

Kennziffern zur ambulanten Inanspruchnahme. Methodische und inhaltliche Aspekte des Stellenwerts von Surveydaten

Hanfried H. Andersen¹, Cornelia Bormann², Thomas Elkeles¹

¹ Wissenschaftszentrum, Berlin

² Barmer Ersatzkasse, Wuppertal

„Der Rückstand der Statistiken im Gesundheitswesen, schreibt G. Kocher in der Neuen Zürcher Zeitung vom 30.1.92, „wird seit langem beklagt. Er zeigt sich auch bei der ambulanten Versorgung: verlässliche Angaben über die mehr als 40 Millionen Arztkonsultationen pro Jahr sind selten“. Diese auf die Schweiz gemünzte Klage liesse sich auch auf die Bundesrepublik Deutschland übertragen.

Diese Behauptung mag überraschen angesichts entgegenlautender Klagen über die zunehmende und nicht mehr überschaubare Flut von Statistiken und Datensammlungen auch im Gesundheitswesen. Verwiesen sei auf die Fülle dokumentierter Datenquellen in dem Bericht der Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung¹, die periodischen Veröffentlichungen der kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, der verschiedenen Krankenkassen und deren Verbänden sowie die Tabellenfortschreibungen in den Jahresgutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Wir sehen allerdings in den beiden Klagen keinen Widerspruch. Denn trotz der Fülle an statistischem Material gibt es erhebliche Defizite an Analysen und Interpretationen; an detaillierter Beschreibung, hypothesengeleiteter Erklärung und theoriegestützter Prognose. Zusammengefasst: Wir sehen eine Diskrepanz zwischen Datensammlung einerseits und Dateninterpretation andererseits². Ziel dieser Arbeit ist es deshalb auch, auf die bisher noch keineswegs ausgeschöpften Potentiale vorliegender empirischer Daten aufmerksam zu machen und sie ist ein Plädoyer dafür, die Anstrengungen zunächst stärker auf die Analyse und Interpretation bereits vorliegender Erhebungen als auf Sammlung und Dokumentation neuer Daten zu konzentrieren.

Datengrundlagen

Zum Stellenwert von Kennziffern zur ambulanten Inanspruchnahme

Zunächst wollen wir kurz skizzieren, was den Stellenwert von Kennziffern zu Höhe und Inzidenz (Verteilungsstruktur) der ambulanten ärztlichen Inanspruchnahme begründet. Ausgangspunkt ist die ärztliche Praxis im System der gesundheitlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.

Wenn man nämlich von der Funktion der ärztlichen Praxis als der zentralen Anlauf-, Koordinierungs- und Steuerungsinstanz ausgeht³, dann sind Höhe und Inzidenz der ambulanten Inanspruchnahme auch Indikatoren für andere Versorgungsleistungen. Der einzelne Arzt entscheidet nicht nur darüber, was er selbst an diagnostischen und therapeutischen Leistungen „produziert“, sondern er überweist an Kollegen, er entscheidet über den Konsum von Medikamenten sowie von Heil- und Hilfsmitteln und er weist in stationäre Versorgungseinrichtungen ein. Ökonomisch gewendet: Den Kosten seiner Leistungen steht ein vier- bis fünffaches an Kosten für verordnete Leistungen gegenüber⁴. Ein weiteres, für unsere Zwecke entscheidendes Argument für die Bedeutung von Daten über die ambulante Inanspruchnahme nimmt Bezug auf die Funktion der ärztlichen Praxis als Anlaufinstanz. In diesem Begriff ist impliziert, dass Daten über die ambulante Inanspruchnahme etwas aussagen über das Entscheidungsverhalten der Patienten. Im Gegensatz etwa zur stationären Inanspruchnahme ist die ambulante Inanspruchnahme wesentlich auch von den Patienten selbst beeinflusst. Nur derartige Daten lassen deshalb auch Rückschlüsse auf Motive, Präferenzen oder Einstellungen von Patienten zu.

Allerdings ist empirisch nur schwer abzuschätzen, in welchem Masse die ambulante Inanspruchnahme tatsächlich auf Patientenentscheidungen beruht. Mit verschiedenen Sprachwendungen wird versucht, dieses Problem zu bewältigen: Erstinanspruchnahme, Primärananspruchnahme, patienteninduzierte Inanspruchnahme. Ein solcher Versuch ist schon theoretisch-abstrakt bzw. begrifflich-analytisch schwer durchzuhalten. Dies macht etwa das *uno-actu*-Prinzip deutlich. Wenn in einem Arzt-Patienten-Gespräch eine Behandlungsfrequenz festgelegt wird, dann ist kaum zu unterscheiden, ob die Dauer der Behandlungsepisoden und die Höhe der Frequenzen arzt- oder patientenbestimmt sind. Auch die Inanspruchnahme von Gebietsärzten ist nur bedingt als arztgesteuert zu bezeichnen. Denn immer mehr Patienten lassen sich nicht erst nach der Konsultation eines Primärarztes zum Facharzt überweisen, sondern suchen gleich einen Gebietsarzt auf.

Auch wenn es analytisch – und insbesondere empirisch – problematisch ist, immer eindeutig zwi-

schen arztinduzierter und patienteninduzierter Inanspruchnahme zu unterscheiden, so sind doch die Daten ambulanter Inanspruchnahme die einzigen, die durch geeignete methodische Verfahren zumindest Plausibilitätsvermutungen darüber zulassen, welche Determinanten die patienteninduzierten Entscheidungen beeinflussen. Wer also etwas über die Bedeutung individueller Präferenzen oder Motive wissen will, muss sich primär auf eine Analyse der Daten der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen stützen.

