

¹ Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt² Studiengang Öffentliche Gesundheit und Epidemiologie, Ludwig-Maximilians-Universität München³ Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleissheim

Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aus Bürgersicht: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung in München, Dresden, Wien und Bern

Summary

The citizen's view on the development of health care systems: results of a representative survey in Munich, Dresden, Vienna and Berne

Objectives: The presented study deals with the citizen's view on the development of health care systems. It aims to generate research hypotheses as basis for further studies.

Methods: During February through March 2000 computer-assisted telephone surveys were conducted in Munich, Dresden, Berne and Vienna. Respondents were asked for desired changes in the health care system, among others. 502 interviews were completed. The response rate from target person contacts was 43 % to 60 %.

Results: Improvements were desired most frequently for the domains interaction between therapist and patient, systems organisation and finances. Regional differences in the relative importance of these areas were found, gender specific differences were less prominent. Differences between Dresden and Munich point to persistent disparities within Germany.

Conclusions: The identification of systems-related determinants or deficits bears opportunities for a citizen-centered, humane development of health care systems.

Keywords: Patient rights – Health care system – Population-based survey – Interaction – Europe.

Bereits 1994 forderte die WHO von ihren Mitgliedsstaaten die Umsetzung der Prinzipien einer menschenwürdigen Patientenversorgung im Gesundheitssystem (WHO 1994). Vor diesem Hintergrund wurde Anfang 2000 eine Umfrage in vier deutschsprachigen europäischen Regionen durchge-

führt, die deskriptive bevölkerungsbezogene Daten zu Patientenrechten in Europa erhob und diese in den Kontext von Gesundheitszielen stellte (Brunner 2000; Wildner et al. 2001). In der Schweiz war dies die Stadt Bern, in Österreich Wien und in Deutschland Dresden und München.

Im World health report 2000 (WHO 2000) wurde eine internationale vergleichende Analyse von Gesundheitssystemen durchgeführt. Für die Dimension *responsiveness* wurden überwiegend „weiche“ Faktoren wie menschliche Würde, Vertraulichkeit und Patientenautonomie bzw. Patientenbeteiligung in Entscheidungsprozessen, zum anderen Aspekte der „Kundenorientierung“ wie Wartezeiten, Raumgestaltung, Erhalt von sozialen Kontakten und freie Arztwahl berücksichtigt. Darin nimmt das Schweizer System für diese Dimension hinter den USA den zweiten Rang weltweit ein, vor Deutschland (Rang fünf) und Österreich (Rang 12).

Betrachtet man objektive Gesundheitsindikatoren, findet sich bei den drei untersuchten Ländern ein gemischtes Bild (Eysenbach 1988; WHO 2000; Wildner et al. 2001). Während in Deutschland die Perinatalsterblichkeit als Mass der Effektivität des Gesundheitssystems am niedrigsten ist, liegen die standardisierten Mortalitätsraten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen in der Schweiz am niedrigsten. Die Anzahl der berufstätigen Ärzte bezogen auf die Bevölkerung ist in der Schweiz eher niedriger als in den anderen Regionen, ebenso die Anzahl der Krankenhausbetten. Die Dauer des Krankenhausaufenthaltes ist in der Schweiz jedoch vergleichsweise länger. Der prozentuale Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt liegt in der Schweiz am höchsten.

Das Schweizer Krankenversicherungssystem ist geprägt von weitgehender Selbstständigkeit der Krankenversicherer und bietet verschiedene Arten von Heilungskosten-Versicherungen an: sie reichen von der Krankenpflege-Grundversicherung über private bzw. halbprivate

Krankenhauszusatzversicherungen bis zu Krankentagegeld- und Alternativmedizin-Versicherungen. Die Krankenpflege-Grundversicherung erstreckt sich auf stationäre Krankenhausaufnahme und sämtliche ambulante ärztliche Leistungen innerhalb des Wohnortkantons sowie die ambulanten Dienste der medizinischen Hilfsberufe. Nicht eingeschlossen sind zahnärztliche Leistungen.

