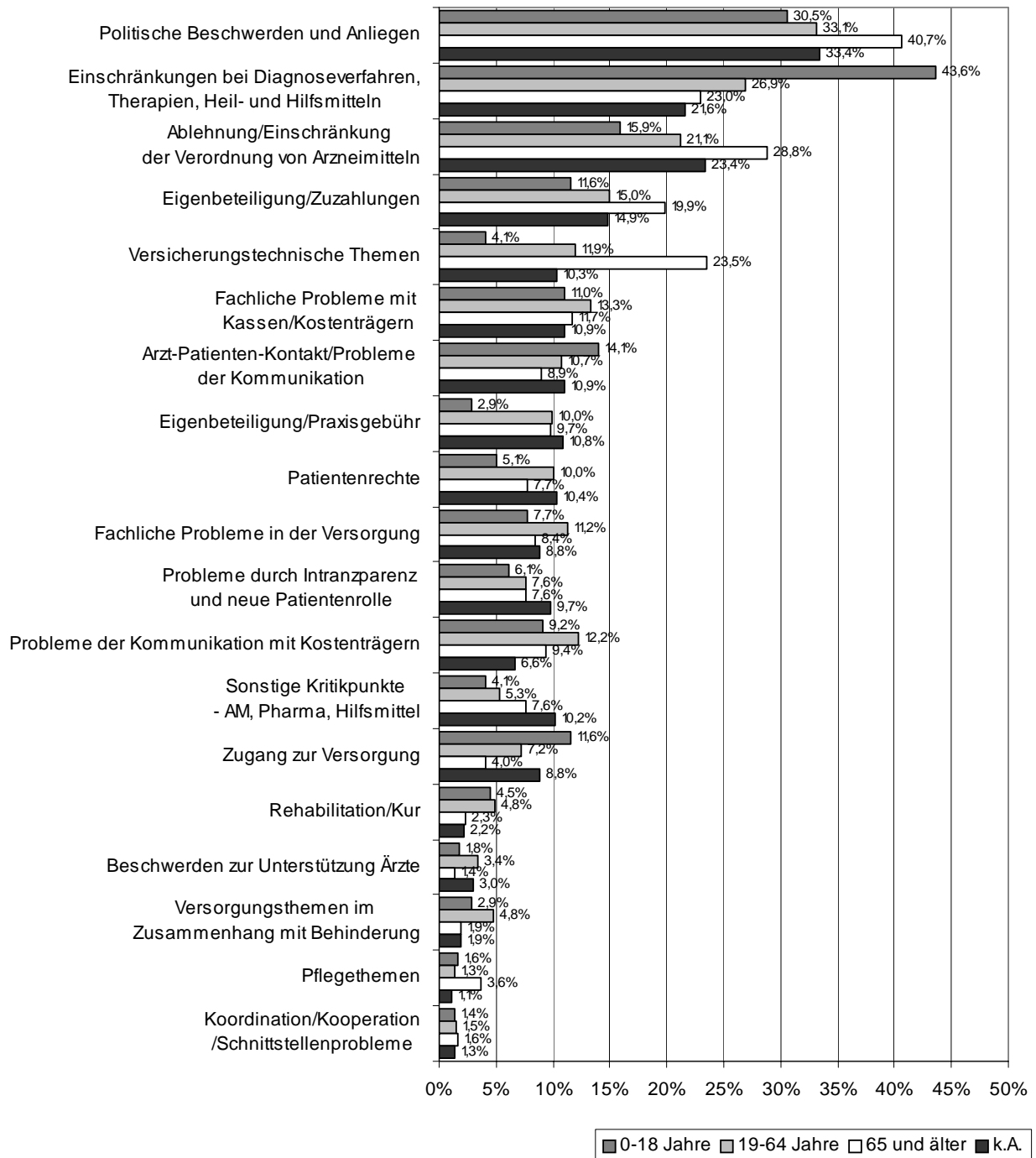
<b>An ICD-10 orientierte Diagnosen</b>	<b>65 J und älter</b>		<b>19-64 Jahre</b>		<b>0-18 Jahre</b>	
Krankheiten des Kreislaufsystems	(1)	29,0%	(4)	12,3%	(14)	2,2%
Krankheiten des Muskel - Skelett - Systems	(2)	24,0%	(1)	22,8%	(4)	10,5%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	(3)	17,8%	(7)	10,8%	(8)	5,9%
Neubildungen	(4)	13,2%	(8)	8,8%	(15)	2,0%
Krankheiten des Verdauungssystems	(5)	13,2%	(6)	11,7%	(1)	25,6%
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	(6)	9,4%	(5)	11,7%	(6)	7,2%
Krankheiten des Auges	(7)	9,3%	(10)	7,0%	(7)	6,3%
Krankheiten des Nervensystems	(8)	9,1%	(3)	12,4%	(5)	7,4%
Krankheiten des Urogenitalsystems	(9)	8,9%	(12)	5,7%	(16)	2,0%
Krankheiten des Atmungssystems	(10)	7,3%	(11)	6,2%	(3)	10,7%
Psychische und Verhaltensstörungen	(11)	6,1%	(2)	13,6%	(2)	16,8%
Krankheiten der Haut	(12)	3,8%	(13)	5,5%	(9)	5,5%
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	(13)	2,9%	(14)	3,6%	(12)	3,1%
Krankheiten des Ohres	(14)	2,3%	(15)	2,3%	(13)	2,4%
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	(15)	1,9%	(9)	8,8%	(11)	3,5%
Krankheiten des Blutes	(16)	1,2%	(17)	1,6%	(19)	0,2%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	(17)	0,9%	(19)	1,2%	(17)	2,0%
Angeborene Fehlbildungen	(18)	0,3%	(18)	1,6%	(10)	5,3%
Sonstige Diagnosen	(19)	0,2%	(20)	0,6%	(18)	0,9%
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	(20)	0,0%	(21)	0,0%	(20)	0,2%
Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	(21)	0,0%	(16)	1,8%	(21)	0,0%
<b>Gesamt N</b>		<b>2317</b>		<b>2669</b>		<b>457</b>