Datenquellen

Welche der möglichen Datenquellen genutzt werden, sollte primär von den jeweiligen Erkenntnisinteressen abhängig gemacht werden. Dass in der Forschungspraxis der Ressourcenaufwand bzw. das Ressourcenpotential entscheidend ist, bedarf keiner besonderen Erwähnung. Allerdings hat die rasante Entwicklung der EDV (Hardware und Software) zu einer erheblichen Modifikation der Ausrichtung empirischer Projekte geführt. Die heute gegebenen Möglichkeiten der empirisch-statistischen Datenanalyse und vor allem des problemlosen Datentransfers haben die methodologischen Regeln beim Aufbau empirischer Projekte verändert. Ein Aufbau etwa mit Sequenzen Theorieformulierung/Hypothesengenerierung/Operationalisierung/Instrumentarium/Datenaufnahme/Auswertung/Überprüfung entsprach eher einer normativen denn einer deskriptiven Gültigkeit⁵ und war in empirischer Hinsicht immer auch ein Verfahren zur Reduktion des Aufwandes an Informationsverarbeitung. Heute lassen sich die hypothesengenerierenden Möglichkeiten der inferenzstatistischen Methoden mit nahezu beliebig grossen Datenmengen an jedem besser konfigurierten PC ausschöpfen. Angesichts dieser Möglichkeiten lautet die Frage immer häufiger, was aus gegebenen Datensätzen noch alles „herauszuholen“ ist; die Sekundäranalyse hat deshalb heute einen erheblich höheren Stellenwert.

Entsprechend der Struktur des Versorgungs- bzw. Finanzierungssystems lassen sich die Datenquellen den Ärzten (resp. den Leistungsanbietern), den Patienten (resp. den Nachfragern) und den Krankenkassen (resp. den Finanzierern) zuordnen. Wer etwa eine Verknüpfung von Inanspruchnahmedaten mit Praxisprofilen der niedergelassenen Ärzte (z. B. Praxisform, Praxisausstattung) anstrebt, der wird die Leistungsanbieter als Datenquelle nutzen wollen⁶. Wer insbesondere an einer Verknüpfung von Inanspruchnahmedaten mit den Ausgaben interessiert ist, der wird sich der Routine- bzw. Prozessdaten der Finanzierer (Krankenkassen) bedienen müssen⁷. Und wer an einer Verknüpfung von einer möglichst grossen Vielzahl sozio-ökonomischer Determinanten sowie individueller Verhal-

tens- und Einstellungsmuster mit Inanspruchnahmedaten interessiert ist, der wird die Patienten als Datenquellen nutzen müssen⁸.

Wer diese Verknüpfung anstrebt, wird sich auf Surveydaten stützen müssen – und zwar vornehmlich auf Bevölkerungssurveys und weniger auf Patientensurveys. Ohne auf Detailfragen der verschiedenen Datenstrukturen näher einzugehen⁹, sollen lediglich einige Punkte hervorgehoben werden, die Bevölkerungssurveys von Routine- bzw. Prozessdaten und/oder Patientensurveys unterscheiden. Die Zahl der Variablen ist in Surveys nicht durch die Routineselektion begrenzt; es können immer auch Determinanten einbezogen werden, die dem weiten Spektrum von „Individualität und Subjektivität“ zuzuordnen sind. Routedaten und Patientensurveys implizieren eine je spezifische Populationsselektion. Wir sehen allerdings den Vorteil eines Bevölkerungssurveys weniger in der Möglichkeit, Ergebnisse auf die gesamte Bevölkerung hochrechnen zu können, als darin, als Referenzgruppe zu den Inanspruchnehmenden (User) immer auch die Nicht-Inanspruchnehmenden (Non-User) heranziehen zu können.

Die Datensätze

Datenbasis sind einmal das Sozio-ökonomische Panel¹⁰ (Längsschnittdatensatz, Wellen 1–6) (SOEP) und zum anderen Daten des Nationalen Gesundheitssurvey der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie¹¹. Die Datensätze basieren jeweils auf national repräsentativen Stichproben der deutschen Wohnbevölkerung im Alter von 25 bis 69 Jahren. (Um die Daten vergleichbar zu machen, wurden im Sozio-ökonomischen Panel jeweils nur die Altersgruppen von 25 bis 69 Jahre berücksichtigt.)

Der Befragungszeitraum ist in etwa gleich: Die SOEP-Daten wurden in den Jahren 1984 bis 1989, die Daten des Nationalen Gesundheitssurvey 1984 bis 1988 erhoben. Während die Paneldaten pro Jahr jeweils ca. 4300 Probanden umfassen, beträgt die Anzahl der Befragten beim Nationalen Gesundheitssurvey insgesamt 21 070.

Beide Datensätze werden dem Bevölkerungsaufbau entsprechend gewichtet (Basis jeweils 1984), sind daher jeweils repräsentativ für diesen Zeitpunkt. Während diese Repräsentativität für jede einzelne Welle des Sozio-ökonomischen Panels gilt, bestehen die Daten des Nationalen Gesundheitssurvey aus drei jeweils repräsentativen Teilstudien: Dem Nationalen Befragungssurvey (NBS) von 1984 bis 1986 (N = 10 945), dem Nationalen Untersuchungssurvey t_0 (NUSt₀) von 1984 bis 1986 (N = 4 790) und dem Nationalen Untersuchungssurvey t_1 (NUSt₁) von 1987 bis 1988 (N = 5 335).

Da wir vor allem methodische Aspekte diskutieren wollen, werden wir auf Gemeinsamkeiten und auf

Differenzen im Untersuchungsdesign kurz eingehen. Einerseits bestehen zwischen den Datensätzen so weitgehende Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Erhebung von Daten zur ambulanten Inanspruchnahme, dass sie einen inhaltlichen Vergleich und damit auch Gültigkeitsüberprüfungen zulassen, andererseits bestehen teils erhebliche, teils eher (scheinbar) marginale Differenzen in der methodischen Anlage, die sich auch in den Ergebnissen widerspiegeln dürften und die Anlass sein können, über Vor- und Nachteile verschiedener Varianten des methodischen Vorgehens zu diskutieren.