Gegenüber dem deutschen und österreichischen Krankenversicherungssystem liegt ein bedeutsamer Unterschied in der Finanzierung über Kopfprämien, bei denen die Versicherten in derselben Kasse im selben Kanton alle dieselbe Prämie zahlen. In Deutschland findet sich dahingehend eine Lohnprozent-Prämie. Damit findet sich die für Deutschland typische Versicherung der Bevölkerung nach sozialschichtspezifischen Merkmalen in der Schweiz nicht. Jede Krankenkasse hat also Mitglieder aus allen Bevölkerungsschichten. Paradoxerweise führt also die zunächst sozial belastende gleiche Kopfprämie aller Versicherten in der Versorgungspraxis zu einer nichtdifferenziellen, gleichmässigen Versicherungsleistung, welche eine gleichmässige medizinische Leistungserbringung fördert.

In der vorliegenden Arbeit geht es um die datenbasierte Analyse der Wünsche zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens, die aus Bürgersicht in vier deutschsprachigen europäischen Regionen geäußert wurden. Die ausgeführten Systemunterschiede legen nahe, dass die erreichte Zufriedenheit in der Bevölkerung in den untersuchten Regionen unterschiedlich ist. In welcher Richtung diese Unterschiede liegen, wurde nicht vorweggenommen. Ziel war die ergebnisoffene Generierung von Forschungshypothesen, welche in weiteren Studien zu untersuchen sind.

Methode

In den Monaten Februar und März 2000 wurde eine Computer-assistierte Telefonbefragung in vier deutschsprachigen, europäischen Grossstädten (München, Dresden, Bern und Wien) durchgeführt. In die Studie eingeschlossen wurden Personen zwischen 25 und 78 Jahren, wobei jeweils das Mitglied des Haushalts befragt wurde, das zuletzt Geburtstag hatte. Insgesamt wurden 502 Interviews mit einer durchschnittlichen Befragungsdauer von 20 Minuten abgeschlossen (München 124, Wien 125, Bern 126 und Dresden 127). Die Responserate bezogen auf den Zielpersonenkontakt lag zwischen 43% in Dresden und 60% in Wien. Eine ausführliche Beschreibung der Studienpopulation wurde an anderer Stelle publiziert (Brunner et al. 2000; Wildner et al. 2001). In der vorliegenden Studie wurde die an letzter Stelle offen gestellte Frage der oben genannten Befragung ausgewertet. Die Frage lautete: „Wenn Sie eine Sache im Gesundheitswe-

sen verbessern könnten: was wäre es?“ Bei mehrfachen Angaben wurde für die Auswertung nur die erste Antwort berücksichtigt. Für die deskriptive Analyse wurde das Programm SPSS 10.0 für Windows auf einem PC angewendet. Die Ergebnisse wurden direkt an der neuen Europäischen Standardbevölkerung standardisiert. Neben der rohen Analyse wurden stratifizierte Analysen nach Alter, Geschlecht, Beschäftigung im Gesundheitswesen, Gesundheitszustand und Berufstätigkeit durchgeführt. Die Unterteilung nach Studienregionen wurde dabei aufrechterhalten.

Ergebnisse

Das durchschnittliche Alter in den Studienregionen lag zwischen 45 und 52 Jahren. Die geschlechtsspezifischen Subgruppen unterscheiden sich in einzelnen Bereichen. So wiesen Männer in allen vier Städten einen höheren Bildungsabschluss auf. Frauen waren zwar insgesamt seltener berufstätig, übten ihren Beruf jedoch, ausser in Wien, häufiger im Gesundheitswesen aus. Männer bezeichneten ihren Gesundheitszustand insgesamt häufiger als ausgezeichnet bzw. sehr gut, ausser in München. Gesundheitlich weniger gut bzw. sehr schlecht ging es mehr Frauen überwiegend in Dresden, gefolgt von Wien. In München und Bern gaben mehr Männer einen schlechten Gesundheitszustand an. Die genauere demographische Beschreibung wurde andernorts gegeben (Wildner et al. 2001). Für die deskriptive Analyse der subjektiv wahrgenommenen Verbesserungsvorschläge wurden nach einer Sichtung aller gegebenen Antworten 12 Kategorien gebildet. Die Kategorien und deren Bedeutung sind in Tabelle 1 wiedergegeben.