*Tabelle 12 Vollstationäre Krankenhauspatient/innen nach ausgewählten Diagnosen, Deutschland 2006,*

<b>ICD-10 Diagnosen</b>	<b>65 J und älter</b>		<b>20 - 64 Jahre</b>		<b>0 - 19 Jahre</b>	
Krankheiten des Kreislaufsystems	(1)	24,5%	(3)	10,4%	(12)	1,2%
Neubildungen	(2)	13,5%	(1)	10,7%	(9)	2,1%
Krankheiten des Verdauungssystems	(3)	10,4%	(2)	10,6%	(3)	7,0%
Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen	(4)	9,4%	(6)	9,6%	(2)	12,9%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	(5)	8,9%	(5)	9,7%	(8)	2,3%
Krankheiten des Atmungssystems	(6)	5,5%	(8)	4,5%	(1)	13,0%
Krankheiten des Urogenitalsystems	(7)	5,2%	(7)	6,1%	(6)	2,8%
Krankheiten des Nervensystems	(8)	4,0%	(9)	4,2%	(7)	2,7%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	(9)	3,5%	(10)	2,5%	(11)	1,3%
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	(10)	3,0%	(13)	1,1%	(14)	0,7%
Psychische und Verhaltensstörungen	(11)	2,6%	(4)	9,8%	(5)	4,6%
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	(12)	2,2%	(11)	1,7%	(4)	7,0%
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	(13)	1,0%	(15)	0,4%	(15)	0,6%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	(14)	1,0%	(12)	1,7%	(10)	1,6%
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	(15)	0,6%	(14)	1,0%	(13)	1,0%
vollstationäre Krankenhaufälle						
<b>Insgesamt</b>		<b>7043204</b>		<b>7813374</b>		<b>2285541</b>

Quelle: GeroStat, Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik.