Der grundlegende Unterschied zwischen den Panel-Daten und den Daten des Nationalen Gesundheitssurvey besteht zunächst darin, dass im Längsschnittdatensatz nur jene Personen enthalten sind, die jedes Jahr befragt wurden, während in den einzelnen Datensätzen des Nationalen Gesundheitssurvey immer verschiedene Personen im Sinne einer Querschnittsbefragung angesprochen wurden. Ein weiterer Unterschied besteht beim Befragungstermin. Während Panel-Daten immer zu einem etwa gleichen Zeitpunkt erhoben werden müssen, wurde bei dem Nationalen Gesundheitssurvey gerade versucht, die saisonalen Schwankungen gesundheitsrelevanter Determinanten (z. B. Grippewellen) durch eine auf das ganze Jahr verteilte Befragung auszugleichen.

Von Bedeutung ist darüber hinaus, dass es sich bei der Panelbefragung überwiegend um mündliche Interviews handelt, während die Daten des Nationalen Gesundheitssurveys durch ein Methodenmix von schriftlicher, telefonischer und mündlicher Befragung erhoben wurden, wobei die schriftliche Befragung überwog und telefonische bzw. mündliche Befragungen als Korrektiv und Ergänzung herangezogen wurden; insbesondere, um die Ausschöpfungsquote zu erhöhen¹². Allerdings sind auch durch die unterschiedliche Interviewform Einflüsse nicht auszuschliessen. So wird für numerische Angaben z. B. angenommen, dass bei schriftlichen Befragungen die Daten zuverlässiger sind¹³.

Auch zwischen den einzelnen Teilen des Nationalen Gesundheitssurvey gibt es Unterschiede, die sich auf das Ergebnis auswirken können. Zwar waren die Fragen bzw. Antwortkategorien jeweils identisch und es wurde auch darauf geachtet, dass das Methodenmix aus schriftlicher, telefonischer und mündlicher Befragung weitgehend gleich war, dennoch ist durch das unterschiedliche Untersuchungsdesign ein Einfluss zu erwarten. So bestand durch die Kopplung von Untersuchung und Befragung in den Daten des Nationalen Untersuchungssurvey im Vergleich zu den Daten des Nationalen Befragungssurvey ein unterschiedlicher Anreiz zur Teilnahme. Ausserdem ist ein höherer Anteil an mündlichen Interviews im Nationalen Untersuchungssurvey zu erwarten. Das grösste methodische Problem eines inhaltlichen Vergleichs aber – allerdings auch eine gute Möglichkeit zur Interpretation der Desi-

gn-Effekte – liegt in den unterschiedlichen Frageformulierungen und – wichtiger – in den unterschiedlichen, vorgegebenen Antwortkategorien. So lauten die hier ausgewerteten Fragen im Fragebogen für den Nationalen Gesundheitssurvey folgendermassen:

Wann haben Sie das letzte Mal für sich die Hilfe eines Arztes oder dessen Personal in Anspruch genommen? (Ausgenommen sind Arztkontakte, die Sie als stationärer Patient im Krankenhaus hatten).

Als Antwortkategorien werden fünf Zeiträume vorgegeben: 4 Wochen; 2–3 Monate; 4–12 Monate; 1 bis 5 Jahre; mehr als 5 Jahre. Wer in den letzten 4 Wochen einen Arzt aufgesucht hat, springt zu folgender Frage:

Welchen Arzt bzw. welche Ärzte haben Sie innerhalb der letzten 4 Wochen für sich selbst in Anspruch genommen und wie oft? (Ausser als stationärer Patient im Krankenhaus). Als Antwortkategorien sind zwölf Arztgruppen und eine Kategorie „Sonstiger Arzt“ vorgegeben.

Die entsprechenden Fragen im Panel-Fragebogen (bis 1987) lauten:

Denken Sie bitte einmal an die letzten 3 Monate: Haben Sie in den letzten 3 Monaten einen der folgenden Ärzte aufgesucht? Wenn ja, geben Sie bitte an wie häufig. Als Antwortkategorien sind vorgegeben „Keinen Arzt in Anspruch genommen“ sowie 10 Arztgruppen und eine Kategorie „sonstige Ärzte“.

Ab 1988 wurde folgende Formulierung gewählt:

Haben Sie in den letzten 3 Monaten Ärzte aufgesucht? Wenn ja, geben Sie bitte an wie häufig? Als Antwortkategorien wurden vorgegeben: „Zahl aller Arztbesuche in den letzten 3 Monaten“ und „Keinen Arzt in Anspruch genommen“.

Kennziffern ambulanter Inanspruchnahme

Da jede Inanspruchnahmeanalyse zeitbezogen sein muss, ist eine erste Vorentscheidung die Wahl von Zeitgrenzen. Zudem muss diskutiert werden, nach welchen inhaltlichen Kriterien die „Gruppen“ zu unterscheiden sind, die durch entsprechende Zeitintervalle definiert werden. Durchaus aussagekräftig wäre etwa eine Zuordnung nach folgenden Gruppen: Jene, die häufig zum Arzt gehen; jene, die zumindest regelmässig zum Arzt gehen; jene, die eher selten einen Arzt aufsuchen.

Unmittelbar einsichtig ist, dass eine derartige Einteilung nicht nur eine Entscheidung über Zeitintervalle, sondern zusätzlich eine Differenzierung nach Frequenzen pro Zeitintervall verlangt. Da es keine „Theorie der Inanspruchnahme“ gibt, aus der eine

eindeutige Zeit- und Frequenzstrukturierung ableitbar wäre, orientieren sich die verschiedenen Studien an unterschiedlichen methodischen Auffassungen etwa hinsichtlich des Erinnerungsvermögens der Probanden oder der Diskriminierungsanforderungen der deskriptiven Statistik. Auch die hier zugrundegelegten Datensätze zeigen, dass es theoriegestützte, übereinstimmende Konventionen hinsichtlich der Erhebung von Inanspruchnahmedaten nicht gibt. So haben die Münchener Blutdruckstudie, die Surveys der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die Wohlfahrtssurveys und der Mikrozensus jeweils verschiedene Fragen und Antwortkategorien zur Erhebung von Daten zur Inanspruchnahme (z. B. ^{14,15}).