Abbildung 1 gibt die relative Häufigkeit der Nennungen von Problembereichen nach Studienregionen wieder (nach Alter und Geschlecht standardisiert). Hierbei wird deutlich, dass Entwicklungsbedarf im Bereich *Interaktion* besonders in Wien geäußert wird. Entwicklung im Bereich *Information* wird ebenfalls überwiegend in Wien gewünscht, gefolgt von Dresden. Auffallend ist die besonders häufige Nennung der als bedeutsam erlebten *Finanzen* in Bern, gefolgt von Dresden und München. Vermehrt alternative Verfahren werden insbesondere in München gewünscht, gefolgt von Bern. Verbesserungen im *Leistungsbereich* werden überwiegend von der Region Dresden genannt, gefolgt von München; die wenigsten Klagen wurden von den Befragten in Bern geäußert. Kürzere *Wartezeiten* wünschen sich überwiegend Befragte aus Dresden, gefolgt von Wien. In München scheint dieses Problem eher gering, und in Bern so gut wie nicht vorhanden. Entwicklungsbedarf im Bereich *Sterbebegleitung* sehen überwiegend Befragte in Dresden, gefolgt von Wien. In München wird dieser Bereich selten

Tabelle 1 Die Kategorien und deren Bedeutung

Kategorien	Bedeutung
Interaktion	Interaktion/Kommunikation zwischen Arzt und Patient
Information	Information und Beratung über Krankheiten, Diagnoseverfahren, Behandlung, usw.
Alternative Verfahren	Berücksichtigung alternativer Verfahren
Leistung	Umfang des verfügbaren Leistungskataloges, Auswirkungen von Budgetierungen
Finanzen	Kosten, Zuzahlungsregelungen, Prämienstruktur
Organisation	Allgemeine kassenübergreifende Organisation des Gesundheitswesens, 2-Klassen-Medizin
Wartezeiten	Wartezeiten und Einhalten der Termine
Sterbebegleitung	Sterbebegleitung und Betreuung älterer Menschen
Personalstruktur	Personalstruktur im Krankenhaus
Sonstiges	Persönliche Antworten, andere Wünsche
Nichts/zufrieden	Völlige Zufriedenheit mit dem System, keine Verbesserungsvorschläge
Keine Antwort	Keine Antwort, Antwort verweigert oder „weiss nicht“