Abbildung 20 Ausgewählte Kritikthemen nach Alter der Betroffenen, Anteile der Themen in den Altersgruppen in % (Mehrfachnennungen möglich), Briefe in der Altersgruppe 0-18 Jahre N= 491, Briefe in der Altersgruppe 19-64 Jahre N= 3.100, Briefe in der Altersgruppe 65 Jahre und älter N= 3.036, N k. A. = 6.878



Bei der ersten altersspezifischen Betrachtung der Briefthemen, die eine Kritik am Gesundheitswesen enthalten, finden sich Muster, die sich zum Teil aus dem unterschiedlichen Inanspruchnahmeverhalten in den einzelnen Altersgruppen erklären lassen (siehe Abbildung 20).

Bei den Kindern und Jugendlichen steht an der ersten Stelle die Kritik an der „Einschränkungen bei Diagnoseverfahren, (nicht-medikamentösen) Therapien, Heil- und Hilfsmitteln“. Diese wurde in 43 Prozent der Briefe dieser Altersgruppe mit mindestens einem Kritikthema geäußert (N=491). Damit ist dieses Thema bei den Betroffenen in dieser Altersgruppe wesentlich häufiger vertreten als bei den Erwachsenen (27 %) und Älteren (22 %). Der anteilige Unterschied erklärt sich zum größten Teil über die Ablehnung Zahnmedizinischer oder Kieferorthopädischer Maßnahmen bei den Kindern und Jugendlichen.

Bei den Erwachsenen und den älteren Betroffenen stehen die „Politischen Beschwerden und Anliegen“ an erster Stelle. Sie werden überwiegend als Kritik an einer ungerechten Politik zu Lasten bestimmter Gruppen geäußert. Bei den Briefen der Älteren wurden in 41 Prozent der Briefe, die mindestens eine Beschwerde enthalten, eine politische Kritik im Sinne des Kategoriensystems geäußert. Bei den Erwachsenen sind es 33 Prozent und bei den Briefen mit Kindern als Betroffene sind es 31 Prozent.

In unserer Kategorie „Politische Beschwerden und Anliegen“ wurden häufig bewertende Äußerungen codiert, die den sachlichen Auslöser der Kritik in anderen Themen hatten. Bei den Älteren sind dies in besonderem Maß die Themen „Ablehnung/Einschränkung der Verordnung von Medikamenten“, „Eigenbeteiligung, Zuzahlungen“ und „Versicherungstechnische Themen“. Bei den beiden ersteren Themen ist die überdurchschnittlich häufige Nennung dieser Kritikpunkte aus der höheren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Arzneimitteln durch Ältere zu erklären. Sie sind von diesen Zuzahlungsregeln auf Grund ihres Inanspruchnahmeverhaltens besonders betroffen. Auch hinter dem Punkt „Versicherungstechnische Themen“ steckt eine zusätzliche ökonomische Belastung älterer Menschen. Der doppelt so hohe Anteil der Nennungen diese Punktes bei den Älteren gegenüber der mittleren Altersgruppe erklärt sich vollständig aus der Kritik Älterer an der Erhöhung der Beitragssätze auf Betriebsrenten und Versorgungsbezüge. Diese waren bis Ende 2003 nur mit dem halben Beitragssatz belastet. Mit dem GMG wurde ab dem 1.1.2004 der volle Beitragssatz fällig.

In den Briefen älterer Betroffener dominieren also Themen, die mit ökonomischen Aspekten zusammenhängen. Entweder geht es um höhere Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen oder die Verschiebung von Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung hin zu „Out-of-Pocket-Leistungen“ also Selbstzahlung. Zusätzliche finanzielle Belastungen werden von älteren Menschen als besonderes Problem wahrgenommen, da sie im Durchschnitt auf mehr gesundheitliche Leistungen angewiesen sind und von ihnen gleichzeitig mit dem Eintritt in die Altersrente in der Regel keine neuen Einkommensquellen erschlossen werden können.