Die Berechnung von Kennziffern, die im Ergebnis teil diskutiert werden, ist deshalb gebunden an die jeweiligen Frageformulierungen und Antwortvorgaben. Entsprechend der Vorgaben werden folgende, nach Zeitintervallen und Bezugsbasis differenzierte, Kennziffern erörtert:

1. *Quartalsinanspruchnahme*: Dies ist der jeweilige Anteil derjenigen, die in den letzten drei Monaten vor ihrer Befragung mindestens einmal einen Arzt aufgesucht haben.
2. *Kontakthäufigkeit*: Dies ist die durchschnittliche Anzahl der ambulanten Kontakte pro Person und Quartal bzw. pro Person und den letzten vier Wochen; Bezugsbasis ist also die Gesamtheit der jeweiligen (Teil)-Gruppe (so z. B. ¹⁶).
3. *User-Frequenz*: Dies ist die durchschnittliche Anzahl pro Patient und Quartal bzw. pro Patient und den letzten vier Wochen; Bezugsbasis ist also der Anteil derjenigen pro (Teil)-Gruppe, die im letzten Quartal bzw. in den letzten vier Wochen einen Arzt aufgesucht haben (z. B. ¹⁷).

Ergebnisse

Quartalsinanspruchnahme

Die Tabellen 1 und 2 zeigen die Quartalsinanspruchnahme – aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Altersgruppen – für das Sozio-ökonomische Panel und die drei Teile des Nationalen Gesundheitssurvey.

Zweierlei ist zu registrieren:

1. Die Struktur der geschlechts- und altersspezifischen Differenzen ist in den beiden Datensätzen weitgehend identisch;
2. Jede (Teil)-Gruppe im SOEP weist eine zum Teil erheblich höhere Quartalsinanspruchnahme auf. Insbesondere angesichts der weitgehend identischen Alters- und Geschlechtsdifferenzen können die Niveauunterschiede nicht mit den üblichen Zufallseinflüssen erklärt werden. Worauf also sind die Unterschiede zurückzuführen – und welche der Ergebnisse können höhere Gültigkeit beanspruchen? Welches Niveau entspricht eher der Realität?

Tab. 1. Anteile derjenigen, die im letzten Quartal mindestens einmal einen Arzt aufgesucht haben (Sozio-ökonomisches Panel; Längsschnittdatensatz, Wellen 1–6).

	1984	1985	1986	1987	1988	1989
	in %					
Befragte insgesamt	71,9	70,9	72,0	73,3	67,8	70,2
Männer	65,5	64,5	64,9	67,1	61,5	63,3
Frauen	77,0	76,2	78,0	78,6	73,1	76,3
25–29 Jahre	71,1	63,5	68,9	66,9	54,0	55,6
30–39 Jahre	64,1	64,2	66,2	65,0	62,2	62,3
40–49 Jahre	67,2	66,8	66,0	67,0	59,1	62,9
50–59 Jahre	74,1	71,8	74,5	78,2	71,1	71,1
60–69 Jahre	83,7	84,5	82,7	84,4	81,8	85,0

Tab. 2. Anteile derjenigen, die im letzten Quartal mindestens einmal einen Arzt aufgesucht haben (Nationaler Gesundheitssurvey).

	NBS 1984–1986	NUS 1984–1986	NUS 1987–1988
	in %		
Befragte insgesamt	64,8	66,1	68,3
Männer	57,5	59,0	61,2
Frauen	72,4	73,3	75,2
25–29 Jahre	60,8	62,7	76,8
30–39 Jahre	59,1	59,6	61,0
40–49 Jahre	60,2	61,8	63,6
50–59 Jahre	69,1	69,1	71,1
60–69 Jahre	77,5	80,3	80,4

NBS: Nationaler Befragungssurvey.
NUS: Nationaler Untersuchungssurvey.

Da es keine „amtlichen“ Vergleichsdaten gibt, können – bis auf einen Faktor – nur Vermutungen angestellt werden. Dieser Ausnahmefaktor ist der Zeitpunkt der Befragung. Wie Analysen zu saisonalen Schwankungen bei der Inanspruchnahme zeigen, gibt es in den verschiedenen Monaten gewisse Schwankungen in der Inanspruchnahme – insbesondere im Hinblick auf die Quartalsinanspruchnahme, weniger im Hinblick auf die Frequenzen. Da nun die Panelbefragungen immer im Mai stattfinden, die Antworten sich also auf einen Durchschnitt der Monate Februar bis Mai beziehen, folgt, dass die SOEP-Daten durchschnittlich um knapp 2% über dem Wert liegen, der sich ergeben würde, wenn die Befragung auf alle Monate verteilt würde. Dadurch ergäbe sich also schon eine nicht unerhebliche Angleichung an das Niveau der Daten des Nationalen Gesundheitssurvey.

Kaum der Realität entsprechen dürfte der Rückgang der Quartalsinanspruchnahme bei den Panel-Daten von 1988 im Vergleich zu 1987 von über 5%; die Daten des Nationalen Gesundheitssurvey 1987–1988 signalisieren eher einen entgegengesetzten Trend im Vergleich zu den Daten 1984–1986. Wir vermuten deshalb, dass dieser Rückgang auf die Veränderung von Frage und Antwortvorgaben

beim SOEP zurückzuführen ist. Auch wenn nicht auszuschliessen ist, dass die wiederholte Teilnahme am Sozio-ökonomischen Panel die Befragten in besonderem Masse für Themen der Sozialpolitik sensibilisiert hat, so ist doch wahrscheinlicher, dass die Modifikation des Fragebogens die Ergebnisse verzerrt hat.