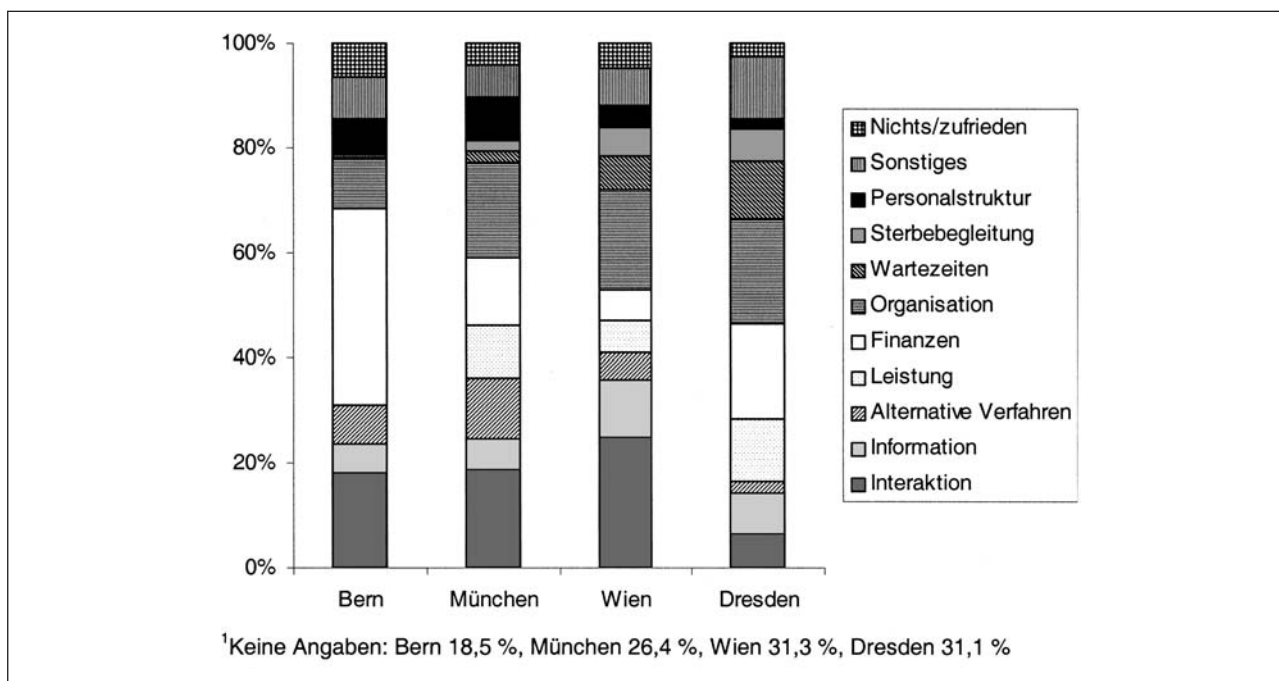


Abbildung 1 Relative Häufigkeit der Nennung von Problembereichen¹ im Gesundheitswesen (standardisiert nach Alter und Geschlecht, neue Europabevölkerung)

genannt, noch seltener in Bern. Entwicklungsbedarf bei der *Personalstruktur* im Krankenhaus sehen überwiegend Befragte in München, gefolgt von Bern und Wien.

Bei den Nennungen lässt sich eine strukturelle Ebene mit Kategorien wie Leistungen einschl. alternative Verfahren, Finanzen, Organisation und Personalstruktur und eine individuelle Ebene mit Bereichen wie Interaktion einschliesslich Wartezeiten, Information und Sterbebegleitung unterscheiden. In den meisten Regionen überwiegt die Nennung struktureller Bereiche (Makro- und Mesoebene) gegenüber der Nennung individueller Bereiche (Mikroebene). Bei einer Zusammenfassung der interaktionsbezogen-prozedura-

len Entwicklungspotentiale zeigt sich, dass diese am häufigsten in Wien genannte werden (48%), gefolgt von Dresden (34%), München (29%) und Bern (25%). Die strukturellen Entwicklungspotentiale wurden am häufigsten in Bern und München genannte (jeweils 68%), gefolgt von Dresden (55%) und Wien (41%).

Diskussion

Die vorliegende Analyse liefert evidenzbasierte Hinweise, welche Defizite bzw. Entwicklungspotenziale im Gesundheitswesen in der Bevölkerung subjektiv wahrgenommenen

werden. Die frühere Auswertung dieser Daten weist darauf hin, dass die wesentlichen demographischen Merkmale in den Studienregionen vergleichbar sind (Brunner et al. 2000; Wildner et al. 2001). Bei den berichteten Ergebnissen handelt es sich um die subjektive Wahrnehmung der Befragten in den jeweiligen Studienregionen. Bei der vorliegenden Studie war die Bewertung zwischen den Geschlechtern konsistent. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass abgebildete Entwicklungspotentiale der Gesundheitssysteme teilweise regional spezifisch sind. Die Daten in Abb. 1 wurden direkt an der neuen Europäischen Standardbevölkerung standardisiert, um eine vergleichbare Gegenüberstellung zu ermöglichen. Wichtig ist anzumerken, dass die Teilnehmer dieser Studie ein etwa halbstündiges strukturiertes Interview beantwortet hatten, als die letzte offene, hier analysierte Frage gestellt wurde. Die Bürger waren also zu diesem Zeitpunkt für das Thema sensibilisiert.

Ähnliche Ergebnisse wie in München fanden sich in der Studienregion *Wien (Österreich)*, wobei hier die *Interaktion mit den TherapeutInnen* als noch bedeutsamer betrachtet wird. Zu klären wäre, ob diese herausgehobene Bedeutung der Kommunikation Ausdruck einer vergleichsweise defizitären Situation ist, oder ob diesem Bereich lediglich eine besondere Bedeutung beigemessen wird. Denkbar wäre, dass in diesem Fall der Wunsch nach einer weiteren Verbesserung trotz eines hohen Ausgangsniveaus bestimmend ist.

In der Studienregion *Dresden* stehen insbesondere die Organisation und die Finanzierung des Gesundheitswesens, das Leistungsangebot sowie die Wartezeit im Vordergrund. Dieses Ergebnis entspricht dem der vorausgegangenen Teilanalyse (Brunner et al. 2000).