Andere Themen, bei denen man im Vergleich mit der Fachdiskussion um besondere Versorgungsprobleme Älterer hätte höher Nennungen erwarten können, wie „Pflegethemen“ oder „Schnittstellen- und

*Koordinationsprobleme*“, nehmen unter den Kritik-Themen hingegen einen deutlich geringeren Stellenwert ein.

Bei Briefen von Erwachsenen finden sich überdurchschnittlich häufige Nennungen in drei Themenfeldern: Bei „Fachliche Probleme mit den Kostenträgern“, „Probleme der Kommunikation mit Kostenträgern“, „Patientenrechte“ und „Fachlichen Problemen der Versorgung“. Hier sind die Abweichungen gegenüber den anderen Altersgruppen allerdings nicht so ausgeprägt, dass man eindeutige Erklärungen dafür finden kann. Es sind weitere Auswertungen nötig, die in den Endbericht einfließen werden.

*Tabelle 13 Belastungen, die aus beschriebenen Problemen resultieren, nach Alter (Rangplatz in der jeweiligen Altersgruppe in Klammern) (Mehrfachnennungen möglich)*

	65Jahre und älter		19-64 Jahre		0-18Jahre		k.A.	
Finanzielle Belastung	(1)	56,9%	(2)	47,3%	(2)	39,0%	(2)	41,6%
Psychische Beanspruchung	(2)	55,9%	(1)	62,2%	(1)	44,3%	(1)	63,6%
Verletztes Gerechtigkeitsempfinden	(3)	31,6%	(3)	28,1%	(4)	22,5%	(3)	27,1%
Befürchtung, dass die bisherige Therapie nicht fortgeführt werden kann	(4)	16,9%	(4)	15,5%	(6)	18,3%	(4)	14,7%
Körperliche Probleme	(5)	11,7%	(6)	14,1%	(7)	12,2%	(5)	11,2%
Befürchtung in Bezug auf Krankheitsverlauf	(6)	11,0%	(5)	14,4%	(5)	18,5%	(6)	10,8%
Beanspruchung der Angehörigen	(7)	7,7%	(7)	5,5%	(3)	26,7%	(7)	3,5%
Gesamt N	2768		2830		449		5916	

Wir haben Belastungen oder Beanspruchungen erfasst, die bei den Betroffenen im Zusammenhang mit den berichteten Problemen entstehen (Tabelle 13). Dabei wurden in dieser Variable nicht generell bestehende Probleme wie Krankheiten oder eine schlechte finanzielle Situation des Haushalts codiert, sondern Berichte über solche Belastungen, die ursächlich auf die im Brief kritisierten Themen und Probleme zurückzuführen sind und zusätzlich zu generell bestehenden Belastungen der Betroffenen hinzukommen. Die über die Altersgruppen hinweg am häufigsten genannten Belastungen sind psychischer Art. Darunter fallen u. a. Verunsicherung, Verärgerung, Verzweiflung und Vertrauensverlust in die medizinische Versorgung und Politik. Dies wird bei den Erwachsenen in 62 Prozent der Briefe mit Angaben hierzu geäußert, bei den Älteren in 56 Prozent und bei den Kindern und Jugendlichen in 44 Prozent der Briefe. Bei den Älteren stehen die psychischen Belastungen allerdings nicht an erster Stelle: in dieser Gruppe werden zusätzliche finanzielle Belastungen als bedeutendste Auswirkungen der beschriebenen Probleme genannt. Bei älteren Betroffenen und Erwachsenen stehen an dritter Stelle der Beanspruchungen – mit größerem Abstand zu den folgenden Belastungen – ein „verletztes Gerechtigkeitsgefühl“. Bei betroffenen Kindern und Jugendlichen werden an dritter Stelle „besondere Belastung der Angehörigen“ genannt. Hier sind in der Regel die Eltern die Autoren der Briefe, und sie berichten in 26 Prozent der Briefe von ihren Belastungen.