Da ab 1988 im Panelfragebogen nicht mehr nach einzelnen Arztgruppen gefragt wurde, vermuten wir, dass der Rückgang der Nennungen von 1987 auf 1988 vor allem darauf zurückzuführen ist, dass die Vorgabe der verschiedenen Arztgruppen für die Probanden nicht mehr als Erinnerungstütze gedient hat.

Allerdings sollte auf folgenden Tatbestand zumindestens hingewiesen werden. Im Frühjahr 1988 – also in dem für die Inanspruchnahme relevanten Zeitabschnitt – war die Diskussion um die Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung ein beherrschendes politisches Thema (Kabinettsverabschiedung Ende März). Deshalb wäre nicht auszuschliessen, dass die Kostendämpfungsdiskussion das Verhalten beeinflusst hat. Dagegen allerdings spricht, dass in den vergleichbaren Monaten bei den Daten des Nationalen Untersuchungssurvey die für diese Monate zu erwartenden überdurchschnittlich hohen Inanspruchnahmeraten tatsächlich zu verzeichnen sind.

Kontakthäufigkeit und User-Frequenz

Da in den verschiedenen Studien einmal nach der Kontakthäufigkeit im letzten Quartal und zum anderen nach der Kontakthäufigkeit in den letzten vier Wochen gefragt wurde, sind die Tabellen 3 und 4 nur bedingt miteinander vergleichbar. Versuche, die Frequenzen durch Rechenverfahren vergleichbar zu machen¹⁵, müssen als problematisch angesehen werden. Da die Häufigkeit jeweils auf der Basis des Gesamtanteils der jeweiligen (Teil)-Gruppen berechnet werden (also bezogen auf alle Befragten 1984, jeweils alle Männer, alle 25 bis 29-jährigen usw.), sind die Ergebnisse wesentlich geprägt durch den jeweiligen Anteil der Quartalsinanspruchnahme pro (Teil)-Gruppe. Die geschlechts- und altersspezifischen Varianten entsprechen deshalb weitgehend denen der Tabellen 1 und 2. So wird auch bei den SOEP-Daten im Vergleich von 1987 zu 1988 deutlich, dass das Sinken der Kontaktfrequenz vermutlich auf die Fragebogenveränderung und nicht auf die reale Veränderung des Inanspruchnahmeverhaltens zurückzuführen sein dürfte.

Allerdings gibt es bei näherer Betrachtung eine Ausnahme von der ansonsten weitgehenden Entsprechung der Tabellen 1 und 3 bzw. 2 und 4. Und diese Ausnahme verweist auf die Mängel an Interpretationsfähigkeit derartiger Durchschnittszahlen. Denn wenn man die Gruppe der 25–29-jährigen im Übergang von 1987 zu 1988 in den Tabellen 1 und 3

Tab. 3. Durchschnittliche Häufigkeit der Arztbesuche im letzten Quartal (Sozio-ökonomisches Panel; Längsschnittdatensatz, Wellen 1–6).

	1984	1985	1986	1987	1988	1989
	in %					
Befragte insgesamt	3,83	3,65	3,99	4,03	3,40	3,29
Männer	3,07	3,14	3,34	3,44	3,12	2,71
Frauen	4,46	4,07	4,52	4,52	3,64	3,79
25–29 Jahre	2,81	2,19	2,75	2,39	2,52	1,72
30–39 Jahre	2,52	2,74	3,06	2,85	2,41	2,23
40–49 Jahre	3,39	3,35	3,40	4,13	2,59	2,36
50–59 Jahre	4,51	4,36	4,56	4,90	3,79	3,82
60–69 Jahre	5,36	4,67	5,37	5,52	4,90	4,92

Tab. 4. Durchschnittliche Häufigkeit der Arztbesuche in den letzten 4 Wochen (Nationaler Gesundheitssurvey).

	NBS 1984–1986	NUS 1984–1986	NUS 1987–1988
	in %		
Befragte insgesamt	1,36	1,21	1,24
Männer	1,14	1,04	1,12
Frauen	1,56	1,37	1,35
25–29 Jahre	1,03	1,01	0,98
30–39 Jahre	1,12	1,01	0,92
40–49 Jahre	1,26	1,09	1,12
50–59 Jahre	1,59	1,43	1,56
60–69 Jahre	1,78	1,54	1,65

NBS: Nationaler Befragungssurvey.

NUS: Nationaler Untersuchungssurvey.

vergleicht, dann zeigt sich, dass zwar der Anteil der Inanspruchnehmenden in dieser Teilgruppe mit fast 13 Prozentpunkten deutlich am stärksten gesunken ist; dennoch ist dies die einzige Teilgruppe, in der trotzdem die durchschnittliche Häufigkeit zwischen 1987 und 1988 gestiegen ist. Dies ist dadurch zu erklären, dass diejenigen, die 1988 angaben, im letzten Quartal beim Arzt gewesen zu sein, sehr viel häufiger beim Arzt waren als 1987, so dass trotz des Rückgangs der Quartalsbesucher der Gesamtdurchschnitt gestiegen ist. Die interessantere Frequenz ist deshalb diejenige, die sich nur auf den jeweiligen Teil der Inanspruchnehmenden bezieht, d.h. die User-Frequenz.

Die Tabellen 5 und 6 zeigen die User-Frequenzen des SOEP und der drei Teile des Nationalen Gesundheitssurvey – wiederum aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Altersgruppen.

Zunächst einige Vorbemerkungen zum Begriff. Was ist ein User und was unterscheidet ihn beispielsweise von seinem begriffslogisch notwendigen Gegenteil, dem Non-User? Und weiter, wie könnte man den User von demjenigen unterscheiden, den wir w.o. als regelmässigen Arztbesucher bezeichnet haben? Über das ganze Leben gerechnet ist fast jeder Mensch ein User, wenn man User mit Inanspruchnehmenden gleichsetzt. Es bedarf keiner Begrün-

Tab. 5. User-Frequenz des letzten Quartals (Sozio-ökonomisches Panel; Längsschrittdatensatz, Wellen 1–6).