Die Region *Bern (Schweiz)* tritt durch die vergleichsweise sehr hohe Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot, den Wartezeiten sowie der Sterbebegleitung hervor. Entwicklungspotential wird von den Schweizern dennoch in der Therapeut-Patient-Interaktion, in der Organisation sowie bei der Finanzierung gesehen. Der prozentuale Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttonutzenprodukt liegt in der Schweiz am höchsten.

Für eine Umsetzung gesundheitsbezogener Rechte von Bürgern, Versicherten und Patienten besteht noch Diskussions- und Handlungsbedarf. Nicht übersehen werden darf z. B. die Einschränkung der Mitwirkungsfähigkeit vieler Patienten aufgrund körperlichen und psychischen Leidens, was eine Stärkung von professioneller und wirkungsvoller Patientenunterstützung notwendig machen kann. Der „informierte Patient“ wird zunehmend als wichtiger Partner im Kampf gegen Unwissenheit, Qualitätsmängel und Verschwendung im Gesundheitssystem erkannt (Gesundheitsministerkonfe-

renz Trier 1999; Hart 1999; Kranich & Böcken 1997; Badura et al. 1999).

Neue britische Studien zeigen den stark ausgeprägten Wunsch der Patienten nach dem persönlichen Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin (Little et al. 2001) sowie bessere Heilungserfolge bei „warmherzig, beruhigenden“ ÄrztInnen (Di Blasi et al. 2001). Eine in Deutschland durchgeführte Bevölkerungsbefragung deutete auf ähnliche Bedürfnisse (Wasem 1999). Möglich ist, dass die Qualität der Therapeut-Patient-Interaktion erst bei einer funktionierenden Versorgung in den Vordergrund tritt.

Eine offene Frage ist, ob und wie sich die so häufig genannte Interaktionsqualität auf die allgemeine Gesundheit auswirken könnte. Vertreter des bio-psycho-sozialen Ansatzes unterstreichen dabei, dass Gesundheit kein Zustand, sondern ein dynamischer Prozess ist, der aus der Interaktion zwischen dem einzelnen Individuum und seiner Umwelt resultiert (Von Uexküll 1996; Von Uexküll & Wesiack 1998). Gesundheit ist dementsprechend Ausdruck einer auf sämtlichen Ebenen adäquaten Interaktion und sinnvollen Kommunikation („semiotisches Modell“). Diese Beziehungen ermöglichen, soweit sie intakt sind, Gesundheit bzw. grösstmögliche Autonomie bei den Erkrankten, während Beziehungsstörungen Krankheit verursachen.

Die Teilnahmeraten entsprechen dem für Telefonbefragungen Üblichen. In allen vier Studienregionen haben anteilig mehr Frauen als Männer teilgenommen. Dies ist in Befragungsstudien ein bekanntes Phänomen. Da die Auswertung auch geschlechtsspezifisch erfolgte, hat diese Disparität potentiell keinen verzerrenden Einfluss auf die berichteten Ergebnisse. Auf eine formelle Non-Response-Analyse wurde verzichtet. Non-Responder sind älter, häufiger unverheiratet, haben einen niedrigeren sozioökonomischen Status und leiden häufiger an chronischen Krankheiten (Voigt et al. 2003).

Die Methodik unserer Befragung entspricht nicht dem Evidenzgrad eines entwickelten Erhebungsinstrumentes, wie dies von Sixma et al. (1998) und van Campen et al. (1995) für die strukturierte Erhebung der Patientenzufriedenheit angestrebt und teilweise krankheitsspezifisch entwickelt wurde. Dies war aber auch nicht unsere Intention. Die theoretische Konzeption unserer Einteilung in strukturelle und individuelle, d.h. auf die prozedurale Interaktion fokussierte Dimensionen, lehnt sich an die bekannte Qualitätskonzeption in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität an (Donabedian 1988). Ergebnisindikatoren waren nicht Teil unserer Untersuchung.