### 3.5 Erwartungen an Patientenbeauftragte

Unter dem Stichwort Erwartungen an die Patientenbeauftragte erheben wir zwei Dinge: Zum einen wird die Funktion abgebildet, die das Schreiben für die Autoren erfüllen soll. Zum anderen wird versucht, die Vorstellungen der Autoren über die Kompetenzen der Patientenbeauftragten aus den Briefen zu rekonstruieren.

Zu den Funktionen der Briefe für die Autoren haben wir fünf Oberkategorien mit jeweiligen Unterkategorien gebildet. Dabei dominiert die Funktion, dass die Autoren der Patientenbeauftragten einen Missstand mitteilen möchten, den sie in ihrer Arbeit – die Interessen der Patienten im politischen Raum zu vertreten – berücksichtigen soll (siehe Tabelle 15). Diese Funktion konnte von uns in 49 Prozent der Schreiben identifiziert werden. Es folgen mit 33 und 20 Prozent die Funktion ein „individuelles Hilfesuch an die Patientenbeauftragte zu richten“ und die Funktion „Informationen von der Patientenbeauftragten anzufordern“.

*Tabelle 15 Funktion, Motive der Briefe für die Autoren, (N Briefe, in denen Erwartungen an die Patientenbeauftragte formuliert wurden = 15.724) (Mehrfachnennungen möglich)*

	<b>Nennungen</b>	<b>Prozent der Fälle</b>
Kenntnisnahme von Kritik und Berücksichtigung in der Arbeit der PB	7775	49,4%
Hilfe/Unterstützung	5204	33,1%
Informationen/Auskünfte	3099	19,7%
Kritik an Antwort/Beratung/Unterstützung	1834	11,7%
Psychische Entlastung	588	3,7%
Positive Rückmeldung	205	1,3%
Gesamt N	18705	119,0%

Die Rekonstruktion der Vorstellungen der Anfragenden zu den Kompetenzen und Einflussmöglichkeiten der Patientenbeauftragten gehört zu den Konstrukten, bei denen trotz eines erheblichen Schulungsaufwands keine befriedigende Übereinstimmung bei der Codierung erzielt werden konnte. Bis zum Reliabilitätstest hatten wir versucht, die Kompetenzzuschreibungen nach zwei Richtungen zu differenzieren: a) auf der einen Seite nach sehr weitgehenden (falschen) Vorstellungen eines „direktiven Einflusses der Patientenbeauftragten mit der Möglichkeit der Anweisung“ auf die Akteure Politik, Kostenträger, Leistungserbringer und b) auf der anderen Seite den (realistischen) Vorstellungen, dass die Patientenbeauftragte anhand der Kraft guter Argumente auf die Akteure einwirken kann. Nach dem Reliabilitätstest vereinfachten wir die Erfassung dahingehend, dass die erwarteten generellen Einflussmöglichkeiten der Patientenbeauftragten auf die Akteursgruppen codiert wurden. Weiterhin wurden die Kompetenzen im Sinne der Fähigkeiten des Stabes der Patientenbeauftragten erfasst.

Etwa 51 Prozent der Nennungen beziehen sich auf die kompetente Klärung von Informationsanfragen (Tabelle 16). Die Möglichkeiten der Patientenbeauftragten auf im Gesundheitswesen allgemein etwas zu bewirken, wurde in 54 Prozent der Briefe geäußert. Darunter wurde am häufigsten der Patientenbeauftragten die Möglichkeiten der Beeinflussung der Politik zugeschrieben (24 %), gefolgt vom Einfluss auf die Kostenträger (11,6 %), die Leistungserbringer (3,3 %) und den GBA (3,1 %).