	1984	1985	1986	1987	1988	1989
	in %					
User insgesamt	5,33	5,15	5,55	5,49	5,01	4,67
Männer	4,68	4,87	5,16	5,12	5,07	4,28
Frauen	5,79	5,34	5,82	5,76	4,97	4,96
25–29 Jahre	3,96	3,45	3,98	3,57	4,67	3,09
30–39 Jahre	3,94	4,27	4,62	4,39	3,88	3,58
40–49 Jahre	5,04	5,01	5,16	5,54	4,38	3,75
50–59 Jahre	6,08	6,08	6,12	6,26	5,33	5,22
60–69 Jahre	6,40	5,53	6,49	6,35	5,99	5,79

Tab. 6. User-Frequenz der letzten 4 Wochen (Nationaler Gesundheitssurvey).

	NBS 1984–1986	NUS 1984–1986	NUS 1987–1988
	in %		
User insgesamt	3,23	2,72	2,82
Männer	3,25	2,79	2,95
Frauen	3,22	2,67	2,72
25–29 Jahre	2,79	2,45	2,26
30–39 Jahre	3,20	2,70	2,63
40–49 Jahre	3,35	2,80	2,82
50–59 Jahre	3,41	2,86	3,23
60–69 Jahre	3,18	2,63	2,83

NBS: Nationaler Befragungssurvey.

NUS: Nationaler Untersuchungssurvey.

dung, dass jeder Versuch, eindeutige Grenzen bestimmen zu wollen, problematisch ist. Die vorliegenden Datensätze bieten allerdings eine gute Möglichkeit für eine empirisch fundierte Annäherung an interpretationsfähige Zeitintervalle.

Wir wollen dieses Problem exemplarisch machen an einer simultanen Diskussion der bisher vorgelegten Tabellen in bezug auf die geschlechtsspezifische Differenzierung des Inanspruchnahmeverhaltens. Wir wollen die oft gestellte Frage diskutieren, wer denn eigentlich häufiger zum Arzt geht, die Männer oder die Frauen^{14,6}. In den Tabellen 1 und 2 zeigt sich ein nahezu stabiler Unterschied zwischen Männern und Frauen. Der Anteil der Frauen ist immer um einen fast gleichen Anteil höher. Auch ein Vergleich der Tabellen 3 und 4 zeigt, dass die Kontakthäufigkeiten der Frauen im Gesamtdurchschnitt ebenfalls immer über denen der Männer liegen.

Dieses Bild ändert sich, wenn man die User-Frequenzen des Sozio-ökonomischen Panels (Tab. 5) mit denen des Nationalen Gesundheitssurvey (Tab. 6) vergleicht. So zeigen die Daten der quartalsbezogenen User-Frequenzen des Sozio-ökonomischen Panels – mit Ausnahme des methodisch problematischen Jahres 1988 – ebenfalls eine höhere Frequenz der Frauen im Vergleich zu derjenigen der Männer. Zwar sind die geschlechtsspezifischen

Differenzen im Vergleich zu Tabelle 3 geringer geworden; sie liegen jedoch ausserhalb des zufälligen Schwankungsbereichs. Die auf die 4-Wochen-spanne bezogenen User-Frequenzen der Daten des Nationalen Gesundheitssurvey dagegen zeigen ein anderes Bild: Die User-Frequenzen der Männer liegen in allen Datensätzen etwas über denen der Frauen.

Nun ist kaum anzunehmen, dass sich das geschlechtsspezifische Inanspruchnahmeverhalten der SOEP-Probanden von dem der DHP-Probanden unterscheidet. Die Erklärung für diesen scheinbaren Unterschied dürfte in den verschiedenen Zeitintervallen liegen, die der Berechnung der jeweiligen Kontaktfrequenzen zugrundeliegen. Es zeigt sich, dass die Zeitdauer, für die die Inanspruchnahme gemessen wird, entscheidend für die Analyse ist. Die Bedeutung der ambulanten Inanspruchnahme variiert deshalb mit den verschiedenen Untersuchungs-Designs¹⁷. Denn da sich die geschlechtsspezifischen Differenzen der User-Frequenzen bei unterschiedlichen Zeitintervallen verändern, muss die Zeitspanne selbst einen erklärenden Einfluss auf die Inanspruchnahmevarianzen haben.

Unsere Vermutung nun ist, dass die beiden zugrundeliegenden Zeitintervalle unterschiedliche Annäherungen an eine Zeitperiode sind, die man als Behandlungsepisode (episode of care) bezeichnen kann und deren wahrscheinlichste Dauer nach nordamerikanischen Studien auf ca. 6 Wochen begrenzt werden kann. „Within this period of time, an episode of acute illness has time to end. Also, follow-up visits for chronic illness usually occur at no less than six-week intervals. Thus, this period can be considered as one which is significant for an individual to receive ambulatory medical care¹⁸“. Je länger nun der Messzeitraum die Dauer einer Behandlungsepisode überschreitet, desto mehr wird die Frequenz von denen beeinflusst, die regelmässig bzw. eher selten einen Arzt aufsuchen. Wenn sich nun variablen-spezifische Unterschiede bei verschiedenen langen Messzeiten ergeben, dann ist dies ein Hinweis darauf, dass die Determinanten, die die Ausprägungen der jeweiligen Messperiode beeinflussen, verschieden sind. Bezogen auf die geschlechtsspezifische Differenzierung: Männer gehen seltener und sie gehen auch weniger regelmässig zum Arzt; wenn sie aber in eine Behandlungsepisode eintreten, dann gehen sie in diesem Zeitintervall keineswegs seltener zum Arzt als die Frauen.

Der Vergleich der Altersgruppen zeigt einen vergleichbaren Effekt. Während bei der Quartalsfrequenz – mit Ausnahme des Jahres 1985 – die höchste Altersgruppe immer auch die höchsten Werte an Kontakthäufigkeit aufweist, liegt dieser Wert bei den Daten des Nationalen Gesundheitssurvey immer bei der Altersgruppe der 50 bis 59jährigen. Dieses Ergebnis korrespondiert mit anderen Daten, die zeigen, dass im Alter ein „Gewöhnungseffekt“ an Krankheitsepisoden eintritt¹⁹,

der sich auch in geringeren Inanspruchnahmefrequenzen zeigen könnte.