Ziel der Studie war die Generierung von Hypothesen, welche in weiteren Studien näher untersucht werden können. Diese ergebnisoffene Zielsetzung steht einer statistischen

Hypothesentestung entgegen. Einer Ex-Post-Testung mit entsprechend multipler Testung adjustiertem Niveau des Alpha-Fehlers verbietet sich angesichts der limitierten Fallzahl. Auch eine Testung von nur einer oder einigen wenigen Hypothesen in Kenntnis der graphisch dargestellten Unterschiede ist nicht zulässig. Zum besseren Verständnis werden jedoch Angaben zum binomialen 95%-Vertrauensbereich gemacht. Dieser liegt bei einer Fallzahl von jeweils 125 vollständigen Interviews in Abhängigkeit von der beobachteten Rate etwa zwischen $\pm 3,8\%$ (Beobachtungswert 5%) und $\pm 8,8\%$ (Beobachtungswert 50%).

Dem Ansatz, die geäußerten Entwicklungspotentiale hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale der Befragten zu analysieren, war ursprünglich gefolgt worden. Es zeigte sich jedoch, dass die beobachteten Differenzen in ihrer Ausprägung zu schwach waren, um mit ausreichender Wahrscheinlichkeit bei der durch die Schichtung reduzierten Fallzahl von zufälligen Artefakten abgegrenzt zu werden. Tendenziell waren in einzelnen Regionen Unterschiede für den Status als Berufstätige oder nicht Berufstätige (Interaktion, Finanzen, Organisation), für das Lebensalter, für eine Beschäftigung im Gesundheitswesen und für den Gesundheitszustand (jeweils Finanzen und Organisation) zu beobachten. Aus den gezeigten Ergebnissen lassen sich die folgenden spezifischen Hypothesen ableiten:

1. Für den Bereich würdiger Tod und Sterben/Sterbebegleitung wird insbesondere im deutschen und österreichischen Gesundheitssystem erheblicher Entwicklungsbedarf gesehen.
2. Probleme mit Wartezeiten sind in Dresden und Wien stärker als in München und Bern ausgeprägt.
3. Die Finanzierung der Gesundheitsleistungen wird insbesondere im Schweizer Gesundheitssystem als entwicklungsbedürftig erlebt.

Zusammenfassung

Fragestellung: Die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aus Bürgersicht in vier deutschsprachigen europäischen Regionen. Ziel ist die Generierung von Forschungshypothesen, die in weiteren Studien zu untersuchen sind.

Methoden: Im Februar und März 2000 wurde eine Computer-assistierte Telefonbefragung in München, Dresden, Bern und Wien durchgeführt und u. a. die Frage nach wünschenswerten Verbesserungen in den jeweiligen Gesundheitssystemen gestellt. 502 Interviews wurden abgeschlossen. Die Responderate bezogen auf den Zielpersonenkontakt lag zwischen 43 % und 60 %.

4. In den alten Bundesländern ist der Wunsch nach besserer Verfügbarkeit alternativer Heilverfahren deutlich stärker ausgeprägt als derzeit in den neuen Bundesländern.
5. In den alten Bundesländern, in Österreich und in der Schweiz ist der Wunsch nach besserer Interaktion zwischen dem Patienten und den Heilberufen deutlich stärker ausgeprägt als derzeit in den neuen Bundesländern.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen auf eine Heterogenität der geäußerten Veränderungswünsche zwischen den Regionen hin, die in weiteren Studien zu berücksichtigen ist. Ein wesentliches Ergebnis dieser Arbeit ist die hohe Anzahl der Bürger in Wien, München und Bern, die eine Verbesserung der Therapeut-Patient-Interaktion als prioritär betrachten. Bemerkenswert ist der hohe Anteil der Befragten in Bern, die die Finanzierung des Gesundheitssystems für verbesserungswürdig halten. Darüber hinaus weisen die unterschiedlichen Ergebnisse aus Dresden und München auf noch existierende Ungleichheiten in Deutschland hin. Die nähere Identifikation wahrscheinlich systembedingter Einflüsse bzw. Defizite bietet Chancen für eine bürgernahe und humane Entwicklung des Gesundheitswesens. Weiterführende Studien wären auch aus gesundheitspolitischer Sicht sinnvoll.

Danksagung

Die Durchführung dieses Projekts wurde durch eine Förderung im Rahmen des MSD Sharp & Dohme Förderprogramms "Health Targets in Europe" ermöglicht.