Tabelle 16: Der Patientenbeauftragten zugeschriebene Kompetenzen/Einflussmöglichkeiten (Briefe, in denen Kompetenzerwartungen genannt wurden, N = 15.658 (Mehrfachnennungen möglich))

	<b>Nennungen</b>	<b>Prozent der Fälle</b>
Möglichkeit der Einflussnahme	6808	53,8%
Klärung von Informationsanfragen/Problemen	6439	50,9%
Leistungsansprüche prüfen	340	2,7%
Keinen oder geringen Einfluss	72	,6%
Schlichtungsverfahren/Mediation	46	,4%
Finanzielle Unterstützung	33	,3%
Akteneinsichtsrecht	4	,0%
<b>Gesamt</b>	<b>13742</b>	<b>108,6%</b>

## 4 Fazit der deskriptiven Ergebnisse

Menschen wenden sich in unterschiedlichen Rollen mit ihren Beschwerden an die Patientenbeauftragte der Bundesregierung. In erster Linie agieren sie als Patienten und ihre Beschwerden betreffen negative Erfahrungen, die sie mit Ärzten, Pflegekräften oder anderen Therapeuten gemacht haben. Andere wenden sich in der Rolle als Versicherte an die Patientenbeauftragte und ihre Anliegen betreffen in erster Linie Fragen der Leistungsbewilligung oder der Beitragsgestaltung. Eine dritte Gruppe bilden die Personen, die ein gesundheitspolitisches Anliegen in der Rolle als Bürger äußern. Dabei geht es häufig um Fragen der Gerechtigkeit von politisch gesetzten Rahmenbedingungen oder Probleme, die aus den unübersichtlichen Strukturen des Gesundheitswesens resultieren.

Ziel der vorangegangenen Abschnitte war es, einen ersten Überblick über die Ergebnisse der quantitativen Inhaltsanalyse zu geben und dabei typische Probleme, die Menschen in den drei oben genannten Rollen im Gesundheitswesen erfahren, darzustellen. Ferner sollte das Potenzial für tiefer gehende Auswertungen aufgezeigt werden. Dabei lag der Schwerpunkt des Berichts auf individuellen Briefen, die in unserer Gesamtstichprobe 84 Prozent der Fälle ausmachen. Innerhalb dieser Schreiben haben wir überwiegend über Themen berichtet, die eine Kritik am Gesundheitswesen beinhalten. In 84 Prozent der Schreiben fand sich eine solche Kritik, während nur in 16 Prozent der Schreiben eine Informationsanfrage geäußert wurde. Für die „Nutzer“ des Amtes der Patientenbeauftragten steht also die Beschwerdefunktion deutlich im Vordergrund.

Die deskriptiven Ergebnisse zeigen zunächst einmal sehr deutlich, dass es im Untersuchungszeitraum 2004 bis 2007 eine starke Beeinflussung der Inanspruchnahme des Amtes der Patientenbeauftragten



von äußeren Umständen gibt. Es scheinen zwei Faktoren zu sein, die die „Hochkonjunktur“ der Anfragen im Jahr 2004 ausgelöst haben: Die hohe Anzahl der Medienberichte zur erstmaligen Einsetzung einer Patientenbeauftragten in Deutschland scheint das überdurchschnittliche Aufkommen an Anfragen stimuliert zu haben. Aber auch das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 (GMG) stellte einen starken Impuls für die BürgerInnen bzw. PatientInnen dar, sich mit spezifischer Kritik zu einzelnen Aspekten der Reform an die Patientenbeauftragte zu wenden. Im Ergebnis gingen im ersten Quartal 2004 etwa fünf Mal so viele Briefe ein wie in den folgenden Quartalen.

Auf Grund der ungleichen Verteilung der Anzahl der Schreiben im Zeitverlauf, die durch die hohen Eingangszahlen im Jahr 2004 gekennzeichnet ist, werden in der Gesamtschau die Durchschnittswerte für die Verteilung der Kritik-Themen stark von den „2004er-Themen“ beeinflusst. Im Themenspektrum dieses Jahres dominieren die „GMG-nahen“ Themen. Dazu gehören die Kritik an höheren Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen oder der Verschiebung von Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung hin zu „Out-of-Pocket-Leistungen“ (Selbstzahlungsleistungen). Es sind also in erster Linie Themen, die eine ökonomische Belastung der PatientInnen oder BeitragszahlerInnen beinhalten. Sie haben im Jahr 2004 jeweils ihre höchste Zahl der Nennungen, aber ihr Anteil an den Gesamtbriefen geht in den folgenden Jahren bis Ende 2007 langsam zurück. Sie gehören trotzdem auch in den Jahren 2005 bis 2007 zur „Spitzengruppe“ der Kritik-Themen.