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass eine differenziertere Inanspruchnahmeanalyse an derartigen Kategorisierungen ansetzen muss. Und sie machen zudem plausibel, dass nicht nur die Determinanten der jeweiligen Kategorienzuschreibung unterschiedlich sind, sondern dass auch die Determinanten der Übergänge (transition) von der einen zur anderen Kategorie sich signifikant unterscheiden¹⁸. Derartige Differenzierungen ermöglichen beispielsweise auch eine gezieltere Analyse des Theorems der arztinduzierten Nachfrage. Denn zu unterscheiden wäre etwa, worauf die ärztlichen Intentionen unter bestimmten Bedingungen eher abstellen: die episodenzugehörigen Frequenzen zu erhöhen; aus Non-Usern bzw. seltenen Inanspruchnehmern zumindest regelmässige Inanspruchnehmer zu machen; die Behandlungsepisoden zu verlängern, um überhöhte Frequenzen zu vermeiden (Wirtschaftlichkeitsgebot!); die Regelmässigkeit zu sichern, um den „Stamm“ zu halten.

Insgesamt gesehen unterstreicht der hier vorgenommene Daten-Vergleich die entscheidende Bedeutung des den Survey-Daten zugrundeliegenden methodischen Designs. Und deutlich wird auch, dass differenziertere, multivariate Analysen des Inanspruchnahmeverhaltens, die auf eine Einflussuntersuchung von umfassenden Determinantensets abstellen, dann nur bedingt miteinander verglichen werden können, wenn sich die Zeitperioden der Inanspruchnahme erheblich voneinander unterscheiden. Schon an der deskriptiven Analyse lässt sich ableiten, dass in einer multivariaten Analyse mit einer abhängigen Variable User-Frequenz der Einfluss des Geschlechts zwischen den Daten des Nationalen Gesundheitssurveys und dem SOEP nicht nur im Vorzeichen variieren dürfte.

Ausblick

Einleitend hatten wir auf die noch keineswegs ausgeschöpften Potentiale zur Analyse des Inanspruchnahmegeschehens aufmerksam gemacht. Diese, auf wenige Variable begrenzte Auswertung, ist deshalb auch exemplarisch gemeint; und zwar sowohl in inhaltlicher wie in methodischer Hinsicht. Wer sich die vollständige Variablenstruktur z. B. des Sozio-ökonomischen Panels (ab 1984), des Nationalen Gesundheitssurvey (1984 bis 1991), der Wohlfahrtssurveys oder der Surveys der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ansieht und mit dem vergleicht, was in der gesundheitspolitischen Diskussion alles an Einflussvermutungen hinsichtlich der ambulanten Inanspruchnahme geäußert wird²⁰, der wird feststellen, dass es nicht nur Diskrepanzen zwischen Datensammlung und Datenanalyse, sondern auch zwischen formulierten

Hypothesen und bisher nicht genutzten Überprüfungen gibt.

Die in den verschiedenen Studien enthaltenden Angaben zu sozio-ökonomischen Determinanten (z. B. Einkommen, Erwerbsstatus, Berufsstruktur, Krankenversicherungsstatus, Familienstatus) oder subjektiven Determinanten (z. B. Gesundheitszufriedenheit, Gesundheitseinschätzung, Gesundheitsbeachtung, Ärztebeurteilungen, Morbidität, Belastungen) sowie weitere Inanspruchnahmekennziffern etwa zur Vorsorge, zur stationären Versorgung oder zum Medikamentenkonsum eröffnen Chancen zur Konzeptualisierung einer Inanspruchnahmeforschung, die über die jeweils reduktionistischen Ansätze einer „Theorie des Bedarfs“ oder einer „ökonomischen Theorie der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen“ hinausgeht²¹.

Dabei sollten unsere Auswertungen auch zeigen, dass die unterschiedlichen Designs der einzelnen Studien und deren Einfluss auf Vergleichbarkeit und Interpretationsfähigkeit der Ergebnisse nicht nur als Restriktion zu begreifen sind, sondern zugleich eine Chance zur Überprüfung methodischer Grundlagen bei der Gewinnung von Surveydaten bieten. Am Beispiel der Zeitintervalle etwa konnte gezeigt werden, dass eine methodenorientierte Auswertung zugleich inhaltliche Erklärungsansätze bieten kann und damit auch zur theoriegeschützten Begründung bei Urteilen über die Eignung alternativer methodischer Konzepte beiträgt. Kennziffern auf der Basis von Surveydaten sind für eine aussagefähige und politikorientierte Gesundheitsberichterstattung unerlässlich; ein Urteil darüber, welche am besten geeignet sind, diese Funktionen zu erfüllen, steht noch aus.

Zusammenfassung

Kennziffern zur ambulanten Inanspruchnahme sind wesentlicher Bestandteil einer differenzierten Gesundheitsberichterstattung. Der niedergelassene Arzt hat eine zentrale Anlauf-, Koordinations- und Steuerungsfunktion. Deshalb sind derartige Kennziffern zugleich Indikatoren für andere Versorgungsleistungen; sie lassen zudem Rückschlüsse auf Motive, Präferenzen und Einstellungen der Bevölkerung zu. Anhand zweier repräsentativer Bevölkerungssurveys (Sozio-ökonomisches Panel; Nationaler Gesundheitssurvey der Deutschen Herz-/Kreislauf-Präventionsstudie) werden die Kennziffern Quartalsinanspruchnahme, Kontakthäufigkeit und User-Frequenz analysiert. Am Beispiel der alters- und geschlechtsspezifischen Differenzierung wird insbesondere der Einfluss unterschiedlicher Research-Designs auf die Aussagekraft und Interpretationsfähigkeit der einzelnen Kennziffern diskutiert.