Ergebnisse: Eine Verbesserung wurde vor allem für die Bereiche Interaktion zwischen Patient und Therapeut, Organisation und Finanzen gewünscht. Dabei werden regionale Unterschiede bei der relativen Bedeutung dieser Bereiche deutlich, geschlechtsspezifische Unterschiede treten demgegenüber in den Hintergrund. Unterschiedliche Ergebnisse aus Dresden und München weisen auf noch existierende Ungleichheiten in Deutschland hin.

Schlussfolgerungen: Die nähere Identifikation systembedingter Einflüsse bzw. Defizite bietet Chancen für eine bürgernahe und humane Entwicklung des Gesundheitswesens.

Résumé**La perspective des citoyens sur le développement des systèmes de santé: résultats d'une enquête représentative à Munich, Dresde, Vienne et Berne**

Objectifs: Cette étude porte sur l'idée que se font les citoyens du développement des systèmes de santé. Son objectif est de générer des hypothèses pour des études future.

Méthodes: De février à mars 2000 des interviews assistés par ordinateur ont été effectués à Munich, Dresde, Berne et Vienne. Les personnes interrogées étaient priées de décrire ce qu'ils souhaitaient voire changer dans leurs systèmes de santé. Il y a

eu 502 interviews. Le taux de réponse a varié entre 43 % et 60 %.

Résultats: Les améliorations souhaitées portaient le plus souvent sur l'interaction entre thérapeutes et patients, l'organisation du système et les aspects financiers. Les différences dans l'importance relative de ces thèmes étaient surtout régionales et dans une moindre mesure liées au sexe. Les différences entre Dresde et Munich indiquent que des disparités persistent en l'Allemagne.

Conclusions: L'identification de déterminants des systèmes de santé et de leurs carences ouvre la voie au développement de systèmes humains, basés sur les attentes des citoyens.

Literaturverzeichnis

Badura B, Hart D, Schellschmidt H (Hrsg.) (1999). Bürgerorientierung des Gesundheitswesens: Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Stuttgart: Nomos-Verlagsgesellschaft.

Brunner A, Wildner M, Fischer R, et al. (2000). Patientenrechte in vier europäischen Regionen. *Z Gesundheitswiss* 8: 273–86.

Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J (2001) Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 357: 757–62.

Donabedian A (1988). The quality of care: how can it be assessed? *J Am Med Ass* 230: 1743–8.

Eysenbach G (1988). Medicine and medical education in Europe. Stuttgart: Thieme.

Gesundheitsministerkonferenz Trier (1999). Patientenrechte in Deutschland heute. Bremen: Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales.

Hart D (1999). Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen: rechtliche Analyse und Perspektiven. *Public Health Forum* 26.

Kranich C, Böcken J (1997). Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft.

Little P, Everitt H, Williamson I, et al. (2001). Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *Br Med J* 322: 468–72.

Sixma HJ, Kerssens JJ, Campen CV, Peters L (1998). Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expect* 1: 82–95.

Van Campen C, Sixma H, Friele RD, Kerssens JJ, Peters L (1995). Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments. *Med Care Res Rev* 52: 109–33.

Voigt LF, Koepsell TD, Daling JR (2003). Characteristics of telephone survey respondents according to willingness to participate. *Am J Epidemiol* 157: 66–73.

Von Uexküll T (1996). Psychosomatische Medizin. München: Urban und Schwarzenberg: 44–52.

Von Uexküll T, Wesiack W (1998). Theorie der Humanmedizin. München: Urban und Schwarzenberg: 95–174.

Wasem J (1999). Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Neuss: Janssen-Cilag.

WHO (1994). Regional Office for Europe. Declaration of patient's rights in Europe. Copenhagen: WHO.

WHO (2000). The world health report 2000. Geneva: WHO.

Wildner M, Kerim-Sade C, Fischer R, Meyer N, Brunner A (2001). Regionale und geschlechtsspezifische Unterschiede der Erfüllung von Patientenrechten: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage in München, Dresden, Wien und Bern. *Soz Präventiv Med* 46: 248–58.

Korrespondenzadresse

**Priv.-Doz. Dr. med. Manfred Wildner, MPH
Bay. Landesamt für Gesundheit
und Lebensmittelsicherheit
Veterinärstr. 2
D-85762 Oberschleissheim**