Ältere Menschen weisen eine besonders hohe Sensibilität für Leistungseinschränkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung auf. Es entspricht dabei durchaus den Erwartungen, dass zusätzliche finanzielle Belastungen von älteren Menschen als besonderes Problem wahrgenommen werden, da sie im Durchschnitt mehr gesundheitliche Leistungen in Anspruch nehmen und Zuzahlungsregeln sie stärker betreffen können. Gleichzeitig können von dieser Gruppe nach dem Eintritt in die Altersrente in der Regel keine zusätzlichen Einkommensquellen erschlossen werden.

Verbunden ist diese ökonomisch motivierte Kritik häufig mit einer Einschätzung, dass diese Maßnahmen sozial unausgewogen seien und bestimmte Gruppen wie ältere Menschen oder chronisch Kranke dadurch besonders belastet würden. In unseren Daten spiegelt sich dies in der hohen Zahl der Nennung der Kategorie „Politische Kritik“, unter der diese Bewertungen codiert wurden. Auch die Kategorie der „Politischen Kritik“ wird im Zeitverlauf anteilig seltener genannt.

Die Kritik an der „*Einschränkungen bei Diagnoseverfahren, (nicht-medikamentösen) Therapien, Heil- und Hilfsmitteln*“, folgt einem anderen Konjunkturmuster mit dem Höhepunkt im Jahr 2006. Das Thema mobilisiert aber insgesamt wesentlich weniger Kritik, als die mit dem GMG verbundenen Änderungen.

Die Betrachtung der Themenentwicklung im Zeitverlauf zeigt ebenfalls, dass andere Themen anteilig an Bedeutung gewinnen. Es sind u.a. kommunikative Probleme mit Ärzten und es werden zunehmend fachliche Probleme der medizinischen Versorgung kritisiert, worunter u. a. auch vermutete Behand-

lungsfehler fallen. Vergleicht man die Profile der Kritikthemen im Jahr 2004 und 2007 stellen sich in der Folge der beschriebenen Prozesse deutliche Unterschiede dar.

Eine erste Schlussfolgerung für die weiteren Analysen ist, dass eine nach Jahren differenzierte Betrachtung – wenn nicht gar nach kleinteiligeren Zeiträumen – die Charakteristik des Themenspektrums deutlich besser abbildet, als die Durchschnittswerte über den gesamten Untersuchungszeitraum.

Die Wahrnehmung der Patientenbeauftragten als Adressatin scheint je nach Konflikttyp mit unterschiedlichen Rollenzuschreibungen verknüpft zu sein: Bei Konflikten zwischen Patienten und Krankenkassen sowie zwischen Patienten und Ärzten wird die Patientenbeauftragte überwiegend als neutrale dritte Partei verstanden. Findet sich in den Briefen hingegen eine Kritik an der Politik, wird diese an Frau Kühn-Mengel häufiger in der Rolle der politischen Entscheiderin und Mitverantwortlichen für politische Entscheidungen adressiert. Die Literatur zur Verbraucherforschung weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Beschwerdebauigkeit von Verbrauchern danach variiert, ob sie sich an die vermuteten Auslöser eines Problems, deren Vorgesetzte oder eine dritte unabhängige Beschwerdestelle wenden. Im Endbericht sollen unsere Ergebnisse mit publizierten Forschungsarbeiten zu Verbraucherbeschwerden und insbesondere Beschwerdeverhalten im Gesundheitswesen gegenübergestellt werden.