Résumé

Indicateurs concernant les consultations des médecins généralistes. Considérations méthodologiques sur la valeur des données dans deux enquêtes représentatives

Les indicateurs concernant les consultations des médecins généralistes sont essentiels pour préparer un rapport sur la santé. Le médecin généraliste a une fonction centrale par le premier contact avec le patient, la coordination et la surveillance du traitement. Ainsi, ces indicateurs peuvent servir en même temps d'indicateurs pour d'autres prestations médicales; ils permettent en outre de connaître les motifs, les préférences et les attitudes de la population. Sur la base de deux enquêtes représentatives de la population (le panel socio-économique et l'enquête nationale de santé dans le cadre de l'Étude allemande de prévention des maladies cardio-vasculaires), les indicateurs «utilisation trimestrielle», «fréquences des consultations» et «fréquentation» sont analysées. Prenant comme exemple les différences dues à l'âge et au sexe, une évaluation est faite de l'influence du design sur la validité et l'interprétabilité des différents indicateurs.

Summary

Index numbers of the utilization of outpatient treatment. Methodical aspects of the value of data from surveys

Index numbers of the utilization of outpatient treatment are essential for differentiated health reporting. The established doctor fulfills nodal, coordinating and regulating functions. Therefore numbers reflecting those functions are also indicators for other types of health services. They allow conclusions about motives, preferences and attitudes of the population. Based on two representative population surveys (the Socio-economic Panel and the National Health Survey of the German Cardiovascular Prevention Study) the index numbers Quarterly-Utilization, Contact-Frequency and User-Frequency are analysed. Taking the example of age and sex differences the influence of differing research designs on the validity and possibility of interpretation of the different index numbers are discussed.

Literaturverzeichnis

- 1 Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung. Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung. Bestandsaufnahme und Konzeptvorschlag, Bd. I–III. St. Augustin: Asgard, 1990.
- 2 Andersen HH, Henke K-D, Schulenburg J-M Graf v.d. (unter Mitarbeit von GB Kaiser). Basiswissen Gesundheitsökonomie, Band 2: Kommentierte Bibliographie. Berlin: edition sigma, 1992.
- 3 Andersen HH, Schulenburg J-M Graf v.d. Konkurrenz und Kollegialität: Ärzte im Wettbewerb. Eine empirische Studie. Berlin: edition sigma, 1990.
- 4 Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“. Endbericht. Bundestagsdrucksache 11/6380 vom 12.02.1990.
- 5 Mayntz R. Über den begrenzten Nutzen methodologischer Regeln in der Sozialforschung. In: Soziale Welt, Sonderband 1985; 3:65–76.
- 6 Schach E, Schwartz FW, Kerek-Bodden HE. Die EVaS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1989.
- 7 Paquet R, Reschke P, Schröder WF. Leistungs- und Kostenprofile in der GKV. Vergleichende Darstellung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach Alter und Geschlecht bei vier Krankenkassen. Berlin: edition sigma, 1988.
- 8 Leu RE. Determinanten der Nachfrage nach medizinischen Leistungen. In: Brennecke R, Schach E., Hrsg. Ambulante Versorgung: Nachfrage und Steuerung. Berlin: Springer, 1987; 16–29.
- 9 Schach E, Schach S, Potthoff P. Aperiodische Gesundheits-surveys. Inhalte und Beiträge zu einer Gesundheitsberichterstattung für die Bundesrepublik Deutschland. In: Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung. Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung. Bestandsaufnahme und Konzeptvorschlag, Bd. III, 1990; 1295–1350.
- 10 Hanefeld U. Das Sozio-ökonomische Panel. Frankfurt/New York: Campus, 1987.
- 11 Forschungsverbund Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie Hrsg. Forschungskonzept und Ergebnisse zur Studienmitte. Bonn, 1991.
- 12 Infratest Gesundheitsforschung, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes. Der Gesundheitssurvey. Design, Methoden, Feldergebnisse. München/Berlin, 1986.
- 13 Richter HJ. Die Strategie schriftlicher Massenbefragungen. Bad Harzburg: Verlag für Wissenschaft, Wirtschaft und Technik, 1970.
- 14 Härtel U. Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme medizinischer Hilfe. Soz Präventivmed 1988; 33:148–154.
- 15 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Aktionsgrundlagen 1987; Teilband Gesundheit. Köln, 1988.
- 16 Robra B-P, Chang Lü, Kerek-Bodden HE, Schach E, Schach S, Schwartz FW. Die Häufigkeit der ärztlichen Inanspruchnahme im Spiegel zweier Repräsentativerhebungen: DHP-Survey und EVaS-Studie. Das öffentliche Gesundheitswesen 1991; 5:228–232.
- 17 Hoeltz J, Bormann C, Schroeder E. Subjektive Morbidität, Gesundheitsrisiken, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Gesundheitsberichterstattung auf der Basis des 1. Nationalen Gesundheitssurvey der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie; Band 1: Bericht, Band 2: Tabellen. München: Infratest Gesundheitsforschung, 1990.
- 18 Belfand F. Utilization of Ambulatory Care Studies: Testing the Assumptions. Quality & Quantity 1991; 25:137–150.
- 19 Andersen HH, Elkeles Th. Gesundheit. In: Statistisches Bundesamt Hrsg. Datenreport 1992. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, Schriftenreihe Band 309, 1992; 506–516.
- 20 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Jahresgutachten 1992. Baden-Baden: Nomos, 1992.
- 21 Andersen HH. Themenschwerpunkte und Forschungsfelder der Gesundheitsökonomie. Einführung und Überblick. In: Andersen HH, Henke K-D, Schulenburg J-M Graf v.d. Hrsg. Basiswissen Gesundheitsökonomie, Band 1: Einführende Texte. Berlin: edition sigma, 1992; 13–37.

Korrespondenzadresse:

Dr. Thomas Elkeles
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
Reichpietschufer 50
1000 Berlin 30/Deutschland