Ferner werden im Endbericht Analysen ergänzt, welche die Kombination der Themenvariable (die eine Kritik am Gesundheitswesen oder an dessen Akteuren enthält) mit der Variable „Konfliktpartner“ (die Institutionen oder Personen, mit denen Probleme auftreten, erfasst) untersuchen. Davon versprechen wir uns vertiefenden akteursbezogenen Auswertungen, die beispielsweise auch differenziertere Aussagen zu den Unterschieden zwischen Haus- und Fachärzten sowie weiter gehende Auswertung der Kritikthemen nach den Akteuren Kostenträgern und Politik beinhalten.

## Literaturverzeichnis

- Beyer, M.; Dovey, S. & Gerlach, F.M. (2003): Fehler in der Allgemeinpraxis - Ergebnisse der internationalen PCISME-Studie in Deutschland. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 79(07), S. 327-331.
- Beyer, M. & Gerlach, F.M. (2003): Medikationsfehler in deutschen Allgemeinpraxen - Eine Forschungsnotiz. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 79(07), S. 332-335.
- Beyer, M.; Rohe, J.; Rusitska, M.; Blauth, E. & Gerlach, F.M. (2005): Das Frankfurter Fehlerberichts- und Lernsystem - Struktur und erste Ergebnisse. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 81(4), S. 147-153.
- Braun, B.; Greß, S.; Rothgang, H. & Wasem, J. (Hrsg.) (2008): Einfluss nehmen oder aussteigen. Theorie und Praxis von Kassenwechsel und Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin: edition sigma. (Schriftenreihe Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung).
- Dovey, S.M. et al. (2002): A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. In: Quality and Safety in Health Care 11(3), S. 233-8.
- GeroStat (2009): Das statistische Informationssystem des Deutschen Zentrums für Altersfragen. ([www.gerostat.de](http://www.gerostat.de)).
- Graubner, B. (Hrsg.) (2009): ICD-10-GM 2009. Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision - German modification. Köln: Ärzte Verlag.
- Jenkinson, C.; Coulter, A.; Reeves, R.; Bruster, S. & Richards, N. (2003): Properties of the Picker Patient Experience questionnaire in a randomized controlled trial of long versus short form survey instruments. In: Journal of public health medicine 25(3), S. 197-201.
- Kuhlmey, A. (2008): Altern - Gesundheit und Gesundheitseinbußen. In: A. Kuhlmey & D. Schaeffer (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Hans-Huber, S. 85-96.
- Lugert, P. (2007): Die Daten der gesetzlichen Krankenversicherung: Grundlagen und Struktur der Stichprobendaten 2002 nach § 268 Sozialgesetzbuch V. In: D. Rentenversicherung (Hrsg.): Bericht vom dritten Workshop des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV) vom 26. bis 28. Juni 2006 in Bensheim. DRV-Schriften. Bd. 55. Berlin, S. 29-39.
- Neu, J.; Scheppokat, K.D. & Vinz, H. (2004): Behandlungsrisiko und iatrogenen Schaden-- "Unfallberichte" aus der Norddeutschen Schlichtungsstelle. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 98(7), S. 567-574.
- Ruprecht, T. (2001): Patientenerfahrungen als Qualitätsindikator - das Picker-Modell. In: W. Satzinger, A. Trojan & P. Kellermann-Mühlhoff (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen. St. Augustin: Asgard-Verlag, S. 181-194.

- Scheppokat, K.D. & Held, K. (2002): Ergebnisse von 903 Schlichtungsverfahren in der Inneren Medizin. In: Deutsche medizinische Wochenschrift 127(6), S. 253-259.
- Statistisches Bundesamt (2004): Demographische Standards. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steinhagen-Thiessen, E. & Borchelt, M. (1996): Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: K.U. Mayer & P.B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, S. 151-183.
- Weber, A. (2007): Aus Fehlern lernen. Aktuelle Erhebung der Gutachterkommission und Schlichtungsstellen. In: Berliner Ärzteblatt (6), S. 17.
- Wurm, S. & Tesch-Römer, C. (2006): Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In: C. Tesch-Römer, H. Engstler & S. Wurm (Hrsg.): Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden: VS Verlag, S. 329-384.